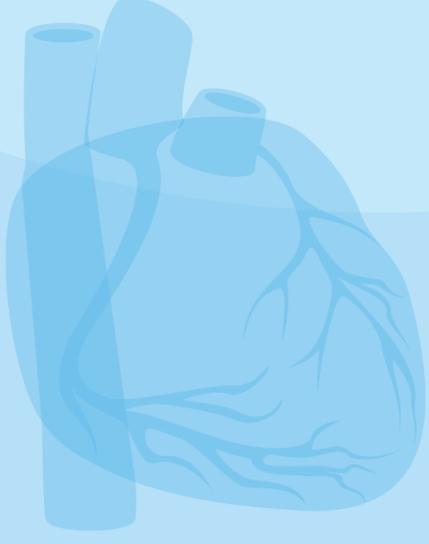
ISSN 2010-6947

O‘ZKA

O‘ZBEKISTON KARDIOLOGIYASI

2023 № 3 (69)



КАРДИОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА

O‘zbekiston Respublikasi kardiologlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация кардиологов Республики Узбекистан

O‘ZBEKISTON KARDIOLOGIYASI

Ilmiy-amaliy jurnal
2006-yilda tashkil etilgan

№ 3 / 2023
(69)

КАРДИОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал
Основан в 2006 г.

№ 3 / 2023
(69)

Учредитель – Ассоциация кардиологов Республики Узбекистан

2023 №3 (69)

Адрес редакции:
Узбекистан, г. Ташкент, 100052,
Мирзо-Улугбекский район, ул. Осиё, д. 4.
Телефоны: 8–998 (71) 237–38–16,8–998 (71) 237–33–67
Факс: (71) 234–16–67
Сайт: https://www.cardiocenter.uz
E-mail: cardiocenter@mail.ru

Редакционная коллегия:

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

Редакционный совет:

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

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

ISSN 2010–6947

Подписано в печать 10.10.2023. Формат 60×84 1/8. Печать офсетная.
Усл. п.л. 35,0. Тираж 300. Заказ №865.

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

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

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УЗБЕКИСТАНЕ

ФОЗИЛОВ Х.Г.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной смертности населения, как в нашей стране, так и во всем мире [1]. Профилактика, ранняя диагностика и эффективное лечение кардиоваскулярных болезней – ключевые задачи, над решением которых регулярно идет работа в медицинском сообществе.

В 26 января 2022г. вышло Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП–103 «О мерах по профилактике и повышению качества лечения сердечно-сосудистых заболеваний», целью которого является расширение работ по профилактике, раннему выявлению и эффективному лечению ССЗ в регионах, улучшение качества и доступности оказываемых населению специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи [2]. Согласно Постановлению для расширения масштаба предоставляемых в регионах высокотехнологичных, малоинвазивных кардиологических и кардиохирургических медицинских вмешательств регионарные филиалы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (РСНПМЦК) были оснащены современным оборудованием, что позволило увеличить виды и количество высокотехнологичных хирургических вмешательств на местах. Наряду с государственными Республиканскими Специализированными научно-практическими Центрами и его филиалами специализированную высокотехнологическую помощь больным ССЗ оказывают и частные клиники нашей Республики, что стало возможным благодаря реформам проводимых в системе здравоохранения.

В связи с увеличением, за последние 5 лет, количества лечебно-профилактических учреждений в которых оказывается высокотехнологическая помощь больным ССЗ возникает ряд актуальных по нашему мнению вопросов - а каких показателей мы добились в нашей стране, обеспеченность и уровень квалификации врачей оказывающих медицинскую помощь больным с ССЗ, количество высокотехнологических операций больным сердечно-сосудистыми заболеваниями и их виды, есть ли необходимость в дополнительных ЛПУ с возможностью проведения высокотехнологической медицинской помощи?

Цель данной публикации – анализ показателей высокотехнологичной кардиологической помощи больным ССЗ в Республике Узбекистан за 2022 год.

Для выполнения поставленной цели в государственные и частные лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), где оказывается высокотехнологическая помощь больным ССЗ был отправлен опросник Европейского общества кардиологов.

Проведен анализ полученных данных и выяснилось, что в Республике имеются 19 клиник где выполнялись операции с использованием аппарата искусственного кровообращения (АИК), 24 клиник в которых выполнялись электрофизиологические исследования сердца (ЭФИ) и/или хирургическое лечение жизнеугрожающих нарушений ритма сердца, и 31 государственных и частных ЛПУ, где проводились рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения (РЭМДиЛ) ССЗ (табл.1).

Таблица 1

Список учреждений, где проводятся высокотехнологичные методы диагностики и лечения

№	Название ЛПУ	РЭМДиЛ	ЭФИ	АИК
1	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии (РСНПМЦК)	+	+	+
2	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии (РСНПМЦХ)	+	+	+
3	Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП)	+	+	+
4	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской профилактики	+	–	–
5	Национальный детский центр	+	–	+

6	Сердечно-сосудистый центр Приаралья	+	+	+
7	Андижанский филиал РСНПМЦК	+	+	–
8	Наманганский филиал РСНПМЦК	+	+	+
9	Кашкадарьинский филиал РСНПМЦК	+	+	+
10	Джизакский филиал РСНПМЦК	+	+	+
11	Самаркандский филиал РСНПМЦК	+	+	+
12	Бухарский областной многопрофильный медицинский центр (ОМПМЦ)	+	+	+
13	Навоинский ОМПМЦ (региональный филиал РСНПМЦК)	+	+	+
14	Ферганский ОМПМЦ	+	–	–
15	Ферганский филиал РНЦЭМП	–	–	+
16	Клиника «American Hospital»	+	+	+
17	Клиника «Ezgu-Niyat»	+	+	+
18	Клиника «AKFA medline»	+	+	+
19	Клиника «Medeon»	+	+	+
20	Клиника «Abu-Bakr Ar-Roziy»	+	+	+
21	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦК	+	+	–
22	Сырдарьинский филиал РСНПМЦК	+	+	–
23	Каракалпакский филиал РСНПМЦК	+	+	–
24	Клиника «ShohMed»	+	+	–
25	Клиника «Ixlos»	+	+	–
26	Клиника «NeoMed Cardio»	+	+	–
27	Клиника «EraMed»	–	–	+
28	Клиника «NanoMedical»	+	+	–
29	Клиника Ташкентской медицинской академии	+	–	–
30	Клиника «Fedorovich»	+	–	–
31	Клиника «Carmen plyus»	+	+	
32	Клиника «JackSoft»	+	–	–
33	Клиника Андижанского медицинского института	–	–	+
34	Клиника Ташкентского педиатрического медицинского института	–	–	+
35	Ташкентский областной филиал РСНПМЦК	–	–	–
36	Бухарский филиал РСНПМЦК	–	–	–
37	Ферганский филиал РСНПМЦК	–	–	–
	ВСЕГО	30	24	19

На сегодняшний день в Республике кардиологическую помощь населению оказывают 1024 кардиологов, 129 интервенционных кардиологов, 110 кардиохирургов и 29 интервенционных аритмологов.

Рентгенэндоваскулярные диагностические и лечебные процедуры

За 2022 год по Республике были проведены 29 842 диагностических коронароангиографий (КАГ) и катетеризаций сердца, 11740 чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Следует отметить, что в Республике увеличивается количество первичного ЧКВ, которая является «золотым стандартом» ведения больных острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST. Одним из ключевых факторов роста первичного ЧКВ (пЧКВ) явилось реализация приказа министерства здравоохранения РУз. №341 от 18 декабря 2020 г. «О совершенствовании организации неотложной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в г. Ташкенте» [3] в Республиканских специализированных научно-практических центрах кардиологии, хирургии и экстренной медицинской помощи, что существенно улучшило доступность эндоваскулярной помощи больным ОКС. Кроме того, возможность выполнения эндоваскулярных вмешательств в регионах за счет средств выделенных из местного бюджета способствовала увеличению количества первичных ЧКВ у больных ОКС. Количество диагностических коронароангиографий и ЧКВ по лечебно-профилактическим учреждениям представлены в таблице 2.

Таблица 2

Выполненные интервенционные вмешательства за 2022 г.

№	Название ЛПУ	КАГ	ЧКВ	Общее количество процедур	Из них пЧКВ
1	Самаркандский филиал РСНПМЦК	3327	1040	4367	220
2	РСНПМЦК	2250	914	3164	91
3	РНЦЭМП	1400	1077	2477	693

4	Андижанский филиал РСНПМЦК	1652	793	2445	60
5	Наманганский филиал РСНПМЦК	1558	696	2254	180
6	РСНПМЦХ	1500	552	2052	50
7	Клиника «Ezgu-Niyat»	1707	337	2044	0
8	Сердечно-сосудистый центр Приаралья	1503	509	2012	23
9	Клиника «NeoMed Cardio»	1205	699	1904	0
10	Клиника «American Hospital»	1226	519	1745	32
11	РСНПМЦТиМР	1204	345	1549	43
12	Бухарский ОМПМЦ	1106	398	1504	0
13	Клиника «Abu-Bakr Ar-Roziy»	1027	383	1410	0
14	Кашкадарьинский филиал РСНПМЦК	1004	400	1404	15
15	Джизакский филиал РСНПМЦК	981	289	1270	53
16	Клиника «AKFA Medline»	1041	205	1246	205
17	Сырдарьинский филиал РСНПМЦК	856	324	1180	0
18	Клиника «Carmen plyus»	535	355	890	0
19	Клиника «ShohMed»	521	300	851	10
20	Клиника «Fedorovich»	438	353	791	0
21	Клиника «Ixlos»	506	285	791	0
22	Навоинский ОМПМЦ	557	227	784	0
23	Ферганский ОМПМЦ	479	208	687	0
24	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦК	425	152	577	0
25	Каракалпакский филиал РСНПМЦК	231	188	419	0
26	Клиника «JackSoft»	202	187	389	0
27	Ташкентская медицинская академия	187	160	347	0
28	Клиника «Medeon»	208	76	284	0
29	Клиника «NanoMedical»	136	116	252	0
	ВСЕГО	28972	11740		1683

За последние годы в Республике внедрены транскатетерные вмешательства на клапанах сердца и закрытие дефектов окклюдером. Так, за 2022 год транскатетерные вмешательства при ВПС проведены в 1374 случаев, на митральном клапане (МК) в 37 случаях, на трикуспидальном клапане (ТК) – в 3 случаях, на аортальном клапане (АК) – в 8 случаях. (табл.3).

Таблица 3

Выполненные транскатетерные вмешательства на клапанах сердца при ВПС/ППС за 2022г.

№	Название ЛПУ	Транскатетерные вмешательства на МК	Транскатетерные вмешательства на ТК	Процедура TAVI	Транскате-терные вмешательства при ВПС
1	Национальный детский центр	0	0	0	550
2	РСНПМЦХ	4	0	2	152
3	Клиника «AKFA Medline»	0	0	0	145
4	Клиника «Ezgu-Niyat»	0	0	0	43
5	РСНПМЦК	0	3	1	39
6	Самаркандский филиал РСНПМЦК	0	0	0	34
7	Клиника Medeon	21	0	1	4
8	Сердечно-сосудистый центр Приаралья	0	0	0	19
9	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦК	0	0	0	18

10	Навоинский ОМПМЦ	0	0	0	16
11	Андижанский филиал РСНПМЦК	1	0	0	15
12	Кашкадарьинский филиал РСНПМЦК	0	0	1	10
13	Бухарский ОМПМЦ	2	0	0	9
14	Каракалпакский филиал РСНПМЦК	0	0	0	7
15	РНЦЭМП	6	0	2	6
16	Сырдарьинский филиал РСНПМЦК	0	0	0	3
17	Джизакский филиал РСНПМЦК	0	0	0	2
18	Клиника «ShoxMed»	0	0	0	2
19	Клиника «Fedorovich»	0	0	1	0
	ВСЕГО	37	3	8	1374

КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Оказание кардиохирургической помощи за последние годы стало доступнее всем слоям населения благодаря Постановлению Президента Республики Узбекистан от 28.07.2021 г. № ПП-5199 «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы оказания специализированной медицинской помощи в сфере здравоохранения». За 2022г. проведены 3 167 операций аорто-коронарного шунтирования (АКШ), 2 400 операций на клапанах сердца, в том числе на митральном клапане (МК) – 1 408, на трикуспидальном клапане (ТК) – 316, на аортальном клапане (АК) – 705. Коррекция врожденных пороков сердца (ВПС) у взрослых и детей проведена в 3 619 случаев (табл. 4).

Таблица 4

Выполненные кардиохирургические операции за 2022г.

№	Название ЛПУ	АКШ	Операции на МК	Операции на ТК	Операции на АК	Операции при ВПС (взрослые и дети)
1	РСНПМЦХ	465	663	65	312	1167
2	Национальный детский центр	0	0	0	0	992
3	ТашПМИ	0	1	0	0	662
4	Самаркандский филиал РСНПМЦК	240	121	117	48	67
5	Сердечно-сосудистый центр Приаралья	214	59	14	31	182
6	РНЦЭМП	381	20	2	12	7
	Наманганский филиал РСНПМЦК	160	87	46	37	76
7	РСНПМЦК	208	110	2	52	20
8	Клиника Андижанского медицинского института	44	55	0	14	79
9	Кашкадарьинский филиал РСНПМЦК	108	37	12	13	20
10	Джизакский региональный филиал РСНПМЦК	81	25	13	7	11
11	Бухарский филиал РНЦЭМП	80	45	0	33	8
12	Навоинский филиал РСНПМЦК (на базе ОМПМО)	53	0	0	0	14
13	Клиника «AKFA Medline»	431	37	1	47	256
14	Клиника «American Hospital»	322	93	43	56	17
15	Клиника «Эзгу ният»	151	26	0	21	25
16	Клиника «Abu Bakr Ar Rozziy»	171	5	0	2	11
17	Клиника «Medeon»	58	24	1	20	5
	ВСЕГО	3167	1408	316	705	3619

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

За 2022 год по Республике были проведены 1258 ЭФИ, 756 имплантаций электрокардистимулятора (ЭКС), 34 – имплантируемого кардиовертер -дефибриллятора (ИКД) и 36 – ресинхронизирующих устройств. Радиочастотная аблация при различных нарушениях ритма сердца проведена в 1668 случаев (табл.5).

Таблица 5

Выполненные ЭФИ за 2022 г

№	Название ЛПУ	ЭКС	ИКД	CRT-D и CRT-P	ЭФИ	Аблация при ФП	Аблация при предсердных, узловых тахикардиях и тахикардиях дополнительных путей	Аблация при ЖТ	Общее количество процедур
1	РСНПМЦК	86	5	8	349	24	284	65	821
2	Самаркандский филиал РСНПМЦК	100	7	10	300	50	100	100	667
3	Клиника «Abu Bakr Ar Roziy»	44	0	2	172	128	121	42	509
4	Клиника «Ixlos»	22	2	5	13	49	153	62	306
5	Клиника «Ezgu-Niyat»	25	2	0	139	9	97	6	278
6	РСНПМЦХ	125	0	0	57	0	40	17	239
7	Наманганский филиал РСНПМЦК	66	2	1	38	28	21	12	168
8	Клиника «NeoMed Cardio»	25	2	1	3	0	51	42	124
9	Клиника «ShoxMed»	20	2	0	52	0	30	2	106
10	РНЦЭМП	59	4	5	10	0	10	0	88
11	Клиника «American Hospital»	17	2	0	31	4	23	4	81
12	Кашкадарьинский филиал РСНПМЦК	14	0	0	29	0	29	0	72
13	Бухарский ОМПМЦ	31	1	1	12	7	5	3	60
14	Клиника «AKFA Medline»	18	1	3	1	0	35	0	58
15	Андижанский филиал РСНПМЦК	10	0	0	33	0	0	0	43
16	Ферганский ОМПМЦ	15	0	0	7	3	0	0	25
17	Сердечно-сосудистый центр Приаралья	18	0	0	2	0	3	0	23
18	Навоинский филиал РСНПМЦК (на базе ОМПМЦ)	10	2	0	5	2	3	0	22
19	Клиника «Carmen plyus»	20	0	0	0	0	0	0	20
20	Каракалпакский филиал РСНПМЦК	13	0	0	2	0	0	0	15
21	Джизакский филиал РСНПМЦК	4	0	0	2	0	2	0	8
22	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦК	7	0	0	0	0	0	0	7
23	Клиника «Medeon»	4	0	0	1	0	1	1	7
24	Сырдарьинский филиал РСНПМЦК	3	2	0	0	0	0	0	5
	ВСЕГО	756	34	36	1258	304	1008	356	3752

Таким образом, анализ полученных нами данных показывает ряд положительных тенденций в оказание населению высокотехнологической медицинской помощи: отмечается рост количества и видов высокотехнологических операций больных ССЗ, обусловленных рядом факторов, важными из которых являются: увеличением ЛПУ оснащенных современным оборудованием и квалифицированными кадрами во всех регионах страны, возможностью их проведения в условиях частной клиники, полной оплатой высокотехнологической медицинской помощи льготной категории граждан. Вместе с тем остаются проблемы, которые требуют незамедлительного решения из которых создание системы оказания своевременной высокотехнологической медицинской помощи больным

с острым инфарктом миокарда, ишемическим инсультом за счет средств государственного бюджета приобретает приоритетный характер.

Выражаем огромную благодарность всем руководителям государственных и частных ЛПУ за содействие и оказанную помощь в сборе материала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gregory A. Roth, George A. Mensah, Catherine O. Johnson et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors. 1990–2019 JACC, 2020–12–22; 76; 25: 2982–3021
2. Постановление Президента Республики Узбекистан, от 26.01.2022 г. № ПП–103 «О МЕРАХ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ». Национальная база данных законодательства, 27.01.2022 г., № 07/22/103/0070, 07.04.2022 г., № 06/22/98/0279; 13.06.2023 г., № 06/23/92/0366; 08.09.2023 г., № 07/23/296/0687
3. Приказ Министра здравоохранения №341 от 18 декабря 2020 г. «О совершенствовании организации неотложной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в г. Ташкенте»

ТЕЗИСЫ

МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

«ПРЕВЕНТИВНАЯ КАРДИОЛОГИЯ: ОТ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДО КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ»

КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ORGANOPROTECTIVE EFFICACY OF DETERMINING THE EFFECTS OF PERINDOPRIL AMLODIPINE IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH HIGH AND VERY HIGH RISK

FAYZULLAYEVA.SH.S,, XAMIDULLAEVA. G.A., ABDULLAEVA.G.J., YUSUPOVA.X.F., BEKMETOVA.S.I., YULDASHEVA.A.D., MASHARIPOV.SH.M., IBRAGIMOVA.I.A.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology Tashkent, Republic of Uzbekistan

Purpose of the study: To evaluate the cardio- and vasoprotective efficacy of the perindopril/ amlodipine double fixed-dose combination during three months of therapy in patients with high and very high risk arterial hypertension.

Material and methods of the study: The study included 60 patients with previously uncontrolled hypertension of I–III degrees (ESC/ESH, 2018), who are on outpatient treatment at the Republican Specialized Center of Cardiology. The average age of patients included in the study was 52.38 ± 10.79 years, the average duration of hypertension was 6.90 ± 6.23 years. Before the start of therapy, systolic blood pressure (SBP) was 155.57 ± 13.67 mm Hg, diastolic blood pressure (DBP) – 92.49 ± 10.0 mm Hg. All patients underwent: clinical measurement of blood pressure was carried out using the Korotkov method using a mercury sphygmomanometer in the patient's sitting position according to the standard method, ABPM was performed using an automatic wearable monitor system (Cardiospy Recorder (LABTECH LTD, Hungary), applanation tonometry using the SphygmoCor device (AtCor Medical, Australia), echocardiography with the determination of the mass index of the left ventricular myocardium (LVMI). All patients with antihypertensive purposes were prescribed a fixed combination drug perindopril/ amlodipine (Prestozek Combi, ADAMED, Poland). The dose of the drug was titrated every 2 weeks to achieve the target values of SBP (< 140mmHg), DBP (< 90mmHg), or to decrease in mean BP by 10% or more, while in order to prevent dose-dependent side effects the doses of the drugs were distributed within the average therapeutic range: perindopril at a dose of 4 to 8 mg/day, amlodipine at a dose of 5 to 10 mg/day. The average daily dose of perindopril was 4.4 ± 1.2 mg/day, amlodipine – 7.86 ± 2.5 mg/day. All patients, in addition to antihypertensive therapy, if necessary, received antiplatelet (acetylsalicylic acid) and lipid-lowering therapy – rosuvastatin (Rozat, ADAMED, Poland). The average daily dose of rosuvastatin was 15.5 ± 5.0 mg/day. For all types of analysis, p values < 0.05 were considered statistically significant.

Results. In general, 3-month combination therapy with perindopril/amlodipine showed high antihypertensive efficacy. At the same time, the target level of SBP was reached by 85% of patients, DBP – by 93% of patients, SBP and DBP simultaneously – by 88.3% of patients. There was a significant positive trend in the reduction of LVML, which initially amounted to 187.04 ± 57.6 g, and in dynamics decreased to 168.4 ± 52.6 g ($p = 0.0022$). At the same time, the degree of LVMI decrease was 8.99 ± 13.68%. Analysis of the dynamics of parameters of central hemodynamics and vascular stiffness against the background of 3-month combination therapy with perindopril/amlodpine showed a significant decrease in such indicators as central SBP (cSBP),), central DBP (cDBP), central pulse BP (CPD), aortic augmentation (AA), and pulse wave velocity (PWV). and the cSBP index initially amounted to 153.37 ± 19.3 mm Hg. and in dynamics – 126.25 ± 19.75 mm Hg. ($p < 0.001$); the cDAP index was 90.03 ± 10.33 mm Hg. versus 78.81 ± 6.22 mm Hg, respectively ($p < 0.001$); the CPP index was 64.55 ± 16.75 mm Hg. versus 49.14 ± 11.05 mmHg, respectively ($p < 0.001$); the AA index was –14.14 ± 7.84 mm Hg. against 11.56 ± 6.60 mm Hg, respectively ($p < 0.05$); the SPW index was 9.29 ± 3.44 m/s versus 7.83 ± 2.01 m/s, respectively ($p < 0.02$).

Conclusion: against the background of a three-month fixed combination therapy with perindopril/ amlodipine, along with an excellent antihypertensive effect, good cardio- and vasoprotection was obtained, expressed in a significant decrease in LVML, as well as an improvement in the parameters of central hemodynamics and arterial stiffness.

GLOBAL LONGITUDINAL STRAIN IN ASSSESSMENT OF PROGNOSIS IN MYOCARDIAL INFRACTION IN YOUNG ADULTS

KARIMOV B.S., BEKMETOVA F.M., DONIYOROV SH.N., ILKHOMOVA L.T., BEKMETOVA S.I., KHOTAMOVA M.N, ARSLONOV S.F.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology, Tashkent, Uzbekistan

Aim: This study aims to evaluate the utility of GLS as a prognostic indicator in young adults presenting with myocardial infarction and its association with significant coronary atherosclerosis and non-obstructive coronary artery disease (MINOCA).

Methods: A prospective cohort study was conducted on 15 young adults (age < 45 years). Groups were divided into MI due to hemodynamically significant coronary atherosclerosis(n = 8) and MINOCA(n = 5). Comprehensive echocardiographic assessments with two dimensional speckle tracking echocardiography including GLS measurement, were performed. Clinical data, risk factors: traditional – smoking, high blood pressure, high cholesterol, diabetes, obesity and untraditional – electronic cigarette smoking, energy drink consumption, long screen time etc., laboratory blood tests, 12-lead ECG.

Results: The group with significant CAD had values of GLS –15,76 ± 0.79%(P > 0.05), in comparison with MINOCA group where indicators of GLS were –18,76 ± 0.89%(P > 0.05), The initial group had more traditional risk factors 80% whereas the next group 36%. Additionally there was difference in untraditional risk factors 28% and 55%, respectively.

Conclusion: our study evaluated the utility of GLS as a prognostic indicator in young adults presenting with myocardial infarction (MI) and its association with significant coronary atherosclerosis and MINOCA. Our findings suggest that GLS is a differentiating factor between these two subgroups of MI in young adults, as there were differences in GLS values. However, it is important to note that the group with significant coronary atherosclerosis had a higher prevalence of traditional risk factors for MI, while the MINOCA group exhibited a higher prevalence of non-traditional risk factors. This highlights the need for a comprehensive assessment of both traditional and non-traditional risk factors in young adults with MI. Further research is warranted to better understand the prognostic indicators specific to this population and to improve risk stratification and management strategies for young adults with MI.

BEVACIZUMAB-INDUCED ARTERIAL HYPERTENSION IN THE PARADIGM OF THERAPY WITH DIHYDROPYRIDINE CALCIUM CHANNEL BLOCKERS

KHLYAMOV S.V.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kursk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kursk, Russia

Background. Arterial hypertension (AH) is a common cardiotoxicity of anti-VEGF agents that occurs in 35% of patients receiving bevacizumab, a humanized monoclonal antibody to vascular endothelial growth factor (VEGF).

Purpose. To determine the effectiveness of felodipine for the treatment of AH caused by bevacizumab in a group of cancer patients.

Materials and methods. 187 patients with metastatic colorectal cancer receiving bevacizumab (7.5 mg/kg every 3 weeks) and chemotherapy were eligible for this analysis. Blood pressure (BP) was measured at home twice daily according to international guidelines. Patients received felodipine 5 mg daily for grade ≥ 2 bevacizumab-induced AH. Descriptive statistics were used to analyze patient characteristics [mean, 95% confidence intervals (CI)]. Chi-square and Fisher's t-test were used for comparisons. The p-values were two-tailed and were considered significant at ≤0.05.

Results. 187 patients (89 men, 47.6%; 98 women, 52.4%) received bevacizumab with a mean age of 61 years (range: 37–86 years). 48 patients (25.7%) had a history of AH. Using BP monitoring data, 85 patients (45.5%, 95% CI: 38.3–52.6) developed AH (grade I-III) according to Common Terminology Criteria for Adverse Events v5.0. Antihistamines were administered to 46 patients (24.6%, 95% CI: 18.4–30.8) for bevacizumab grade ≥ II AH. 24 of 46 patients (52.2%, 95% CI: 37.7–66.6) developed ≥ grade II AH within 8 weeks of starting bevacizumab treatment. Among 46 patients with bevacizumab grade ≥ II AH, 26 patients without a history of AH developed de novo AH and were subsequently prescribed felodipine 5 mg daily (group A). The remaining 20 patients had either a history of AH

(n = 14) or another cardiovascular disease (n = 6) requiring medications such as beta-blockers. In addition to previous treatment, these patients received either felodipine 5 mg daily (n = 10, group B), lercanidipine 10 mg daily (n = 6), or fosinopril 10 mg daily (n = 4).

In group A, 23 of 26 patients (88.5%, 95% CI: 76.2–100) normalized BP within 7 days after administration of felodipine at a dose of 5 mg daily. After 1 week of treatment with felodipine, the remaining 3 patients had BP > 140/90 mm Hg. Their BP was controlled after increasing the dose of felodipine to 10 mg per day (n = 2) and the introduction of fosinopril at a dose of 2.5 mg per day (n = 1). In group B, 8 of 10 patients (80%, 95% CI: 55.2–100) were able to control BP after 1 week of felodipine.

Conclusions. The efficacy of felodipine in the treatment of bevacizumab-induced AH was shown both in monotherapy at the recommended initial and maximum daily doses, as well as in combination with fosinopril.

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

SAIGANOV V.I.

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

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

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

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

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

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

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

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF CARDIOVASCULAR SYSTEM PARAMETERS AND METABOLIC PROFILE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE WITH AND WITHOUT NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

[1]YUSUPALIEVA D., [2]NIZAMOV U.

[1]Tashkent Medical Academy
[2]Republican Specialized Scientific-Practical medical centre of cardiology
Tashkent, Uzbekistan

Introduction: Coronary artery disease (CAD) is the leading cause of mortality worldwide. Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is considered a risk factor for CAD, although there is conflicting evidence about the relationship between these conditions.

Purpose: To evaluate the cardiometabolic profile of patients with CAD in NAFLD and non-NAFLD groups.

Methods: 73 patients with a documented diagnosis of CAD with angina pectoris grade II-III were recruited prospectively. Patients were divided into two groups: I – 62 patients with CAD and NAFLD and II – 11 patients with CAD without NAFLD. NAFLD was diagnosed based on the ultrasonography (USG) results. All patients underwent clinical and laboratory-instrumental examinations.

Results: Among 73 patients, 62 had hepatic steatosis in the USG examination, demonstrating a prevalence of 84,9% in the studied population. The mean age of patients was 61.4±9.1 and 62.2±10.9 years in the I and II groups, respectively. There was no significant difference between patients with NAFLD and those without NAFLD regarding gender, presence of old myocardial infarction, percutaneous intervention, coronary artery bypass grafting, stroke in anamnesis and carotid arteries atherosclerosis ($P>0.05$). However, the presence of obesity ($P<0.05$), hypertension ($P<0.05$) and diabetes mellitus ($P<0.05$) were significantly higher in the I group compared to the II. The average body mass index (BMI) in the I and II groups were 33.2±5.8 and 24.9±2.0 kg/m^2, respectively. Although total, low-density and high-density cholesterol levels did not differ significantly in both groups, very low-density cholesterol and triglycerides levels were higher in the I group (44.7 versus 22.6 mg/dl, $P<0.05$; 224.4 versus 112.7 mg/dl, $P<0.05$). There was no significant difference in glucose or glycated haemoglobin levels, however, group I had considerably higher insulin (15.4 versus 4.9, $P<0.05$). The mean systolic blood pressure (BP) was 127.3±11.1 mmHg in the I group and 118.2±6.0 mmHg in the II group ($P<0.05$); the diastolic BP in the I and II groups was 79.8±6.2 and 75.5±5.2 mmHg, respectively ($P<0.05$). End-diastolic volume (EDV), end-systolic volume (ESV), stroke volume (SV), and left ventricular mass (LVM) estimated using EchoCG were significantly higher in the I group ($P<0.05$).

Conclusion: Our results demonstrated that a large percentage of individuals with established CAD (84.9%) can have NAFLD and it is significantly correlated with BMI, the presence of hypertension, diabetes mellitus and structural changes in the myocardium. The necessity of screening for NAFLD in patients with CAD and vice versa may be demonstrated by the current study in conjunction with earlier results.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТАБИЛИЗАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

АБДУЛЛОЕВА М. Д., ТАШКЕНБАЕВА Э. Н., ХУДОЙНАЗАРОВ Д. А., ТАДЖИЕВ Т. И.

СамГМУ Самарканд, Узбекистан

Цель работы: Определить распространенность психоэмоционального дистресса у больных с дестабилизацией ИБС. Для этого в исследование были включены 429 больных с ИБС, в том числе 309 больных с НС (1-я гр.), 120 больных со СС (2-я гр.), и 80 практически здоровых лиц (контроль).

Материалы и методы: Были выбраны несколько методов выявления психоэмоционального дистресса. Одним из важных методов определения психоэмоционального состояния явилась шкала HADS, она была использована для оценки степени тревоги и депрессии у пациентов с дестабилизацией хронической коронарной болезни сердца.

Результаты: Исследуемые больные ИБС в зависимости от наличия психоэмоциональных

состояний, которое определялось с помощью госпитальной шкалы HADS-A/D, у пациентов с ИБС набравших ≥7 баллов по обеим подшкалам опросника верифицировалось ПЭР и в зависимости от этого каждая группа была разделена на две подгруппы: пациенты с НС и ПЭР – 183 (59,2%), и пациенты с НС без ПЭР – 126 (40,8%), соответственно среди больных со стабильной стенокардией: 31 (25,8%) и 89 (74,2%). По результатам анкетирования, основная группа в среднем набрала 11,47±2,93 баллов по подшкале HADS-A и 10,8±3,42 баллов по HADS-D, что достоверно преобладало над средними значениями группы сравнения (p<0,001), т.е. 8,0±2,31 и 8,25±0,44 баллов, соответственно. В контрольной группе средние баллы составили по HADS-A 4,5±1,73 и по HADS-D 4,26±1,98 балла, что также исключало наличие ПЭР у здоровых лиц.

Следует отметить, что среднее значение показателей тревоги и депрессии был недостоверно выше среди больных с НС и ПЭР, т.е. субклиническая депрессия была равна 8,9±0,44 баллу, клиническая депрессия 13,7±0,56 балла и субклиническая тревога составила 8,9±0,42 балла, клиническая тревога 13,8±0,45 балла. Тогда как среди больных со СС субклиническая тревога составила 8,68±0,32 балла, клиническая тревога 12,4±0,44 балла, субклиническая депрессия 8,4±0,33 балла, клиническая депрессия 12,4±0,48 балла.

Для определения вида тревожности была использована шкала Спилбергера-Ханина. Данная шкала позволила определить присутствие ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ), а также степень тяжести. И так, данный опросник показал, что среди больных ИБС в период дестабилизации и в период стабильности достоверно часто встречается ситуативная тревожность (n=251).

Кроме того, был использован опросник Айзенка, стоит отметить, тот факт, что среди больных с нестабильными вариантами стенокардии часто выявлялись тревожность средней степени (45,5%) и тяжелей степени выраженности (26,0%), агрессивность высокой степени выраженности (50,8%) и сильна выраженная ригидность (35,9%). Среди больных со стабильной стенокардией больше всего были отмечены легкая тревожность (24,6%) и агрессивность (23,2%).

Заключение: Таким образом, изучение частоты встречаемости и степени выраженности клинических проявлений ПЭР у пациентов с ишемической болезнью сердца в период дестабилизации показало, что практически у каждого второго пациента имеется ПЭР, при этом у 1/3 пациентов отмечается клинически выраженный уровень тревоги и депрессии.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ РИСКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НИЗКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ

АНТЮХ К.Ю.[1], ГРИГОРЕНКО Е.А.[1], МИТЬКОВСКАЯ Н.П.[1]

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г.Минск, Республика Беларусь

Цель работы. Определить частоту встречаемости традиционных факторов кардиоваскулярного риска у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и низкой минеральной плотностью костной ткани (МПКТ).

Материалы и методы. Проведено поперечное сравнительное одноцентровое исследование, в котором приняли участие 40 пациентов трудоспособного возраста (неорганизованная популяция, сплошная выборка) с АГ I-II степени. В соответствии с разработанным дизайном исследования пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу (основную) были включены лица с АГ и остеопенией (n=14, 35%), средний возраст 46,9±9,2 лет, во 2-ю группу (контрольную) – пациенты с АГ без остеопении (n=26, 65%), средний возраст 46,5±8,1 лет. Медикаментозная терапия между группами достоверно не различалась. У всех пациентов, включенных в исследование, анализировали анамнестические, клинические и лабораторно-инструментальные данные, определяли распространенность традиционных факторов кардиоваскулярного риска (возраст, курение, отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям, ожирение, окружность талии и бедер, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе / сахарный диабет). Диагностика остеопенического синдрома проводилась с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии при сканировании поясничного отдела позвоночника в зоне L1-L4 и/или проксимального отдела бедра с измерением МПКТ (г/см2) и Т-критерия (количество стандартных отклонений (SD) выше или ниже среднего показателя пика костной массы у молодых). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов в зависимости от характера распределения вариационных рядов с помощью программ MicrosoftExcel, STATISTICA10 (StatSoft Inc.,

USA). Статистически значимыми признавались различия при p<0,05.

Результаты**.** Сформированные группы исследования были сопоставимы по возрасту пациентов, длительности и степеням АГ (p>0,05). Учитывая отсутствие достоверных различий по факторам риска у мужчин и женщин, сравнения в группах проводились независимо от пола. Распространенность курения у пациентов с АГ, ассоциированной с остеопенией, составила 57,1% (n=8), без остеопении – 19,2% (n=5), p<0,05. Установлено, что соотношение ОТ/ОБ у лиц с синдромом повышенного артериального давления было достоверно выше при наличии остеопении (1,1 [0,96; 1,17] против 0,98 [0,90; 1,16], p<0,05). Среднегрупповые значения общего холестерина (5,8±1,2 ммоль/л против 5,2±1,1 ммоль/л (p<0,05), триглицеридов (2,06±1,4 ммоль/л против 1,6±0,6 ммоль/л (p<0,05), коэффициента атерогенности (4,2±1,5 против 3,5±1,3 (p<0,05) в группе пациентов с остеопенией были выше, чем соответсвующие результаты группы без нарушения МПКТ. Показатели, характеризующие инсулинорезистентность (HOMA-IR, TyG: Ln), были статистически выше у пациентов с АГ и остеопенией, чем у лиц с изолированной АГ: индекс HOMA-IR 3,2±2,4 против 2,6±1,3 (p<0,05), TyG: Ln 4,8±0,4 против 4,4±0,2 (p<0,05).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о более высокой распространенности висцерального ожирения, курения, нарушений липидного и углеводного обменов, инсулинорезистентности среди пациентов трудоспособного возраста с АГ, имеющих нарушения МПКТ, в сравнении с лицами с синдромом повышенного артериального давления без остеопенических изменений.

КОРПОРАТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СНИЖЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: МОДНЫЙ ТРЕНД ИЛИ БАЗОВАЯ ПОТРЕБНОСТЬ?

АНЦИФЕРОВА А.А., КОНЦЕВАЯ А.В., ДРАПКИНА О.М.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Все чаще появляются данные об эффективности реализации корпоративных программ укрепления здоровья работников (КПУЗР). КПУЗР приносят пользу как работникам, снижая факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), так и работодателям, сокращая уровень презентеизма (УП) и абсентеизма.

Цель. Выявить ФР ССЗ у работников путем проведения всероссийского опроса на платформе «Атрия», оценить уровень презентеизма и оценить потребность в реализации КПУЗР.

Материалы и методы. Экспертами ФГБУ «НМИЦ ТПМ» МЗ РФ разработана платформа «Атрия», направленная на выявление ФР ССЗ у работников с целью внедрения КПУЗР, улучшения здоровья работников и снижения бремени ССЗ. УП оценивался на основе Стэнфордской шкалы презентеизма, экономические потери по причине УП рассчитывались адаптированным методом оценки количества и качества выполненной работы.

Результаты. В опросе на платформе «Атрия» приняли участие 22612 работников (преимущественно женщины – 78,5%, n=17751) из 24 регионов Российской Федерации. 21,8% работников курят в настоящее время (n=4923); 87,2% работников употребляют алкоголь (n=11697) с разной периодичностью; от 72,6 до 86,3% работников не употребляют овощи и фрукты (свежие, салат, гарнир) на ежедневной основе; 36% работников (n=8131) досаливают уже приготовленную пищу, из них 34,0% работников (n=7691) предварительно ее пробуют, а 1,9% работников (n=440) не пробуя; 66,5% работников (n=15048) не занимается регулярно спортом / физкультурой и 69,9% работников (n=15682) находились в состоянии напряжения и стресса в течение последнего месяца.

Низкий УП выявлен у 31,5% работников (n=7145), средний УП – 64,7% (n=14620) и высокий УП – 3,8% (n=3,8%). Экономические потери за год по причине низкого УП, рассчитанные на 1000 работников, составили более 38,6 млн руб., среднего УП – более 174,9 млн руб., высокого УП – 343,5 млн руб.

Для работников наиболее предпочтительные КПУЗР следующие: наличие медицинского обследования на рабочем месте (45,1%, n=10201), проведение офисной гимнастики (26,8%, n=6080), организация образовательных семинаров и лекций по темам коррекции поведенческих ФР, основам ЗОЖ (23,9%, n=5423). Работодатели отдали предпочтение КПУЗР по психологической разгрузке (n=298, 81,4%, p=0,583), по повышению уровня физической активности (n=296, 80,9%, p=0,111), по профилактике курения (n=248, 67,8%, p<0,001).

Выводы**.** Высокая распространенность ФР ССЗ работников обуславливает значимость профилактики ССЗ на рабочем месте путем создания здо-

ровьесберегающей среды и внедрения КПУЗР. Рассчитанные экономические потери могут стать аргументов для работодателей в пользу внедрения КПУЗР.

ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АТАХОДЖАЕВА Г.А., КОРАКУЛОВА З.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить особенности изменения параметров ремоделирования сердца в зависимости от степени дисфункции почек.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 105 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I-III функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с оценкой клинического состояния, толерантности к физической нагрузке, процессов ремоделирования левого желудочка, и функционального состояния почек. Все обследованные больные были подразделены на группы по ФК ХСН: с I ФК ХСН (35 больных), с II ФК ХСН (32 больных и с III ФК ХСН (38 больных). Больные были подразделены также по уровню скорости клубочковой фильтрации почек (I группа больных с ХСН I-III ФК рСКФ$_{CKD-EPI}$ ≥6 мл/мин/1,73м^2 (n=51) II группа больных с ХСН I-III ФК рСКФ$_{CKD-EPI}$ ≥60 мл/мин/1,73м^2 (n=54)). Средний возраст больных в I группе составил 58,77±0,94 лет, во II группе 61,3±0,68 года и 62,14±0,79 в III больных группе больных. Длительность заболевания у больных I группы составило 5,81±0,75 лет; 6,6±0,63 лет во II группе и у больных III группы 7,16±0,92 лет.

Структурно-функциональное состояние миокарда и процесс ремоделирования ЛЖ был оценен методом ЭхоКГ с допплерографией. ЭхоКГ проводилась на аппарате «MEDISON ACCUVIX V20» (Корея), с использованием датчика 3,25 МГц в стандартных эхокардиографических позициях, трансторакальным методом в положении лежа и на левом боку методом ЭхоКГ в М- и В- режимах в соответствии с рекомендациями Американской Ассоциации Эхокардиографии (ASE).

Результаты исследования. Результатами анализа ЭхоКГ показателей установлены особенности изменения структурно-геометрических показателей сердца и функционального состояния ЛЖ у больных ХСН I-III ФК в зависимости от рСКФ. Установлено, что у пациентов II группы с рСКФ ≤60мл/мин/1,73м^2 отмечено незначительное увеличение размера ЛП на 10,23% (p<0,001) по отношению к I группе и составило 3,36±0,04 против 3,74±0,05см.

Прогрессирование ДП у больных с ХСН характеризуется изменениями размеров ЛЖ. При этом II группа больных с рСКФ≤60 мл/мин/1,73м^2 отличается от I группы рСКФ>60 мл/мин/1,73м^2 по величине КСР 3,72±0,04 против 4,1±0,05 (8,44%; p<0,01). Указанные изменения показателей ЛЖ явились причиной увеличения ММЛЖ в группе больных с рСКФ≤60 мл/мин/1,73м^2. Наблюдалось достоверное увеличение ММЛЖ на 10,25% (p<0,001) по отношению к данным I группы с рСКФ>60 мл/мин/1,73м^2 соответственно.

Заключение. Таким образом, результатами настоящих исследований установлено, что ДП у больных с ХСН является важным фактором, ухудшающим клинические проявления заболевания, снижающим физическую работоспособность и КЖ. В основе всего этого лежит более выраженное поражение сердечно-сосудистой системы: прогрессирование постинфарктного ремоделирования сердца с дальнейшим ухудшением кардиоваскулярных взаимоотношений, а также снижение функции почек с ухудшением кардиоренальных взаимоотношений. Эти негативные процессы развиваются на фоне сложных нарушений вегетативной и нейрогуморальной регуляции. Все это указывает на необходимость смягчения и по возможности устранения влияния отдельных компонентов ДП на организм и в первую очередь на сердечно-сосудистую систему.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНОГО РУСЛА.

ВАСИЛЬЕВ Д.К., РУДЕНКО Б.А., ШАНОЯН А.С., ШУКУРОВ Ф.Б., ФЕЩЕНКО Д.А., ДРАПКИНА О.М.

ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ, Г. МОСКВА, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ.

Цель работы: Изучить клиническую эффективность полной реваскуляризации миокарда у больных ишемической болезнью сердца высокого хирургического риска с наличием многососудистого поражения и хронической окклюзии коронарной артерии.

Методы: В исследование было включено 180 пациентов с многососудистым поражением и наличием одной хронической окклюзии коронарного русла. Критериями включения были: стабильная форма ИБС; многососудистое поражение (SYNTAX Score > 22 баллов), включая 1 хроническую окклюзию; наличие клинических показаний для проведения эндоваскулярной реваскуляризации миокарда; высокий хирургический риск (STS Score ≥ 8 баллов) и противопоказания к АКШ; наличие жизнеспособного миокарда в зоне ХОКА (отсутствие акинеза в бассейне окклюзированного сосуда). По результатам вмешательства пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от успешности реканализации хронической окклюзии: группа полной и группа неполной реваскуляризации миокарда. Через 12 мес. проводилась оценка клинического статуса и проведения инструментального обследования. Основной комбинированной конечной точкой эффективности являлось развитие неблагоприятных коронарных событий – летального исхода, развитие ОКС, а также проведение повторной реваскуляризации миокарда в течение 12 мес. после эндоваскулярного лечения.

Результаты: Госпитальные осложнения возникли в 6,6% случаев. Через 12 месяцев наблюдения в группе неполной реваскуляризации частота неблагоприятных коронарных событий составила 21,6% против 5,6% в группе полной реваскуляризации соответственно (p = 0,006). Через 12 месяцев после вмешательства в группе полной реваскуляризации фракция выброса левого желудочка увеличилась с 46,8% до 52,4% по Симпсону (p < 0,0001). В группе неполной реваскуляризации фракция выброса левого желудочка уменьшилась с 50,3% до 47,7% (p < 0,005). В группе полной реваскуляризации наблюдается достоверная положительная динамика клинико-функционально статуса пациентов через 12 мес. после эндоваскулярного лечения: доля пациентов с III функциональным классом стенокардии уменьшается с 50% до 1,4% (p < 0,0001), доля пациентов с III функциональным классом хронической сердечной недостаточности – с 16,6% до 0% (p < 0,0001). Статистический анализ показал, что независимыми предикторами наступления неблагоприятных коронарных событий являются: тяжесть поражения коронарного русла по шкале SYNTAX Score > 32 баллов и недостижение полной реваскуляризации миокарда. Независимыми предикторами безуспешности эндоваскулярной реканализации хронической окклюзии являются: тяжесть поражения коронарного русла по шкале SYNTAX Score > 32 баллов, наличие кальциноза хронической окклюзии, длина хронической окклюзии > 30 мм и локализация хронической окклюзии в огибающей артерии.

Заключение: Как показали результаты исследования, полная реваскуляризация миокарда у больных с многососудистым поражением и хронической окклюзией коронарного русла сопровождается низкой частотой интраоперационных осложнений и высоким уровнем успешной реканализации окклюзии. Полная реваскуляризация миокарда способствует улучшению параметров внутрисердечной гемодинамики, клинико-функционального статуса пациента и снижению частоты развития неблагоприятных коронарных событий.

СТРЕСС: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВКЛАД В ВЫЖИВАЕМОСТЬ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ИСХОДЫ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Гоманова Л.И.[1], Баланова Ю.А.[1], Куценко В.А.[1,2], Евстифеева С.Е.[1], Имаева А.Э.[1], Капустина А.В.[1], Котова М.Б.[1], Максимов С.А.[1], Муромцева Г.А.[1], Ивлев О.Е.[1,2], Шальнова С.А.[1], Драпкина О.М.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

[2]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова», Москва, Российская Федерация

Введение. Психоэмоциональный стресс (ПЭС) – значимый фактор риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), а также вносящий серьезный вклад в общую и сердечно-сосудистую смертность (ССС).

Цель исследования – изучить распространенность ПЭС в зависимости от социально-демографических, поведенческих и анамнестических показателей в популяции Российской Федерации (РФ) 25–64 лет, оценить вклад ПЭС в общую смертность и ССС.

Материалы и методы. Обследованы представительные выборки с откликом выше 70% в исследованиях «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах России», ЭССЕ-РФ (13 регионов; n=21100) и ЭССЕ-РФ2 (4 региона; n=6850). ПЭС оценивался по Шкале воспринимаемого стресса–10 (Perceived Stress Scale–10). Уровни ПЭС: «низкий» – 0–11 баллов (б), «средний» – 12–19 б, «высокий» (ВУ) – 20–40 б. Выделяли жесткие конечные точки (КТ) – смерть от всех причин, ССС, а также комбинированную КТ (ККТ)– ССС и нефатальные сердечно-сосудистые события (инфаркт миокарда, инсульт). Анализ ассоциаций ПЭС и КТ проведен с использованием модели пропорциональных рисков Кокса. Уровень значимости принят равным 0,05. Статистический анализ проведен при помощи среды R 3.6.1 с открытым исходным кодом.

Результаты. Средний уровень ПЭС в общей выборке составляет 14,9 б, выше среди женщин (Ж): 15,7 б vs 13,7 б ($p<0,001$). Распространенность низкого, среднего и ВУ ПЭС составила 30,4%; 44,3% и 25,3% соответственно, с преобладанием частоты ВУ ПЭС среди Ж в сравнении с мужчинами (М) (29,5% vs 19,0%, $p<0,001$). Частота ВУ ПЭС в РФ варьируется от 7,9% (Тюменская область) до 44,7% (Оренбургская область). С возрастом уровень и частота ПЭС не меняются ($p<0,001$). Отмечается значимое увеличение частоты ВУ ПЭС со снижением уровня доходов, с безработицей, с отсутствием брака, $p<0,001$. Жители села испытывают реже ВУ ПЭС в сравнении с горожанами ($p<0,05$). Физическая активность не приводила к значимому снижению частоты ВУ ПЭС среди всей выборки ($p=0,76$). Длительность сна демонстрирует U-образную зависимость с частотой ВУ ПЭС. Наличие ХНИЗ (ишемическая болезнь сердца, инсульт, артериальная гипертония, онкологические заболевания, ожирение, сахарный диабет 2 типа), а также тревоги и депрессии в анамнезе ассоциированы с большей частотой ВУ ПЭС. При анализе выживаемости без ССЗ и сахарного диабета в анамнезе среди всей популяции ВУ ПЭС ассоциирован с увеличением риска общей смертности в 1,69 раз (1,38–2,07; $p<0,001$), риска смерти от ССЗ – в 2,64 раз (1,84–3,79; $p<0,001$). ВУ ПЭС значимо ассоциирован с ККТ (М: ОШ=1,53; 1,18–1,98, $p<0,05$, Ж: ОШ=1,77; 1,32–2,37, $p<0,001$).

Выводы. Каждый 4-й обследованный 25–64 лет в РФ имеет ВУ ПЭС. Обращает на себя внимание более высокая частота ПЭС среди Ж, лиц с образованием ниже высшего, лиц с низким уровнем доходов, городских жителей, лиц с ХНИЗ в анамнезе. Важно отметить, что ПЭС оказывает значимый вклад в риск развития как фатальных, так и нефатальных ССЗ, что необходимо учитывать при планировании профилактических и терапевтических программ.

ИШЕМИК ВА ДИЛАТАЦИОН КАРДИОМИОПАТИЯЛАРДА ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИОМАРКЕРЛАРИ ВА ЧАП ҚОРИНЧА РЕМОДЕЛЛАНИШИ ОРСИДАГИ БОҒЛИҚЛИК

ГУЛОМОВ Х.А., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А., КУРБОНОВА Д.Ш.

Республика Ихтисослаштирилган Кардиология Илмий-амалий Тиббиёт Маркази

Мақсад. Ишемик ва дилатацион кардиомиопатия билан оғриган беморларда юрак етишмовчилиги замонавий биомаркерлари ва морфофункционал ўзгаришлар ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш.

Материаллар ва усуллар. Тадқиқотга ишемик ва дилатацион кардиомиопатия билан оғриган СЮЕ II Б босқичи II-IV ФС (NYHA бўйича) ташхиси қўйилган 68 бемор (ўртача ёш 46,9±5,4 ёш) киритилган. Беморлар юрак етишмовчилиги этиологиясига қараб 2 гуруҳга бўлинган: I гуруҳ (n=36) – ишемик кардиомиопатия билан, II гуруҳ (n=32) – дилатацион кардиомиопатия билан оғриган беморлар. Беморларда қуйидаги текширувлар ўтказилди: М- ва Б-режимларида ASE (Америка Эхокардиографлар Жамияти) тавсияларидан фойдаланган ҳолда стандарт усулга мувофиқ трансторакал эхокардиография. Қон зардобидаги эрувчан ST2 ва NT-proBNP концентрациялари Presage ST2 assay (Critical Diagnostics, США) тест-тизимидан фойдаланган ҳолда, иммунофермент таҳлиллар орқали аниқланди.

Натижалар. ЭхоКГ бўйича гуруҳлар бўйича чап қоринча структуравий ва функционал ҳолати кўрсаткичлари билан sST2 даражаси ўртасидаги боғлиқликни таҳлил қилинганда, ҳар икки гуруҳда чап қоринча отиш фракцияси (ЧҚОФ) (r=0,1, p<0,05) ва чап қоринча охирги диастолик ҳажм (ЧҚОДҲ) (r=0,11, p<0,05) билан sST концентрацияси ўртасида заиф мусбат корреляция аниқланди, шунингдек, sST2 қондаги концентрацияси ва чап қоринча бўшлиқларининг ҳажми ва ўлчамлари ўртасида ўртача ижобий корреляция (оҳирги диастолик ўлчам(ОДЎ)- r=0,467, p<0,05; оҳирги систолик ўлчам(ОСЎ)- r=0,3, p>0,05; ОСЎ- r=0,373, p<0,05; чап бўлмача (ЧБ) ўлчами r=0,4, p<0,05 ва чап қоринча миокарди массаси (ЧҚММ) r=0,35, p<0,04) аниқланди. Гуруҳлар ичида NTproBNP, пг/мл ва юрак ичи гемодинамик кўрсатгичлари ўрганилганда ҳар икки гуруҳда ЧҚОФ (r=0,488, p<0,05) билан мусбат корреляция аниқланди, ЧҚ бўшлиқларининг ҳажми ва ўлчамлари ўртасида ўртача ижобий корреляция (ОДЎ- r=0,413, p<0,05; ОСЎ- r=0,38, p>0,05; ОСЎ- r=0,27, p<0,05; ЧБ ўлчами r=0,37, p<0,05 ва ЧҚММ r=0,41, p<0,04).

Хулоса. СЮЕда касалликнинг этиологиясидан қатъий назар замонавий биомаркерларнинг (sST2, NTproBNP) қондаги концентрацияси ва юрак ичи гемодинамик кўрсатгичлари ўртасида мусбат корреляцион боғлиқлик мавжуд.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОСТОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.

ДЖАББАРОВ О. О[1]., МУЛЛАБАЕВА Г.У[2]., ШАРИПОВ И.М[3].

Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии.

Введение: Наиболее часто встречающиеся в послеоперационном периоде нарушения ритма-фибрилляция предсердий (ФП). Ее частота возникновения в ранний и отсроченный период после оперативного вмешательства составляет, по данным различных авторов, от 20 до 40% случаев. Прогнозировать данное осложнение является одним из научных направлений отделения кардиохирургии Республиканского Специализированного Научно-практического медицинского центра кардиологии. По мнению ряда исследователей, уровень мозгового натрийуретического пептида (МНУП) может служить прогностическим маркером ФП.

Цель: оценить взаимосвязь между уровнем (МНУП) с частотой развития послеоперационной ФП (ПОФП) после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) на работающем сердце.

Материалы и методы: в исследование вошло 119 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), которым планируется АКШ. Средний возраст составил 56,1±11,8 лет (88 мужчин, 31 женщин). Критерий исключения: наличие ФП в анамнезе или при суточном мониторировании на ЭКГ, проведенном до АКШ, операции на сердце в прошлом, выраженное нарушение функции клапанов, пациенты с криптогенными инсультами в анамнезе, пациенты с нарушениями функции щитовидной железы, остраый инфаркт миокарда. Всем больным проводилось длительное холтеровское мониторирование ЭКГ до операции, а также в течение 5 суток после АКШ. Уровень МНУП опере-

делялся всем пациентам за сутки до АКШ. Всем пациентам за сутки проводилась эхокардиоскопия в М и В режимах, с расчетом линейных и объемных показателей.

Результаты исследования. ПОФП по данным длительного мониторирования ЭКГ развилась у 24 больных (20,1%) (19 мужчин, 5 женщин) (χ2=0,44; p=0,50). В 83% случаев ПОФП развивалась на 3 сутки АКШ. Ее возникновение не зависело от длительности операции, экстубационного времени. Не обнаружено достоверных различий в возрасте, поле, длительности ишемической болезни сердца (ИБС). Частота возникновения ПОФП ассоциировалась с артериальной гипертонией (АГ) в анамнезе (χ2=4,01; p=0,01). Изучение показателей эхокардиоскопии не выявил достоверных различий в показателях. Средняя фракция выброса (ФВ) в группе с ПОФП составила 46,3±7,5%, а в группе без ПОФП 49,0±6,8% (p>0,05). Уровень МНУП сильно варьировал от 451 нг/мл до 1027 нг/мл. В дальнейшем, анализ уровня МНУП в группах с ПОФП и без нее показал, что в группе с развившейся ПОФП он соответствовал 75 перцентиле (χ2=3,48; p=0,02).

Заключение: ПОФП в нашем исследовании развилась у 20,1% больных, пик ее встречаемости приходился на 3-е сутки. При этом она достоверно чаще нааблюдалась у больных с АГ в анамнезе (χ2=4,01; p=0,01). В нашем исследовании показана ассоциация развития ПОФП с исходно высоким уровнем МНУП.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА III КЛАССА ПРИ КУПИРОВАНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕЭФФЕКТИВНОЙ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИЕЙ

ДЗАУРОВА Х.М., ЗЕЛЬБЕРГ М.А., МИРОНОВ Н.Ю., ЮРИЧЕВА Ю.А., БЕЛЯЕВА М.М., СОКОЛОВ С.Ф., ГОЛИЦЫН С.П.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский – исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Москва

Введение Электроимпульсная терапия (ЭИТ) наиболее часто используемый высокоэффективный способ восстановления синусового ритма (СР) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП). Несмотря на это существует категория больных, у которых эффективность ЭИТ не столь высока. В основном, пациенты имеющие состояния, которые сопровождаются увеличением трансторакального электрического сопротивления (ожирение, ХОБЛ и др.). В настоящее время в клинической практике активно применяется отечественный антиаритмический препарат рефралон, который демонстрирует высокую эффективность купирования персистирующей формы ФП.

Цель**:** Оценить эффективность и безопасность применения рефралона у пациентов с безуспешным опытом купирования текущего эпизода ФП персистирующего и пароксизмального течения.

Материалы и методы: В исследование включено 55 пациентов (средний возраст 60±8 лет, муж/жен 37/18) с пароксизмальной (n=15) и персистирующей (n=40) формами ФП, имеющие безуспешный опыт купирования текущего эпизода аритмии путем ЭИТ. Всем пациентам в условиях блока интенсивной терапии вводился рефралон по схеме: 5 мкг/кг–5 мкг/кг–10 мкг/кг–10 мкг/кг. После введения каждого болюса и перед введением последующего проводилась оценка параметров ЭКГ (ритм, интервал QT) и общего состояния, интервал между введениями составлял 15 минут. Дальнейшее введение прекращалось на любом из этапов в случае: восстановления СР; снижения частоты сердечных сокращений (ЧСС) менее 50 уд/мин; удлинения интервала QTc более 500 мс; развития аритмогенного действия препарата. В течение 24 часов пациент находился под телеметрическим наблюдением для оценки эффективности и безопасности.

Результаты**:** У 47 пациентов из 55 (85,4%) отмечено восстановление СР после введения рефралона. Медиана времени достижения СР составила 40 [15–240] минут. Из них у 5 человек (9%) восстановление СР произошло после введения рефралона в начальной дозе 5 мкг/кг. После введения рефралона в дозе 10 мкг/кг СР восстановило еще 16 пациентов. Суммарная эффективность рефралона в дозе 10 мкг/кг составила 38 %. Оставшиеся пациенты получили рефралон в дозе 20 мкг/кг – СР восстановило еще 9 больных (эффективность дозы 20 мкг/кг **–** 54,5%). Остальным больным потребовалось введения рефрална в максимальной дозе 30 мкг/кг. У 12 (15 %) больных отмечалось удлинение интервала QTc более 500 мс, но ни в одном из случаев это не сопровождалось устойчивым желудочковым аритмогенным действием. У 4 из 55 (7,2 %) пациентов в момент купирования аритмии отмечалось кратковременное урежение ЧСС менее 50 уд/мин.

Заключение: Рефралон обладает высокой эффективностью и безопасностью восстановления СР у пациентов с безуспешным опытом применения ЭИТ. У пациентов с избыточной массой тела и ожирением, медикаментозная кардиоверсия рефралоном может быть предпочтительным способом восстановления СР при гемодинамически стабильном эпизоде аритмии.

КОРОНАР ТОМИРЛАРНИ ЗАРАРЛАНИШИГА КЎРА TAFI ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ

ЗАКИРОВА М.Б., НУРИЛЛАЕВА Н.М.

Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқотнинг мақсади. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) стабил зўриқиш стенокардияси мавжуд беморлар плазмасида тромбин фаоллаштирилган фибринолиз ингибитори оқсилининг (TAFI) коронар томирлар стенози ва ЮИКнинг бошқариб бўладиган етакчи хавф омиллари билан боғлиқлигини ўрганиш.

Тадқиқотнинг материали ва текшириш усуллари. Илмий тадқиқот ишига Тошкент тиббиёт академиясининг кўптармоқли клиникаси 1-Кардиология бўлимида даволанаётган 31 нафар ЮИК мавжуд бўлган беморлар ва 25 нафар амалий соғлом кишилар киритилди. Беморларнинг ўртача 59,1±1,7 ёшни ташкил этди. Беморларнинг 19 (61,3%) эркаклар, 12 (38,7%) ни аёллар ташкил этди. Барча беморларда ЮИК ташхиси коронароангиография текшируви орқали тасдиқланган. Беморларда барча стандарт лаборатор текширувлар билан бир қаторда TAFI, Виллебранд омили, протеин С, тромбомодулин кўрсаткичлари ҳам баҳоланган. TAFI оқсилини аниқлашда ELISA КІТ усулидан фойдаланилган. Бундан ташқари беморларда ЮИК нинг етакчи хавф омилларни мавжудлиги баҳоланган.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқотга киритилган барча беморларда коронароангиография текшируви ўтказилган бўлиб, 92% беморларда юракнинг қон билан таъминланиши ўнг коронар артерия орқали, 8% беморларда чап коронар артерия орқали бўлди. Беморларда олдинги қоринчалараро тўсиқ артериясидаги стеноз (ОҚАТС) ўртача 79,7±2,3%, ўнг коронар артерия стенози ўртача 64,4±3,01% проксимал ўнг коронар артерия стенози ўртача 75,9±3,2% эканлиги аниқланди. Унга кўра беморлар плазмасидаги TAFI миқдори 2,05 баробарга, Виллебранд омили ва протеин С 1,1 баробарга, тромбомодулин эса 1,3 баробарга юқорилиги аниқланди. Амалий соғлом кишиларда ушбу кўрсаткичларда салбий ўзгаришлар топилмади.

Ҳулоса: Эришилган натижаларга кўра TAFI оқсили ва ЮИКнинг асосий бошқариб бўладиган хавф омилларидан бўлган семизлик билан кучли корреляцион боғлиқлик (r=0,67), ҳавотирли депрессив синдром билан (r=0,56) эса ўртача кучли боғлиқлик аниқланди. Қон ивиш тизимида бевосита аҳамиятга эга бўлган Виллебранд омили билан TAFI оқсили ўртасида кучли боғланиш (r=0,7), протеин С (r=0,3) ва тромбомодулин (r=0,29) билан ўртача кучли боғланиш аниқланди. TAFI оқсили билан коронар артериялар стенози даражалари ўртасида бевосита кучли корреляцион боғлиқлик аниқланмади. Натижаларга кўра ОҚАТС билан тескари кучсиз (r=–0,25), ўнг ва ўнг проксимал коронар артерия билан кучсиз мусбат (r=0,12; 0,20) боғланиш мавжуд.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ СТЕПЕНИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА К ПРОФИЛАКТИКЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ЗОХИДОВ ДЖ.М., НУРИЛЛАЕВА Н.М.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель работы: изучить приверженность больных ишемической болезнью сердца (ИБС) к профилактике в условиях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы исследования: нами обследовано 207 больных с ИБС и в сочетании с ГБ в амбулаторных условиях, средний возраст больных составил 53,5±0,2 лет. Всем больным, установив диагноз на основании анамнестических и клинических данных, впоследствии назначалась медикаментозная терапия с указанием доз, режима применения, длительности лечения лекарственными препаратами (ß-блокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты, антиагреганты). Дополнительно проводилась профилактическая помощь населению медицинской сестрой по специально созданной программе.

Результаты. На сегодняшний день в лечении ИБС и ГБ акценты стали смещаться с вра-

ча на пациента. Без активного участия и желания лечиться, трудно добиться решения кратко- и среднесрочных, а тем более долгосрочных задач по профилактике развития и/или прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений. Одним из их наиболее важных факторов, способствующих качественному сотрудничеству врача и пациента, это информированность больного не только о наличии у него заболевания, но и о возможностях современной медикаментозной терапии ИБС и АГ. Выделяют 3 степени приверженности проводимому лечению: полная (пропуск менее 25% назначений); частичная (пропуск 25–65%); отсутствие (пропуск более 65%).

Проведенные нами исследования по оценке степени приверженности к проводимому лечению 207 пациентов, включенных в исследование за 2 года до конца наблюдения выявили причины низкой приверженности больных ИБС к проводимому лечению. Она показала, что полная степень приверженности (пропуск менее 25% медикаментозных и немедикаментозных назначений) обнаружена у 135 (65,2%) больных ИБС, частичная (пропуск 25–65% назначений) у 30 (14,5%) и отсутствие (пропуск более 65% назначений) у 42 (20,3%) респондентов. Оказалось, что причиной низкой приверженности пациентов стали: недостаточные финансовые возможности в 39,5% случаев; считают постоянное соблюдение терапии вредным для организма – 7,4% достаточного лечения только при плохом самочувствии в 27,9% случаев; недооценивают тяжесть своего состояния 46,2%.

Заключение. Недостаточный комплаенс к профилактике будет служить дополнительным фактором риска неблагоприятного течения ИБС и ГБ. Относительно низкая приверженность больных параллельно определяет и отношение к медикаментозным методам лечения. Повышение приверженности больных с ИБС и ГБ к медикаментозным и немедикаментозным методам лечения может быть достигнута через создание мотивации к лечению у пациентов, не только на приеме у семейного врача, но и при осуществлении патронажа на дому медицинской сестрой.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЗНАЧЕНИЙ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТРОПОНИНА Т У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ

КАРОМАТОВ С.И.

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

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

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

Результаты исследования: При сравнении высокочувствительного ТрТ у больных НС с синусовым ритмом (13,1 ± 0,52пкг/мл) и больных НС с ФП (17,76 ± 1,02пкг/ мл) выявлено статистически значимое различие ($p < 0,001$). Связь между показателем Тр и ФП была слабой, но статистически значимой. Бисериальный коэффициент оказался равен 0,35. Доля повышенного высокочувствительного ТрТ в группе больных НС с ФП (чувствительность) составила 68%, доля негативных результатов теста в группе больных НС с синусовым ритмом (специфичность) составила 61%. Прогностическая ценность положительного результата – 38%, прогностическая ценность отрицательного результата – 84%, отношение правдоподобия для положительных результатов теста оказалось равным 1,74, что свидетельствует об увеличении вероятности повышения уровня высокочувствительного ТрТ у больных НС с ФП, однако степень ее увеличения оценивается как минимальная.

Выводы: При фибрилляции предсердий у больных нестабильной стенокардией высокочувствительный TpT повышен достоверно (p < 0,001).

Это повышение не выходит за пределы пограничного уровня высокочувствительного TpT (99-й перцентили x2). Для высокочувствительного TpT (99-я перцентиль) составляет 14 пкг/мл.

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

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЗВЕНЬЕВ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

А.И. КОРОЛЕВ[1], А.А. ФЕДОРОВИЧ[1, 2], А.Ю. ГОРШКОВ[1], В.А. ДАДАЕВА[1,3], К.В. ОМЕЛЬЯНЕНКО[1], М.Г. ЧАЩИН[1], О.М. ДРАПКИНА[1]

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

[2]ФГБУ ГНЦ РФ «Институт медико-биологических проблем» РАН, Москва, Россия

[3]ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

Введение: изменения сосудов микроциркуляторного русла (МЦР) являются причиной ухудшения трофического обеспечения тканей, что приводит к поражению органов-мишеней при артериальной гипертензии (АГ).

Цель: провести одномоментное исследование различных звеньев МЦР кожи у мужчин с АГ низкого и умеренного ССР.

Материалы и методы: 118 «условно» здоровых мужчин 30–60 лет без регулярного приема лекарственной терапии. Всем участникам проведено комплексное обследование МЦР кожи левой руки: видеокапилляроскопия (ВКС), лазерная допплеровская флоуметрия (ЛДФ) в коже пальца и предплечья, фотоплетизмография (ФПГ); ультразвуковое исследование сердца и магистральных артерий, анализы крови, суточное мониторирование артериального давления (АД) (СМАД). По результатам СМАД сформировано 2 группы: группа контроля (ГК) – 59 нормотензивных мужчин; группа АГ – 59 мужчин с впервые выявленной АГ.

Результаты: по результатам ВКС и ЛДФ достоверных различий между группами не выявлено. По данным ФПГ мужчины с АГ относительно ГК имели более высокие значения нормированного индекса аугментации (Alp75) – 3,8% и –5,25% (p < 0,005), индекса жесткости (SI) – 7,6 м/с и 7,35 м/с (p < 0,05) и индекса отражения (RI) – 36,5% и 28,4% (p < 0,005), соответственно. По результатам многофакторного анализа было выявлено, что повышение RI ≥30,6% (ОШ 4,6; p = 0,0476) и SI ≥7,9 м/с (ОШ 3,69; p = 0,019) достоверно ассоциировано с наличием АГ у мужчин с низким и умеренным ССР. Разработана регрессионная модель, включающая возраст ≥35 лет, RI ≥30,6% и SI ≥7,9 м/с, которая позволяет с чувствительностью 78% и специфичностью 62,1% прогнозировать наличие АГ у мужчин с низким и умеренным ССР.

Выводы**:** у мужчин с АГ низкого и умеренного ССР разрежения капиллярного русла и повышения тонуса прекапиллярных артериол в коже не выявлено. По данным ФПГ, мужчины с АГ низкого и умеренного ССР в состоянии покоя характеризуются повышением показателей сосудистой жесткости (Alp75) и тонуса гладкомышечных клеток терминальных артерий и распределительных артериол (RI), а также увеличением скорости распространения пульсовой волны (SI). У мужчин с низким или умеренным ССР, по данным ФПГ, повышение RI ≥30,6% (ОШ 4,6; p = 0,0476) и SI ≥7,9 м/с (ОШ 3,69; p = 0,019) достоверно ассоциировано с наличием АГ. Для прогнозирования наличия АГ у мужчин с низким или умеренным ССР и определения показаний к дообследованию (в т.ч. СМАД) может использоваться полученная многофакторная регрессионная модель, включающая: возраст ≥35 лет, RI ≥30,6% и SI ≥7,9 м/с.

НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НИЗКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА

МИНГАЛИМОВА А.Р.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, Драпкина Оксана Михайловна
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, Москва, Россия

Введение: впервые возникшая фибрилляция предсердий (ФП) является одним из наиболее частых осложнений после операции коронарного шунтирования (КШ). Несмотря на широкий спектр проводимых инструментально-лабораторных методов исследования, их предиктивная способность в отношении послеоперационной ФП остается дискуссионной.

Цель: определить новые стратегии обследования пациентов низкого хирургического риска в рамках повышения эффективности прогноза развития ФП на госпитальном этапе после операции КШ.

Материал и методы: В исследование включено 80 пациентов (88,75% (n = 71) мужчин), которым в плановом порядке была проведена операция КШ. Впервые возникшим пароксизмом ФП считался эпизод аритмии, зарегистрированный на участке записи ЭКГ, ХМ-ЭКГ, либо на прикроватном мониторе, в условиях реанимации. В зависимости от развития ФП на госпитальном этапе (до 10 суток) после операции КШ пациенты были разделены на 2 группы: в группу с ФП вошли 19 пациентов, а в группу без ФП – 61 пациент. До операции всем пациентам выполнялись ЭКГ, лабораторные исследования, ЭхоКГ с расчетом индексированной массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ/ППТ, г/м^2), индексированного объема левого предсердия (объем ЛП/ППТ, мл/м^2) и типа ремоделирования левого желудочка (ЛЖ). Интраоперационно 61 пациенту была выполнена биопсия части ушка правого предсердия (ПП), затем методом световой микроскопии, полуколичественно (по 4-х балльной шкале), оценивалась степень миокардиального фиброза и наличие воспаления.

Результаты: Все пациенты, включенные в исследование, согласно шкале EuroSCORE II соответствовали низкому хирургическому риску (EuroSCORE II < 4%). По данным ЭхоКГ у пациентов с ФП чаще регистрировалась гипертрофия ЛЖ (p = 0,0006) и более высокие значения объема ЛП/ППТ, p = 0,008. По результатам гистологического исследования у пациентов с ФП, по сравнению с пациентами без ФП, чаще встречается умеренная (46,67% против 13,05%) и выраженная степень интерстициального фиброза в ушке ПП (6,66% против 0%, p = 0,003), по данным световой микроскопии. Признаков миокардиального воспаления у пациентов обеих групп выявлено не было. После выполнения многофакторного регрессионного анализа и ROC – анализа, предсказательная ценность сохранилась для ремоделирования ЛЖ по типу концентрической гипертрофии (КГЛЖ) – ОШ 26,78 (95% ДИ 3,42– 209,37; p = 0,002), объема ЛП/ППТ > 34,4 мл/м^2 – ОШ 6,04 (95% ДИ 1,12 – 36,65; p = 0,04) и степени миокардиального фиброза в ушке ПП > незначительной – ОШ 17,05 (95% ДИ 2,48 – 116,78; p = 0,004). На основании выделенных предикторов сформулирована логистическая регрессионная модель для прогнозирования развития ФП на госпитальном этапе после операции КШ (p < 0,0001). Чувствительность и специфичность модели составили 86,67% и 78,26%, соответственно.

Выводы: Пациентам низкого хирургического риска, которым планируется операция КШ, наряду с общепринятыми лабораторными и инструментальными методами исследования, целесообразен предоперационный расчет объема ЛП/ППТ (мл/м^2), ММЛЖ/ППТ (г/м^2) и определение типа структурного ремоделирования ЛЖ при поступлении в стационар. Дополнительно, выполнение интраоперационной биопсии части ушка ПП с целью гистологического исследования, возможно для уточнения риска развития ФП на госпитальном этапе после операции КШ.

ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

***МИНОВАРОВА* Ч.А., *АТАХОДЖАЕВА* Г.А.**

***Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент*, Узбекистан**

Данные исследований, проводимых за последние десятилетия, показало, что на фоне высокой распространённости АГ значимо увеличивается распространенность абдоминального ожирения, особенно среди молодых людей особенно. Степень риска АГ у молодых людей с избыточным весом и ожирением является переменной величиной. Это указывает на существование дополнительных факторов прогноза развития данной патологии..

Цель исследования: изучить влияние факторов гормонального состояния у лиц с АГ молодого возраста на фоне АО.

Материал и методы исследования. Для реализации поставленной цели нами было обследовано 81 пациентов (из них 43 мужчин и 38 женщин) молодого возраста (от 18 до 44 лет) с артериальной гипертензией (АГ) и наличием абдоминального ожирения (АО). Все больные находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГУ «РСНПМЦТиМР» МЗ РУз. 1 группа (контрольная) – лица молодого возраста без АГ и без АО: с метаболически здоровым фенотипом и нормальной массой тела (индекс массы тела 18,5–24,9 кг/м^2) – 26 человека (возраст 27,45±5,83 года; 13 мужчин и 13 женщин). 2 группа – пациенты с АГ молодого возраста с нормальной массой тела – 29 человек (возраст 28,9±7,51 лет, 15 мужчин м 13 женщин). Продолжительность АГ во 2й группе исследования составила 5,82±3,25. 3 группа – пациенты молодого возраста с АГ и АО (индекс массы тела ≥25 кг/м^2) – 27 человек (возраст 30,04±6,78 лет; 15 мужчин и 12 женщин). Давность АГ в данной группе составила 6,7±3,44 лет и ожирения 8,57±3,44.Проводился осмотр всех пациентов с оценкой окружности талии, расчетом индекса массы тела, измерением артериального давления в соответствии с клиническим протоколом. Все пациенты в присутствии врача заполняли специально разработанную анкету, которая включала в себя блоки вопросов о наследственном анамнезе, табакокурении, наличии сопутствующих заболеваний, поведенческих факторах. На момент обследования ни один из пациентов, включенных в исследование, не принимал антигипертензивных препаратов, а также препаратов, влияющих на углеводный и липидный обмен, в постоянном режиме.

Результаты исследования. Наиболее высокие концентрации глюкозы, инсулина и индекс инсулинорезистентности HOMA-IR были выявлены в группах с метаболически нездоровым профилем (группы 2 и 3) по сравнению с другими группами. Наиболее высокие концентрации триглицеридов и ХС-ЛПНП, а также наиболее низкие значения ХС-ЛПВП были выявлены в группе с метаболически нездоровым ожирением (группа 3) по сравнению с другими группами. Большинство схожих исследований включает в себя пациентов более старшего возраста. Наряду с выявленными нарушениями углеводного и липидного обмена наиболее высокая концентрация лептина и более низкая концентрация адипонектина были обнаружены в группах с метаболически нездоровыми фенотипами (группы 2 и 3) по сравнению с другими группами.

Выводы: наиболее выраженные кардиометаболические нарушения, включающие изменения показателей углеводного и липидного обмена выявлены в группе молодых пациентов с метаболически нездоровым ожирением. У молодых лиц с метаболически здоровым ожирением определены более высокая частота сочетания ожирения с артериальной гипертензией и более низкие концентрации адипонектина в сыворотке крови по сравнению с пациентами, имеющими нормальную массу тела.

ЭКОНОМИКА ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МУКАНЕЕВА Д.К., КОНЦЕВАЯ А.В., ИГНАТЬЕВА В.И., ДРАПКИНА О.М.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в течение многих лет являются ведущей угрозой для здоровья населения Российской Федерации (РФ), занимая первое место среди причин смерти. Выстраивание четкой системы социально-экономических аргументов для лиц, принимающих решение в правительстве и разных секторах экономики, **–** важная часть работы, которая способствует укреплению межсекторального сотрудничества, внедрению мер популяционной профилактики (МПП) и улучшению здоровья населения.

Цель исследования – обосновать комплекс МПП на основе прогнозирования снижения медико-экономического ущерба (МЭУ) от ССЗ в РФ.

Материалы и методы. Рассчитан годовой МЭУ от ССЗ, включая прямые медицинские затраты, прямые немедицинские затраты – выплаты пособий по инвалидности, и экономические потери, обусловленные недополученным вкладом в валовой внутренний продукт (ВВП) в результате преждевременной смерти лиц в экономически активном возрасте. Использованы данные Федеральной службы государственной статистики, показатели Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Анализ возврата инвестиций, основанный на Excel-модели, позволил определить значимость предполагаемого экономического эффекта от инвестирования в комплекс выгодных популяционных вмешательств.

Результаты. Величина годового МЭУ от ССЗ в РФ составляет 2,7 трлн руб. (3,2 % ВВП). В структуре ущерба лидирующие позиции занимает ишемическая болезнь сердца – 1 трлн руб. или 1,3 % ВВП, свыше 560 млрд. руб. приходится на цереброваскулярные заболевания. Затраты на оказание медицинской и социальной помощи составляют меньшую долю МЭУ ССЗ, всего 8,8 % (240,6 млрд руб.), более чем 90 % (2,5 трлн. руб.) – потери для экономики страны, связанные с преждевременной смертностью и прекращением работы вследствие временной утраты трудоспособности и инвалидности. Потенциальный экономический эффект для российской экономики от реализации пакетов мер борьбы против табака, вредного употребления алкоголя, снижения потребления соли и повышения физической активности составит 8,10 трлн руб. в виде прироста производительности труда за 15 лет (7,8% ВВП), при этом большая часть эффекта будет связана с предотвращением случаев смерти по причине ССЗ. Годовые затраты на душу населения по пакетам профилактических мер не будут превышать 715 рублей на человека в год. Наибольший возврат инвестиций наблюдается от реализации пакета мер, направленных на сокращение потребления соли – более 51 рубля на каждый вложенный рубль.

Выводы. Существует ряд мер профилактики ССЗ, реализация которых не только позволит потенцировать эффект уже осуществляемых на федеральном и региональном уровнях программ по борьбе с данными заболеваниями, но также обеспечит выраженный экономический эффект.

COVID–19 КАСАЛЛИГИДА ЮРАК ҚОН ТОМИР АСОРАТЛАРИ ХАВФИ БИЛАН АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ АВЖ ОЛИШИ, КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

МУХИДДИНОВ А.И., ТАШКЕНБАЕВА Э.Н., ХАЙДАРОВА Д.Д.

Самарқанд давлат тиббиёт университети.

Ёш олимлар танловига катнашиш учун бу тезиз

Тадқиқотнинг мақсади COVID–19 билан касалланган беморларда артериал гипертензиянинг авж олиши, клиник кечиш хусусиятлари ўрганиш.

Материаллари ва усулларини Самарканд шахар махсус ихтисослаштирилган Covid–19га қарши курашиш маркази бўлимларида шифохона шароитида даволанган, АГ билан касалланган Covid–19 ўтказган ва АГ билан касалланмаган Covid–19 ўтказган ва соғлом 221-нафар текширувчиларда олиб борилди.

Олинган натижалар: Беморларнинг асосий гуруҳида систолик артериал босим (САБ) 153,9

мм симоб устунинини ва диастолик артериал босим (ДАБ) 90,3 мм симоб устунини ташкил этди. Таққослаш гуруҳида САБ 125,0 мм. симоб устунини, ДАБ 75,0 мм симоб устунини ташкил этди. Коагулограмма тахлилларининг маълумотларини, шу жумладан фаоллаштирилган кисман тромбопластин вақти, фибриноген, протромбин, МНО, Д-димер курсаткичлари тадкикотимизда асосий ва таққослама гурухлар орасида сезирарли фарқ сезилмади. Covid–19нинг бошланғич даврида асосий гурухимиздаги беморларимизда қон босими ошишининг даражасини баҳолашда бизнинг текширувимиздаги асосий гурух беморларимизнинг 11 нафарида артериал гипотензия қолган 52 нафарида эса қон босимининг ошиши ва 31 нафар беморда эса қон босимининг турли хил даражада ўзгариши кузатилди. Covid–19 нинг соғайиш даврида бизнинг беморларимизни динамик кузатиш пайтида беморларнинг 13,2%да 13 кишида қон босиминг пасайганлиги, артериал гипертензия (АГ) янада барқарор характерга эга бўлганлиги аниқланди. Асосий гуруҳнинг 4 нафар (4,0%) беморларида қон босимни пастга тушурувчи дориларнинг дозаларини камайтирилди ва 6 нафар (6,1%)да терапияни тўлиқ бекор қилинди. Бизнинг тадқиқотимиз давомида АГ билан касалланган асосий гурухдаги беморларимизнинг учдан бир қисмида Covid–19 дан кейин касаллик янада авж олиб қон босиминг кўрсаткичлари жуда юқори бўлди ва ушбу ҳолат қон босимини тушурувчи дори воситаларининг миқдорини ўзгартиришни яьни оширишни талаб қилди.

Хулоса: Ушбу беморларда касалликнинг бу даврида бошқа беморлар билан солиштирганда касалликнинг ўткир даврида ўпканинг 25% дан ортиқ зарарланиши, нафас етишмовчилиги ва қон босими кўрсаткичларининг ўзгариши билан ўпка зотилжами кўпроқ ривожланди, уларнинг асосий клиник белгилари деярли бир хил ва аносмия у билан боғлиқ авгезия камроқ кузатилди. Артериал гипертензия билан оғриган беморларда Covid–19 нинг ўткир даврида гастро интерцетсиал синдром ва гиповалемия белгиларининг кузатилиши, диспепция, миалгия, артралгия шу билан бирга эса ТМИ нинг ошиши касалликнинг оғир кечиши учун хавф омилларидан бири бўлиб хисобланади.

НЕОКУСПИДАЛИЗАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА В СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

НАМОЗОВ Х.С.

Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан

Введение. Пороки аортального клапана (АК) все чаще встречаются среди индивидуумов молодого, трудоспособного возраста. В настоящее время при стенотическом поражении АК чаще применяют протезирование искусственными механическими и биологическими клапанами сердца. Механический протез требует постоянного контроля реологии крови, приема антикогулянтов, что в свою очередь снижает качество жизни пациента и сопряжено осложнениями антикоагулянтной терапии. При использовании биологических протезов имеется большая вероятность повторной операции в будущем, которая сопряжена с повышенным риском осложнений и летальности. Альтернативной тактикой является пластическая реконструкция аортального клапана путем неокуспидализации из аутоперикарда по методике Ozaki.

Материал и методы. С 2019 г по 2022г в отделении кардиохирургии каршинского филиала РСНПМЦК выполнены 20 пластических реконструктивных операций на аортальном клапане с использованием аутоперикарда пациента по методике Ozaki. Операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения и фармако-холодовойкардиоплегии. Все пациенты имели различную патологию аортального клапана (у 1 пациентов – юникуспидальный клапан, у 6 – бикуспидальный, и у 13 – трикуспидальный дегенеративный). Аутоперикард выделяли размером 12×12 см, далее его обрабатывали глутаровым альдегидом, после иссечения створок АК выкраивали новые створки на основе шаблонов Ozaki. Новые створки АК пришивались к фиброзному кольцу, формировались новые комиссуры. Контроль проводился интраоперационнойчреспищеводной эхокардиографией.

Результаты. Среднее время пережатия аорты составило 84,3±13,2 минут, среднее время ИК – 114±14,5 минут. В 10 случаях нам удалось выполнить пластическую реконструкцию АК (в 4 – бикуспидальный, в 6 случаях – трикуспидальный). В одном случае в связи с узким фиброзным кольцом АК (14 мм) не удалось адекватно выполнить неокуспидализацию, пациенту выполнили протезирование механическим протезом. Случаев осложнений и летальности не было. В ОРИТ пациенты находились в среднем 13,4±4,4 часов. Длительность госпитализации после операции составила 6,4+1,2 дня. У всех пациентов на контрольной ЭхоКГ – скоростные показатели потока на АК адекватные, градиент давления в среднем 6–8 мм рт.ст., регургитации не было.

Заключение. Современная реконструктивная методика Ozaki с использованием аутоперикарда пациента для неокуспидализации АК позволяет эффективно и безопасно восстановить гемодинамические характеристики АК, дает возможность пациенту не принимать антикоагулянты, увеличивает качество жизни пациента. Учитывая высокую заболеваемость населения стенотическим поражением АК, высокую эффективность и безопасность операции Ozaki, следует ее активно внедрять в кардиохирургию.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

НОСИРОВА Д. А., УСАРОВ Ш.А., УРОКОВ А.Х.

Резиденты магистратуры по специальности кардиология СамГМУ, Самарканд, Узбекистан

Цель работы: изучить роль чрескожного коронарного вмешательство на восстановление синусового ритма у больных с приступами пароксизма фибрилляции предсердий при остром инфаркте миокарда.

Материалы и методы: в связи с этим нами были исследованы близкие и дальние результаты ЧКВ. Результаты коронарной ангиографии выявило 74,2% (n=92) гемодинамически значимое поражение КА среди больных ОИМ+ФП и 75,0% (n=84) среди больных ОИМ без ФП и необходимость их к проведению баллонной ангиопластики. Полная функциональная реваскуляризация была выполнена путем чрескожного коронарного вмешательства с использованием 4-х видов коронарного стента: 26 (27,9%), 24 (28,5%) больным был вставлен стент Resolute Integrity (стент из металлического кобальтового сплава покрыт тонким слоем биосовместимого полимера, содержащего зотаролимус), 24 (26,0%) и 21 (25,0%) больным стент Resolute Onyx (стент покрытий зотаролимусом на системе доставки RX), 22 (23,9%) и 19 (22,6%) больным BioMime TM (коронарный стент третьего поколения, элюирующий сиролимус, с ультратонкой (65 микрон, толщиной стержня) и 20 (21,7%) и 20 (23,8%) больным ОИМ+ФП и ОИМ без ФП соответственно, был установлен стент Promus Premier (стент покрытий эворолимусом). 32 больные с ОИМ+ФП и 28 с ОИМ без ФП госпитализированные до 6 часов получили тромболитическую терапию путем введения стрептокиназы в начальной дозе 250000 МЕ в 50 мл изотонического раствора натрия хлорида в течение 30 мин (30 капель в минуту) в/в капельно.

Результаты: Стентирование передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) проводилось у 65 (70,7%) больных первой группы и 53 (63,1%) второй группы, правой коронарной артерии (ПКА) было проведено у 31 (33,6%) и 24 (28,5%), стентирование огибающей ветви (ОВ) у 23 (25,0%) и 6 (7,1%), стентирование диагональной ветви (ДВ) у 27 (29,3%) и 9 (10,7%), стентирование ветви тупого края (ВТК) у 17 (18,4%) и 4 (4,7%) больных, соответственно. Только у трех больных первой группы была выполнена тромбэкстракция (3,2%).

И так наиболее часто стенты были вставлены в передней межжелудочковой артерии как среди больных основной группы (70,7%), так и среди больных сопоставимой (63,1%).

При оценке эффективности ЧКВ в сравниваемых группах, был получен технический успех 95,6% в первой и 92,8% во второй группах, ангиографический успех 95,6% и 90,4% соответственно. Полная реваскуляризация была получена в 1 группе у 80,4 больных и 88,1% во 2 группе. Неполная реваскуляризация была у 19,56% и 11,9% пациентов, учитывая сочетанное поражение КА. Осложнения ЧКВ встречались у в 3,2% и 1,19% случаях. Сроки пребывания в отделении интенсивной терапии в обеих группах 2,3±0,5 и 2,2±0,4, соответственно. Летальные исходы были зарегистрированы в первой группе у 4,3% больных, среди больных второй группы не был зарегистрирован смертельный исход.

Заключение: Таким образом, ЧКВ является наиболее надежным и эффективным методом лечения ИБС, особенно больным с пароксизмами ФП.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ЛИЦ БЕЗ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

РОГОЖКИНА Е.А., ДЖИОЕВА О.Н., ИВАНОВА А.А., ТИМОФЕЕВ Ю.С., ДРАПКИНА О.М.

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

Введение: Индекс массы тела (ИМТ) широко используется для оценки и классификации ожирения, однако он не является точным инструментом для верификации наличия и распределения жировой ткани в организме. При стратификации факторов риска, ассоциированных с ожирением, принципиальную роль играет именно распределение и тип жировых отложений. **Цель работы:** Оценить различия показателей композиционного состава тела и распределения жировой ткани у лиц в зависимости от ИМТ. **Материалы и методы**: Выборка была достаточна для статистической обработки. Проанализированы данные 110 человек от 21 до 59 лет, прошедших профилактический осмотр, не имеющих хронических неинфекционных заболеваний и не принимающих медикаментозную терапию. Исследуемые были разделены по значению ИМТ на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту. Первую группу составили 54 человек (79,6% женщин) с ИМТ < 30 кг/м2, медиана возраста – 39 [34; 48] лет. Вторая группа – 56 исследуемых (67,9% женщин) с ИМТ≥30 кг/м2, медиана возраста которых 46 [36; 51] лет. Всем проводилась оценка антропометрических показателей, эхокардиографическое исследование, УЗИ-ассистированная оценка распределения жировой ткани на аппарате «Philips EPIQ CVx 2D» и определение композиционного состава тела с помощью биоимпедансометрии «InBody 370». Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 3.1.8.

Сравнение групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Уровень значимости проверяемой гипотезы был принят равным 0,05.

Сравнение процентных долей при анализе четырехпольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

Результаты: В группе пациентов с ИМТ≥30 кг/м2 чаще встречалось абдоминальное ожирение (ОТ ≥ 80 см у женщин и ≥ 94 см у мужчин) – у 85,5% исследуемых по сравнению с группой без ожирения (29,6%) ($p < 0,001$). Толщина преперитонеальной жировой клетчатки (ППЖК), эпикардиального жира (ЭЖ), висцеральной жировой клетчатки (ВЖК), свидетельствующие о висцеральном ожирении, достоверно чаще были увеличены при ожирении ($p < 0,001$). Однако показатели были повышены в обеих группах – 40% лиц с нормальным ИМТ имели избыток ППЖК, в 26,5% регистрировался избыток ВЖК по данным УЗИ-ассистированной оценки жировой ткани. Утолщение ЭЖ > 5 мм выявлено у 33 пациентов (треть из которых с ИМТ < 30 кг/м2). У 35 лиц без ожирения (66%) было увеличено процентное содержание жира по данным биоимпедансного анализа.

Выводы: Оценка ИМТ не отражает истинного распределения жировой ткани. У лиц с ИМТ < 30 кг/м^2 также может наблюдаться повышение содержания жира, в том числе и висцеральное ожирение.

МИНИИНВАЗИВНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХСН, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

РУСТАМОВ Б.Е.

СП ООО Многопрфильный медицинский центр «Эзгу Ният», Ташкент, Узбекистан

Цель сообщения: обсудить эффективность/целесообразность реваскуляризации миокарда и принципы индивидуального подхода к выбору лечебной стратегии у пациентов с ишемической дисфункцией ЛЖ.

Вопросы для обсуждения: Формирование концепции гибернации миокарда, как обратимой формы ишемической дисфункции, и утонченность современных техник восстановления коронарного кровотока привели к необходимости решения крайне важного вопроса о роли коронарной реваскуляризации в лечении таких пациентов. Эту миссию взял на себя крупномасштабный проект STICH. Опубликованные результаты 5^{ти}-летнего наблюдения, не подтвердившие преимуществ АКШ в сочетании с оптимальной ме-

дикаментозной терапией (ОМТ) по отношению к монострategии ОМТ, во многом оказались неожиданными и вступили в противоречие с мировым практическим опытом и пониманием патофизиологии, что серьезно обострило уже имевшиеся разногласия. Значимые преимущества АКШ+ОМТ получили доказательства при 10ти-летнем периоде наблюдении (STICHES). А каково место ЧКВ у этой категории больных? К сожалению, целевых рандомизированных исследований по этому вопросу не представлено. Но, согласно нескольким проспективным и наблюдательным исследованиям, ЧКВ продемонстрировало эффективность при определенных клинических условиях (полная реваскуляризация, наличие диабета, пожилой возраст).

Экстраполировать данные исследовательской программы в реальные условия ведения конкретного пациента зачастую вызывает существенные затруднения, и на сегодняшний день вопрос выбора оптимальной лечебной стратегии остается сложной практической задачей. Для ее успешного решения в контексте индивидуального подхода необходимо соблюдение балансов: 1. польза/риск реваскуляризации; 2. «за»/«против» АКШ/ЧКВ; 3. польза/риск прогноз/реваскуляризация с учетом клинического профиля каждого пациента (возраст, общее состояние здоровья, выраженность проявлений ИБС, функциональное состояние и объемные характеристики миокарда, идентификация жизнеспособного миокарда и перспектив его восстановления, тяжесть поражения коронарного русла, предполагаемая продолжительность жизни).

Заключение: Реваскуляризация миокарда у пациентов с ишемической дисфункцией ЛЖ показана (класс I; уровень доказанности B) с АКШ в качестве предпочтительного метода (класс I; уровень доказанности B) и ЧКВ – в качестве альтернативного (класс IIa; уровень доказанности C); ОМТ служит эффективным базовым компонентом лечения. Принятие решения осуществляется на основании стратификации риска и оценки ближайших и отдаленных перспектив.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

САВИЧЕВА А.А., БЕРНС С.А.

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» МЗ РФ, Москва, Россия

Цель работы*:* изучить влияние разных режимов физических тренировок (ФТ) на сердечно-сосудистую систему как метода коррекции повышенного артериального давления (АД) у лиц с артериальной гипертензией (АГ) 1–2 степени.

Материалы и методы*:* в исследование включено 32 мужчины и 64 женщины (n=96) в возрасте 35–54 лет с АГ 1–2 степени (систолическое давление – АДс ниже 170 мм рт.ст., диастолическое давление – АДд=90–104 мм рт.ст.) и без постоянной антигипертензивной терапии. У всех участников исследования проводилась оценка состояния физической работоспособности (ФРС) с помощью ступенчатой прерывистой велоэргометрии по тесту PWC_{150} в модификации В.Л. Карпмана. Были сформированы 4 группы, в каждой из которых пациенты тренировались по определенной программе. У I группы (16 женщин, 8 мужчин) в программу тренировок входили элементы системы хатха-йоги: дыхательные упражнения – пранаямы, Враман пранаямы и статические упражнения – асаны. Развитие общей выносливости (ОВ) было незначительным. II группа (16 женщин, 8 мужчин) тренировалась по программе, включающей средства общефизической подготовки (ОФП) такие как сила, выносливость, быстрота и ловкость. В III группе (16 женщин, 8 мужчин) тренировка состояла из ОФП, которая занимала 50% от всего времени и 50% – равномерный дозированный бег. На развитие ОВ пришлось 50% времени занятия. Программа тренировок IV группы (16 женщин, 8 мужчин) состояла из дозированного бега, который занимал 90% времени тренировки, акцент преимущественно был сделан на развитие ОВ, и 10% – ОФП. Оценивались исходные значения ФРС, субмаксимального возрастного уровня частоты сердечных сокращений (ЧСС), АДс, АДд и последующая их динамика. Контрольная группа включала в себя 40 человек: 20 женщин и 20 мужчин без статистических отличий от основной группы по возрасту, ФРС, уровням АД. Всем участникам контрольной группы было проведено исследование на велоэргометре по тесту PWC_x.

Результаты: при систематическом выполнении ФТ во всех группах отмечалось повышение ФРС по сравнению с исходным состоянием. Больший процент повышения наблюдался в IV группе, он составил 32,7% у женщин и 46,0% у мужчин ($p<0,05$). Затем по убыванию следует III группа, в которой ФРС увеличилась на 20,0% у женщин и 19,3% у мужчин ($p<0,05$), во II – соответственно на 14,9% у женщин и 17,8% у мужчин ($p<0,05$), в I у женщин – на 6,8%, у мужчин – на 7,3% ($p<0,05$).

Одновременно с этим программы регулярных ФТ способствовали снижению АД. Так, АДс снизилось во II группе у женщин на 4,8%, у мужчин – на 8,1% (p<0,01); в III у женщин – на 12,5%, у мужчин – на 10,7% (p<0,01); в IV у женщин – на 19,7%, у мужчин – на 16,6% (p<0,01). АДд снизилось во II группе у женщин на 5,4%, у мужчин – на 4,3% (p<0,01); в III у женщин – на 9,5%, у мужчин – на 7,5% (p<0,01); в IV у женщин – на 21,5%, у мужчин – на 16,8% (p<0,01). В I группе изменения показателей АДс и АДд были недостоверны. Учитывая, что хатха-йога – комплекс релаксационных и дыхательных упражнений, более выраженное улучшение показателей ЧСС приходилось на I группу. За время наблюдения нормализация цифр АД (<140/90) отмечалась в II группе у 41,7% (n=10), в III – у 58,3% (n=14) и IV – у 75% (n=18) обследуемых. В контрольной группе нормальные цифры АД были у 10,0% обследуемых, количество лиц с АГ увеличилось до 52,5% (n=21); АДс увеличилось в среднем по группе на 1,9%, а АДд – на 19,0%.

Заключение: при выполнении разных режимов регулярных ФТ наблюдалось достоверное повышение ФРС, снижение АДс и АДд, что в свою очередь свидетельствует об эффективности программ ФТ. Результаты в большей степени были продемонстрированы в тех программах, где шире представлены элементы тренировки ОВ. Степень снижения АД напрямую зависит от степени повышения ФРС, что в свою очередь является основным показателем, отражающим эффективность программ ФТ.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И ЭЛЕКТИВНОЙ РОТАЦИОННОЙ АТЕРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КАЛЬЦИНИРОВАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

СТАФЕРОВ А.А.

Студент 6 курса лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России. Г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования: Сравнение результатов чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) с применением традиционной баллонной ангиопластики и элективной ротационной атерэктомии с последующей имплантацией стентов с лекарственным покрытием у больных стабильной стенокардией и протяженными кальцинированными поражениями нативных коронарных артерий.

Материалы и методы: В исследование включались больные стабильной стенокардией с выраженно – кальцинированными (определенными по результатам коронарографии) протяженными (более 20 мм) стенозирующими поражениями нативных коронарных артерий, из исследования исключались пациенты с поражением ствола левой коронарной артерии (ЛКА) и хроническими тотальными окклюзиями. В соответствии с вышеуказанными критериями в исследование за период с 2016 по 2022 гг. было включено 127 больных, у 62 (48,8%) выполнялась баллонная ангиопластика (1 группа), у 65 (51,%) – ротационная атерэктомия с последующей баллонной ангиопластикой (2 группа). По основным клинико-демографическим показателям 2 группы были сопоставимы: преобладали мужчины – 82,3% (n=51) и 80,0% (n=50), средний возраст составлял 68,2+9,5 и 70,1+8,2 лет, ФВ ЛЖ – 46,2+8,1% и 45,4+7,0%, сахарный диабет 19,3% и 20,0%, гиперхолестеринемия 96,8% и 96,9% в 1 и 2 группах соответственно (p=NS). У всех пациентов была стабильная стенокардия высоких градаций, многососудистое поражение, показатель по шкале SYNTAX составлял 42+8 и 46+9 баллов (p=NS), факторы риска хирургического лечения (операция АКШ) имелись у 35,5% и 36,9% больных из 1 и 2 группы соответственно.

Результаты: Все вмешательства выполнялись радиальным доступом. Продолжительность вмешательства составляла 78,6+18,5 и 55+14,5 мин (p<0,05), в среднем использовалось 4,5+0,5 и 2,5+0,5 баллонных катетеров (p=<0,05), использование гайд-экстензора было необходимым у 14 (22,6%) и 6 (9,2%) пациентов (p<0,05), в среднем было имплантировано 2,5+0,8 и 2,7+1,1 стентов (p=NS), средняя степень резидуального стенозирования составила 29,8+12,5% и 13,5+6,2% соответственно (p=<0,05) а частота технического успеха – 90,3% и 98,5% (p<0,05) у больных из 1 и 2 группы соответственно. Летальных исходов на госпитальном этапе не было, частота больших кардиальных осложнений (БКО) на госпитальном этапе составила 6,5% и 6,2% (p=NS) в 1 и 2 группе соответственно.

Заключение: Применение плановой (элективной) ротационной атерэктомии у больных с протяженными выраженно-кальцинированными поражениями нативных коронарных артерий ассоциировалось с меньшей продолжительностью вмешательства, меньшим количеством использованного инструментария, более высокой частотой

технического успеха и, на основании полученных данных, может рассматриваться в качестве предпочтительной начальной стратегии в данной группе пациентов.

БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ ТУРЛИ ШАКЛЛАРИНИНГ РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КАРДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ МАСЛАҲАТ ПОЛИКЛИНИКАСИГА МУРОЖААТ ҚИЛГАН БЕМОРЛАРДА ЁШ ВА ЖИНСГА КЎРА ТАРҚАЛГАНЛИГИ

ЎРАЛОВ Ҳ.И., ЗОКИРОВ Н.У., ЎРИНОВ О.Ў, АЛИЕВА З.Ҳ.

Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади: Республика Ихтисослаштирилган Кардиология Илмий Амалий Тиббиёт Маркази (РИКИАТМ) да 2022-йил давомида бўлмачалар фибрилляцияси доимий, персистик ва парксизмал шаклларининг ёш ва жинсга кўра тарқалганлигини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари: РИКИАТМ маслаҳат поликлиникаси 11 нафар кардиолог мутаҳассисларига 2022-йил январ ойидадан декабрь ойигача бўлган муддатдаги, 18 ёшдан катта бўлган жами мурожаат қилган 22244 нафар беморларнинг электрон шаклдаги амбулатория карталари ўрганиб чиқилди.

Тадқиқот натижалари: ўрганиб чиқилган жами 22244 нафар бемор амбулатор карталарининг 912 тасида (4.1%) бўлмачалар фибриллациясининг у ёки бу шакли ташхиси асосий касаллик ёки унинг асорати сифатида қўйилган бўлиб, мос равишда доимий, персистик ва пароксизмал шакллари 554 (60.7%), 85 (9.3%) ва 273 (30%) ни ташкил этди. Эркаклар 52.7%, аёллар 47.3%. Беморларнинг ўртача ёши эркакларда 58,3±12,1 ёш, аёлларда 62,75±11,2 ёшни кўрсатди. Шулардан этиологияси бўйича клапан этиологияли доимий БФ да 191 (34,5%), персистик БФда 23 (27%), пароксизмалда эса 23 (8,4%) ни ташкил этди. БФ нинг барча шаклларида эркак ва аёлларда ўртача ёш бўйича статистик аҳамиятли фарқлар аниқланмади расм–1. Жинс бўйича инсульт ва қон кетиши ҳавфини баҳолаш мақсадида CHA_2DVASc ва HASBLED шкалаларидан фойдалинилганда биз аёлларда инсульт ҳавфини баҳолашда умумий баллдан 1 ни айириб ҳисоблашга қарор қилдик (аёл жинсига 1 балл берилганлиги сабабли). Шу сабали иккала жинс ўртасида БФ учала шаклида ҳам баллар бўйича статистик аҳамиятли фарқлар аниқланмади жадвал–2. Ритм бузилишининг шаклидан қатъий назар касаллик учраши бўйича эркаклар, аёллардан устунликка эга. Доимий шаклда ёш бўйича ўрганиб чиқилганда, 18–59 ёшгача эркакларда БФ кўп аниқланган бўлса (41.6% га 32.7%), 60–69 ёшда деярли тенг миқдорда (37.8% га 37.7%), 70 ёшдан катталарда доимий БФ кўпроқ аёлларда аниқланган (20.6% га 29.8%). Бу 80 ёшдан ошган беморларда аёлларнинг яққол устунлигини кўрсатди (3.1% га 8.2%, $p<0.01$. Персистик БФ да 18–49 ёшгача эркакларда яққол устунлик 31,4% га 23,5% нисбатда $p<0.05$. 50–59 ёшлиларда статистик аҳамиятсиз фарқларда мос равишда 19.6% га 20.6%. 60–79 ёшли беморлар орасида персистик БФ нинг учраши эса аёлларда кўп эканлиги аниқланди 37.2% га 70.6%, $p<0.05$. Пароксизмларнинг учраши 18–59 ёшли эркак беморларда аёлларга нисбатан кўпроқ, бу 40–49 ёшлилар орасида яққол сезилди 17.6% га 7.6%, $p<0.01$. 50–59 ёшлилар орасида тенглик, 60 ёшдан ошган беморларда яна аёлларда орасида пароксизмлар кўпроқ учраши аниқланди 40.1% га 51.5%, $p<0.05$.

Хулоса: адабиётларда маълумотларга мос ҳолатда БФ нинг тарқалганлиги ҳар учала шаклида жинс бўйича тенглик 50–59 ёшлар орасида кузатилди. Бу ёшгача эркакларда, ундан ошган беморларда эса аёлларда кўпроқ кузатилиши аниқланди.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛ/АМЛОДИПИН У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА

ФАЙЗУЛЛАЕВА Ш.С., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., ЮСУПОВА Х.Ф., БЕКМЕТОВА С.И., ЮЛДАШЕВА А.Д., МАШАРИПОВ Ш.М., ИБРАГИМОВА И.А.

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

Цель исследования: оценить антигипертензивную эффективность двойной фиксированной комбинации периндоприл/амлодипин на фоне трех месяцев терапии у больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска.

Материал и методы исследования: В исследование были включены 60 больных с ранее неконтролируемой АГ I–III степени (ЕОГ/ЕОК, 2018), находящихся на амбулаторном лечении в Республиканском специализированном центре кардиологии. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составлял 52,38±10,79 лет, средняя длительность АГ – 6,90±6,23 лет. До начала терапии систолическое АД (САД) составило 155,57±13,67мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) – 92,49±10,0 мм рт.ст. Всем пациентам проводились: клиническое измерение АД осуществляли методом Короткова с помощью ртутного сфигмоманометра в положении пациента сидя по стандартной методике, СМАД проводили с помощью системы автоматического носимого монитора (Регистратор Cardiospy (LABTECH LTD, Венгрия). Всем больным с антигипертензивной целью назначался фиксированный комбинированный препарат периндоприл/амлодипин (Престозек Комби, «ADAMED», Польша). Доза препарата титровалась каждые 2 недели до достижения целевых значений САД (<140мм.рт.ст), ДАД (<90мм. рт.ст.), либо до снижения среднего АД на 10% и более, при этом с целью предотвращения дозозависимых побочных эффектов дозы препаратов распределились в пределах среднетерапевтических: периндоприл в дозе от 4 до 8 мг/сут, амлодипин в дозе от 5 до 10 мг/сут. Среднесуточная доза периндоприла составила 4,4±1,2 мг/сут, амлодипина – 7,86±2,5 мг/сут. Все больные кроме антигипертензивной терапии при необходимости получали антиагрегантную (ацетилсалициловая кислота) и гиполипидемическую терапию – розувастатин (Розат, «ADAMED», Польша). Среднесуточная доза розувастатина составила 15,5±5,0 мг/сут. Для всех видов анализа статистически значимым считали значения $p<0,05$.

Результаты. В целом 3-х месячная комбинированная терапия периндоприлом/амлодипином показала высокую антигипертензивную эффективность. Отмечено достоверное снижение САД, ДАД, АДср., с высокой степенью снижения САД на –22,27±13,28%, ДАД на –17,53±13,89% и АДср. на –13,57±13,57%. При этом целевой уровень САД достигли 85% больных, ДАД – 93% больных, САД и ДАД одновременно – 88,3% больных. В процессе лечения значительно улучшился суточный профиль АД. В частности, показано значительное снижение с высокой степенью достоверности среднесуточных, среднедневных показателей и средненочных показателей САД и ДАД. Так, средне-суточный показатель САД составил исходно 137,7±9,68 мм рт.ст. и в динамике –123,5±9,89 мм рт.ст. ($p<0,001$); средне-суточный показатель ДАД составил: 85,22±8,22 мм рт.ст. и 75,0±7,85 мм рт.ст. мм рт.ст., соответственно ($p<0,001$); средне-дневной показатель САД составил 139,52±10,19 мм рт.ст. и 125,0±9,54 мм рт.ст. ($p<0,001$); средне-дневной показатель ДАД составил составил 87,02±8,77 мм рт.ст. и 76,39±7,49 мм рт.ст. ($p<0,001$); средне-ночной показатель САД составил: 130,66±16,34 мм рт.ст. и 116,78±14,27 мм рт.ст.; средне-ночной показатель ДАД составил: 78,27±12,1 мм рт.ст. и 69,78±11,91 мм рт.ст., соответственно ($p<0,001$). В целом по группе на фоне 3-х месячной комбинированной терапии достоверно уменьшился индекс нагрузки (ИН) дневного и ночного САД и ДАД. В частности, показатель ИНСАДд исходно составил: 47,22±25,35 % и в динамике 20,26±22,31 % ($p<0,001$); ИНДАДд исходно составил: 44,8±24,0 % и в динамике 13,96±13,39 % ($p<0,001$); ИНСАДн исходно составил: 68,55±33,75 % и в динамике 32,39±35,39 % ($p<0,001$); ИНДАДн исходно составил: 46,41±32,9 % и в динамике 25,1±30,8 % ($p<0,02$).

Заключение: показана хорошая антигипертензивная эффективность трехмесячной фиксированной комбинированной терапии периндоприлом/амлодипином с положительным влиянием на суточный профиль АД.

ДИЕТОЛОГИЧЕСКАЯ И НУТРИЦЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА D

ХАСАНОВА Г.Х.[1], ТУХТАЕВА Н.Х.[2]

[1]Ташкентский международный университет Кимё,
[2]Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение. Проблема метаболического синдрома – актуальная проблема современной медицины в связи с крайне широким распространением метаболического синдрома (МС) – от 14 до 24 % в общей популяции, среди лиц с нарушением толерантности к глюкозе распространенность МС составляет 50%, а при сахарном диабете – 80%. В последнее время отмечается тенденция к еще большей распространенности МС. МС «молодеет», что, скорее всего, обусловлено пандемией дефицита витамина D – важного метаболического и анаболического гормона. Согласно результатам масштабного исследования группы ученых, недостаточный и неудовлетворительный уровень витамина D может увеличить риск возникновения метаболического синдрома почти на 40%

Цель. Повысить эффективность диетологической и нутрицевтической коррекции метаболического синдрома (МС) у пациентов с дефицитом витамина D.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 54 пациента с метаболическим синдромом и дефицитом витамина D (50% женщин, 50% мужчин), средний возраст которых составил 36±11,4 лет. Пациенты рандомизированы на две сопоставимые по клинико-демографическим характеристикам группы. Первая сравнительная группа (n=27) соблюдали стандартные диетические рекомендации, принимали препарат метформин в дозе 1000 мг/сут в течение 12 мес. Пациенты второй сравнительной группы (n=27) соблюдали диетические рекомендации-LCHF (Low Carbs High Fat-мало углеводов много жиров), комбинированную биологическую активную добавку инозитола и хрома (инотир) 2000мг/сут и дополнительно к указанному в 1-й группе лечения проводили коррекцию дефицита витамина D (препаратом холекальциферола в дозировке 5000 МЕ/сут в течение 3 мес., затем 2000 МЕ/сут еще в течение 9 мес.). А также была сформирована контрольная группа (n=42) из практически здоровых лиц для сопоставления демографических характеристик без признаков МС.

Результаты. В результате исследования после проведенной терапии у пациентов с Метаболическим синдромом были отмечены статистически значимые изменения медианы изучаемых показателей во всех группах сравнения. При этом более выраженную динамику наблюдали во 2-й группе по показателям: окружность талии у женщин (было 88±3,стало 71±2), индекс массы тела (было 30±4, стало 22±3), инсулин (было 23±2, стало 8±2), индекс HOMA (было 4,5±4,стало 2.6±2) холестерин (было10±3,стало 5±2) липопротеидов низкой (было 6±1, стало 3±1) и очень низкой плотности (было 5±1,стало 1±1) триглицериды (было 3±2, стало 1.8±1), С-реактивный белок (в 2,5 раза) (p≥0,003). Однако в первой сравнительной группе результаты по данным показателям изменились в 1,5 раза.

Выводы. Рекомендуется определять уровень 25 (OH) витамина D у пациентов молодого возраста что может послужить диагностическим критерием метаболического синдрома. А также для повышения эффективности диетотерапии и нутрицевтической поддержки рекомендуется проводить коррекцию 25 (OH) витамина D дополнительно к стандартной терапии метаболического синдрома.

ПОКАЗАТЕЛИ СИГНАЛУСРЕДНЕННОЙ ЭКГ У БОЛЬНЫХ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

ХУДОЙБЕРГАНОВ О.К.

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

Цель: оценить показатели сигналусредненной ЭКГ и наличие поздних потенциалов желудочков, а также их взаимосвязь с эхокардиографическими показателями, у пациентов с перипартальной кардиомиопатией.

Материалы и методы: обследовано 28 женщин среднего возраста 29,3±5,6 лет с перипартальной кардиомиопатией (ПКМП), проходивших стационарное лечение в РСНПМЦК (Ташкент, Узбекистан). Диагноз ПКМП устанавливался на основании рекомендаций ESC и РКО. Всем пациенткам в ходе проведенного обследования проводилось эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование, а также регистрация сигналусредненной ЭКГ (СУ ЭКГ) с помощью системы CARDIOVIT CS–200 (Schiller AG, Швейцария). Исследование ППЖ выполнялось в ортогональных отведениях по Франку с усреднением 500 сердечных циклов. С помощью автоматического алгоритма рассчитывались три показателя: продолжительность фильтрованного комплекса QRS (tQRSf, мс), продолжительность низкоамплитудной (до 40 мкВ) части сигнала в конце комплекса QRS (LAS40, мс), среднеквадратичная амплитуда колебаний в последние 40 мс комплекса ORS (RMS40, мкВ). Критериями наличия ППЖ были (Simson): tQRSf>114 мс, LAS40>38 мс, RMS40<20 мкВ. Присутствие минимум двух из трех перечисленных критериев свидетельствовало об обнаружении ППЖ.

Полученные ЭхоКГ показатели представлены в виде M±SD и Me [Q1; Q3]. При статистической обработке применялся непараметрический U-тест Манна-Уитни Для оценки наличия взаимосвязи между изучаемыми показателями проводился корреляционный анализ по Spearmen.

Результаты: Полученные эхокардиографические показатели представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Эхокардиографические показатели.

Показатель	M±SD
ЛП, мм	38,9±4,5
КДР, мм	60,5±6,0
КСР, мм	48,8±7,0
КДО, мм	180,9±36,5
иКДО, мм	110,2±18,3
КСО, мм	116,3±34,8
МЖП, мм	9,2±1,0
ЗСЛЖ, мм	9,1±1,0
ПЖ, мм	32,8±6,1
ММЛЖ, г	234,3±54,4
иММЛЖ, г/м^2	138,8±19,9
ФВЛЖ, %	37,2±9,3

После проведения СУ ЭКГ полученные показатели составили tQRSf – 100,4±27,1 (91 [83,5; 102,5]) мс; RMS40 – 69,1±54,7 (61,5 [28,5; 96]); LAS40 – 26,4±16,1 (24 [16; 31,5]), соответственно. Наличие ППЖ было выявлено у 5 пациенток (17,9%).

При проведении сравнительного анализа между группами пациенток с наличием или отсутствием ППЖ не было выявлено достоверных различий по основным изучаемым показателям, что на наш взгляд объясняется малым количеством пациенток в обоих изучаемых группах. Однако, при проведении корреляционного анализа было выявлено наличие положительной корреляционной взаимосвязи между показателем tQRSf и иКДО (R=0,711; p=0,021), а также иММЛЖ (R=0,503; p=0,040).

Выводы: Полученные нами предварительные результаты демонстрируют наличие взаимосвязи между процессами ремоделирования миокарда у пациентов с ПКМП и потенциальной опасностью возникновения у них поздних потенциалов желудочков, являющихся грозными предикторами жизнеугрожающих нарушений ритма сердца.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОВЫШЕННОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ

ЮЛДАШЕВА А.Д., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.

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

Цель: Изучить взаимосвязь повышенной вариабельности АД и поражения органов-мишеней у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией.

Материалы и методы: В настоящем исследовании приняли участие 91 пациент с неконтролируемой АГ, имеющие повышенную ВАД по данным СМАД. Средний возраст пациентов составил 52,8 ± 11,9 лет, из них женщин – 51 (56 %) и мужчин – 40 (43,9%). Первичный осмотр больных осуществлялся в лаборатории АГ Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии (РСНПМЦК) РУз. СМАД проводили с помощью системы автоматического носимого монитора («Регистратор BR–102 plus» (SCHILLER, Switzerland). Всем пациентам проводилась аппланационная тонометрия с помощью прибора SphygmoCor (AtCor Medical, Австралия). Кроме того, пациентам проводили эхокардиографию с определением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий с определением толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии (КИМ), а также определение уровня микроальбуминурии. Функция работы почек оценивалась с помощью таких показателей, как креатинин и расчет СКФ по формуле CKD EPI.

Результаты**:** При оценке взаимосвязи АД и данных СМАД по шкале Чеддока у больных АГ была выявлена, статистически значимая, умеренная прямая корреляция среднесуточного САД и среднего САД за дневной период со среднесуточной и дневной ВАД (R = 0,49, R = 0,40, R = 0,45, R = 0,37, соответственно, p 0001 во всех случаях). Заметная прямая корреляция была выявлена между ночным АД и среднесуточным ВАД (R = 0,52, p 0,001) и прямая умеренная связь между ночным АД и дневным ВАД (R = 0,42, p 0,001). Корреляция показателей АД за сутки и ночной вариабельностью САД являлась прямой слабой. (таблица 1) По результатам дальнейшего анализа взаимосвязи ВАД с поражением органов мишеней была выявлена прямая умеренная связь цСАД, цПД с среднесуточной и дневной вариабельностью (R = 0,34, R = 0,33, R = 0,33, R = 0,32, соответственно, p 0,001 во всех случаях). Обнаружена прямая взаимосвязь толщины КИМ со среднесуточными и дневными показателями ВАД (R = 0,37, p0,001 и R = 0,30, p = 0,04 соответственно). Проведя корреляционный анализ суточной ВАД с функцией почек мы выявили статистически незначимые отрицательные связи среднесуточной, дневной и ночной ВАД с СКФ и МАУ. **Заключение** Принимая во внимание полученные результаты исследования, можно с уверенностью предположить, что краткосрочная вариабельность АД является одним из важных критериев оценки сердечно-сосудистых осложнений при АГ. Таким образом, выявление повышенной вариабельности АД при СМАД позволит выделить группу людей с более высоким риском развития поражения органов мишеней.

КИШЕЧНАЯ МИКРОБИОТА НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА

ЯФАРОВА А.А.[1], ***ДЕМЕНТЬЕВА Е.Д.***[2], **ЗЛОБОВСКАЯ О.А.**[2], ***ШЕПТУЛИНА А.Ф.***[1], **КИСЕЛЕВ А.Р.**[1], **ДРАПКИНА О.М.**[1]

[1]***ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России,*** [2]***ФГБУ «Центр стратегического планирования» ФМБА России***

Введение. Состав кишечной микробиоты (КМ) и ее метаболическая активность у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) существенно отличаются по сравнению со здоровыми лицами. Однако лишь в единичных работах оценивалась взаимосвязь состава КМ с клинико-лабораторными и инструментальными параметрами.

Цель исследования. Изучить связь между составом КМ, клинико-инструментальными параметрами у пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС) и сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса (СНнФВ).

Материал и методы. В исследование были включены 64 пациента (71,9 % мужчин) с КБС, 32

(87,9% мужчин) – с СНнФВ и 38 (63,2% мужчин) – с различными сердечно-сосудистыми факторами риска (контроль). В план обследования входил клинический и биохимический анализ крови, эхокардиография и анализ состава КМ с помощью полимеразной цепной реакции в режиме реального времени и секвенирования нового поколения. Для выявления корреляций между составом КМ и клинико-лабораторными и инструментальными показателями вычислялся ранговый коэффициент корреляции Спирмена (ρ).

Результаты. Медиана возраста пациентов с КБС составила 66,5 [59,0; 70,0] лет, пациентов с СНнФВ –72,0 [63,5;74,0], лиц контрольной группы –53,0[47,0; 61,0]. По данным корреляционного анализа была выявлена взаимосвязь между относительной представленностью (ОП) некоторых семейств и родов бактерий/архей и клинико-инструментальными показателями по данным эхокардиографии. Ниже будут перечислены только статистически значимые результаты ($p < 0,05$ после поправок на множественные сравнения). У пациентов с СНнФВ было выявлено, что ОП Hungateiclostridiaceae обратно коррелирует с наличием у пациента артериальной гипертензии (АГ) ($\rho = -0,76$, $p < 0,0001$), а ОП Streptococcaceae – наоборот, прямо связано с наличием АГ ($\rho = 0,55$, $p = 0,046$). Также наличие имплантированных устройств (CRT-D) прямо коррелировало с ОП Syntrophomonadaceae ($\rho = 0,55$, $p < 0,0001$) и обратно коррелировали с Micrococcaceae ($\rho = -0,58$, $p < 0,0001$). ОП семейств Methanomassiliicoccaceae и Methanomethylophilaceae ($\rho = 0,49$) прямо коррелировала с жизнеугрожающими желудочковыми нарушениями ритма у пациентов с СНнФВ. У пациентов с КБС конечный диастолический размер ЛЖ был связан с ОП Enterobacteriaceae ($\rho = 0,401$); также была выявлена прямая корреляция между ОП рода Oscillibacter и такими параметрами как масса миокарда левого желудочка (ЛЖ)/индекс массы миокарда ЛЖ ($\rho = 0,334$, $\rho = 0,304$, соответственно).

Выводы. Семейства и роды бактерий/архей, для которых были выявлены прямые корреляционные связи с ухудшением клинико-инструментальными параметров, в большинстве относятся к грамотрицательным бактериям, которые служат источником липополисахарида. Увеличение ОП метан-продуцирующих семейств архей могут способствовать жизнеугрожающим нарушениям ритма: желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков у пациентов с СНнФВ.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА. РЕГИСТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

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

RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O‘zbekiston

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

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

Natijalar. O‘MI o‘tkir koronar sindromi gumoni bilan bemorlarni 26,5% – tida aniqlanadi. Erkaklar populyatsiyasida 1,5 barobargacha yetib (60,2%) ayollarga qiyosan (39,8%) ko‘p O‘MI aniqlanadi (r<0,05). Turli yosh guruxlarida tafovut bilan kuzatiladi: 20–29 da – aniqlanmaydi, 30–39 da – 3,6%, 40–49 da – 25,4%, 50–59 da – 27,3%, 60–69 da – 28,7%, 70–79 da – 29,4% va 80 yoshdan o‘tganlarda – 22,6%. Aniqlandiki O‘MIga moyillik xavfi ayniqsa 40 yoshdan boshlab deyarli 25 barobarga yetib ortadi. Uni aniqlanish darajasi kelgindi va o‘tiroq axolida – 33,6% va 25,6% dan (r<0,05), oliy va o‘rta ma’lumotlarda – 19,6% va 31,5% dan (r<0,05), ishchilar va tadbirkorlar populyatsiyasida – 14,3% va 36,4% dan qayd etiladi (r<0,001). E’tiborga molik yana bir klinik vaziyat – arterial gipertoniyaga (AG) bog‘liq xolda O‘MIni kelib chiqishi salkam ikki barobarga yetib ortadi (r<0,05). U AG bilan birgalikda 74,3% yetib uchraydi (20–80 yoshli erkaklarda – 77,8% va ayollarda – 68,9%, r<0,05).

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

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

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

RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O‘zbekiston

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

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

Natijalar. «Arterial gipertoniya kvintessensiyasi» ko‘rinishi bo‘lib GK axoli orasida 37,2% darajada qayd etiladi. AG I bosqichiga aloqador bo‘lib – 9,1%, AG II bosqichi sabab bo‘lib – 16,6% va AG III bosqichi asorati sifatida 11,4% – ga yetib kelib chiqadi. uning I-chi va II-chi turlari 17,7% va 19,8% dan aniqlanadilar (r>0,05). GK ayollarda 43,0% va erkaklarda esa 28,9% darajada tarqalish bilan uchraydi (r>0,05). Uning kelib chiqishi uchun nomaqbul epidemiologik

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

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

ИЗМЕНЕНИЯ В ХАРАКТЕРЕ ПИТАНИЯ МУЖЧИН С ПОДРОСТКОВОГО ДО ВЗРОСЛОГО ВОЗРАСТА: РЕЗУЛЬТАТЫ 28-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ДАДАЕВА В.А., КАРАМНОВА Н.С., РОЗАНОВ В.Б., КОНЦЕВАЯ А.В., КОТОВА М.Б., ИВАНОВА Е.И., ДРАПКИНА О.М.

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

Введение: с возрастом характер питания изменяется, но отдельные пищевые привычки могут оставаться неизменными.

Цель: изучение изменений в характере питания лиц мужского пола от подросткового до зрелого возраста.

Материалы и методы: обследована репрезентативная популяционная выборка из 1005 мальчиков в возрасте от 11 до 12 лет (средний возраст 11,9±0,11 года), которые проходили обследование в возрасте 15 (n=267), 17 (n=499), 22 (n=433) и 43 (n=287) лет. Оценка фактического рациона питания проводилась методом 24-часового воспроизведения рациона, который заключается в сборе информации о принятой в течении 24 часов пищи посредством однократного опроса. Потребляемые продукты распределялись на 13 групп, при этом не учитывалось потребление воды, напитков и алкоголя.

Результаты: Установлено, что структура питания менялась по мере взросления участников исследования: доли (Δ%) мяса [M (95% ДИ)] 2,4 (–0,5–5,3), молока и молочных продуктов 0,5 (–3,5–4,6), рыбы и морепродуктов 1,5 (0,4–2,7), яиц 0,8 (0,1–1,5), каш (крупяных изделий) 1,4 (–1,0–3,8), овощей и овощных соков 1,4 (–2,6–5,4), растительных масел 0,3 (0,1–0,5), а также макаронных изделий 0,2 (–2,0–2,3) увеличивались с возрастом, тогда как доли (Δ%) животных жиров [M (95%ДИ)] –1,0 [–1,4–(–0,6)], хлеба и хлебобулочных изделий –2,8 [–5,5–(–0,1)], супов и соусов –1,5 (–5,4–2,7), сладостей и кондитерских изделий –2,6 [–4,8–(–0,5)] снижались. Наблюдалась тенденция к увеличению потребления (Δ%) фруктов и фруктовых соков [M (95% ДИ)] 4,9 (1,5–8,4).

Выводы: у лиц мужского пола с подросткового до зрелого возраста модели питания претерпели существенные изменения, что необходимо учитывать при разработке профилактических мероприятий, направленных на коррекцию нерационального питания у детей и подростков.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ СТЕПЕНИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА К ПРОФИЛАКТИКЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ЗОХИДОВ Ж.М., НУРИЛЛАЕВА Н.М.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель работы: изучить приверженность больных ишемической болезнью сердца (ИБС) к профилактике в условиях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы исследования: нами обследовано 207 больных с ИБС и в сочетании с ГБ в амбулаторных условиях, средний возраст больных составил 53,5±0,2 лет. Всем больным, установив диагноз на основании анамнестических и клинических данных, впоследствии назначалась медикаментозная терапия с указанием доз, режима применения, длительности лечения лекарственными препаратами (ß-блокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты, антиагреганты). Дополнительно проводилась профилактическая помощь населению медицинской сестрой по специально созданной программе.

Результаты. На сегодняшний день в лечении ИБС и ГБ акценты стали смещаться с врача на пациента. Без активного участия и желания лечиться, трудно добиться решения кратко- и среднесрочных, а тем более долгосрочных задач по профилактике развития и/или прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений. Одним из их наиболее важных факторов, способствующих качественному сотрудничеству врача и пациента, это информированность больного не только о наличии у него заболевания, но и о возможностях современной медикаментозной терапии ИБС и АГ. *Выделяют 3 степени приверженности проводимому лечению: полная (пропуск менее 25% назначений); частичная (пропуск 25–65%); отсутствие (пропуск более 65%).*

Проведенные нами исследования по оценке степени приверженности к проводимому лечению 207 пациентов, включенных в исследование за 2 года до конца наблюдения выявили причины низкой приверженности больных ИБС к проводимому лечению. Она показала, что полная степень приверженности (пропуск менее 25% медикаментозных и немедикаментозных назначений) обнаружена у 135 (65,2%) больных ИБС, частичная (пропуск 25–65% назначений) у 30 (14,5%) и отсутствие (пропуск более 65% назначений) у 42 (20,3%) респондентов. Оказалось, что причиной низкой приверженности пациентов стали: недостаточные финансовые возможности в 39,5% случаев; считают постоянное соблюдение терапии вредным для организма – 7,4% достаточного лечения только при плохом самочувствии в 27,9% случаев; недооценивают тяжесть своего состояния 46,2%.

Заключение. Недостаточный комплаенс к профилактике будет служить дополнительным фактором риска неблагоприятного течения ИБС и ГБ. Относительно низкая приверженность больных параллельно определяет и отношение к медикаментозным методам лечения. Повышение приверженности больных с ИБС и ГБ к медикаментозным и немедикаментозным методам лечения может быть достигнута через создание мотивации к лечению у пациентов, не только на приеме у семейного врача, но и при осуществлении патронажа на дому медицинской сестрой.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ФАКТОРАХ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ

А.Н. КОРОБЕЙНИКОВА, М.В. БЕЗЗУБЦЕВА

Инновационная академия профессионального развития «ДокСтарКлаб», Севастополь, Российская Федерация

Введение. Согласно данным ЭССЕ-РФ, низкую приверженность здоровому образу жизни имеют 43,6% населения, при этом у женщин она в 2 раза выше, чем у мужчин (20,6% и 10,7% соответственно). Существует предположение, что такая тенденция обусловлена более низкой осведомленностью мужчин о факторах риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и определенными поведенческими стереотипами.

Цель. Изучить осведомленность и отношение к здоровому образу жизни среди пользователей медицинских интернет-ресурсов и выявить гендерные различия.

Материал и методы. На базе платформы Google Forms **был сформирован опросник приверженн**ости к ЗОЖ «ПроЗОЖ-II» и адаптированный опросник по оценке отрицательного влияния факторов риска на состояние здоровья. Структура опросника «Профиль здорового образа жизни» (ПроЗОЖ-II) включает шесть шкал: ответственность за здоровье, физическая активность, питание, внутренний/духовный рост, межличностные отношения, управление стрессом. Адаптированный опросник включал оценку отрицательного влияния следующих факторов риска: курение, нездоровое питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела, ожирение, повышенное артериальное давление, повышенный холестерин, повышенный сахар крови, чрезмерное употребление алкоголя, стресс. Опрос был проведен среди пользователей интернет-ресурсов, распространялся в социальных сетях в январе-феврале 2022 года. Статистическая обработка проводилась в программе MS Excel 2021 и jamovi.

Результаты. В исследовании приняли участие 470 человек (98 мужчин (20,9%) и 372 женщины (79,1%)), группы были сопоставимы по основным социо-демографическим характеристикам. Активный статус курения отметили 25,8% женщин и 42,9% мужчин, ожирение диагностировано у 13,4% и 22,4% соответственно. Хотя бы одно ХНИЗ имеют 16,1% женщин и 22,4% мужчин. Женщины оценивают как значимое влияние на свое здоровье следующих факторов: курение, нездоровое питание, низкая физическая активность, артериальная гипертензия, повышенный уровень холестерина и сахара; мужчины в противовес отмечают наибольшее влияние на здоровье только употребления алкогольных напитков. Не было выявлено гендерных различий в оценке влияния стресса. По результатам опросника «ПроЗОЖ-II» разница в приверженности к ЗОЖ выявлена между мужчинами и женщинами только по субшкале «Ответственность за здоровье», по остальным параметрам гендерных отличий не найдено.

Заключение. По результатам исследования выявлен высокий уровень осведомленности среди пользователей медицинских интернет-ресурсов о факторах риска ХНИЗ, а также высокая приверженность к ЗОЖ. Полученные данные могут быть полезны в разработке индивидуальных и корпоративных профилактических программ с акцентом на выявленные факторы.

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

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

Андижон давлат тиббиёт институти

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

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

Тадқиқот натижалари ва мушохидаси. Фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи ахоли популяциясида (ФбШП) ЕАГ 5,6 фоиз тарқалиш частотаси билан қайд қилинади (эркакларда 6,6 фоиз ва аёлларда 4,6 фоиз; P< 0,05). Турли ёш гуруҳларида ЕАГ қуйидагича аниқланиш частоталари билан кузатилади: 18 – 30да 3,0 фоиз (эркакларда 1,3 фоиз ва аёлларда 5,0 фоиздан; P< 0,05), 31 – 49 да 4,1 фоиз (эркакларда 5,3 фоиз ва аёлларда 2,8 фоиздан; P< 0,05), 50 – 69 да 10,7 фоиз (эркакларда 18,0 фоиз ва аёлларда 6,8 фоиздан; P< 0,05) ва ≥ 70 ёшда 5,5 фоиз (эркакларда 3,0 фоиз ва аёлларда 9,1 фоиздан; P< 0,05). ЎОАГ ушбу популяциясида 6,2 фоиз тарқалиш частотаси билан аниқланади (эркакларда 6,2 фоиз ва аёлларда 6,3 фоиз; P = 0,374). Ёшга боғлиқ холда 3,4 фоиздан (18 – 30 ёшлиларда) то 16,4 фоизгача, яъни 5,2 мартадан зиёдга ортиш билан тасдиқланади.

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

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

ЯККАЛАНГАН АРТЕРИАЛЬ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

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

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади – фермерлар популяциясида яккаланган артериаль гипертензияни (ЯАГ) эпидемиологиясини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

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

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

Тадқиқот натижалари ва мушохидаси. ИСАГ ушбу популяциясида ижтимоий – оилавий хатар омилларига боғлиқ 9,8 фоизга кўпайиб аниқланади. Умуман, фермерлар популяциясида ИСАГ 2,7 фоиз тарқалиниш частотаси билан кузатилади (эркакларда 2,8 фоиз ва аёларда 2,5 фоиздан; P = 0,39). Ёшга боғлиқ холда 7,5 фоизга аниқланиш часттаси билан кўпайиб тасдиқланади. 18 – 30 ёшлиларда 1,6 фоиз, 31 – 49да 3,1 фоиз, 50 – 69 да 2,0 фоиз ва 70 ёшдан кейин 9,1 фоиз тарқалиш частоталари билан қайд қилинади. Эркак ва аёлларда ИСАГ тарқалиш частотаси 70 ёшдан кейин кескин тафовутланади, аёлларда уни аниқланиш частотаси икки баробардан зиёдга етиб ортиши билан кузатилади. Бошқа ёш гуруҳларида эса ИСАГни аниқланиш частотаси, эркак ва аёлларда қуйидагича кўрсаткичлар билан тасдиқланади: 18 – 30да 1,7 ва 1,5 фоиздан (P< 0,05), 31 – 49да 3,1 ва 3,0 фоиздан (P< 0,05), 50 – 69да 2,6 ва 1,7 фоиздан (P< 0,05), ≥ 70 ёшда 6,1 ва 13,6 фоиздан (P = 0,053).

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

ОРГАНИЗАЦИЯ «ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РАСУЛОВА З.Д., ШАЙХОВА У.Р.

***Центральная консультативно-диагностическая поликлиника №1 Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан*, Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования изучение эффективности проводимых «Школ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний» на уровне первичного звена здравоохранения.

Материал и методы. Всего было обследовано 173 лиц в возрасте с 40–70 лет, из них мужчины – 60. По результатам больные были распределены на группы в зависимости от уровня сердечно-сосудистого риска (ССР). 1 группу составили 56 лиц с низким и умеренным ССР по SCORE2, 2 группу – 47 лиц с высоким ССР, 3 группу 8 лиц без коронарогенных заболеваний с очень высоким ССР по SCORE2, 4 группу – 49 больных с диагностированными коронарогенными заболеваниями и очень высоким ССР. Группу контроля составили 23 условно здоровых лиц с низкий ССР. Обследование исходно и через 3 месяца наблюдения включало: оценка массы тела МТ, роста, объема талии (ОТ), индекс МТ (ИМТ = кг/рост, м^2), АД; в сыворотке крови оценка холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов ТГ, липопротеидов высокой плотности, глюкозы; оценивали 10-летний риск смерти и смертельных случаев ССЗ по опроснику SCORE–2; оценка композиционного состава тела проведена методом биоимпедансного анализа, оценка показателей качества жизни (КЖ) и индекса стресса по опроснику Reeder L. и анкете оценки здоровья и качества жизни EQ––5D, оценки физической работоспособности (ФРС) пациентов (тест шестиминутной ходьбы ТШХ, тест Е.А.Пирогова, шкала Боргаа). Реабилитационная программа включала: обучение пациентов в «Школе по профилактике ССЗ», включающую разработку индивидуальной программы по рациональному питанию, при избыточном весе и ожирение уменьшением основного обмена на 10–30%; комплекс физической реабилитации (КФР) включал групповые занятия

гимнастикой по авторской схеме 3 раза в неделю по 1 часу, лечебная физкультура с тренировкой аэробной направленности, дозированную ходьбу в зависимости от ФТ ежедневно; занятия по психологической разгрузке, которые повышали мотивацию на здоровый образ жизни.

Результаты исследования. Оценка показателей ВРС в зависимости от уровня ССР показала: в группе больных с высоким и очень высоким ССР достоверное снижение ФРС с уменьшением дистанции ТШХ, снижению уровня физического состояния по тесту Е.А. Пирогова, увеличение показателя шкалы Борга, отражающей степень одышки, которую он испытывает после выполнения физической нагрузки (ФН). Полученные данные свидетельствуют о снижение толерантности к физической нагрузке и увеличении степени одышки на ФН при увеличении ССР. *Анализ показателей стресса* **опросника** Reeder L. *и* показателей здоровья по анкете EQ––5D показал, что отмечается увеличение индекса стресса и ухудшение показателя здоровья в группе с высоким и очень высоким ССР. После 3 месяцев реабилитации в 1, 2, 3 и 4 группе больных ТШХ увеличился – на 13,5% ($p<0,05$), 11,5% ($p<0,05$), 10,5% ($p<0,05$) и 9,0%, интенсивность одышки по шкале Борга уменьшилась – на 8%, 10% ($p<0,05$), 11%($p<0,05$) и 8.5% соответственно, ИС по Reeder L. увеличился на 15% ($p<0,05$)**,** 22,0% ($p<0,01$), 15% ($p<0,05$) и 11%. Динамика показателей **здоровья и качества жизни в 1 и 2 группах на фоне реабилитации показал уменьшение общего балла EQ–5D на 15**,0% ($p<0,05$), 25,0% ($p<0,01$), 18,0% ($p<0,05$) и 14%, снижение ИМТ на 9,5% ($p<0,05$), 11,5% ($p<0,05$), 10% ($p<0,05$) и 13,8% ($p<0,05$) соответственно по сравнению с исходными показателями.

Заключение. Таким образом, проведение школы здоровья среди пациентов с ожирением с последующей разработкой индивидуальной реабилитационной программы показало снижение МТ, повышение толерантности к физической нагрузке, улучшение параметров психологического статуса и уровня здоровья.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

ТАИРОВ М.Ш.

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

Цель исследования: Оценка факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных поступивших в острыми болями в грудной клетке (сердце)

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

Результаты исследования: Распределение поступивших пациентов по полу 54,5% женщин **и** 45.5% мужчин, средний возраст которых был 63, 60 лет соответственно. **Средние показатели индекса массы тела составлял 28,8 у женщин и 29,9 у мужчин. Средний показатель окружности талии составлял 103,1 см у женщин и 115,3 у мужчин. Средние показатели САД и ДАД до лечения как у женщин**, так и мужчин были высокими **(САД 161,9±**7,6; 161,9**±**5,8 мм **рт.ст**, **ДАД** 96,0**±**9,4; 95,7**±**6,1 мм **рт.ст соответственно**). Средние показатели глюкозы в крови натощак составляли 8,0**±**6,7 у женщин, 8,4**±**7,3 у мужчин. Средние показатели уровня холестерина в крови составляли 5,291 **ммоль/мл** у **женщин и 5,425 ммоль**/мл у мужчин. Показатели триглицеридов в крови в среднем составлял 1,652 **ммоль**/мл у женщин, 1,680 **ммоль**/мл у мужчин. **Средние показатели ЧСС составляли** 88,647 **у женщин**, и 85,268 у мужчин. **Средние показатели фибриногена в крови составлял 3,094 г/л, у женщин, 3,138 г/л у мужчин.**

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

STUDY OF THE PREVALENCE OF SMOKING AND ARTERIAL HYPERTENSION IN RURAL AREAS

NABIBULLAEVA SH.Z., SHUKURDJANOVA S.M..,BOYNAZAROVA A.,NURITDINOVA N.B., MAKHMUDOVA M.S.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: The main conditions for the prevention of death from myocardial infarction and stroke are considered to be early detection of arterial hypertension (AH), lowering and constant monitoring of blood pressure (BP) levels by correcting modifiable risk factors, in particular such significant ones as smoking.

Purpose: early detection of hypertension and the study of the prevalence of smoking in the rural population.

Material and methods: cross-sectional study of the rural population – screening for elevated BP followed by assessment of individuals with identified elevated levels of BP, as well as identifying the prevalence of smoking. The medical staff of 3 rural medical posts (SVPs) of the Syrdarya region took part in the screening. The survey involved 664 people over 20 years old. Data on age, place of work, smoking status were entered into the screening questionnaire, and blood pressure was measured. Individuals with smoking and/or elevated blood pressure levels were invited for further examination, where they were repeatedly, twice determined blood pressure in both arms, calculated the body mass index (BMI), and took an electrocardiogram.

Results: persons aged 20 to 50 participated in the screening – 412 (62%) people: the largest number were persons aged 20–29 years and 40–49 years. Among men, people working in agriculture predominated – 323 people (48.6%), and among women the majority were housewives – 152 people (22.9%). There were 24 (3.6%) pensioners, and 12 (1.8%) disabled due to illness. Smoking was detected in 74 (11.1%). An increase in blood pressure above 140/90 mm Hg. 97 (14.6%) people were registered, of which 52 (53.6%) patients were on dispensary registration in SVPs for hypertension, and in 45 (46.4%) people, an increase in blood pressure was detected for the first time. Analysis of blood pressure figures showed that 34 out of 97 people (35.1%) people had systolic blood pressure in the range of 141–150, 27 people (27.8%) – 151–160, 15 – (15.5%) – 161–170, 10 – (10, 3%) – 171–180 and 11 (11.3%) people over 180 mm Hg. Most of the people with elevated blood pressure – 70 (72.2%) people had diastolic blood pressure up to 100 mm Hg. Art., 22 (22.6%) – within 101–110, and 5 (5.2%) patients – more than 110 mm Hg. Art. The risk of smoking affecting the occurrence of AH was 0.25, the risk of AH in the absence of smoking was 0.13. The relative risk was 1.92.

Conclusions: Smokers are 12% more likely to develop hypertension than non-smokers. Identification of smoking against the background of varying degrees of hypertension should be carried out to stratify the risk of cardiovascular complications and determine the appropriate tactics for managing these patients. It should be noted that patients with smoking in 15–20% of cases are expected to develop cardiovascular complications even with low blood pressure. Early detection of smoking and blood pressure levels is an important step in the management of hypertension, it allows you to objectively assess the patient's condition, start drug treatment in a timely manner, lower blood pressure and prevent the development of complications.

STUDY OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS

NABIBULLAEVA SH.Z., SHUKURDJANOVA S.M..,MAKHMUDOVA M.S.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Purpose. To study the features of endothelial function in patients with arterial hypertension (AH) with type 2 diabetes mellitus (DM).

Materials and methods of research. The study included 70 patients with hypertension. The patients' age ranged from 38 to 68 years, on average 56.2±3.7 years. The patients were divided into 2 groups: group 1 included 33 AH patients without diabetes mellitus, group 2 included 37 patients diagnosed with type 2 diabetes. The study included patients with arterial hypertension, confirmed by blood pressure monitoring. In the first group, the average SBP per day was 141.9±2.69 mmHg, the average DBP per day was 93.4±1.93 mmHg. In the second group, the average SBP per day was 146.7±2.56 mmHg, the average DBP per day was 95.7±1.85 mmHg. BMI, SBP and DBP did not differ significantly between the groups ($p>0.05$). Clinical groups are comparable in terms of sex, age of patients, duration and severity.

To identify endothelium-dependent dysfunction, a test with reactive hyperemia was performed, and for endothelium-independent dysfunction, a test with nitroglycerin was performed.

Research results. It was found that the diameter of the brachial artery was initially significantly different in patients of the first and second groups. The mean value of the vessel diameter in AH patients without DM was 3.87±0.07 mm, in AH patients with DM it was significantly larger – 4.19±0.08 mm ($p<0.05$). At the peak of reactive hyperemia, the diameter of the brachial artery did not differ significantly between the two groups: 4.40±0.08 mm in the first group and 4.43±0.07 mm in the second ($p<0.05$).

According to the results of the test with reactive hyperemia, endothelium-dependent dysfunction in the first group was detected in 11 patients (33.3%), in the second group in 24 patients (64.9%). After the test with reactive hyperemia, the diameter of the brachial artery returned to its original state, because. did not significantly differ from the baseline ($p>0.05$). The test with nitroglycerin was positive in 27 patients from the first group (81.8%) and in 27 patients from the second group (73.0%).

Conclusion. Thus, in the first group, endothelial dysfunction was observed much less frequently than in patients in the second group. Endothelium-dependent vascular dysfunction was also more significant in the second group, which indicates more pronounced vascular damage in AH patients with DM and a greater risk of developing cardiovascular complications.

ARTERIAL GIPERTONIYA BOR BEMORLARDA KOMORBIDLIK XUSUSIYATLARI

TAIROV M.SH, JURAYEVA X.I.

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro sh, O'zbekiston
RIKIATM Buxoro viloyat mintaqaviy filiali, Buxoro sh, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi: arterial gipertenziyasi bor bemorlarda komorbid patologiyaning ctrukturasini o'rganish.

Material va tadqiqot usullari. Tadqiqot ishlari Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi Buxoro viloyat mintaqaviy filialida 2020–2021 yillarda davolangan 135 nafar arterial gipertoniyaning (AG) II-III bosqichlari bo'lgan, tasodifiy tanlab olish yo'li bilan tanlab olingan bemorlarning kasallik tarixi tahlil qilindi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 63,4±5,3 yoshni tashkil etdi. Ularning 52,6% ayollar (71 nafar), 47,4% erkaklar (64 nafar). Tadqiqot arterial gipertoniya bor bemorlarda komorbid kasalliklarni baholashni va bemorlarning komorbid strukturasini va 10 yillik yashash darajasini aniqlash uchun Charlesson indeksini aniqlashni o'z ichiga oldi.

Ushbu indeks mavjud ba'zi qo`shimcha kasalliklarni ball tizimi (0 dan 40 gacha) bo`yicha baholash va o'lim pragnozi uchun foydalinadi. Olingan ma'lumotlarning statistik tahlili Microsoft Office XP va Excel statistik dasturiy ta'minot to'plami yordamida amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot davomida arterial gipertoniyasi bor bemorlarning 100% da qo'shimcha kasalliklar borligi aniqlandi.

Bemorlarning 8,1% da 1 ta, 12,6% da 2 ta, 79,3% da esa 3 ta va undan ko'p kasallik mavjudligi aniqlandi. Tekshirilgan bemorlarda komorbidlik strukturasini asosan yurak-qon tomir patologiyasi tashkil qildi. Bemorlarning 85,2% da surunkali yurak etishmovchiligi (SYuE) qayd etilgan. Yurak ishemik kasalligidan 82 bemorda (60,7%) zo`riqishdagi

stenokardiyaning III funktsional sinfi (51ayol, 62,1%; 31 erkak, 37,8%), 44 bemor (32,6%) anamnezida miokard infarkti (25 ayol, 56,8%; 19 erkak, 43,2%), 31,9% holda (43 bemorda) yurak aritmiyalari borligi aniqlandi (27 ayol, 62,8%; 16 erkak, 37,2%). Endokrin patologiya bemorlarning 21,5% (29 bemorda) qayd etilgan. 27 bemorda (20%) 2-tip qandli diabet (17 ayol, 62,9%; 10 erkak, 37,0%), qalqonsimon bez patologiyasi – 2 bemorda (1,5%) aniqlangan.

Nafas olish organlari kasalliklari, 8 nafar bemorda (5,9%) o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (5 erkak, 62,5%; 3 ayol, 37,5%), oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning yallig'lanish kasalliklari 4 nafar (2,96%) bemorda (2 ayol, 50%; 2 erkak, 50%) kuzatilgan. Pastki muchalarning aterosklerotik zararlanishi 7 bemorda (4,4%) 4 ayol, 57,1%; 3 erkak, 42,9% aniqlangan. Surunkali buyrak kasalligi 5 bemorda (3,7%); 3 ayol, 60%; 2 erkak 40% da qayd etilgan. 9 bemorda (6,7%); 6 ayol, 66,6% va 3 erkak, 33,3% da osteoartrit kuzatildi.

Charlson indeksini baholash (10 yillik yashash darajasi) bemorlarning 12,9 foizida 0 dan 2 ballgacha, 43,2% bemorlarda – 3 dan 4 ballgacha va 43,9% bemorlarda – ≥ 5 ballgacha ko'rsatkichlar borligini ko'rsatdi.

Har bir nosologiyani davolashda mavjud davo protokollaridan foydalanganda ko`pchilik bemorlarda ko`p komponentli ekanligi aniqlandi. Barcha bemorlar bir vaqtning o`zida 1tadan to 10 tagacha dorivositalari qabul qilar ekan. Komorbid patologiyasi bor ayollar 6,93±0,37, erkaklar esa 5,57±0,36 dori vositalari qabul qilar ekan. Bemorlarga buyurilgan dori vositalari tahlil qilinganda hamma kasallikni davolashga harakat qilish uchun odatda kasallikka yo`naltirilgani aniqlandi. Shu sababli dori vositalarining farmakodinamikasi va kinetikasiga ta'sir qiluvchi, klinik ahamiyatga ega dori vositalarining o`zaro ta'sirini va bemorga mavjud qo`shumcha kasalliklarni hisobga olish kerak.

Xulosa. Shunday qilib, AG bor bemorlarda eng ko'p SYuE aniqlandi. Bemorlarning 85,2%da bir nechta komorbid kasalliklar kombinatsiyasi qayd etildi, bu davo rejasini tanlashda qo'shimcha qiyinchiliklar, ko'pincha poliprogmasiyani keltirib chiqaradi, nojo'ya reaktsiyalar xavfini oshiradi, dori vositalarining samaradorligini, uning muvofiqligi va shunga mos ravishda davolash samaradorligi nazorat qilishni qiyinlashtiradi. Olingan ma'lumotlar AG bor bemorlarga davoni tayinlashda komorbidlik indeksini baholash muhimligini ko'rsatadi.

АССОЦИАЦИЯ G894T ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS3 С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

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

[1] – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан
[2] – Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение влияния G894T полиморфизма гена NOS3 на риск развития фибрилляции предсердий (ФП) у больных артериальной гипертензией (АГ) в узбекской популяции.

Материалы и методы: в исследование было включено 206 больных АГ I–III степени (ЕОГ/ЕОК, 2018) обоего пола узбекской популяции. Средний возраст больных составил 58,82±11,91 лет, средняя длительность АГ – 10,9±7,2 лет. С целью верификации фибрилляции предсердий проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ с использованием монитора Cardiospy (LABTECH LTD, Венгрия). Генотипирование G894T полиморфизма гена NOS3 проводили при помощи ПЦР в реальном времени с использованием ген-специфичных праймеров аллель-специфичных зондов, с последующей флуоресцентной детекцией соответствующих аллелей. Рассчитывали относительный риск (OR) с использованием генетических моделей. Вычисления проводили с помощью онлайн – программы «Калькулятор для расчета статистики в исследованиях «случай-контроль»», созданной государственным научным центром Российской Федерации «ГосНИИ генетика» на сайте http: //gen-expert.ru/calculator_or.php. Результаты всех исследований принимались статистически значимыми при значении $p<0,05$.

Результаты. С целью изучения взаимосвязи G894T полиморфизма гена NOS3 с риском развития ФП в узбекской популяции все больные были распределены на две группы: 1 группа больные АГ с ФП (случаи, n=91) и 2 группа – больные АГ без ФП (контроли, n=115). Среди больных 1 группы выявлено следующее распределение генотипов и аллелей G894T полиморфизма гена NOS3: GG генотип – определен у 52,7% больных, GT генотип – у 45,1%, TT генотип – 2,2%, $\chi^2=60,758$, $p=0,000$. Аллельное распределение показало преобладание носительства G аллеля: G аллель – 75,3%, T аллель – 24,7%, $\chi^2=91,000$, $p=0,000$. Среди больных 2 группы аллельное распределение было со значительным

превалированием G аллеля: G аллель в 75,7%, T аллель в 24,3% соответственно, $\chi^2 = 119{,}035$, $p = 0{,}000$. При этом соотношение GG: GT: TT – генотипов было следующим: 60,0%: 31,3%: 8,7%, $\chi^2 = 68{,}426$, $p = 0{,}000$.

Анализ с применением генетических моделей наследования выявил протективный эффект G аллеля G894T полиморфизма гена NOS3 в отношении риска развития ФП у больных АГ узбекской популяции. В частности, на основании общей модели наследования найден протективный эффект GG генотипа в отношении риска развития ФП у больных АГ: общая модель наследования продемонстрировала значительное накопление GG генотипа среди 115 больных АГ без ФП 2 группы 60,0% ($\chi^2 = 6.72$ $P = 0.03$; OR = 0,74, 95% CI 0.43–1.30), при этом GT генотип встречался реже в 31,3% случаях и TT генотип еще реже в – 8,7% случаях. Тогда как в 1 группе больных GG и GT генотипы встречались в одинаковом соотношении: 52,7 %: 45,1%, соответственно.

Заключение. Полученные результаты указывают на достоверно большее накопление GG генотипа G894T полиморфизма гена NOS3 среди больных АГ без ФП. Носительство GG генотипа G894T полиморфизма гена NOS3 ассоциировано с низким риском развития ФП у больных АГ узбекской популяции.

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

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

[1] – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан
[2] – Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан

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

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

Результаты. С целью изучения взаимосвязи T786C полиморфизма гена NOS3 с риском развития ФП в узбекской популяции все больные были распределены на две группы: 1 группа больные АГ с ФП (случаи, n = 91) и 2 группа – больные АГ без ФП (контроли, n = 116). Среди больных 1 группы выявлено следующее распределение генотипов и аллелей T786C полиморфизма гена NOS3: TT генотип – определен у 65,9% больных, TC генотип – у 26,4%, CC генотип – 7,7%, $\chi^2 = 72{,}429$, $p = 0{,}000$. Аллельное распределение показало преобладание носительства T аллеля: T аллель – 79,1%, C аллель – 20,9%, $\chi^2 = 121{,}154$, $p = 0{,}000$. Среди больных 2 группы аллельное распределение было также с превалированием T аллеля: T аллель в 70,6%, C аллель в 29,4% соответственно, $\chi^2 = 79{,}067$, $p = 0{,}000$. При этом соотношение TT: TC: CC – генотипов было следующим: 50,4%: 40,3%: 9,2%, $\chi^2 = 49{,}336$, $p = 0{,}000$.

Анализ с применением генетических моделей наследования выявил ассоциацию TT генотипа T786C полиморфизма гена NOS3 с риска развития ФП у больных АГ узбекской популяции. В частности, на основании рецессивной модели наследования продемонстрировано значительное накопление TT генотипа среди 91 больных АГ с ФП 1 группы 65,9% ($\chi^2 = 5.07$ $P = 0.02$; OR = 1.90, 95% CI 1.08–3.34), при этом TC+CC генотипы встречались реже в 34,1% случаях. Тогда как во 2 группе больных распределение больных с TT и TC+CC генотипами встречались в одинаковом соотношении: 50,4 %: 49,6%, соответственно. Общая модель наследования продемонстрировала тенденцию к накоплению TT генотипа среди больных 1 группы (65,9%; $\chi^2 = 5.25$; $P = 0.07$; OR = 1.90, 95% CI 1.08–3.34), при этом TC генотип встречался в 26,4% случаях и CC генотип в –

7,7% случаях. Тогда как во 2 группе больных ТТ и ТС генотипы встречались с одинаковой частотой: в 50,4 % и в 40,3% случаях.

Заключение. Полученные результаты указывают на тенденцию к накоплению ТТ генотипа Т786С полиморфизма гена NOS3 среди больных АГ с ФП. Носительство ТТ генотипа Т786С полиморфизма гена NOS3 ассоциировано с высоким риском развития ФП у больных АГ узбекской популяции.

БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САННИТАРИЯ ЁРДАМИ МУАССАСАЛАРИ ФАОЛИЯТИДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШИ

АТАНИЯЗОВ Х.Х[1]., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А[2].

[1]Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудий филиали, Нукус, Ўзбекистон;
[2]Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Ҳозирги кунда артериал гипертония билан боғлиқ эпидемиология, патофизиология ва хавфлар тушунчасида аҳамиятли юксалишга эришилди. Шунга қарамай, артериал гипертензия бутун дунёда, жумладан бизнинг қитъамизда ҳам, юрак қон-томир касалликлари (ЮҚТК) ва умумий ўлим ҳолатини шакллантирувчи асосий омил бўлиб қолмоқда.

Мақсад: Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари (БТСЁМ) фаолиятида гипертония касаллигининг кечишини ўрганиш.

Ишнинг материали ва услублари: Илмий тадқиқотда Элликқалъа туман тибиёт бирлашмасига қарашли кўп тармоқли марказий поликлиника (КТМП) ва оилавий поликлиникалар (61–66 ОП) ҳудудидаги 30–70 ёш оралиғидаги 2430 нафар аҳоли ЮҚТК хавфини аниқлаш мақсадида скринингдан ўтказилди. Шундан гипертония касаллиги ташҳиси 1021 нафар беморда аниқланди. Уларнинг ўртача ёши 57,7±8,0 ёш, 389 нафари (38,1%) эркаклар ва 632 нафари (61,9%) аёлларни ташкил қилди. Артериал гипертензия (АГ) нинг давомийлиги 7,9±3,3 йилга тенг бўлди. Барча беморлар умумклиник, физикал, функционал (ЭКГ, ЭхоКГ), сийдикдаги микроальбуминурияни аниқлаш (МАУ), ҳамда лаборатор-биохимик текширувлардан ўтказилди. Коптокчалар фильтрацияси тезлиги (КФТ) CKD-EPI формуласи ёрдамида ҳисобланди. Беморларда ош тузига таъм сезиш бўсағаси (ОТТСБ) R.Xenken усулида аниқланди.

Натижалар: Тадқиқот натижаларига кўра, артериал босим (АБ) офис кўрсаткичлари: САБ 168,9±17,6 мм с.у., ДАБ 99,3±10,0 мм с.у., бунда АГнинг 1-даражаси 158 нафар беморда (15,6%), 2-даражаси 562 нафар беморда (55%), 3-даражаси 301 нафар беморда (29,4%) ташҳисланди. Барча беморларда МАУнинг ўртача қиймати 192,9±130,3 г/кунликга тенг бўлди. Ҳисобланган КФТ ўртача кўрсатгичи пасаймаган бўлсада (74,3±18,5 мл/мин/1,73м2), КФТ кўрсаткичи бўйича сурункали буйрак касаллигининг (СБК) қуйидаги босқичлари аниқланди: СБК 1 босқичи 207 нафар беморда (20,3%), СБК 2 босқичи 568 нафар беморда (55,6%), СБК 3А босқичи 182 нафар беморда (17,8%), ҳамда СБК 3Б босқичи 64 нафар беморда (6,3%) ташхисланди. Хенкен бўйича ОТТСБ 0,57±0,5%ни ташкил қилди. ОТТСБ паст даражаси 11 нафар беморда (1,1%), ўрта даражаси 140 нафар беморда (13,7%), юқори даражаси 870 нафар беморда (85,2%) аниқланди. ОТТСБ эркаклар ва аёлларда алоҳида таҳлил қилинганда, эркакларда 0,65±0,7% га, аёлларда эса 0,52±0,4% га тенг бўлди. ОТТСБни ўртача АБ кесимида таҳлил қилганимизда қуйидаги натижаларни олдик: ОТТСБ ўрта бўлган беморларда ўртача АБ 111,6±5,4 мм.сим.уст.га, ОТТСБ юқори беморларда эса ўртача АБ 124,5±11,9 мм.сим.уст.га тенг бўлди.

Хулоса: Шундай қилиб, БТСЁМ тиббий хизмат кўрсатаётган аҳолида ЮҚТК хавфи, жумладан ОТТСБ юқори эканлиги аниқланди. БТСЁМ фаолиятида шифокорлар аҳолига рационал овқатланиш, жумладан ош тузи ва таркибида туз маҳсулотлари бўлган таомларни кам истеъмол қилиш кераклигини етарлича тушунтириши, ҳамда беморларга антигипертензив даво режасига биринчи қатор танлов препарати сифатида таркибида диуретиклар бўлган дори воситаларини тавсия қилиши ЮҚТК хавфини самарали камайтиришга ёрдам беради.

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШИДА ХАВФ ОМИЛЛАР ВА НИШОН АЪЗОЛАР ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ЎЗАРО БОҒЛИҚЛИГИ

АТАНИЯЗОВ Х.Х[1]., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А[2].

[1]Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудий филиали,
[2]Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази

Адабиётларда гипертония касаллиги (ГК) да артериал босимнинг кунлик нохуш профили юрак қон-томир тизимини ремоделланишини қайтарилмас жараёнига, жумладан, чап бўлмача, қоринчалараро тўсиқ ўлчамларининг ошиши, чап қоринча диастолик дисфункцияси ривожланиши ва чап қоринча гипертрофияси (ЧҚГ) концентрик характери билан ифодаланишига олиб келишининг юқори статистик ишончлилиги кўрсатилган.

Мақсад: ГКнинг назоратланмаган тури бўлган беморларда хавф омиллар ва нишон аъзолар шикастланишининг ўзаро боғлиқлигини ўрганиш.

Ишнинг материали ва услублари: Тадқиқотга Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Қорақалпоғистон филиалига ГКнинг назоратланмаган тури ташҳиси билан мурожаат қилган 30 ёшдан 70 ёшгача бўлган 132 нафар бемор скринингдан ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши 57,2±11,6 ёш, АГ давомийлиги 8,8±3,4 йил. Барча беморлар умумклиник (физиометрик, қоннинг биохимик тахлили, сийдикдаги микроальбуминурия (МАУ) таҳлили, коптокчалар фильтрацияси тезлиги) ва махсус (ЭхоКГ, уйқу артерияси дуплекс УТТ, Хенкен синамаси, натрийнинг кунлик экскрецияси) текширувлари ўтказилди.

Натижалар: Тадқиқот натижаларига кўра, ГКнинг назоратланмаган тури билан оғриган беморларнинг барчасида ЧҚГ ташхисланди. ЧҚГнинг хавф омиллар ва нишон аъзолар билан нечоғли боғлиқлигини аниқлаш учун, асоратланган гипертонияли беморлар гуруҳи ЧҚГ медиана кўрсаткичидан (163,6 г/м2) оғишига асосланган эҳтимолий даражаларга бўлинди. Бунда 2 та гуруҳ ҳосил бўлди: 1-гуруҳ (n=61) медианадан кичик кўрсаткичлар, 2-гуруҳ (n=71) медианадан катта кўрсаткичлар. Гипертония касаллигининг назоратланмаган тури бўлган беморларда ЧҚГни хавф омиллар ва нишон аъзолар шикастланиши билан ўзаро боғлиқлиги жадвалда кўрсатилган. 2-гуруҳ беморларида АГ нинг йилларда ўлчанган давомийлиги (10,36±3,01 й. 7,11±2,97 йилга қарши, p=0.0001); систолик (206,34±24,5 мм с.у. 194,42±18,48 мм с.у. қарши, p=0.002) ва диастолик АБ (106,9±8,16 мм с.у. 103,68±6,57 мм с.у. га қарши, p=0.015) кўрсаткичлари, умумий уйқу артериясининг интима-медиа қалинлиги (1,32±0,11 мм 1,14±0,16 мм га қарши, p=0.0001), МАУнинг яққоллиги (246,2±135,62 г/сут 187,11±120,62 г/сут қарши, p=0.01), ва ош тузининг кунлик истеъмоли (10,2±2,5 г 7,12±2,47 г га қарши, p=0.0001) 1-гуруҳ беморларига қараганда ишончли устувор бўлди.

Хулоса: Шундай қилиб, ГКнинг назоратланмаган турида ЧҚГ хавф омиллари ва нишон аъзоларнинг шикастланишига тўғридан-тўғри ассоциатив боғлиқликда бўлди ва чап қоринча гипертрофиясининг юқори даражаси нишон аъзолар шикастланиш даражасини белгилади. Бу эса ўз навбатида юрак қон-томир тизимидаги хавфни оширади.

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КРИЗЛИ КЕЧИШИНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИНИ АНИҚЛАШДА СКРИНИНГНИНГ АҲАМИЯТИ

АТАНИЯЗОВ Х.Х[1]., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А[2].

[1]Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудий филиали,
[2]Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази

Гипертония касаллиги (ГК)нинг кризли кечишининг ривожланишида ҳар хил ташқи муҳит хавф омиллари, жумладан гелио-метио-қарамлик, ош тузининг меъёрдан ортиқча истеъмоли, руҳий-эмоционал ва ижтимоий-иқтисодий омилларнинг таъсири ва артериал босимнинг (АБ) назоратланмаганлиги муҳим роль ўйнайди.

Мақсад: Орол бўйи ҳудудида яшовчи аҳолида ГКнинг кризли кечишининг келиб чиқиши сабабларини ўрганиш.

Ишнинг материали ва услублари: Илмий тадқиқотда Республика шошилинч ёрдам илмий маркази Қорақалпоғистон филиалига ГКнинг кризли кечиши билан мурожаат қилган 132 на-

фар беморни ўз ичига олди, уларнинг ўртача ёши 57,2±11,6 ёш, 52 нафари (39,4%) эркаклар ва 80 нафари (60,6%) аёлларни ташкил қилди. Артериал гипертензия (АГ) нинг давомийлиги 8,8±3,4 йилга тенг бўлди. Барча беморлар умумклиник, физикал, функционал (ЭКГ, ЭхоКГ), лаборатор-биохимик текширувлардан ўтказилди. Текширувдан олдин беморларда аввалги антигипертензив терапия сўров-таҳлил қилинди. Коптокчалар фильтрацияси тезлиги (КФТ) CKD-EPI формуласи ёрдамида ҳисобланди. Беморларда ош тузига таъм сезиш бўсағаси (ОТТСБ) R.Xenken усулида аниқланди.

Натижалар: Тадқиқот натижаларига кўра, АБ офис кўрсаткичлари: САБ 200,8±22,6 мм с.у., ДАБ 105,4±7,62 мм с.у., бунда АГнинг 1-даражаси аниқланмади, АГ 2 даражаси 14 нафар беморда (10,5%), АГ 3 даражаси 118 нафар беморда (89,5%) ташхисланди. Сўров-таҳлил натижаларига кўра, сўровдан ўтганларнинг 88% аввал АБ ошишидан хабардор бўлган бўлсада, ГКнинг назоратланмаган тури билан тиббиёт муассасига мурожаат қилгунга қадар 41 нафар бемор (31%) антигипертензив препарат (АГП) қабул қилмаган ва шифокор назоратида бўлмаган. 79 нафар бемор (60%) антигипертензив монотерапия қабул қилган, асосан РААТ блокаторлари (50%), ва тенг қисмда БАБ (25%) ва кальций антагонистлари (25%). Сўров натижасида 10 нафар бемор 2 та АГП комбинациясини (7,5%) ва 2 нафар бемор 3 та АГП комбинациясини қабул қилганлиги аниқланди ($\chi^2=148,283$; $P=0,0001$). Шу билан бирга даволаш режасига диуретик препарати қўшилмаганлиги маълум бўлди. ЭХОКГ кўрсаткичлари бўйича текширувга олинган беморларнинг барчасида, чап қоринча гипертрофияси (ЧҚГ), 42,4% да чап қоринча диастолик дисфункцияси (ДДЛЖ) ташхисланди. Ҳисобланган КФТ ўртача кўрсатгичи пасаймаган бўлсада (63,62±18,23 мл/мин/1,73м2), КФТ кўрсаткичи бўйича сурункали буйрак касаллигининг (СБК) қуйидаги босқичлари аниқланди: СБК 1 босқичи 13 нафар беморда (9,8%), СБК 2 босқичи 51 нафар беморда (38,7%), СБК 3 босқичи 68 нафар беморда (51,5%) ташхисланди, шулардан СБК 3А босқичи 75%, 3Б босқичи эса 25% беморларда аниқланди. ОТТСБ ўрта даражаси 12% беморда, юқори даражаси 88% беморда аниқланди ($\chi^2=269,455$ $p=0,0001$).

Хулоса: Шундай қилиб, Орол бўйи аҳолисида ГКнинг кризли кечишининг асосий клиник тамойили АГни эрта аниқланмаганлиги, асоратли АГ билан беморларда ЮҚТК хавфи юқорилиги ва етарлича иккиламчи профилактика тадбирлари ўтказилмаганлиги ҳамда замонавий тавсиялар асосида даволанишнинг бошланғич режаси қилиб 2 ва 3 антигипертензив препаратнинг комбинацияли даволаш режаси танланмаганлиги, натижада АБ етарлича назоратланмаганлиги деб топилди.

КЛИНИЧЕСКМЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРАПИДИЛА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У ЖИТЕЛЕЙ ПРИАРАЛЬЯ

АТАНИЯЗОВ Х.Х[1]., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А[2].

ГУ «Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии» МЗ РУз, г. Ташкент

Загрязненность и повышенная минерализация воды, а также большой объем выноса солей и пыли со дна высохшего моря, способствовали росту среды населения Приаралья ряда соматических заболеваний, таких, как сердечно-сосудистых и других.

Цель исследования: изучить клиническую и антигипертензивную эффективность урапидила при купировании гипертонических кризов у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), жителей Приаралья.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 35 больных обратившихся в Турткульского районного медицинского объеденения с диагнозом «АГ. неосложненный гипертоническим криз (ГКр)», в среднем возрасте 57.5±8.9 лет, из них 13 (37.1%) женщин и 22 мужчины (67.9%). Больные были разделены на две группы: в первой группе (n=25) больных назначали урапидил 25 мг, пациенты второй группы (n=10) получали каптоприл 25 мг. Всем пациентам были проведены физикальное обследование, измерение АД в офисе по правилам, определение индекса массы тела (ИМТ), ЭКГ, ЭХОКГ, ЭКГ, УЗИ брахиоцефальных артерий (БЦА УЗД), микроальбуминурия с целью диагностики поражения органов-мишеней (МАУ), определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) по методике R. Henkin.

Результаты. Показатели гемодинамики, измеренные в приемном отделении: САД 201,4±23,5 мм рт.ст., ДАД 109,7±8,9 мм рт.ст., число сердечных сокращений равнялось 83,0±8,1 удара в 1 мин. По ИМТ 34,3% больных имели ожирение (ИМТ 30,0±2,3 кг/м²). Проба Хенкена показала высокий ПВЧПС практически у всех включенных в исследование больных АГ и равнялась концентрации хлорида натрия (NaCl) 0,55±0,48%.

По показателям ЭХОКГ определяли признаки гипертрофия ЛЖ (иММЛЖ 164.6±32.3 г/м²). По данным УЗИ БЦА выявлено утолщение комплекса интима-медиа сонных артерий (КИМ 1.21±0.17 мм). Таким образом, у больных с ГКр, развившимся на фоне неконтролируемой АГ, очевиден процесс ремоделирования сердечно-сосудистой системы. МАУ в среднем составила 175,4±101,2 мг/сут, нормоальбуминурии у больных не наблюдалось, микроальбуминурия выявлена у 31 больного (88,5%), протеинурия – у 4 больных (11,4%). В группе урапидила (n=25) исходное АД: САД 202,4±24,4 мм рт.ст., ДАД 109,6±9,3 мм рт.ст. На фоне терапии (после 120 мин.) урапидила скорость снижения среднего АД составила –31.31±6.12%. При этом средная доза урапидила составила 44.5 мг. В группе каптоприла (n=10) исходное АД: САД 199.0±20.8 мм рт.ст., ДАД 110.0±8.2 мм рт.ст. На фоне терапии (после 120 мин.) каптоприла скорость снижения среднего АД составила –19.2±4.61%. При этом средная доза урапидила составила 42.5 мг.

Заключение. Таким образом, при лечении больных с гипертоническим кризом, включенных в исследование, урапидил показал более высокий клинический эффект, чем каптоприл. Гемодинамический эффект препарата медленное начало, предотвращал гипотонию и брадикардию. Побочные эффекты, указанные в инструкции к препарату урапидил не наблюдались.

ИЗУЧЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

ГАЗИЕВА Х.Ш., ТУРСУНБАЕВ Р.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.

Введение. Распространенность артериальной гипертензии среди подростков в среднем составляет 14 % у мальчиков и 10 % у девочек 14–17 лет. Обнаружена существенная связь уровней АД и массы тела: среди детей с избыточной массой тела процент лиц с повышенным АД регистрировался вдвое чаще, чем с нормальным весом. Развитию АГ сопутствует ряд осложнений, приводящих в конечном итоге к значительному ухудшению здоровья и инвалидизации

Цель. Изучить особенности течения артериальной гипертензии у подростков.

Материалы и методы: обследовано 90 подростков с АГ. Средний возраст обследованных составил 16,5±2,0 года. Из 90 обследованных лиц девочки составили 31% (n=28), а мальчики – 59% (n=62). На амбулаторном этапе у этих пациентов было зафиксировано повышение артериального давления (АД) выше 95 мм рт.ст. Измеряли артериальное давление по методу Короткова не менее чем в течение трех медицинских процедур с интервалом в 10–14 дней. Пациенты обеих групп не отличались по возрасту, антропометрическим и анамнестическим данным. Критерии включения: возраст от 13 до 18 лет включительно; повышение АД выше 95 мм рт.ст. для соответствующего пола, роста и возраста; информированное согласие подростка и его родителей на участие в проводимом исследовании. Критерии исключения: возраст до 12 лет и старше 18 лет; САГ; пациенты, получающие антигипертензивные препараты на момент планового обследования. Антропометрическое обследование включало измерение роста, массы тела, окружности талии в сантиметрах от пупка и окружности бедер на уровне верхней трети бедра. Для оценки степени артериальной гипертензии трижды проводилось определение АД по методу Короткова. Был проведён анализ показателей липидного профиля: общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП) с использованием наборов ферментов. Исследования проводились при первом посещении и через месяц после начала медикаментозной терапии. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием статистического пакета “Statistica v.6.0”. Было вычислено среднее арифметическое (M), ошибка среднего значения (m). .

Результаты из 90 обследованных подростков в 32 (35% случаев) была выявлена I степень – легкая, когда средние уровни САД и/или ДАД в 3 измерениях превышают (менее 10 мм рт.ст.). значения 95-го процентиля (или равные им); в 58 (55% случаев) была выявлена II степень – тяжелая, когда средние уровни САД и/или ДАД в 3 измерениях превышают 10 мм рт.ст., более 95-го процентиля. На следующем этапе мы изучили уровни САД и ДАД в зависимости от пола, где сравнительный анализ уровней САД и ДАД по полу выявил относительно высокие уровни САД и ДАД у мальчиков-подростков с АГ 1 и АГ 2 по отношению к девочкам с АГ. Полученные данные не отличаются статистической достоверностью. В результате обследования у подростков с АГ были выявлены следующие нарушения липидного обмена. У пациентов с артериальной гипертензией, гипертриглицеридемией (53%), (p<0,05), снижением уровня ХС-ЛПВП (58%), (p<0,05) и повышение

уровня ИА еще на 40% (p<0,01). При выявлении возможных нарушений сна у подростков были выявлены 14 (15,5% случаев) из 90 обследованных лиц. Было обращено внимание на относительно низкую физическую активность детей. Из 90 пациентов только 16,6% (n=15) подростков регулярно занимались физической культурой и спортом, на компьютерные игры тратили более 2 часов в день –45 (50% случаев) подростков.

Выводы: **Результаты исследования** показали, что в 35% случаев у подростков выявлена АГ 1-й степени и в 55% случаев АГ 2-й степени. Сравнительный анализ уровней САД и ДАД в разбивке по полу не выявил существенных различий. При артериальной гипертензии у подростков наблюдаются метаболические изменения в виде дислипидемии. Низкая физическая активность играет важную роль в развитии гипертонии у подростков.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ЖЕМУРАТОВА Р. Е.

Каракалпакстанский Республиканский территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии. г. Нукус Республика Каракалпакстан ,Узбекистан

Цель работы.Изучить клиническое значение различных эхокардиографических показателей диастолической дисфункции (ДД) левого желудочка (ЛЖ) на развитие хронической сердечной недостаточности с сохранной фракцией выброса левого желудочка

Материалы и методы. Обследовано 81 пациентов с ГБ госпитализированных в КРТФРСКНПМЦ (возраст 42,5±4,3 лет, стаж заболевания 10,7±2,9 лет,39 мужчин и 42 женщин). Гипертоническая болезнь диагностировался и оценивался по ВОЗ. Исключали больных с симптоматической и неконтролируемой АГ, поражением клапанов, кардиомиопатиями, миокардитами, перикардитами, нарушением функции щитовидной железы.

Массу миокарда ЛЖ определяли в одномерном М-режиме по формуле R.Devereux (1986) ММЛЖ (масса миокарда ЛЖ)=0,8+1,04[(КДРЛЖ+ТМЖП+ТЗСЛЖ)3-КДРЛЖ] +0,6 на аппарате Mindray DC–7.Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) рассчитывали как отношение массы миокарда к площади поверхности тела. Площадь поверхности тела определяли по формуле Мостеллера: BSA=<(W-H)/3600, где BSA-площадь поверхности тела (m^2), W-масса тела(кг), H-рост(см). Гипертрофию левого желудочка диагностировали при ИММЛЖ(индекс массы миокарда левого желудочка) 115/$м^2$>у мужчин,95/м2>у женщин.

Для анализа диастолической функции ЛЖ исследовали трансмитральный кровоток в режиме импульсной допплерЭхоКГ, а также анализ движения фиброзного кольца митрального клапана.

Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с).

Результаты. Результатами исследования выявлена гипертрофия ЛЖ у 36 пациентов. Нарушение показателя диастолической функции выявлены у 82% пациентов. Наиболее часто встречается СН (сердечная недостаточность) пониженной раннего диастолического наполнение(Е), повышение скорости позднего диастолического наполнения(А).Суммарно ДД I и II степени диагностирована у 39(48%) пациентов.

Наличия и более высокая степень ДД ЛЖ были связаны с большим возрастом, длительностью ГБ, **степенью повышение АД и гипертрофией ЛЖ.**

Заключение. Таким образом ДД ЛЖ II степени может применяться у пациентов с ГБ в качестве критерия диагноза СН, а ДДЛЖ I степени, гипертрофия ЛЖ и увеличение левого предсердие не имеют самостоятельного значения.

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

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

Андижон Давлат тиббиёт институти, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

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

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

Олинган натижалар тахлили. Текширувга олинган беморларимизнинг поликлиникага мурожати ўртача хисобда йилига 6.0±1.8 маротаба ни ташкил этди. Бизнинг илмий изланишимизда Мориски-Грин сўровномаси ёрдамида 28,5% беморларимизда шифокорлар тавсиясига комплаентлик (даволанишга мойиллик) аниқланди. Олинган натижаларга кўра n=80 (27 %) беморимиз гипотензив дори воситасини қабул қилишни унитган бўлса, n=101 (34 %) бемор қабул қилиш вактига беэътибор бўлган, n=57 (19%) бемор ўзини яхши ҳис қилган вақтда препарат қабул қилмаган ва ниҳоят n=60 (20%) беморларимиз препаратларни ножўя таъсирини сезган холатларда дори воситасини қабул қилмаган. Текширувга жалб этилган 298 та беморга қуйидаги текширувлар олиб борилган: ЭКГ текширув усули 100% беморларда ўтказилган, ЭХОКГ текшируви усули эса n=81 (27,2%) беморда, биохимик лаборатор текширув усулларидан қондаги липидлар миқдори n=107 (35,9%), мочевина n=79 (26,5%), креатинин n=80 (27,5%), қондаги шакар миқдори n=38 (13%) беморда олиб борилган. Окулист маслаҳатидан эса n=110 (34%) та бемор ўтган. Қондаги УХ 5,6±0,9 ммоль /л ташкил этса, қондаги шакар миқдори 7,4±0,7 ммоль/л, креатинин 105±15 ммоль/л ва мочевина 6,6±1,2 ммоль/л тенг бўлгани намоён бўлди. ЭХОКГ нинг ҳамма кўрсатгичлари тўлиқ ўрганилмаган. Чап коринча отиш фракцияси (ОФ) n=81 та беморда ўрганилган бўлиб, ўртача ОФ 54,5±7,97 % ни ташкил этган. n=18 та беморда қоринчалараро тўсиқ ўлчами (1,3±0,5 мм) ва чап қоринча орқа девори ўлчами (1,4±0,2 мм) кўрсатгичлари ўрганилган. Таҳлил қилинган кўрсатгичлар АГ ли беморларимизда чап қоринча гипертрофияси мавжудлигини исботлади.

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

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН АМБУЛАТОР КУЗАТУВ ШАРОИТИДАГИ БЕМОРЛАРДА “АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ” МАКТАБИДАН КЕЙИНГИ САМАРАДОРЛИКНИ БАҲОЛАШ

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

Андижон Давлат тиббиёт институти, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Максад. Амбулатор кузатувида бўлган артериал гипертония билан ҳасталанган (АГ) беморларда “артериал гипертония” мактабини **самарадорлигини баҳолаш.**

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

Олинган натижалар тахлили. Текширувга олинган беморларимизда 1 йил давомида кузатув натижалари шуни кўрсатдики, асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан касалхонага ётқизилган беморларнинг сони анча кам n=51 (39,5%) бўлган. “Артериал гипертония” мактабида иштирок этмаган беморлар гурухида эса бу кўрсатгич n=70 (51%) га тенг бўлди. Шу билан биргаликда поликлиника шифокорларига мурожат қилган беморларнинг сони ҳам камайди асосий гуруҳда n=53 (41%), назорат гурухида n=87(63%). “Артериал гипертония” мактабининг самарадорлиги АБ ни мақсадли даражага пасайиши билан хам ифодаланди. Дастлабки кўрсатгич 25,5% ни ташкил этган бўлса, 1 йилдан сўнг АБ мақсадли даражага пасайиши асосий гурухда n=69 (53%, p<0.05), назорат гурухида эса 33% (n=45) беморларда кузатилди. Гипертоник кризлар, асосий гурухда 129 та бемордан n=15 (11,6 %) ни ташкил этган бўлса, назорат груҳида бу кўрсатгич n=43 (31 %) га тенг бўлди. Бош мия инсультлари асосий гурухда n=8 (6%) ни ташкил этса, назорат гуруҳидаги беморларда n=14 (10 %) бўлгани аниқланди. “Артериал гипертония” мактабида иштирок этган беморлар гурухида касалхонага ётқизилган беморлар 39,5%, поликлиника шифокорларга мурожат қилганлар 41%, мактабда иштирок этмаган беморлар гурухида эса бу кўрсатгичлар 51% ва 63% тенг бўлганлиги аникланди. Мактабдан сўнги медикаментоз даволаш усулларини тахлил қилар эканмиз асосий гурух беморларида сезиларли даражада ижобий натижалар олинди. Морис-Гринк шкаласи бўйича даволанишга мойиллик кўрсатгичини ўрганар эканмиз, назорат гурухида даволанишга мойиллик n=70 (51%), асосий гурухда даволанишга мойиллик n=91 (70,5%) бўлиб, асосий гурух беморларида даволанишга мойиллик назорат гурухига нисбатан 30% (p<0.01) баланд эканлигини кузатдик.Комбинацияли даволаш усуллари борасида яна ижобий натижаларни асосий гурух беморларида кузатдик. Асосий гурух беморларида 2 ва ундан ортиқ комбинацияли даволаш n=66 (51%) ташкил этган бўлса, назорат гурухида бу кўрсатгия n=40 (29%) эга бўлди.

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

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

КАРОМАТОВ С.И.

Бухарский областной территориальнқй филиал Республиканского специализированного научно практического медицинского центра кардиологии.

Цель исследования. Оценить эффективность электростимуляции, магнитотерапии и общих сухих углекислых ванн в лечении АГ, сочетанной с дорсопатией шейного отдела позвоночника.

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

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

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

ПРЕДИКТОРЫ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

МАШАРИПОВ Ш. М., ХАМИДУЛЛАЕВА Г. А., АБДУЛЛАЕВА Г. Ж., КУРБАНОВ Р.Д.

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

Цель исследования: Оценить особенности больных с резистентной артериальной гипертензией, принимающих 3 и более антигипертензивных препарата, являющихся клиническими предикторами резистентная гипертензия.

Материал и методы исследования. В исследование включены 64 больных эссенциальной гипертонией с I-III степенью АГ в среднем возрасте 56,85±10,68 лет, мужского (n=31) и женского (n=33) пола, резистентных на предыдущую ком-

бинированную АГТ. Для выявления истинно резистентной АГ пациентам назначалась 3-компонентная полнодозовая АГТ: блокаторы РААС + БКК + диуретики в течении 12 недель. Измерялось офисное артериальное давление (АД), проводилось суточное мониторирование АД (СМАД), на аппарате SphygmoCor определяли центральное АД на аорте и скорость пульсовой волны (СПВ). Больным, не достигшим целевого уровня АД, добавляли 4-й препарат, после чего пациенты находились под наблюдением еще 12 недель.

Результаты. Резистентная АГ ассоциировалась с высоким уровнем офисного, внеофисного, а также центрального систолического и пульсового АД и СПВ. Результаты нашего исследования показали высокую антигипертензивную и кардиопротективную эффективность шестимесячной комбинированный АГТ комбинации (блокаторы РААС + БКК + диуретики+блокаторы АМКР), а также положительное влияние на суточный профиль АД, центральное АД, и снижение СПВ и ИММЛЖ. На фоне подобранных доз фиксированной тройной комбинации препаратов 73,95% больных с неконтролируемой АГ достигли первичного целевого уровня АД < 140/90 мм рт.ст., 53,78% больных достигли рекомендованного целевого уровня АД < 130/80 мм рт.ст., у 26,05% больных диагностирована резистентная АГ.

Заключение. Предикторами РАГ являются высокий уровень САД, ГЛЖ и повышение СПВ. Резистентная АГ ассоциируется с высокими уровнями систолического, пульсового АД и СПВ.

G894T ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS3 И РЕЗИСТЕНТНАЯ АРТЕИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

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

[1] Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан
[2] –Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан

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

Материалы и методы: в исследование было включено 176 больных АГ I–III степени (ЕОГ/ ЕОК, 2018) обоего пола узбекской популяции. Средний возраст больных составил 57,12 ± 11,03 лет, средняя длительность АГ – 9,58 ± 5,76 лет. Резистентная АГ определялась, при неконтролируемом АД, даже несмотря на прием ≥ 3 препаратов разных классов, в частности, блокатора кальциевых каналов длительного действия (БКК), блокатора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и диуретика в адекватных дозировках. Генотипирование G894T полиморфизма гена NOS3 проводили при помощи ПЦР в реальном времени с использованием ген-специфичных праймеров аллель-специфичных зондов, с последующей флуоресцентной детекцией соответствующих аллелей. Рассчитывали относительный риск (OR) с использованием генетических моделей. Вычисления проводили с помощью онлайн – программы «Калькулятор для расчета статистики в исследованиях «случай-контроль»», созданной государственным научным центром Российской Федерации «ГосНИИ генетика» на сайте http: //gen-expert.ru/calculator_or.php. Результаты всех исследований принимались статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

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

Анализ с применением генетических моделей наследования выявил протективный эффект G аллеля G894T полиморфизма гена NOS3 в отношении риска развития резистентной АГ в узбекской популяции. В частности, на основании мультипликативной модели наследования найден протективный эффект G аллеля в отношении риска развития резистентной АГ: среди 115 больных с контролируемой АГ 2 группы G аллель встречался достоверно чаще, чем у больных резистентной

АГ 1 группы (80,9%; χ^2=7.29 P=0,007; OR=0,50, 95% CI 0.30–0.83) и лишь у 19,1 % больных встречался Т аллель (χ^2=P=0,007; OR=1.99 95% CI 1.20–3.28). Общая модель наследования продемонстрировала значительное накопление GG генотипа среди больных 2 группы 67,8% (χ^2=8.01; P=0,02; OR=0.40, 95% CI 0.21–0.76), при этом GT генотип встречался реже в 26,1% случаях и TT генотип еще реже в – 6,1% случаях. Тогда как в 1 группе больных GG и GT генотипы встречались в одинаковом соотношении: 45,9 %: 44,3%, соответственно.

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

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

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

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан;
[2]Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан

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

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

Результаты. С целью изучения взаимосвязи T704C полиморфизма гена AGT с резистентной АГ в узбекской популяции все больные были распределены на две группы: 1 группа больные с резистентной АГ (случаи, n=61) и 2 группа – больные с контролируемой АГ контроли, n=117). Среди больных 1 группы выявлено следующее распределение генотипов и аллелей T704C полиморфизма гена AGT: TT генотип – определен у 16,4% больных, TC генотип – у 32,8%, CC генотип – 50,8%, χ^2=16,279, p=0,000. Аллельное распределение показало преобладание носительства C аллеля: C аллель – 67,2%, T аллель – 32,8%, χ^2=27,557, p=0,000. Среди больных 2 группы аллельное распределение было равнозначным: C аллель в 52,6%, T аллель в 47,4% соответственно, χ^2=1,034, p=0,309. При этом соотношение TT: TC: CC – генотипов было следующим: 20,5%: 53,8%: 25,6%, χ^2=33,923, p=0,000.

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

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

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

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

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

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

Материалы и методы: в исследование включено 47 больных (средний возраст 53,1+2,5 лет), 31 женщин, 16 мужчин с АГ I-II степени. Пациенты были разделены на 2 группы: с ХОБЛ – 22 больных, без ХОБЛ – 25 больных. Длительность АГ в группе больных с ХОБЛ составила 6,5+0,54 лет, без ХОБЛ 5,1+0,66 лет. Критериями исключения из исследования были: симптоматическая гипертензия, наличие клинических признаков ИБС, нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, клапанные пороки сердца, тяжелые нарушения ритма и проводимости, эндокринные нарушения, тяжелые патологии печени и почек, получение глюкокортикостероидов системного действия. Всем больным было проведено исследование функции внешнего дыхания (ФВД) с помощью автоматической портативной системы «ETOH 01» и СМАД регистраторами ABPM 02 («MEDITECH»,Венгрия). Анализировали: усредненные, максимальные и минимальные показатели систолического (САД), диастолического (ДАД), пульсового (ПАД) АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС) в течение суток, в периоды бодрствования и сна; среднесуточную, среднедневную и средненочную вариабельность систолического (ВарСАД), диастолического (ВарДАД) АД и ЧСС, рассчитываемую по стандартному отклонению варьирующей величины. Суточный индекс (СИ), определяемый как разность между усредненными значениями АД в периоды бодрствования и сна, отнесенную к усредненным дневным значениям АД и выраженную в процентах. Применяли следующую схему классификации пациентов: «дипперы» – лица с нормальным (оптимальным) снижением АД в ночные часы (СИ от 10 до 20%); «нондипперы» – пациенты с недостаточным ночным снижением АД (СИ от 0 до 10%); «овердипперы» – пациенты с чрезмерным снижением ночного АД (СИ > 20%); «найтпикеры» – пациенты с устойчивым повышением ночного АД (СИ < 0).

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

Заключение: Наличие ХОБЛ у больных с АГ ухудшает течение последней, что выражается в достоверном преобладании больных «найтпиккеров» и «нон-дипперов».

ДИАГНОСТИКА СОКРАТИМОСТИ СЕРДЦА В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА И КАРДИАЛЬНОМ Х-СИНДРОМЕ

НАВДЖУАНОВ И., ЭМОМЗОДА И.Х., ГАЙРАТОВА Н., ОДИНАЕВ Ш.Ф.

Кафедра внутренних болезней N1 ТГМУ им.Абуали ибни Сино, г. Душанбе

Цель работы. Изучить сократимость миокарда при острейшем периоде инфаркта миокарда.

Методы и материалы исследования. Нами изучена сократимость миокарда при острейшем периоде инфаркта миокарда, осложненным различной степенью сердечной недостаточности. Обследовано 24 больных (18 мужчин и 6 женщин в возрасте 45–70лет) крупноочаговым проникающим острым инфарктом миокарда, поступивших в кардиологическое отделение ГКБ №5 в 1-е сутки заболевания. У 4-х больных был первичный, у 20 повторный инфаркт миокарда, подтвержденный общепринятыми методами. В зависимости от степени сердечной недостаточности больные были разделены на 3 группы. Первую группу составили 5 больных без отчетливых клинических проявлений сердечной недостаточности (кардиальный Х-синдром). Во вторую группу вошли 15 больных с цианозом, отдышкой (частота дыхания более20/мин), синусовой тахикардией (частота сердечных сокращений более 100/мин), и снижением диуреза (менее 800мл/сут). Третью группу составили 4 больных застойными хрипами в нижних боковых отделах легких. Все больные получали нитраты пролонгированного действия, а при наличии сердечной недостаточности- гликозиды и диуретики. В качестве антиаритмической терапии всем больным назначался обзидан. Апекскардиография и сфигмограмма сонной артерии регистрировались в 1–2 сутки заболевания на аппарате 6NEK5 в положении лежа на левом боку с отведенной левой рукой и не ранее чем через 12 часов после применения гликозидов и диуретиков. Определялись показатели EF (фракция выброса), V_{cf} по методу Antoni (средняя скорость кругового сокращения миокарда с помощью показателей фаз систолы и диастолы). Нормальными показателями EF считались величины 60–70% , а V_{cf} 0,95 окр.С $^{-1}$.

Результаты и выводы. У больных первой группы средние величины EF и V_{cf} находились в пределах нормы. Лишь у одного из них отмечалось уменьшение данных показателей. Во второй группе среди величин EF и V_{cf} у всех больных были уменьшены и колебались в пределах EF – 50–56%, V_{cf} 0,83–0,90 окр.С$^{-1}$. При рентгенологическом исследовании у всех больных отмечались явления застоя в малом круге кровообращения, а у 2-х больных – явление интерстициального отёка лёгких . У всех больных 3-й группы отмечалось резкое снижение EF и V_{cf} (средние величины достоверно отличались от таковых в 1-й и 2-й группах) и составляли в среднем EF – 45–50%, V_{cf} – 0,80–0,87 окр.С $^{-1}$. У 3-х больных этой группы был интерстициальный отек, а у одного больного – альвеолярный отек легких.

Заключение. Отмечено хорошее совпадение между клиническими признаками выраженности сердечной недостаточности у больных с острейшем периодом инфаркта миокарда и величинами EF и $V_{cf,}$ наибольшие изменения у этих показателей найдены у больных 3-й группы. Ценность метода заключается в возможности оценить и дифференцировать сократительную способность сердца у больных острым инфарктом миокарда и кардиальным Х_синдромом с клинически умеренно выраженной сердечной недостаточностью и выявить скрытую ее стадию.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ ГИПОТИАЗИДОМ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

НАВДЖУАНОВ И., ЭМОМЗОДА И.Х., ОДИНАЕВ Ш.Ф., ХАЛИКОВА Н.А.

Кафедра внутренних болезней N1 ТГМУ им.Абуали ибни Сино, г. Душанбе

Целю работы: изучение углеводного, липидного и пуринового обмена при лечении гипотиозидом больных артериальной гипертонией. Основное внимание исследователей было направлено на изучение нарушений электролитного состава крови, в частности, ионов калия. В последние годы появились многочисленные сообщения о влиянии этих препаратов, также на углеводный, пуриновый и липидный обмен. Подчеркивается, что нарушение этих видов обмена может играть определенную роль в прогрессировании атеросклероза. В связи с этим изучение побочных эффектов гипотиазида в данных обменах является актуальным.

Материал и методы. Лечение гипотиазидом проведено 33 больным (19мужчин и 14 женщин

в возрасте 35–60лет) с артериальной гипертонией (диастолическое артериальное давление 95–100мм.рт.ст). У всех больных в анамнезе отсутствовали данные о наличии сахарного диабета и подагры. Суточная доза препарата составила 100мг, продолжительность лечения – 20 дней. Исследование проводили натощак, утром – до и после лечения, на фоне максимального и стойкого гипотензивного эффекта. Определялось содержание глюкозы в крови, мочевой кислоты в сыворотке крови, уровень общего холестерина и β – липопротеидов в плазме крови, а также уровень электролитов. Исходный уровень принят стабильным, без учета индивидуальных колебаний.

Результаты. У всех больных, лечившихся гипотизидом в течение 20 дней, достоверно отмечено повышение уровня глюкозы в крови в среднем по всей группе с 5,14±0,21 до 5,45±0,16 ммоль/л. Таким образом, наблюдалась тенденция к развитию гипергликемии, однако без проведения допустимых норм. Ряд исследователей предполагали, что торможение секреции инсулина может быть вызвано диуретиками вторично в связи с потерей калия. В некоторых работах показано, что гипергликемия может тормозить вызванную глюкозой гиперсекрецию инсулина. Результаты наших исследований позволили установить достоверное понижение уровня калия в сыворотки крови в среднем для всей группы обследованных с 4,50±0,18 до 4,32±0,17 ммоль/л после лечения гипотиазидом. В связи с этим заключить, что дефицит калия, возможно, имеет определенные факты в развитии гипергликемии. При изучении уровня мочевой кислоты в наших исследованиях было выявлено статистически достоверное повышение ее уровня в среднем для всей группы больных с 0,34±0,021 до 0,39±0,028 ммоль/л. При этом ни в одном случае не наблюдалось возникновения клинических симптомов суставного или почечного поражения гиперурикемического генеза. Механизм гиперурикемического действия мочегонных препаратов включает как внепочечные, так и почечные факторы. К внепочечным относится способность производных бензотиадиазина и фуросемида ускорять белковый метаболизм. Основным механизмом почечного фактора является уменьшение внеклеточного объема жидкости в связи с уменьшением содержания натрия и воды. При исследовании липидного обмена у всех больных терапия гипотиазидом приводила к статистически достоверному повышению уровня β-липопротеидов и статистически не достоверному повышению уровня холестерина, что составляло в среднем – β – липопротеидов с 52,2±2,3 до 60,3±2,8Ед, и холестерина с 6,15±0,38 до 6,65±0,45ммоль/л.

Заключение. Терапия артериальной гипертонии с помощью производных бензотиадизинового ряда может вызвать нарушения не только электролитного, но и других видов метаболизма, что требует контроля и при необходимости соответствующей коррекции.

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

ОДИЛОВА Н.Қ. , МАВЛОНОВ Н.Х.

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

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

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

Натижалар ва муҳокама**.** Аёлларнинг ёш бўлишига қарамай, АГ (9,2%), ЮИКнинг эпидемиологик шакллари (4,8%), шунингдек, чап қоринча гипертрофияси (ЧҚГ, 6,9%), паст жисмоний фаоллик (ПЖФ, 48,3%), чекиш (Ч., 13,8% ва алкоголли ичимликлар истеъмоли (АИ, 66,6%), ортиқча вазн (ТВИ, 18,4%), дислипопротеидемия (ДЛП, 13,7%) 1-гуруҳдаги одамларда жуда тез-тез кузатилган. Бироқ, иккинчи гуруҳда (АГ – 10,5%, ЮИК – 8,8%, ЧҚГ – 14,0%, ПЖФ – 64,9%, Ч–15,7%, АИ – 66,6%, ТВИ – 22,8% ва ДЛП – 24,6%) ва ИИИ (13,1 – 10,5 – 13,1 – 26,3 – 89,5 – 15,7 – 28,9 – 25,9% мос равишда ўсиш тенденциясини кўрсатди ($p<0,05$), бу эса АГ, юрак ишемик касаллиги ва уларнинг ХО хусусиятларининг тарқалиши ва ёш аёлларнинг касбий фаолияти ўртасида боғлиқлик мавжудлигини кўрсатади. Шу билан бирга, гипертo-

ния мавжудлигидан хабардорлик даражаси – I ва III-гуруҳ вакиллари орасида гипертония ҳақида ҳеч ким маълумотга эга эмас ва II-гуруҳ аёлларининг ярмидан кўпи (60,0%). касаллик ҳақида билар эди. II ва III-гуруҳдаги шахсларда АГни назорат қилиш бўйича ҳеч қандай чора-тадбирлар (дори воситалари ва номедикаментоз тадбирлар) қўлланмагани аниқланган. Олий маълумотли (II гуруҳ) ақлий меҳнат ходимлари гипертония билан боғлиқ ҳолда мунтазам равишда маълумот олиши кузатилган ва 66,6% ҳолларда терапевтик самара билан даволанган. Шу билан бирга, тикувчи аёллар (н=16) ва бошқа касб эгалари (н=12) қўшимча текширув (махсус сўров ва ЭКГ мониторинги) ўтказилганда юрак ритми бузилишининг клиник белгилари 7.6% беморларда худди шу ҳолат билан боғлиқ ЭКГ белгилар эса 11.9% пациентларнинг биринчи гуруҳида 3,7 ва мос равишда 7,4%, иккинчисида (п<0,05) аниқланган бўлиб, бу ёш аёлларда юрак-қон томир хавфини шакллантиришга ишлаб чиқариш фаолиятининг ўзига хос таъсирини тасдиқлайди.

Хулоса. Олинган натижалар артериал гипертензия ва атеросклероз хавф омиллари частотасининг ёш аёллар меҳнатининг ўзига хос хусусиятларига боғлиқлигини кўрсатади, бу «Ёш аёллар саломатлиги» маълумотлар банкини яратиш ва тегишли тиббий-психологик мониторингни амалга оширишни назарда тутади.

АССОЦИАЦИЯ RS6817105 ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PITX2 С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

РАДЖАПОВА Г.М.[1], АБДУЛЛАЕВА Г.Ж.[1], ЗАКИРОВА Д.В.[2], ПУЛАТОВА М.Т.[1], ШЕРБАДАЛОВА Н.Х.[1], ХАТАМОВА М.Н.[1], МАШКУРОВА З.Т.[1], ИБРАГИМОВ Н.Н., АБДУЛЛАЕВ А.А.[2], САДУЛЛОЕВА М.А.[1]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, 2-Центр передовых технологий Ташкент, Узбекистан

Цель исследования определение влияния rs6817105 полиморфизма гена PITX2 на риск развития фибрилляции предсердий (ФП) у больных артериальной гипертензией (АГ) в узбекской популяции. **Материалы и методы**. В исследование было включено 142 больных, у которых исходно была диагностирована пароксизмальная (n=15), персистирующая (n=43) и постоянная (n=84) форма ФП. Контрольную группу (n=88) составили больные АГ без ФП. ФП классифицировалась как пароксизмальная, персистирующая и постоянная форма в соответствии с современными рекомендациями ACC/AHA/ESC по ФП. Диагноз ФП был основан на результатах ЭКГ и/или данных ЭКГ Холтера по стандартным диагностическим критериям. Эхокардиографическое исследование проводили для оценки индексированного объема левого предсердия (ИОЛП). Генотипирование образцов на носительство аллельных вариантов rs6817105 полиморфизмом гена PITX2 проводили методом RFLP-PCR. Рассчитывали относительный риск (OR) с использованием генетических моделей. Для всех видов анализа статистически значимым считали значения p005 **Результаты.** Среди больных АГ с ФП выявлено следующее распределение генотипов rs6817105 полиморфизма гена PITX2: CC генотип – определен у 72(50,7%) больных, CT генотип – у 60(42,3%), TT генотип – 10(7,0%), χ2=68,535, p=0,000. Аллельное распределение показало преобладание носительства C аллеля: C аллель – 71,8%, T аллель – 28,2%, χ2=106,542, p=0,000. Среди больных АГ без ФП также превалировал C аллель: 59,7% и 40,3% соответственно, χ2=12,375, p=0,000. При этом соотношение CC: CT: TT – генотипов было следующим: 38,6%: 42,1%: 19,3%, χ2=12,375, p=0,000. На основании мультипликативной модели наследования продемонстрировано значительное накопление C аллеля среди 142 больных АГ с ФП 71,8% (χ^2=7.30 P=0.007; OR=1.72, 95% CI 1.16–2.56), при этом T аллель встречался реже в 28,2% случаях. Общая модель наследования продемонстрировала также ассоциацию CC генотипа с риском развития ФП у больных АГ, так CC генотип встречался чаще в 50,7% (χ^2=8.69; P=0.01; OR=1.63, 95% CI 0.95–2.81), при этом CT генотип встречался в 42,3% случаях и TT генотип в – 7,0% случаях. Тогда как в группе больных без ФП было иное распределение генотипов CC: CT: TT: в 38,6 %: 42,0%: 19,3%, соответственно. Важно заметить, что у больных АГ с ФП – носителей CC генотипа rs6817105 полиморфизма гена PITX2 показатель ИОЛП значительно был выше в сравнении с носителями CT и TT генотипов: 46,8±14,9 мл/м2 против 40,4±13,0 мл/м2 и 36,5±11,6 мл/м2, соответственно (p=0,020). **Заключение.** Показана ассоциация ассоциация CC генотипа и C аллеля rs6817105 полиморфизма гена PITX2 с риском развития ФП у больных АГ узбекской популяции. Отмечено, что у носителей CC генотипа rs6817105 полиморфизма гена PITX2 показатель ИОЛП был значительно выше в сравнении с носителями CT и TT генотипов.

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

СЕЙТЖАНОВА Г.М.[1], АСАНОВА Г.К.[1, 2], ТОИМБЕТОВА М.А.[1], ПАХОМОВА Т.Ю.[1], БАЗАРБАЕВ Н.Ш.[1], САЙЛАУ Е.М.[1]

[1]НАО «Центр сердца Шымкент», [2]Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

В настоящее время **артериальная** гипертензия (АГ) у беременных женщин является одной из важных проблем и вносит значимый вклад в заболеваемость и смертность среди населения. Актуальной на современном этапе для матери и плода является разработка диагностических и прогностических критериев АГ и осложнений по данным **суточного мониторирования артериального давления** (**СМАД**).

Ключевые слова: **СМАД**, **АД у беременных женщин**, хроническая артериальная гипертензия

Цель исследования: Изучить суточный профиль АД у беременных женщин с высоким нормальным артериальным давлением, хронической артериальной гипертензией (ХАГ) и разработать диагностические критерии гипертензивных состояний по данным СМАД в условиях НАО «Центр сердца Шымкент».

Материал и методы: Исследованы 76 беременных женщин с диагнозом ХАГ тяжелой степени, 54 с высоким нормальным артериальным давлением, и 36 с «гипертензией белого халата». Вычислялись показатели суточного профиля АД: максимальные и минимальные величины АД, средние значения САД и ДАД за сутки, индекс времени гипертензии, вариабельность САД и ДАД, степень ночного снижения АД.

Результаты **и о**бсуждение**:** По данным СМАД у беременных с ХАГ, высоким нормальным артериальным давлением и группы сравнения в течение беременности по триместрам выявлено: среднее САД дневное, среднее САД ночное у беременных с ХАГ на протяжении всей беременности было повышено. Так у женщин основной группы подгруппы А (беременные с ХАГ) **среднее САД дневное** в I триместре составило 141 мм рт. ст., у женщин подгруппы В (беременные с высоким нормальным АД) **среднее САД дневное** составило 133 мм рт. ст., в то время как в группе сравнения этот показатель составил 117 мм рт. ст. У беременных женщин основной группы также наблюдались повышенные показатели среднего САД ночного. Анализ среднего ДАД дневного у беременных с ХАГ на протяжении всей беременности показал повышенные значения АД. Так у женщин основной группы подгруппы **А среднее ДАД дневное** в I триместре составило 92 мм рт. ст., у женщин подгруппы В **среднее ДАД дневное** составило 83 мм рт. ст., в то время как в группе сравнения этот показатель составил 70 мм рт. ст. У беременных женщин с ХАГ показатели среднего ДАД ночного также были повышены. Оценка колебаний среднесуточного АД позволила выявить существенные изменения в основной группе у беременных с ХАГ с возрастанием срока беременности, наблюдалась тенденция к стойкому повышению САД, ДАД дневного и ночного к III триместру.

Выводы: СМАД позволяет оценить профиль АД у беременных женщин с АГ с I триместра беременности. Дифференцированная комплексная оценка синдрома АГ позволяет улучшить течение беременности и исходы, рационально назначать антигипертензивную терапию.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ЧАРЫЕВА А.К., АКМУРАДОВА М.Х., ИЛАМАНОВА Д.К., АННАЕВ Б.Х.

Государственный медицинский университет Туркменистана им. М. Гаррыева, Госпиталь с научно-клиническим* центром кардиологии *(Ашхабад, Туркменистан)

Артериальная гипертония (АГ) у лиц пожилого возраста является одной из наиболее значимых проблем медицины, что обусловлено широкой распространенностью заболевания в рассматриваемой возрастной группе на фоне тенденции к старению населения. Согласно данным эпидемиологических исследований, распространенность АГ среди лиц старше 60 лет составляет более 50%. АГ играет определяющую роль в структуре сердечно-сосудистой и общей смертности, являясь важным прогностическим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них.

Течение АГ может осложниться развитием нарушений сердечного ритма, что нередко служит основным поводом обращения за медицинской помощью. На разных стадиях заболевания в генезе нарушений сердечного ритма первостепенное значение могут приобретать различные факторы, в том числе расстройства нейрогуморальной регуляции, а в более поздние сроки, расширение полостей камер сердца и гипертрофия миокарда левого желудочка.

Цель работы: выявить особенности нарушения сердечного ритма у пожилых больных с артериальной гипертонией.

Материалы и методы: обследовано 28 больных (12 мужчин, 16 женщин) госпитализированных по поводу АГ и нарушения сердечного ритма в возрасте 60–79 лет (средний возраст 72,63±1,28 лет). Длительность АГ составила в среднем 4,69±1,21 лет, длительность нарушения ритма в среднем составило 7,9±1,2 лет. Контрольную группу составило 69 больных (29 мужчин, 40 женщин) с артериальной гипертонией без нарушения ритма, в возрасте 61–70 лет. Длительность АГ составила в среднем 8,21±1,1лет, со средним уровнем систолического артериального давления (АД) 165,34±3,89 мм рт.ст. и средним уровнем диастолического АД 80,84±1,61 мм рт.ст. Всем больным проводилось биохимическое исследование крови, электрокардиографическое (ЭКГ), эхокардиографическое (ЭХОКГ) исследование.

Результаты: Анализ данных исследования показал, что у больных с АГ и нарушением ритма число сердечных сокращении в минуту составило 93,8±16,3 (в контрольной группе − 78,6±13,3). В обеих группах в показателях систолического, диастолического и среднего артериального давления особой разницы не отмечалось. В обеих группах на ЭКГ отмечалась гипертрофия левого желудочка.

У больных с АГ и нарушением ритма были выявлены следующие изменения: у 15 больных (53,6%) – синусовая тахикардия, у 8 больных (28,6%) преобладало желудочковая экстрасистолия, у 4 больных (14,2%) – мерцательная аритмия и суправентрикулярная экстрасистолия была выявлена у 1 больного (3,6%). При эхокардиографическом исследовании в обеих группах отмечалась незначительная гипертрофия стенок левого желудочка, ухудшение диастолической функции левого желудочка и увеличение размеров полостей левого предсердия (соответственно 4,0±0,5 и 4,0±0,2 см).

Заключение: При сравнении больных АГ с нарушением сердечного ритма и без таковых статистически достоверной разницы в отношении размеров стенки левого желудочка, левого предсердия и диастолической функции не было выявлено. Увеличение ЧСС у пожилых больных с АГ служит предвестником (предиктором) возникновения нарушения сердечного ритма, что свидетельствует о функциональной активности симпатоадреналовой системы.

УЧ КОМПОНЕНТЛИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВ ДОРИЛАРНИ ЭРКИН ВА ФИКСАЦИЯЛАНГАН КОМБИНАЦИЯСИНИ АРТЕРИАЛ БОСИМНИ МАҚСАДЛИ КЎРСАТКИЧГА ЭРИШИШИДА ҚИЁСИЙ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ

ШУКУРОВА Д.Ю., ФАЙЗУЛЛАЕВА Ш.С., АЛИХОДЖАЕВА Ф.А., МАШАРИПОВ Ш.М., САФАРОВ Ж.Б., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.

Республика Ихтисослаштирилган Кардиология Илмий Амалий маркази.

Артериал гипертензияни (АГ) даволашнинг асосий мақсади артериал қон босимни мақсадли кўрсаткичга эришиши ва назорат қилишидир. Антигипертензив терапия (АГТ) фонида барча беморларда артериал қон босимни мақсадли кўрсаткичи АҚБ <140/90 мм.сим.уст.деб қабул қилиган (ESH/ESC 2018). 65 ёшдан кичик гипертоник беморларнинг кўпчилигида АГТни яхши қабул қилишини инобатга олиб систолик артериал босим САБ 120–129 мм.сим.уст. оралиғида, дисастолик артериал босим ДАБ <80мм.сим.уст пасайтириш.

Мақсад Бизнинг мақсадимиз юқори ва жуда юқори хавф гурухидаги АГ билан оғриган, икки компонентли АГТга резистент беморларни уч компонентли АГТ эркин ва фиксацияланган комбинациясини қўллаш орқали АҚБни мақсадли кўрсаткичга эришишини бахолаш.

Материал ва текшириш усуллари. Бизни тадқиқотимизга икки компонентли АГТ яъний антиотензинни ўзгартирувчи фермент ингибитори (АЎФИ) ва диуретиклар ёки кальций антогонистлари қабул қилган, лекин АҚБ мақсадли кўрсаткичга эришмаган гипертония касаллигини II ва III босқичидаги 143 нафар бемор жалб этилди. Беморларни ўртача ёши 55,8±9,35 йил, шулардан эркаклар n=70 (49%), аёллар n=73 (51%) ни ташкил қилди. Барча беморларни Коротков усулида

офис АҚБ уч мартадан ўлчаб физикал кўрикдан ўтқазилди. Беморлар конверт усулида 2 гурухга ажратилди: 1-гурух (n=71) уч компонентли АГТ индапамид, амлодипин ва периндоприлни эркин холатда тавсия этилди, 2-гурух (n=72) худди шу дориларни фиксацияланган комбинация холатда тавсия этилди. Дориларни дозаларини 1- ой, 3-ой хамда 6- ойда титрлаш амалга оширилди. Статистик маълумотлар даволашдан олдин ва 6 ой оралиғида ўтқазилди.

Тадқиқот натижалари. Уч компонентли АГТ фонида иккала гурухда хам мақсадли қон босим даражасига эришилди: 1-гурухда даводан олдин САБ/ДАБ 171,29±16,6 мм.сим.уст/99,64±9,03 мм.сим.уст., 6 ойлик терапия фонида 128,38±8,5 мм сим.уст./80,89±6,38 мм сим.уст. (p=0,0001 САД ва ДАД учун); 2-группа даводан олдин САД/ДАД 170,76±17,75 мм сим.уст./100,63±8,39 мм сим.уст., 6 ойлик терапия фонида 121,95±6,7 мм сим.уст./77,23±5,59 мм сим.уст (p=0,0001 САД ва ДАД учун). 1-гурухдага қараганда 2-гурухда САД (p=0,0001) ва ДАД (p=0,0001) натижалари сезиларли пасайганлигини кўрсатди. Шу билан бирга 1-гурухда 83.3%, 2-гурухда 94.4% (χ^2=7,471; p=0,006). беморларда артериал қон босим мақсадли даражага эришилди. САБ буйича мақсадли қон босими даражаси<130/80 беморларнинг 42% ва 67% да эришилди, 1- ва 2- гурухларда мос равишда (χ^2=11,61; p=0,0001);, ДАБ буйича беморларнинг 10% ва 33.3% да эришилди 1- ва 2- гурухларда мос равишда (χ^2=9,011; p=0,003).

Хулоса Олинган натижалар шуни кўрсатадики 6 ойлик эркин комбинациядаги уч компонентли АГТ билан уч компонентли фикслангган комбинациядаги АГТ ни солиштирганда, беморларда сезиларли даражада юқори самарадорлиги (ESH/ESC 2018) мақсадли қон босимига эрта эришишда уч компонентли фикслангган комбинациядаги гурухда кўзатилди.

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И АТЕРОСКЛЕРОЗ

TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND CONCOMITANT BRONCHIAL ASTHMA

BEKMETOVA F. M., ARZIYEVA Y.B.

Republican Clinical Hospital №1, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. The treatment of patients with coronary heart disease in combination with bronchial asthma is an important problem.

Purpose of the study: to identify the features of treatment of patients with coronary heart disease in combination with bronchial asthma.

Materials and methods: a retrospective analysis of 120 patient records was conducted with coronary heart disease and concomitant bronchial asthma. All patients were divided into 4 groups: 1st – coronary heart disease II FC with bronchial stage 3 asthma (20%); 2nd – coronary heart disease FC III with bronchial asthma 3 steps (15%); 3rd – coronary heart disease II FC with bronchial asthma 4 steps (25%); 4th – coronary heart disease FC III with bronchial asthma 3–4 steps (40%). All patients underwent electrocardiography, daily electrocardiographic monitoring, echocardiography, chest radiography cells, spirography, study of external respiration functions.

Results: according to electrocardiography data in this category of patients: frequency heart rate was 79.3±5.2 per minute, left ventricular hypertrophy detected in 86.4% of patients with coronary heart disease with concomitant bronchial asthma; according to echocardiography: left ventricular hypertrophy in 48.8%, right ventricular hypertrophy in 28.6%, diastolic dysfunction of the left ventricle in 32.2%, ejection fraction was 56.2±2.6% of patients with ischemic heart disease with concomitant bronchial asthma. Antianginal therapy was received by 80% of patients with coronary heart disease with concomitant bronchial asthma. In group 1, inhibitors angiotensin-converting enzyme were prescribed in 85% of cases, β-blockers – in 13.5%. In group 2: angiotensin-converting enzyme inhibitors in 54.8%, Ca antagonists – 15.4%. In group 3: angiotensin-converting enzyme inhibitors in 65.7%, Ca antagonists – 18%, β-blockers – 9.5%. In group 4: inhibitors angiotensin-converting enzyme in 66.7%, Ca antagonists – 19.4%, nitrates – 8.9%. Basic therapy with inhaled glucocorticosteroids + β2-agonists 76% of patients received long-acting. Inhalation therapy only 11% of patients with coronary heart disease with concomitant bronchial asthma. Systemic glucocorticosteroids periodically were prescribed to 68% of stage 3–4 patients with coronary heart disease with concomitant bronchial asthma.

Conclusion. Thus, more than half of patients with coronary heart disease and bronchial asthma had pronounced changes in hemodynamic parameters, which led to mutual aggravation of the course of diseases and the development of complications.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА РАЗВИТИЕ КОРОНАРНОГО СТЕНОЗА

АБДУСАМАТОВ А.Х., НУРИЛЛАЕВА Н.М., ЮЛДАШЕВ Н.П.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить взаимосвязь факторов риска со степенью сужения коронарных сосудов у больных молодого возраста с прогрессирующей стенокардией напряжения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в кардиологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии и в частной клинике Акфамедлайн. В исследование были включены 38 пациентов мужского пола, медиана возраста пациентов составила 45±2,7 (от 42 до 48 лет) лет. Длительность заболевания стенокардией на момент исследования была равна в среднем 7±2,5 лет. У всех больных проведены клинические и лабораторные исследования, оценка факторов риска (ФР), ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ), коронароангиография (КАГ) для оценки степени сужения коронарных сосудов и наличия ишемии согласно Европейским рекомендациям общества кардиологов (2014 год). Полученные данные были внесены в компьютерную программу Microsoft Excel для последующей статистической обработки.

Результаты исследования: Полученные результаты показали, что в день поступления пациенты чаще всего жаловались на увеличение частоты болей в загрудинной области, иррадирующие преимущественно в левую руку и лопатку, купирующиеся после приема нитроглицерином. Из ФР у мужчин среднего возраста по распространенности преобладали курение – у 30 больных (80%) и сахарный диабет (СД) у 20 пациентов (52,6%). Степень стеноза коронарных артерий достоверно коррелировала с этими показателями. Определено незначительное увеличение КФК-МВ фермента в сыворотке крови (5–8 Ед/л). На ЭКГ во время приступа определены признаки ишемии в виде депрессии сегмента ST на ≤ 1мм ниже изоэлектрической линии (76,3% пациентов) из которых у 5 (13,1%) пациентов выявлены единичные ЖЭС, которые полностью восстановились до нормальных значений в день выписки пациентов со стационара. На ЭхоКГ выявлено нарушение подвижности ишемизированных участков со снижением сегментарной сократимости. По результататам коронарографии преобладал стеноз (70±15%) передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) у 28(73,6%) пациентов, в сравнении с передней коронарной артерией (ПКА) (30±5%). У 6 пациентов (15,8%) отмечено многососудистое поражение коронарных артерий. Всем пациентам было осуществлено лечение по стандартам МЗ РУз, в зависимости от степени тяжести.

Заключение. Таким образом, значимый вклад в прогрессирование стенокардии вносят курение и СД, что указывает на необходимость своевременного отказа от курения, диагностики безболевой ишемии миокарда у больных с СД и коррекции комплекса патогенетических факторов, лежащих в его основе.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ 10-ЛЕТНЕЙ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПОВЫШЕННЫМ ЛИПОПРОТЕИНОМ (А)

АЛИЕВА Р.Б.[1], ШЕК А.Б.[1], АБДУЛЛАЕВ А.А.[2], ХОШИМОВ Ш.У.[1], НИЗАМОВ У.И.[1], АХМЕДОВА Ш.С.[1], КАН Л.Э., ХОДИМЕТОВА Ш.А.[1]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз (РСНПМЦК)[1], Центр передовых технологий при Министерстве инновационного развития РУз[2]

Известно, что Lp(a) является независимым предиктором сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Цель: В исследовании ставилось целью изучить вклад повышенного Lp(a) в 10-летнюю смертность у 140 больных ИБС в узбекской популяции, в зависимости от пола.

Материалы и методы. В когортное исследование было включено140 пациентов (75 мужчин, 65 женщин) госпитализированных с диагнозом: Ишемическая болезнь сердца. Нестабильная стенокардия (IIB класс, E. Braunwald et al., 1989) в 2009–2011 гг. Конечными точками при 10-летнем наблюдении была смерть от сердечно-сосудистых причин: фатальный инфаркт миокарда и внезапная сердечная смерть.

Результаты. При сравнении 10-летних исходов в когорте из 140 больных CAD с уровнем

Lp(a) ниже (I groupe) и выше (II) 75th percentile (41 мг/дл) смертность от сердечно-сосудистых причин была значительно выше во II группе (RR 3.67; 95% CI 1.67–8.11; p=0.002). 10-летняя кардиоваскулярная смертность среди мужчин и женщин достоверно не отличалась в исследуемой когорте больных (RR 2.02; 95% CI 0.83–4.96; p=0,15). Однако, смертность выше 75th percentile распределения Lp(a) у мужчин была значительно значительно выше (RR 5.31; 95% CI 2.03–13.88; p<0.001), чем при значении ниже 75th percentile, тогда как у женщин 10-летняя смертность в сравниваемых подгруппах достоверно не отличалась. При этом в обеих подгруппах у женщин только уровень ApoA-I был достоверно выше, чем у мужчин.

Заключение. 10-летняя смертность у больных ИБС с повышенным липопротеином (a) была выше среди мужчин, в отличие от женщин.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ (ГЕСГ) В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

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

РСНПМЦ Кардиологии МЗ РУз, Центр передовых технологий Министерства Высшего образования, науки и инноваций, г. Ташкент, Узбекистан.

Целью исследования было оценить клиническое течение ИБС и изучить распределение PCSK9 E670G (rs505151) полиморфизма у пациентов с гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией (ГеСГ) в узбекской популяции.

Методы: в исследование был включен 201 пациент, из которых 57 с хронической стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) и ГеСГ (I группа) и 144 с ИБС без ГеСГ (II группа), которая была разделена на две подгруппы: А, без статинов до включения в исследование (n=63) и Б (n=81), принимавшие статины амбулаторно. Мы применяли критерии сети Голландских липидных клиник (DLCN) для диагностики ГеСГ. Уровень PCSK9 в сыворотке измеряли иммуноферментным методом с использованием набора ELISA. Генетическое типирование полиморфизма PCSK9 E670G (rs505151) проводили методом ПЦР-ПДРФ.

Результаты. Изучение генотипов и аллелей полиморфизма PCSK9 E670G (rs505151) позволило констатировать, что носительство «повреждающего» аллеля G у больных I группы было в 2 раза выше (11,4%), чем во II (6,0%) и в 3 раза (3,0%), чем у здоровых, но различия не были достоверными. При этом G-носительство сопровождалось более высокой частотой инфаркта миокарда (p<0,05) и инсульта (p<0,05), аортокоронарного шунтирования в анамнезе (p<0,001), количества бляшек в сонных артериях (p<0,05) . В I группе больных ИБС с ГеСГ наблюдали 18 (31,6%) случаев сахарного диабета, что не превышало их количества во II группе (48, 33,3%). Однако, большинство из них были носителями аллеля G (82,0%, p<0,001). Несмотря на лечение розувастатином в дозе 20–40 мг/сут, у больных в I группе через 3 мес уровень общего холестерина (p<0,001) и ХС-ЛПНП (p<0,001) был достоверно выше, чем во II.

Выводы: Носительство G-аллеля PCSK9 E670G (rs505151) сопровождалось увеличением риска инфаркта миокарда, инсульта, АКШ, количества атеросклеротических бляшек в сонных артериях и случаев СД у больных ГеСГ. Улучшение ранней диагностики ГеСГ и профилактическая высокоинтенсивная терапия статинами или комбинация статинов с эзетимибом для достижения целевого уровня ХС-ЛПНП, является ближайшей тактической задачей профилактики MACE в узбекской популяции.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ С КОРОНАРНЫМ КАЛЬЦИНОЗОМ НА ФОНЕ ПРИЕМА СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

АЛИЕВА Р.Б., КУРБАНОВА Б.Г., АХМЕДОВА Ш.С., ХОДИМЕТОВА Ш.А., КИМ А.Р., КАН Л.Э., ШЕК А.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования: анализ взаимосвязи показателей липидного спектра крови и выраженности коронарного кальциноза у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне гиполипидемической терапии.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты с ИБС (n=38) среднего возраста 59,0 (55,5–63,0) лет, принимавшие статины в рутинных (недостаточных) дозах, обычно назначаемых врачами общей практики. Оценивался уровень общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и ХС-неЛПВП. Подсчет коронарного кальциевого индекса (КИ) по методике проводился методом компьютерной томографии по методике A. Agatston.

Результаты. Среднее значение ОХС в группе составило 4,37 (3,65–5,12) ммоль/л, ХСЛПНП – 2,86 (2,01–3,57) ммоль/л, ЛПВП – 1,34 (1,06–1,51) ммоль/л, ХС-неЛПВП – 3,03 (2,27–3,03) ммоль/л, что превышало целевые уровни. Наблюдалась тенденция к снижению проатерогенных фракций с увеличением величины КИ. Установлена достоверная отрицательная корреляционная связь средней силы уровня ХС ЛПВП с величиной КИ (rs=–0,42). Трактовка полученных результатов достаточно сложна, учитывая отсутствие различий средних величин в этих группах. Обнаружена достоверная сильная положительная корреляционная связь КИ с уровнем ТГ (rs=0,88, p<0,001).

Выводы. Обнаруженная в исследовании положительная корреляционная связь коронарного кальция с уровнем ТГ и отрицательная с ХС ЛПВП на фоне приёма статинов в рутинных дозах может свидетельствовать о недостижении целевого уровня в первую очередь ХС неЛПВП и требует проверки на большом материале. Также необходим поиск новых биомаркеров состояния коронарного русла и риска сердечно-сосудистых осложнений у больных ИБС, особенно на фоне уже проводимой коррекции липидных параметров.

ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ МОДЕЛЕЙ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ИБС С СД 2 ТИПА И СОХРАННОЙ ФВ ЛЖ (СООБЩЕНИЕ 1)

[1]АЛИМОВА Д.А., [1]ТРИГУЛОВА Р.Х., [1]АБДУЛЛАЕВА С.Я., [2]МУХТАРОВА Ш.Ш., [2]НАСЫРОВА Х.К.

[1]ГУ Республиканский Специализированный Научно–практический Медицинский Центр Кардиологии Ташкент, Узбекистан, [2]Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз Ташкент, Узбекистан

Введение. Выявление субпопуляций пациентов ИБС и СД 2 типа вызывает большой интерес в свете понимания предикторов прогрессирования заболевания.

Цель. Установление информативных признаков, дифференцирующих больных ИБС и СД–2 с сохранной ФВ ЛЖ с различными отдаленными исходами.

Материалы и методы. В исследование включено 130 больных с ИБС (ЕОК) и СД–2 (ВОЗ, 1999) в возрасте 63,9±8,8 лет, стаж ИБС и СД–2 9,69±0,49 и 7,3±3,89 года соответственно, которым определяли липидный спектр, ГН, ППГ, HbA1c, СРБ, NTproBNP, витамин Д, мочевая кислота (МК), ФВ ЛЖ, ММЛЖ, Е/А. Базисная терапия: антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы бета-адренорецепторы, блокаторы РААС, статины, и- ДПП–4, а- ГПП. Длительность наблюдения 2 года с развитием нежелательных событий (НС) в 10,7%, а благоприятное течение в 89,3 % случаев.

Результаты. Анализируемая выборка больных была сбалансирована по полу (p=0,130), стажу СД (p=0,878), ИБС (p=0,693) и возрасту (p=0,607), с различием по ИМТ (p=0,022), ОИМ в анамнезе (p=0,001), ЧКВ (p=0,001) и КШ в анамнезе (p=0,001) соответственно. Анализ траекторий HbA1 у больных с НС распределился по 1 и 2 визиту: HbA1c<7,0 –14,7 и 21,4%; 7,08,0 –60 и 64,2% соответственно. У пациентов с благопри-

ятным течением HbA1c<7,0 –23,2 и 35,4%; 7,08,0 –67,2 и 53,4% соответственно. Выявленными параметрами продемонстрировавшими высокую частоту встречаемости в группе больных ИБС с СД 2 с НБТ с сохранной ФВ ЛЖ при HbA1c>8,5%, оказались величины: ОХС≥142 мг/дл (χ^2=74,5; P=0,000); ТГ>163 мг/дл и выше (χ^2=27,15; P=0,000); МИ>3,52 мг/дл, витамина Д<14,9 нг/мл χ^2=72,038; P=0,000); МНУП>1984 пг/мл (χ^2=52,80; P=0,000). У больных с сохранной ФВ определен критерий роста риска развития нежелательных событий<57% (χ^2=13,846, P=0,000), повышенной ММЛЖ>309 г (χ^2=65,54, P=0,000) и повышении E/A>0,69 (χ^2=41,17, P=0,000). Анализ частоты встречаемости ДДЛЖ при неблагоприятных исходах выше в 2,5 раза, против благоприятных 1,6 раза соответственно, но не носил статистически значимого характера (χ^2=0.556; P=0.456) как в исходе, так и на этапе наблюдения (χ^2=0.020; P=0.889).

Заключение. На основании полученных результатов создан программный продукт “Прогноз риска развития неблагоприятных кардиологических осложнений у пациентов с ИБС, ГБ и сахарным диабетом 2 типа” DGU 23738 представляющий собой алгоритм, с помощью которого можно идентифицировать больных с неблагоприятным (летальный) исходом.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

АЛЯВИ Б.А.[1,2], АБДУЛЛАЕВ А.Х.[1,2], УЗОКОВ Ж.К.[1], ПУЛАТОВ Н.Н.[1], АЗИЗОВ Ш.И.[1,2]

ГУ«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»[1]; Ташкентский педиатрический медицинский институт[2], Ташкент Узбекистан

Цель работы – изучить показатели липидов, воспаления и данные ультразвуковых исследований (УЗИ сонных артерий, ЭхоКГ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся ЧКВ со стентированием коронарных артерий (СКА).

Материалы и методы. В исследование были включены 30 больных ИБС, после плановой коронароангиографии и СКА, получавших, согласно рекомендациям, двойную антиагрегантную терапию (ДАТ) (аспирин+клопидогрел), статины, бета-блокаторы, по показаниям, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. До СКА и в динамике изучали жизнеспособность миокарда (методом эхокардиографии (ЭХОКГ) и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), липидный спектр (общий холестерин(ОХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды(ТГ), высокочувствительный С-реактивный белок (вчСРБ), интерлейкины (ИЛ) – ИЛ–1β, 4, 6, 10, УЗИ сонных артерий (СА).

Результаты. Нарушения липидного профиля выявлены у 75%, в т.ч. гипертриглицеридемия – у 45%, повышение ХСЛПНП – у 55% (рекомендации ESC–2019). На фоне лечения статинами отмечено достоверное снижение уровней ОХС, ХСЛПНП, ТГ, а также увеличение ХС ЛПВП. Целевого уровня ХС достигли 72% обследованных, ХСЛПНП – 82%, ТГ–72% пациентов. У больных ИБС со стенокардией напряжения IV функционального класса ФК (СН IV ФК) содержание вчСРБ в среднем составило 5,4±1,2 мг/л, а у больных со СН III ФК – 4,3±0,7 мг/л, концентрация ИЛ–6, соответственно, 15,3±0,7 и 14,2±0,9 пг/мл и ИЛ–1β 19,3±1,5 и 17,2±1,8 пг/мл. Повышенные значения ИЛ–6 выявлены у большинства больных, а повышенные значения вчСРБ – чаще у больных с гемодинамически значимым стенозом СА. Выявлено уменьшение концентрации ИЛ–4: в крови больных ИБС со СН IV ФК – 0,2±0,09, а ИЛ–10 – 3,4±0,6 пг/мл и, соответственно, 3,4±0,6 и 4,1±0,8 пг/мл у больных со СН III ФК. По данным УЗИ наблюдались более низкие значения коэффициента растяжимости у больных СН IV ФК по сравнению с таковым при СН III ФК. Значения индекса жёсткости и Ер у больных СН IV ФК были существенно выше, чем у пациентов СН III ФК. Индекс жёсткости (β) положительно коррелировал с величиной САД и, в меньшей степени, с наличием слоистости СА. Коэффициент растяжимости характеризовался обратной корреляционной связью с перечисленными показателями. При последующем наблюдении выявлена взаимосвязь повышенной экспрессии провоспалительных цитокинов с рестенозами коронарных артерий. Эффективность статинов и ДАТ при наблюдении сохранялись на достаточном уровне, отмечен их противовоспалительный эффект, хотя у части пациентов по уровню изучаемых биомаркеров сохранялся повышенный риск тромботических осложнений и рестеноза.

Заключение. В патогенезе осложнений у больных ИБС, подвергшихся ЧКВ со стентированием коронарных артерий важную роль играют нарушения липидного обмена, факторы воспаления, а успех лечения зависит от оценки жиз-

неспособности ишемизированного миокарда и персонализированного подхода. Прием ДАТ и статинов при ИБС после СКА обеспечивает благоприятное влияние на показатели липидов и факторы воспаления. Контроль биомаркеров позволяет предупредить развитие резистентности к препаратам и, соответственно, осложнений и рестенозов.

МЕНЕДЖМЕНТ ДИСЛИПИДЕМИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

[1]ГРИГОРЕНКО Е.А., [2]РУММО О.О., [1]МИТЬКОВСКАЯ Н.П.

[1]Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», [2]Государственное учреждение «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Республика Беларусь

Цель работы: повысить эффективность медицинской профилактики хронической ишемической болезни сердца (ХИБС) у реципиентов трансплантата печени (РТП) путем внедрения инновационных методов лечения дислипидемии.

Материалы и методы. Проведено проспективное когортное исследование, включавшее 420 РТП. Выполнен ретроспективный анализ гиполипидемической (ГЛ) терапии, назначаемой РТП. Для оценки эффективности и безопасности инновационных ГЛ препаратов согласно дизайну проспективного исследования из РТП методом псевдорандомизации были сформированы сопоставимые группы (№ 1 – пациенты с дислипидемией, не принимавшие ГЛ препараты; № 2 – пациенты с дислипидемией, принимавшие розувастатин 10 мг + эзетимиб 10 мг; № 3 – пациенты с дислипидемией, получавшие инклизиран). Показатели липидограммы и уровень маркеров эндотелиальной дисфункции определяли до начала лечения и через 3 месяца после назначения ГЛ терапии.

Результаты. Через 5,4±3,29 лет после ортотопической трансплантации печени (ОТП) 374 пациента (75,6%) имели показания для назначения статинов, при этом только 46,8% (n=175) их получали. 18,4% (n=18) РТП, у которых в после ОТП развилась ХИБС, начали терапию статинами через 1 год, 45,7% (n=32) – через 3 года, 40,0% (n=32) – через 5 лет. У РТП с впервые возникшей дислипидемией среднее время до начала терапии статинами с момента ее выявления составило 2,5 года (0,5–4,5 года). Вероятность начала терапии статинами была выше среди РТП с сахарным диабетом 2-го типа (ОШ=1,58; 95% ДИ 1,00–2,51; p=0,049) и избыточной массой тела (ОШ=1,80; 95% ДИ 1,05–3,09; p=0,03). Мужчины (ОШ=0,45; 95% ДИ 0,28–0,71; p<0,001) и РТП, у которых ОТП была выполнена по поводу вирусного цирроза печени (ОШ=0,46; 95% ДИ 0,24–0,86; p=0,02), реже начинали прием статинов. Интенсивность терапии статинами была увеличена у 19,0% (n=80) РТП с субоптимальным снижением липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) через 12 месяцев от начала лечения. Через пять лет после проведения ОТП 29,9% (n=112) РТП получали ГЛ терапию умеренной интенсивности (розувастатин 20 мг/сут), 13,6% (n=51) – низкой интенсивности, 3,2% (n=12) – высокой интенсивности. До назначения ГЛ терапии в проспективном исследовании все РТП имели высокий уровень общего холестерина (ОХ) и ЛПНП. Межгрупповые различия показателей ОХ, ЛПНП и маркеров эндотелиальной дисфункции между РТП, включенными в группы №№ 1–3, отсутствовали. Через 3 месяца после начала ГЛ терапии в группах РТП, получавших розувастатин 10 мг + эзетимиб 10 мг (n = 22) и инклизиран (n = 15), установлено снижение уровня ОХ (группа №2: 6,47±1,15 ммоль/л и 3,26±1,32 ммоль/л, p=0,043; группа №3: 6,73±2,10 ммоль/л и 3,62±1,11, p=0,048) и ЛПНП (группа №2: 4,02±0,43 ммоль/л и 2,2±0,17 ммоль/л, p=0,024; группа №3: 4,16±0,78 ммоль/л и 2,1±0,34 ммоль/л, p=0,038). При назначении инклизирана через 3 месяца выявлено снижение уровня VCAM–1 731,7±70,31 нг/мл и 602,4±45,85 нг/мл, p=0,043; ICAM–1 686,4±49,11 нг/мл и 596,1±53,35 нг/мл, p=0,048; sP-селектина 238,1±51,32 нг/мл и 168,3±33,67, p=0,034.

Заключение. Назначение терапии розувастатин 10 мг + эзетимиб 10 мг и инклизираном в течение 3 месяцев привело к снижению ОХ и ЛПНП более, чем на 50% от исходных значений. Помимо ГЛ эффекта использование инклизирана сопровождалось уменьшением уровня маркеров эндотелиальной дисфункции.

УРОВНИ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ГОРМОНОВ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Каштанова Е.В.1, Полонская Я.В.1,2, Спиридонов А.Н.1, Стахнёва Е.М.1

[1]Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», Новосибирск, Россия
[2]Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Введение. Холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП) один из важных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому исследования, направленные на изучение молекул, отражающих различные нарушения обменных процессов у молодых людей на фоне повышенного уровня ХС-ЛНП являются актуальными и могут быть использованы для первичной профилактики выявленных нарушений.

Цель исследования – оценить связь между уровнями ХС-ЛНП и метаболических гормонов, отражающих нарушения обменных процессов у молодых людей.

Материалы и методы. В исследование включено 305 человек. В первую группу вошло146 человек с уровнем ХС-ЛНП < 2,1 ммоль/л, во вторую группу – 159 человек с уровнем ХС-ЛНП ≥4,2 ммоль/л. Содержание общего холестерина (ХС), триглицеридов, ХС липопротеинов высокой плотности и глюкозы в сыворотке крови определяли энзиматическим методом наборами «ThermoFisher Scientific». Вычисление концентрации ХС-ЛНП проводили по формуле Фридвальда. Мультиплексным анализом с использованием панели Human Metabolic Hormone V3 определяли уровни амилина, С-пептида, грелина, глюкозозависимого инсулинотропного полипептида, глюкагон-подобного пептида 1 (ГПП–1), глюкагона, интерлейкина 6, инсулина, лептина, моноцитарного хемотаксического фактора 1, панкреатического полипептида, пептида YY, фактора некроза опухолей альфа.

Результаты. В группе лиц с уровнем ХС-ЛНП ≥4,2 ммоль/л была более высокая распространенность нарушений уровня глюкозы натощак, в два раза чаще встречалась артериальная гипертензия (24,8% против 11,6%, p = 0,003) по сравнению с 1-й группой и выше значения ИМТ (p = 0,0001). Уровни ТГ, ОХС, глюкозы плазмы были выше, а показатель ХС-ЛВП ниже у лиц 2-й группы (p<0,0001). У пациентов с ХС-ЛНП ≥4,2 ммоль/л как само значение индекса HOMA-IR, так и встречаемость ИР (83, 8%) в соответствии с индексом HOMA-IR были выше, в сравнении с группой лиц с ХС-ЛНП < 2,1 ммоль/л (p<0,0001). Статистически значимые отличия в уровнях изучаемых показателей между 1 и 2 группой были получены для С-пептида, ГПП–1, инсулина и лептина. Относительный шанс наличия ХС-ЛНП ≥4,2 ммоль/л ассоциирован с повышением уровня С-пептида (ОШ = 2,042, 95% ДИ 1,209–3,449, p = 0,008) и уменьшением уровня ГПП–1 (ОШ = 0,997, 95% ДИ 0,996–0,999, p = 0,001).

Выводы. Повышение уровня ХС-ЛНП у молодых людей ассоциировано с нарушениями не только липидного, но и углеводного обмена. Эти данные подтверждаются изменениями в крови метаболических маркеров, характеризующих нарушения обменных процессов в организме человека.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

КИМ А.Р[1]., АЛИЕВА Р.Б.[1], АХМЕДОВА Ш.С.[1], ХОДИМЕТОВА Ш.У.[1], ШЕК А.Б.[1]

Республиканский специализированный научно практический центр кардиологии Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить связь толщины эпикардиального жира с индексом массы тела и объёмом талии у больных ИБС.

Материалы и методы: В исследование было включено 52 больных с подтвержденным диагнозом ИБС. Стенокардия напряжения ФК III, 28 мужчин и 24 женщины, средний возраст которых составил 63,7 ± 10 лет. Всем больным проводилось определение уровня эпикардиального жира с помощью трансторакальной эхокардиографии на аппарате Siemens. За норму принимали толщину субэпикардиального слоя до 7мм у мужчин и 6,5мм у женщин (Iacobellis et al, 2007).

Результаты: После анализа полученных данных у 51(98%) пациента была выявлена увеличенная толщина эпикардиального жира, в среднем

11,3±2,7 мм и только у одного в пределах нормы – 6,9 мм. Выявлена положительная корреляционная связь между толщиной субэпикардиального слоя, объемом талии r=0,56 (p<0,01) и избыточной массой тела r=0,42 (p<0,05). Выраженность толщины жировой прослойки эпикарда зависела не только от массы тела, так наибольшая толщина эпикардиального жира (19 мм) была у пациента с ИМТ 27кг/м2. При этом при избыточной массе выявлялись более высокие значения, в среднем более 12 мм.

Выводы: Результаты полученных данных говорит об увеличении субэпикардиальной прослойки с увеличением массы тела и увеличением объема талии, что косвенно может говорить о повышенном сердечно-сосудистом риске. Толщина эпикардиального жира при избыточной массе тела была выше, чем при нормальном, что может свидетельствовать о комплексном характере нарушений вследствие метаболического синдрома, который осложняет течение ИБС.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ЛОКУСА –819 C/T (RS1800871) ГЕНА IL–10 В ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

НАСЫРОВА З., ТАШКЕНБАЕВА Э.

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

Цель работы: изучить особенности взаимосвязи между полиморфизмом **лок**уса –819 C/T (rs1800871) гена IL–10 и прогрессированием нестабильной стенокардии у больных бессимптомной гиперурикемией.

Материалы и методы: На базе Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФРНЦЭМП) с 2018 по 2020гг. было обследовано 202 пациентов с диагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС). Средний возраст пациентов с ИБС составил 63,75±11,08 года. Из них 155 больных с нестабильной стенокардией (НС) и 47 пациентов со стабильной стенокардией (СС), которые составили сопоставимую группу. Кроме того, 40 здоровых человек составили контрольную группу

Результаты: Для выявления связи между повышенным уровнем МК и показателями про- и противовоспалительных цитокинов мы изучили уровни цитокинов у 2-х групп больных. Результаты определения провоспалительных цитокинов TNF-α, IL–1β пг/мл у больных НС с БГУ свидетельствуют о ее статистически значимом повышении по сравнению с группой со СС и больных НС и БГУ (P<0,05). Для изучения связи полиморфизма гена IL–10 (C819T) rs1800871 с развитием гиперурикемии и нарушением цитокинового баланса у больных с нестабильной стенокардией нами было проведено изучение полиморфизма генотипов данного гена, где было выявлено в группе пациентов НС частота гомозиготного варианта T/T гена IL–10 (C819T) rs1800871 существенно превышает показатели контрольной группы лиц (31,0% против 17,5%, соответственно, χ^2=2,59; P=0,108; OR=2,11).

Для выявления возможных взаимосвязей осуществлен поиск ассоциации вариантов НС, ассоциированной с уровнем МК в крови C/T полиморфизма гена IL–10 в исследуемой популяции. При проведении сопоставления аллелей гена IL–10 (C819T) rs1800871 групп пациентов нестабильной формы ИБС с бессимптомной гиперурикемией и здоровых индивидов было отмечено, что аллель T в группе больных НС с бессимптомной гиперурикемией встречается достоверно чаще, чем в группе практически здоровых лиц (61,7% по сравнению с 17,5%, соответственно, χ^2=17,41; p=0,000).

Заключение: Таким образом, современные лабораторные методы диагностики, приведенные в данном исследование, позволили подтвердить важность участия биохимических, иммунологических и генетических механизмов в патогенезе развития дестабилизации ИБС, что в свою очередь будет способствовать улучшенному и персонифицированному подходу к терапии и профилактике данного патологического состояния, а также улучшению прогноза и снижению кардиоваскулярных осложнений и летальности.

АССОЦИАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ С КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ИБС

НИЗАМОВ У.И., АЛИЕВА Р.Б., АХМЕДОВА Ш.С., ХОШИМОВ Ш.У., КАН Л.Э., ТРИГУЛОВА Р.Х., ШЕК А.Б.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: значимость центрального систолического АД, индекса аугментации и скорости распространения пульсовой волны у пациентов ишемической болезнью сердца.

Материал и методы исследования. Данная работа основана на анализе результатов наблюдения 138 больных, которые проходили обследование в лаборатории ИБС АО РСЦК с диагнозом ИБС прогрессирующая стенокардия (IIB класс по E. Braunwald, 1989). Контурный анализ пульсовой волны проводился с помощью прибора SphygmoCor (AtCor Medical, Австралия) для анализа показателей гемодинамики. На основе полученных результатов по значению СРПВ, пациенты были распределены на 2 группы: I группу составили 94 пациентов, у которых значения СРПВ более 10 м/с; II группу составили 44 пациентов со значением СРПВ менее 10 м/с.

Результаты исследования. При оценке результатов аппланационной тонометрии у больных ИБС с СРПВ более 10 м/с среднее исходные значения составили для цСАД 161,78±17,4 мм рт. ст., цДАД – 82,78±13,1 мм рт. ст., цПД – 79,0±10,7 мм рт. ст., АА – 19,39±5,4 мм рт. ст., AIx – 31,4±8,6%, AIx@HR75 – 27,93±7,9% и СРПВ – 13,3±2,8 м/с. У пациентов ИБС с СРПВ менее 10 м/с среднее исходные значения составили для цСАД 150,54±19,9 мм рт. ст., цДАД – 86,5±14,5 мм рт. ст., цПД – 64,04±13,8 мм рт. ст., АА – 11,65±4,3 мм рт. ст., AIx – 20,82±9,3%, AIx@HR75 – 22,04±5,1% и СРПВ – 9,1±1,69 м/с. При сопоставлении значений аппланационной тонометрии между группами выявилось следующая разница: более значимое повышенное цСАД ($p<0,01$), ниже показатели цДАД ($p<0,05$), выше значения цПД ($p<0,05$), АА ($p<0,05$), AIx ($p<0,001$) и AIx@HR75 ($p<0,01$) у больных I группы. В ходе динамического годового наблюдения обнаружено то, что у пациентов ИБС с ускоренной СРПВ чаще наблюдалась дестабилизация ИБС и ХСН (у 25,5% и 13,8% больных соответственно), 17,02% больным проведены чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) – стентирование, и 4,3% пациентам выполнено аорто-коронарное шунтирование, тогда как у пациентов ИБС с нормальной СРПВ в 1,8 раза реже (13,6% больных, $\chi^2=9,76$, $p<0,001$) наблюдалась дестабилизация ИБС и реже проводились ЧКВ.

Выводы. Параметры центральной гемодинамики и СРПВ являются одним из важнейших критериев выраженности сосудистого ремоделирования и течения ИБС, что оказывает влияние на клиническое течение заболевания и прогноз лечения.

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОЙ ОСТАТОЧНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ И ВОСПАЛЕНИЯ НА ТЯЖЕСТЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА

НУРМУХАММАД Ф.Н.[1], НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ ЖАНГЕЛОВА Ш.Б.[2]

[1] Международный казахско-турецкий университет имени Х.А Ясауи, г.Туркестан, Республика Казахстан;
[2]Казахский национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования: выявление наличия связи между высокой остаточной реактивностью тромбоцитов (ВОРТ) и высоким уровнем С-реактивного белка (СРБ) как индикатора хронического воспаления в эндотелии сосудов, а также их влияния на тяжесть атеросклероза у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования: Исследованы 45 человек с ИБС в условиях НАО «Научный институт кардиологии и внутренних болезней», в рамках научно-исследовательской работы (внтуриинститутского гранта) на тему: «Оценка высокой остаточной реактивности тромбоцитов на фоне антиагрегантной терапии у пациентов с ИБС», проводимого с 21 сентября 2020 по 31 августа 2021. Количество женщин и мужчин в исследовании составило 49% (22 женщин) и 51%(23 мужчин). Из них 22% (n=10) получали монотерапию ацетилсалициловой кислотой (АСК) и 78% (n=35) были на двойной антиагрегантной терапии (ДАТ): АСК

100 мг + клопидогрель 75 мг. Было исследовано 75 анализов крови на аппарате VerifyNow путем определения агрегации тромбоцитов на поверхности покрытых фибрином шариков под воздействием аденозидифосфатазы, содержащихся в картриджах для анализа: отдельно для ацетилсалициловой кислоты (АСК), отдельно для ингибитора P2Y12 рецептора -клопидогреля. Всем 45 больным определена остаточная реактивность тромбоцитов и уровень СРБ, а также другие лабораторно-инструментальные методы исследования в рамках действующего клинического протокола РЦРЗ МЗ РК «Стабильная стенокардия». При оценке сердечно-сосудистых рисков уровень высокочувствительного СРБ менее 1,0 мг/л расценивают как низкий, 1–3 мг/л – как средний, более 3 мг/л указывает на повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в будущем.

Результаты**:** У 44% пациентов выявлена ВОРТ – то есть отсутствие эффекта на антиагрегантную терапию. У 53% пациентов наблюдался положительный эффект антиагрегантной терапии – значения остаточной реактивности тромбоцитов находились в зоне терапевтического окна, а у 3% пациентов отмечен чрезмерный ответ на антиагреганты – они имели высокий риск кровотечения. Причем среди 44% пациентов с ВОРТ регистрировался высокий уровень СРБ свыше 3мг/л, что указывает на высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений у данных больных. Остальные 56% пациентов имели низкий уровень СРБ от 1–2мг/л на фоне положительного ответа на ДАТ. Более того у 44% пациентов с ВОРТ и высоким СРБ по данным плановой коронароангиографии наблюдалось двух и трехсосудистое поражение коронарного русла. А у 56% пациентов с положительным ответом на ДАТ и уровнем СРБ менее 3 мг/л зарегистрировано одно и двухсосудистое поражение коронарного русла.

Заключение: Повышение СРБ является фактором риска развития не только ВОРТ и сердечно-сосудистых осложнений, но и предиктором многососудистого атеросклероза коронарных сосудов. Пациенты с наличием ВОРТ и повышенного СРБ требуют более тщательного контроля для профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений и требуют пересмотра состава ДАТ с возможной заменой клопидогреля ни тикагрелор, а также более жесткого достижения целевого уровня липопротеидов низкой плотности.

РОЛЬ ГОМОЦИСТЕИНА В ОЦЕНКЕ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

РАСУЛОВА З.Д., ШАЙХОВА У.Р., НУРИТДИНОВА М.Д.

Центральная консультативно-диагностическая поликлиника №1 Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценка роли гомоцистеина (ГЦ) в прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материал и методы. Всего было обследовано 173 лиц в возрасте с 40–70 лет, из них мужчины – 60. По результатам больные были распределены на группы в зависимости от уровня сердечно-сосудистого риска (ССР). 1 группу составили 56 лиц с низким и умеренным ССР по SCORE2, 2 группу – 47 лиц с высоким ССР, 3 группу 8 лиц без коронарогенных заболеваний с очень высоким ССР по SCORE2, 4 группу – 49 больных с диагностированными коронарогенными заболеваниями и очень высоким ССР. Группу контроля составили 23 условно здоровых лиц с низкий ССР. При оценке ССР использовался обновленный SCORE алгоритм **–** SCORE2 – **и** SCORE2-OP у больных старше 40 лет оценивает 10-летний риск смерти и смертельных случаев ССЗ (документированная ИБС, включая анамнестические указания на острый коронарный синдром, коронарную реваскуляризацию, реваскуляризация других артериальных бассейнов, инсульт, транзиторная ишемическая атака, аневризма аорты, заболевания периферических артерий) у практически здоровых людей в возрасте 40–69 лет с факторами риска, которые не лечились или были стабильными в течение нескольких лет. Обследование включало: оценка гемодинамических параметров (АД), показателей липидного обмена (общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой (ЛВП-ХС) и низкой (ЛНП-ХС) плотности, глюкозы, гомоцистеин сыворотки крови биохимическим методом.

Результаты. По результатам нашего исследования было отмечено тенденция к увеличению уровня ОХС, ЛПНП, ХС-неЛПВП, как атерогенные фракции у лиц с низким и умеренным риском, с достоверным увеличением у лиц с высоким ССР на 12,5% ($p<0,05$), 26% ($p<0,001$) и 25% ($p<0,001$) соответственно по сравнению с показателями контрольной группы; у лиц в очень высоким ССР без коронарогенных ССЗ на 15,1% ($p<0,05$), 32% ($p<0,001$) и 26% ($p<0,01$) соответственно по сравнению с показателями контрольной группы; у лиц в очень высоким ССР с коронарогенными ССЗ на

13,4% (p<0,05), 20,8% (p<0,05) и 28,4% (p<0,01) соответственно по сравнению с показателями контрольной группы.

Уровень гомоцистеина в крови колеблется в районе 10–11 мкмоль/л. По данным ряда авторов, уровень гомоцистеина в плазме крови составляет 5–15 мкмоль/л. Гипергомоцистеинемию диагностируют в том случае, если уровень гомоцистеина в крови превышает 15 мкмоль/л. Концентрация гомоцистеина в плазме крови в пределах 15–30 мкмоль/л свидетельствует об умеренной гипергомоцистеинемии, от 30 до 100 мкмоль/л – о промежуточной, а более 100 мкмоль/л – о тяжелой. В нескольких исследованиях показана корреляция между уровнем гомоцистеина и липопротеинами высокой или низкой плотности. Результаты нашего исследования показали повышение уровня гомоцистеина в сыворотке крови с достоверными значениями у больных с очень высоким ССР в 3 и 4 группе с увеличением на 35,8% (p<0,05) и 39,7% (p<0,05) соответственно по сравнению с показателями контрольной группы и у больных с ССЗ в 4 группе составил 15,5±7,2 **мкмоль**/л. Полученные результаты проведенного нами исследования подтверждают роль гипергомоцистеинемии, как маркера ССЗ – у больных с патологией сердечно-сосудистой системы отмечается склонность к гипергомоцитеинемии. Также, обращает внимание выявленная зависимость уровня гипергомоцистеинемии и ССР.

Выводы. Таким образом, по результатам нашего исследования отмечено что в группе очень высокого ССР в 3 и 4 группе было выявлено повышение уровня гомоцистеина в 4 группе с гипергомоцистеинемией с уровнем 15,5±7,2 мкмоль/л.

АЁЛЛАРДА МЕНОПАУЗАДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА МИОКАРДНИНГ ОҒРИҚСИЗ ИШЕМИЯСИ

РАХМАТОВА Ш.М., ЗУБАЙДУЛЛАЕВА М.Т., НУРИТДИНОВА Н.Б.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Кириш: Миокард оғриқсиз ишемияси соғлом ахолида 2–5% ва ЮИК хавф омиллари мавжуд бўлган амалий соғломларда 15–20% холатларда учрайди ва уларда симптомсиз ишемия эпизодларисиз беморлардагига нисбатан ЮИК асоратлари ривожланиши 3–4 маротаба юқори. Миокард оғриқсиз ишемияси тўсатдан ўлим ва ҳаёт учун хавфли аритмиялар предиктори эканлиги ҳозирда исботланган. Постменопаузал даврда аёлларда миокард оғриқсиз ишемиясини кечишини ўрганиш даволаш самарасини оширишга ёрдам беради.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: ТТА кўп тармоқли клиникасининг кардиология бўлимида режали даволанишдаги постклимактерик давридаги 68 та аёллар олинган, улардан 36 та миокард ишемиясини оғриқли ва оғриқсиз эпизодлари билан қўшилиб келган ЮИК стабил зўриқиш стенокардияси ФС 3 ва 2 (ўртача ёш 56,4±5,2 йил) – 1 гурух ва 32 таси оғриқсиз ишемик эпизодларисиз ЮИК стабил зўриқиш стенокардияси ФС 3 ва 2 (ўртача ёш 55,2±5,2 йил) – 2 гурух ташкил этди.

Климактерик синдромнинг оғирлик даражаси Купперман-Уварованинг модификациялашган менопаузал-индексининг баллардаги ифодаси билан баҳоланди.

Суткалик Холтер ЭКГ мониторингини (ХМЭКГ) аппарат ёрдамида ўтказилди ва ST сегмент ишемик ўзгаришлари динамикасини клиник амалиётда холтер мониторинги ўтказиш ва қўллаш бўйича халқаро тавсиясига кўра бахоланди. ХМЭКГда миокард ишемияси қуйидаги мезонларга кўра бахоланди: ST сегментини горизонтал ёки қия пастга йўналган холда силжиши, 0,1 мВ дан кам бўлмаган, j нуқтадан 80мс узоқликда ST сегментини изолиниядан пастга силжиши, ва унинг давомийлиги 1 дақиқадан кам бўлмаслиги керак. ST сегментини элевация эпизодлари кузатилмади. Миокард ишемиясини тахлил этилганда ST сегментини депрессия характерини,чуқурлигини, энг узун эпизоднинг давомийлигини, мониторинг давомида хамма ишемик эпизодларнинг давомийлиги йиғиндисини ва уларни пайдо бўлиши вақти ва шароитлари ўрганилди.

Тадқиқот натижалари: Постменопаузал даврдаги 1 гурух аёлларнинг 86% ва 2гурух аёлларда 78% климактерик синдром симптомлари аниқланди. Модифицирланган менопаузал индекс 1 гурух беморларда (ММИ) ифодаланган юқори (63,3±3,2 баллни), шунингдек, 2 гурух беморларда бу кўрсаткич ишонарли равишда паст (51,76±2,5 балларни , p<0,05) ташкил этди. Климактерик синдром таркиби тахлил этилганда қуйидаги ўзгаришлар яъни, миокард ишемиясини оғриқли ва оғриқсиз эпизодлари билан қўшилиб келган беморларда нейровегетатив ва модда алмашинуви, эндокрин ўзгаришлар ўрта оғир даражаси 28,4±2,8 балл ва оғриқсиз ишемик эпизодларисиз билан беморларда 21,2±2,2 баллни ташкил этди. Суткалик холтер ЭКГ мониторинги натижаларига кўра S-T депрессия ўртача ва максимал чуқурлиги бўйича ишонарли фарқланмади, лекин бу кўрсаткичлар оғриқсиз ишемия эпизодлари қўшилиб келган гурухда яққол ифода-

ланди.(125±62,7мВ ва 119±14,1мВ). Хар икки гурухда хам S-T элевацияси аниқланмади. Сутка давомида ўртача ишемик эпизодлар сони 1 гурух беморларда учун 3,3±0,5, 2 гурухда нисбатан камроқ 1,9±0,3 ташкил этди. Шунингдек, миокард оғриқсиз ишемия эпизодлари суткада ўртача давомийлиги – 9±2,2 мин, оғриқли ишемия эпизодлари –15±3,1 мин. давом этди, ритм бузилишлари тахлил этилганда 1 гурух беморларда қоринчалар экстрасистоляси 1,2 маротаба, қоринча ва қоринча усти экстрасистолияси бирга келиши 1,5 маротаба кўп аниқланди.

Хулоса: Шундай қилиб постменопаузал даврдаги 1 гурухдаги аёлларда суткалик ЭКГ мониторингида қоринчалар усти ва қоринчалар экстрасистолияси миокард ишемиясини оғриқли ва оғриқсиз эпизодлари билан қўшилиб келган беморларда юқорилиги яққол ифодаланган. Суткалик холтер ЭКГ мониторинги тахлил этилганда сутка давомида ўртача ишемик эпизодлар сони 1 гурух беморларда 2 гурухга нисбатан 2 баравар кўп кузатилди ва оғриқсиз ишемия эпизодлари суткада ўртача давомийлиги – 9±2,2мин, оғриқли ишемия эпизодлари –15±3,1мин эканлиги аниқланди.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОГО СЕРДЦА

ТРОШИНА А.М., ГРИГОРЕНКО Е.А., ДУБОВИК Т.А., ГРЕБЕНЮК И.А., ЗАВАЛЕЙ Е.А., ХУДНИЦКАЯ В.С., ВАЛЕНТЮКЕВИЧ А.В., МИЩАНЧУК Е.А., МИТЬКОВСКАЯ Н.П.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение**.** Дислипидемия- состояние, характеризующееся повышением уровня липидов и липопротеидов крови, является частым осложнением после трансплантации сердца. В сочетании с иммунологическими и воспалительными факторами она индуцирует развитие васкулопатии трансплантированного сердца, а также может служить причиной развития реакции отторжения. В основе гиполипидемической терапии у реципиентов сердечного трансплантата лежит назначение ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статинов).

Цель исследования. Провести анализ распространенности дислипидемии среди реципиентов донорского сердца, а также особенностей гиполипидемической терапии на дооперационном этапе и в раннем послеоперационном периоде трансплантации сердца.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 85 медицинских карт пациентов, которым выполнялась ортотопическая трансплантация сердца (ОТС) в условиях РНПЦ Кардиология в 2020–2021гг. Медиана возраста реципиентов составила 51 год (9–76 лет), из них было 74 мужчины (87%) и 11 женщин (13%). В 55% случаев (47 пациентов) ОТС выполнялась по поводу ишемической кардиомиопатиии, у остальных 45% (38 пациентов) были диагностированы варианты кардиомиопатий, не связанных с атеросклеротическим поражением коронарных артерий (воспалительная, неклассифицируемая на фоне некомпактного миокарда левого желудочка, опухоли сердца).

Результаты. В исследуемой группе 56 пациентов (65%) имели дислипидемию до выполнения ОТС, среди них 39 пациентов с ишемической кардиомиопатией и 17 пациентов с неишемическими кардиомиопатиями. При этом, те из них, кто имел ишемическую кардиомиопатию в 100% случаев получали гиполипидемическую терапию (аторвастатин в средней дозе 30,8 мг в сутки или розувастатин в средней дозе 22,3 мг в сутки). Пациенты из группы неишемических кардиомиопатий гиполипидемическую терапию не получали.

После выполнения ОТС гиполипидемическая терапия назначалась или возобновлялась на разных этапах послеоперационного периода, однако не ранее 14-х суток, средний срок назначения – 21-е сутки. 100% пациентов исследуемой группы получали аторвастатин в средней дозе 22.4 мг.

Выводы**.** Высокая распространенность нарушений липидного обмена у реципиентов сердечного трансплантата в дооперационном периоде требует оптимизации гиполипидемической терапии как до, так и после выполнения трансплантации сердца с целью снижения риска развития осложнений и улучшения прогноза выживаемости пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА L-АРГИНИНА И ЛЕВОКАРНИТИНА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ТУЛАБОЕВА Г.М., САГАТОВА Х.М., ТАЛИПОВА Ю.Ш., ЮЛДАШЕВ Н.П., АБДУКАДИРОВА Н.М., АДИЛОВА И.Г., ХУСАНОВ А.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Кафедра кардиологии и геронтологии с курсом интервенционной кардиологии и аритмологии, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Цель работы: оценить эффективность комбинированного препарата L-аргинин и левокарнитина (Леварт, BILLUR PHARM LUX) у больных пожилого возраста со стабильной стенокардией и сахарным диабетом 2го типа.

Материал и методы: в исследование были включены 60 больных, которые были разделены на 2 группы: основная группа (ОГ) – средний возраст 62,5±0,9 года, контрольная группа (КГ) – 63,4±1,1 лет, с верифицированным диагнозом ишемической болезни сердца со стабильной стенокардией II, III функциональным классом, с сахарным диабетом II типа. Срок наблюдения – 6 недель. Все больные получали стандартную терапию, больные основной группы помимо стандартной терапии, получали комбинированный препарат L – аргинина и левокарнитина в виде инфузии 100,0 мл раствора 1 раз в сутки в течение 10 дней. Статистический анализ проводился с использованием статистического пакета программ «SPSS 11.0».

Результаты и обсуждение. Динамика полученных данных липидного обмена показывает, что у больных основной группы наблюдается положительная динамика в отношении показателей ОХ, ЛПНП и ЛПВП. Так, ОХ снижается с 6,1 до 4,7 ммоль/л, а показатели ЛПНП с 3,1 ммоль/л снизились до 2,2 ммоль/л. Достоверный характер носит и повышение уровня ЛПВП, наблюдается повышение с 1,15 **ммоль до 1,65 ммоль**/л. **У больных контрольной группы наблюдается положительная динамика в отношении снижения уровня ОХ с 6,4 ммоль/л до 5,6 ммоль/л, хотя эти изменения носят недостоверный характер. Изучении уровня гликированного гемоглобина** HbA1 **в сыворотке крови в начале исследования исходные данные между группами не имели статистически значимых различий. У больных контрольной группы при первом исследовании этот показатель составил 8,3±**0,27 %, а у больных **основной группы – 8,9±**0,32%. **Анализ полученных данных после проведенной терапии у больных обеих групп показал положительную динамику** ($p<0,05$). Следует отметить, что у больных основной группы снижение уровня HbA1 на 18% больше, по сравне**нию с группой контроля**.

Динамика наблюдения клинической эффективности проведенной терапии у больных основной и контрольной групп, показывает уменьшение количества приступов стенокардии у больных обеих групп. У больных основной группы, получавших на фоне стандартной терапии Леварт, наблюдается уменьшение количества приступов стенокардии на 20 % больше и носит более достоверный характер.

Таким образом, применение комбинированного препарата Л-аргинина и левокарнитина улучшает клиническое течение стенокардии, улучшает качество жизни больного за счет уменьшения количества приступов стенокардии и количества потребляемых таблеток нитроглицерина. Положительное влияние комбинированного препарата Л-аргинина и левокарнитина (Леварт) в комплексной терапии больных ИБС позволяет улучшить качество жизни и прогноз заболевания и оптимизировать лечение ИБС.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, метаболическая терапия, Л-аргинин, левокарнитин.

НАРУШЕНИЕ АКТИВНОСТИ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

УСМАНОВ Б.Б., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УЗБЕКОВА Н.Р.[1], ТОХТАСИНОВ А.А., ГОФУРОВ Н.Р.[2], КИТЬЯН С.А.[1]

[1]Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан;
[2]Андижанский филиал РСНПМЦ кардиологии, Андижан, Узбекистан

Введение. Исследования последних лет показали, что у большого числа пациентов (до 47%), которым по клиническим показаниям выполнялась коронарная ангиография, не выявлено значимых стенозов эпикардиальных сосудов. До 50% из этих больных могут страдать микроваскулярной стенокардией (МВС). Учитывая отсутствие пораженных атеросклерозом интрамуральных коронарных артерий, возникающая при этом преходящая ишемия сердца и синдром кардиалгии вызывает интерес отсутствием полностью изученного механизма их возникновения.

Цель работы – комплексное изучение активности симпатоадреналовой системы у больных микроваскулярной стенокардией.

Материал и методы исследования. Обследовано 40 пациентов с диагнозом МВС, в возрасте 35–76 лет, из которых мужчины составили 11 (27,5%) и женщины 29 (72,5%) человек, 20 здоровых лиц. Для оценки состояния активности симпатоадреналовой системы (САС) у всех обследованных было проведено определение уровней суточной экскреции с мочой свободных и конъюгированных фракций катехоламинов (КА) методом твердофазного иммуноферментного анализа: адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА), ДОФА. Также было проведено определение активности фермента дезаминирования КА – моноамиоксидазы (МАО) методом твердофазного ИФА.

Результаты исследования. У больных МВС отмечено достоверное повышение экскреции всех фракций КА. Так, экскреция адреналина (А) повышена на 56,7%, превышая контроль в 1,7 раза ($p < 0,001$). Содержание норадреналина (НА) у больных МВС было повышено на 59,5%, что в 1,6 раза выше значений группы контроля ($p < 0,001$). Содержание дофамина (ДА) при МВС было повышено на 31,0%, что в 1,36 раза выше значений группы контроля ($p < 0,001$). Уровень ДОФА был умеренно повышен на 19,7%, что в 1,23 раза выше контроля ($p < 0,01$). Показатели коэффициентных соотношений КА свидетельствуют о резко выраженных отклонениях от нормы процессов образования сульфоконъюгатов КА. Половые различия выявили выраженные изменения симпатоадреналовой активности, особенно конечных продуктов метаболизма КА, у женщин ($p < 0,001$). Исследования активности МАО в первые сутки выявили умеренное снижение ее активности у больных МВС – $0,03 \pm 0,002$ ед/экст. ($p < 0,01$), у здоровых этот показатель составил $0,07 \pm 0,001$ ед/экст.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о важной патогенетической роли САС в становлении и развитии МВС. Исследования показали, что чем больше выраженность ишемии, тем больше нарушаются звенья САС. Эти изменения носят выраженный характер при МВС, т.е. происходит перенапряжение симпатоадреналовой системы, являющейся важным звеном гомеостаза организма. Как известно, в условиях перенапряжения САС, ключевой фермент окисления биогенных аминов МАО может претерпевать существенную трансформацию, вследствие чего понижается его активность к моноаминам. Эти изменения были подтверждены в нашем клиническом исследовании.

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

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

Республиканский Специализированный Научно-практический медицинский центр кардиологии (Ташкент, Узбекистан)

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

Материалы и методы: С сентября 2015 по декабрь 2018 в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии выполнено 127 операций аор-

то-коронарного шунтирования у больных ИБС с дисфункцией левого желудочка ФВ ЛЖ≤45%. В работе представлены данные ретроспективного анализа взаимосвязи между поражением коронарного русла и динамики стенокардии.

Результаты исследования: по результатам коронароангиографии поражение ствола левой коронарной артерии установлено в 27 случаях. В этом случае значимо чаще, чем у больных с поражением других отделов коронарного русла возникали приступы стенокардии (ПСК) в покое и в ночное время, а также при переходе из вертикального положения в горизонтальное. Средняя частота ПСК за сутки при поражении ствола ЛКА (14,4±6,2) была в 2 раза выше чем у больных с поражением других отделов коронарного русла. Среднее количество принимаемых таблеток нитроглицерина (8–10) была наибольшим в этой когорте больных. В целом, из 127 больных, у 27 (26%) был установлен 4 класс, а в остальных случаях- 3 ФК стенокардии по Канадской классификации. После операции АКШ без ИК в течение ближайшего периода наблюдения (12 мес) отмечена положительная динамика стенокардии (Рис. 1).

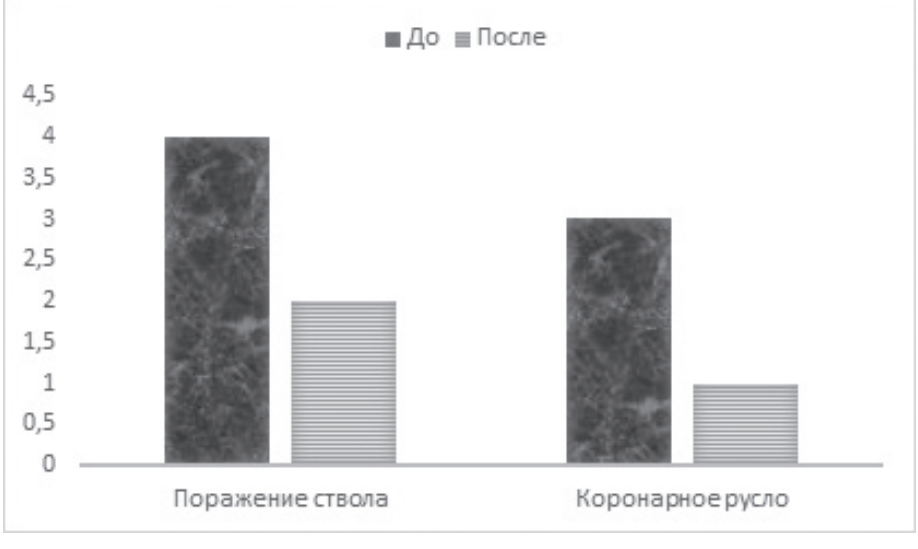


Рис. 1. Динамика стенокардии после АКШ без ИК

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

Выводы: Таким образом, АКШ без ИК оказал высокую антиангинальную эффективность и безопасность. Известно, что коронарная недостаточность у больных ИБС определяется целым фактором, среди которых ведущую, но не единственную, роль играет снижение кровоснабжения миокарда в результате атеросклеротического поражения и окклюзии коронарных артерий. Несомненно и то, что среди других причин, обуславливающих коронарную недостаточность нельзя недооценивать такие факторы, как нарушение внутрисердечной гемодинамики и реологические особенности крови.

РОЛЬ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

ХАСАНЖАНОВА Ф.О.

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: изучить влияние факторов риска при дестабилизации ишемической болезни сердца у мужчин в молодом возрасте

Материалы и методы: Обследовано 114 больных с ОКСпST, которые в экстренном порядке были доставлены бригадой скорой медицинской помощи в Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП), в отделение кардиореанимации. Средний возраст больных составлял 37±5,2 лет. В исследование и лечение были включены больные, у которых заболевание возникло в первые 2–6 ч от начала ангинозных приступов, не купирующихся, несмотря на проводимую антиангинальную терапию. На ЭКГ регистрировались транзиторные изменения: элевация сегмента ST, увеличение степени инверсии зубца Т, различные нарушения ритма и проводимости. Тромболизис проводился по стандартным схемам, и в дальнейшем больным проводились традиционные методы лечения: инфузия нитроглицерина в первые сутки болезни, антиагреганты, антитромбоцитарная и антикоагулянтная терапия, β-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины. Ферментативная диагностика: тропонины I, МВ-фракция креатинфосфокиназы (МВ-КФК). Больные были разделены на 2 группы: 1-группа 66 больных получавшие ТЛТ – стрептокиназой 1,5 млн. МЕ, 2-группа – 48 больных, получавших традиционную терапию без тромболизиса.

Результаты и обсуждения: У всех больных отмечено две и более сопутствующей патологии. Артериальная гипертония выявлена у 68% больных, сахарный диабет (СД) – у 22%, гиперхолестеринемия – у 75%. У 73% больных в анамнезе имелась ИБС (от 1 года до 5 лет), 23% больных перенесли острый инфаркт миокарда (ОИМ), а 4% больных перенесли ранее операцию коронарного шунтирования. В 1-е сутки у 17,1 % (13) больных имелись признаки острой сердечной недостаточности (ОСН). По тяжести проявлений ОСН больные распределились следующим образом: Killip I –7,8%, Killip II–3,9%, Killip III- 3,9%, Killip IV–1,3%. У больных в 1–2 группе хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по New York Heart Association (NYHA) II ФК регистрировалась в 83,4% и 88%, III ФК – в 16,6% и 12%, пороки сердца в 12,3% и 16,6%. В зависимости от времени введения тромболитика больные 1-группы были разделены на 3 подгруппы: I подгруппа 19 больных (22%), которым тромболитик вводился в течение первых 2 часов от начала ангинозного приступа; II подгруппа 18 человек (21%) – стрептокиназа вводилась в пределах от 2 до 4 часов с момента начала приступа; III подгруппа 48 человек (63%) введение тромболитика выполнено в диапазоне времени 4–6 часов от начала заболевания. Клинически верифицированный диагноз СД в нашем исследовании в 1 и 2 группах был у 2 (2,6%) и у 3 (4,4%) случаев (p=0,5) тогда как гипергликемия была выявлена у пациентов с летальным исходом в 1–2 группе. Риск ИБС, связанный с высоким уровнем общего холестерина (ОХС) был более выраженным у молодых и в нашем исследовании в 1 и 2 группах гиперхолестеринемия составила 4,45±0,19 и 4,88±0,39 соответственно (p=0,05).

Выводы: ФР такие, как гиперхолестеринемия, отягощенная наследственность по ССЗ, артериальная гипертензия, различные аритмии и пороки сердца являются предикторами, ухудшающими прогноз заболевания независимо от применяемого тромболитического препарата. У больных ОКСпST в сочетании СД и гипертонической болезнью в молодом возрасте состояние утяжеляется независимо от проводимой тромболитической терапии, и нередко приводит к развитию кардиоваскулярных осложнений.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО НОСИТЕЛЬСТВА ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЛИПИДТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ НА СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И СТЕПЕНЬ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

ЭШПУЛАТОВ А.С., ХОШИМОВ Ш.У, ШЕК А.Б.

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

Цель и задачи исследования. Исследовать влияние комбинированного носительства полиморфизма генов липидтранспортной системы на состояние липидного обмена и степень коронарного атеросклероза у больных нестабильной стенокардией.

Материал и методы. Обследовано 141 больных, с обострением (дестабилизацией) стенокардии лиц узбекской национальности. Группу сравнения составили 50 здоровых лиц узбекской национальности. При анализе распределения частоты носительство «S2» аллеля гена APO C3, среди больных НС носителей «S2» оказалось достоверно больше – 51 (27,6%), по сравнению со здоровыми лицами – 9 (18%) (ОШ 2,58; 95% ДИ 1,161–5,740, $p < 0,05$, $\chi^2 = 4,844$). При анализе распределения частоты носительства «ε4» гена APO E среди больных НС носители «ε4» гена APO E наблюдались достоверно чаще (61,7%), чем среди здоровых лиц (12%) ($\chi^2 = 34,535$, $P < 0,001$). Рассмотренные полиморфизмы генов APO C3 и APO E изучались как независимые факторы развития атеросклероза, однако для нас представляло интерес изучить влияние комбинированного носительства этих генов на показатели липидного обмена. Вышеизложенное, послужило основанием для выделения в одну группу пациентов с комбинацией носительства «повреждающих» аллелей: «**ε**4» и «S2» – 37 больных (I группа), против остальных (II группа) – 104 больных, и представляло интерес изучить влияние комбинированного носительства «**ε**4» и «S2» на показатели липидного обмена у больных НС.

Результаты. При сравнительном изучении показателей липидного спектра, в I группе больных уровни ОХС (238,0±54,3) и ХС ЛПНП (154,7±51,5) достоверно превышали ($P < 0,05$), значения ОХС (220,6±39,8) и ХС ЛПНП (138,8±37,6) во II группе. Одновременно, у больных I группы отмечалось более низкое значение уровня ХС ЛПВП (34,1±6,3, $P < 0,05$), относительно II группы (36,8±6,8). Вышеперечисленные изменения уровня липидов обусловили достоверно более высокий уровень КА (6,2±2,0, $P < 0,01$) – интегрального показателя дислипидемии в I группе больных, по сравнению со II группой (5,2±1,4). При этом средние показатели ТГ между группами существенно не различались. Уровень Апо-В оказался несколько выше (115,0±24,9 мг/дл), а уровень Апо А-I – ниже (133,8±21,3) в I группе, что обусловило достоверно более высокое значение соотношения Апо-В/АпоА-I – 0,9±0,3 ($P < 0,05$), относительно II группы (107,0±25,7, 139,1±22,2 и 0,8±0,2), соответственно. При сравнительном анализе в зависимости от тяжести поражения коронарного русла, наиболее тяжелой группе больных с наличием трех- и более стенозов достоверно преобладали больные I группы (59,5%) по сравнению со II (39,4%) группой (ОШ 2,25, ДИ 1,05–4,84, $\chi^2 = 3,659$, $P < 0,05$).

Заключение. Таким образом, полученные в нашем исследовании результаты показывают, что сочетание «повреждающих» аллелей: «**ε**4» и «S2» позволяют с высокой степенью точности предсказать развитие стенозирующего атеросклероза\

CURRENT STATUS OF OFF-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS

ALYYEV R.M. (1), AGOYLIYEVA B.A. (2), ABDYYEV B.A. (2).

[1]Hospital with scientific and clinical center of cardiology
[2]Turkmen state medical university named after Myrat Garryyev

Purpose: Off-pump coronary arterial bypass grafting (OPCAB) has become a common practice for coronary artery bypass grafting (CABG) in Japan, with approximately 65% CABG procedures currently being performed using OPCAB. However, it is unclear whether OPCAB is superior in terms of associated mortality, incidence of complications, graft patency rate, and long-term outcomes compared with conventional CABG (CCABG).

Methods: Literature consideration was performed, mainly based on observational studies involving large samples and randomized controlled trials (RCTs).

Results: Many RCTs indicated that the acute-phase and long-term mortality rates were comparable between CCABG and OPCAB or that OPCAB was inferior to CCABG. In contrast, many observational studies indicated that OPCAB was superior to CCABG.

Conclusion: CABG is a delicate procedure, the outcomes of which vary in accordance with the patient's condition as well as the level of expertise of the associated institution and surgeon. In the future, we hope that reports will emerge with excellent results, including long-term results, from Japanese institutions experienced in performing OPCAB.

EARLY SURGICAL MYOCARDIAL REVASCULARIZATION IN NON-ST-SEGMENT ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME.

ALYYEV R.M. (1), AGOYLIYEVA B.A. (2), ABDYYEV B.A. (2).

[1]Hospital with scientific and clinical center of cardiology
[2]Turkmen state medical university named after Myrat Garryyev

Background: In non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) there is no consensus regarding optimal time point for coronary artery bypass grafting (CABG). Recent findings suggest that long-term outcomes are improved in early-revascularized NSTEMI patients. However, it has been stated that early surgery is associated to increased operative risk. In this study, we wanted to elucidate if early CABG in non- ST-elevation acute coronary syndrome can be performed safely.

Methods: We performed a monocentric-prospective observational study within a 2-year interval. A total of 217 consecutive patients (41 female, age 68.9±10.2, ES II 6.62±8.56) developed NSTEMI and underwent CABG. Patients were divided into two groups according to the time point of coronary artery bypass after symptom onset (group A: <72 h; group B: >72 h). Endpoints included 6-month mortality and incidence of MACE (death, stroke or re-infarction).

Results: There were no differences regarding mortality between both groups (30 days: group A 2.4% *vs*. group B 3.7%; P=0.592; 6 months: 8.4% *vs*. 6.0%; P=0.487). Incidence of MACE in the 6-month follow-up was also similar in both groups (group A: 9.6% *vs*. 9.7%, P=0.982). Regression analysis revealed as independent risk factors for mortality in the entire cohort ES II OR 1.045 (95% CI: 1.004–1.088). ES II remained an independent prognostic factor in group A OR 1.043 (95% CI: 1.003–1.086) and group B OR 1.032 (95% CI: 1.001–1.063).

Conclusions: Early revascularized patients showed a higher level of illness. However, results of early CABG were comparable to those following delayed revascularization. Moreover, EuroSCORE II was determined as independent risk factors for mortality.

ELABORATION AND IMPLEMENTATION OF METICULOUS STRATIFICATION OF ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS IS A KEY POINT OF SUCCESESSFUL REPERFUSION CENTRE FUNCTIONING IN THE MULTIFUNCTIONAL EMERGENCY CENTRE

O.KOVAL[1], A.SKOROMNA[2], S.SIMONOVA[2], E. CHERNICHKO[2]

[1]Dnipro state medical university (DSMU), Dnipro, Ukraine; koval_olena@ukr.net
[2] Dnipro hospital of emergency care, Dnipro, Ukraine

Background. Ukraine joined international initiative Stent4Life in 2000-s, and last years before 2022 it was created ramified net of highly specialized 50 repefusion centres 24/7/365 in Ukraine for emergency care patients with acute coronary syndrome (ACS). As a result in-hospital mortality dropped near 3 times (5–8% actually). Dnipro reperfusion centre was opened in January 2022 at the mulprofile emegrency care hospital, treating ACS patients since 1968. The hospital is based on addmition of all comers with suspicion of ACS and other cardiology emergencies.

Aim. To further decrease in-hospital mortality and complications in ACS, to elaborate meticulous patients itineraries depending of incoming data peculiarities in scope of international requirements “door-to-needle” time no more than 60 minutes, and implementation of different standards of care, based on coronary angiography and primary percutaneous intervention (PCI) data.

Materials and methods. During the year (2022) 3447 emergency cardiology patients (pts) were treated: 1674 with myocardial infarction (MI): QIM 831 (+32,7% comparing with 2021), 843 nonQIM pts (+17,2%). The diagnostic, logistic and treatment were carried out according to subgroups: STEMI: 1 – typical + cardiogenic shock (CS), sudden death (SD) PC ≤12 hours symptoms onset; 2 – typical without CS, SD; 3 – typical 12 –24 hours symptoms onset; 4 – atypical ECG +/- CS,SD ≤ 12 hours or 12 – 24 hours symptoms onset; 5 – late admission, without reperfusion; NSTEMI: 1- typical, very high risk, unstable hemodynamic, ongoing ischemia, ECG +/- ST depression; 2 – typical ongoing ischemia, positive troponin, GRACE SCORE > 140 points; 3 – GRACE SCORE < 140 points (diagnostic angiograpy during index hospitalisation).

Results. ACS patients stratification into smaller groups, observance of time intervals of the urgent and nonurgent diagnostic alhorythms with clear obligations distribution between centre departments along with primary and delayed PCI were helpful in executing 1336 procedures- 78% were primary PCI. Grace to stratification despite admission of all-comers door-to-needle time was only 42 minutes. Quick diagnostic allows to identify MI 2-nd type in patients with chronic multivessel disease with futher index hospitalisation stenting in 22% and MINOCA in 3%. In-hospital mortality decreased by 32,5% and was 8 % for primary PCI patients, including all with CS.

Conclusions. Detailed ACS stratification along with intracentre logistic and time observance in all-comers admiting centre is a key condition of its succesessful work.

VODIY AXOLISIDA O‘TKIR MIOKARD INFARKTINING «ZAMONAVIY QIYOFALANISHI»

MAMASALIYEV N.S., ABDURAHMONOV B.M, MIRZAOLIMOVA M.A, BABAYEVA D.P, JUMABOYEV O.T, OXUNOV U.K

RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O‘zbekiston

Ishning maqsadi – vodiy axolisida o‘tkir miokard infarktining (O‘MI) klinik kechishi xususiyatlarini o‘rganish va baholash.

Materiallar va usullar. Vodiy davolash muassasalarida O‘MI bilan davolangan 248 ta erkak va 164 ta ayol bemorlarda 3 yillik klinik – epidemiologik monitoring bajarildi. Statistik tahlil «Statistica v.6.1» dastur paketidan foydalanib amalga oshirildi.

Natijalar. O‘MIning an’anaviy shakli (anginoz og‘riq bilan ifodalangan turi) 63,3% bemorda uchraydi (erkaklarda – 62,2% va ayollarda – 6,7%) va noan’anaviy (og‘riqsiz) ko‘rinishda kechishi bo‘lsa 4,9% ga yetib aniqlanadi xolos (r < 0,001). O‘MIni boshqa klinik variantlarda namoyon bo‘lishlari quyidagicha chastotalarda qayd qilinadi: astmasimon turi – 7,1% (erkaklarda 6,9% va ayollarda – 6,7%, r < 0,05), abdominal shakli – 5,8% (erkaklarda – 3,2% va ayollarda – 4,3%, r < 0,05), serebrovaskulyar shakli – 2,7% (erkaklarda – 2,4%; r < 0,05), kollaptoidsimon shaklda ifodalanishi – 4,9% (erkaklarda – 4,8% va ayollarda – 5,0%; r > 0,05), aritmik shakli – 7,0% (erkaklarda – 7,3% va ayollarda – 6,7%; r > 0,05) va kardiogen shok bilan asoratlangan turi – 2,7% (erkaklarda – 5,2% va ayollarda – 2,4%, r < 0,05).

O‘ng qorincha O‘MI 1,9% (erkaklarda 2,0% va ayollarda – 1,8%, r > 0,05) bemorlarda kuzatiladi va Q

tishchali va Q tishchasiz O‘MI – 70,6% va 29,5% dan qayd etiladi (r < 0,01).

Ma’lum bo‘ldiki, O‘MI noan’anaviy kechishi, astmatik shakli, abdominal varianti, kollaptoidli va serebrovaskulyar turlari to 50 yoshgacha juda kam uchraydi yoki ko‘pincha uchramaydi.

Xulosalar. Olingan natijalar ma’lum darajada O‘MI «zamonaviy qiyofalanishini» vodiy sharoitida ko‘rsatadi va ulardan kelib terapevtik amaliyotlar o‘tkazilsa maqsadga muvofiq bo‘ladi.

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

АЛИМОВ Д.А., МУХАМЕДОВА Б.Ф., ТУРСУНОВ Х.М., НАЗАРОВА М.Х., КАЗАКОВ Б.О., УРОЛОВ Ш.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г.Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить клинические особенности течения осложнений у больных с ОКС в зависимости от возраста.

Материал и методы. В исследование было включено 218 больных, проходивших стационарное лечение в кардиологическом отделении с ОКС. Сформировано 3 возрастных группы: до 60 лет **–** 85 человек (1 группа), 60–74 лет **–** 78 человека (2 группа), 75 и более лет **–** 55 человек (3 группа). Среди пациентов мужчин 125(57,34%), женщин 93(42,66%).

Результаты. При анализе осложнений, развившихся у больных с ОКС, выявлено, кардиогенный шок чаще встречался в 3 группе **–** 18,3%, во 2 группе **–** 14,2%, в 1группе **–** 11,7%. Острая аневризма левого желудочка также несколько чаще наблюдалась у пациентов пожилого и старческого возраста: во 2 группе **–**8,7%, в 3 группе **–** 12,7%, в 1группе **–** 8,1%. Острая сердечная недостаточность (ОСН) II среди пациентов среднего возраста отмечалась у 32,8%, это в 3 раза больше, по сравнению с 3 группой **–** 9,6% и на 16,2% больше, чем во 2 группе **–** 23,6%. ОСН III в 1 группе у 15,2% больных, во 2 группе **–** у 17,5%, в 3 группе **–** у 23,5%; ОСН IV у 11,2% больных, 14,1% и 16,5% в 1, 2 и 3 группах соответственно. Желудочковая тахикардия: у пациентов среднего возраста встречалась в 26,4% случаев, у пожилых **–** в 11,8%, у пациентов старше 75 лет **–** в 7,9%; желудочковая экстрасистолия высоких градаций по B. Lown: в 1 группе **–** у 42,8%, во 2 группе **–** у 36,5%, в 3 группе– у 31,7%; фибрилляция желудочков: в 1 группе **–** у 15,8%, во 2 группе **–** у 12,4%, в 3 группе **–** у 9,8%. АВ **–** блокада I степени в 1 группе составила 15,9%, что в 2 раза больше по сравнению со 2 и 3 группами (8,2% и 7,5%, соответственно). АВ **–** блокада III степени превалировала у пациентов 3 группы (9,2%), в 1 и 2 группах она составила 5,1% и 6,4%, соответственно.

Заключение. Осложнениями ОКС у пациентов в возрасте до 60 лет чаще являются ОСН II, пароксизмальная желудочковая тахикардия, экстрасистолия, фибрилляция желудочков и АВ **–** блокада I степени. У больных пожилого и старческого возраста ОКС сопровождается более тяжелыми проявлениями ОСН, высокой степенью АВ **–** блокады. У них чаще развивается кардиогенный шок и острая аневризма левого желудочка.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКО-ИНВАЗИВНОЙ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

АЛИМОВ Д.А., МУХАМЕДОВА Б.Ф., ТУРСУНОВ Х.М., НАЗАРОВА М.Х., САЛАХИТДИНОВ Ш.Н., КАЗАКОВ Б.О., УРОЛОВ Ш.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г.Ташкент,Узбекистан

Цель. Оценить эффективность фармако-инвазивной стратегии лечения пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST) в Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) в госпитальном этапе.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 327 пациентов с ОКСпST на ЭКГ, переведенных в РНЦЭМП г. Ташкенте с января 2021г по февраля 2022г с целью выполнения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) после тромболитической терапии (ТЛТ). Медиана времени от момента появления болевого синдрома до начала ТЛТ составила 285 минут. Медиана времени между тромболизисом и коронарографией составила 43 ч. Результаты лечения оценивались в

госпитальном периоде по таким показателям, как успешность ТЛТ по данным динамики сегмента ST ЭКГ, степень восстановления кровотока по инфаркт-зависимой коронарный артерии (ИЗКА) по шкале TIMI при коронарографии после ТЛТ и при завершении ЧКВ, показатель неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (смерть, рецидив инфаркт).

Результаты. ТЛТ расценена как успешная у 62,7% пациентов. По результатам коронарографии кровоток TIMI–2/3 после ТЛТ наблюдался у 171 из 327 (52,3%) больных. Стентирование коронарных артерий выполнено у 283 из 327 (86,5%) больных; у 13 (3,98%) пациентов после ТЛТ не выявлено гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий, у 31 (9,48%) больных выявлено многососудистое поражение и рекомендовано АКШ операция. Применение фармакоинвазивной стратегии реперфузии в лечении пациентов с ОКСпST позволило добиться восстановления кровотока TIMI–2/3 по ИСКА у 86,2% (у 282 из 327) пациентов. Рецидив инфаркт миокарда не зафиксировано, госпитальная летальность составила 9,7%.

Заключение. Фармако-извазивная тактика ведения больных с ОКСпST позволяет сократить временные сроки выполнения реперфузии и повысить её эффективность по сравнению с тромболизисом в тех стационарах, где нет возможности проведения первичного ЧКВ. Фармакоинвазивная реперфузии соответствует особенностям региона, необходима оптимизация работы органов здравоохранения, нацеленная на проведение первичного ЧКВ максимально возможному числу пациентов.

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ «СИМПТОМ-БАЛЛОН» НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

АЛИМОВ Д.А., МУХАМЕДОВА Б.Ф., ТУРСУНОВ Х.М,
***НАЗАРОВА* М.Х., *КАЗАКОВ* Б.О., *УРОЛОВ* Ш.С.**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить влияние времени «симптом-баллон» на результаты лечения больных с острым коронарном синдромом с подъемом сегмента ST (ОКС↑ST), подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ).

Материал и методы. В исследование включены 231 больных ОКС↑ST, поступивших в Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) в 2021 г.

В нашем исследование из 231 больных 77,1% (n=178) проведенных первичные ЧКВ, 22,9% (n=53) спасательное ЧКВ. Из 178 больных проведенных первичное ЧКВ 87 (48,8%) ИМ был –передний, 69 (38,7%)-задний,7 (3,9%)- рецидивный, 9 (5,1%)-циркулярный и 6 (3,3%) повторный. Спасательное ЧКВ проведенных из 53 больных 29 (54,7%) ИМ был -передний, 19 (35,8%)-задний, 2(3,7%)-циркулярный и 3 (56%)повторный. Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от времени «симптом баллон». В 1-ю группу вошли пациенты, у которых время «симптом-баллон» не превышало 3 ч (n=78), во 2-ю – от 3–6 ч (n=55), в 3-ю –6–12ч (n=47), в 4-ю более 12ч (n=51).

Результаты. По результатам анализа наибольшее число пациентов 78 (33,76) определялось в 1й группе. При этом 2ю и 4ю группы составили 55 (23,8%) и 51 (22,1%) пациентов соответственно. В 3-й группе определялось наименьше число пациентов–47 (20,3%). В 1й и 2-й группах пациентов по сравнению со 3й и 4й группами было больше мужчин. Между сравниваемыми группами не выявлено статистически значимых различий по индексу массы тела, реваскуляризации в анамнезе, частоте ишемической болезни сердца, ИМ, СД, артериальной гипертонии в анамнезе.

При анализе госпитальных результатов лечения выявлено, что непосредственный ангиографический успех в 1й и 2-й группах больных достигался чаще, чем в остальные. Развитие феномена noreflow определялось в 3-й,4й группе больных чаще, чем в 1-й,2-й группах. При этом между 1й и 2й группами не выявлено статистически значимых различий по частоте развития феномена noreflow. Летальность в 1й, 2-й группе пациентов была ниже, чем во 3-й и 4-й группах. Тромбоз стента и рецидив ИМ в 1-й,2-й группе больных ниже, чем 3-й,4-й группах. Кардиогенный шок развивались в 3й, 4-й группе пациентов чаще, чем в 1й, 2-й группе. ФВ ЛЖ в 1й группе пациентов была выше, чем в 3й и 4й группах.

В период стационарного лечения у 29 из 231больных (12,55%) имел место летальный исход. В 6 случаях инфаркт миокарда был передним (20,69%), в 7 задним ИМ (24,14%), 12-повторным (41,38%) и в 4-циркулярным (13,79%). У всех больных поражение коронарных артерий было множественным. Причиной смерти в 3 (10,3%) случаях явился тромбоз стента ,в 7 (24,14%) -разрыв миокарда, в 9 (31,03%)-отек легких и 10 (34,48%) –кардиогенный шок. Летальные исходы имели место с 3-х по 7-е сут.

Заключение. Общее время ишемии миокарда более 3 ч ассоциируется с увеличением летальности и частоты развития основных кардиальных осложнений. Общее время ишемии миокарда более 12 ч ассоциируется с увеличением частоты развития феномена невосстановленного коронарного кровотока (noreflow). Времени «симптом-баллон» является лучшим предиктором летальности и развития основных кардиальных осложнений по сравнению с временем «дверь–баллон».

РАННЯЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST.

АЛЫЕВ Р.М. (1), АГОЙЛИЕВА Б.А. (2), АБДЫЕВ Б.А. (2).

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии (1)
***Туркменский государственный медицинский университет имени Мырат Гаррыева* (2)**

Введение: При инфаркте миокарда без подъема сегмента ST (ИМбпST) нет единого мнения относительно оптимального момента времени для аортокоронарного шунтирования (АКШ). Недавние результаты показывают, что долгосрочные результаты улучшаются у пациентов с ранним реваскуляризацией ИМбпST. Однако было заявлено, что раннее хирургическое вмешательство связано с повышенным операционным риском. В этом исследовании мы хотели выяснить, можно ли безопасно выполнить раннее АКШ при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST.

Методы: Мы провели моноцентрично-проспективное обсервационное исследование с двухлетним интервалом. Всего у 217 последовательных пациентов (41 женщина, возраст 68,9±10,2, ES II 6,62±8,56) развился ИМбпST, и им было проведено АКШ. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от времени проведения аортокоронарного шунтирования после появления симптомов (группа А: <72 часов; группа Б: >72 часов). Конечные точки включали 6-месячную смертность и частоту возникновения MACE (смерть, инсульт или повторный инфаркт).

Результаты: Не было различий в отношении смертности между обеими группами (30 дней: группа А 2,4% против группы В 3,7%; P=0,592; 6 месяцев: 8,4% против 6,0%; P=0,487). Частота возникновения MACE в течение 6 месяцев наблюдения также была одинаковой в обеих группах (группа А: 9,6% против 9,7%, P=0,982). Регрессионный анализ выявил независимые факторы риска смертности во всей когорте ES II OR 1,045 (95% ДИ: 1,004–1,088). ES II оставался независимым прогностическим фактором в группе А OR 1,043 (95% ДИ: 1,003–1,086) и группе В OR 1,032 (95% ДИ: 1,001–1,063).

Выводы: у пациентов с ранней реваскуляризацией наблюдался более высокий уровень заболевания. Однако результаты раннего АКШ были сопоставимы с результатами после отсроченной реваскуляризации. Более того, EuroSCORE II был определен как независимый фактор риска смертности.

ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

АЛЫЕВ Р.М. (1), АГОЙЛИЕВА Б.А. (2), АБДЫЕВ Б.А. (2).

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии (1)
***Туркменский государственный медицинский университет имени Мырат Гаррыева* (2)**

Цель: Коронарное шунтирование без искусственного кровообращения (OPCAB) стало обычной практикой аортокоронарного шунтирования (АКШ) в Японии, при этом около 65% процедур АКШ в настоящее время выполняются с использованием OPCAB. Однако неясно, превосходит ли OPCAB с точки зрения связанной смертности, частоты осложнений, проходимости трансплантата и долгосрочных результатов по сравнению с традиционным АКШ (CCABG).

Методы. Анализ литературы проводился, главным образом, на основе обсервационных исследований с участием больших выборок и рандомизированных контролируемых исследований (РКИ).

Результаты. Многие РКИ показали, что уровни острой фазы и отдаленной смертности были сопоставимы между CCABG и OPCAB или что OPCAB уступал CCABG. Напротив, многие наблюдательные исследования показали, что OPCAB превосходит CCABG.

Заключение: АКШ – деликатная процедура, результаты которой варьируются в зависимости от состояния пациента, а также от уровня квалификации соответствующего учреждения и хирурга. Мы надеемся, что в будущем появятся отчеты с отличными результатами, в том числе долгосрочными, от японских учреждений, имеющих опыт выполнения ОРСАВ.

НАЗНАЧЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

ГОФУРОВ Н.Р., ТОХТАСИНОВ А.А.[1], УЗБЕКОВА Н.Р., УСМАНОВ Б.Б., КИТЬЯН С.А.[2]

[1]Андижанский филиал РСНПМЦ кардиологии, Андижан, Узбекистан
[2]Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение. Пациенты с фибрилляцией предсердий имеют повышенный риск развития тромбоэмболических осложнений и поэтому должны получать пожизненную антикоагулянтную терапию с учетом риска развития острого нарушения мозгового кровообращения и системной эмболии.

Цель исследования. Оценить распространенность фибрилляции предсердий (ФП) при остром коронарном синдроме (ОКС) и изучить особенности назначения антитромботической терапии у этой группы больных.

Материал и методы. Обследовано 202 пациента с ОКС, находившихся на лечении в Андижанском филиале РСНПМЦ кардиологии (г. Андижан) в период с ноября 2021 г. по август 2023 г. ФП была диагностирована у 75 пациентов (37,1%). Всем пациентам проведено комплексное клинико-лабораторно-инструментальное обследование. Оценка риска развития тромбоэмолических осложнений проводилась по шкале CHA2DS2-VASc. Риск геморрагических осложнений рассчитывался по шкале HAS-BLED.

Результаты. Распространенность известной ФП составила 25,6% (52 больных), у 11,5% (23) пациентов аритмия была выявлена впервые. Среди выписанных 202 больных с ФП низкий риск острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) отмечен только в 2 случаях (1,0%). 83,8% (170) пациентам, с показаниями к приему пероральных антикоагулянтов (ПОАК), была назначена антикоагулянтная терапия, при этом в группе известной ФП антикоагулянты назначались значительно чаще, чем в группе с впервые зарегистрированной ФП (91,9% – 186 больных против 58,1% – 117 больных; $p < 0,001$). Прямые пероральные антикоагулянты (ППОАК) назначали в 4 раза чаще, чем антагонисты витамина К (80,0% – 162 больных против 19,3% – 39 больных; $p < 0,001$). Чаще всего использовался ривароксабан (53,8% – 109 больных). Целевое международное нормализованное отношение при приеме варфарина на момент выписки было достигнуто только в 10,3% случаев (21 больных). При комбинировании антиагреганта с ПОАК в рамках трехкомпонентной терапии был использован только клопидогрел.

Заключение. Таким образом, назначение ПОАК в целом отражает достаточную осведомленность врачей о необходимости профилактики тромбоэмболических осложнений у больных данной категории. Показана высокая распространенность фибрилляции предсердий при остром коронарном синдроме, достигающая 37,1%. У 98,9% таких больных имеются показания к назначению пероральных антикоагулянтов, которые были рекомендованы в 83,8% случаев. Из комбинированной терапии предпочтение отдается трехкомпонентной схеме, длительность которой у 74% пациентов составляет 1 месяц.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЯ

***ЛАХАНОВ А. О.*[1], *НИЗАМОВ Х. Ш.*[2], *ЖУМАЕВ Ф. А.*[3], *НАРЗИКУЛОВ У. З.*[4], *ЮСУПОВ Т. Ш.*[5]**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан
Самаркандский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии

Цель работы: оценить особенности поражения коронарных артерий у больных фибрилляцией предсердия и инфарктом миокарда передней и нижней стенки левого желудочка.

Материалы и методы: Исследование проводилось в рентгенохирургической операционной, оснащенной ангиокардиографическим аппаратом «Philips Azurion 3 M15» (Нидерланды). Ангиометрические и морфометрические расчеты проводились с помощью встроенных в систему компьютерных программ.

Результаты: Для выявления локализации и степени поражения коронарных артерий (КА) нами была проведена коронарная ангиография у 124 больных с ОИМ передней и нижней локализации сопровождающейся ФП путем катетеризации бедренной артерии у 34 (27,4%) и лучевой артерии 90 (72,6%) больных, также у 112 больных с изолированным ОИМ. Поражение одной КА у больных с ОИМ+ФП было обнаружено у 43 (34,7%) больных, поражение двух КА у 48 (38,7%), трех и более КА у 33 (26,6%) больных Среди больных ОИМ без ФП достоверно часто встречалось поражение одной КА и составило 51,7% (n=58). Поражение двух КА и поражение трех и более КА наблюдалось у 32,1% (n=36) и 16,2% (n=18) больных, соответственно. По частоте поражения коронарных артерий наиболее приверженным к поражению во всех трех группах явилась передняя межжелудочковая артерия (ПМЖА), затем правая коронарная артерия (ПКА), диагональная ветвь (ДВ), огибающая ветвь (ОВ), ветвь тупого края (ВТК), задняя межжелудочковая ветвь (ЗМЖА), левая коронарная ветвь (ЛКА). И так среди больных ОИМ нижней стенки и пароксизмами ФП достоверно часто встречались поражение ПМЖА (54,4%), ДВ (23,5%), ОВ (20,5%), а также ВТК (16,2%).

Таким образом, наиболее уязвимыми коронарными артериями оказались ПМЖКА, правая КА, диагональные и огибающая ветвь, в частности среди больных ОИМ нижней стенки и пароксизмами ФП. Для оценки поражения КА с помощью калькулятора SYNTAX Score были выделены 81 больных ОИМ+ФП и 56 больных с ОИМ без ФП с гемодинамически значимым стенозом. Используя, калькулятор SYNTAX Score, мы смогли оценить анатомическую сложность существующих поражений коронарных артерий у пациентов, а также сравнить вероятность развития неблагоприятного сердечно-сосудистого события.

Каждое поражение коронарных артерий оценивалось в баллах. Результаты суммировались для интерпретации общей тяжести поражения коронарных сосудов и высчитывания группы риска больных. В зависимости от результатов теста Syntax пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа, пациенты, набравшие ≤ 22 баллов были отнесены к группе низкого риска, 2-я группа, пациенты, набравшие 23–32 балла- среднего риска, и 3-я группа, набравшие ≥33 баллов- пациенты высокого риска. Среди пациентов ОИМ+ФП достоверно больше встречались больных высокого риска развития кардиоваскулярных осложнений. В частности, среди пациентов ОИМ с поражением нижний стенки миокарда+ФП группа высокого риска составило 38,3%, тогда как среди больных с передним поражением миокарда их было 32,3%.

Заключение: Таким образом, полученные результаты исследования доказывают, что пациенты с ОИМ+ФП, в частности среди больных ОИМ нижней стенки имеют высокий риск развития кардиоваскулярных катастроф, таких как внезапная сердечная смерть, инфаркт миокарда, инсульт и требуют своевременной высокоспециализированной диагностики и лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

ЛАХАНОВ А.О.[1], НИЗАМОВ Х.Ш.[2], ШЕРОВ Ж.А.[3], ИБРОХИМОВ Ф. Х.[4], КУШНАЗАРОВ Р.С.[5]

Самаркандский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии

Цель работы: провести сравнительный анализ структурно-функциональных показателей сердца у пациентов с фибрилляцией предсердий на фоне инфаркта миокарда различной локализации.

Материалы и методы исследования: Эктопическая активность в предсердиях оценивалась на основании данных ХМ с использованием носимых мониторов «Кардиотехника–04–3», «Кардиотехника–04–08М», «Кардиотехника–04-АД–3М» (Санкт-Петербург, «Инкарт») и персонального компьютера с программой для обработки записей «КТ-Result 2». Запись электрокардиографии (ЭКГ) выполнялась до начала лечения и проводилась в течение 24 часов, 72 часов или 7 суток, в 12 отведениях.

Результаты исследования: На базе Самаркандского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии были обследованы 84 больных с инфарктом миокарда и различной формой фибрилляции предсердия, которые составили основную группу. Сопоставимую группу составили 44 больных с изолированной ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда различной локализации. Необходимо отметить, что средний возраст пациентов из основной группы составил 60,8±4,7 лет, средний возраст группы сравнения была равна 59,2±3,8.

При сравнительном эхокардиографическом анализе размеров ЛП между нижним и передним ИМ с ФП нами было выявлено, что объем левого предсердия увеличивается в обеих группах, но среди больных с поражением передней стенки миокарда ЛП увеличивается больше. Объем ЛП среди больных с поражением нижней стенки миокарда в среднем составило 54,8±11,8, в то время как объем ЛП среди больных с ОИМ поражением передней стенки была равна 58,9±12,7. В группе больных с изолированным ИМ объем ЛП был равен 48,8±10,8. Такое увеличение объема ЛП среди пациентов с передней локализацией ИМ может свидетельствовать об остром структурном ремоделирование на фоне гемодинамической перегрузки. При исследовании показателей ФВ ЛЖ достоверно значимой разницы между группами не наблюдались. Но при сравнении данных показателей с показателями пациентов с изолированным ОИМ все же была снижена. Так ФВ ЛЖ среди больных с поражением нижней стенки миокарда была равна 51,5±10,2, среди больных с поражением передней стенки – 50,8±10,1, среди больных с изолированным ИМ – 56,8±11,3.

При исследовании КСО, КДО ЛЖ среднее значение этих показателей у пациентов второй группы было больше и составило 37,4±и 50,9±соответственно; данные были достоверно значимее, чем в других группах, $p<0,0001$. Это свидетельствовало о более обширной зоне поражения миокарда у пациентов данной группы, что коррелировало с более тяжелым течением заболевания. Основные различия в группах заключались в динамике глобальной сократимости ЛЖ.

Заключение: Таким образом, выше приведенные данные свидетельствуют, что пациенты с ОИМ передней стенки имеют большой риск развития как тромбоэмболических осложнений из за значительного увеличения объема ЛП среди, что может свидетельствовать об остром структурном ремоделирование на фоне гемодинамической перегрузки, так и других кардиоваскулярных осложнений.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ТЕЧЕНИИ 1 ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА-МИОКАРДА МЕТОДАМИ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ

РАВШАНОВ Н., АХМЕДОВ Д.Д., ПЕКОСЬ О.А.

Научно-исследовательский институт развития цифровых технологий и искусственного интеллекта, Ташкент, Узбекистан

Стратификация риска летальности пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), является ключевым фактором, обуславливающем выбор тактики их лечения, подбор программ реабилитации и режима амбулаторного наблюдения. В этой связи, в кардиологической практике был разработан целый ряд прогностических шкал, таких как TIMI, PAMI, Zwolle, CADILLAC, CADILLAC, GRACE и др. Следует отметить, что шкала GRACE является наиболее распространенной и общепризнанной для прогнозирования фатальный исходов у больных с острым коронарным синдромом (ОКС). Хотя отмеченные скоринговые системы хорошо себя зарекомендовали, тем не менее, по мере развития подходов к лечению и реабилитации пациентов с ОКС и достижения лучших результатов, возникает необходимость в создании новых прогностических алгоритмов для повышения точности оценок. Достаточно перспективным направлением при разработке новых моделей оценки клинического риска являются непараметрические алгоритмы машинного обучения, позволяющие учитывать нелинейные ассоциации и сложные эффекты взаимодействия между входными переменными.

Цель работы. Разработка модели стратификации риска летальности пациентов в течение 1 года после перенесенного инфаркта миокарда на основе методов машинного обучения, и сравнение эффективности разработанной модели с традиционными прогностическими шкалами.

Материалы и методы. Деревья решений **–** это один из наиболее эффективных инструментов интеллектуального анализа данных и предсказательной аналитики, которые позволяют решать задачи классификации и регрессии. Структура дерева представляет собой «листья» и «ветви». На рёбрах (ветвях) ДР записываются признаки, от которых зависит целевая функция, в «листьях» записываются значения целевой функции, а в остальных узлах – признаки, по которым различаются случаи. Непосредственно сама задача ставится следующим образом: пусть задана обучающая выборка *S*, состоящая из *n* примеров и содержащая *m* атрибутов. Для множества *S* задано число *k* классов C. Для каждого *n* из *S* известна его принадлежность к какому-либо классу $C_1,...,C_k$. Задача заключается в построении иерархической классификационной модели в виде дерева решений на основе обучающего множества *S*. Для обучения и проверки разработанной модели использовался тестовый набор данных, состоящий из: демографической информации, данных физикального обследования и диагностического поиска – всего 11 параметров и 1 целевая переменная.

Результаты**.** В ходе вычислительных экспериментов был выявлены факторы, имеющие определяющее значение при летальных исходах. Потенциально, предложенная оценочная модель может быть полезна, позволяя более точно стратифицировать пациентов по уровню летального риска и, следовательно, более тщательно подбирать индивидуальные схемы реабилитации. Однако, предложенная модель требует дальнейшей верификации и валидации в реальной практике лечебного учреждения кардиологического профиля.

Заключение. Проведенное исследование показало, что прогноз летальности на основе алгоритма ДР показывают достаточно высокую эффективность в сравнении с классическими методами. Тем не менее проверка обученной модели на тестовых данных показывает наличие некоторых ограничений, например, интерпретируемость. Для полного понимания вклада различных факторов в возникновение летальных исходов, необходимо проведение дальнейших статистических исследований.

РАЗРАБОТКА ОНЛАЙН-ПЛАТФОРМЫ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ И КОНТРОЛЯ ПРОГРАММ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

РАВШАНОВ Н., АХМЕДОВ Д.Д., ПЕКОСЬ О.А.

Научно-исследовательский институт развития цифровых технологий и искусственного интеллекта, Ташкент, Узбекистан

Кардиологическая реабилитация (КР) – это наиболее эффективное средство, направленное на восстановление физического и социально-психологического состояния пациентов, перенесших инфаркт-миокарда, на снижение рисков их повторной госпитализации и смертности. Тем не менее, охват и низкая приверженность КР пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) остаются достаточно актуальными проблемами в Узбекистане и во многих странах ближнего и дальнего зарубежья. Специалистами отмечается необходимость поиска более эффективных вариантов вовлечения пациентов в программах КР и улучшения исходов заболеваний. Для решения данной задачи во всем мире предпринимаются самые разнообразные подходы. Среди них значительный интерес вызывают методы КР в домашних условиях с применением цифровых телемедицинских технологий.

Цель работы. Разработка онлайн-платформы, предназначенной для индивидуализации и контроля выполнения программы 12-месячной КР пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ).

Материалы и методы. Онлайн-платформа «RE.Kardio» включает в себя: серверное приложение (бэкенд) – ядро системы, напрямую взаимодействующее с СУБД; веб-приложение для медицинского персонала (веб-клиент); мобильное приложение для пациентов (мобильный клиент). Для разработки основной части системы был использован язык программирования python, веб-фреймворк Django и Django REST.

Концептуальной основой онлайн-платформы для индивидуализации и контроля программы КР являются принципы «управляемой самопомощи», когда в процессе удаленного мониторинга, включающего регулярные измерения и отчеты пациента для совместного принятия решений и управления мероприятиями КР, происходит постепенное формирование ответственного отношения пациента к собственному здоровью.

Результаты**.** На текущем этапе разработки онлайн-платформы достигнуты следующие основные результаты: создана информационная модель и формализованы основные бизнес-процессы КР пациентов, перенесших ОИМ; разработана структура базы данных для сбора, обработки и хранения клинических данных, характеризующих течение ишемической болезни сердца у пациентов, перенесших ОИМ; разработаны модели и алгоритмы выбора схемы реабилитации и контроля реабилитационных мероприятий на основе физиологических показателей пациентов и симптомов заболевания; разработаны модели и алгоритмы оценки приверженности пациентов лечению и толерантности к физическим нагрузкам на основе методов машинного обучения.

Заключение. Оказание услуг кардиологической реабилитации пациентов, перенесших ОИМ в домашних условиях на основе применения цифровых технологий в дистанционном режиме (телереабилитация) может стать перспективным направлением развития системы КР и вторичной профилактики ССЗ.

Ожидаемый положительный эффект от использования системы «RE.Kardio» для повышения приверженности пациентов реабилитации и их мотивации к поддержанию двигательной активности за счет подбора индивидуальных схем КР, будет выполнятся путем сравнения годичных прогнозов, оценки приверженности лечению и оценки толерантности к физической нагрузке у пациентов, проходящих КР по классической схеме и с применением онлайн-платформы «RE. Kardio».

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРЕДИКТОРОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

***РАХМАТУЛЛАЕВ А.А.*[1], *САИДОВ М.А.*[1,2], *ХАСАНЖАНОВА* Ф.О.[1,3], НИЗАМОВ Х.Ш.[1], *АБДУХАЛИКОВ* А.А.[1]**

Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Ташкентский национальный детский медицинский центр Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Оценить роль клинико-лабораторных показателей, влияющих на прогноз пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материал и методы. В исследование были включены 125 больных с ИМпST (возраст 50,2±8,8 года) госпитализированных в отделениях острый коронарный синдром и ишемической болезни сердца и кардиореанимации **Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК)**. В стационаре всем пациентам проводилось клинико-анамнестическое обследование, стандартное лабораторно-инструментальное обследование (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, электрокардиограмма, суточное мониторирование ЭКГ), коронарография с ангиографической оценкой кровотока и перфузии миокарда, с последующей ангиопластикой и стентированием инфаркт-связанной коронарной артерии. Перед выпиской всем пациентам выполнялась эхокардиография. Для оценки совместного влияния изученных показателей на вероятность неблагоприятного исхода использовалось моделирование логистической регрессией. В ходе проведения анализа учитывались все факторы и исследования, выполненные как во время госпитализации по поводу ИМ, так и в ходе проспективного наблюдения. Проводилась оценка влияния вышеуказанных показателей на развитие больших сердечно-сосудистых событий (БССС) – включающие в себя сердечно-сосудистую смертность, повторные ИМ, инсульты.

Результаты. Было установлено, что из демографических факторов возраст пациентов старше 65 лет повышает шансы развития БССС в 1,9 раз (ОШ=1,9 (1,03; 3,87), p=0,047). Среди клинических факторов значимыми являются: наличие ИБС и ИМ в анамнезе (ОШ=3,35 (1,06; 10,52), p=0,039) и (ОШ=2,27 (1,07; 5,63), p=0,03); наличие сахарного диабета (ОШ=2,54 (1,01; 6,49), p=0,049); время ишемии более 180 мин (ОШ=5,43 (1,43; 20,65), p=0,013). Ангиографическими предикторами развития БССС являются многососудистое поражение коронарного русла (ОШ=2,16 (1,02; 4,87), p=0,049) и отсутствие перфузии миокарда – MBG 0 степени (ОШ=9,82 (1,7; 25,35), p=0,022). Среди показателей периферической крови, исследованных при поступлении в стационар, предиктором развития БССС явилось соотношение нейтрофилов к лимфоцитам более 3 – ОШ=11,05; 95% ДИ (1,02; 147,2), p=0,04. Установлено, что ишемия миокарда была связана положительно с уровнем моноцитов периферической крови, исследованных в первые сутки ИМ.

Выводы: таким образом к факторам, взаимосвязанным с прогнозом заболевания у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, относятся: возраст старше 65 лет, сахарный диабет, ИБС в анамнезе, время ишемии более 180 мин, перфузия миокарда (MBG 0 степени), многососудистое поражение коронарного русла, соотношение нейтрофилов к лимфоцитам более 3.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

РАХМАТУЛЛАЕВ А.А.[1], САИДОВ М.А.[1,2], ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[1,3], НИЗАМОВ Х.Ш.[1], АЧИЛОВА Ш.С.[1]

Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии;
Ташкентский национальный детский медицинский центр;
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Изучить частоту развития сердечно-сосудистых событий у больных с различными вариантами ремоделирования сердца после инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) в течение 48 нед наблюдения.

Материал и методы. В исследование были включены 120 больных с ИМпST (возраст 50,2±8,8 года) госпитализированных в отделениях острый коронарный синдром и ишемической болезни сердца и кардиореанимации Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК) в первые 24–96 ч от начала заболевания. Обязательным условием было наличие гемодинамически значимого стеноза только одной коронарной артерии по результатам коронароангиографии. Исходно на 7–9 сутки от начала заболевания и через 24 нед наблюдения пациентам проводили стандартную эхокардиографию с определением индекса конечного диастолического объема (иКДО), индекса конечного систолического объема (иКСО). Через 24 нед пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 58 пациента с неблагоприятным ремоделированием ЛЖ (прирост иКДО>20% и/или иКСО>15%). 2-ю группу составили 62 человека без эхокардиографических признаков ремоделирования сердца: динамика иКДО после ИМпST составила менее 20%, иКСО менее 15%. Через 48 нед после ИМпST в группах сравнения была проанализирована частота конечных точек: повторный инфаркт миокарда, кардиохирургические вмешательства, нестабильная стенокардия, госпитализация по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности, жизнеугрожающие нарушения ритма.

Результаты. Конечные точки в 1-й группе были выявлены в 30,2% (n=19): 7 пациентов госпитализированы по поводу нестабильной стенокардии (11,1%); 1 больной (1,6%) – с диагнозом повторного ОИМ; 2 человека (3,2%) – с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности. Кардиохирургическое вмешательство было проведено у 7 (11,1%) пациентов. У 2 (3,2%) пациентов диагностированы жизнеугрожающие нарушения ритма. Во 2-й группе конечные точки диагностированы у 3 (4,8%) человек. 1 (1,6%) больному проведено кардиохирургическое вмешательство. 2 (3,2%) пациента госпитализированы по поводу нестабильной стенокардии. Отношение шансов развития неблагоприятного исхода в 1-й группе по сравнению со 2-й группой составило 8,5 (95% ДИ 2,4–30,5) (p=0,0004). Для анализа взаимосвязи процессов сердечного и сосудистого ремоделирования больные были разделены на 2 группы: 1 группа − с ТИМ сонных артерий менее 0,9 мм и 2 группа − с ТИМ сонных артерий равным или более 0,9 мм. Результаты ЭхоКГ-исследования продемонстрировали, что у лиц 2-й группы выявлены более выраженные процессы ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ), нарушения его диастолической функции. В пользу этого свидетельствуют высокие значения (КДР) и диастолической толщины задней стенки ЛЖ (ДТ ЗСЛЖ), а достоверное, в сравнении с 1-й группой, увеличение ИММЛЖ в сочетании с относительной толщиной стенок (ОТС) дает основание предположить о формировании у лиц с увеличенным ТИМ концентрической гипертрофии ЛЖ, параллельно с ремоделированием сосудов. У больных 2-й группы обнаружены достоверно высокие показатели, которые характеризуют сократительную способность миокарда (фракция выброса – ФВ и ударный объем – УО), но, выявление у них больших размеров левого предсердия (ЛП) и показателя Е/А говорит о тенденции, в сравнении с 1-й группой, к формированию диастолической дисфункции ЛЖ.

Выводы: таким образом, развитие неблагоприятного ремоделирования левого желудочка после ИМпST ассоциировано с увеличением риска сердечно-сосудистых событий в течение 48 нед после индексного события в 8,5 раз.

ОЦЕНИТЬ КЛИНИКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

РУЗИЕВА А.А.[1], САИДОВ М.А.[1,2], ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[1,3], НИЗАМОВ Х.Ш.[1], РАХМАТУЛЛАЕВ А.А.[1]

Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии,
Ташкентский национальный детский медицинский центр;
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Оценить клинико-инструментальные особенности течения инфарктов миокарда (ИМ) при пароксизме ФП, благодаря совместному использованию методов оценки тропонина I, ЭКГ, коронароангиографии (КАГ), трансторакальной эхокардиографии.

Материал и методы. В исследование было включено 128 пациентов, госпитализированных в отделениях острый коронарный синдром и ишемической болезни сердца и кардиореанимации Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК). Исследуемая группа включала 64 пациента с пароксизмом ФП и значимым повышением уровня тропонина (в соответствии с 4 универсальным определением ИМ), средний возраст которых составлял 69±10,5 года. Группу контроля составили 64 пациента с пароксизмом ФП, средним возраст – 70 лет. Всем пациентам исследуемой группы была проведена КАГ, ЭхоКГ.

Результаты. Среди всех пациентов, поступивших с пароксизмом ФП, в 20% случаев наблюдалось значимое повышение уровня тропонина. В исследуемой группе 16 пациентам был установлен предварительный диагноз «Нестабильная стенокардия», 13 –«Пароксизм ФП», 36 – «Острый ИМ». Количество пациентов с диагнозом «Острый ИМ без подъема сегмента ST» (ОИМбпST) составило 36 человек, с диагнозом «Острый ИМ с подъемом сегмента ST» (ОИМпST) – 29 человек. По результатам КАГ у 56 пациентов (88%) было выявлено гемодинамически значимое поражение коронарного русла, из них у 12 пациентов – с предварительным диагнозом «Пароксизм ФП». Среди 64 пациентов по данным КАГ у 8 значимого поражения коронарных артерий не наблюдалось (ОИМпST 1 человек, ОИМбпST 7 человек).

Выводы. Учитывая полученные результаты, становится очевидным, что пароксизм ФП может развиваться на фоне более серьезной патологии, такой как атеросклеротическое поражение коронарных артерий или приводить к вторичному повреждению миокарда. Таким образом, исследование уровня тропонинов у данной группы пациентов представляется оправданным.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЙ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST

САИДОВ М.А.[1,3], ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[2,3], НИЗАМОВ Х.Ш.[3], РАХМАТУЛЛАЕВ[3], ЮСУПОВ Т.Ш.[3]

Ташкентский национальный детский медицинский центр;
Самаркандский государственный медицинский университет;
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: оценить влияние чрезкожного коронарного вмешательства (ЧКВ) и тромболитической терапии (ТЛТ) на процессы ремоделирования миокарда у больных, перенесших ОИМпST.

Материал и методы: Все больные были были госпитализированы в отделениях эндоваскулярной хирургии и острого коронарного синдрома Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК). В исследование были включены 111 больных мужского пола перенесших ОИМпST, 65 больным проводились ЧКВ и 46 больным проводилось ТЛТ. Исследованы эхокардиографические линейно-объёмные показатели. Средний возраст больных составило – 53,8±1,1 год и 51,0±1,2 года. Всем пациентам проводили сбор анамнеза, оценивали факторы риска и проводили эхокардиографию. Исследована динамика важнейших показателей, связанных с ремоделированием левого желудочка (ЛЖ): конечно-диастолический объём (КДО,

мл), конечно-систолический объём (КСО, мл), индекс конечно-систолического объёма (ИКСО, мл/м²), индекс конечно-диастолического объёма (ИКДО, мл/м²), фракция выброса левого желудочка (ФВ,%), конечно-диастолический размер (КДР, мм), конечносистолический размер (КСР, мм), передне-задний размер левого предсердия (ЛП, мм), толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖП, мм, д), толщина задней стенки ЛЖ в диастолу (ТЗСЛЖ, мм, д), индекс относительной толщины левого желудочка (ИОТ, мм) – (ТМЖП+ТЗСЛЖ)/КДР. Исходные показатели рассчитывали в М-режиме с использованием допплер-эхокардиографии.

Результаты: В отдалённом периоде после ЧКВ по поводу ОИМпST происходило статистически достоверное увеличение ИКДО, ИКСО, КСО, КДО, КСР, КДР, а также выраженное уменьшение толщины ТЗСЛЖ, ИОТ по сравнению с исходными данными. В отдалённом периоде после ТЛТ по поводу ОИМпST наблюдалось существенное увеличение ИКДО, КСО, КДО. Артериальная гипертензия (АГ) у пациентов после первичной ЧКВ и ТЛТ встречалась соответственно в 83,6% и в 63,3%. Однако целевые цифры артериального давления (АД) были достигнуты лишь у 41% пациентов после ЧКВ и 35% после ТЛТ. Среди обследованных после ЧКВ и ТЛТ до развития ОИМпST курили в течении 10 лет и более соответственно в 43,6% и 44,2%, при этом после перенесенного заболевания продолжали курить соответственно – 40% и 26,2% пациентов. У пациентов после ЧКВ и ТЛТ ИМ в анамнезе отмечался в 17,9% и 14,0% соответственно. Среднее время от начала симптомов до проведения ЧКВ по поводу ОИМпST составило 5,5±0,5 часа и от начала симптомов до проведения ТЛТ – 3,9±0,2 часа. Ингибиторы АПФ не принимали 24,1% пациентов, перенесших ОИМпST и ЧКВ, бета-адреноблокаторы после ЧКВ с ФВ в отдалённом периоде<45% – в 27,3% и после ТЛТ в 66,7%, статины не принимали 19,2% пациентов.

Выводы: Установлено, что исходное значительное увеличение объёмных и линейных показателей, является значимым фактором риска развития и прогрессирования патологического ремоделирования миокарда и хронической сердечной недостаточности (ХСН) в отдалённом периоде заболевания при проведении ЧКВ. Различия в линейных и объёмных показателях у пациентов после ЧКВ и ТЛТ в отдалённом периоде были несущественны, что говорит об одинаковой направленности процессов ремоделирования миокарда и показателей кардиогемодинамики независимо от использованного для лечения ОИМпST метода реваскуляризации миокарда.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

САИДОВ М.А., БОТИРОВ Д.А., МАЛЛАЕВ И.У., ХАМДАМОВ О.Д., АСКАРОВ И.К., ИСАКОВА Ю.Н.

Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан

В настоящее время основными и наиболее эффективными методами лечения острого коронарного синдрома являются баллонная ангиопластика со стентированием и коронарное шунтирование. Несомненный приоритет в лечении острого коронарного синдрома (ОКС) принадлежит рентгенэндоваскулярным методам лечения. Необходимость в хирургическом вмешательстве возникает при невозможности интракоронарного стентирования и механических осложнениях инфаркта миокарда.

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты хирургического лечения ишемической болезни сердца (ИБС) у больных с острым коронарным синдромом в различные сроки с момента его возникновения.

Материал и методы. С 02.2023 го по 08.2023 г. в отделении кардиохирургии Самаркандского регионального филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии было выполнено 47 операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) у больных с острым коронарным синдромом в срок от 24 до 72 ч от момента поступления пациента в центр. По тяжести состояния больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – больные со стабильной гемодинамикой, 32 (68,1%); 2-я группа – больные с кардиогенным шоком, 15 (31,9%). Всем больным выполнялась операция аортокоронарного шунтирования с использованием ВГА и аутовен. В группе больных с кардиогенным шоком операция АКШ дополнялась коррекцией постинфарктной митральной недостаточностью и ушивания дефекта межжелудочной перегородки.

Результаты. Госпитальная летальность в 1-й группе составила 0 (0,00%) больных. В группе больных с кардиогенным шоком летальность составила 2 (4,25%) больных. Причинами смерти стали острая сердечная недостаточность, а также полиорганная недостаточность. Общая летальность составила 4,25%.

При выписке из стационара подавляющее количество больных не имели стенокардитичесих приступов, и соответствовали I–II ФК NYHA.

Заключение. Несмотря на крайне тяжелые проявления ИБС у больных с острым коронарным синдромом, своевременное выполнение операции коронарного шунтирования позволяет не только спасти жизнь пациента, но и улучшает их функциональное состояние и прогноз жизни.

МОДИФИКАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ТАШКЕНБАЕВА Э.Н.[1], ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[1], НАЗАРОВА З.Ш.[2], ИСОМИДДИНОВА З.Ш.[2], ХУДОЙБЕРДИЕВ А.А.[2]

Самаркандский государственный медицинский университет
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинский помощи

Цель исследования. Изучить эффекты модификации образа жизни посредством применения активного врачебного мониторинга после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) в зависимости от исходной фракции выброса (ФВ) левого желудочка.

Материал и методы. Данное исследование проводилось на базе Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинский помощи в отделениях экстренной терапии 1 и кардиореанимации. В исследование включено 29 пациентов с диагнозом ИМ, с медианой возраста 61 [52; 65] год, Перенесенный ранее ИМ в анамнезе регистрировался у 24% пациентов, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) различной стадии и функционального класса – у 48%, у каждого второго пациента – дислипидемия. Всем пациентам при поступлении была проведена эхокардиография (ЭхоКГ), по результатам которой они разделены на группы: 1 – с сохранной ФВ (17 (58,7%) пациентов), 2 – с промежуточной и низкой ФВ (12 (41,3%) человек). На 5-е сутки в стационаре проводилось анкетирование для определения факторов риска (ФР) ССЗ. Для оценки частоты потребления продуктов питания использовалась адаптированная анкета Food Frequency Questionnaire, для оценки физической активности – опросник International Questionnaire on Physical Activity. Далее составлен индивидуальный план коррекции ФР, в течение года проводился активный врачебный мониторинг с ежеквартальным телефонным звонком, во время которого оценивались изменения образа жизни, достижение целевых параметров сердечно-сосудистого здоровья.

Результаты. В течение года регулярно принимали назначенную терапию 82% (n = 14) пациентов с сохранной ФВ и 83% (n = 10) – с промежуточной и низкой ФВ (p = 0,9). От курения отказались 70% (n = 12) в 1-й группе, 58% (n = 7) пациентов 2-й группы (p = 0,5), уменьшили употребление алкоголя в 1-й группе все пациенты, во 2-й – 75% (n = 9) пациентов (p = 0,03). Целевое АД было достигнуто у 88% (n = 15) больных с сохранной ФВ и у 83% (n = 10) пациентов с промежуточной и сниженной ФВ (p = 0,7), целевые значения ЧСС достигли 47% (n = 8) пациентов 1-й группы, 66% (n = 8) пациентов из 2-й группы (p = 0,3). Снижение веса достигнуто у 30% (n = 5) пациентов в 1-й группе, и у 33% (n = 4) (p = 0,8). В рационе питания отказались от употребления жирной и жареной пищи в 1-й группе 15 пациентов (88%), во 2-й группе – 33% (n = 4) (p = 0,003). В 1-й группе добавили диетическое мясо (говядина, курица, индейка) 9 пациентов, во 2-й – 4 (p = 0,3). Половина пациентов с сохранной ФВ стали есть больше овощей и фруктов (n = 8), при сниженной и промежуточной ФВ 75% (n = 9) (p = 0,1). Рыба в диете присутствовала у 70% из 1-й группы и 83% из 2-й (n = 12 и n = 10 соответственно, p = 0,4).

Выводы. У пациентов с ИМ и сохранной ФВ активный врачебный мониторинг в течение года позволил в 1,3 раза чаще снизить употребление алкоголя и в 2,6 раз чаще сократить потребление жирной и жареной пищи.

ВЛИЯНИЕ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ДИНАМИКУ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

ФАЗИЛБЕКОВА З.Н., ДАМИНОВ Б.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: В большинстве стран ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смерти у лиц зрелого возраста. Известно, что инфаркт миокарда и внезапная сердечная смерть в половине случаев могут являться первыми проявлениями ИБС. Прошедшее десятилетие в нашей стране, отмечено быстрым совершенствованием и внедрением различных реперфузионных методов лечения инфаркта миокарда (ИМ), в частности стентирования коронарных артерий. Однако, на сегодняшний день нет общепринятого мнения по влиянию стентирования коронарных артерий у больных перенесших острый инфаркт миокарда на динамику показателей ВСР.

Цель исследования: Изучить клиническое значение вариабельности сердечного ритма у пациентов, перенесших инфаркт миокарда и оценить влияние чрескожной ангиопластики (стентирования) на динамику показателей вариабельности сердечного ритма.

Материалы и методы исследования: Нами были исследованы 62 больных. Они были подразделены на 2 группы. 1 группу составили 32 больных с ИМ, которым было проведено медикаментозное лечение (б-блокаторы, антиагреганты, антиаритмические, кардиометаболики). 2 группу составили 30 больных которым было проведено стентирование коронарных артерий на фоне медикаментозного лечения. Исследование было 2 этапным. В каждом этапе больным проводились: Общепринятые клинико-лабораторные и биохимические методы исследования; ЭКГ в покое в 12 отведениях; ЭхоКГ, Холтеровское мониторирование с ВРС на 10–14 сут.

Результаты исследования: В ходе исследования было выявлено, что на 10–14 сутки ОИМ у больных наблюдается снижение ВРС (SDNN < 100мс). При этом у каждого четвёртого пациента отмечено выраженное снижение ВРС (SDNN < 70мс) за счет снижения вагусной активности и преобладания вклада симпатического влияния ВНС.

В динамике через 10–14 дней после первичного ЧКВ показатели общей ВРС, SDNN и SDANN повышаются почти на четверть по сравнению с исходными данными (соответственно: 85,1 ± 6,7 мс; 107,1 ± 4,7 мс при p≤0,01 и 73,5 ± 5,8 мс; 92,4 ± 4,1 мс при p≥0,05). При этом показатель RMSSD, свидетельствующий о вкладе ПСО ВНС в регуляцию ритма сердца, повышается незначительно (соответственно: 61,9 ± 5,9 мс; 69,4 ± 6,2 мс при p≥0,05), а показатель pNN50% отражающий степень влияния парасимпатической нервной системы на сердечный ритм, существенно не изменятся.

Стандартная терапия ОИМ в течении 6 месяцев способствует достоверному повышению показателей SDNN лишь у больных с исходным значением данного показателя меньше 70мс. Однако нормализация регулирования ритма сердца со стороны ВНС не достигается (ср.SDNN < 100мс).

Выводы: Проведение ЧКВ со стентированием на фоне стандартной терапии увеличивает ВРС как у больных с исходно низким, так и умеренным снижением SDNN. При этом у больных с умеренным снижением ВРС к 6 месяцу наблюдается адаптированный вариант функционирования ВНС (SDNN > 100 мс).

ИЗУЧИТЬ ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

ХУШНАЗАРОВ Р.С.[1], САИДОВ М.А.[1,2], ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[1,3], НИЗАМОВ Х.Ш.[1], ИСТАМОВА С.С.[1]

Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии;
Ташкентский национальный детский медицинский центр;
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Изучить гендерные особенности течения инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. Из 120 человек с подтвержденным ИМ, взятых методом случайной выборки госпитализированных в отделениях острый коронарный синдром и ишемической болезни сердца и кардиореанимации **Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК)**. в отделении анестезиологии и реанимации для больных острым ИМ, после рандомизации отобрано 68 пациентов

(средний возраст 70,5±0,57 года), которые были разделены на две равные группы по гендерному признаку, сопоставимые по возрасту.

Результаты. У мужчин чаще (67,64%) документировался ИМ с зубцом Q, причем в 48,2% как дебют ИБС, с более низкой, чем у женщин фракцией выброса (48,9±9,41% против 53,36±10,66%), у каждого второго (52,7%) **–** нижний ИМ, в 61,76% по коронароангиографии имелось многососудистое поражение. У женщин чаще ИМ без зубца Q (61,76%), как правило, на фоне предшествующего ишемического анамнеза, передний ИМ

(61,76%), с преобладанием одососудистого поражения коронарного русла (67,65%). У всех обследованных имелось более 3 факторов риска развития ИБС и ИМ, при этом отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, избыточная масса тела, атерогенные дислипидемии, артериальная гипертония, стенокардия высоких функциональных классов встречалась с одинаковой частотой и у мужчин, и у женщин. Однако среди мужчин значительно больше курящих (41,17% против 5,88%), у них чаще имеется ожирение (47,05% против 29,4%), а ИМ стал дебютом ИБС. Эти ФР относятся к модифицируемым и их устранение может способствовать снижению риска развития ИМ.

Выводы. 1) У всех пациентов имеется более 3 ФР сердечно-сосудистого риска. 2) У мужчин чаще имеет место табакокурение и ожирение (модифицируемые факторы риска), ИМ почти в половине случаев является дебютом ИБС, и 61,76% имеется многососудистое поражение коронарных сосудов. 3) У женщин ИМ чаще возникает на фоне предшествующего ишемического анамнеза, в 61,76% это не-Q образующий ИМ и имеется одососудистое поражение коронарных сосудов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У КОМОРБИДНЫХ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

ХУШНАЗАРОВ Р.С.[1], САИДОВ М.А.[1,2], ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[1,3], НИЗАМОВ Х.Ш.[1], АБДИВАЛИЕВ Б.К.[1]

Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Ташкентский национальный детский медицинский центр; Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Оценить с позиции коморбидности госпитальный этап лечения ИМ у мужчин и женщин моложе 60 лет.

Материал и методы. В исследование были включены 70 больных с ОИМпST в возрасте от 25 до 59 лет, средний возраст 45,2±8,8 года госпитализированных в отделениях острый коронарный синдром и ишемической болезни сердца и кардиореанимации Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК). Большинство больных (87,4%) были мужчинами (46 против 24). Частота ИМпST составила 38,8%, 68,3% пациентов подверглись ЧКВ. Частота повторного ИМ составила 11,4%. Всем пациентам рассчитан риск по шкале GRACE ASC Risk Model и проведена оценка коморбидного статуса по собственной модели «К9» (патент RU2734993C1 от 27.10.20), основанной на суммировании 9 заболеваний: сахарного диабета, фибрилляции предсердий, перенесенного инсульта в анамнезе, артериальной гипертензии, ожирения, периферического атеросклероза, тромбоцитопении, анемии, хронической болезни почек). Госпитальная летальность составила 3,4% (4,5% среди 111 пациентов, не подвергшихся ЧКВ, и 2,9% в группе ЧКВ).

Различия в сравниваемых группах считались достоверными при уровне статистической значимости (p) менее 0,05.

Результаты. в ходе исследования 62 (19%) пациентов была выявлена избыточная масса тела – ИМТ более 25 кг/м2. Ожирение выявлена 31 (9,5%) пациентов. Гиперхолестеринемия (общий холестерин более 6,2 ммоль/л) была выявлена у 97 (29,7%) человек. Уровень глюкозы более 6,1 ммоль/л был выявлен у 17 (5,2%) пациентов. Среди опрошенных курили только 27 (8,2%), причем все курящие были мужчины. С ними были проведены неоднократные беседы о вреде курения. Коморбидность (наличие 2 и более вышеописанных заболеваний) недостоверно чаще регистрировалась у мужчин (65,9% против 53,6%, $\chi2=2,36$, $p=0,12$). У мужчин, но не у женщин, коморбидность ассоциировалась с 23,5% снижением частоты выполнения ЧКВ ($\chi2=7,54$, $p=0,006$). Госпитальная летальность оказалась минимальной при отсутствии коморбидности (0,7% у мужчин и 0% у женщин), выше – у коморбидных женщин (3,4%) и максимально высокой у коморбидных мужчин (6,1%). Коморбидность достоверно повышала относительный риск летального исхода только у мужчин до 8,9 [1,1–66,8] ($\chi2=6,39$, $p=0,011$). При этом ЧКВ в условиях коморбидности независимо

от пола приводило лишь к недостоверному снижению частоты госпитальной летальности с 6,9 до 5,0%. ROC-анализ показал удовлетворительное и сопоставимые значения площади под кривой как для шкалы GRACE, так для модели «К9» в отношении прогнозирования летальных исходов – 0,78 [0,61–0,94] и 0,77 [0,65–0,89] соответственно.

Выводы. Среди пациентов с ИМ моложе 60 лет коморбидность регистрировалась более чем в половине случаев как у мужчин, так и у женщин, но только у мужчин достоверно влияет на снижение частоты выполнения ЧКВ и госпитальный прогноз. Коморбидность, сопоставимая со шкалой GRACE, прогнозирует госпитальную летальность.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ХУШНАЗАРОВ Р.С.[1], САИДОВ М.А.[1,2], ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[1,3], НИЗАМОВ Х.Ш.[1], АБДИВАЛИЕВ Б.К.[1]

Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии,
Ташкентский национальный детский медицинский центр
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Определить эффективность и безопасность тромболитической терапии в зависимости от возраста, сопутствующей патологии и локализации острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST).

Материал и методы. В исследование были включены 30 больных с ОИМпST в возрасте от 25 до 89 лет, средний возраст 50,2±8,8 года госпитализированных в отделениях острый коронарный синдром и ишемической болезни сердца и кардиореанимации Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК). Всем больным была проведена тромболитическая терапия. Пациенты были разделены на группы: с эффективной и неэффективной ТЛТ, по возрастному критерию (1-я группа – от 35 до 49 лет; 2-я группа – от 50 до 69 лет; 3-я группа – от 70 до 89 лет), определены осложнения ТЛТ, также оценивалось наличие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет 2-го типа (СД 2) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) разных стадий и локализация инфаркта миокарда.

Результаты. В ходе работы осложнения тромболитической терапии были отмечены у 23,33% пациентов, а именно: кровотечение – 6,67%, нарушения ритма – 13,33%, реперфузионная гипотония – 3,33%. Наиболее часто осложнения ТЛТ встречались в 3-й возрастной группе, но статистически значимой зависимости распространенности осложнений от возраста пациентов не обнаружено ($p=0,2353$). Эффективным тромболизис оказался у 75% в 1-й возрастной группе, у 88% – во 2-й, у 33% – в 3-й группе лиц. Установлена статистически достоверная зависимость эффективности ТЛТ от возраста пациентов ($p<0,01$, коэффициент корреляции Кендалла – 0,41). Исследована распространенность сопутствующих заболеваний в выборке: зависимость эффективности ТЛТ от наличия сахарного диабета 2-го типа или стадии ХСН не выявлена ($p=0,8421$, $p=0,3114$). Также различные локализации инфаркта миокарда не повлияли на эффективность тромболитической терапии ($p=0,0522$).

Выводы: таким образом, осложнения тромболитической терапии были обнаружены у 23,33% пациентов, наиболее часто встречающееся **–** нарушения ритма **–** 13,33%. Статистически значимой зависимости распространенности осложнений ТЛТ от возраста пациентов не обнаружено, что исключает ограничения применения ТЛТ у пациентов старшего возраста. Не было выявлено зависимости между эффективностью ТЛТ и наличием СД, а также отличий эффективности ТЛТ при различных локализациях инфаркта миокарда.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ЩЕПЕТИН Н.В., ОРЛОВА Н.В., ЯКУШЕВ Ю.Ю.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Введение. Обзор зарубежных исследований, свидетельствует, что пациенты-иммигранты с острым коронарным синдромом отличаются по демографическим характеристикам и клиническим проявлениям от пациентов-неиммигрантов. Нарушения липидного обмена являются фактором риска острого коронарного синдрома и включены в показатели, определяющие риск смертности от сердечно-сосудистых событий. Липопротеины низкой плотности способствует развитию атеросклеротического сердечно-сосудистого заболевания. Снижение концентрации холестерина липопротеинов низкой плотности с достижением целевого уровня является основной целью снижения риска сердечно-сосудистых событий.

Цель исследования. Изучить распространенность нарушений липидного обмена среди трудовых мигрантов, госпитализированных с диагнозом острый коронарный синдром.

Материалы и методы. Была проведена оценка нарушений лпидного обмена у 50 трудовых мигрантов и 107 граждан России, которые были госпитализированы в отделение кардиореанимации ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗМ» г. Москвы в 2022 году с острым коронарным синдромом. Диагноз острый коронарный синдром (ОКС) был установлен по данным уровня тропонина, динамики ЭКГ, коронароангиографии. Биохимический анализ крови включал определение уровня общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов высокой плотности, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов очень низкой плотности. Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе IntelCeleron

Результаты**.** Возраст госпитализированных с острым коронарным синдромом был достоверно ниже среди трудовых мигрантов – 52,7 [50,1: 54,8] года, чем жителей России – 64,4 [61,9: 66,9] года. Анализ полученных биохимических данных показал, что среди трудовых мигрантов уровни общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов высокой плотности, липопротеинов низкой плотности были достоверно выше среди трудовых мигрантов в сравнении с коренными жителями России. Наиболее значимые различия выявлены для уровня липопротеидов низкой плотности: среди трудовых мигрантов – 2,06 [1,69: 2,39] (ммоль/л), среди жителей России – 0,84 [0,71: 0,97] (ммоль/л). Достоверной разницы значений уровней липопротеинов очень низкой плотности среди исследуемых групп выявлено не было. При этом пациенты, жители России, в отличии от трудовых мигрантов. значительно чаще применяли для коррекции нарушений липидного обмена статины.

Выводы. Среди трудовых мигрантов достоверно чаще встречаются нарушения липидного обмена, что является причиной развития острого коронарного синдрома в относительно молодом возрасте.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

EFFECTS OF SPECIFIC TRAINING PROTOCOL AND STANDARD MEDICAL THERAPY ON CHRONIC HEART FAILURE PATIENTS

ASOMOV M., FRANZONI F., ATAKHODJAYEVA G., SCARFO G., FUSI J.

Department of Clinical and experimental medicine, Cardiology; University of Pisa, Italy; Department of Internal medicine; Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

Background: HF has been reported as the most common cause of hospital admissions in people over the age of 65 and a leading cause of all hospital admissions for all age groups. In 2015, 1.7 million hospital admissions for HF in the European Union (EU) alone [9]. This disease is the most common reason for hospitalization among people over 65 [10,11]. Moreover, about 50% of patients with HF are re-hospitalized within six months, 20–25% of patients within 30 days after discharge from the hospital [12]. Numerous studies demonstrate the positive impact of exercise training on the clinic, the course of the disease, and the cardiovascular response [156]. The positive impact of exercise on long-term disease prognosis has been repeatedly confirmed by data from the American Heart Association (AHA), the American Association for Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR), and the Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR).

Aim of the research: To evaluate the effect of specific 8 weeks training protocol in heart failure patients following standard medical therapy (including ARNI, SGLT2 inhibitors).

Materials and methods: 64 patients with HF were enrolled in the department of Sports Medicine and Internal medicine of Santa Chiara hospital at the University of Pisa. Patients were divided into groups based on the EF of the LV on Echocardiography. All examined patients underwent clinical studies before and after the completing of the training program, which included the following: BMI assessment, anthropometric studies, blood samples (including glucose, troponin, NT-proBNP, eGFR, etc.), lipid and hormonal status, rest and exercise ECG, Echocardiography, Stress Echocardiography, CPET, spirometry. The patients completed 8-week (2 sessions of training a week) two training resistance periods: 6 weeks with a hypertrophy and strength exercise program with aerobic activities and the last two weeks with two sessions of only strength exercise program to avoid phenomena of adaptation.

Results: The anthropometric assessment, BMI before and after the training program, was slightly reduced in the group of patients with HFpEF (27.24±3.46 versus 25.73±3.72 kg/m2). In the group of patients with HFmrEF (28.08±6.96 vs 26.98±4.38 kg/m2) and HFrEF (28.63±7.52 vs 27.39±3.43 kg/m2), there was also a downward trend in BMI. Slight fluctuations in BMI in the examined patients are associated not only with the loss of free fat mass but also with the increase in muscle mass of the body during physical activity.

After eight weeks of physical training in all groups with CHF (HFpEF, HFmrEF, HFrEF), there was a trend towards a decrease in markers of myocardial damage (Troponin T (pg/ml)) and progression of CHF (NT-proBNP in pg/ml and Aldosterone (ng/dl)). Even a slight decrease in these parameters against the background of physical training in patients with CHF of varying severity indicates a decrease in the progression of the disease.

Conclusions: During the 8-week training program, there was an improvement in the risk factors for CVD which demonstrates positive effect of combined training program in patients with HF.

FEATURES OF CHANGES IN THE LEFT VENTRICLE OF THE HEART AND KIDNEY DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

GAZIEVA H.SH., USMANOV D.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: Currently, despite modern medical advances, the prevalence of kidney diseases remains quite high. The number of patients with end-stage renal failure (ESRD) requiring renal replacement therapy is steadily increasing. Almost 45% of the lethal outcomes of this group of patients are caused by cardiovascular complications, with 20% of them having myocardial infarction. Disorders from the cardiovascular system in chronic kidney disease (CKD), including in patients on dialysis, are being actively investigated. Secondary changes in the heart often develop due to a underlying disease or long-term HD: hypertrophy of the left ventricular myocardium (LVH), impaired contractile function (SF), hydropericardium, calcium deposits in the myocardium and on the heart valves

Objective: to determine the possible relationship between the state of changes in the left ventricle of the heart and renal dysfunction in patients with heart failure in the outcome of atrial fibrillation.

Material and methods: The study included 67 patients with CHF (38 men and 29 women, average age 62.7±4.3 years), the diagnosis was established on the basis of the Russian recommendations of GFCF and OSSN of the 3rd revision for the diagnosis and treatment of CHF (2013). Glomerular filtration was calculated based on the concentration of serum creatinine according to the MDRD formula. Depending on GFR, patients with CHF were divided into two groups. The first group included patients with GFR greater than 60 ml / min 1.73 m2. The second group included patients with GFR less than 60 ml / min 1.73 m2. Echogeometric and functional parameters of the heart were studied by echocardiography and ECG. The results were statically processed using Student's t criterion for unrelated variables.

Results: As follows from the results of our study, the average GFR in patients of both groups was 66.8±10.4 ml / min 1.73 m2. At the same time, in 28 (41.7%) patients with GFR, it was lower than 60 ml / min / 1.73 m2. In patients 39 (58.2%) above 60 ml / min 1.73 m2. Left ventricular hypertrophy was detected in 30 (44.7%) patients, myocardial dystrophic changes were detected in 19 (28.3%) patients, and metabolic changes in the myocardium were found in 18 (26.8%) patients. It turned out that in patients of the second group, coronary heart disease was more common than in patients of the first group.

Conclusion: the presence of IHD in patients with CHF is associated with a decrease in the functional state of the kidneys, which are threatened by the development of a decrease in GFR. The reversibility of the main manifestations of heart failure in patients with renal cardiopathy emphasizes the need for timely detection and adequate correction of risk factors for cardiac complications. the use of criteria for the severity of renal cardiopathy is appropriate in assessing the adequacy of treatment for CKD.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

АЛИЕВ Ж.С.

Бухарский филиал Республиканского центра экстренной медицинской помощи

Цель работы. У больных прогрессирующей стенокардией проанализировать структуру диагноза ХСН, а именно: оценить обоснованность установленного ФК и соответствие назначенной терапии; с помощью ШОКС определить ФК ХСН при поступлении в стационар и в динамике.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 205 историй болезней пациентов, находившихся на лечении за период с сентября по декабрь 2022 г. с диагнозом «ИБС. Прогрессирующая стенокардия». Средний возраст больных составил 58,7±8,6 лет; в исследование не включались пациенты с хронической обструктивной болезнью легких, сахарным диабетом, ожирением III степени. Также, 49 больным в день поступления и в динамике на 10 сутки лечения проведён балльный тест по Марееву В.Ю., согласно которому оценивались 10 пунктов: одышка, вес, перебои в работе сердца, положение в постели, набухание шейных вен, наличие хрипов в лёгких, ритма галопа, отёков нижних конечностей, размеры печени, уровень систолического артериального дав-

ления. В зависимости от числа баллов, был определен ФК ХСН. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0. Для сравнения дискретных величин использовался критерий χ-квадрат. Статистически значимыми считали значения $p<0,05$.

Результаты. На первом этапе работы выявлено, что у 98% пациентов с прогрессирующей стенокардией при поступлении в кардиологическое отделение диагностированы III ФК ХСН, обоснованные только характером одышки. Далее при анализе проводимого лечения установлено, что у всех больных с III ФК отсутствовало назначение петлевых диуретиков, рекомендованные ВНОК в группе основных средств для лечения данной категории пациентов. Однако при таком «нарушении» стандартов терапии ни у одного больного не было выявлено ухудшения состояния. В связи с этим, на втором этапе работы 49 пациентам с прогрессирующей стенокардией был непосредственно проведен тест по Мареееву В.Ю. и сопоставлен с данными историй болезней. Установлено, что при поступлении 76% больным (37 человек) выставлен III ФК, а 24% (12 человек) – II ФК. Однако с помощью ШОКС у этих же пациентов в 92% (45 человек) случаев определен I-II ФК и только в 8% – III ФК. При повторном проведении теста Мареева В.Ю. через 10 дней у 3 (6%) больных выявлено полное отсутствие признаков ХСН, у 28 (57%) пациентов – I ФК, у 18 (37%) – II ФК.

Выводы. Всем пациентам с ХСН, особенно тем, кому нет возможности провести нагрузочные тесты для определения ФК, необходимо применять шкалу оценки клинического состояния ШОКС модификации Мареева В.Ю., что поможет избежать ошибок в диагностике и лечении данной категории больных.

РОЛЬ ВОСПАЛЕНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

АСРАРОВА З.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Одной из основных причин инвалидизации и смерти при инфекционном эндокардите (ИЭ) является сердечная недостаточность (СН), прогрессирование которой во многом обусловлено системным воспалением, а также повреждением клапанов. В связи с этим были изучены динамики маркеров воспаления: С-реактивный белок (СРБ), фактор некроза опухоли-α (ФНО-α), интерлейкин–6 (ИЛ–6), высокочувствительного тропонина I (hsTnI) и предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) у пациентов с ИЭ.

Целью исследования было изучение корреляции и взаимосвязи между этими показателями.

Материалы и методы: В исследование были включены 62 пациента с ИЭ (39 мужчин и 23 женщины).Средний возраст составил 57 лет. Первичный ИЭ (ПИЭ) был диагностирован у 53%, вторичный ИЭ (ВИЭ) -у37%. Поражения митрального, аортального и трехстворчатого клапанов встречались у 40%, 23% и 27% соответственно. Много клапанное поражение было выявлено у 16%; СН I-II ФК-у 42% пациентов (в основном при ПЭО) и III-IV ФК-у 58% (больше при ВИЭ). Помимо клинических, лабораторных и инструментальных исследований, проводились кинетические измерения CRP иммунотурбидиметрическим методом,TNF-α,IL–6 и NT-proBNP иммуноферментным анализом и hsTnI методом иммунохемилюминесценции.

Результаты. Уровень CRP и TNF-α при поступлении был в среднем в 5–6 раз выше нормы более чем у 90% пациентов; уровень IL–6 повышался до 20 (9;47) пг/млу 75% пациентов; уровень TNF-α был в 5–6 раз выше нормы более чем у 90% пациентов; уровень IL–6 был в 5–6 раз выше нормы более чем у 90% пациентов. В инфекционно-токсическую фазу ИЭ повышение концентрации hsTnI было выявленов 48% наблюденийи составилов среднем 45 (20;153)пг/мл. На фоне эффективной антибиотикотерапии маркеры воспаления и hsTnI снижались, тогда как концентрации CRPиTNF-α оставались повышенными у всех пациентов hsTnI стойко повышался или его повышение сохранялось при осложненном течении ИЭ (прогрессирование сепсиса, СН). Прямая корреляция концентраций NT-proBNP, CRP и TNF-α с давлением в легочной артерии ($p<0,05$).0,05), а также прямая корреляция NT-proBNP и hsTnI с размером левого желудочка ($p<0,05$). В группе пациентов с повышенной СН без прогрессирующей деструкции пораженного клапанана эхокардиографии была обнаружена прямая корреляциямежду уровнем NT-proBNPиTNF-αиCRP ($p<0,05$). У наиболее тяжелых больных ИЭ и у умерших были выявлены закономерно повышенные уровни высокочувствительного тропонина.

Заключение. Результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что повреждение миокарда и воспалительная реакция (активность которой коррелируется выраженностью дисфункции миокарда), наряду с повреждением клапанов, безусловно, участвуют в развитии СН при ИЭ.

ОСНОВНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В РСНПМЦК УЗБЕКИСТАНА

ГУЛОМОВ Х.А., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ФОЗИЛОВ Х.Г., ЦОЙ И.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии. **Цель:** Изучение этиологических причин ХСН по результатам анализа истории болезни пациентов госпитализированных в специализированное отделение сердечной недостаточности и некоронарогенных заболеваний миокарда РСНПМЦК, за 3 – месячный период.

Материалы и методы: За 3 месяца работы было госпитализировано 220 больных. Для объективизации функционального класса СН использован тест с шестиминутной ходьбой и шкала оценки клинического состояния – ШОКС по Мареву (2002г)

Всем пациентам выполнена ЭхоКГ исследование по рекомендациям ASE (American Society of Echocardiography) (2015г) с определением ФВ ЛЖ по Симпсону. В соотвествие с рекомендациями ESC от 2021 больные были распределены на группы по ФВЛЖ: <40%– низкая, 41–49%– умеренно сниженная, >50% – сохранная.

Шкала ШОКС имела положительной и высоко чувствительной результат, составляя 86%, что подтверждало наличие ХСН. 7,2% больных не смогли выполнить тест 6 минутной ходьбой в связи с тяжестью состояния.

В первые 3 дня госпитализации всем больным проводились клиническо-биохимические и инструментальные методы обследования для верификации диагноза в соответствии с МКБ Х.

Результаты**:** Согласно полученным данным, ведущей причиной развития сердечной недостаточности (51%) явилось ИБС различных ФК, Ишемическая кардиомиопатия установлена в 23% случаев. Артериальная гипертония как причина СН диагностирована в 11% случаев (ср. возраст 54,5±4,8). В Framingham Heart Study (1971г) и New Zealand HF Study (1988г), основной причиной развития СН явилась АГ – более чем 70% и 60% больных соответственно. Однако, как сообщают исследователи Framingham Heart Study, через 20 лет в когорте пациентов недостаточностью кровообращения, основной этиологической причиной стала ИБС – у 59% мужчин и 48% женщин. При этом, комбинация ИБС и АГ или наличие одного из этих заболеваний встречались уже у 90% больных с ХСН.

Некоронарогенные заболевания миокарда в частности идиопатическая дилатационная кардиомиопатия диагностирована в 23% случаев (ср. возраст 40,6±5,4), из них, перипартальная (послеродовая) кардиомиопатия у 5 % больных (ср. возраст 32,4±3,8), гипертрофическая кардиомиопатия выявлена у 2% (ср. возраст 33,7±5,6). Клапанные пороки сердца как одна из основных причин ХСН значительно снижают свою весомость в последние десятилетия, за счет активной хирургической тактики лечения пациентов, и по результатам нашего анализа лишь 3% (ср. возраст 49,8±4,6) больных страдали данной патологией.

В последнее время СД становиться ключевым этиологическим фактором развития ХСН, и из года в год его доля среди других этиологических причин ХСН растет. Так, по результатам нашего исследования СД 2-типа выявлен у 29% пациентов, страдающих ХСН.

Заключение: Таким образом, проведенный анализ позволил установить причины развития СН в реальной клинической практике в нашей стране. Некоторые позиции совпадают с результатами ЭПОХА ХСН, проведенные в РФ, близкое по географическому расположению к Узбекистану.

ИШЕМИК ВА ДИЛАТАЦИОН КАРДИОМИОПАТИЯЛАРДА ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИОМАРКЕРЛАРИ ВА ЧАП ҚОРИНЧА РЕМОДЕЛЛАНИШИ ОРСИДАГИ БОҒЛИҚЛИК

ГУЛОМОВ Х.А., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А., КУРБОНОВА Д.Ш.

Республика Ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий Тиббиёт Маркази

Мақсад. Ишемик ва дилатацион кардиомиопатия билан оғриган беморларда юрак етишмовчилиги замонавий биомаркерлари ва морфофункционал ўзгаришлар ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш.

Материаллар ва усуллар. Тадқиқотга ишемик ва дилатацион кардиомиопатия билан оғриган СЮЕ II Б босқичи II-IV ФС (NYHA бўйича) ташхиси қўйилган 68 бемор (ўртача ёш 46,9±5,4 ёш) киритилган. Беморлар юрак етишмовчилиги этиологиясига қараб 2 гуруҳга бўлинган: I гуруҳ (n=36) – ишемик кардиомиопатия билан, II гуруҳ (n=32) – дилатацион кардиомиопатия билан оғриган беморлар. Беморларда қуйидаги текширувлар ўтказилди: М– ва Б-режимларида ASE (Америка Эхокардиографлар Жамияти) тавсияларидан фойдаланган ҳолда стандарт усулга мувофиқ трансторакал эхокардиография. Қон зардобидаги эрувчан ST2 ва NT-proBNP концентрациялари Presage ST2 assay (Critical Diagnostics, США) тест-тизимидан фойдаланган ҳолда, иммунофермент таҳлиллар орқали аниқланди.

Натижалар. ЭхоКГ бўйича гуруҳлар бўйича чап қоринча структуравий ва функционал ҳолати кўрсаткичлари билан sST2 даражаси ўртасидаги боғлиқликни таҳлил қилинганда, ҳар икки гуруҳда чап қоринча отиш фракцияси (ЧҚОФ) (r=0,1, p<0,05) ва чап қоринча охирги диастолик ҳажм (ЧҚОДҲ) (r=0,11, p<0,05) билан sST концентрацияси ўртасида заиф мусбат корреляция аниқланди, шунингдек, sST2 қондаги концентрацияси ва чап қоринча бўшлиқларининг ҳажми ва ўлчамлари ўртасида ўртача ижобий корреляция (оҳирги диастолик ўлчам(ОДЎ)– r=0,467, p<0,05; оҳирги систолик ўлчам(ОСЎ)– r=0,3, p>0,05; ОСЎ– r=0,373, p<0,05; чап бўлмача (ЧБ) ўлчами r=0,4, p<0,05 ва чап қоринча миокарди массаси (ЧҚММ) r=0,35, p<0,04) аниқланди. Гуруҳлар ичида NTproBNP, пг/мл ва юрак ичи гемодинамик кўрсатгичлари ўрганилганда ҳар икки гуруҳда ЧҚОФ (r=0,488, p<0,05) билан мусбат корреляция аниқланди, ЧҚ бўшлиқларининг ҳажми ва ўлчамлари ўртасида ўртача ижобий корреляция (ОДЎ– r=0,413, p<0,05; ОСЎ– r=0,38, p>0,05; ОСЎ– r=0,27, p<0,05; ЧБ ўлчами r=0,37, p<0,05 ва ЧҚММ r=0,41, p<0,04).

Хулоса. СЮЕда касалликнинг этиологиясидан қатъий назар замонавий биомаркерларнинг (sST2, NTproBNP) қондаги концентрацияси ва юрак ичи гемодинамик кўрсатгичлари ўртасида мусбат корреляцион боғлиқлик мавжуд.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И УРОВЕНЬ БИОМАРКЕРА ST2 У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

ГУЛЯМОВ Х.А., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А., АХМАТОВ Я.Р.

ГП Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз

Цель: оценить взаимосвязь параметров кардиальной дисфункции по данным ЭхоКГ и уровень биомаркера ST2 у лиц с дилатационной кардиомиопатии.

Материалы и методы: В исследование было включено 38 пациентов (28 мужчины и 10 женщин) с дилатационной кардиомиопатии, в среднем возрасте 49 года. В зависимости от уровня ST2 при поступлении, пациенты были разделены на 2: группа с уровнем ST2 ≥ 35 нг/мл и группу с уровнем ST 2<35 нг/мл. Кроме общеклинического обследования пациентов, была проведена эхокардиографическая оценка состояния внутрисердечной гемодинамики. Содержание ST2 в плазме крови определялись иммуноферментным методом.

Результаты: В 1-ю группу включено 20 человек с повышенным уровнем экспрессии

ST2 ≥35 нг/мл, во 2-ю – 18 больных с уровнем экспрессии ST2<35 нг / мл. Концентрация растворимой изоформы ST2 в сыворотке крови в 1-й группе составила 77,3±24,7 нг/мл, а во 2-й – 20,6±7 нг/мл (p=0,000). По результатам сравнительного анализа структурно-

функционального состояния ЛЖ у участников на момент включения в исследование установлено, что у пациентов 1-й группы ФВ ЛЖ составила 29,9±4,3% и была меньше на 2,2 % (p=0,035) в сравнении с пациентами 2-группы (ФВ ЛЖ=32,1±10,9%). КДР– 72,8±3 мм в 1– группе, 67,6±9,5 мм во 2-й. КСР– 62,1±4 мм, 57,7±10,8 мм, ЛП– 45,6±3,2 мм, 41,5±4,3 мм, ПЖ– 41,2±6,1

мм, 40±9,2 мм, ММЛЖ– 355,4±118,4 гр, 293,3±74 гр соответственно 1-й и 2-й группам.

Анализ взаимосвязи показателей структурно-функционального состояния ЛЖ по данным ЭхоКГ выявил слабую положительную корреляционную связь ФВ ЛЖ (r=0,193, p<0,05) с концентрацией sST2, а также положительную корреляционную зависимость между концентрацией растворимого sST2 в сыворотке и размерами полостей ЛЖ (конечным диастолическим размерам (КДР), r=0,467, p<0,05; конечным систолическим размером (КСР), r=0,376, p<0,05; размерам ЛП r=0,273, p<0,05), и массой миокарда ЛЖ (r=0,375, p<0,05).

Заключения: У больных с дилатационной кардиомиопатии повышенный уровень растворимой изоформы ST2 коррелирует функции левого желудочка, присутствие повышенного уровня ST2 у больных с декомпенсированной ХСН является значимым маркером более худшего течения ХСН, у больных с дилатационной кардиомиопатии.

ЗНАЧЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II И СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

КЕНЖАЕВ М.Л., АХМЕДОВ А.Л., АББОСОВ С.Л.

Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г.Бухара

Цель исследования: Оценить эффективность комбинированного применения блокаторов рецепторов ангиотензина II и сердечных гликозидов при лечение рефрактерной сердечной недостаточности.

Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 65 больных с ишемической болезнью сердца, 42 из них осложненной ХСН II Б стадией (по NYHA III ФК) и 23 из них осложненной ХСН III стадией (по NYHA IV ФК). У всех больных при поступлении на ЭКГ регистрировались признаки мерцательной тахиаритмии и наблюдалась рефрактерность к методам лечения. Всем больным проводилась комбинированная терапия дигоксином в суточной дозе 0,50 мг, торасемида в суточной дозе 20 мг в сочетание с валсартаном в суточной дозе 80 мг.

Результаты и их обсуждение: По результатам нашего исследования до начало интенсивной терапии у 42 больных первой группе (64,6 %), средние показатели систолического артериального давления составил (САД) 150,2±7,6 мм. рт.ст., диастолического артериального давления (ДАД) 90,6±6,2 мм. рт. ст, по данным эхокардиографии ФВ была ниже 32 %, а уровень калия составил ниже 3,4 ммоль/ль, диурез исходно составил 560 мл за сутки. У 20 больных во второй группе (35,3 %), средние показатели систолического артериального давления составил (САД) 100,2±5,4 мм. рт.ст., диастолического артериального давления (ДАД) 60,6±5,2 мм. рт. ст, ФВ ЛЖ была ниже 27 %, а уровень калия составил ниже 3,2 ммоль/ль. Отмечался олигоанурия диурез составил меньше 350 мл за сутки. На ЭКГ почти у всех больных регистрировались тахисистолическая форма мерцательной аритмии с частотой сердечных сокращений 110 –150 уд в 1 минуту. На фоне выше указанной комбинированной терапии в динамике клиническое состояние больных улучшились. При повторной эхокардиографии глобальная сократимость левого желудочка увеличилась и ФВ ЛЖ возросла в первой группе больных на 56 %, во второй группе до 45 %, уменьшились признаки ХСН: спали отеки на нижных конечностях, уменьшилась одышка и количество влажных хрипов в легких, тахисистолическая форма мерцательной аритмии трансформировалась в нормосистолическую форму с частотой сердечных сокращений 75–90 ударов в 1 минуту.

Выводы: Таким образом надо отметить, что именно комбинированное применение блокаторов АРА и сердечных гликозидов валсартана в суточной дозе 80 мг на фоне традиционной терапии при лечении рефрактерной сердечной недостаточности позволить улучшить клиническое состояние и качество жизни больных, уменьшить преднагрузку и постнагрузку и общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) а также предотвратить дальнейшее осложнение данного заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ХСН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

***КУРБАНОВ Н.А., УМЕРОВ** С.Ю., **ИСОКОВ** М.Д., **КУЙСИНБАЕВ** Э.Ф.*

Джизакский филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии

Цель исследования. Оценить характер заболеваний, приведших к развитию ХСН в зависимости от возраста.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней 154 больных, поступивших в стационар РСНПМЦК вследствие различных причин, которые условно были разделены: старше и младше 45 лет. Была проведена оценка тяжести состояния по Шкале оценки клинического состояния (ШОКС), проводилось измерение уровня гемоглобина в крови и биохимическое (содержание мочевины (М), креатинина (К), АЛТ, АСТ, билирубина, липидный спектр – ЛС) исследование крови на автоанализаторе Daytona (Randex, Северная Ирландия).

Результаты исследования. При разделении пациентов по возрастному признаку было отмечено следующее: больные старше 45 лет в большинстве случаев поступили с диагнозом ИБС (9 против 3;$p<0,05$ $x^2=4,16$), ГБ (21 против 1; $p<0,05$ $x^2=32,8$), сочетание ИБС+ГБ (79 против 8; $p<0,05$ $x^{2=}112,6$), СД 2 типа (42 против 1; $p<0,05$ х–74,4) в сравнении с более молодыми больными. Напротив, в группе младше 45 лет, чаще встречались ХРБС (8 против 6; $p>0,05$ $_x{}^2=0,14$), ДКМП (14 против 3; $p<0,05$ $x^2=11,7$), Миокардиты (2 против 0; $p>0,05$ $x^2=1,0$). Категория обследованных больных старше 45 лет являлась более тяжелой, о чем свидетельствовала высокая средняя сумма набранных баллов по ШОКС (12,22+0,3 и 13,8+0,2 баллов у больных I и II групп соответственно, $p>0,05$). По результатам проведенных биохимических исследований плазмы выявлено, что уровень Hb был в целом ниже в I группе, по сравнению со II группой, где 121,56±12,15 и 126,45±9,34 г/л; ($p<0,05$) в группах соответственно. В плазме у больных старше 45 лет превышал аналогичный показатель сравниваемой группы на 11% (107,4±7,1 и 121±13,8 мкмоль/л, соответственно у больных I и II групп, $p>0.05$), М – на 8,5% (9,8±0,8 и 10,6±1,2 ммоль/л, $p>0,05$). При определении уровня трансаминаз, выявлено повышение их содержания, которое также было выражено у больных старшей возрастной группы (уровень АЛТ – на 17%, АСТ – на 7,7% превышал таковые больных младше 45 лет, $p>0,05$). Исследование ЛС показало, что содержание в крови общего холестерина (ОХ) у больных I группы превышал аналогичный показатель II группы на 13% (113,8±11,7 и 107,3±8,8 мг/дл, $p>0,05$), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – на 5,2%, при сравнении же уровня триглицеридов (ТГ), выявлено его превалирование в группе возрастных пациентов на 28%, достигающее уровня достоверности (107,6±11,4 и 71,9±8,2 мг/дл, $p<0,05$).

Таким образом, показано, что при поступлении в стационар в старших возрастных группах преобладают ИБС, ГБ и СД 2 типа, в то время как в группе младше 45 лет– ХРБС и другие некоронарогенные заболевания. При этом, оценка лабораторно-биохимического статуса в сравнительном аспекте позволяет говорить о более выраженных нарушениях со стороны почек и печени, а также нарушений липидного обмена.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: СИСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК

МАЦКЕВИЧ С.А.[1], БЕЛЬСКАЯ М.И.[2]

[1]ГУО Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск, Республика Беларусь
[2]ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г.Минск, Республика Беларусь

Цель работы: оценить взаимосвязь маркеров дисфункции почек со снижением насосной функции сердца при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. В исследовании приняло участие 180 пациентов с ХСН II ,III функционального класса (ФК по NYHA) ишемического генеза (давность перенесенного инфаркта миокарда составила 4,28±2,26 года), средний возраст 60,64±6,68 года. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid–7, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила 50,3±6, 26%. Призна-

ки ХСН ФК II определялись в 55,5% случаев (ФВ ЛЖ 52,8±4,74%), ХСН ФК III – в 44,4% случаев (ФВ ЛЖ 46,1±5,65%). Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включены. Медикаментозное лечение: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина, бета-адреноблокаторы, диуретики, дезагреганты, статины. Уровень цистатина С определялся с использованием лабораторных наборов Randox. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ в мл/мин/1,73м$^{2)}$ по уровню цистатина С определяли по формуле СКФ=–4,32+80,35/цистатин С. Для определения микроальбуминурии (МАУ) использовался анализатор Olympus, уровня альфа–1-микроглобулина (А1М) в моче – метод прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М (норма до 10 мг/л). Исследование вазомоторной функции эндотелия проводено по методу D.S.Celermajer, определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) – *с помощью компьютерного комплекса «Импекард*-М" (норма до 10,2 м/с).

Результаты. У всех обследованных пациентов уровни мочевины, глюкозы крови, ферментов были в пределах нормальных значений. Снижение СКФ отмечалось у 69,4% пациентов с ХСН ФК III и у 53,3% пациентов с ХСН ФК II. МАУ выявлена чаще при ХСН ФК III, чем при ХСН ФК II: 23,8% против 8,3% случаев. Отмечался также повышенный уровень А1М: в 25 % случаев при ХСН ФК III и в 14,4 % случаев при ХСН ФК II. Нарушение вазомоторной функции эндотелия выявлено в группах пациентов с ХСН ФК III и ХСН ФК II: в 97,2% и 91,1% случаев соответственно. Повышенный уровень СРПВ определялся чаще при ХСН ФК III, чем при ХСН ФК II: 58,3% против 40% случаев. При ХСН ФК II выявлена корреляционная зависимость между уровнем цистатина С и А1М (r=0,42, p<0,01). При ХСН ФК III выявлена взаимосвязь между уровнем цистатина С и ФВ ЛЖ (R=–0,85, p<0,001), цистатином С и СРПВ (R=0,45, p<0,01), цистатином С и А1М (r=0,54, p<0,001), А1М и коэффициентом чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига (R=0,44, p<0,05), А1М и скоростным показателем дисфункции эндотелия (R=0,45, p<0,01).

Заключение. Таким образом выявленные изменения могут свидетельствовать о взаимосвязи маркеров дисфункции почек со снижением насосной функции сердца и, соответственно, со степенью выраженности ХСН. Очевидно, что повышенные уровни цистатина С, А1М, а также выявленная МАУ и сниженная СКФ, связаны с риском прогрессирования систолической сердечной недостаточности у пациентов с ХСН.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОПТИМАЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

САБУРОВ М.К., АБДУЛЛАЕВ Т.А.

Центральный госпиталь МВД РУз.

Цель исследования. Изучить влияние сакубитрил/вальсартана на параметры внутрисердечной гемодинамики, фракцию выброса ЛЖ и толерантность к физической нагрузке у больных СН молодого и среднего возраста.

Материалы и методы. Проанализированы данные 32 мужчин в возрасте от 26 до 58 лет (ср возраст 48,3±5,5 лет). В анамнезе 18 человек имели хронический миокардит, 9– гипертоническую болезнь и 6 больных перенесли инфаркт миокарда. При поступлении в госпиталь преимущественно (28 человек) установлен III ФК по NYHA, а в остальных 10 случаях IV ФК ХСН по NYHA. Всем больным в госпитале проведены стандартное лабораторное и функциональное обследование.

Результаты исследования. До поступления в госпиталь больные принимали иАПФ, мочегонные препараты, сердечные гликозиды.

Оптимальная медикаментозная терапия, которая включала в себя АРНИ 200 мг/сут, спиронолактон 50 мг/сут, иНГЛТ2 10 мг/сут и бетаблокаторы 2,5 мг/сут была подобрана в условиях госпиталя. Через 6 месяцев наблюдения отмечено повышение ФВЛЖ с 38% до 44% в среднем по группе, т.е. на 14%, уменьшение конечно-диастолического размера ЛЖ с 6,8 до 5,9 см (на 17%) и конечно-систолического размера на 6,6%.

Отмечено достоверное повышение ТФН с 220,5±30,5 м до 268,8±38,5 м.

Заключение. У пациентов молодого и среднего возраста с СН низкой ФВЛЖ применение оптимальной медикаментозной терапии способствует улучшению параметров гемодинамики и повышению физической работоспособности. Также отмечено преобладание некоронарогенной этиологии СН в этой группе пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ. ПЕРЕХОД ВО ВЗРОСЛУЮ ГРУППУ НАБЛЮДЕНИЯ

СИМОНЕНКО М.А., ФЕДОТОВ П.А., САЗОНОВА Ю.В., СИТНИКОВА М.Ю., НИКОЛАЕВ Г.В., ГОРДЕЕВ М.Л., КАРПЕНКО М.А., ВЕРШИНИНА Т.Л., ВАСИЧКИНА Е.С., ПЕРВУНИНА Т.М.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

Цель: оценить отдаленные результаты применения высокотехнологичных методов лечения сердечной недостаточности у детей: имплантация механической поддержки кровообращения (МПК), трансплантация сердца (ТС).

Материалы и методы: С августа 2011 по август 2023 г. в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России выполнено 13 ТС (7 – женского пола) в возрасте 15 [10;17] лет, от взрослых доноров и 5 детям была имплантирована МПК: 2 – экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) в качестве «моста к решению» с последующей имплантацией «моста к ТС» (1 – бивентрикулярная МПК Berlin Heart EXCOR; 1 – левожелудочковый (ЛЖ) обход АВК-Н, 1 – ЛЖ-обход СтримКардио, 2 – ЛЖ обход HeartMate 3 (НМ3). В 11 лет одному из мальчиков, который перенес ТС в возрасте 8 лет в Индии, была выполнена ретрансплантация в Центре в связи с развитием хронического отторжения сердечного трансплантата.

Результаты: Одна пациентка была трансплантирована через 9 месяцев после имплантации Berlin Heart EXCOR, второй – через 1 год после установки АВК-Н. Двое больных спустя год после имплантации НМ3 продолжают находиться в листе ожидания ТС. Одна пациентка умерла через 3 месяца после имплантации ЛЖ-обхода в связи с обширным инсультом. За время нахождения на МПК у детей развились следующие осложнения: тяжелое носовое кровотечение, потребовавшее гемотрансфузии (2 случая), кровоизлияние в яичник (1 случай, лечение консервативное), фатальный обширный ишемический инсульт с геморрагическим пропитыванием (1 случай), локальная инфекция кожных покровов в области кабеля насоса (1 случай). После ТС всем реципиентам была назначена стандартная четырехкомпонентная иммуносупрессивная терапия. Через 1 год после ТС у всех пациентов ФВ ЛЖ была сохранена (66 [57;70] %), а физическая работоспособность достигла нормальных значений: VO_{2peak} – 20 [16;26] мл/кг/мин. Среднее время наблюдения после ТС составило 36 [3;156] месяцев: 8 пациентов закончили школу, поступили в высшие учебные заведения и перешли во взрослую группу наблюдения. Одна пациентка умерла в возрасте 18 лет через 13 месяцев после ТС от ВСС: в течение всего периода наблюдения у нее отсутствовала приверженность к лечению, которая привела к развитию криза гуморального отторжения (AMR3), осложненного развитием дисфункции и васкулопатии сердечного трансплантата. Больная была успешно пролечена, но в дальнейшем продолжила периодически отменять рекомендованную медикаментозную терапию. По результатам анкетирования SF–36 у всех реципиентов сердца было выявлено улучшение качества жизни в сфере физического благополучия (до ТС – 31 [25;43]; 1 год – 54,8 [47;60]; 3 года – 59,3 [46;64]; 5 лет – 56 [44;62]), но при этом в отдаленном периоде наблюдения отмечено постепенное снижение уровня психологического благополучия (до ТС – 42,0 [30;54]; 1 год – 50,0 [38;58]; 3 года – 48,8 [31;54]; 5 лет – 39,9 [33;52]).

Выводы: Имплантация МПК позволяет компенсировать детей с терминальной сердечной недостаточностью и дождаться ТС. Пересадка сердца детям от взрослых доноров сопровождается удовлетворительными результатами. Несмотря на восстановление трудоспособности, в отдаленном периоде после ТС у больных отмечается ухудшение психологического благополучия, что может быть ассоциировано со сложностями адаптации при переходе во взрослую группу наблюдения, необходимостью самостоятельной приверженности к лечению.

ОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ АГРЕССИВНОЙ КАРДИОЛОГИИ

СУЙГЕНБАЕВ Д.Ж.[1], АСАНОВА Г.К.[1,2], СЕЙТЖАНОВА Г.М.[1], БАЛАБЕКОВА А.К.[1], АСАНБЕКОВА Б.П.[1], КАЛЫБАЕВ А.Т.[1]

[1]НАО «Центр сердца Шымкент», [2]Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

Введение: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – это глобальная пандемия, распространенность которой составляет 64,3 млн человек в мире, является тяжелым, прогрессирующим, прогностически неблагоприятным осложнением заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), ухудшающим качество жизни и уменьшающим продолжительность жизни пациентов. Несмотря на достижения фармокотерапии, заболевания ССС осложняются развитием ХСН. Трансплантация сердца является общепризнанным методом лечения терминальной сердечной недостаточности, улучшающим прогноз и качество жизни. Устройства механической поддержки кровообращения-(LVAD-left ventricular assist device) используются в качестве «моста» при трансплантации сердца из за недостатка донорских органов или в качестве альтернативы трансплантации сердца у пациентов, имеющих противопоказания (возраст, сопутствующие заболевания) или с обратимым заболеванием миокарда и вероятностью восстановления сократительной способности миокарда (например, послеродовая кардиомиопатия).

Цель: изучение опыта имплантации LVAD у пациентов с хронической сердечной недостаточностью в НАО «Центр сердца Шымкент».

Материалы и методы: На сегодняшний день выполнено 10 операций – имплантации LVAD: в 2021г у 3, в 2022г у 3, в 2023г у 4 пациентов. Все пациенты мужчины, средний возраст составил 56±3,7 лет.

Результаты: Ишемическая кардиомиопатия является причиной ХСН у 7 пациентов, гипертензивная гипертония у 1 пациента и дилатационная кардиомиопатия у 2 пациентов. Показатели по данным теста 6 минутной ходьбы: ФК III степени у 3 пациентов, ФК IV степени 7 пациентов. ЭхоКГ данные пациентов: КДР ЛЖ 6,9±1,0 см, КДО ЛЖ 237±11,7 мл, ФВ ЛЖ 24±1,7%, КДР ПЖ 4,2±1,3 см, ТР умеренная, TAPSE 1,3±0,5 см, МР выраженная. Катетеризация правых отделов сердца: Ао 84/67–72 mm Hg±10,1. ДЗЛК 22 mm Hg±1,3. ПП средн. 17 mm Hg±0,6. ПЖ 35 mm Hg. ЛА 35 mm Hg±0,8. СВ 3,7 1/min±0,9. СИ 3,7 1/min/m^2±0,6. Легочное сосудистое сопротивление 4,2 WU±1,1. Осложнения после имплантации LVAD: 3 случая инфекции кабеля, 1 кровотечение, 3 нарушения ритма, 9 случаев гидроторакса. Проведено лечение осложнений, пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии на дальнейшее наблюдение и амбулаторное лечение по месту жительства с надеждой на благоприятный прогноз. Было рекомендовано наблюдение центра имплантации.

Заключение: Мы представили свой опыт имплантации LVAD у пациентов с ХСН, что оказалась единственным радикальным методом лечения для данных пациентов, в результате которого значительно улучшился прогноз и качество жизни. Данный случай демонстрирует успешность имплантации LVAD. Несмотря на хорошие результаты, пациенты после имплантации LVAD должны находиться под постоянным наблюдением центра имплантации по месту жительства.

ДИНАМИКА БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ОТВЕТОМ НА СЕРДЕЧНУЮ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ

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

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

Цель исследования: Оценка динамики биохимических маркеров сердечной недостаточности и параметров внутрисердечной гемодинамики у больных после имплантации сердечно– ресинхронизирующего стимулятора (СРТ)

Материалы и методы: В исследование было включено 37 пациентов с ХСН ишемической и некоронарогенной этиологии в возрасте от 24 до 67 лет (средний возраст 51,7±12,7 года). Имплантация СРТ основывалась на рекомендациях ЕОК от 2021 года: ширина комплекса QRS>130 мсек и ФВЛЖ 35 Всем пациентам исходно и через 6, 12 месяцев наблюдения была проведена эхокардиография, определялись уровни

NT-proBNP, С-реактивного белка (СРБ). В зависимости от изменений параметров внутрисердечной гемодинамики больные были разделены на 2 группы: 1-ая группа с уменьшением конечно-систолического объёма ЛЖ (КСОЛЖ) на > 15% от исходного (суперположительный ответ). 2-ая группа с уменьшением КСОЛЖ 15 положительный ответ на СРТ.

Результаты: В первой группе за период наблюдения отмечалось постепенное снижение уровней NT-proBNP и достигло достоверного уровня снижения к 6 месяцам наблюдения: 9885,6 ± 6228,2 пг/мл и 4865,6 ± 4965,6 пг/мл (↓50,8%)соответственно до и после имплантации СРТ (p = 0,039; p = 0,018). Уровень СРБ также имел положительную динамику и достоверно снизился к 6 месяцу наблюдения: 13,4 ± 8,2 и 3,9 ± 2,6 мг/л (↓70,9%) соответственно до и после имплантации (p = 0,034; p = 0,139). Во второй группе с положительным ответом также наблюдалась постепенная тенденция к снижению уровня NT-proBNP в течение всего периода наблюдения от исходных: 10085,6 ± 7628,2 пг/мл и 5265,7 ± 4165,3 пг/мл (↓47,8%) соответственно до и после имплантации СРТ (p = 0,039; p = 0,018). Уровень СРБ также имел положительную динамику и достоверно снизился к 6 месяцу наблюдения: 15,4 ± 9,2 мг/л и 4,7 ± 3,7 мг/л (↓69,5%) соответственно до и после имплантации (p = 0,034; p = 0,139). В зависимости от этиологии СН, выявлены некоторые особенности. При клиническом статусе, соответствующим 2–3 ФК СН, больные ДКМП имели исходно значимо высокие показатели NT-proBNP в сравнении с больными с ИКМП: 11784 ± 8061,8 пг/мл против 8811,4 ± 4432,7 пг/мл соответственно. Кроме того, анализ динамики уровня МНУП в сравниваемых группах показал значимо лучшие результаты у больных с ИКМП. 4090,5 ± 4996,5пг/мл (↓65,3%) против 5769,6 ± 5345,6 пг/мл (↓51,1%) у пациентов с ДКМП.

НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МИОКАРДА И ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

TAKAYASU'S ARTERITIS AS A RARE CAUSE OF GROUP 4 PULMONARY HYPERTENSION

MASHKUROVA Z., NABIBULLAEVA SH.

Republican specialized scientific and practical medical center for cardiology, Tashkent, Uzbekistan

Background: We present the case of a 23-year-old female patient who developed severe dyspnea on medium exertion, nonproductive cough, progressively worse dyspnea , non diabetic and non hypertensive was reported with an increase in oxygenation requirements, and mild edema in legs and then she diagnosed Idiopathic (primary) pulmonary hypertension in 2017 in private clinics .In 2019 she the patient underwent cardiac cath In on 20.05.2019 in the cath the right lower pulmonary artery was not visualized. 2022 the patient re diagnosed Takayasu arteritis after investigation.

Material and methods: The patient had a history of breathlessness on exertion which gradually progressive (NHYA Class II). 2019 at the age of 19 years. She was diagnosed with idiopathic pulmonary hypertension and took sildenafil. In addition , she did undergo cardiac cath lab and final diagnosis: PFO, moderate pulmonary artery hypertension. And she started sildenafil and macitentan. But her condition got worse and her dyspnea was still the same .And then, this patient turned to to Republican specialized cardiology scientific– practical medicine center . During the examination of the patient found different level of arterial blood pressure on both hands. After that, Takayasu arteritis was suspected . Given the clinical history of the patient, the differential diagnosis list included moderate pulmonary arterial cardiac catheterization and angiography report and takayasy arthritis due to absence of pulse on the left hand and CT angiography results. . In connection with upper limb the arteries were examined, CT of the pulmonary artery, duplex scanning of brachycephalic arteries was performed, which confirmed the diagnosis.A echocardiogram showed a dilated right side of heart (RV basal4,3 cm, RV med 3,8 and RA 3,9 x5,1 cm) with lower ejection fraction(46%), and SPAP 66 (mm Hg). The right ventricle global contractility is reduced .Duplex scanning of brachycephalic arteries showed that lesion in common carotid arteries is 70% on the right side. Having an estimated systolic pulmonary arterial pressure (sPAP) ≥66 mm Hg by echocardiography . Cardiac catheterization angiography report that confluent branch of PA's with absent right lower pulmonary artery with levophase showing PFO and right lower pulmonary vein was not visualized. LPA 17,7 mm, RPA 20,8 mm and MPA 27,4 mm. Clinical, imaging and laboratory results of the TA patients were obtained from hospital files. The case was discussed in our Cardio center round meeting and, was seen with a rheumatologist.Basic treatment of Takayasu arthritis steroid hormone was given. Pulse therapy, due to which the patient's condition improved dyspnea, the main reduced pulmonary pressure 66 mm Hg to 38 mm Hg

DISCUSSION: In young patients, high pulmonary hypertension does not always beat idiopathic.

In this case the patient had high pulmonary hypertension because of pulmonary arteritis (pulmonary artery stenosis) and the basic treatment of pulmonary hypertension did not give the expected results.Finding the true cause of the disease can save the lives of many patients.

CONCLUSIONS: Pulmonary hypertension is not infrequent in TA patients and all the potential causes of PH should be carefully evaluated. Patients with severe or treatment-resistant disease are prone to have PH. PAH-specific agents may be effective in patients with group 4 PH.

MORROU BO`YICHA MIOEKTOMIYA AMALIYOTI AMALGA OSHIRILGAN GKMP TASHXISLI BEMORLARDA ELEKTROKARDIOGRAFIK O`ZGARISHLAR

RASULOVA N.Z., ABDULLAYEV T.A., MIRZARAXIMOVA S.T.

Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, O`zbekiston

Maqsad: Morrou bo`yicha mioektomiya amaliyoti amalga oshirilgan GKMP tashxisli bemorlarda elektrokardiogrammadagi o`zgarishlarni baholash.

Material va metod: Tekshiruvda 23 nafar gipertrofik kardiomiopatiya tashxisi qo`yilib, Morrou bo`yicha mioektomiya amaliyoti amalga oshirilgan bemorlar ishtirok etdi. Tekshiruvda qatnashgan bemorlarning 9 nafari (39%) ayollarni,14 nafari (61%) erkaklarni tashkil etdi. Bemorlarning 4 nafarida (17,39%) mioektomiya amaliyoti bilan birga aorta-koronar shuntlash amaliyoti, 2 nafarida (8,7%) klapan protezlash amaliyoti amalga oshirilgan. Mioektomiya amaliyotidan oldin bemorlarning 2 nafarida (8,7%) gis tutami chap oyoqchasi to`liq qamali mavjud bo`lib, 1 nafar (4%) bemorda AV-qamal III darajasi sababli elektokardiostimulyator implantatsiyasi amalga oshirilgan. Bemorlarning 1 nafarida (4%) bo`lmachalar fibrillyatsiyasi doimiy turi tashxislangan. Shuningdek, bemorlarning 6 nafarida (26%) EKG da Q tishcha mavjud bo`lib, ularning 4 nafarida (17,39%) anamnezida o`tkir miokard infarkti tashxislangan va mioektomiya amaliyoti bilan aorta-koronar shuntlash amaliyoti amalga oshirilgan.

Tadqiqot natijasi: Morrou bo`yicha mioektomiya amaliyoti amalga oshirilgan bemorlarning 12 nafarida (52,17%) gis tutami chap oyoqchasi to`liq qamali paydo bo`lgan. Shuningdek, 4 nafar (17,39%) bemorda AV qamal III daraja sababli elektrokardiostimulyator implantatsiyasi amalga oshirilgan. Bemorlarning 2 nafarida (8,7 %) bo`lmachalar fibrillyatsiyasi doimiy turi, 4 nafarida (17,39%) paroksizmal bo`lmachalar fibrillyatsiyasi qayd etilgan. Dinamikada 2 nafar bemorda (8,7%) elektrokardiogrammada Q tishcha yo`qolgan.

Xulosa: Mioektomiya amaliyotidan so`ng bemorlarning ko`p qismida yurak o`tkazuv tizimida asoratlar kuzatilishiga qaramay Morrou bo`yicha mioektomiya amaliyoti o`z dolzarbligini yo`qotgani yo`q. Spirtli ablyatsiya va medikamentoz davolash imkoniyati mavjud bo`lishiga qaramay hanuzgacha Morrou bo`yicha mioektomiya amaliyoti bemorlarning va kardiologlarning tanlov usuli bo`lib qolmoqda.

РОЛЬ ВОСПАЛЕНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

АСРАРОВА З.Д.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Одной из основных причин инвалидизации и смерти при инфекционном эндокардите (ИЭ) является сердечная недостаточность (СН), прогрессирование которой во многом обусловлено системным воспалением, а также повреждением клапанов. В связи с этим были изучены динамики маркеров воспаления: С-реактивный белок (СРБ), фактор некроза опухоли-α (ФНО-α), интерлейкин–6 (ИЛ–6), высокочувствительного тропонина I (hsTnI) и предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) у пациентов с ИЭ.

Целью исследования было изучение корреляции и взаимосвязи между этими показателями.

Материалы и методы: В исследование были включены 62 пациента с ИЭ (39 мужчин и 23 женщины).Средний возраст составил 57 лет. Первичный ИЭ (ПИЭ) был диагностирован у 53%, вторичный ИЭ (ВИЭ) -у37%. Поражения митрального, аортального и трехстворчатого клапанов встречались у 40%, 23% и 27% соответственно. Много клапанное поражение было выявлено у 16%; СН I-II ФК-у 42% пациентов (в основном при ПЭО) и III-IV ФК-у 58% (больше при ВИЭ). Помимо клинических, лабораторных и инструментальных исследований, проводились кинетические измерения CRP иммунотурбидиметрическим методом,TNF-α,IL–6 и NT-proBNP иммуноферментным анализом и hsTnI методом иммунохемилюминесценции.

Результаты. Уровень CRP и TNF-α при поступлении был в среднем в 5–6 раз выше нормы более чем у 90% пациентов; уровень IL–6 повышался до 20 (9;47) пг/млу 75% пациентов; уровень TNF-α был в 5–6 раз выше нормы более чем у 90% пациентов; уровень IL–6 был в 5–6 раз выше нормы более чем у 90% пациентов. В инфекционно-токсическую фазу ИЭ повышение концентрации hsTnI было выявленов 48% наблюденийи

составилов среднем 45 (20;153)пг/мл. На фоне эффективной антибиотикотерапии маркеры воспаления и hsTnI снижались, тогда как концентрации CRPиTNF-α оставались повышенными у всех пациентов hsTnI стойко повышался или его повышение сохранялось при осложненном течении ИЭ (прогрессирование сепсиса, СН). Прямая корреляция концентраций NT-proBNP, CRP и TNF-α с давлением в легочной артерии (p<0,05).0,05), а также прямая корреляция NT-proBNP и hsTnI с размером левого желудочка (p<0,05). В группе пациентов с повышенной СН без прогрессирующей деструкции пораженного клапанана эхокардиографии была обнаружена прямая корреляциямежду уровнем NT-proBNPиTNF-αиCRP (p<0,05). У наиболее тяжелых больных ИЭ и у умерших были выявлены закономерно повышенные уровни высокочувствительного тропонина.

Заключение. Результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что повреждение миокарда и воспалительная реакция (активность которой коррелируется выраженностью дисфункции миокарда), наряду с повреждением клапанов, безусловно, участвуют в развитии СН при ИЭ.

ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИЕЙ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

АЧИЛОВА. Х.Б

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

Цель: Сравнительная оценка гематологических и ЭхоКГ– данных у больных с изолированной дилатацией правых отделов сердца в зависимости наличия или отсутствия легочной гипертензии.

Материалы и методы: На базе больницы РСЦК Бухарского областного филиала за период с 2020–2022г было обследовано 290 больных с ДКМП, из них в 22 случаях была выявлена Пр. ДКМП (17-женщин 5 мужчин). Из них были исключены 5 мужчин из-за отсутствия у них ЛГ и их малочисленности. Всем проводились: оценка клинического состояния по ШОКС; Rh-графия с определением кардиоторакального индекса (КТИ); общеклинические анализы; ЭКГ; ЭхоКГ с определением фракции выброса правого и левого желудочка и ср. давлением легочной артерии (СДЛА);тест 6 минутной ходьбы (ТШХ) с определением длины пройденной дистанции (ДПД). В зависимости от наличия или отсутствия ЛГ оставшиеся женщины были разделены на 2группы: 1 группа–6 женщин (средний возраст=41,8±8,5 лет),у которых имелась ЛГ (СДЛА=56,8±24,6 мм.рт.ст); 2 группа–11 женщин (средний возраст=41,3±16,9 лет)-без ЛГ (СДЛА=15,5±2,1 мм.рт.ст).

Результаты: При определении КТИ п данным Rh-графии существенных различий не выявлено (КТИ 1 гр.=62,5±5,2% и 2гр=63,1±5,7%). Лабораторные показатели в 1 гр. составили: Hb=135,7±14,6 г/л , эритроциты=4,5±0,6 х 1012/л , что на 11,4% и 11,1 % больше аналогичных показателей группы сравнения; а со стороны б/х маркеров– креатинин=89,6±22,6 мкмоль/л и мочевина=6,4±1,5 ммоль/л ,что на 10,2% и 45,3% было ниже, чем у лиц с ЛГ. Уровень печеночных ферментов в 1 гр. пациентов составил-АлАТ=31,5±26,6 U/L и АсАТ=33,2±18,5 U/L vs 2 группа АлАТ=48,7±56,9 U/L И АсАТ=46,1±66,7 U/L (ВСЕ P>0.05). Общая длина пройденной дистанции по данным теста 6 минутной ходьбы превалировала на 38,6 м в 1 гр.(составив 201,8±86,1 м). По ЭхоКГ –данным лица с ЛГ характеризовались не только повышенным СДЛА ,но и большими объемами ЛЖ: КДОлж=90,5±41,6 мл и КСОлж=27,5±12,6 мл что на 26,8% и 29,1%,соответственно,было больше аналогичных показателей группы сравнения, при этом ФВлж в 1гр=68,9±9,6% и во 2 гр=69,6±9,6% (все p>0,05); объемные размеры ПЖ у больных с ЛГ были сравнительно больше чем во 2 гр: ПЖ 1гр=55,2±9,7 и ПЖ 2гр=51,3±73,6; ПП 1гр=56,7±15,7 и ПП 2ГР=47,8±9,4. Это имело отражение на ФВ ПЖ ,которая у лиц с ЛГ=35,7±8,2 % что на 9,2% было ниже, чем в группе сравнения (все p>0,05).Интерес представляет тот факт, что 1гр пациентов, несмотря на наличие ЛГ, имела меньшую толщину стенок миокарда ЛЖ (МЖП=8,6±1,8 мм vs 11,2±2,2 мм и ЗСЛЖ=8,8±1,7мм vs 10,6±1,7мм,все p>0,05).

Выводы: Изолированная дилатация правых отделов сердца в сочетании с легочной гипертензией характеризуется нормальными гематологическими и биохимическими показателями при этом наблюдается сравнительное повышение размеров и массы миокарда ЛЖ и снижение сократимости ПЖ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И УРОВЕНЬ БИОМАРКЕРА ST2 У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

ГУЛЯМОВ Х.А., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А., АХМАТОВ Я.Р.

ГП Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Кардиологии МЗ РУз

Цель: оценить взаимосвязь параметров кардиальной дисфункции по данным ЭхоКГ и уровень биомаркера ST2 у лиц с дилатационной кардиомиопатии.

Материалы и методы: В исследование было включено 38 пациентов (28 мужчины и 10 женщин) с дилатационной кардиомиопатии, в среднем возрасте 49 года. В зависимости от уровня ST2 при поступлении, пациенты были разделены на 2: группа с уровнем ST2 ≥ 35 нг/мл и группу с уровнем ST 2<35 нг/мл. Кроме общеклинического обследования пациентов, была проведена эхокардиографическая оценка состояния внутрисердечной гемодинамики. Содержание ST2 в плазме крови определялись иммуноферментным методом.

Результаты: В 1-ю группу включено 20 человек с повышенным уровнем экспрессии

ST2 ≥35 нг/мл, во 2-ю – 18 больных с уровнем экспрессии ST2<35 нг / мл. Концентрация растворимой изоформы ST2 в сыворотке крови в 1-й группе составила 77,3±24,7 нг/мл, а во 2-й – 20,6±7 нг/мл (p=0,000). По результатам сравнительного анализа структурно-

функционального состояния ЛЖ у участников на момент включения в исследование установлено, что у пациентов 1-й группы ФВ ЛЖ составила 29,9±4,3% и была меньше на 2,2 % (p=0,035) в сравнении с пациентами 2-группы (ФВ ЛЖ=32,1±10,9%). КДР– 72,8±3 мм в 1– группе, 67,6±9,5 мм во 2-й. КСР– 62,1±4 мм, 57,7±10,8 мм, ЛП– 45,6±3,2 мм, 41,5±4,3 мм, ПЖ– 41,2±6,1 мм, 40±9,2 мм, ММЛЖ– 355,4±118,4 гр, 293,3±74 гр соответственно 1-й и 2-й группам.

Анализ взаимосвязи показателей структурно-функционального состояния ЛЖ по данным ЭхоКГ выявил слабую положительную корреляционную связь ФВ ЛЖ (r=0,193, p<0,05) с концентрацией sST2, а также положительную корреляционную зависимость между концентрацией растворимого sST2 в сыворотке и размерами полостей ЛЖ (конечным диастолическим размерам (КДР), r=0,467, p<0,05; конечным систолическим размером (КСР), r=0,376, p<0,05; размерам ЛП r=0,273, p<0,05), и массой миокарда ЛЖ (r=0,375, p<0,05).

Заключения: У больных с дилатационной кардиомиопатии повышенный уровень растворимой изоформы ST2 коррелирует функции левого желудочка, присутствие повышенного уровня ST2 у больных с декомпенсированной ХСН является значимым маркером более худшего течения ХСН, у больных с дилатационной кардиомиопатии.

СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИОННОГО МИОКАРДИТА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН.

ЖАЛОЛОВ Б.З. ТУРНИЁЗОВ А.А. ТУРСУНОВ Ш.Ж. ЗАРИПОВ С.З.

Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи (РНЦЭМП) Навоийнский Филиал. Узбекистан. г. Навои. Узбекистан

Цель данного исследования заключалась в сравнительном анализе клинических признаков инфекционного миокардита у мужчин и женщин в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Для этой цели был проведен ретроспективный анализ медицинских записей пациентов с диагнозом инфекционного миокардита, которые находились на стационарном лечении в отделении экстренной кардиологии Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи г. Навоий в период с 2020 по 2023 год. В исследование были включены данные о 61 пациенте (37 из них госпитализированы несколько раз, а 24 – однократно). Среди участников исследования 59% составляли мужчины, а 41% – женщины. Средний возраст мужчин составил 40,03 лет с стандартным отклонением 2,40 года, в то время как средний возраст женщин составил 46,00 лет с стандартным отклонением 2,23 года. Для всех пациентов диагноз инфекционного миокардита был установлен на основе клинических диагностических критериев острого диффузного миокардита (согласно клиническим рекомендациям NYHA, 1988) и рассматривался как миокардит инфекционного происхождения.

Результаты показали, что у мужчин средней тяжести миокардита наиболее распространен-

ными симптомами были перебои в работе сердца (75%), аналогичные симптомы наблюдались и у женщин с такой же степенью тяжести (71%). Однако у женщин статистически значимо чаще наблюдалась гипертермия по сравнению с мужчинами (57% у женщин и 25% у мужчин, $p<0,05$). При детальном анализе у пациентов с тяжелым миокардитом оба пола одинаково часто выражали жалобы на перебои в работе сердца. Однако у мужчин чаще отмечалась одышка (92% против 72% у женщин, $p<0,05$). Относительно нарушений сердечного ритма и проводимости, у женщин статистически значимо чаще наблюдались различные виды экстрасистолии (64% против 39% у мужчин, $p<0,05$), в то время как фибрилляция предсердий была более частой у мужчин (36% против 28% у женщин, $p>0,05$). Тяжелые нарушения проводимости чаще регистрировались у женщин по сравнению с мужчинами.

Заключение. У мужчин в случае с тяжелым миокардитом чаще наблюдались жалобы на одышку, что, возможно, связано с высокой частотой курения среди этой группы пациентов. У женщин при средней степени тяжести болезни более частыми симптомами была гипертермия. Варианты нарушений сердечного ритма также имели различия между полами: экстрасистолия чаще встречалась у женщин, а фибрилляция предсердий – у мужчин. Тяжелые нарушения проводимости чаще наблюдались у женщин.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН.

КЕНЖЕХАНОВА Р.Н.

Областная клиническая больница Управления здравоохранения Туркестанской области г. Шымкент, Республика Казахстан

Введение: Перипартальная кардиомиопатия (ППКМП) – редкое заболевание, которое развивается в конце беременности или вскоре после родов и проявляется симптомами сердечной недостаточности. Ключевой метод диагностики-эхокардиография (ЭхоКГ), позволяющая выявить систолическую дисфункцию левого желудочка.

Цель исследования: изучить особенности течения и прогноз жизни пациенток с ППКМП. Материал и методы исследований: было обследовано 33 пациентки, в среднем возрасте 31,81±0,8 лет. Всем пациенткам проводилось: ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, тест 6-минутной ходьбы с определением ФК по NYHA; определялись показатели: D-dimer, Troponin T и натрийуретический пептид (proBNP) и изучался прогноз жизни. Изучение динамики заболевания продолжалось 1 год. За время наблюдения 1 пациентка, в связи тяжестью состояния, была госпитализирована санавиацией в АО «ННКЦ» с целью обследования и тактики лечения. В АО «ННКЦ» была проведена имплантация двухкамерного кардиовертер-дефибриллятора Evera S DR DDBC3D4 SN BWF 604689S №1282.

Результаты исследований**:** Изучение заболеваемости ППКМП показало за 2022 год было 32 случая госпитализации, летальность составила 2 случая(6,25%). Возраст пациенток варьировал от 21 до 42 лет. ФК ХСН отличался высоким уровнем 3,2±0,1. Беременность протекала на фоне анемии у 15(46,87%) женщин, преэклампсии различной степени тяжести у 16(50%), гестационная гипертензия во время беременности была у 3(9,38%) пациенток. Изучив жалобы, было выяснено следующее: одышка была у 29(90,6%) больных, у 10(31,25%) ортопноэ, у 6(18,75%) сухой кашель, у 5(15,62%) кашель с мокротой, у 23(71,87%) отеки, у 25(78,13%) пациенток было при поступлении чувство нехватки воздуха. При определении параметров внутрисердечной гемодинамики выявлено, что у больных имеется выраженное снижение фракции выброса левого желудочка(ФВЛЖ) 37±1,8. При анализе ЭКГ получены показатели: нарушение АВ-проводимости диагностировано у 4(12,5%) пациенток, желудочковая тахикардия у 1(3,12%), предсердная тахикардия у 1(3,12%) женщины. Результаты лабораторной диагностики дали следующие результаты: D-dimer 1,95mg/l±0,8, Troponin T 0,015ng/ml±0,008, proBNP 2286,5 pg/ml±832,8. Течение ППКМП осложнилось следующими состояниями: острая левожелудочковая недостаточность была купирована у 9(28,13%) больных, у 6(18,75%) был полисерозит, у 1(3,13%) женщины был выявлен острый флотирующий тромбоз илеофеморального сегмента.

Выводы**:** Долгосрочный прогноз при ППКМП зависит от степени повреждения миокарда и варьирует от полного восстановления функции до развития хронической сердечной недостаточности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН.

КЕНЖЕХАНОВА Р.Н.

Областная клиническая больница Управления здравоохранения Туркестанской области г. Шымкент, Республика Казахстан.

Введение: Перипартальная кардиомиопатия (ППКМП) встречается довольно редко. Факторами риска могут быть, как факторы сердечно-сосудистого риска, так и факторы, связанные с беременностью (возраст старше 30 лет, количество родов в анамнезе≥3, многоплодная беременность, гестационная АГ, преэклампсия, токолитическая терапия).

Цель исследования: изучение распространенности ППКМП и факторов риска среди женского населения Республики Казахстан(РК) за период 2010–2022 гг.

Материал и методы исследований: были изучены истории болезни женщин, госпитализированных с ППКМП в лечебные учреждения кардиологического профиля в 17 регионах РК и ретроспективный анализ полученных данных за период 2010–2022 гг.

Результаты: исследование показало, что случаи госпитализации и оказания стационарной помощи женщинам с ППКМП были в 15 регионах РК и составили 403 случаев.Из 403 случаев с ПКМП в Акмолинской области было зарегистрировано 6 случаев, Актбинской – 6, Алматинской – 8, Атырауской – 2, Восточно-Казахстанской – 10, в Западно-Казахстанской – 18, Карагандинской – 10, Костанайской – 2, Кзылординской – 22, Мангистауской – 6, Туркестанской – 300 случаев госпитализации. В г. Алматы – 30, в г. Астана – 6. Возраст пациенток варьировал от 18 до 48 лет (в среднем 31,96±0,8 лет). По национальному признаку превалировали женщины-казашки – 360, из остальных национальностей: было 22 узбечек, 8– русских, 8 – курдянки, 1 кореянка, 2 украинка, 2 немка. За время нахождения в стационаре среди этих 403 женщин было 4 летальных случая, 399 женщин были выписаны. По количеству беременностей получены следующие данные: первая беременность у 54 женщин, 2-я беременность у 37, 3-я беременность – у 24, 4-я беременность у 46, 5-я беременность у 23, 6-я беременность -у 17, 7-я беременность у 6, у 2-х 8-я беременность, у 3-х –11-я беременность и у 1 женщины была 12-я беременность. В дородовом периоде первые клинические симптомы были от 29 недели до 40 недели беременности. В послеродовом периоде проявления заболевания были в первый месяц после родов у 105 женщин, в течение 2-го месяца после родов у 43, на 3–5 месяце после родов у 9.

Анализ факторов риска показал, гестационная АГ была диагностирована у 91(42,7%), преэклампсия разной степени тяжести у 106 (49,76%) женщин, неблагоприятные социально-экономические условия у 113(53%) пациенток, табакокурение в течение длительного времени в анамнезе у 2(0,94%) женщин.

Выводы**:** Перипартальная кардиомиопатия является сложным для диагностики и лечения заболеванием. Отсутствие ясности в понимании этиологии и четкого лечебного подхода при ППКМП определяют необходимость в продолжении сбора клинических наблюдений с целью разработки оптимального алгоритма при данной патологии

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

КУРБАНОВ Н.А., УМЕРОВ С.Ю., АБДУРАХМОНОВ С.М., НОРКУЛОВ Н.А.

Джизакский филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии

Цель. Оценить характер иммунологических изменений у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) с различными клиническими вариантами. Материал и методы исследования: В исследование включены 110 больных ДКМП в возрасте от 18 до 65 лет (сред. возраст 37,8±1,1). Для изучения состояния клеточного и гуморального звеньев иммунитета больные в зависимости от варианта течения были разделены на 4 группы: I гр. составили 24 пациенки с перипартальной ДКМП (ПКМП), II гр. – 25 пациента с воспалительной формой ДКМП, III гр. –43 пациентов с идиопатической формой ДКМП, IV гр. – 18 пациентов с семейной формой ДКМП. В контрольную группу

вошли 32 здоровых лиц. Всем больным проводились общеклиническое лабораторное исследование, определялся иммунологический статус (ИС), а также ЭКГ, Эхо-КГ.

Результаты исследования: При анализе параметров иммунитета обнаружено угнетение клеточного звена, выражающееся в снижении общей популяции Т-лимфоцитов (CD3+) (59,8±1,5 против 49,8±1,2; 51±1,6; 50,2+1,1 и 51,8±1,4 соответственно гр. контроля и I-II-III-IV гр. соответственно; все p=0,01), причем более выраженно в группах с перипартальной и идиопатической ДКМП. Снижение содержания Т-лимфоцитов (CD3) во всех группах произошло за счет угнетения (CD4)– лимфоцитов (CD4+) (34,8±1,1 против 25,2±0,6; 26,1±0,8; 28+0,6 и 24,5±0,6; все p=0,001), Особое внимание обращает на себя значительное подавление числа (CD4)– Т лимфоцитов в группе пациентов с семейной формой ДКМП на 28,5%, по сравнению с группой контроля. Одновременно можно наблюдать стимулирование активности цитотоксических лимфоцитов (CD8)-супрессоров во всех группах, более выраженно у пациентов с воспалительной и семейной формами патологии (18,4±0,5 против 23,8±1,1; 24,7±0,9; 23,4±0,8 и 25,3±1,2 соответственно гр контроля и I-IV гр; все p=0,001). Как следствие ИРИ во всех группах статистически значимо ниже (1,2±0,06; 1,1±0,04; 1,2±0,05 1,0±0,04) по сравнению с контрольной группой (1,5±0,05; все p<0,01). При этом обращает на себя внимание, выраженное снижение данного показателя у пациентов с воспалительной и семейной формами патологии. Содержание Т-киллеров (CD+16) в плазме крови практически во всех группах статистически значимо увеличено (18,4±1,1 против 23,1±0,7; 22,7±0,5; 22,2±0,7 соответственно гр контроля и I-III гр; все p=0,001), однако у пациентов с семейной формой ДКМП данный сдвиг был незначителен (21±0,4;p>0,05). Средние концентрации как крупных так и мелких циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) достоверно превышали показатели контрольной группы во всех группах (8,5±1,3 против 32,5±3,9 и 23,2±3,1; 21,2±2,2 и 23,2±3,3; все p=0,01) и (14,2±1,2 против 52,4±4,6; 46±5,4; 35,6±3,8 и 42,6±5,4; все p=0,01). Интересно отметить, что у пациентов ПКМП оказался самый высокий уровень ЦИК.

Выводы: Таким образом, у пациентов ДКМП независимо от вариантов течения, наиболее выраженные изменения наблюдаются в содержании CD3 и CD4 лимфоцитов, более выраженных в группе с воспалительной и семейной формами патологии. В данной группе наряду с выраженной депрессией хелперного звена иммунитета, ассоциировавшегося со стимулированием активности CD8-супрессоров, наблюдается значительное снижение иммунного ответа с развитием вторичного иммунодефицитного состояния.

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

КУРБАНОВ Н.А., УМЕРОВ С.Ю, МИРЗАЕВ Ш.А., ШОДМОНОВ А.М.

Джизакский филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии

Цель: Анализ динамики летальных случаев у пациенток с перипартальной формой дилатационной кардиомиопатией (ПКМП) при длительном наблюдении.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 55 пациенток, страдающих ПКМП, в возрасте от 20 до 41 лет (в среднем 29,2±0,8 лет). Изучение динамики заболевания продолжалось от 3 до 96 месяцев (в средним 67,4±5,4 месяцев). Комплекс обследований включал: ЭКГ, ХМЭКГ, Эхо-КГ, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) с определением функционального класса (ФК) сердечной недостаточности (СН) по NYHA. Повторный контакт с больными или родственниками проводился каждый год.

Результаты исследования. В зависимости от исхода заболевания ретроспективно все больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 20 пациенток ПКМП, умерших в периоде от 3 до 96 месяцев наблюдения (36,2±7,2 мес.). Вторая группа состояла из 35 больных, выживших в процессе от 31 до 98 месяцев (в сред. 81,1±5,7 мес; p<0,001) наблюдения. Изучение динамики заболевания выявило, что в группе выживших после 12-месячной стандартной терапии ХСН полное восстановление функции ЛЖ (прирост ФВ ЛЖ более 55%) отмечалось в 19 (38%) случаях. Как отмечалось выше, кумулятивная летальность за 67,4±5,4 месяцев составила 34% (n=17). При этом летальный исход в первый год наблюдения составил 8% (n=4), (3 случаев смерти вследствие прогрессирования СН, в одном случае развилась ТЭЛА). В течение второго года наблюдения умерло еще 3 пациенток (в одном случае смерть произошла внезапно, в 2-х случаях – вследствие прогрессирования СН). В результате кумулятивная летальность составила 14% (n=7). В течение 3-го года наблюдения отмечены еще 4 случая смерти

в результате прогрессирования СН (22%). На 4 и 5-й годы наблюдения зарегистрированы еще 2 и 2 случаев смерти больных ПКМП соответственно вследствие нарастания СН (30%). В последующем, в 2 случаях летальный исход наблюдался вследствие ВС (34%). Следует отметить, что 4 (8%) больных прожили более 10 лет, 12 (24%) -от 7 до 9 лет, 11 (22%)-от 5 до 6 лет и 8 (16%)-прожили более 4 лет.

Выводы. Таким образом, анализ динамики летальности больных с перипартальной КМП показал, что максимальные неблагоприятные исходы (30%) наблюдаются в первые 5 лет наблюдения, при этом ведущей причиной летального исхода (26%) была прогрессирующая СН. В то же время на фоне оптимальной медикаментозной терапии, прогноз жизни больных с ПКМП благоприятным, а в 38% случаях сопровождался полным восстановлением функции ЛЖ. ных ты зволяет нам подтверждать к ближайшим периоде, так в отдаленным ило 14 (23,7%) и 42 (71,1%) соответственнодимой тера

ПРОГНОЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЗА ПЯТИЛЕТНЫЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ

С.Т. МИРЗАРАХИМОВА, Т.А. АБДУЛЛАЕВ, И.А. ЦОЙ, О.К. ХУДОЙБЕРГАНОВ

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

Цель. Изучить особенности течения и прогноз жизни больных перипартальной кардиомиопатией (ПКМП) за 5-летний период наблюдения.

Методы. В исследование былы включены 51 пациент с ПКМП. Ретроспективно проанализированы данные пациентов: 1 группа – выздоровевшие, у которых полностью восстановились показатели ЭхоКГ и исчезли клинические признаки ХСН; 2 группа – летальный исход по причине ХСН или ВСС, 3 группа – со стабильным течением заболевания, при котором сохраняются клинические признаки и симптомы ХСН 2–3 ФК по NYNA, и сниженная ФВ ЛЖ. Проведен стандартный анализ клинико-функциональных данных, инструментальных и лабораторных показателей.

Полученные результаты. Восстановление ФВ наблюдалось у 22 (43%) женщин, а общая летальность за 5 лет наблюдения составила 12 (24%), из них ВСС установлена в 3 случаях. Стабильное течение СН было у 17 (33%) пациентов. Условно выздоровевшие пациенты имели следующие параметры ЭхоКГ: КДР ЛЖ – 60,42±4,19, КСР ЛЖ – 48,77±4,20, а ФВ ЛЖ составила 38,53±6,31, тогда как наиболее худшие параметры отмечены у больных с летальным исходом КДР ЛЖ – 67,73±8,11, КСР ЛЖ – 57,73±7,16, ФВ ЛЖ – 30,10±6,52. Больные, у которых сохранялись признаки СН параметры левого желудочка составили КДР ЛЖ – 66,71±5,83, КСР ЛЖ – 56,18±6,52, ФВ ЛЖ – 32,16±7,80. По данным стандартной ЭКГ у больных с положительным эффектом от проведенной терапии и вылечившихся, регистрируемые исходно нарушение процессов реполяризации (зубец Т на изолинии или отрицателен) в динамике стал положительным. С неблагоприятным прогнозом, при этом у 1/3 ПБЛНПГ и 2/3 отсутствие зубца R или Q-S комплексы.

Заключение. Больные с неблагоприятным течением заболевания (с летальным исходом или стойкой сердечной недостаточностью) характеризуются низким функциональным статусом с выраженной систолической дисфункцией. Изменения ЭКГ – БЛНПГ и отсутствие зубца R наблюдались чаще в группе умерших больных.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЭНДОКАРДИТА

САИДОВ М.А., НИЗАМОВ Х.Ш., МАЛЛАЕВ И.У., ХАМДАМОВ О.Д. АХМАДОВ М.А.

Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан

Цель – определить тактику лечения острого инфекционного эндокардита.

Материал и методы. С 2021 по 2023 г. в Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии**,** выполнено 10 неотложных оперативных вмешательств на клапанах сердца у пациентов с инфекционным эндокардитом. Показаниями к неотложному вмешательству были выраженная сердечная недостаточность и отсутствие эффекта от консервативной терапии. Все операции выполнялись в сроки до 2 нед от манифестации заболевания. **Результаты исследования.** При этом на митральном клапане (МК) выполнено 5 (50%) операций, на аортальном клапане (АК) – 3 (30%), на трикуспидальном клапане (ТК) – 2 (20%). Причиной эндокардита ТК во всех случаях была хроническая наркотическая зависимость. Эндокардит МК в подавляющем большинстве случаев возникал на фоне миксоматозной дегенерации, на АК – чаще всего на фоне врожденной патологии (двухстворчатый АК). При этом иссечение ТК было выполнено 1 (50%) пациентов, протезирование биологическими протезами – у 1 (50%), пластика ТК – у 1 (50%). Пластика МК было выполнена у 1(20%) пациентов, протезирование МК – у 4 (80%), пластика АК – у 1 (25%) пациентов, протезирование АК – у 3 (75%). **Результаты.** У пациентов после вмешательства на ТК отмечалось 1 (50%) летальных исхода. В этом случае причиной была двусторонняя пневмония, осложнившаяся дыхательной недостаточностью и сепсисом. У пациентов после вмешательства на МК летальность составила 20% (1 пациент). У всех пациентов причиной летального исхода был сепсис и, как следствие, развившаяся полиорганная недостаточность. У пациентов после вмешательства на АК летальность составила 0% (0 пациента).

Заключение. Таким образом, основным показанием к неотложным вмешательствам на клапанах сердца при инфекционном эндокардите является выраженная сердечно-сосудистая недостаточность, не корригируемая консервативно. Предпочтение следует отдавать пластическим операциям на клапанах сердца, в целях профилактики эндокардита протеза, являющегося основным фактором летальности в раннем послеоперационном периоде.

ВЗАИМОСВЯЗЪ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ИЗМЕНЕНИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

ХУДОЙБЕРГАНОВ О.К., АБДУЛЛАЕВ Т.А., КЕВОРКОВ А.Г, ЦОЙ И.А., МИРЗАРАХИМОВА С.Т.

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

Цель: оценить показатели вариабельности ритма сердца, а также их взаимосвязь с эхокардиографическими показателями, у пациентов с перипартальной кардиомиопатией.

Материалы и методы: обследовано 28 женщин среднего возраста 29,3±5,6 лет с перипартальной кардиомиопатией (ПКМП), проходивших стационарное лечение в РСНПМЦК (Ташкент, Узбекистан). Диагноз ПКМП устанавливался на основании рекомендаций ESC и РКО. Всем пациенткам в ходе проведенного обследования проводилось холтеровское мониторирование электрокардиограммы (ХМЭКГ), с определением временных и частотных параметров вариабельности ритма сердца (ВРС), а также эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование. Полученные ЭхоКГ показатели представлены в виде M±SD, а показатели ВРС, в связи с ненормальным распределением, – в виде Me [Q1; Q3]. Для оценки наличия взаимосвязи между изучаемыми показателями проводился корреляционный анализ по Spearmen.

Результаты: Полученные эхокардиографические показатели и показатели ВРС представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Эхокардиографические показатели.

Показатель	**M±SD**
ЛП, мм	38,9±4,5
КДР, мм	60,5±6,0
КСР, мм	48,8±7,0
КДО, мм	180,9±36,5
иКДО, мм	110,2±18,3
КСО, мм	116,3±34,8
МЖП, мм	9,2±1,0
ЗСЛЖ, мм	9,1±1,0
ПЖ, мм	32,8±6,1
ММЛЖ, г	234,3±54,4
иММЛЖ, г/м^2	138,8±19,9
ФВЛЖ, %	37,2±9,3

Таблица 2

Показатели вариабельности ритма сердца

Показатель	**Me [Q1; Q3]**
SDNNi, мс	75,4 [37,9; 105]
SDANNi, мс	135,6 [87,1; 497,3]
rMSSD, мс	34,9 [15; 76]
ULF, мс^2	754,6 [231; 2173]
VLF, мс^2	902,1 [603; 2684]
LF, мс^2	289,8 [227; 766]
HF, мс^2	234,1 [76; 557]

Корреляционный анализ по Spearmen выявил наличие положительной корреляции между показателем SDNNi, характеризующим общую вариабельность ритма сердца, и объемными показателями ЛЖ – КСР (R=0,734; p=0,016) и КСО (R=0,638; p=0,047). Напротив, отрицательная корреляция была продемонстрирована между показателями, отражающими парасимпатический компонент ВРС и толщиной ЗСЛЖ (rMSSD & ЗСЛЖ (R=–0,754; p=0,012; HF & ЗСЛЖ (R=–0,692; p=0,027) и МЖП (rMSSD & МЖП (R=–0,781; p=0,008); rMSSD & ЗСЛЖ (R=–0,754; p=0,012)).

Выводы**:** Полученные результаты демонстрируют наличие взаимосвязи между миокардиальным ремоделированием у пациентов с ПКМП, сопровождающимся увеличением размеров полости левого желудочка и снижением его сократимости с изменением как общей ВРС, так и её других ключевых компонентов, в частности, отражающих парасимпатическое влияние на сердечный ритм.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ХСН У БОЛЬНЫХ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

ЦОЙ И.А., МИРЗАРАХИМОВА С.Т., АБДУЛЛАЕВ Т.А. ХУДОЙБЕРГАНОВ О.К., ХОДИМЕТОВА Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии Ташкент. Узбекистан

Перипартальная кардиомиопатия (ПКМП) проявляется сердечной недостаточностью (СН) вследствие систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) с фракцией выброса ЛЖ менее 45%, возникающая в конце беременности или в течение нескольких месяцев после родов, при исключении других причин СН.

Цель исследования: оценить динамику параметров лабораторных и биохимических показателей на фоне стандартной терапии ХСН.

Материал и методы: проанализированы данные 25 женщин с диагнозом ПКМП, средний возраст больных составил 28,2±0,8 лет. Всем пациентам была назначена стандартная терапия ХСН. Проведены биохимические и лабораторные анализы крови, а также их динамика через 6 месяцев. Данные представлены в абсолютных значениях.

Результаты: По результатам нашего исследования, в динамике основные биохимические показатели претерпевали изменения в положительную сторону. Исходно низкий уровень гемоглобина, свидетельствующий о выраженности анемии, на фоне терапии повысился с 98,9±8,59 до 112,4±10,1мг/л, улучшение функционирования почек, выражающееся в снижении уровня креатинина с 82,4±10,1 мкмоль/л до 72,4±12,1 мкмоль/л, произошло на фоне изменения гемодинамики, у больных ПКМП находящихся на приеме СТ ХСН.

Помимо высокой чувствительности СРБ к различным, происходящим в организме событиям, отражающейся изменениями в лучшую или худшую сторону, он хорошо реагирует на терапевтические вмешательства. Оценивая состояние СРБ следует отметить закономерную динамику, которая была взаимосвязана с положительными изменениями параметров гемодинамики.

Так, у больных находящихся на приеме стандартной терапии ХСН снижение СРБ было двухкратным, существенно приближаясь к уровню нормальных значений с 8,3±4,1 мг/л до 4,3±1,2 мг/л.

Заключение: таким образом, показана положительная динамика лабораторных параметров на фоне оптимальной терапии СН у больных ПКМП.

INFLUENCE OF LOW-CALORIE DIET THERAPY ON PARAMETERS ENERGY METABOLISM IN OBESITY PATIENTS.

BEKMETOVA F. M., ARZIYEVA Y.B.

Republican Clinical Hospital №1, Tashkent, Uzbekistan

Purpose of the study: to study the effect of low-calorie diet therapy on parameters energy metabolism in obese patients.

Materials and methods: in a study conducted in the cardiovascular department pathology of the Federal State Budgetary Institution “Federal Research Center for Nutrition and Biotechnology”, 63 people took part in aged from 28 to 72 years (15 men and 48 women), with obesity of 1–3 degrees. The subjects received a low-calorie diet for 14 days, the energy value of which was 1683 kcal/day. Meals were split, 5 times a day. All patients underwent measurement of resting energy expenditure using the indirect method respiratory calorimetry at the beginning and at the end of the course of diet therapy.

Results: according to the degree of obesity, patients were divided into 3 groups. The groups were comparable by gender and age. Average body mass index (BMI) in the group with class I obesity was 33.1±0.6 kg/m2, in the obese group II degree – 38.1±0.8 kg/m2 and in the group with grade III obesity – 47.0±0.7 kg/m2. At primary measurement of resting energy expenditure in patients with stage I obesity was 1622.3±55.2 kcal/day, in patients with stage II obesity – 1890.3±70 kcal/day, in patients with grade III obesity – 2168.9±61.4 kcal/day. After a course of diet therapy there was a tendency towards a decrease in the level of resting energy expenditure in obese patients high degree.

Conclusions. Discrepancy between the calorie content of the diet and the level of resting energy expenditure of the patient leads to a decrease in this indicator, which is unfavorable from the point of view of long-term forecasting the consolidation of the achieved result of body weight reduction. Required individual control of resting energy expenditure in obese patients in order to personalization of dietary therapy, increasing efficiency and treatment compliance.

METABOLIK SINDROM VA D VITAMINI TANQISLIGI: KLINIK VA LABORATOR KORRELYATSIYALAR

XASANOVA G.X.[1], TO‘XTAEVA N.X.[2]

[1]Toshkent Kimyo Xalqaro Universiteti, [2]Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, Toshkent,O‘zbekiston.

Kirish. D vitamini etishmovchiligining tarqalishi bugungi kunda Shimoliy Evropa mamlakatlarida taxminan 20%, boshqa Evropa mintaqalarida 30–60% va yaqin Sharq mamlakatlarida 80% gacha tashkil qiladi. So‘nggi yillarda olib borilgan tadqiqotlar D vitamini bilan ta’minlashning normal darajasi inson salomatligini saqlashda muhim rol o‘ynaganligini ko‘rsatdi. D vitamini etishmovchiligining yurak-qon tomir kasalliklari (YuQTK) yomonlashuviga qo‘shgan hissasini va uning semirish, 2-toifa qandli diabet (2-toifa QD), arterial gipertenziya (AG) va dislipidemiya kabi YuQTK omillarining rivojlanishiga ta’sirini o‘rganish ilmiy va amaliy qiziqish uyg‘otadi (Lupton J.R. et al., 2016; He S., Hao X., 2019; Migliaccio S. et al., 2019; Reed J. et al., 2021).

Maqsad. Metabolik sindromli bemorlarda vitamin D holatini aniqlash.

Materiallar va metodlar. 40 yoshdan 75 yoshgacha bo’lgan metabolik sindromli jami 89 nafar bemor (erkaklar – 40 kishi, ayollar – 49 kishi) tekshirildi, ular asosiy tadqiqot guruhini tashkil etdi. Barcha bemorlarda umumiy xolesterin (UX), triglitseridlar (TG), yuqori zichlikdagi lipoproteinlar (LPVP), past zichlikdagi lipoproteinlar (LPNP), insulin va HOMA indekslari (Homeostasis model assessment of insulin resistance) darajasi aniqlandi.

Tana vazni Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining joriy mezonlariga asosan abdominal semirish qo‘shimcha diagnostikasi bilan Ketle tana massasi indeksiga muvofiq baholandi. Qon zardobida 25 (OH) vitamin D darajasi aniqlandi.

Natijalar. Tekshirilgan Metabolik sindromli bemorlarda (n=89) qon zardobida 25 (OH) vitamin D darajasi 31,4±4,4 mmol/l ni tashkil etdi. Shu bilan birga, 67 bemorda (75,3%) 25 (OH) vitamin D ning darajasi yetarli emasligi aniqlandi.

Shuningdek, biz 25 (OH) vitamin Dning past qiymatlari va metabolik sindrom bilan og‘rigan bemorlarning bir qator xususiyatlari o‘rtasidagi quyidagi bog‘liqliklarni aniqladik. Qon zardobidagi 25 (OH) D darajasi triglitseridlar va past zichlikdagi lipoproteinlar (r=–0.29; p=0.038), yuqori zichlikdagi lipoproteinlar (r=0.2; p=0.031) darajasi bilan bevosita bog‘liq. Guruhlardagi ko‘rsatkichlarni solishtirganda, insulin va HOMA indeksi yuqori (p=0,013) va 3 va 4 darajali semizlik (r=–0, 47) (p=0,029) bo‘lgan bemorlarda 25 (OH) vitamin Dning past qiymatlari kuzatilganligi aniqlandi.

Xulosa. D vitamini yetishmovchiligi metabolik sindromdagi asosiy patologik o‘zgarishlar, masalan, dislipidemiya, insulinrezistentligi va semizlik bilan bog‘liq. Amaliy nuqtai nazardan, metabolik sindrom bilan og‘rigan bemorlarda qon zardobidagi 25 (OH) vitamin D darajasini aniqlash va shunga mos ravishda uning yetishmasligi bo‘lsa, korreksiyani amalga oshirish maqsadga muvofiqdir.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

АТАХОДЖАЕВА Г.А., АРИПОВА Д.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Цель исследования: изучить характер влияния базисной терапии ХСН в сочетании с гиполипидемическим и гипогликемическим препаратами на кардиоваскулярные нарушения у больных с различными проявлениями МС.

Материал и методы исследования**:** В исследование были включены 127 больных мужского пола с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III ФК, постинфарктным кардиосклерозом. В зависимости от компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=27), больные без МС; II группа (n=50) больные с различной комбинацией дислипидемии (ДЛП) с абдоминальным ожирением (АО), АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ); III группа (n=50) больные с различной комбинацией ДЛП и сахарного диабета 2-го типа ($СД_2$) с АО, АГ и ГТГ. Эхокардиография (ЭхоКГ) осуществлялась на аппарате Mindray ***(Китай)*** в соответствии с требованиями Американской ассоциации ЭхоКГ (ASE). О состоянии эндотелиальной функции сосудов судили по данным доплерографии плечевой артерии по методике D.S.Celemajer (1992).

Результаты исследования: При снижении КДР на 4,4 (p<0,05) и 5,8% во 2А и 3А группах, этот показатель во 2Б и 3Б группах составил 7,4% (p<0,005) и 11,2% (p<0,005), а также 12,5% (p<0,001) через 6 месяцев. Аналогичная динамика прослеживается и со стороны КСР. После лечения КСР 2Б группы практически достигает показатель 1-ой, в то время как, показатель 2А группы превышает его на 5,9% (p<0,05). Данное соотношение между 1-ой и 3А, а также 3Б через 6 месяцев составляет 16,7% (p<0,001) и 1,1% соответственно. Наибольшее снижение КДО и КСО наблюдается во 2Б 10,6% (p<0,01); 22,2% (p<0,005) и 3Б группе через 3 месяца 16,4% (p<0,01); 24,7% (p<0,01), а также 6 месяцев 23,1% (p<0,005); 40,0% (p<0,001) соответственно. При этом КДО 3Б группы, превышая показатель 1-ой на 22,1% (p<0,001) до лечения, через 6 месяцев в отличие от других групп практически сравнивается с ним. Выраженные изменения систолической функции ЛЖ наблюдаются во 2Б и 3Б группах, свидетельством чему является достоверное увеличение в этих группах ФВ. Наибольшее увеличение ФВ (29,0% p<0,005) также наблюдается в 3Б группе через 6 месяцев лечения. После 3-х месячного курса лечения исходный диаметр плечевой артерии (ПА) в 1-ой группе увеличиваясь на 5,5% (p<0,05), во 2Б группе на 5,0%, а в 3Б группе он нормализуется лишь через 6 месяцев, т,е. после лечения с добавлением к базисной терапии аторвастатина и метформина. Через 3 и 6 месяцев после лечения отмечается увеличение скорости кровотока в ПА. Наиболее выраженная динамика изменения V_s, и V_d при этом, наблюдается у больных без МС и у больных с МС получавших наряду с базисной терапией ХСН, аторвастатин и метформин. При этом исходная V_s в 1-ой группе увеличивается на 10,4% (p<0,05), во 2А на 3,9%, во 2Б на 9,0% (p<0,05), в 3А на 9,8% (p<0,05) и в 3Б на 9,6 и 9,8% (p<0,05). Через 15 секунд после манжеточной пробы увеличение систолической скорости кровотока составило 8,0%, 4,5%, 6,2%, 6,8%, 7,4% и 9,8% в 1, 2А, 2Б, 3А, и 3Б группах соответственно (p<0,05). Зна-

чительное изменение исходной диастолической скорости прослеживается только в 1-ой (22,7%; p<0,01) и в 3Б (39,5%; p<0,01) группах. Однако, после пробы с компрессией статистически значимое увеличение V_d наблюдается также во 2Б и 3Б группах (p<0,05).

Таким образом, основные группы препаратов для лечения ХСН наряду с улучшением клинико-гемодинамических показателей, существенно влияют на ремоделирование ЛЖ и улучшают эндотелиальную функцию. Однако, развитие ХСН на фоне МС сопровождается более выраженными и стойкими кардиоваскулярными нарушениями, при котором одна базисная терапия ХСН не способна полного восстановления эндотелиальной функции.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

***АТАХОДЖАЕВА* Г.А., *МИНОВАРОВА* Ч.А.**

***Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент*, Узбекистан**

В последние годы частота встречаемости АГ у лиц молодого возраста увеличивается вместе с ростом распространенности ожирения. Общепризнанно, что ожирение играет важную роль в патогенезе АГ в подростковом и юношеском возрасте. В то же время вероятность возникновения АГ у лиц с избыточным весом зависит и от этнической принадлежности, семейного анамнеза, массы тела при рождении, образа жизни, физической активности и качества сна.

Цель исследования: изучить влияние факторов гормонального состояния у лиц с АГ молодого возраста на фоне АО.

Материал и методы исследования. Для реализации поставленной цели нами было обследовано 81 пациентов (из них 43 мужчин и 38 женщин) молодого возраста (от 18 до 44 лет) с артериальной гипертензией (АГ) и наличием абдоминального ожирения (АО). Все больные находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГУ «РСНПМЦТиМР» МЗ РУз. 1 группа (контрольная) – лица молодого возраста без АГ и без АО: с метаболически здоровым фенотипом и нормальной массой тела (индекс массы тела 18,5–24,9 кг/м^2) – 26 человека (возраст 27,45±5,83 года; 13 мужчин и 13 женщин). 2 группа – пациенты с АГ молодого возраста с нормальной массой тела – 29 человек (возраст 28,9±7,51 лет, 15 мужчин м 13 женщин). Продолжительность АГ во 2й группе исследования составила 5,82±3,25. 3 группа – пациенты молодого возраста с АГ и АО (индекс массы тела ≥25 кг/м^2) – 27 человек (возраст 30,04±6,78 лет; 15 мужчин и 12 женщин). Давность АГ в данной группе составила 6,7±3,44 лет и ожирения 8,57±3,44.

Проводился осмотр всех пациентов с оценкой окружности талии, расчетом индекса массы тела, измерением артериального давления в соответствии с клиническим протоколом. Все пациенты в присутствии врача заполняли специально разработанную анкету, которая включала в себя блоки вопросов о наследственном анамнезе, табакокурении, наличии сопутствующих заболеваний, поведенческих факторах. На момент обследования ни один из пациентов, включенных в исследование, не принимал антигипертензивных препаратов, а также препаратов, влияющих на углеводный и липидный обмен, в постоянном режиме.

Результаты исследования. Пациенты в группе ожирения (группа 3) оказались достоверно старше по сравнению с представителями других групп при отсутствии значимых гендерных различий. Пациенты 3 групп исследования отличались по уровням систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления. Так во 2й и 3й группе исследования отмечались высокие показатели САД на 20,5% (p>0,01) и на 28,1% (p>0,005), а также уровня ДАД на 17,1% (p>0,01) и 28,9% (p>0,005). В группах с избыточной массой тела и с ожирением чаще выявлялась АГ (55,5 и 68,4% против 35,3%) и табакокурение (38,9 и 36,8% против 29,4%) по сравнению с 1й группой исследования.

Заключение. Таким образом, полученные результаты дополняют современные представления о метаболических нарушениях у лиц молодого возраста. Метаболически нездоровый фенотип свойственен не только лицам, страдающим ожирением, но и лицам с нормальной массой тела и АГ. У молодых людей с нормальным весом при АГ, так же, как и у лиц, страдающих ожирением, могут выявляться кардиометаболические сдвиги, что позволяет своевременно диагностировать данные нарушения и реализовывать эффективные стратегии первичной профилактики сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний.

КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

АТАХОДЖАЕВА Г.А., АРИПОВА Д.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Цель исследования: изучить функциональное состояние почек и кардиоренальные взаимоотношения у больных с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от представленности компонентов метаболическим синдромом

Материалы и методы исследования: Для реализации поставленных задач было обследовано 227 больных мужского пола с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза II-III функционального класса (ФК) по NYHA, в возрасте 40–60 лет с давностью перенесенного инфаркта миокарда от 6 мес. до 5 лет. В зависимости от наличия компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=80), больные без МС (ХСН ФК II –42, ХСН ФК III – 38 больных); II группа (n=77) больные с различной комбинацией дислипидемии (ХСЛПВП<1,03 ммоль/л; ХСЛПНП>3,0 ммоль/л) с абдоминальным ожирением (АО), АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ) (ХСН ФК II –40, ХСН ФК III – 37 больных); III группа (n=75) больные с различной комбинацией дислипопротеинемии (ДЛП) и сахарного диабета 2-го типа ($СД_2$) с АО, АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ) (ХСН ФК II –36, ХСН ФК III – 39 больных). При диагностике МС использованы критерии диагностики МС Международной Федерации Диабета (IDF, 2009). Изучение функционального состояния почек включало определение уровня сывороточного креатинина, экскреции альбумина с мочой (определение микроальбуминурии (МАУ ≥300 мг/л) в разовой утренней моче с использованием индикаторных полосок (Биосенсор АН, Россия), скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле СКФ EPI, в которой учитываются раса, пол, возраст, креатинин сыворотки. Для расчета СКФ по формуле CKD-EPI можно воспользоваться специальными приложениями для мобильных устройств (QxMDCalculator).

Результаты исследования: При исследовании параметров функционального состояния почек у больных с ХСН 1 группы у 20-х больных (25%) из 80 была выявлена МАУ. Клиренс сывороточного креатинина в данной группе составил 89,0±8,49 мкмоль/л, а уровень СКФ составил 88,58±8,36 мл/мин. При развитии МС во II группе больных у 41-х больных из 77-х отмечалась МАУ (53,2%). Установлено также снижение СКФ на 19,3% (P<0,01) при повышении уровня сывороточного креатинина на 22,7% (P<0,01) в отличие от данных I группы исследования. Дальнейший анализ параметров ренальной функции в III группе ХСН выявил значимое снижение СКФ (на 29,8%; P<0,001) при значительном повышении уровня креатинина крови (на 31,8%; P<0,001) по отношению к данным I группы. Также в III группе больных с ХСН и МС (+$СД_2$) у 47 больных (74,6%) из 75 была выявлена микроальбуминурия. При сопоставлении показателей ренальной функции между II и III групой исследования отмечалась достоверная разница уровня клиренса креатинина крови и скорости клубочковой фильтрации на 21,3% и 20,1% (P<0,005) соответственно. По данным классификации ХБП в I группе больных с ХСН ХБП I стадии выявлена у 39,3%, во II группе у 28,6% и в III группе у 19,4%. ХБП II стадии выявлялась в I группе у 46,4%, во II группе у 50% больных. У 46,9% имело место ХБП II-й стадии заболевания в III группе исследования. Также во II у 21,4% и III группе у 43,7% была выявлена III стадия ХБП.в I группе у 35% имело место высокий риск, у 53,6% отмечался умеренный и у 14,3% низкий комбинированный риск развития ССО при кардиоренальном синдроме.

Заключение. Таким образом, МС у больных с ХСН усугубляет нарушение функции почек, которая развивалась в качестве одного из главных патогенетических звеньев ХСН. Установлено, что по мере прогрессирования МС (присоединение $СД_2$ к другим компонентам МС) нарастают явления функциональной недостаточности почек. Нарушение функционального состояния почек, выраженность и характер этой дисфункции зависит от наличия и характера представленности компонентов МС.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА МАКРОВАСКУЛЯР АСОРАТЛАР ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ НАЗОРАТИ

БАДРИТДИНОВА М.Н., ТАИРОВ М.Ш., ЯЗМУРАДОВ Ф.А.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

РИКИАТМ Бухоро вилоят минтақавий филиали

Мақсад: қандли диабети (ҚД) бор беморларда юрак қон-томир касалликларини кўп омилли назорати самарадорлиги баҳолаш.

Материал ва услублар. Тадқиқот ишлар вилоят эндокринология диспансерида олиб борилди. Бир босқичли тадқиқот ўтказиш учун углевод алмашинуви декомпенсацияси туфайли 1-ва 2-тип ҚД билан касалхонага ётқизилган 45 та беморнинг касаллик тарихи тасодифий танлаб олинди. 17 та бемор 1-тур ҚД (12 эркак ва 5 аёл, ўртача ёши 30±6 ёш, касаллик давомийлиги 8,7±5,96) ва 28 беморда –2-тур ҚД (16 эркак ва 12 аёл, ўртача ёши 58±6,3 ёш, касаллик давомийлиги – 9,4±5,34). Умумий касаллар сонига нисбатан 12 (30%) беморда касалхонага тушган пайтида ҚДнинг макроваскуляр асоратлари (ЮИК, инфарктдан кейинги кардиосклероз, оёқ артерияларининг облитерланган атеросклерози, цереброваскуляр касаллик, бош мияда қон айланиши ўткир бузилишлари асоратлари) бор эди. Ҳамма беморларда липид спектри, артериал қон босими (АҚБ), гликирланган гемоглобин (HbA1c) ва антропометрик маълумотлар– тана массаси индекси, бел айланаси кўрсаткичлари баҳоланди.

Натижалар**.** Олинган натижалар шуни кўрсатдики 2-тур ҚД бор беморларнинг 18тасида (64%) ва 1-тур ҚД борларнинг 5 тасида (35,29%) семизлик, 2 -тур ҚД бор 7та (32,1%) ва 1-тур ҚД бор беморнинг 7тасида (41,17 %) ортиқча тана вазни (ОТВ) аниқланди. Абдоминал семизлик ҚД бор 15 аёл ва 12 эркакда аниқланди. Шу билан бирга, семизлик аниқланган беморларга тана массасини камайтириш мумкин бўлган тегишли терапия буюрилмаган. Семизлик ва ОТВ аниқланган 1 тур ҚД бор беморларга инсулин дозалари етарли даражада танланмаган. Гипогликемик терапия– 6% беморлар фақат перорал гипогликемик воситалар, 6% перорал воситалар билан биргаликда комбинацияланган терапия, 41% беморлар перорал воситалар инсулин билан бирга комбинацияланган терапия ўтказилган. 50% беморлар инсулин билан монотерапия (35,29% 1-тур ҚД бор беморлар, ва 14,28 % – 2-тур ҚД билан) қабул қилишган. Қондаги қанд миқдорини пасайтирувчи перорал дори воситаларини фақат 2-тур ҚД бор беморлар қабул қилган. HbA1c нинг ўртача миқдори 11,55% ни ташкил қилди. Макроваскуляр асоратлари кузатилмаган беморларда HbA1c даражаси 15,5% ҳолларда, макроваскуляр асоратлари бўлган беморларда 17,7% да мақсадли кўрсаткичлар доирасида эди. Макроваскуляр асоратлар бўлмаган ҚД бор беморлар гуруҳида фақат 22,2% липид спектрининг мақсадли кўрсаткичлари кузатилган ва беморларнинг бирортасига амбулатория шароитида липидларни камайтирадиган терапия буюрилмаган. Макроваскуляр асоратлар бўлган ҚД бор беморлар гуруҳида липид спектри кўрсаткичлари 17,7% ҳолларда мақсадли диапазонда эканлиги аниқланди, шу билан бирга беморларнинг 13,3% липидлар миқдорини камайтирувчи терапия олган, фақат 1 нафар (2,2%) беморда липидларнинг мақсадли даражасига эришилган. Касалхонага ётқизилишдан олдин беморларнинг 53,3% антигипертензив терапия (ангиотензинга айлантирувчи фермент ингибиторлари билан монотерапия, β-блокаторлар билан монотерапия ёки комбинацияси) олишган. Касалхонага ётқизилган пайтда АҚБнинг мақсадли кўрсаткичлари барча беморларнинг 80%да ва макроваскуляр асоратлари бўлган беморларда 58,3% да қайд этилган.

Хулосалар. Шундай қилиб, қандли диабет бор беморларда артериал қон босими яхши назорат қилиниши, абдоминал семизлик, липидлар спектри ва углевод алмашинуви назорати паст даражада эканлиги аниқланди. Қандли диабет макроваскуляр асоратларининг хавф омилларини замонавий босқичда модификацияси, айниқса юрак қон-томир касалликлари ташхиси қўйилган беморларда қийинроқ кечадиган вазифадир. Шунинг учун бирламчи буғин мутахассислари қандли диабети бор беморларда липид спектри ва углевод алмашинуви коррекциясига кўпроқ эътибор беришлари керак.

МЕТАБОЛИК АСОРАТЛАНГАН СЕМИЗЛИКДА ЛЕПТИН (LEP) ГЕНИНИНГ G2548A ПОЛИМОРФИЗМИ АЛЛЕЛ ВА ГЕНОТИПЛАРИНИ УЧРАШ ДАРАЖАСИ

Р.К.ДАДАБАЕВА

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги. Жаҳонда семизлик ва метаболик синдромнинг юзага келишида генетик омилларнинг тутган ўрнини баҳолашга қаратилган қатор илмий изланишлар олиб борилмоқда. Бу борада ўзбек миллатига мансуб фертил ёшдаги аёллар орасида семизлик ва метаболик синдром шаклланишининг патогенетик асосларини аниқлаш, патогенетик аҳамиятга эга бўлган ген полиморфизмлари, жумладан, лептин (LEP) ва унинг рецепторлари (LEPR) ни кодловчи генларнинг мос равишда G2548A полиморфизмларини метаболик асоратланган семизлик (МАС) аниқланган фертил ёшдаги аёлларда тарқалганлигини асослаш муҳим аҳамият касб этади. Шу сабабли мазкур муаммога оид илмий изланишлар ҳозирги вақтда долзарб бўлиб қолмоқда.

Изланишнинг мақсади: Ўзбек миллатига мансуб туғруқ ёшидаги аёллар (ТЁА) орасида МАСда генлар полиморфизмини тутган ўрнини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Илмий изланиш Тошкент шахрининг 15–49 ёшли ўзбек миллатига тегишли 224 та аёл иштирокида ўтказилди. Беморларда умумклиник текширувлар ва лаборатор тахлиллар ўтказилиб, шу билан бирга, лептин (LEP) ва унинг рецепторлари (LEPR) ни кодловчи генларнинг мос равишда G2548A полиморфизмлари ўрганилди.

Олинган натижалар таҳлили. Тадқиқотимизнинг ушбу босқичида семизликнинг фенотиплари шаклланишида номзод генларни аҳамиятини ўргандик. Кузатувдаги МАС гуруҳида LEP генининг G2548A полиморфизмини GG, GA ва AA генотиплари учраш сони аниқланганда, уларнинг тарқалганлиги мос равишда 48,1, 37,6 ва 14,3% ни ташкил этди. Назорат гуруҳида эса G2548A полиморфизмининг генотиплари 22,2% – GG, 35,6% – GA ва 42,2% – AA шаклида учради. Ушбу гуруҳда G2548A полиморфизмининг A аллели 33,1%, G аллели эса 66,9% ҳолатларда учраган бўлса, назорат гуруҳида ушбу кўрсаткичлар тескари нисбатда, яъни A аллели 60,0%, G аллели 40,0% ҳолларда аниқланди

МАС гуруҳида G аллел [$\chi^2 = 19,2$; нисбий муносабат (OR) – 3,0; 95% ишонч оралиғи (C.I.) – 1,853 – 4,968; $p < 0,001$] ва GG генотип [$\chi^2 = 8,3$; OR – 3,2; C.I. – 1,487 – 7,087; $p = 0,005$] назорат гуруҳи кўрсаткичларига қараганда мос равишда (40,0 га қарши 66,9%) 1,7 ва (22,2 га қарши 48,1%) 2,2 баробар кўп учраб, улар иштирокида метаболик асоратланган семизлик ривожланиш эҳтимоли ишончли даражада юқорилиги маълум бўлди. A аллел [$\chi^2 = 20,0$; OR – 0,3; C.I.– 0, 201 – 0,540; $p < 0,001$] ва AA генотип [$\chi^2 = 14,0$; OR– 0,2; C.I.– 0,106 – 0,490; $p < 0,001$] МАС гуруҳида назорат гуруҳи кўрсаткичларига қараганда мос равишда (60,0 га қарши 33,1%) 1,8 ва (42,2 га қарши 14,3%) 2,9 баробар кам учради ва уларни МАС юзага келишида ишончли даражада протектив самарага эгалиги маълум бўлди.

GA генотипини МАС гуруҳида семизлик ривожланишига нисбатан ҳавф омили сифатида учраши 0,602 ни, назорат гуруҳида ушбу кўрсаткич 0,552 ни ташкил этди, яъни МАС гуруҳида ушбу генотип соғлом шахсларга нисбатан 1,1 баробар кўп учрасада, ушбу фарқ ишончли эмаслиги қайд этилди ($\chi^2 = 0,004$; OR = 1,1; CI 95%–0,540–2,208; $p = 0,9$).

Шунингдек, G2548A полиморфизмининг G аллелини МАС гуруҳида учраш ҳавфи 2,023 ни, назорат гуруҳида 0,667 ни ташкил этди ва бу ушбу аллелни МАС гуруҳида соғлом шахсларга нисбатан 3,0 баробаргача ишончли даражада кўп учраши ва уни МАС ривожланишига нисбатан ишончли агрессив ҳусусиятга эгалигини билдиради ($\chi^2 = 19,2$; $p < 0,001$).

Ушбу полиморфизмнинг A аллелини учраш ҳавфи МАС гуруҳида 0,494, назорат гуруҳида 1,500 ни ташкил этди ва бу ушбу аллелни соғлом шахсларда МАС аниқланган беморларга нисбатан 3,0 баробаргача ишончли даражада кўп учраши ва уни МАС ривожланишига нисбатан ишончли протектив ҳусусиятга эгалигини англатади ($\chi^2 = 20,0$; $p < 0,001$).

МСС гуруҳида LEP генининг G2548A полиморфизмини GG, GA ва AA генотиплари учраш сони аниқланганда, уларнинг тарқалганлиги мос равишда 33,0, 36,3 ва 30,7%ни ташкил этди.

Хулосалар. Олинган маълумотлардан хулоса қиладиган бўлсак, метаболик асоратланган семизлик мавжуд бўлган ўзбек миллатига тегишли туғруқ ёшидаги аёлларда LEP гени G2548A полиморфизмининг G аллели ва GG генотипини ташувчиларда ТВИ юқори бўлиши, уларни ТВИ ошиши ҳамда МАС ривожланишига агрессив таъсир қилиши, A аллели ва AA ҳамда GA генотиплари семизликнинг I ва II даражасида унинг III даражасига нисбатан кўпроқ учраганлиги, ушбу аллел ва генотипларни ТВИ ошишига нисбатан протектив самарага эгалигини билдиради.

СЕМИЗЛИККА ЧАЛИНГАН АЁЛЛАРДА БУЙРАК ТЎҚИМАЛАРИ ЗАРАРЛАНИШИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ

Р.К.ДАДАБАЕВА

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги. Жаҳонда семизлик ва метаболик синдромнинг юзага келишида муҳим нейроэндокрин жараёнларни бошқарувчи биологик фаол моддалар ҳамда генетик омилларнинг тутган ўрнини баҳолаш, шунингдек, ушбу патологияда аъзоларнинг субклиник шикастланиши, жумладан буйрак дисфункциясини эрта аниқлашга қаратилган қатор илмий изланишлар олиб борилмоқда. Бу борада ўзбек миллатига мансуб аёллар орасида семизлик ва метаболик синдром шаклланишининг патогенетик асосларини аниқлаш, хусусан, уларда юзага келадиган аъзо ва тўқималарни шикастланишида биологик фаол моддалар – лептин, уромодуллин, цистатин С, яллиғланиш олди цитокинларини тутган ўрнини баҳолаш, уларни ушбу патология кечиши ҳамда буйраклар дисфункцияси ривожланишидаги тутган ўрнини асослаш муҳим аҳамият касб этади. Бинобарин, семизлик оқибатида юзага келадиган метаболик асоратлар ҳамда буйраклар зарарланишини эрта босқичларда аниқлаш ва уларни олдини олиш, беморларнинг клиник ҳолати ҳамда ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган тадбирларни такомиллаштириш мазкур муаммога оид илмий изланишларнинг долзарб йўналиши бўлиб қолмоқда.

Изланишнинг мақсади: Ўзбек миллатига мансуб туғруқ ёшидаги аёллар орасида семизлик ва метаболик синдромда юзага келадиган буйраклар тўқималарини зарарланишида биологик фаол моддаларни тутган ўрнини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Илмий изланиш Тошкент шахрининг 15–49 ёшли ўзбек миллатига тегишли 224 та аёл иштирокида ўтказилди. Дастлаб беморларда умумклиник текширувлар ва лаборатор тахлиллар ўтказилиб, уларнинг антропометрик кўрсаткичлари баҳоланди (ЖССТ, 2016). Шу билан бирга, цистатин С, микроальбуминурия миқдори, ҳКФТ кўрсаткичлари ўрганилди.

Олинган натижалар таҳлили. Биз ушбу босқичда метаболик асоратланган семизлик (МАС) ва метаболик соғлом семизлик (МСС) гуруҳларида буйраклар функционал ҳолатига клиник-метаболик бузилишлар Миллий тавсияномаларга мувофиқ, буйракларнинг функционал ҳолатига креатинин (CKD-EPI формуласи) ва цистатин С (умумқабул қилинган формула) ёрдамида ҳисобланган коптокчалар фильтрацияси тезлиги (ҳКФТ) ни аниқлаш орқали қиёсий баҳо берилди.

Қиёсий гуруҳларда қон зардобидаги креатинин миқдори меъёридалиги қайд этилиб, унинг асосида аниқланган ҳКФТ кўрсаткичи 1-гуруҳда 95,6±1,3, 2-гуруҳда 96,8±0,9, назорат гуруҳида 103,3±1,4 мл/мин/ 1,73 м² ни ташкил этди ($p_{1-2}<0,05$; $P_{1-3;2-3}<0,001$) ва патологик оғишлар аниқланмади.

2– ва назорат гуруҳларида цистатин С миқдори ва ҳКФТ бир биридан фарқланмади, аммо 1-гуруҳда унинг миқдори 2– ва назорат гуруҳи кўрсаткичларидан ишонарли ошганлиги аниқланиб ($p<0,001$), ҳКФТ 90,4±1,4 мл/мин/ 1,73 м² га тенг бўлди.

1-гуруҳда CKD-EPI формуласи асосида ҳКФТ аниқланганда, 23 (17,3%) нафар беморларда ҳКФТ<80 мл/мин/1,73 м²ни, 12 (9,0%) нафар беморларда ушбу кўрсаткич>120 мл/мин/1,73 м²ни ташкил этди. Ушбу гуруҳда цистатин С орқали ҳКФТ аниқланганда, 31 (23,3%) нафар беморларда ҳКФТ<80 мл/мин/1,73 м²ни, 16 (12,0%) нафар беморларда ушбу кўрсаткич>120 мл/мин/1,73 м²ни ташкил этди. МСС гуруҳида CKD-EPI формуласи асосида ҳКФТ аниқланганда, 10 (11,0%) нафар беморларда ҳКФТ<80 мл/мин/1,73 м²ни, 7 (7,7%) нафар беморларда ушбу кўрсаткич>120 мл/мин/1,73 м²ни ташкил этган бўлса, ушбу гуруҳда цистатин С орқали ҳКФТ аниқланганда, 12 (13,2%) нафар беморларда ҳКФТ<80 мл/мин/1,73 м²ни, 11 (12,1%) нафар беморларда ушбу кўрсаткич>120 мл/мин/1,73 м² га тенглиги маълум бўлди.

Аниқландики, ҳар иккала гуруҳларда ҳам CKD-EPI формуласига қараганда цистатин С ёрдамида ҳКФТни муқобил кўрсаткичлардан пасайганлиги ($\chi^2=4,2$; $p=0,041$) ва гиперфильтрацияли беморлар сонини кўпроқ аниқлаш имконияти тўғилиши маълум бўлди ($\chi^2=4,7$; $p=0,03$).

Шунингдек, CKD-EPI формуласи ёрдамида ҳКФТнинг муқобил кўрсаткичи аниқланганлар улуши 1-гуруҳда 74%ни, цистатин С дан фойдаланилган ҳолда аниқланган ушбу кўрсаткич 65% ни ташкил этган бўлса, 2 – гуруҳда ушбу кўрсаткичлар нисбати 81 га қарши 75%ни ташкил этди ($\chi^2=4,5$; $p=0,034$).

Демак, семизлик мавжуд шахсларда ҳКФТ аниқлаш орқали буйрак дисфункциясига эрта ташхис қуйиш мумкин. Бунда, стандарт бўлмаган тана тузилишига эга, шунингдек, семизликнинг фенотипларида ушбу патологияни эрта даврларда ташхислаш мақсадида ҳКФТни қон зардобидаги цистатин С миқдорига асосланган ҳолда аниқланиши мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Хулосалар. Юқорида кўрсатилганлар асосида семизлик мавжуд бўлган ўзбек миллатига тегишли туғруқ ёшидаги аёлларда:

1.CKD-EPI формуласи ёрдамида ҳКФТ аниқлаш орқали буйрак дисфункциясига эрта ташхис қуйиш мумкин;

2.Семизликнинг фенотипларида буйраклар функционал ҳолатини баҳолаш учун ҳКФТни цистатин С орқали аниқланиши буйрак дисфункциясини бошланғич патогенетик босқичларидан бири ҳисобланган гиперфильтрация, шунингдек, клиник намоён бўлмаган гипофильтрацияни барвақт ташхислаш имконини яратади.

ЗНАЧЕНИЕ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

КАЮМОВ У. К., НУРИЛЛОЕВА Ш.Н.

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г.Бухара

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости основных компонентов метаболического синдрома при различных категориях гипергликемии.

Методы исследования: Р**епрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 20 до 59 лет в количестве** 793 **человек**. Исследование было проведено в 4-поликлиники г. Бухары. Определение толерантности к глюкозе (проведение ТТГ, определение сахара крови после нагрузки через 1 час и через 2 часа). Измерение А/Д проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут и при оценке артериального давления (АД) учитывались средние значения 2-х измерений.

Результаты: Согласно полученным данным, среди лиц без гипергликемии частота АГ составляет 11,2%. При гипергликемии натощак и через 1 час после нагрузки глюкозой АГ встречался (26,9% и 27,0% соответственно) и превышает частоту АГ среди лиц с нормальной толерантностью к глюкозе в 2,4 раза. Среди лиц с гипергликемией через 2 часа после нагрузки глюкозой частота АГ достигает 40,3% и, практически в 4 раза превышает частоту АГ среди лиц без гипергликемии. Наибольшая частота АГ имеет место у больных СД, среди которых она встречается в 70,7% случаев. Частота ИМТ у больных с гипергликемией через 1 час после нагрузки глюкозой оказалась выше, чем у лиц с нарушением гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой и у больных с СД. Причём, частота ИМТ у больных СД была несколько ниже, чем у лиц с гипергликемией натощак. В целом, избыточный вес в 2 раза чаще встречается среди лиц с гипергликемией натощак и через 1 час после нагрузки глюкозой (57,69% и 57,23% соответственно), чем при нормальных уровнях гликемии (27,77%). Наибольшая частота избыточного веса (ИМТ+ ожирение) имеет место при гипергликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой и при СД (82,09% и 80,49). АО встречается при нормальной толерантности к глюкозе (32,74%). При гипергликемии натощак частота АО в 1,8 раз выше (42,31%), а при нарушении гликемии через 1 час после нагрузки глюкозой в 2,2 раза выше (50,94%), чем при нормальных уровнях гликемии. Наиболее высокие показатели частоты встречаемости АО имеют место у больных СД (80,49%) и в группе лиц с нарушением гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой (74,63%). Частоты встречаемости ГХ наблюдаются среди лиц с нормальными уровнями гликемии и при гипергликемии через 1 час после нагрузки глюкозой (10,88% и 9,09% соответственно). Частота ГХ среди лиц с гипергликемией натощак и через 2 часа после нагрузки глюкозой в 3,3 и 2,2 раза выше, чем при нормальных уровнях гликемии (33,33% и 24,0%). Как и ожидалось, наибольшая частота ГХ имела место у больных СД (47,06%). ГТГ у лиц с гипергликемией натощак (26,0%) и через 1 час после нагрузки глюкозой (23,21%), чем у лиц с нормальными уровнями гликемии (20,21%). Статистически значимо ($p < 0,05$) отличаются более высокие показатели частоты ГТГ в группе лиц с гипергликемией через 2 часа после нагрузки глюкозой (31,0%) и у больных СД (59,41%) от группы лиц с нормальными уровнями гликемии.

Вывод. Таким образом, при нарушение различных фаз гликемической кривой имеет место более высокая частота основных компонентов МС: АГ, ИМТ, ожирение, АО и гиперлипидемия. Эти компоненты в большей степени связаны с постнагрузочной гипергликемией, в том числе и с нарушением симпатоадреналовой фазы гликемической кривой.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

МУХАМЕДОВА М.Г., ТАШХОДЖАЕВА А.А.

ВМА ВС РУз, ВМНИИ, ЦРПКМР при МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования: изучить особенности кардиоваскулярного статуса у лиц с ожирением включая ВСР.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 42 больных с ожирением. Средний возраст больных 35,75±3,29лет, ИМТ у представителей основной группы – более 30кг/см2. Всем больным проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма, общеклинические исследования. Контрольная группа состовляла 20 здоровых лиц. Статистический анализ включал расчет средних арифметических величин и стандартного отклонения исследуемых параметров и корреляционный анализ показателей гемодинамики и ВСР.

Результаты исследования. Сравнение показателей ВСР показало, что при сопоставимых значениях средней арифметической NN и количества NN, равных моде, амплитуда моды в группе у пациентов с ожирением превышала показатель в КГ (p005 что может свидетельствовать о меньшей вариабельности сердечного ритма в группе пациентов с ожирением. Для маркеров высокочастотного компонента ВСР, обусловленного активностью парасимпатического звена регуляции межгрупповые сравнения также продемонстрировали достоверные различия. Показатели, свидетельствующие о вкладе в структуру ВСР колебаний с цикличностью менее 5 минут (SDNNi) был снижен у больных группы с ожирением по сравнению с КГ и группой О (p0,001 для обоих сравнений). Индексы, предложенные Р.М. Баевским для описания соотношения вклада различных регуляторных механизмов в формирование ВСР продемонстрировали смещение равновесия регуляции.

Заключение. Исследование показало суточный профиль ЧСС у лиц с ожирением характеризуется монотонностью, что проявилось увеличением амплитуды моды ЧСС, снижением показателей общей вариабельности ритма – SDNN, триангулярного индекса, низкочастотной компоненты ВСР – SDANN, SDNNi и высокочастотной компоненты ВСР – RMSSD, NN50, pNN50, смещением регуляторных механизмов сердечного ритма в сторону преобладания симпатических механизмов над парасимпатическими и центральных механизмов над автоматическими.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА КУРЕНИЯ

НАХРАТОВА О.В., ЦЕНТЕР И.М., СВАРОВСКАЯ П.К., ЦЫГАНКОВА Д.П., БАЗДЫРЕВ Е.Д., АРТАМОНОВА Г.В.

Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово 650002, Российская Федерация

Введение. Курение и ожирение относятся к модифицированным факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Доказана высокая связь курения и абдоминального ожирения, однако до сих пор курение в развитие ожирения как фактора возникновения ССЗ воспринимается по-разному, ввиду использования разных критериев ожирения.

Цель. Оценить распространенности ожирения (с учетом различных критериев) в зависимости от статуса курения среди разных половозрастных групп населения.

Материалы и методы. В исследование включено 1600 жителей Кузбасса в возрасте 35–70 лет. Из которых 1124 (70,3%) лица женского и 476 (29,7%) мужского пола. Все участники были разделены на три возрастные группы: 35–49 лет, 50–59 лет, 60–70 лет. В ходе опроса уточнялся факт курения, с учётом статуса сформированы три группы: не курящие (лица, которые на протяжении всей жизни не курили), бывшие курящие (лица, которые на момент исследования отказались от курения в течение 12 месяцев до начала исследования), курящие (курят по крайней мере, 1 табачный продукт ежедневно в течение предыдущих 12 месяцев, включая тех, кто бросил курить в течение текущего года). Изучение показателей ожирения проводилось по нескольким критериям: индекс массы тела (ИМТ), соотношение объём бедер к объёму талии (ОТ/ОБ), объём талии (ОТ), уровень висцерального ожирения, (УВЖ), индекс висцерального ожирения (ИВЖ). Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы «Statistica 6.0».

Результаты. Среди мужчин, отказавшихся от курения, ожирение было выявлено по критериям: УВЖ у 63,8% (p<0,001), ИМТ у 45,2% (p=0,001), ОТ/ОБ у 82,5% (p=0,04), и ОТ у 68,9% (p<0,001) респондентов. Среди курящих мужчин распространенность ожирения варьировало от 26,3% до 67,6% (26,3% по ИМТ, 36,1% по ИВО, 41,3% УВЖ, 67,6% ОТ/ОБ). Среди некурящих женщин распространенность ожирения составила 74,8%, по параметру ОТ/ОБ, 77,6% по ОТ, 21,9% по УВЖ, 47% по ИМТ, 39,9% по ИВО, (p<0,001). Среди бросивших курить лиц женского пола самая высокая частота ожирения была выявлено по критерию ОТ/ОБ 77,9% и ОТ 75,2%, тогда как по ИМТ и ИВО частота была одинаковой (44,8% и 41,4%). Среди курящих женщин тенденция была аналогичной (по ОТ 72,9%, по о ОТ/ОБ 72,4 %), меньше всего было выявлено ожирение по УВЖ –18,2%. Гендерные различия в распространенности ожирения были определены, учитывая параметры ожирения по ОТ, УВО и ИВО. Некурящие мужчины в 3,2 раза реже имели ожирение по сравнению с женщинами по критерию ОТ/ОБ, но при этом по УВЖ в 2,7 раза чаще имели ожирение, в отличии от женщин. Более старшие возрастные группы женщин имели ожирение чаще мужчин по критерию УВЖ (50–59 лет в 2,7 раза, в 60–70 лет в 4,4 раза); по критерию ОТ (в возрасте 50–59 лет в 8,2 раза чаще), в 60–70 лет в 12,7 раз. Среди курящих женщин ожирение имели чаще женщины по критериям ИМТ (м 26,9%, ж 73,1 p=0,001), ОТ/ОБ (м 47,7%, ж 52,3% p=0,036), ИВО (м 35,5%, ж 64,5% p=0,013) в возрасте 60–70 лет.

Вывод: распространенность ожирения у мужчин варьирует от разного статуса курения и различных параметров для оценки ожирения. Минимальный процент ожирения наблюдается среди курящих мужчин, используя критерий ИМТ, ИВО. Максимальный процент ожирения наблюдался среди бросивших курить мужчин по критериям ОТ/ОБ и ИМТ. Среди женщин, куривших и бросивших курить самый больший процент ожирения отмечался по критериям ОТ, ОТ/ОБ. Гендерные различия в распространенности ожирения были определены, учитывая параметры ожирения по ОТ, УВО и ИВО.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Г.К.ОВЕЗОВА, Г.Г.АННАМЫРАДОВА, Г.Г.РОЗЫЕВА, ДЖ.Г.МУХАММЕДОВА

Государственный медицинский университет имени Мурата Гаррыева, Ашхабад, Туркменистан

Цель работы. Изучить взаимосвязь уровня артериального давления и уровня глюкозы крови, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности и триглицеридов.

Материалы и методы. В исследование были включены 46 больных с артериальной гипертензией, которое проводилось в Лечебно-консультативном центре им. С.А.Ниязова. Из них 26 мужчин и 20 женщин в возрасте 35–55 лет, которые были разделены на 2 группы, различающиеся по приёму медикаментозной терапии. Пациенты из первой группы получали монотерапию ингибитором АПФ, а из второй группы комбинированную терапию ингибитором АПФ, диуретиками и диетой. Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, длительности артериальной гипертензии, средним значениям систолического и диастолического АД, индекса массы тела и окружности живота. Также было проведено электро– и эхокардиографическое исследование. Всем больным при поступлении в стационар было проведено антропометрическое обследование: рост, вес, индекс массы тела и окружность живота. В крови определяли концентрацию триглицеридов, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности и глюкозы.

Результаты. В группе обследуемых с артериальной гипертензией показатели систолического АД достоверно коррелировали с уровнем глюкозы (p<0,05), общего холестерина (p<0,05), триглицеридов (p<0,05), липопротеидов низкой плотности (p<0,01), индексом массы тела (p<0,01). Цифры диастолического АД достоверно коррелировали с уровнем глюкозы (p<0,01), индексом массы тела (p<0,01).

Выводы. Обнаруженная взаимосвязь уровней АД с уровнем гликемии, индексом массы тела, уровнем холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов указывает на необходимость коррекции артериальной гипертензии у больных патогенетической гипотензивной терапии, повышения физической активности и соблюдения диеты.

ГОРМОНЫ ЖИРОВОЙ ТКАНИ И МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

ПОЛОНСКАЯ Я.В.[1,2], КАШТАНОВА Е.В.[1,3], ЛЕДОВСКИХ С.Р.[1], СТАХНЕВА Е.М.[1], ШРАМКО В.С.[1], САДОВСКИЙ Е.В.[1], ГАРБУЗОВА Е.В.[1], РАГИНО Ю.И.[1]

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», Новосибирск, Россия.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия
Новосибирский государственный технический университет, Новосибирск, Россия

Введение: Всё больше исследований посвящено изучению влияния ожирения, прежде всего абдоминального, на атеросклероз и сердечно-сосудистые заболевания. Данные свидетельствует о том, что жировая ткань вырабатывает большое количество адипоцитокинов, оказывающих как проатерогенное, так и антиатерогенное действие. Избыточное накопление липидов в жировой ткани вызывает дисфункцию адипоцитов, в результате повышается секреция проатерогенных адипоцитокинов в кровоток, что приводит к повреждению эндотелия и к образованию атеросклеротической бляшки, которая, при дисбалансе металлопротеиназ (ММП), может перейти в нестабильное состояние. Патофизиологические процессы, лежащие в основе влияния гормонов жировой ткани на уровень ММП, которые могут вносить вклад в патогенез атеросклероза, не достаточно изучены.

Цель: изучить уровни гормонов жировой ткани и металлопротеиназ у пациентов с верифицированным коронарным атеросклерозом, и оценить ассоциации изучаемых биомаркеров с абдоминальным ожирением.

Материалы и методы: В исследование включили 96 мужчин в возрасте 58,9±5,1 лет: 80 мужчин – с верифицированным атеросклерозом и стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса и 16 мужчин без атеросклероза. Все пациенты заполняли Информированное согласие на участие в исследовании. У всех исследуемых проводилось измерение антропометрических показателей и забор крови натощак. Методом мультиплексного анализа в крови определяли уровень адипонектина, лептина, резистина, адипсина, амилина, металлопротеиназ (ММП) – 1, –2, –3, –7, –9, –10, –12, –13. Статистическая обработка результатов проводилась в программе SPSS 13.0.

Результаты: у пациентов с выраженным атеросклерозом по сравнению с контрольной группой были выше уровни липокалина; ММП–1; ММП–7; ММП–12. Концентрация в крови адипонектина у пациентов с атеросклерозом была снижена. Выявлена обратные ассоциации между окружностью талии и концентрациями ММП–1 и ММП–12, индекса массы тела с ММП–1; обнаружена прямая связь средней силы между уровнями резистина и ММП–2 и ММП–3; амилина с ММП–9; адипонектина с ММП–12; лептина с ММП–7.

Выводы: Полученные результаты позволяют говорить о связи между уровнем маркеров деструкции и гормонами жировой ткани, которые ведут к развитию осложнений сердечно-сосудистых заболеваний и объясняют влияние ожирения на дестабилизацию атеросклеротической бляшки.

ОЦЕНКА ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ КАК ФАКТОРА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

РАСУЛОВА З.Д., НУРИТДИНОВА М.Д.

Центральная консультативно-диагностическая поликлиника №1 Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан

Цель: оценить показатели висцерального ожирения у лиц с высоким сердечно-сосудистым риском (ССР).

Материал и методы. Всего было обследовано 124 лиц в возрасте с 40–70 лет с высоким и очень высоким ССР и индексом массы тела (ИМТ) более 25 кг/м^2. 1 группу составили 20 лиц с низким и умеренным риском, 2 группу составили 55 лиц без коронарогенных заболеваний с высоким и очень высоким ССР по SCORE2, 3 группу – 49 больных с диагностированными коронарогенными заболеваниями и очень высоким ССР. Обследование включало: оценка массы тела МТ, роста, объема талии (ОТ) и бедер (ОБ), АД,

определение в сыворотке крови холестерина ХС, липопротеидов низкой плотности ХС-ЛНП, триглицеридов ТГ, липопротеидов высокой плотности ХС-ЛВП, глюкозы; оценивали 10-летний риск смерти и смертельных случаев ССЗ по опроснику SCORE–2; оценка композиционного состава тела методом биоимпедансного анализа. Для оценки состояния жирового обмена также использовались специальные высокоспецифичные в отношении сердечно-сосудистых рисков и смертности индикаторы, такие как: индекс МТ (ИМТ=кг/рост, м^2); отношение ОТ/ОБ; накопление липидных продуктов (LAP) исследовалось по Kahn, LAP=(ОТ (см)–65)×ТГ; индекс висцерального ожирения (ИВО) рассчитывался по Amato, ИВО=ОТ(см)/[39,68+(1,88*ИМТ(кг/м^2)]×(ТГ(ммоль/л)/1,03)×(1,31/ЛПВП(ммоль/л), % содержания жировой массы оценивали с помощью уравнения Deurenberg.

Результаты исследования. Анализ результатов исследований показал, что в 1, 2, 3 группах и группе контроля показатели жирового обмена составили: ИМТ – 31,5±5,6 (p<0,05 с контролем), 32,3±3,6 (p<0,05 с контролем), 34,5±4,5 (p<0,05 с контролем) и 23,2±2,50, % жировой ткани – 32,1±7,1, 38,1±6,4 (p<0,05 с контролем), 41,4±5,4 (p<0,05 с контролем) и 25,3±7,01%; % висцерального жира (по данным биоимпендансного анализа состава тела в норме менее 12) – 10,2±3,1, 14,3±5,7 (p<0,05 с контролем), 15,4±4,8 (p<0,05 с контролем) и 7,17±1,54 соответственно; ОТ – 98,9±10,7 см (p<0,05 с контролем), 105,0±13,8 см (p<0,05 с контролем), 105,0±13,8 см (p<0,05 с контролем), и 74,7±5,4 см. Выявлена корреляционная связь ОТ с показателем внутреннего жира с коэффициентом корреляции r=0,74 и r=0,78 в 1 и 2 группе соответственно. Одним из новых методов оценки состояния абдоминальной жировой ткани является ИВО и LAP, маркеры дисфункции ВЖТ, который рассчитывается на основании антропометрических **–** ИМТ, ОТ, и метаболических показателей – ТГ, ЛПВП. В 1, 2, 3 и группе контроля ИВО составил – 2,0±0,5, 2,9±0,3 (p<0,05 с контролем), 3,1±0,3 (p<0,05 с контролем) и 1,5±0,2; отмечались достоверные различия в показателе LAP – 69,5±9,2 (p<0,05 с контролем), 72,5±8,5 (p<0,05 с контролем), 80,2±10,1 (p<0,05 с контролем), 40,1±9,2 соответственно; отмечалась корреляционная зависимость ИВО и LAP с уровнем ССР.

Заключение. Повышение показателей: ОТ, ИМТ, % висцерального жира, индексы ИВО и LAP являются индикаторами висцерального ожирения и ассоциированы с высоким кардиометаболическим риском.

2 ТУР ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА КОМОРБИДЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА КАРДИОМЕТАБОЛИК ХАВФ ОМИЛЛАРИ

ТАИРОВ М.Ш., БОЗОРОВА Н.З., АДИЗОВА Н.Д.

Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Бухоро вилоят минтақавий филиали;
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Мақсад. 2 **тур қандли диабет ва коморбидлик ҳолатлари бор беморларда кардиометаболик хавф омилларини ўрганиш.**

Материал ва услублар. Иш вилоят эндокринология диспансерида олиб борилди. 102 **нафар қандли диабети** (ҚД) **бор кардиоваскуляр хавфи юқори бўлган беморлар текширилди. Уларнинг ўртача ёши 52,4±**7,6 ёшни ташкил қилди. **Беморларнинг** клиник-анамнестик, антропометрик (бел айланаси (БА) ва тана вазни индекси (ТВИ), гемодинамик (артериал босим (АБ), биохимик (углевод ва липид) кўрсаткичлари таҳлил қилинди.

Натижа. Текшириш жараёнида макроангиопатия– юрак ишемик касаллиги 42,1% (43 беморда), оёқ томирлари атерсклерози 37,3% (38 беморда), бош мия томирлари атеро-**склерози 45,1% (46 беморда), сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) 17,6% (18 беморда) аниқланди. Назоратда бўлган беморларда 2 тур ҚД 96% (98 нафар беморда) ҳолларда гипертония касаллиги ва 34,3% (35 беморда) жигарнинг алкоголсиз ёғли касаллиги билан қўшилиб келганлиги кузатилди.** Жигарнинг алкоголсиз ёғли касаллиги ҚД кечишига таъсири ўрганилганда унинг липидлар спектрига сезиларли ўзгаришлар: триглицеридлар миқдори ошиши ва юқори зичликдаги липопротеидлар пасайиши аниқланди. Булар эса миокард инфаркти ва инсульт каби юрак қон-томир асоратларининг мустақил омиллари ҳисобланади. Текширилган беморлар орасида 15,7% (16 бемор) миокард инфаркти ўтказган, 17,6% (18 беморда) да мияда ўткир қон айланишнинг бузилиши кузатилган.

Хулосалар. Шундай қилиб, кардиоваскуляр хавф **омиллари мавжуд беморларда 2 тур қандли диабетнинг кечиши макроваскуляр асоратлар кенг тарқалиши билан тавсифланади.** Коморбидлик 2 тур қандли диабет декомпенсациясининг асосий омили бўлиб, касалликнинг кечиши ва прогнозини ёмонлаштиради.

COMPARATIVE ANTIARRHYTHMIC EFFICACY OF AKSARITMIN AND PROPAFENONE IN THE TREATMENT OF RECURRENT FORMS OF ATRIAL FIBRILLATION

KUCHKAROV H.SH., ZAKIROV N.U., MIRAHMEDOVA N.S.

Republican Specialized Scientific Practical Medical Center Of Cardiology, Tashkent, Uzbekistan

Background: Aksaritmin (the sum of nine deterpenoid alkaloids, including lappaconitini hydrobromidum) is an antiarrhythmic drug (conditionally belongs to the I C class) which is extracted from the roots and rhizomes of local plant – Aconitum septentrionale (tablet 25 mg).

Purpose: Evaluation of comparative preventive effectiveness of aksaritmin (Aks) and propafenone (Pr) and in patients with reccurent atrial fibrillation (AF) and without/minimal structural heart disease (ejection fraction is more than 50%).

Materials and methods: The study included 60 patients (31 men), mean age – 58.1±8,2 y.o. The inclusion criteria for patients in the study were: patients with recurrent forms of AF (frequent according to Levy – more than 2 episodes in 3 months). On the day of admission, all patients underwent a test of the necessary biochemical blood parameters, ECG, 24-hour ECG monitoring, transthoracic echocardiography. The patients were divided into 2: 1-group (n=30), Aks was prescribed in dose 75–112,5 mg per os daily (25–37,5 mg 3 times a day); 2-group (n=30), Pr was prescribed in dose 450–600 mg per os daily (150 mg 3–4 times a day). Statistical analysis was carried out by the STATISTICA 13.

Results: The main causes of AF in group 1 and group 2: hypertension – 24 (80%) and 22 (73.3%), chronic persistent myocarditis – 6 (20%) and 8 (26.7%) patients, respectively. The anamnesis of AF averaged 16.3±3.4 months in gr 1 and 15.2±3.8 months in gr 2. The mean score on CHA_2DS_2-VASc scale was 1.8 and 1.9, and 83.3% and 80% of patients were taking anticoagulant therapy respectively in the both groups. In group 1, a positive prophylactic efficacy (PPE) of Aks was observed in 29 (96.7%), 26 (86.7%), 24 (80%), 22 (73.3%) patients to 1-, 3-, 6– and 12-month follow-up. Of these, 26 (86.7%), 22 (73.9%), 16 (53.3%), 10 (33.3%) patients showed absolute preventive efficacy (APE) of the drug. In group 2, PPE of Pr was observed in 28 (93.3%) ($\chi2=0.359$; $P=0.5491$), 26 (86.7%) ($\chi2=0.000$; $P=1.000$), 23 (76, 7%) ($\chi2=0.095$; $P=0.7583$), 20 (66.7%) ($\chi2=0.306$; $P=0.5802$) patients at 1-, 3-, 6– and 12-month follow-up. Of these, 25 (83.3%), 21 (70%), 14 (46.7%), 8 (26.7%) patients showed APE of the drug. The recurrence rate of AF was 4.5±1.4 and 4.2±1.3 in the Aks and Pr group, respectively ($P=0.3933$). Against the background of antiarrhythmic therapy, the recurrence rate decreased to 0.7±1.1 and 0.8±1.3 at 3 months, to 0.8±1.0 and 1.1±1.0 at 6 months, to 1.2±1.1 and 1.4±1.2 at month 12, respectively, in both groups, which was statistically significant ($P<0.0001$).

Conclusion: The prophylactic efficacy of Aks at a dose of 75–112.5 mg/s in recurrent forms of AF is comparable to the “reference” drug Pr at a dose of 450–600 mg/s. The decrease in the preventive efficacy of Aks at stages (86.7%, 80% and 73.3% after 1-, 6– and 12 months of treatment) is more associated with a decrease in the proportion of patients with APE.

БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ ВА ТУРЛИ КОМОРБИД ҲОЛАТЛАР

ЗОКИРОВ Н.У., ЎРАЛОВ Ҳ.И, ИРИСОВ ДЖ.Б., ЎРИНОВ О.Ў.

Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади: Республика Ихтисослаштирилган Кардиология Илмий Амалий Тиббиёт Маркази (РИКИАТМ) да 2022-йил давомида бўлмачалар фибрилляцияси доимий, персистик ва парксизмал шаклларининг турли коморбид ҳолатлар билан бирга учраш даражасини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари: РИКИАТМ маслаҳат поликлиникаси 11 нафар кардиолог мутаҳассисларига 2022-йил январ ойидан 2022-йил декабрь ойигача бўлган муддатдаги, 18 ёшдан катта бўлган жами мурожаат қилган, 912 нафар бўлмачалар фибриллациясининг у ёки бу шакли ташхиси асосий касаллик ёки унинг асорати сифатида қўйилган беморланинг амбулатор карталари ўрганиб чиқилди. Мос равишда доимий, персистик ва пароксизмал шакллари 554 (60,8%), 85 (9,3%) ва 273 (29,9%) ни ташкил этди. Эркаклар 52,7%, аёллар 47,3%. Беморларнинг ўртача ёши эркакларда 58,3±12,1 ёш, аёлларда 62,75±11,2 ёшни кўрсатди.

Тадқиқот натижалари**:** ўрганиб чиқилган жами 912 нафар бўлмачалар фибриллациясиси мавжуд беморлар амбулатория карталари натижаларига кўра, беморларнинг 745 (81,7%) да юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ва ёки гипертония касаллиги (ГК), 164 (18%) нафарида юрак туғма ёки орттирилган нуқсонлари ва уларнинг асорати сифатида 11,6% ҳоллатларда ўпка иккиламчи гипертензияси, 101 (11%) да қандли диабет 2 тури, 72 (7,23%) нафарида қалқонсимон без функцияси гипер ёки гипотиреоз типида бузилишлари, 74 (7,9%) да ўпка сурункали обструктив касаллиги, 73 (7,86%) турли кардиомиопатиялар, 66 (7,2%) ни бош мия қон айланиши ўткир бузилиши ўтказган беморлар, 42 (4,6%) да миокардит ўчоқли ёки диффуз шакли, 28 (3%) да перикардит ва 20 (2,2%) нафар беморларда сурункали буйрак касаллиги мавжудлиги аниқланди. Шунингдек сурункали юрак етишмовчилиги ривожланган беморлар жами беморларнинг 85,3% (p=778) да ривожланган. ЮИК БФнинг барча турларида деярли бир хил фоиз кўрсаткичларда, ИККС, орттирилган юрак нуқсонлари, СЮЕ ривожланиши, ўпка гипертензияси, турли кардиомиопатиялар, перикардитлар ва ўпка касалликлари БФнинг доимий шаклида пароксизмал ва персистик шаклларига қараганда кўп миқдорда аниқланди p<0,05. Миокардит пароксизмал БФда, юрак аневризмалари ва сурункали буйрак касаллиги персистик шаклида бошқа шаклларига қараганда статистик аҳамиятга эга кўпроқ учраганлиги аниқланди p<0,05.

Хулосалар**:** бўлмачалар фибрилляция мавжуд беморларнинг ҳар ўнтадан саккизтасида ЮИК асосий касаллик сифатида аниқланди. Пароксизмал ва персистик БФ да миокардит, доимий шаклида эса юракнинг органик касалликлари кўп аниқланди. Эҳтимол, ушбу касалликлар бўлмачалар фибрилляциясининг ривожланишида этиологик омил сифатида ва/ёки БФ пароксизмал турининг персистик ёки доимий турига ўтиши учун кўприк вазифасини ўтаган бўлиши мумкин.

Шунингдек , юрак етишмовчилигининг юқори фоизларда ривожланганлиги ушбу ритм бузилиши учун ўз вақтида даволаш чоралари ўтказилишини талаб қилади.

Жадвал 1

	Доимий n=554	Персистик n=85	Пароксизмал n=273	
ЮИК, ГК	453 (81,7%)	69 (81,2%)	223 (81,7%)	P=1
ИККС	136 (24,5%)	17 (20%)	38 (14%)	p (2,1)=1; p(3,1)=0,00121; p(3,2)=0,68039
ЮЕ	504 (91%)	81 (95%)	193 (70,7%)	p (2,1)=1; p(3,1)=0,003; p(3,2)=0,01355
Туғма юрак нуқсонлари	19 (3,4%)	1 (1,2%)	7 (2,5%)	p (2,1)=1; p(3,1)=1; p(3,2)=0,8
Орттирилган юрак нуқсонлари	191 (34,5%)	23 (27%)	23 (8,4%)	p (2,1)=0,39895; p(3,1)=9,59861E–16; p(3,2)=0,00125
Ўпка гипертензияси	82 (14,8%)	8 (9,4%)	7 (2,56%)	p (2,1)=0,38458; p(3,1)=1,98756E–7; p(3,2)=0,20987

Кардиомиопатиялар	60 (10,8%)	6 (7%)	7 (2,56%)	p (2,1)=0,68849; p(3,1)=1,08282E–4; p(3,2)=0,53786
Миокардит	10 (1,8%)	8 (9,4%)	24 (8,8%)	p (2,1)=0,00499; p(3,1)=1,71515E–5; p(3,2)=1

Перикардит	25 (4,5%)	2 (2,35%)	1 (0,3%)	p (2,1)=0,86925;
				p(3,1)=0,00344;
				p(3,2)=1

Аневризма	14 (2,5%)	5 (5,88%)	1 (0,3%)	p (2,1)=0,004;
				p(3,1)=0,16571;
				p(3,2)=1,03817E–4

Қандли диабет	64 (11,5%)	4 (4,7%)	33 (12%)	p (2,1)=0,18384;
				p(3,1)=1;
				p(3,2)=0,1753

Семизлик	85 (15,4%)	8 (9,4%)	53 (19,4%)	p (2,1)=0,49434;
				p(3,1)=0,39937;
				p(3,2)=0,08442

Қалқонсимон без касалликлари	39 (7%)	6 (7%)	27 (9,9%)	p (2,1)=1; p(3,1)=0,46022 p(3,2)=1
Ўпка касалликлари	61 (11%)	6 (7%)	7 (2,56%)	p (2,1)=0,57949; p(3,1)=6,12806E–5 p(3,2)=0,55318
Тромбоз	28 (5%)	3 (3,5%)	11 (4%)	p (2,1)=1; p(3,1)=1 p(3,2)=1
Сурункали буйрак касаллиги	11 (2%)	6 (7%)	3 (1,1%)	p (2,1)=0,03655; p(3,1)=0,56443 p(3,2)=0,02128
Амилоидоз	1 (0,18%)	0	1 (0,35%)	p (2,1)=1; p(3,1)=1 p(3,2)=1
Онкологик касалликлар	7 (1,25%)	0	2 (0,7%)	p (2,1)=1; p(3,1)=1 p(3,2)=1

ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: ПОВЫШЕННЫЙ РИСК ИНСУЛЬТА

***ИГАМБЕРДИЕВА* Р.Ш., АБДУЛЛАЕВ Ш.С.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) часто сопровождается фибрилляцией предсердий (ФП). Согласно недавно опубликованным данным, частота впервые возникшей ФП среди событий ОИМ варьировала от 4,5% до 10,9% в клинических условиях. ФП была связана с более чем двукратным увеличением риска смертности. Однако остается неясным, связана ли впервые возникшая ФП, которая была преходящей во время госпитализации, с долгосрочными нежелательными явлениями в этой популяции.

Цель. Оценить клиническое влияние впервые возникшей ФП на смертность и инсульт после выписки в зависимости от наличия и особенностей ФП у госпитализированных пациентов с ОИМ.

Материалы и методы исследования**.** В исследование были включены 1261 пациента с ОИМ. Пациенты с любым типом ФП в анамнезе или пациенты со смертью в больнице были исключены. Диагноз ФП устанавливался на основании данных электрокардиограммы. Исследуемая популяция была разделена на три группы: группа с синусовым ритмом (СР), группа с пароксизмальной ФП (ПарФП) (пациенты с ФП, которая перед выпиской превратилась в СР) и группа с персистирующей ФП (ПерФП). Между группами сравнивали смертность от всех причин и частоту инсультов после выписки.

Результаты. Впервые возникшая ФП наблюдалась у 136 пациента, ПарФП была диагности-

рована у 115 пациента, ПерФП определена у 21 пациента. Длительность периода наблюдения в среднем 4,2 года. Частота смертности от всех причин и инсульта была самой высокой в группе ПерФП, за ней следовали группы ПарФП и СР (смертность от всех причин: 47,6% против 26,1% против 14,7%, p < 0,001). При анализе риска Кокса, группа ПерФП была связана с повышенным риском смерти от всех причин по сравнению с группой СР (ОР: 1,746, 95% ДИ: 1,030–2,958, тогда как группа ПарФП не была связана (ОР: 0,993, 95% ДИ: 0,731–1,349)). За этот период инсульт возник у 64 пациентов (5,1%). Частота инсульта была самой высокой в группе ПерФП, за ней следовали группы ПарФП и СР (23,8% против 8,7% против 4,4%, p < 0,001). В моделях многовариантного анализа как ПарФП, так и ПерФП были последовательно связаны с повышенным риском инсульта (ПарФП, ОР: 1,972 (1,162–3,346); ПерФП, ОР: 5,160, ДИ: 2,242–11,873)) и ишемического инсульта (ПарФП, Ор: 2,209, ДИ: 1,248–3,910; ПерФП, ОР: 4,498, ДИ: 1,713–11,812) по сравнению с СР. В группе ПарФП наблюдалась более высокая частота развития ФП после выписки, чем в группе СР (28,7% против 4,2%, p < 0,001).

Выводы. Впервые возникшая ФП связана с худшими отдаленными исходами у пациентов с ОИМ. Синусовая конверсия впервые возникшей ФП не указывает на то, что это преходящий эпизод; оно связано с высоким риском рецидива ФП и инсульта. В соответствии с рекомендациями у этих пациентов должна быть начата соответствующая антитромботическая терапия с комбинацией ОАК и антиагрегантов.

ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ИСТАМОВА С.С., НИЗАМОВ Х.Ш., КУШНАЗАРОВ Р.С., МАЛЛАЕВ И.У., УСМОНОВ М.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Кардиологии Самаркандский филиал. Узбекистан, Самарканд

Цель. Определить клинические и эхокардиографические параметры приводящие тромбообразовании ушка левого предсердия, выяснить предикторы тромбоза ушка левого предсердия у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий перед предстоящем кардиоверсией или катетерной аблацией.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ данных 56 пациентов с неклапанной фибрилляции предсердий, направленных в **«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Кардиологии Самаркандский филиал,»** на госпитализацию с 2022 по 2023 гг для проведения катетерной абляции или кардиоверсии. Всем пациентам проводилось клинико-инструментальное обследование, в том числе трансторакальная эхокардиография и чреспищеводная эхокардиографии.

Результаты. Зависимости от данных чреспищеводной эхокардиографии больные были разделены на 2 группы: группа 1 – 4 больных (7.1%) с наличием тромбоза ушко левого предсердия и группа 2 – 52 (92.8%) без признаков тромбоза ушка левого предсердия. У больных первой группы выявляли более высокий риск по шкале CHA2 DS2 -VASc, чаще встречались такие патологии как: ИБС, артериальная гипертония, сердечная недостаточность стадии IIA и IIБ, персистирующая форма фибрилляции предсердии, ожирение ≥2 степени. По антикоагулянтной терапии пациенты обеих групп не отличались. У больных с тромбозом ушко левого предсердия выявлялись большой размер левого предсердия и правого желудочка, большой объем правого предсердия, конечно-систолический и конечно-диастолический диаметры левого желудочка так же увеличены, у них отмечались более высокий индекс массы миокарда левого желудочка, более низкие значения фракции выброса левого желудочка и скорости кровотока в ушко левого предсердия. В исследовании с помощью логистической регрессии было отмечано такие независимые показатели тромбоза ушка левого предсердия, как наличие выраженного ожирения ≥2 степени (ОШ 2,76; 95% ДИ 1,34–5,67; p = 0,006), персистирующая форма фибрилляция предсердия (ОШ 2,31; 95% ДИ 1,07–4,99; p = 0,033), увеличение размера левого предсердия (ОШ 1,14; 95% ДИ 1,04–1,23; p = 0,009), наличие эксцентрической гипертрофии левого желудочка(ОШ 3,15; 95% ДИ 1,03–9,41; p = 0,042).

Выводы. Проведенном исследовании выявлено что для развития тромбоза ушко левого предсердия независимыми предикторами у больных с неклапанной фибрилляции предсердии является ожирение и персистирующая форма фибрилляции предсердии. При проведение эхокардиографии у этих больных отмечались увеличение левого предсердия и эксцентрическая гипертрофия левого желудочка.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА LEU293PRO ГЕНА CYP3A4 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННОГО СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АМИОДАРОНА

КОЛОЦЕЙ Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Одной из разновидностей генетических нарушений у пациентов с лекарственно-индуцированным синдромом удлиненного интервала QT (СУИ QT) является индивидуальный генетический ответ на прием лекарственных средств. Известно, что многие препараты, удлиняющие интервал QT, метаболизируются в печени с помощью цитохрома P450 (CYP). Амиодарон, относящийся к группе антиаритмических препаратов III класса, метаболизируется с помощью изоферментов CYP3A4 и CYP2C8. К настоящему моменту описано более 30 полиморфизмов в гене CYP3A4, однако, изучения влияния на эффективность метаболизма лекарственных средств для большинства аллельных вариантов не проводилось, чем и обусловлена актуальность исследования.

Цель исследования. Оценить ассоциации полиморфизма Leu293Pro гена CYP3A4 с риском развития лекарственно-индуцированного СУИ QT при применении амиодарона.

Материалы и методы. Обследовано 96 пациентов: из них 72 – с ишемической болезнью сердца (ИБС) и/или артериальной гипертензией (АГ) и нарушениями ритма сердца, принимавших амиодарон и 24 – с хроническими формами ИБС и/или АГ без анамнеза нарушений сердечного ритма. В зависимости от наличия удлинения интервала QT, пациенты, принимавшие амиодарон, были разделены на 2 группы: «QT» (n=30) и «non QT» (n=42). Всем пациентам выполнялись клинико-инструментальные и молекулярно-генетические методы исследования, включавшие определение полиморфизма Leu293Pro гена CYP3A4 с помощью ПЦР. Статистический анализ выполнялся с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0. Сравнение численных показателей между двумя независимыми группами проводилось с использованием непараметрического U-критерия Манна – Уитни. Пороговое значение уровня статистической значимости было принято равным 0,05.

Результаты. Пациенты исследуемых групп на момент включения в исследование были сопоставимы по полу, возрасту и клинико-нозологической характеристике (наличию АГ, ИБС, перенесенного инфаркта миокарда, ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка). Между группами «QT» и «non QT» не было выявлено достоверных различий в выявленных нарушениях ритма, а также в структуре, процентной доле, продолжительности приема и дозировках принимаемых антиаритмических препаратов ($p>0,05$).

По данным ЭКГ у пациентов с СУИ QT была выявлена достоверно большая продолжительность интервалов QTc (486 [463; 500] мс против 413 [394; 427] мс, $p=0,001$) и JTc (401 [377; 417] мс против 321 [307; 334] мс, $p=0,0002$), а также дисперсии интервала QT (70 [57; 81] мс против 60 [50; 71] мс, $p=0,04$) по сравнению с группой «non QT».

При исследовании частоты распределения генотипов и аллелей полиморфизма Leu293Pro гена CYP3A4 среди пациентов исследуемых групп было установлено, что из 96 обследованных пациентов в 100% случаев встречался гомозиготный генотип TT и аллель T.

Выводы. Не установлено ассоциации между развитием лекарственно-индуцированного СУИ QT при применении амиодарона и полиморфизмом Leu293Pro гена CYP3A4.

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT – НОВЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОАРИТМОГЕННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫМ УДЛИНЕНИЕМ ИНТЕРВАЛА QT

КОЛОЦЕЙ Л.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Стратификация риска развития проаритмогенных осложнений лекарственно-индуцированного синдрома удлиненного интервала QT (СУИ QT) остается сложной задачей. Среди электрофизиологических маркеров лекарственно-индуцированного СУИ QT традиционно выделяют такие, как продолжительность корригированного интервала QT, микровольтная альтернация зубца Т, дисперсия интервала QT. Позднее было установлено, что дисперсия интервала QT не является точным показателем пространственной неоднородности желудочковой реполяризации и не может быть использована для количественного определения степени данной неоднородности. Для более точного расчета в клиническую практику был введен показатель *относительной дисперсии интервала* QT *(ОД* QT), разработанный для преодоления ограничений, присущих вычислениям, основанным на двух крайних значениях, и не учитывающих значения интервала QT в остальных отведениях ЭКГ.

Цель исследования. Оценить показатели ОД QT у пациентов с лекарственно-индуцированным СУИ QT при применении антиаритмических препаратов (ААП) III класса и установить её взаимосвязь с развитием полиморфной желудочковой тахикардии (ЖТ).

Материалы и методы. В исследование включено 64 пациента (из них 37 (57,9%) женщин и 27 (42,1%) мужчин с ишемической болезнью сердца и/или артериальной гипертензией и нарушениями ритма сердца, у которых отмечалось лекарственно-индуцированное удлинение интервала QTc (Bazett) свыше 450 мс у мужчин и свыше 470 мс у женщин при применении ААП III класса (амиодарон или соталол) в условиях кардиологического стационара. Всем пациентам проводились клинико-лабораторные и инструментальные исследования, включавшие в себя физикальные исследования, запись ЭКГ в 12-ти отведениях, 24-часовое ХМ-ЭКГ. В зависимости от результатов ХМ-ЭКГ пациенты были разделены на две группы: 17 пациентов с наличием эпизодов неустойчивой полиморфной ЖТ и 47 пациентов без подобных эпизодов.

Результаты. У пациентов с эпизодами неустойчивой полиморфной ЖТ на фоне лекарственно-индуцированного СУИ QT ОД QT была достоверно выше по сравнению с пациентами без подобных эпизодов (5,55 [4,85; 6,11] против 4,40 [3,99; 4,72], $p<0,001$), в то время как показатели дисперсии интервала QT были сопоставимы (83,6 [59; 98] мс против 69,7 [58; 82] мс, $p=0,419$). Уровень ОД QT достоверно коррелировал с продолжительностью интервала QTc ($R=0,529$; $p<0,001$), в то время как связь с дисперсией интервала QT носила более слабый характер ($R=0,276$; $p=0,007$). В результате однофакторного ROC-анализа с целью определения пороговых значений уровня ОД QT для развития лекарственно-индуцированной неустойчивой полиморфной ЖТ было определено пороговое значение в 4,75 (чувствительность – 94,11%, специфичность – 76,59%, площадь под ROC-кривой – 0,873 (95% ДИ 0,761–0,987), $p=0,0001$).

Заключение. Сделан вывод, что значение ОД QT>4,75 может рассматриваться в качестве предиктора неустойчивой полиморфной ЖТ на фоне лекарственно-индуцированного СУИ QT (ОШ=4,951, 95% ДИ 2,699–8,950, $p<0,001$).

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКСАРИТМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

КУЧКАРОВ Х.Ш., ЗАКИРОВ Н.У., ХАЗРАТКУЛОВ Р.Р.

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

Цель исследования: определение клинической и экономической эффективности аксаритмина при профилактике рецидивов фибрилляции предсердий у больных без или с минимально выраженными органическими изменениями в миокарде.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 60 больных в возрасте 20–78 лет (средний возраст 58,2±8,3 лет) с фибрилляцией предсердий. Критерии включения в исследование: рецидивирующие формы ФП (частые по Levy). Всем пациентам выполнялась ЭКГ, ЭхоКГ, ХМЭКГ, УЗИ печени и почек, биохимический анализ крови. Пациенты были разделены на две группы: 1-группы (n=30) в дополнение к стандартной терапии принимали аксаритмин в дозе 75–112,5 мг/с, 2-группы принимали пропафенон (n=30) в дозе 450–600 мг/с. Антиаритмическая эффективность (ААЭ) препаратов оценивалась на 4–5 день приёма, а также через 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала его приема на фоне базисной терапии основного заболевания с помощью ХМЭКГ. На практике значительно чаще используются простые варианты расчета эффективности внедрения новых медицинских программ, технологий, методов лечения и т.д. Мы использовали формулу: ЭЭ=((ЭЭвнед.метод – ЭЭвнед.аналога)/ЭЭаналога)*100%. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Biostat. Различия считались статистически значимыми при p<0,05.

Результаты исследования: В 1-группе положительная профилактическая эффективность аксаритмина наблюдалась у 29 (96,7%), 26 (86,7%), 24 (80%), 22 (73,3%) больных к 1-, 3-, 6– и 12-месяцам наблюдения. Из них у 26 (86,7%), 22 (73,9%), 16 (53,3%), 10 (33,3%) пациентов отмечалась абсолютная профилактическая эффективность (АПЭ) препарата. На последовательных этапах уменьшалось доля больных с полным (100%) противорецидивным эффектым в 2,6 раза (с 86,7% до 33,3%), в то время как доля больных с положительным противорецидивным эффектом (ППЭ) повышалось в 4 раза (с 10% до 40%). В 2-группе положительная профилактическая эффективность пропафенона наблюдалась у 28 (93,3%) ($\chi2=0,359$; P=0,5491), 26 (86,7%) ($\chi2=0,000$; P=1,000), 23 (76,7%) ($\chi2=0,095$; P=0,7583), 20 (66,7%) ($\chi2=0,306$; P=0,5802) больных к 1-, 3-, 6– и 12-месяцам наблюдения. Из них у 25 (83,3%), 21 (70%), 14 (46,7%), 8 (26,7%) пациентов отмечалась АПЭ препарата. Также как и 1-группе по мере прохождения этапов во 2-группе уменьшалось доля больных с полным (100%) противорецидивным эффектым в 3,1 раза (с 83,3% до 26,7%), тогда как бремя больных с ППЭ увеличивался в 4 раза (с 10% до 40%) во 2-группе. В среднем 1 таблетка аксаритмина стоит – 1233 сум, пропафенона – 1520 сум на 23.06.2022г (данные получены из справочной «Arzon Apteka»), то мы получим следующие результаты (100 – условное число): Учитывая сопоставимую антиаритмическую эффективность и частоту побочных эффектов, при прочих равных условиях (предполагаемой одинаковой стоимости базисной терапии и методов обследования), можно предположить что экономическая выгода от применения аксаритмина может быть расчитана по разнице стоимости курса лечения, а при равном количестве таблеток по стоимости 1 таблетки.

ЭЭвнед акс=100/1233=0,081, ЭЭвнед пр=100/1520=0,066. ЭЭ (аксаритмина к пропафенону)=((0,081–0,066)/0,066)*100%=22,7%.

Выводы: 1. Профилактическая эффективность аксаритмина (в т.ч. в комбинации с бета-блокаторами) в дозе 75–112,5 мг/с при рецидивирующих формах ФП сопоставима с «эталонным» препаратом пропафеноном в дозе 450–600 мг/с.

2. Аксаритмин при сопоставимой ААЭ с пропафеноном (при ФП) обладает экономической эффективностью на 22,7% выше данного препарата.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКСАРИТМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

КУЧКАРОВ Х.Ш., ЗАКИРОВ Н.У., МИРАХМЕДОВА Н.С., ХАЗРАТКУЛОВ Р.Р.

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

Цель исследования: определение клинической и экономической эффективности аксаритмина при желудочковой экстрасистолии при длительном применении у больных без или с минимально выраженными органическими изменениями в миокарде.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 80 больных в возрасте 20–78 лет (средний возраст 53,9±14,7 лет) с желудочковой экстрасистолией. Критерии включения в исследование: симптомная ЖЭ II-IVb градаций по Lown-Wolf. Всем пациентам выполнялась ЭКГ, ЭхоКГ, ХМЭКГ, УЗИ печени и почек, биохимический анализ крови. Пациенты были разделены на две группы: 1-группа (n=50) принимающие аксаритмин и 2-группа (n=30) принимающие этацизин. Согласно протоколу исследования стартовая доза аксаритмина была 75 мг/с, с возможным увеличением дозы до 100 мг/с и более, стартовая доза этацизина была 150 мг/с, с возможным увеличением дозы до 200 мг/с и более. Антиаритмическая эффективность (ААЭ) препаратов оценивалась на 4–5 день приёма, а также через 1, 6 и 12 месяцев от начала его приема на фоне базисной терапии основного заболевания с помощью ХМЭКГ. На практике значительно чаще используются простые варианты расчета эффективности внедрения новых медицинских программ, технологий, методов лечения и т.д. Мы использовали формулу: ЭЭ=((ЭЭвнед.метод – ЭЭвнед.аналога)/ЭЭаналога)*100%. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Biostat. Различия считались статистически значимыми при p<0,05.

Результаты исследования: Сравнительный анализ ААЭ препаратов проведенный на 4–5 день показал, что в дозе 75 мг/сут аксаритмин оказал ААЭ у 41 (82%) из 50 больных, из них у 18 (36%) больных подавление желудочковой эктопической активности аксаритмином было полным. Суммарный эффект аксаритмина при ЖЭ в дозе 75–112,5 мг/сут составлял 88%. Во 2-группе, из 30 пациентов, которые изначально были включены в исследование принимали этацизин в дозе 150 мг/сут, ААЭ препарата наблюдалась у 25 (83,3%) больных. При этом у 12 (40%) больных подавление желудочковой эктопической активности этацизином было полным. Суммарный эффект этацизина при ЖЭ в дозе 150–225 мг/сут на 4–5 сутки составлял 90%. По истечению года также наблюдаются схожие данные по ААЭ в обеих группах. Положительная ААЭ отмечалась в 34 (75,6%) случаев(ях) (в т.ч. в 66,7 % случаев выраженная) в 1-группе и в 23 (76,7%) случаев(ях) (в т.ч. в 66,7% случаев выраженная) во 2-группе. В среднем 1 таблетка аксаритмина стоит – 1233 сум, этацизина – 3340 сум на 23.06.2022г (данные получены из справочной «Arzon Apteka»), то мы получим следующие результаты (100 – условное число): Учитывая сопоставимую антиаритмическую эффективность и частоту побочных эффектов, при прочих равных условиях (предполагаемой одинаковой стоимости базисной терапии и методов обследования), можно предположить что экономическая выгода от применения аксаритмина может быть расчитана по разнице стоимости курса лечения, а при равном количестве таблеток по стоимости 1 таблетки.

ЭЭвнед акс=100/1233=0,081, ЭЭвнед этац=100/3340=0,029. ЭЭ (аксаритмина к этацизину)=((0,081–0,029)/0,029)*100%=179,3%.

Выводы: 1. При курсовом приёме аксаритмин в дозе 75–112,5 мг/сут оказывает сопоставимый положительный ААЭ с этацизином в дозе 150–225 мг/сут при желудочковой экстрасистолии (88% против 90% соответственно).

2. Аксаритмин при сопоставимой ААЭ с этацизином при ЖЭ обладает экономической эффективностью на 179,3% выше данного препарата.

ОСОБЕННОСТИ В ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

***НИЗАМОВ Х.Ш.*[1], *ХАСАНЖАНОВА Ф.О.*[1,2], *САИДОВ М.А.*[1,2], *КУШНАЗАРОВ Р.С.*[1], *РУСТАМОВА С.Б.*[1]**

Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии
Самаркандский государственный медицинский университет
Ташкентский национальный детский медицинский центр, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: анализировать тактику лечения больных с пароксизмальной формой ФП в реальной клинической практике в соответствии с рекомендациями по лечению ФП.

Материалы и методы. В исследование были включены 113 больных с параксизмальной формой ФП, госпитализированных в отделение аритмологии Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК). Всем больным проводилось клиническое обследование, ЭКГ, холтер ЭКГ, эхокардиографическое (ЭхоКГ). Анализировались следующие факторы: диагноз, выбранная тактика лечения, купирующий антиаритмический препарат (ААП) и его доза в соответствии с рекомендациями, факт госпитализации и её сроки, прием оральных антикоагулянтов (ОАК).

Результаты. В исследование были включены 113 больных в возрасте от 25 до 83 лет (средний возраст 58,8±11). В качестве основного диагноза у 80 пациентов была хроническая ИБС, у 24 – артериальная гипертония, у 8 – миокардиодистрофия, у 1 – идиопатическая ФП. По выбранной тактике лечения пациенты распределились следующим образом: тактика «контроль ритма» выбрана у 85 (79%) и «контроль частоты» – у 28 (21%). В качестве купирующего ААП в 3% применялись ААП 1 класса пропафенон и прокаинамид, в 76% – ААП 3 класса амиодарон. Согласно российским и европейским рекомендациям, рекомендуемая купирующая доза амиодарона составляет 5–7 мг/кг веса за 1–2 часа. При сопоставлении фактической дозы амиодарона и рекомендуемой, получено, что в 13,6% случаях доза соответствовала рекомендуемой, в 27,2% была ниже и у 59,2% – выше рекомендуемой. Из 113 пациентов 53 (40%) было отпущено домой и 60 (60%) госпитализировано, в том числе в 1-е сутки – 21 пациент (16%) и позднее 1-х суток – 59 (44%). При сопоставлении вводимых доз амиодарона получено, что в средняя доза амиодарона у пациентов, отпущенных домой, была достоверно ниже, чем у госпитализированных в 1-е сутки и позднее: 420±112 мг, 500±172 мг и 760±196 мг соответственно ($p < 0.001$).

При сопоставлении дозы амиодарона и фактом и сроками госпитализации было отмечено, что превышение дозы амиодарона не предотвращало или не сокращало срок госпитализации, т.к. доля таких пациентов среди пациентов, госпитализированных позднее 1-х суток, составила 60,4%, что достоверно выше, чем среди отпущенных домой или госпитализированных в 1-е сутки ($p < 0.05$). Доля пациентов, которым было показано назначение ОАК согласно рекомендациям, составила 93%. При этом ОАК получали только 32,3% пациентов, в том числе 17,2% принимали варфарин и 15,1% – новые ОАК: 6,8% принимали ксарелто, 4,5% – эликвис и 3,8% – прадакса.

Выводы. Таким образом, в отношении большинства пациентов с ФП выбрана тактика «контроль ритма». Основным ААП для медикаментозной кардиоверсии является амиодарон, что соответствует алгоритму выбора ААП, указанному в рекомендациях. При этом довольно часто имеет место превышение дозы амиодарона, что не способствует предотвращению госпитализации. Остается большая доля пациентов, которые не принимают антикоагулянтную терапию, но состоят в группе риска тромбоэмболических осложнений.

ОСОБЕННОСТИ В ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

НИЗАМОВ Х.Ш.[1], ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[1,2], САИДОВ М.А.[1,2], КУШНАЗАРОВ Р.С.[1], РУСТАМОВА С.Б.[1]

Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии;
Самаркандский государственный медицинский университет;
Ташкентский национальный детский медицинский центр, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: анализировать тактику лечения больных с пароксизмальной формой ФП в реальной клинической практике в соответствии с рекомендациями по лечению ФП.

Материалы и методы. В исследование были включены 113 больных с паракситмальной формой ФП, госпитализированных в отделение аритмологии **Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК)**. Всем больным проводилось клиническое обследование, ЭКГ, холтер ЭКГ, эхокардиографическое (ЭхоКГ). Анализировались следующие факторы: диагноз, выбранная тактика лечения, купирующий антиаритмический препарат (ААП) и его доза в соответствии с рекомендациями, факт госпитализации и её сроки, прием оральных антикоагулянтов (ОАК).

Результаты. В исследование были включены 113 больных в возрасте от 25 до 83 лет (средний возраст 58,8±11). В качестве основного диагноза у 80 пациентов была хроническая ИБС, у 24 – артериальная гипертония, у 8 – миокардиодистрофия, у 1 – идиопатическая ФП. По выбранной тактике лечения пациенты распределились следующим образом: тактика «контроль ритма» выбрана у 85 (79%) и «контроль частоты» – у 28 (21%). В качестве купирующего ААП в 3% применялись ААП 1 класса пропафенон и прокаинамид, в 76% – ААП 3 класса амиодарон. Согласно российским и европейским рекомендациям, рекомендуемая купирующая доза амиодарона составляет 5–7 мг/кг веса за 1–2 часа. При сопоставлении фактической дозы амиодарона и рекомендуемой, получено, что в 13,6% случаях доза соответствовала рекомендуемой, в 27,2% была ниже и у 59,2% – выше рекомендуемой. Из 113 пациентов 53 (40%) было отпущено домой и 60 (60%) госпитализировано, в том числе в 1-е сутки – 21 пациент (16%) и позднее 1-х суток – 59 (44%). При сопоставлении вводимых доз амиодарона получено, что в средняя доза амиодарона у пациентов, отпущенных домой, была достоверно ниже, чем у госпитализированных в 1-е сутки и позднее: 420±112 мг, 500±172 мг и 760±196 мг соответственно ($p<0.001$).

При сопоставлении дозы амиодарона и фактом и сроками госпитализации было отмечено, что превышение дозы амиодарона не предотвращало или не сокращало срок госпитализации, т.к. доля таких пациентов среди пациентов, госпитализированных позднее 1-х суток, составила 60,4%, что достоверно выше, чем среди отпущенных домой или госпитализированных в 1-е сутки ($p<0.05$). Доля пациентов, которым было показано назначение ОАК согласно рекомендациям, составила 93%. При этом ОАК получали только 32,3% пациентов, в том числе 17,2% принимали варфарин и 15,1% – новые ОАК: 6,8% принимали ксарелто, 4,5% – эликвис и 3,8% – прадакса.

Выводы. Таким образом, в отношении большинства пациентов с ФП выбрана тактика «контроль ритма». Основным ААП для медикаментозной кардиоверсии является амиодарон, что соответствует алгоритму выбора ААП, указанному в рекомендациях. При этом довольно часто имеет место превышение дозы амиодарона, что не способствует предотвращению госпитализации. Остается большая доля пациентов, которые не принимают антикоагулянтную терапию, но состоят в группе риска тромбоэмболических осложнений.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИИ ПРЕДСЕРДИЙ

***НИЗАМОВ Х.Ш.*[1], *ХАСАНЖАНОВА Ф.О.*[1,2], САИДОВ М.А.[1,2], *КУШНАЗАРОВ Р.С.*[1], *ДАВРОНОВА С.З.*[1]**

Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии;
Самаркандский государственный медицинский университет;
Ташкентский национальный детский медицинский центр, Самарканд, Узбекистан

Цель. Оценка влияния пропафенона на диастолическую функцию миокарда левого желудочка у больных с гипертонической болезнью (ГБ) осложненной пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ПФФП) в зависимости от возраста больных.

Материалы и методы. В исследование были включены 86 больных с ГБ осложненной ПФФП, госпитализированных в отделениях ГБ и аритмологии **Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК)**.

Все больные в зависимости от возраста и показателей диастолической дисфункции левого желудочка были разделены на группы: у 2 больных в возрасте 21–40 лет, отсутствовало нарушение диастолической функции левого желудочка (ЛЖ), у 52 больных в возрасте от 41 до 60 лет, нарушение диастолической функции ЛЖ отмечалось только у 35 больных, а у 17 больных отмечалось нарушение диастолической функции по I типу, у 32 больных старше 60 лет только у 7 больных отмечалось диастолической функции ЛЖ – без изменений и у 25 больных изменение диастолической функцией ЛЖ по I типу. Всем пациентам проводилась ЭКГ, ЭхоКГ на старте после восстановления синусового ритма пропафноном в дозе 600 мг per os и через 12 месяцев наблюдения на фоне терапии пропафеноном в поддерживающей дозе 450 мг в сутки. Для оценки диастолической функции левого желудочка использовали показатели E/A и показатель IVRT. Все пациенты получали стандартную антигипертензивную терапию.

Результаты: в момент включения в исследование по данным ЭхоКГ у пациентов в возрасте 41–60 лет с исходно нормальной диастолической функцией (n=35) стартовое соотношение E/A составило 1,2±0,14, значение IVRT 78,4±5,1 мс. Через 12 месяцев наблюдения на фоне терапии пропафеноном E/A составило 1,2±0,11(p>0,05), IVRT 80,1±44 мс (p>0,05). В подгруппе пациентов старше 60 лет с исходно нормальной диастолической функцией ЛЖ (n=7) исходное соотношение E\A составило 1.20±0,31, IVRT 88,0±12,2 мс, через 12 месяцев наблюдения E\A составило 1,27±0,27 (p>0,05), IVRT 87,9±2,6 мс (p>0,05). В подгруппе пациентов с исходно измененной диастолической функцией ЛЖ по I типу в возрасте 41–60 лет (n=17) в момент включения соотношение E\A составило 0,66±0,05, IVRT 122,9±24,4мс,через 12 месяцев наблюдения соотношение E\A составило 0,71±0,04 (p<0,05), IVRT 113,4±21,8мс(p>0,05). В подгруппе пациентов с исходно измененной диастолической функцией ЛЖ по I типу в возрасте старше 60 лет (n=25) в момент включения соотношение E\A составило 0,52±0,06, IVRT 137,5±16,6 через 12 месяцев наблюдения соотношение E\A составило 0,55±0,05(p>0,05), IVRT 133,0±18,6(p>0,05). Анализ подгруппы пациентов в возрасте до 40 лет не проводился ввиду малого числа наблюдаемых.

Выводы: таким образом пропафенон сохраняет диастолическую функцию ЛЖ при исходных неизмененных показателях при ГБ, осложнённой ПФФП как у больных 41–60 лет, так и старше 60 лет. В течение года наблюдения пропафенон не оказывал отрицательного влияния на показатели диастолической функции ЛЖ при исходном её нарушении по первому типу при ГБ, осложнённой ПФФП в среднем возрасте (41–60 лет) и старше 60 лет. Достоверное улучшение параметров E/A в пределах значений, характеризующих нарушение диастолической функции по I типу, наблюдалось в возрастной категории 41–60 лет. Пропафенон не вызывает прогрессирования диастолической дисфункции ЛЖ при исходно измененных её показателях при ГБ, осложнённой ПФФП в возрасте 41–60 и старше 60 лет.

ОЦЕНКА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ТАШКЕНБАЕВА Э.Н.[1], ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[1], РОФЕЕВ М.Ш.[2], ХАЙДАРОВА А.Ю.[2], САФАРОВА Ф.Х.[2]

Самаркандский государственный медицинский университет;
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинский помощи

Цель исследования: оценить адекватность антитромботической терапии у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий с оценкой риска развития инсульта и системных эмболий.

Материалы и методы: Данное исследование проводилось на базе Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинский помощи в отделениях экстренной терапии 1 и 2, кардиореанимации. Диагноз ФП устанавливался в соответствие с действующими рекомендациями [13]. В исследование не включались пациенты с наличием митрального стеноза 2 – 3 ст. и протезированным митральным клапаном. Оценена антитромботическая терапия, которую пациенты получали на догоспитальном этапе лечения. Проанализированы и учтены факторы риска развития инсульта и системных эмболий по шкале CHA2DS2-VASc [8].

Результаты: В исследование были включены 81 больных с ФП обоего пола (53,7% женщин и 46,3% мужчин). Средний возраст обследуемых составил 67,4 года. Практически все обследованные (95,7 %) имели артериальную гипертонию, 31,3 % – застойную сердечную недостаточность, 20,6 % страдали сахарным диабетом, а 18,1 % перенесли инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ТИА) в прошлом. Сосудистое заболевание (инфаркт миокарда в анамнезе, периферический атеросклероз, атеросклеротические бляшки в аорте) были у 29,5% человек. 33,8% больных были в возрасте старше 75 лет, 31% больных находились в возрасте от 64 до 74 лет. Результаты анализа факторов риска инсульта и системных эмболий с использованием шкалы CHA2DS2-VASc у пациентов с «неклапанной» ФП в нашем исследовании имели следующие результаты: 0 баллов по шкале CHA2DS2-VASc имели 0,4% пациентов, 1 балл **–** 6,0%, 2 балла **–** 22,8%, 3 балла **–** 20,3%, 4 балла **–** 21,7%, 5 баллов **–** 15,3%, 6 баллов **–** 8,5%, 7 баллов **–** 3,2%, 8 баллов – 1,8% пациентов. Средний балл по используемой шкале составил 3,6 (2,0 – 5,0). Проанализировав данные терапии на догоспитальном этапе, мы выяснили, что только 79 (30%) пациентов принимали антикоагулянтную терапию на догоспитальном этапе, 55 (20,9%) из них принимали варфарин, 24 (9,1%) принимали новые оральные антикоагулянты (НОАК). Значительная доля больных, которым были показаны антикоагулянты, принимали дезагреганты – 177 (67,3%) человек. Из которых принимали аспирин – 165 (62,7%) обследуемых, клопидогрель 10 (3,8%), двойную дезагрегантную терапию (аспирин + клопидогрель) 2 (0,8%) пациента. Абсолютно никакой антитромботической терапии не получали 7 (2,7 %) человек. Всем пациентам, которые ранее на догоспитальном этапе получали терапию дезагрегантами, в стационаре была предложена терапия варфарином либо НОАК. При этом 142 (80,2%) пациента отказались от терапии варфарином вследствие возможных трудностей контроля международного нормированного отношения (МНО) в будущем, 10 (5,7 %) больных – вследствие кровотечений, 9 (5,1%) больных – вследствие лабильного МНО и 2 (1,1 %) пациента – из-за язвенной болезни желудка. На терапию варфарином перешло 14 (7,9%) обследуемых, 47 (26,6 %) пациентов предпочли варфарину терапию НОАК. Основной причиной отказа от назначения НОАК, не требующих регулярного мониторинга антикоагулянтной активности, была высокая стоимость препаратов. За период пребывания в стационаре переносимость антитромботической терапии у всех обследованных пациентов была хорошей. Угрожающих жизни кровотечений не регистрировалось. При наличии у пациента артериальной гипертензии выше 160 мм.рт.ст., перед назначением ОАК цифры АД снижались ниже этого уровня. Помимо этого, пациентам с высоким риском желудочно-кишечных кровотечений перед назначением антитромботической терапии проводились лабораторные исследования на предмет выявления анемий и диагностическая фиброэзофагогастродуоденоскопия. Установлено, что целевое значение МНО (от 2,0 до 3,0) на момент выписки из стационара было достигнуто только у 41,8% пациентов, получавших варфарин. Оставшиеся 47,3% обследованных имели значения МНО менее 2,0 и 10,9% пациентов значения МНО больше 3,0.

Выводы: Установлено, что большая часть пациентов с ФП (93,6%) относились к группе высокого риска кардиоэмболических инсультов по шкале CHA2DS2-VASc и имели абсолютные показания к терапии ОАК. Адекватную антикоагулянтную терапию на догоспитальном этапе получали только 30% пациентов с ФП, из поступивших в кардиологическое отделение для прохождения лечения, при этом 20,9 % обследуемых принимали варфарин и 9,1% – НОАК. Основными причинами отказа от терапии варфарином и НОАК на данный момент остаются трудности регулярного контроля МНО и высокая стоимость препаратов соответственно.

МИОКАРД ИНФАРКТИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА QT ИНТЕРВАЛИ КЎРСАТКИЧЛАРИГА СТЕНТЛАШ АМАЛИЁТИНИНГ ТАЪСИРИ

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

Республика Ихтисослаштирилган Кардиология Илмий Амалий Тиббиёт Маркази, Тошкент, Ўзбекистон

QT интервали – юракнинг электрофизиологик хусусияларини акс эттириб, миокарднинг систола даврида деполяризация ва реполяризация жараёнини бахолашда мухим рўл ўнайди. Ушбу кўрсаткичнинг патологик узайиши тўсатдан юрак ўлимини (ТЮЎ) башоротловчи мухим омиллардан биридир. Миокард инфаркти (МИ) ўтказган беморларда QT интервалининг патологик ўзайиши ТЮЎ юзага келишида мухим омиллардан биридир.

Тадқиқот мақсади: МИ ўтказган, чап қоринча қон отиш фракцияси (ЧҚҚОФ) сақланган беморларда QT интервали кўрсаткичларига стентлаш амалиётининг таъсирини бахолаш

Тадқиқот материали ма методи: Тадқиқотга 270 нафар анамнезида миокард инфаркти ўзказган бемор олинди, ўртача 63,6±8,3 ёш 64 [58; 69]. Барча беморлар стационар шароитда стандарт текширувлар қилинди: эхокардиография, суткалик ХМЭКГ, биохимик ва лабаратор кўрсаткичлар. МИ ташхиси 4– универсал аниқлагич асосида қўйилган. ЧҚҚОФ 51.2±10.2% га тенг. Диагностик коронарография натижалари асосида беморларда стетнлаш амалиёти штказилди. Стентлаш амалиёти асосида беморлар 3 гурухга бўлинди. 1– гурух тўлиқ реваскуляризация бўлган 115 та беморлар, 2– гурух нотўлиқ реваскуляризация бўлган 94 та беморлар, 3– гурух реваскуляризация бўлмаган 61 нафар беморлар. Беморлар 1 йилдан сўнг такрорий ХМЭКГ текшируви орқали QT интервал кўрсаткичлари такрорий бахоланди. Статистик натижалар медиана бўйича берилиб, динамикадаги кўрсаткичлар Вилкоксон методи бўйича бахоланиб, натижалар p≤0,05 холатда ишончли деб қабул қилинди.

Тадқиқот натижалари: Натижалар шуни кўрсатадики МИ ўтказган беморларда реваскуляризация амалиёти статистик ишонарли даражада QT интервалининг камайишига ижобий таъсири гурухларда қайд этилмаган бўлсада, аммо реваскуляризация қилинмаган гурухда корригирланган QT интервалининг ишончли тарзда ортишини кузатиш мумкин.

Кўрсаткичлар	Тўлиқ реваскуляризация n=115			Нотулиқ реваскуляризация n=94			Реваскуляризациясиз n=61		
	Me [Q1; Q3]	Me [Q1; Q3]	p	Me [Q1; Q3]	Me [Q1; Q3]	p	Me [Q1; Q3]	Me [Q1; Q3]	p
QT, мс	385 [368; 408]	398 [374; 409]	0,836	400 [366; 428]	412 [379; 440]	0,387	396 [364; 418]	415 [398; 431]	0,657
QTc мс Bazett	413 [396; 432]	424 [407; 438]	0,636	424 [394; 442]	428 [409; 445]	0,198	429 [406; 454]	438 [427; 452]	0,05
dQT, мс	64 [28; 88]	68 [24; 92]	0,544	68 [28; 104]	66 [32; 102]	0,844	66 [20; 91]	74 [32; 107]	0,105
dQTc, мс	47 [21; 70]	51 [26; 74]	0,487	49 [35; 79]	51,2 [36; 86]	0,679	53 [24; 68]	60 [20; 31]	0,211

Хулоса: Анамнезида МИ ўтказган, ЧҚҚОФ сақланган беморларда реваскуляризация амалиёти корригирланган QT интервали кўрсаткичининг патологик узайишини олдини олишда ахамиятли хисобланади.

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ АРИТМОЛОГИЯ

КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

АМИРКУЛОВ Б.Д., ЭРКАБАЕВ Ш.М., АМИРКУЛОВ Р.Ж., СУЛТОНОВ Б.А.

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

Цель работы представить результаты радиочастотной катетерной аблации больных атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (АВУРТ).

Материал и методы. Катетерная аблация проведена у 568 больных с АВУРТ. Возраст больных от 12 до 66 (средний возраст 40,2±14,7 лет), из них женщин 409 (72%), мужчин 159 (28%). Из сопутствующей патологии у 277 (48,8%) больных был диагностирован ИБС и ГБ, у 93 (16,4%) больных выявлен хронический миокардит. У 198 (34,8%) больных органической патологии со стороны сердечно-сосудистой системы не выявлено. В анамнезе приступы тахикардии продолжались от 2 лет до 31 года (в среднем 18,7±4,9 лет). С помощью внутрисердечного ЭФИ по стандартному протоколу установливался диагноз АВУРТ. У 541 (95,3%) больных был подтвержден АВУРТ по типу “slow-fast”, у 27 (4,7%) по типу “ fast-slow”. Далее проводилась радиочастотная аблация “медленных путей” АВ-соединения **в правой септальной области**.

Нами была проведена оценка качества жизни больных АВУРТ по госпитальной шкале тревоги и депрессии (**HADS) до и после** катетерной радиочастотной аблации**.**

Результаты. Эффективность деструкции “медленных путей” составила 99,1%, в 1 (0,17%) случае отмечалось осложнение в виде проксимальной АВ блокады III степени которая имела стойкий характер по поводу чего был имплантирован электрокардиостимулятор, в 6 (1,05%) случаях при проведение радиочастотной аблации отмечалась преходящая АВ блокада II степени с последующим восстановлением синусового ритма к концу операции, а в 4 (0,73%) случаях в связи с парагисиальным расположением “медленных путей” критериев эффективности катетерной аблации достичь не удалось.

При исследовании показателей КЖ по анкете (HADS) клинически выраженная тревога отмечалась у достоверно большего числа пациентов (64,5%). Суммарный показатель уровня тревоги составил 11,1±2,4 балла и соответствовал клинически выраженной тревоге. Большинство (67,8%) больных имели субклинический вариант депрессии. Суммарное значение уровня депрессии составило 9,8±1,8 балла и соответствовало показателю субклинически выраженных расстройств. Тестирование по госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии через 12 месяцев показало, что у всех больных регистрировалось отсутствие достоверных симптомов тревоги и депрессии. Суммарный балл тревоги составил –2,8±1,1 балла ($p<0,0001$), депрессии – 2,4±1,4 ($p<0,0001$).

Выводы. Радиочастотная катетерная аблация является эффективным, радикальным и безопасным методом лечения АВУРТ, эффективность процедуры достигает до 100% и позволяет больным улучшить качество жизни, избавиться от пожизненного приема антиаритмических препаратов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СРТ-Д УСТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АМИРКУЛОВ Б.Д., ЭРКАБАЕВ Ш.М., АМИРКУЛОВ Р.Ж., СУЛТОНОВ Б.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Представить результаты сердечной ресинхронизирующей терапии у больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне оптимальной медикаментозной терапии.

Материал и методы. Оперировано всего 22 больных, из них мужчин – 17 (77,3%), женщин – 5 (22,7 %). У всех пациентов имелись признаки внутрисердечной диссинхронии и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) III-IV функционального класса (ФК) по NYHA, резистентная к оптимальной медикаментозной терапии. Средний возраст больных составил (44±9,4) лет. Причины возникновения ХСН: ИБС–10 (45,5%), ДКМП–12 (54,5%). Средний ФК ХСН до проведения СРТ составил (3,5±1,2). Всем больным по стандартной методике успешно были имплантированы СРТ устройства с функцией дефибриллятора. Были изучены показатели длительности QRS комплекса, фракции выброса, конечно диастолический объем и функциональный класс по NYHA до и после 3 месяев имплантации СРТ -Д устройства.

Результаты. До имплантации устройства (ФВ) у исследуемой группы больных составила (27,8±1,5%), КДО-(220±18,4), длительность комплекса QRS (149±7,49 мс) по типу БЛНПГ. При изучение вышеуказанных показателей через 3 месяца после операции на фоне оптимальной медикаментозной терапии и бивентрикулярной стимуляции нами выявлено увеличение ФВ с (27,8±1,5%) до (36,2±1,64%), уменьшение КДО с (220±18,4) до (195±17,4), длительности комплекса QRS и показателей (ФК) по NYHA. В результате теста 6-минутной ходьбы отмечается увеличение дистанции ходьбы от 150 м до 331 м **Выводы.** Эффективная бивентрикулярная стимуляция на фоне оптимальной медикаментозной терапии увеличивает фракцию выброса, уменьшает размеры сердца, функциональный класс по NYHA и улучшает качество жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью.

КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОВЕДЕНИЯ И ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ

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

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

Актуальность. Согласно Европейскому Обществу Кардиологов, катетерная аблация дополнительных путей проведения (ДПП) является показанием класса I. Тревожность и депрессия, связанное со здоровьем, рассматривается как неотъемлемая характеристика физического, психического (эмоционального) и социального благополучия человека, основанная на его субъективном восприятии этих атрибутов.

Цель. Представить результаты катетерной аблации пациентов с ДПП и их уровень тревожности и депрессии.

Материалы и методы. Катетерная аблация была проведена 162 пациентам с ДП в период с июня 2009 по июль 2022 года. Средний возраст составил 33,9±13,8 лет, мужчин было – 89 (54,7%), женщин – 73 (45,3%). Показатели эффективности РЧА ДПП были получены у 153 пациентов (94,3%).

Результаты. Во всех случаях проводились шестимесячное наблюдение с использованием ЭКГ и суточного Холтеровского мониторирования. Кроме того, мы оценивали уровень тревожности и депрессии у больных с ДПП с помощью шкалы больничной тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)) через 12 месяцев после проведения катетерной радиочастотной аблации. При интерпретации учитывали суммарный показатель по каждой подшкале, выделяя три области его значений: 0–7 – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Обследование на HADS через 12 месяцев показало, что у всех пациентов не было существенных симптомов тревожности и депрессии. Общая оценка тревожности составила –2,8±1,1 балла (p<0,0001), депрессии – 2,4±1,4 балла (p<0,0001).

Выводы. Радиочастотная катетерная аблация является эффективным, радикальным и безопасным методом лечения пациентов с ДПП. Эффективность процедуры достигает 95%, и позволяет пациентам избавиться от тревожности, депрессии, а также от пожизненного приема антиаритмических препаратов.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (СИНДРОМ ВОЛЬФА–ПАРКИНСОНА–УАЙТА)

***АМИРКУЛОВ** Р.Ж.*

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

Цель исследования. Представить предварительные результаты внутрисердечного электрофизиологического исследования (ЭФИ) и радиочастотной аблации (РЧА) у пациентов с дополнительными проводящими путями (ДПП).

Материалы и методы. Были исследованы 356 пациентов с ДПП, которым проводилась РЧА (мужчины – 192 (53,9%), женщины – 164 (46,1%)). Возраст пациентов составлял от 13 до 72 лет (средний возраст 34,3±13,3 года). Манифестирующая форма была диагностирована у 230 (64,6%), скрытая форма у 126 (35,4%). В течение многих лет пациенты принимали антиаритмические препараты различных групп без какого-либо эффекта или с временным эффектом.

Процедура начиналась с пункции правой яремной и правой бедренной вен по методу Сельдингера, с помощью которой электроды для ЭФИ вводились в полость сердца и размещались в стандартных положениях (устье коронарного синуса и верхушка правого желудочка). Если ДПП располагался в левой АВ-борозде, проводили пункцию межпредсердной перегородки (МПП) под контролем рентгеноскопии с использованием контрастного вещества или дополнительно пунктировали правую бедренную артерию. После определения локализации ДПП проводилась РЧА с помощью аблационного катетера. После воздействия радиочастотной энергии было проведено контрольное ЭФИ. У 20 (5,61%) пациентов не удалось достичь критериев устранения проведения через ДПП, в 9 случаях из-за парагисиального и в 11 случаях из-за субэпикардиального расположения ДПП, далее этим пациентам была подобрана антиаритмическая терапия.

Результаты. Эффективность процедуры составила 94,39%. Периоперационных осложнений не было. В течение периода наблюдения от 6 месяцев до 1 года рецидивов тахикардии у этих пациентов не наблюдалось.

Выводы. Радиочастотная аблация является эффективным, радикальным и безопасным методом лечения пациентов с ДПП. Эффективность процедур достигает 95% и позволяет пациентам избавиться от пожизненного приема антиаритмических препаратов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРОШАЕМЫХ И ОБЫЧНЫХ КАТЕТЕРОВ У БОЛЬНЫХ С НЕСЕПТАЛЬНЫМИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПРОВОДЯЩИМИ ПУТЯМИ

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

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

Актуальность. Несмотря на эффективность и безопасность радиочастотной аблации (РЧА) несептальных дополнительных проводящих путей (ДПП) у взрослых пациентов, бывают случаи, когда достичь эффективности не удается.

Цель исследования. Сравнить эффективность РЧА с использованием орошаемых и обычных катетеров у взрослых больных с несептальными ДПП.

Материалы и методы. Исследование было проведено на основании ретроспективного ана-

лиза историй взрослых пациентов, которым была проведена РЧА несептальных ДПП с сентября 2020 года по июль 2022 года. Всего было изучено истории 56 больных, средний возраст составил 36,3 ± 14,1 года, 48,2% составляли мужчины.

Результаты. В зависимости от типа катетера пациенты были разделены на группы А и Б:

В группе А находились 32 пациента, которым проводилась РЧА ДПП с использованием орошаемого катетера. В группе Б находились 24 пациента, с использованием обычного катетера.

В группе А эффективность составила 30/32, 94%, в группе Б 18/24, 75%. Далее, 6 пациентам из группы Б, у которых не удалось достичь эффективности с помощью обычного катетера, была проведена РЧА с помощью орошаемого катетера. В результате, из этих 6 пациентов у троих удалось добиться эффективности с помощью орошаемого катетера.

Выводы. Данное исследование продемонстрировало более высокие показатели эффективности РЧА несептальных ДПП с использованием орошаемых катетеров в сравнении со стандртными катетерами.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ О ОСОБЕННОСТИ ИНДУКЦИИ АТРИОВЕТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ У ПАЦИЕНТА С РЕДКИМ ПРИСТУПОМ В НЕИНДУЦИРУЕМЫХ СЛУЧАЯХ

Каримов Ж. Хамидов И. Ачилова Ш Турсункулов И. Истамова С.

Центр РСН-ПМЦ Кардиологии Самаркандский филиал, Узбекистан, г. Самарканд

Цель: случай о особенности индукции атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии у пациента с редким приступом в неиндуцируемых случаях.

Материалы и методы: Пациентка 30 лет, жалуется на приступ тахикардии с ЧЖС около 220 уд\мин. Из анамнеза частота приступа всего 2 раз в жизни: первый приступ был в 2016 году, а второй в 2023 г. Второй приступ длился около 20 мин который сопровождается падение артериального давлении до 60\40 с частотой пульса 240 уд\мин. С верапамилом приступ купирован и пациентка выписалась домой и рекомендована ЭФИ, РЧА. По какой то причине пациентка без никаких выписки и без регистрацией ЭКГ поступила в республиканский кардиологический центр филиал Самарканда. Только из ходя анамнеза пациентке рекомендована ЭФИ. Пациентка доставленка в рентгеноперационную на синусовом ритме с ЧСС 90–92 уд/1'. Под местной анестезией пунктирована дважды правая бедренная вена. Проведены электроды: 10-ти полюсные электроды в коронарный синус(КС) и в область п.Гиса/ правого желудочка(ПЖ). При стимуляции ПЖ – проведение по Гис – пуркинье(ГПС) ЭРП ГПС (эффективный ретроградный рефрактерный период)–280 мс.При стимуляции устья КС – проведение по атриовентрикулярный узел(АВУ) При программированной стимуляции на интервал сцеплении (ИС) 260 мс разрыв А-Н интервала на 60 мс, но тахикардия не индуцируется, абсолютный эффективный рефрактерный период АВУ(АЭРП-АВУ)–240 мс. Частой антеградной стимуляцией и с программированной стимуляцией 2,3 экстрастимулами тахиаритмия не индуцируется. Антеградная точка Венкебаха(АВТ)– 310 мс. Введен атропин 1,0 мл. После фармакологической пробы частой, учащённой и программированной антеградной стимуляции тахикардия не индуцируется. АТВ–280 мс, АЭРП-АВУ–220 мс. После 90 минутный ЭФИ при сверхчастой стимуляции на 190 мс индуцируется устойчивый АВУРТ(атриовентрикулярная узловая реципроканая тахикардия) по механизму slow-fast с ДЦ 300 мс. Конвекционный электрод проведен в область медленных путей АВ-соединения, где выполнено несколько РЧ-воздействий с развитием медленного узлового ритма при температуре 54–56 °С и мощности 40–45 Вт. Сразу после РЧА при сверхчастой стимуляции тахикардия не индуцируется. АЭРП-АВУ–240 мс, АТВ–280 мс. Через 15 минут наблюдения параметры те же. Введен атропин 1 мл. После фармакологической пробы АТВ–270 мс АЭРП–220 мс, тахикардия не индуцируется. Процедура завершена. Время РЧА–2 минут, гемостаз, асептические повязки на места пункций. Пациентка на синусовом ритме переведена в отделение.

Заключение: Сверхчастая стимуляция –это в общем то стандартный приём для индукции тахиаритмии. Но для индукция АВУРТ требуется программированная антеградная и частая стимуляция с фармакологической пробой или без нее или обычно с механической путём. В нашем случи после длительной ЭФИ даже использованием всех видов способы индукции тахикардии кроме сверхчастой антеградной стимуляции тахикардия не вызывается. Вообще-то такой стимуляцией обычно индуцируется либо фибрилляция, трепетания предсердий либо эктопия. По данным нашей случи при редко повторяющий приступ АВУРТ индуцируется только с сверхчастой предсердной стимуляцией.

СЛУЧАЙ О ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЕ И РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПРИ АТИПИЧНОМ ФОРМЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ

А.Х. МАХМУДОВ, САИДОВ М.А., ХАМИДОВ И.Н., ТУРСУНКУЛОВ И.К.

РСНПМЦ Кардиологии Самаркандский филиал, Узбекистан, г. Самарканд

Цель изучать особенности ЭФИ у пациента с атипичной формой АВУРТ.

Материалы и методы исследования Проведен анализ случаев пациентов, посещаемых на стационарном приеме в центре РСН-ПМЦ Кардиологии Самаркандского филиала в 16.07.22 г. Электрокардиографическое исследование проводилось на аппарате -HeartScreen в покое на 25 мм\с Холтеровское мониторирование проводилось на аппарате– Contec на 3х канальным режиме. Эхо кардиографическое исследование на аппарате Электрофизиологическое исследование (ЭФИ) и радиочастотная аблация (РЧА) на станции – Microport(Columbus).

Описание клинического исследования Пациент, 1988 г.р., обращался в стационар (центр РСН-ПМЦ Кардиологии Самаркандский филиал) Аритмологический анамнез 5–6 лет. В течение последних 2-х лет приступ тахикардии стал часто со слов пациента в момент приступа ЧЖС повышается до 200 уд\мин(но зарегистрирована) и продолжается около 20 минут. Пациент самостоятельно ничего не принимает. Приступ купируется самостоятельно В связи с учащённого приступа пациент госпитализирован. При осмотре: состояние пациента средней тяжести Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Тургор кожи сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет ЧДД 16–17 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости в норме. Деятельность сердца ритмичная, ЧСС 70–75 уд\мин. АД 120/80 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличен. Симптом поколачивания отрицательный. На ЭКГ ритм синусовый ЧСС 87 уд\мин, ЭОС отклонена влево В стационаре пациенту проводились общеклинические анализы, холтеровское мониторирование (СХМ), Электрокардиография (ЭКГ), Эхокардиография(Эхо-КГ), При ХМ выявлено: базовый ритм синусовый, преимущественно нормосистолия. Все ритмы 88907 ЧСС(уд\мин) средняя–86; минимальная–51; максимальная–132. Реакция на нагрузку адекватная. Нарушений проводимости не зарегистрировано. Пауз нет. Высокочастотные пароксизмы тахикардии не зарегистрированы. ЖЭ всего 27. НЖЭ всего 11. Интервалы «QT» « PR» в пределах норм. Сегмент «ST» диагностический значимых изменений не зарегистрировано. На ЭхоКГ левое предсердие–36 мм, КДР–5,5, КСР–3,9,КДО–148 мл, ФВ– 55 %, Аорта– восходящая 34 мм, отходит от левого желудочка, аортальный клапан створки уплотнены, подвижные, фиброзное кольцо (ФК)–30, градиент давление пиковый –6. Митральный клапан-створки уплотнены, подвижные, ФК–33, площадь МК–4,5 градиент давление пиковый–2,5. ПЖ-не расширен, ЛА–24, кольцо ТК–36. МЖП–9 мм, МПП и МЖП интакт. Наличие перикардиального выпота нет. Пациент был консультирован аритмологом, рекомендовано электрофизиологических исследований (ЭФИ) и радиочастотной аблации(РЧА) .

Пациент доставлен в рентгеноперационную на синусовом ритме с ЧСС 70–72 уд/1›. Под местной анестезией пунктирована дважды правая бедренная. Проведены электроды: 10-ти полюсный в КС, и 10 ти полюсный управляемый в область п.Гиса/ ПЖ. При стимуляции ПЖ – проведение по ГПС. ИС на 480 мс ретроградный скачок ВА интервала, ИС на 360 вновь ретроградный fast, АЭРП ГПС 240 мс. При стимуляции устья КС на ИС 260 мс разрыв А-Н интервала на 80 мс индукция над желудочковая тахикардия (НЖТ) с ДЦ 290 мс. Во время тахикардии при ретроградной стимуляции с ДЦ 270 мс, А-А интервал составил 290 мс, постстимуляционный комплекс начинается как VAV и постстимуляционный интервал составил 460 мс. Ранняя ретроградная предсердная активация в зоне Гиса. Тахикардия купируется с частой антеградной стимуляцией. С ретроградной стимуляцией из верхушки и базального отдела правого желудочка интервал ВА составляет 110 и 150 мс соответственно. Парагисиальная стимуляция наличие за данных ДПЖС отрицает. При частой антеградной стимуляцией вновь индукция НЖТ, но в этот раз длинном VA-AV интервалами, ДЦ 320 мс. Далее введен атропин 0,5 мл. После фармакологической пробы с частой антеградной стимуляцией индукция НЖТ. В момент тахикардии возникла БЛНПГ(блокада левой ножки пучка Гиса) которая переходит на БПНПГ(блокада правой ножки пучка Гиса), при этом ДЦ тахикардия составило 280 мс – цикл не меняется. Тахикардия купируется самостоятельна. В конце тахикардии отмечается укорочение AV и удлинение VA интервала, дальше VA укорачивается, при этом ДЦ тахикардии составил 280 мс. Картина оценивалась как АВУРТ по механизме slow-fast, slow-slow, 10 ти полюсный

электрод заменен на конвекционный проведен в область медленных путей АВ-соединения, где выполнено несколько РЧ-воздействий с развитием медленного узлового ритма при температуре 54–56 °С и мощности 45–50 Вт. Сразу после РЧА при частой стимуляции тахикардия не индуцируется. Через 15 минут наблюдения параметры те же. Частой сверхчастой и программированной стимуляции тахикардия не индуцируется. АЭРП АВУ(абсолютной рефрактерный период АВ узла) 280 мс. АТВ (антеградная точка Венкебаха) 340 мс. Введен атропин 0,5 мл. После фармакологической пробы АТВ–280 мс АЭРП АВУ–240 мс тахикардия не индуцируется. Процедура завершена. Время РЧА – 2 минут, Деканюляция, гемостаз, асептические повязки на места пункций. Пациент на синусовом ритме переведен в отделение.

Заключение: Двойные пути АВ-проведения. Типичная и атипичная форма АВУРТ по механизму slow-fast slow-slow ДЦ 280–320 мс.

После проведенного операции выставлен диагноз: Двойные пути АВ-проведения. Типичная и атипичная форма АВУРТ по механизму slow-fast slow-slow, fast-slow с ДЦ 280–290–320 мс.

Послеоперационный период протекает без особенностей. Нарушений ритма не наблюдалось.

Выводы. Атипичная форма АВУРТ в практике встречается очень редко. Для постановки диагноза требует особе ЭФИ. РЧА является эффективным методом лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ИЗ ЛЕВОГО КОРОНАРНОГО СИНУСА

И.К. ТУРСУНКУЛОВ, М.А.САИДОВ, И.Н. ХАМИДОВ, А.Х. МАХМУДОВ

РСНПМЦ Кардиологии Самаркандский филиал, Узбекистан, г. Самарканд.

Цель проведение клинической случай – описание электрофизиологических особенности желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) и технический особенности радиочастотной абляции (РЧА) левожелудочковой экстрасистолии из левого коронарного синуса (левый синус Вальсальвы).

Материалы и методы: Пациент поступил в центр РСН-ПМЦ Кардиологии Самаркандский филиал с жалобами перебои в работе сердце и одышкой при небольшой физической нагрузки. По данным Хольтеровского ЭКГ мониторирования было выявлено 19 164 шт. мономорфных ЖЭ. Выполнено картирование ЖЭ и было выявлено что, очаг данного ЖЭ локализовалось в левом коронарном синусе Вальсалвы (ЛКСВ). Под контролем рентгеноскопии и селективной коронароангиографии было выполнено успешной радиочастотной аблации.

В центр РСН-ПМЦ Кардиологии Самаркандский филиалу поступил пациент И. 1973 г.р. с жалобами перебои в работе сердце и одышкой при небольшой физической нагрузки. По место жительсва получил антиаритмический терапия без эффекта, на фоне антиаритмического терапии по Холтеру обнаружили 19 164 шт. мономорфных ЖЭ. По ЭКГ морфология ЖЭ – широкий с псевдо дельта-волной, переходная зона на грудных отведениях – V3, высокий R зубцы регистрируется в нижних отведениях. После тщательного обследования пациенту предложено проведения ЭФИ, РЧА.

Протокол операции: Пациент доставлен в рентген операционной на синусовым ритме с частой ЖЭ по типу бигеминии и тригеминии, с ЧСС 73–77 ударов в минуту. Под местной анестезией с новокаином 0,5% – 50,0 мл. выполнено пункция правая бедренная вена, установлен интрадьюсер через которую проведено опрощаемый абляционный электрод (Biosense Webster Celsius ThermoCool 7 Fr) и под контролем рентгеноскопии установлен выводного отдела правого желудочка (ВОПЖ). При картировании ВОПЖ самый ранний пресистолические потенциалы зарегистрирован переденей-септальной области ВОПЖ с опережением на 28 мс. комплекса QRS референтного отведение ЭКГ – V3. Выполнено несколько РЧА воздействии с удовлетворительными параметрами (сопротивления – 100–120 Ohm; мощность – 30 Wt.; температура – 40–45ºС.) без эффекта. Дале аблационый электрод (Biosense Webster Celsius Thermocool 7 Fr) установлено в коронарный синус и на фоне ЖЭ ранний желудочковые потенциалы регистрируется на дистальных полюсах. Далее пунктировано правая бедренная артерия, установлен интрадьюсер через которую проведено опрощаемый абляционный электрод (Biosense Webster Celsius Thermocool 7 Fr) в корень аорты. При картирование ранний активации пресистолические потенциалы регистрируется в левом коронарном синусе Вальсальвы с опережением на 46 мс. комплекса QRS референтного отведение ЭКГ – V3 . Далее под контролем селективная коронароангиографии и рентгеноскопии было выполнено РЧА воздействие с удовлетворительными параметрами (сопротивления – 120–130 Ohm; мощность – 33–37 Wt.; температура – 47–49ºС.) длительностью 60 сек. с исчезновением ЖЭ на 15 секунда воздействие. Было вы-

полнено контрольные РЧА воздействие на тем же месту несколько раз. После РЧА было выполнено неселективная коронарография и установлено точное локализации очага ЖЭ в ЛКСВ который находится 8–9 мм ниже от левый коронарный артериий (ЛКА) . Время ожидание составило 30 мин после последнего РЧА воздействие, при этом ЖЭ не регистрировалось. Далее выполнено ЭФИ по протоколу, при частой, учашающый и прогрпмируемими стимуляциями желудочковые тахиаритмии и другие нарушения ритма и нарушение проводимости не выявлено. На этом процедура завершена.

Вывод: Радиочастотная катетерная аблация желудочковых экстрасистолии из синусов Вальсальвы является высокоэффективным методом лечения аритмии при соблюдении ряда условий, к которым относятся: безопасное позиционирование аблационного катетера с использованиям коронарографии.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

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

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

Цель исследования – оценить клинико-гемодинамическую эффективность СРТ у больных ХСН II-III ФК по NYHA и полной блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) с QRS более 130 мс.

Методы. Была проведена ретроспективная оценка данных 23 пациентов (8 женщин, 15 мужчин) с ишемической и дилатационной кардиомиопатиями, которые находились на оптимальной медикаментозной терапии СН до имплантации СРТ, согласно рекомендациям РКО или ESC. Длительность наблюдения составила 5,1±1,17 лет. Клиническая оценка включала функциональный класс по NYHA, качество жизни, результаты теста 6-минутной ходьбы (ТШХ), параметры эхокардиографии и мозговой натрийуретический пептид pro b-типа сыворотки (NT-ProBNP).

Результаты. Средний возраст больных составил 45,33±15,17 лет. За период наблюдения после имплантации СРТ отмечено достоверное улучшение качества жизни и переносимости физической нагрузки. Так, отмечено увеличение легкопроходимой дистанции по ТШХ с 145,7±20,1 м до 219,5±42,2 м ($p<0,0001$). Средняя продолжительность комплекса QRS сократилась с 164,4±13,2 мс до 126,4±13,6 мс ($p<0,0001$). При эхокардиографическом исследовании показано уменьшение конечного диастолического размера левого желудочка (КДРЛЖ) с 68,95±5,05 мм до 62,8±4,47 мм, $p=0,0002$, и конечного систолического размера левого желудочка (КСРЛЖ) с 54,1±4,5 мм до 46,5±4,1 мм, $p<0,0001$. При этом, ФВ ЛЖ ожидаемо увеличилась с 40,3±2,8 до 48,3±4,2 мм, $p<0,0001$. Данные изменения сопровождались значимым снижением уровня NT-ProBNP в сыворотке с 1025,6±363,1 пг/мл до 594,9±263,5 пг/мл ($p<0,0001$).

Выводы. Имплантация СРТ у пациентов, находящиеся на оптимальной медикаментозной терапии СН сопровождается дополнительным значимым улучшением клинико-функциональных показателей, улучшения сократительной способности миокарда и снижения МНУП при среднесрочном наблюдении.

ОСОБЕННОСТИ РЧА ДПЖС У ПАЦИЕНТОВ С ПИРАМИДАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

ХАМИДОВ И.Н., ТУРСУНКУЛОВ И.К., МАХМУДОВ А.Х., ИСТАМОВА С.С.

Самарканд РИКИАТМ СВМФ

Цель: Изучить особенности РЧА ДПЖС у пациентов с пирамидальной локализацией

Материалы и методы: За период с 2021 г по 2022 г оперировано 57 пациент с различной локализацией ДПЖС . Возраст больных составляет от 9 до 65 лет, из них мужчин 31, женщин 26.

16 случаев выявлено(мужчины 7, женщин 9) ДПЖС с пирамидальной локализацией. Из них манифестирующая форма диагностирована у 9(56,25 %) пациентов, скрытая форма у 5(31,25 %) пациентов, и интермиттирующая форма 1 (6,25 %) пациента.

Результаты: По результатом ЭФИ у 12 пациентов эффективная РЧА выполнена с правосторонним доступом(манифестирующая форма–8, интермиттирующая–1, скрытая–3) из них 3 случаев выявлен множественный ДПЖС. 3 случаев и правосторонним и левосторонним(ретроградным) доступом(из них 2-манифестирующая, у 1 го пациента пучок закрылся антеградно с исчезновением дельта волны, при дальнейшем РЧА ретроградно-ВА диссоциация, обе пациентов пучок закрылся слева, 1-скрытая форма, при этом пучок закрылся справа) у 1 пациента правосторонним доступом(скрытая форма), при этом Кент закрылся в области перешеек ампулярной части КС(с контрастированием). У 1 го пациента справа и слева эффекта нет, но внутри КС изменился рефрактерный период ДПЖС, антеградный и ретроградный АЭРП-ДПЖС составило 590 и 400 мс соответственно.

Заключение: РЧА является эффективным методом лечения при пирамидальной ДПЖС. Эффективность операции составило 93,75 %. В нашей практике больше части (81,25 %) пирамидальные пучки закрываются с правосторонним доступом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ О ОСЛОЖНЕНИЕ УСТАНОВКА ВРЕМННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА– ПЕРФОРАЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ВО ВРЕМЯ АСИСТОЛИИ ЖЕЛУДОЧКОВ

ХАМИДОВ И. Н. САИДОВ М. А. ТУРСУНКУЛОВ И КАРИМОВ Ж.

Центр РСНПМЦ Кардиологии Самаркандский филиал, Узбекистан, г. Самарканд

Цель: случай о осложнение установка времнного электрокардиостимулятора– перфорация правого желудочка во времия асистолии желудочков.

Материалы и методы: В отделении реанимации в сельском центральном больнице поступил мужчина в возрасте 40 года. Общие состояние тяжёлое, сознания нет, на вопрос не отвечает, А\Д 0 мм рт.ст, пульс не определяется, дыхание нет. На ЭКГ мониторе регистрируется только зубец Р без никаких QRS комплексами– асистолия желудочков.

Сразу начался АВС реанимация. При проведении непрямой массаж сердца , через 30 сек пациент открыл глаз. Приостановлении массажа вновь асистолия желудочков. На условии реанимации вызван скорою помощь из центра РСН-ПМЦ Кардиологии Самаркандского филиала. На фоне непрямой массаж сердца на экстренном порядке пациенту через яременный доступ установлен временный ЭКС. После навязки желудочка А\Д 90/60 мм рт.ст, ЧЖС –70 уд/мин через временный наружный кардиостимулятор. После этого пациент переведен в центру РСН-ПМЦ Кардиологии Самаркандского филиала. На эхокардиографии левое предсердие–34 мм, конечный диастолический размер левого желудочка–6,2, конечный систолический размер левого желудочка–5.2, конечный диастолический объем левого желудочка–188 мл, фракция выброса – 32 %, Аорта– фиброзное кольцо–22 , градиент давление пиковый –7 , площадь аортального клапана–2,7 , митральный клапан фиброзное кольцо–30, площадь митрального клапана–4 градиент давление пиковый–4, правая желудочка расширен, Р – 40 мм рт.ст, ЛА–26. Правое предсердие 50 х 50 мм, кольцо трикуспидального клапана– 36. Межжелудочковая перегородка–12 мм, межпредсердная и межжелудочковая перегородка интактно. ЭКГ: ритм от ЭКС, ЧЖС 70 уд/мин.

На обзорной рентгеногафии грудной клетки электрод от временного ЭКС визуализируется в эпикардиальном полости !!! При этом на эхокардиографии полости перикарда – без особенности. Под контролем ангиографа и эхокардиографии электрод потянулся назад. При контрольным

эхокардиографии (каждый 2–5 минут) в перикарде жидкости нет. Пациент был переведен в реанимацию. После всех исследование пациенту имплантирован 2х камерный кардио-вертер дефибрилятор(КВД).

У пациент два раз отмечался тяжёлые клинические ситуации так как асистолия желудочков и перфорация стенки сердца во время установка временного кардиостимулятора. После таких ситуации пациент без осложнений выписан домой.

Вывод**:** Временная трансвенозная стимуляция является процедуром, спасающим жизнь пациента во время различных формах брадиаритмии, но иногда может развития серьезное осложнение о которых врач должен знать, чтобы не упускать таких моментов.

СЛУЧАЙ РЧА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ФОРМЕ СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА

ХАМИДОВ И.Н., САИДОВ М.А., ТУРСУНКУЛОВ И.К., АЧИЛОВА Ш. С.

РСНПМЦ Кардиологии Самаркандский филиал, Узбекистан, г. Самарканд

Цель клинический случай о результатов РЧА при множественных форме синдрома WPW

Материалы и методы: Проведен анализ случаев пациентов, посещаемых на стационарном приеме в центре РСН-ПМЦ Кардиологии Самаркандского филиала в 27.01.23 г. Холтеровское мониторирование проводилось на аппарате– Contec на 3х канальным режиме, электрокардиографическое исследование проводилось на аппарате -HeartScreen в покое на 25 мм\с на 12 канальным режиме. ЭФИ и РЧА на станции – Microport

Описание клинического исследования Пациент, 2002 г.р., поступил в больницу(центр РСН-ПМЦ Кардиологии Самаркандский филиал) Из анамнеза приступы аритмии началась с детского возраста. В течение последних 2-х лет приступ тахикардии стал часто с ЧЖС 250 уд\мин. Пациент самостоятельно ни чего не принимает. Приступ купируется самостоятельно или с верапамилом. В связи с учащённого приступа пациент госпитализирован. При осмотре: состояние пациента средней тяжести Кожные покровы и видимые слизистые обычные окраски. Периферических отеков нет. Тургор кожи сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет ЧДД 18 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости в норме. Деятельность сердца ритмичная, ЧСС 80 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличен. Симптом поколачивания отрицательный. На ЭКГ ритм синусовый ЧСС с признаками преэкзитацией желудочков – синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW).

В стационаре пациенту проводились общеклинические анализы, холтеровское мониторирование (СХМ), Электрокардиография (ЭКГ), Эхокардиография(Эхо-КГ), рентгенография органов грудной клетки. На ЭКГ ритм синусовый, правильный, ЧСС 80 уд\мин, ЭОС-нормальное, выраженная дельта вольна во всех отведениях: положительная дельта в отведениях I,II,III, avL, avF. Отрицательная дельта волна в отведениях avR, V1. При ХМ выявлено: базовый ритм синусовый, преимущественно нормосистолия. Все ритмы 98805 ЧСС(уд\мин) средняя–88; минимальная–55; максимальная–121. Реакция на нагрузку адекватная. Нарушений проводимости не зарегистрировано. Пауз нет. Высокочастотные пароксизмы тахикардии не зарегистрированы. ЖЭ не обнаружены. НЖЭ не обнаружены. Регистрируется дельта волна– синдром WPW.

Интервал «QT» в пределах норм. PR интервал укорочен. Сегмент «ST» диагностический значимых изменений не зарегистрировано.

На ЭхоКГ левое предсердие–33,2 мм, КДР–5,0, КСР–3.6, КДО–120 мл, КСО–3,6 см, ФВ– 54%, Аорта– ФК–23 , градиент давление пиковый –6 , площадь аортального клапана–3 , МК ФК–29, площадь МК–4,5 градиент давление пиковый–3, ПЖ-не расширен, ЛА–24, кольцо ТК–36. МЖП–9 мм, МППи МЖП интакт. Пациент был консультирован аритмологом, рекомендовано электрофизиологических исследований (ЭФИ) и радиочастотной аблации(РЧА) дополнительных путей АВ проведения.

Процедура: ЭФИ, РЧА. Пациент доставлен в рентгеноперационную на синусовом ритме с ЧСС 78–80 уд/мин. С признаком преэкзитации желудочков. Под местной анестезией пунктирована правая бедренная вена (трижды). Проведены 10-ти полюсный диагностический электрод в коронарный синус(КС) и в ПЖ. На эндограмме наиболее короткий АВ интервал регистрируется в дистальном канале КС(1 й пучок). Механическая индукция антидромная реципрокная тахикардия с длина циклей (ДЦ) 300 мс с левосторонним фронтом активацией При ретроградной программированной стимуляции проведение по ДПЖС с левостороннем активацией(ранняя активация в дистальных каналах). Далее через ретроградный доступ орощаемый электрод проведен в ЛЖ. При картировании левой АВ борозды самый

сливной АВ интервал получен в боковой стенке ЛЖ(4а рисунок). Там же выполнено РЧА с нарастанием локального АВ интервала на 3 й секунд аблации(но на ЭКГ дельта сохраняется) и изменением фронта активации на проксимальном канале КС. Далее при ретроградной программированной стимуляции ранняя предсердная активация регистрируется в проксимальных каналах КС, но без ретроградной стимуляции ранняя желудочковая активация в левой задней АВ борозды(2 пучок)(5 рисунок). При установлении аблационного электрода в этой зоне регистрируется локальный сливной АВ интервал, где выполнена где выполнено РЧА с закрытием ДПЖС на 5 й секунд воздействии и изменением антероградного фронта активации на проксимальных каналов КС(при этом дельта ещё сохраняется). На фоне ретроградной стимуляции самая ранняя предсердная активация и без стимуляции наиболее желудочковая активация отмечается в левый нижний парасептальной области (3 й пучок) Там же выполнена РЧА с нарастанием локального АВ интервале на эндограмме аблационного электрода(6 рисунок). Дальнейшим картировании правой АВ борозды на синусе и на ретроградной стимуляции наиболее сливной АВ и ВА интервал получен передне-верхней области правой АВ борозды, через интродюссер Prefase выполнена РЧА на этой области с исчезновением дельта волны на 8 секунд аблации. Через 3 мин наблюдении вновь появляется дельта на поверхностной ЭКГ(такая картина отмечалась несколько раз). Дополнительно проведено РЧА с закрытием ДПЖС. 40 мин наблюдение при антеградной стимуляции проведение по АВУ, ретроградной стимуляции ВА диссоциация. Деканюляция, гемостаз, асептические повязки на места пункций.(Параметры аблации 35–40 Вт, температура 40–45 С, сопротивление 130–150 Ом, общие время РЧА 32 минут)

Через 2 дня на поверхностный ЭКГ вновь регистрируется признаки ДПЖС. Пациент ещё раз доставлен в рентгеноперационную. Но этот раз РЧА произведено через левой подключичный вен. В передне-верхней области выполнено РЧА с закрытием ДПЖС на 7 сек аблации. Дополнительно проведено РЧА на этой зоне. При антеградной и ретроградной стимуляции данных ДПЖС нет. Пациент без признаков преэкзитации желудочков выписан домой.

После выписки через 2 месяц при повторном осмотре на ЭКГ отмечается дельта волна. При повторном операции через бедренный доступ с хорошей фиксацией с интродюссером Braidin выполнен РЧА по передне-верхней часть правой АВ борозды до закрытия ДПЖС. (Параметры аблации 40 Вт, температура 40–45 С, сопротивление 130–140 Ом, общие время РЧА 10 минут)

После проведенного операции выставлен диагноз: «Манифестирующий синдром WPW. ДПЖС нижний -парасептальной, передне-верхней, задней, задне – боковой локализации. Послеоперационный период протекает без особенностей. Нарушений ритма не наблюдалось (на СХМ признаков преэкзитации желудочков нет). Выписан с положительной динамикой.

Рекомендация:

1. СХМ через месяц,
2. торомбопол 75 мг/сут месяц.

Выводы. Множественная форма WPW синдрома встречается очень редко. Так как передне верхней пучки может даст рецидив. Тут основная проблема фиксация электрода на этой участки. Поэтому для эффективной РЧА требуется хороший контакт аблационного электрода с удовлетворительном параметрами. Иногда при аблации передне-верхней пучки используется подключичный доступ. Но в нашей практике этот доступ тоже дал рецидив.

КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

YURAK ISHEMIK KASALLIGI MAVJUD BEMORLARNI OLIB BORISHDA IJTIMOIY-PSIXOLOGIK OMILLARNING AHAMIYATI

ABDUMALIKOVA F.B. XOLMURODOV SH.SH.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O‘zbekiston

Ishning maqsadi. Surunkali yurak etishmovchiligi (SYuYe) bilan asoratlangan yurak ishemik kasalligi (YuIK) bo'lgan bemorlarda xavotir-depressiv sindromning (XDS) muntazam davolanish jarayoniga rioya qilish darajasiga ta'sirini baholash.

Material va usullar. Tadqiqot davomida Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 va 2-kardiologiya bo'limlarida, SYuYe II bosqich, FS II-III (NYHA bo‘yicha) bilan asoratlangan YuIK, zo'riqish stenokardiyasi (ZS) FS II-III bosqichi tashxisi bilan davolanayotgan, har ikki jinsdagi, o'rtacha yoshi 60,9±1,46 yosh bo'lgan 84 nafar bemor tekshirildi. Muntazam davolanish jarayoniga rioya qilish darajasini baholash uchun MMAS–8-Item so'rovnomasidan (Morisky Medication Adherence Scale, 2008) foydalanilgan. Psixo-emotsional holat darajasi xavotir va depressiya shkalasi – HADS (Hospital Anxiety and Depression scale) yordamida aniqlandi.

Natijalar. ZS fonida SYuYe bilan og'rigan bemorlarda davolashga rioya qilish darajasini baholash uchun psixo-emotsional holatlarning mavjudligi va og'irligiga qarab, tadqiqotga olingan bemorlar ikki guruhga bo'lingan: asosiy guruh – XDS bilan kasallangan 40 (47,6%) nafar bemorlar va taqqoslash guruhi – XDSsiz 44 (52,4%) nafar bemorlar. HADS so'rovnomasi yordamida o'tkazilgan so'rov natijalariga ko'ra, birinchi guruh HAS kichik shkalasi bo'yicha o'rtacha 11,5±0,55 ball va HDS bo'yicha 11,4±0,41 ball to'pladi, bu taqqoslash guruhining o'rtacha qiymatlaridan sezilarli darajada oshib ketdi ($p<0,001$), taqqoslash guruhida esa mos ravishda 4,9±0,37 va 5,7±0,36 ballni tashkil etdi. SYuYe mavjud bemorlarning asosiy guruhida 60% hollarda klinik jihatdan sezilarli darajada xavotir va depressiya mavjudligi va 25% hollarda subklinik darajada namoyon bo'lishi aniqlandi. MMAS–8 so'rovnomasi yordamida bemor ma'lumotlarini qayta ishlashda umumiy ball hisoblab chiqildi, bu asosiy guruhda o'rtacha 3,1±0,29 ball, taqqoslash guruhida 5,6±0,27 ball ($p<0,001$), 8 ball olgan bemorlar esa mos deb hisoblanadi, bu bemorlarning davolanishga rioya qilish darajasi past ekanligini ko'rsatadi. XDS va davo jarayoniga rioya qilish o'rtasidagi korellyatsion bog'liqlikni baholashda dori vositalarini muntazam qa'bul qilish va xavotir ($r=-0,58$, $p<0,01$), hamda, depressiya ($r=-0,6$, $p<0,05$) o'rtasida salbiy, yuqori darajadagi korrelyatsion bog'liqlik aniqlandi.

Xulosa. SYuYe bilan asoratlangan YuIK bilan og'rigan bemorlarda klinik namoyon bo'lgan xavotir-depressiv sindrom rivojlanishi bemorning muntazam davo jarayoniga rioya qilish darajasini sezilarli darajada kamaytirilishi isbotlandi.

UYQUSIZLIKNI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY YONDASHUVLARI

N.U. MAXKAMOVA., K.M. XASANOVA

Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Dolzarbligi. Uyquning etarli miqdorda va sifatli darajada bo`lishi organizmning optimal fiziologik holati bo`lib, kognitiv faoliyat va yurak qon – tomir tizimiga (YQTT) ijobiy ta`sir ko`rsatadi. Normal uyqu organizmning stressga bo`lgan turg`unligini oshiradi va YuQTT ga bo`lgan yuklamani kamaytirib beradi. Uyqu buzilishlarining va uyqusizlikning keng tarqalgan sabablaridan biri bu uyqudagi obstruktiv apnoe/gipopnoe sindromidir (UOAGS).

Maqsad: SIPAP terapiya, kognitiv-bixevioral terapiya va uyqu gigienasi imkoniyatlarini baholash.

Material va metodlar. Tekshiruv RIKIATM ning kardioserebral patologiya bo`limida 119 ta bemorlar da (ulardan 42 % ayollar, 58 % erkaklar) olib borildi . Barcha bemorlarda stabil stenokardiya I-III FS va dissirkulyator ensefalopatiya I-II daraja tashxisi qo`yilgan va standart tekshiruvlar bilan birgalikda kardiorespirator monitoring (KRM) tekshiruvi o`tkazilgan. KRM ga asoslangan holda bemorlarda quyidagi apnoe/gipopnoe indeksi aniqlandi: 1 daraja apnoe/gipopnoe indeksi ≤ 5–15/soat 37 ta bemor, II daraja ≤ 15–30/soat 58 ta bemor, III daraja ≤ 15–

30/soat 24 ta bemor. Bemorlar 2 guruhga bo`lindi. Ulardan 31% ga faqatgina uyqu gigienasiga amal qilish tavsiya etildi. 42 % bemorda kognitiv-bixevioral terapiya o`tkazildi, 27 % bemorda SIPAP terapiya imkoniyatlari baholandi.

Olingan natijalar. Bemorlarda 1 oydan so`ng qayta KRM tekshiruvi o`tkazildi. Aniqlangan natijalarga ko`ra uyqu gigienasi tavsiya etilgan bemorlarnig 75 % ida normal ko`rsatlichlar, kognitiv bixevioral terapiya o`tkazilganlarning 47 % ida indeks apnoe gipopnoe indeksining normal holatga kelgani 34 % ida engil daraja va 19 % bemorlarda o1zgarishlar aniqlanmadi. Eng samarali ko`rsatkich SIPAP terapiya o`tkazganlarda aniqlandi. Ularning 67 % ida engil daraja, 23 % ida normal ko`rsatkichlar va 10 % bemorda o`zgarishlar aniqlanmadi .

Xulosa. Olingan natijalarga ko`ra SIPAP terapiya og`ir apnoe aniqlangan bemorlarga eng effektiv davolash usuli bo`lib chiqdi.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

АБДУЛЛАЕВА С.Я., САЛИМОВА Н.Р. НИКИШИН А.Г.

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

Введение. Реабилитация больных ОИМ, начинается с момента госпитализации пациента в стационар и продолжается до конца жизни. Немаловажную роль в реабилитации, помимо восстановления физической работоспособности, играет психологическая адаптация больного.

Цель. Исходная сравнительная оценка психологического состояния пациентов с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией, а также годичных прогнозов в зависимости от структуры и степени выраженности психоэмоциональных расстройств тревожно-депрессивного круга.

Материалы и методы. Выполнено исследование 44 больных, находившихся на лечении в отделении кардиореанимации РСНПМЦК Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу были включены пациенты с острым инфарктом миокарда, а во вторую с другими формами дестабилизации ишемической болезни сердца, кардиологические маркеры которых не соответствовали критериям инфаркта миокарда, указанным в европейских клинических рекомендациях. Все пациенты получали общепринятую базисную терапию, включавшую, ацетилсалициловую кислоту (АСК), клопидогрел, бета-адреноблокатор бисопролол 2,5–5 мг/сут, ингибитор АПФ, розувастатин 20 мг/сут. Изучались следующие конечные точки: летальный исход, инфаркт миокарда (нефатальный), прогрессирование коронарной недостаточности, развитие и прогрессирование сердечной недостаточности (СН) (по данным ШОКС в модификации В.Мареева), повторные госпитализации, связанные с нарастанием коронарной недостаточности, потребность в оперативном вмешательстве (КШ).

Результаты. Две группы были сопоставимы по основными демографическим и клиническим показателям. При оценке психоэмоционального состояния пациентов, внутри групп наблюдаются существенные различия в уровне тревожности и депрессии. В обеих группах, значимо преобладает средний уровень реактивной тревожности. Но при этом в группе нестабильной стенокардии значительно преобладает уровень личностной тревожности, как внутри группы (67,86% к 0% и 32,14%, P = 0,0000001), так и в отношении уровня реактивной тревожности в группе ОИМ (67,86% к 31,25%, P = 0,02). Тогда как в группе ОИМ, уровень реактивной тревожности, склоняется к среднему (50% к 18,5% к 31,25%, P = 0,06). При оценке конечных точек, регистрируется сравнительно большая частота эпизодов стенокардии, не потребовавших госпитализации в группе ОИМ (43,75% к 17,9%, P = 0,05). При этом частота госпитализаций, как плановых, так и связанных с ухудшением состояния в группах не различалась. В отношении таких конечных точек, как смерть, реинфаркт, ОНМК и кровотечение, значимых различий между группами не зафиксировано.

Заключение: Превалирование депрессивных тенденций у пациентов с ОИМ можно связать с длительным анамнезом ИБС – «наличием опыта болезни», более драматичной оценкой ситуации и перспектив на будущее. У пациентов с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией необходима ранняя диагностика тревоги и депрессии, определение вклада реактивного психогенного фактора и сосудисто-мозговой недостаточности в развитие тревожно-депрессивных расстройств. Это важно для дифференцированной психокоррекции, повышения приверженности к лечению, предупреждения прогрессирования депрессии с устойчивыми фобическими включениями и повышенным риском неблагоприятного прогноза.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, тревожно-депрессивные расстройства, реабилитация

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

***НАСЫРОВА З.*, ТАШКЕНБАЕВА Э.**

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

Целью настоящего исследования явилась оценка влияния тяжести тревожно-депрессивных нарушений на цитокиновый статус иммунной системы у больных с хронической формой ИБС при различных клинических вариантах ее течения.

Материалы и методы: Провели клиническое обследование 90 больных (мужчин) в возрасте от 45 до 58 лет, средний возраст – (51,0±6,4) лет. Все обследуемые представлены пациентами с хронической формой ИБС, протекающей с болевыми и безболевыми эпизодами стенокардии в коморбидности с тревожно-депрессивными расстройствами различной степени выраженности. Длительность наблюдения за больными составила 22±7,3 суток. Для решения задач, поставленных в настоящей работе, сформированы группы больных в коморбидности с тревожно-депрессивными нарушениями: 1-я (n=36) – пациенты с хронической ИБС, протекающей на фоне тревожно-депрессивных расстройств умеренного характера; 2-я (n=34) – обследуемые с хронической ИБС и тревожно-депрессивными нарушениями легкой степени; 3-я (n=20) – пациенты с хронической ИБС без тревожно-депрессивных расстройств; 4-я (n=22) – контроль (здоровые лица). Психологические и психофизиологические процессы исследовали с помощью стандартизированного многофакторного исследования личности (СМИЛ), 8-цветового теста Люшера, шкал самооценки Спилбергера–Ханина реактивной и личностной тревожности. Цитокиновый статус иммунной системы исследовали с применением тест-систем отечественного и зарубежного производства по определению в сыворотке крови пациентов цитокинов провоспалительного (TNFα, IL–1β) и противовоспалительного (IL–4, IL–10) спектра методом иммуноферментного анализа.

Результаты: Изученные нами индивидуально-личностные особенности с помощью теста СМИЛ показали, что у обследуемых 1-й группы имело место более значимое повышение значений по шкалам невротической триады D, HS, HY, а также шкал PD, PA и Pt, что свидетельствует о более высоком депрессивном состоянии у этих больных по сравнению с пациентами группы 2 ($p<0,05$). При анализе шкал теста Спилбергера–Ханина было установлено, что у пациентов 1-й группы имеет место повышенная реактивная тревожность, которая проявлялась в виде стойкой напряженности, беспокойством, нарушением внимания и тревогой ($p<0,05$).Все показатели цитокинов провоспалительного и противовоспалительного спектра в группах обследования изменялись в широких пределах. Так, установлено, что у больных с хронической ИБС, протекающей с умеренными тревожно-депрессивными нарушениями, отмечается повышение показателей, отражающих активность воспаления – TNFα, IL–1β ($p<0,05$), угнетение IL–4, IL–10 ($p<0,05$) по отношению к обследуемым других групп.

Заключение: Отмечено влияние тяжести тревожно-депрессивных расстройств на клиническое течение хронической формы ишемической болезни сердца. Так, у больных с ишемической болезнью сердца и тревожно-депрессивными нарушениями умеренного характера установлено большее количество болевых и безболевых эпизодов стенокардии, которые по продолжительности становились длительнее и провоцировались меньшими физическими нагрузками. 2. Выявлено прямое патологическое воздействие расстройств тревожно-депрессивного спектра на иммунные процессы: повышение цитокинов провоспалительного (TNFα, IL–1β) и угнетение цитокинов противовоспалительного (IL–4, IL–10) спектра.

СОВРЕМЕННАЯ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УМАРОВА Н.Т.[1], ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[2]

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд Узбекистан

Цель. Изучить и выявить эффективность препарата Тахибен (урапидил) при гипертензивной энцефалопатии при условиях экстренной терапии.

Материал и методы. Данное исследование проводились на базе Самаркандского филиала РНЦЭМП. Было обследовано 28 больных с гипертензивной энцефалопатией (15 мужчин и 13 женщин), в возрасте от 39 до 78 лет. Всем больным была произведена МСКТ головного мозга и офтальмоскопия. У всех больных при офтальмоскопии на глазном дне выявлен отек диска зрительных нервов. При МСКТ головного мозга – у всех больных выявлено уменьшение объема боковых желудочков, снижение плотности белого вещества. Все больные в зависимости от проведенной терапии были разделены на две группы. В основную группу были включены 16 больных (9 мужчин и 7 женщин) а в контрольную группу 12 больных (6 мужчин и 6 женщин). В основной группе 16 больных в качестве гипотензивного препарата получали препарат Тахибен (урапидил) в дозе 5 мл в разведении 50 мл физиологического раствора (0,9%NaCl) + базисную терапию. Контрольная группа из 12 больных получали только базисную терапию. Учитывая что при гипертензивной энцефалопатии в отличии от инсультов АД должно снижаться экстренно, в течение от нескольких минут до 1 ч на 15–25% от исходного уровня (что не выходит за рамки границ ауторегуляции мозгового кровотока), а в последующем – до показателей АД на 10–15% выше привычных цифр (в среднем – АД 160/100 мм рт. ст.), всем больным основной группы вводили внутривенно капельно в течении 60 минут препарат Тахибен (урапидил) в дозе 5 мл в разведении 50 мл физиологического раствора (0,9%NaCl).

Результаты. Установлено что применение Тахибена (урапидил) в комплексе лечебных мероприятий гипертензивной энцефалопатии приводит к быстрому и мягкому (без побочных эффектов) снижению АД и тем самым препятствует возникновению вазогенного отека головного мозга. При лечении Тахибеном (урапидил) в основной группе отмечалось выраженный регресс общемозговой и очаговой неврологической симптоматики, которого отчётливо не наблюдалось в контрольной группе, которые получали только базисную терапию. Больные основной группы выписались на 1–2 дня раньше, чем больные в контрольной группе.

Выводы. Таким образом, применение Тахибена (урапидил) в комплексной терапии гипертензивной энцефалопатии проявляется быстрым и выраженным регрессом неврологической симптоматики, быстрой активацией сознания и сокращением сроков пребывания больных в стационаре.

ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ.

УСМАНОВА Н.А., АБДУЛЛАЕВ Т.А., САЛИМОВА Н.Р., МАХКАМОВА Н.У., ЦОЙ И.А.

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

Цель исследование: Оценить динамику изменений психопатологического статуса у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) на фоне оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ)

Материалы и методы. В исследование включено 48 пациента ХСН с давностью от 2 до 15 лет с низкой ФВЛЖ (ФВЛЖ ≤40%) в возрасте от 34 до 86лет (средний возраст 66,7 ± 7,07 года), мужчин – 38 (79%), женщин – 10 (21%). Всем пациентам был проведен клинический осмотр с использованием шкалы оценки клинического состояния (ШОКС) и определения дистанции 6– минутной ходьбы (ТШХ), а также уровень NT-proBNP (промозгового натрийуретического пептида). Функциональные методы исследования включали ЭКГ, ХМЭКГ и эхокардиография (ЭХОКГ) с определением ФВЛЖ по формуле Симпсон. По данным эхокардиографии в среднем ФВЛЖ – составила

28,9±7,3%. Психоэмоциональные расстройства оценивались по результатам беседы-интервью с обсуждением заранее намеченного круга вопросов. Верификация и дополнение их осуществлялись с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Качество жизни (КЖ), оценивалось с помощью «Миннесотского опросника КЖ пациентов с ХСН (MLHFO)». Все больные получали 4-х компонентную ОМТ ХСН согласно современным стандартам: ингибиторы АПФ/сакубитрил/валсартан, бета-блокаторы, антагонисты альдестерона и ИНГТ–2 (ESC 2021). Динамика ХСН и психологического статуса на фоне стандартной ОМТ ХСН изучалась на 1, 6, 24 месяцах наблюдения.

Результаты. По шкале HADS психопатологические расстройства в виде тревожно-депрессивные расстройств (ТДР) выявлены у 89% (n=43) больных ХСН с низкой ФВЛЖ. При этом у 43% пациентов превалировала изолированная депрессия, у 16,5 – выявлена изолированная тревога, у 40,1% – имело место сочетание депрессии и тревоги. По клиническому течению психосоматические расстройства были классифицированы (по баллам шкалы HADS) как тяжелые (более 11 баллов) и субклинические (средне тяжелое, 8–10 балл). У больных ХСН с низкой ФВЛЖ тяжелые ТДР диагностировались у 86% на фоне клинически выраженной по тяжести течения ХСН, в то время как субклинические ТДР имели место в 14% случаев. На фоне ОМТ ХСН на 1-м месяце исследования у более 50% пациентов уровень тревоги снизился от 8,58±4,96 до 7,33±4,23, а депрессии – от 13,0±4,5балла до 9,8±4,2баллов. К 6-му месяцу ТДР отсутствовали у более чем 35%, а к 24-месяцу показатели ТДР снизились до нормальных значений у более чем 53% пациентов, причем в 47% случаев отмечалась трансформация тяжелой степени ТДР в легкую (субклиническую) степень ($p<0,05$). В динамике к 24-му месяцу наблюдения регресс ТДР сопровождался достоверным улучшением таких клинически значимых объективных показателей для пациентов с ХСН как ТШХ (прирост от 53,0±25,2м до 225,0±108,2м) и ШОКС (с 2-кратным уменьшением баллов) ($p<0,05$). При этом за наблюдаемой период качество жизни пациентов достоверно улучшилось со снижением оценочных баллов по MLHFO с 91,9±27,2 до 65,7±29,1 ($p<0,05$).

Выводы: На фоне ОМТ ХСН с низкой ФВЛЖ за 2-х летний период наблюдения у пациентов отмечалось значимое улучшение общего клинического состояния, повышение толерантности к физической нагрузке, в том числе в 53% случаев за счет значительной редукции ТДР, что сопровождалось и достоверным ($p<0.05$) улучшением качества жизни больных.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ С КОГНТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ЮСУПОВА Х.Ф., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.

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

Цель исследования. Провести корреляционный анализ показателей центральной гемодинамики, в том числе, показателей суточного профиля артериального давления (СПАД) , а также артериальной жесткости с когнитивными функциями у пациентов с эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы исследования. В исследование было включено 111 больных мужчин и женщин с I–III степенью АГ по классификации (ESC/ESH, 2018). Средний возраст больных составил 54,6±10,8 лет, средняя длительность АГ–8,8±5,52 лет. Всем больным с целью изучения суточного профиля АД (СПАД) проводили суточное мониторирование АД (СМАД) («Регистратор BR–102 plus» (SCHILLER, Switzerland)). Состояние артериальной жесткости оценивали методом аппланационной тонометрии с использованием аппарата SphygmoCor («AtCor Medical», Австралия). Когнитивные функции оценивались с помощью применения нейро-психологических тестов: тест Мини-Коr (рисование часов, воспроизведение слов) и Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МОСА).

Результаты исследования. Корреляционный анализ между параметрами СПАД и психологического тестирования выявил отрицательную корреляционную связь среднедневного САД с общим баллом по шкале МОСА ($R=–0,33$, $p=0,015$). При этом прослеживалась отрицательная корреляция вариабельности САД дневного с общим баллом по шкале МОСА ($R=–0,40$, $p=0,000$), а также с вариабельностью ДАД в дневное время ($R=–0,35$, $p=0,000$), что указывает на выраженность когнитивных нарушений у лиц с высокой варибель-

ностью САД и ДАД в дневное время. Проведенный корреляционный анализ между параметрами центральной гемодинамики и артериальной жесткости выявил отрицательную корреляционную связь показателя скорости пульсовой волны (СПВ) с выраженностью когнитивных нарушений, в частности с общим баллом по тесту Мини-Ког (R=–0,24, p=0,01), а также центрального пульсового давления (цПД) с общим баллом по тесту Мини-Ког (R=–0,27, p=0,007).

Заключение. Таким образом, нарушение СПАД, в частности, повышенная вариабельность САД И ДАД, а также повышенные значения средне-дневного САД вносят значимый вклад в развитие когнитивных нарушений у больных АГ. А также повышение скорости пульсовой волны и центрального пульсового давления коррелирует с выраженностью когнитивных нарушений у пациентов ЭГ.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

ЮСУПОВА Х.Ф., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.

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

Цель исследования. Оценить взаимосвязь когнитивных функций у больных эссенциальной гипертензией с возрастом, уровнем образования, длительностью артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 111 больных мужчин и женщин с I–III степенью АГ по классификации (ESC/ESH, 2018). Средний возраст больных составил 54,6±10,8 лет, средняя длительность АГ–8,8±5,52 лет. По возрасту пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа 30–44 лет (n=20), 2 группа 45–64 лет (n=61), 3 группа 65–70 лет (n=30). По образованию также выделено 3 группы: 1 группа с высшим образованием (n=50), 2 группа со средним образованием (n=47) и 3 группа пациенты без образования (n=14). По длительности АГ также было сформировано 3 группы: 1 группа – длительность АГ составила менее 5 лет (n=26), 2 группа– длительность АГ 5–9 лет (n=36), 3 группа – длительность АГ 10 лет и более (n=49). Когнитивные функции оценивались с помощью применения нейропсихологических тестов: теста Мини-Ког (рисование часов, воспроизведение слов) и Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (МОСА). Статистические методы исследования проводились с использованием программ пакета Microsoft Office Excel–2010 и Statistics 10.0 для Windows. Для всех видов анализа статистически значимым считали значения p005 Результаты представлены как M±SD.

Результаты исследования. Проведенный анализ данных показал, что у пациентов молодого (1 группа) и среднего возраста (2 группа) когнитивные нарушения были менее выражены, чем в группе пожилого возраста (3 группа), в частности по тесту Мини-Ког: 4,15±0,74 баллов и 4,11±0,83 баллов против 3,56±1,4 баллов соответственно (F=3,3374, p=0,0392). Также следует отметить, что по тесту МОСА наблюдалась такая же тенденция 24,7±2,07 баллов и 24,3±3,02 баллов против 23,3±3,13 баллов соответственно (F=1,6272, p=0,2012). Пациенты с высшим образованием имели баллы несколько выше по обоим тестам, в сравнении с группой со средним образованием и без образования, но без достоверной разницы: по тесту Мини-Ког в 1 группе балл составил 4,6±1,3 баллов, во 2 группе – 3,85±1,08 баллов и в 3 группе – 4,14±0,86 баллов (F=0,6824, p=0,5075); по МОСА в 1 группе 24,46±2,76 баллов, во 2 группе – 23,5±2,82 баллов и в 3 группе – 23,07±2,9 баллов (F=0,204, p=0,1337). Также, у пациентов с длительностью АГ 5–9 лет и более 10 лет когнитивные нарушения наиболее выражены в сравнении с группой с длительностью АГ менее 5 лет: по тесту Мини-Ког в 1 группе 4,24±0,83 баллов, во второй группе 3,88±1,08 баллов, а также в 3 группе 3,91±1,09 баллов (F=1,000, p=0,3695), по тесту МОСА 25,2±2,27 баллов против 23,9±2,97 баллов и 23,8±3,2 баллов соответственно (F=1,9831, p=0,1426). Проведенный корреляционный анализ между длительностью АГ и тестом МОСА выявил отрицательную корреляционную связь (R=–0,20, p=0,028), а между образованием и тестом МОСА выявлена положительная корреляционная связь (R=0,27, p=0,003).

Заключение. Таким образом, у пациентов молодого возраста, с высшим образованием, длительностью АГ менее 5 лет когнитивные нарушения менее выражены. Проведенный корреляционный анализ показал, что чем больше длительность АГ тем более выражены когнитивные нарушения, чем выше уровень образования, тем более сохранны когнитивные функции у пациентов АГ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НИТРЕНДИПИНА И АМЛОДИПИНА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ЮСУПОВА Х.Ф., АБДУЛЛАЕВА Г.Ж., ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.

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

Цель исследования. Провести сравнительный анализ антигипертензивной и нейропротективной эффективности комбинированной терапии с включением нитрендипина и амлодипина у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы исследования. В исследование было включено 111 больных мужчин и женщин с I–III степенью артериальной гипертензии (АГ) по классификации (ESC/ESH, 2018). Средний возраст больных составил 54,6±10,8 лет, средняя длительность АГ – 8,8±5,52 лет. Все больные были распределены на 2 группы: 1 группа – больные на комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) с включением нитрендипина (n=58) и 2 группа – больные на АГТ с включением амлодипина (n=53). Всем больным на этапе до лечения и на фоне 12-месячной терапии измеряли офисное АД по методу Короткова, с целью изучения суточного профиля АД (СПАД) проводили суточное мониторирование АД (СМАД) («Регистратор BR–102 plus» (SCHILLER, Switzerland)). Когнитивные функции оценивались с помощью применения нейро-психологических тестов: теста Мини-Ког (рисование часов, воспроизведение слов) и Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MOCA). Результаты представлены как M±SD.

Результаты. Анализ показателей офисного АД показал хорошую 12-ти месячную антигипертензивную эффективность в обеих группах, независимо от режима терапии. Однако, были выявлены преимущества на фоне антигипертензивной терапии с включением амлодипина по положительной динамике показателей СПАД. В частности, индекс нагрузки повышенным САД и ДАД в ночное время достоверно снижался только во 2 группе больных: индекс нагрузки САД ночью исходно составил 73,4±28,7 мм рт.ст., в динамике – 42,5±30,7 мм рт. ст. (p=0,02); индекс нагрузки ДАД ночью –59,4±32,7 мм рт.ст и 27,6±31,7 мм рт.ст. соответственно (p=0,01). Анализ динамики показателей когнитивных функций показал преимущества режима терапии, основанной на нитрендипине. Проведенный анализ влияния антигипертензивной терапии с включением нитрендипина на когнитивные функции у пациентов ЭГ показал повышение общего балла по тесту Мини-Ког. Так, в 1 группе общий балл по тесту Мини-Ког исходно составил 3,84±1,08 балл, в динамике 4,48±0,77 балл (p0001 тогда как во второй группе значимых изменений не отмечено: 4,22±0,97 балл и 4,16±0,82 балл, соответственно (p>0,05). Следует отметить, что в 1 группе терапии с включением нитрендипина прослеживалось достоверное увеличение общего балла по Монреальской шкале МоСа: 23,3±2,8 балл исходно и 25,2±2,35 балл в динамике (p0001 а во 2 группе терапии с включением амлодипина достоверных изменений по данному тесту не было: 23,8±2,21 балл исходно и 23,5±2,4 балл в динамике (p>0,05).

Заключение. Отмечены преимущества улучшения СПАД у больных ЭГ, принимавших амлодипин в составе комбинированной АГТ. Режим терапии, основанный на нитрендипине в лучшей степени улучшал когнитивные функции, что позволяет дифференцированно подходить к выбору тактики лечения больных АГ с когнитивными нарушениями.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ

STUDY EFFECT OF CORONARY ARTERY REVASCULARIZATION OF DYNAMICS OF ECHOCARDIOGRAPHIC PARAMETERS IN PATIENTS WITH PRIOR MYOCARDIAL INFARCTION AND POTENTIAL LIFE THREATENING ARRHYTHMIAS

TURSUNOV E.YA., KEVORKOV A.G. ILXOMOVA L.T.

Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Cardiology, Tashkent Uzbekistan

Aim of the study: study effect of coronary artery revascularization dynamics of linear and volume echocardiographic parameters one year after revascularization in patients with prior myocardial infarction (PMI) and potential life-threatening arrhythmias (PLTA) which registered based on examination continuous ECG.

Materials and Methods: examined 239 patients hospitalized in the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology at the age of 39 to 75 years (mean age 60.1±8.1 (61 [55; 66]) years) with a history of PMI of various localization, as well as with a different nature of the lesion of the coronary artery. All patients on admission to the hospital underwent: transthoracic echocardiography (TE), selective coronary angio– and ventriculography. Based on PCI results patients were performed with coronary stenting or coronary artery bypass graft. After 1 year performed TE and results were compared. PLTA were evaluated based on continuous ECG registration before PCI, which included III, IVA and B group ventricular extrasystole according to the Lown – Wolf classification.

Results: One year later, after the coronary intervention, All the patients underwent echocardiographic examination again. According to the results, it was noted initial value of EDS LV was 5,4±0,8 sm, ESS LV was 3,9±0,8 sm, iEDVLV was 71,6±27,3 ml/m², iESVLV was 36,5±20,6 ml/m², EFLV was 51,2±10,1% and Aorta diameter 3,1±0,4 sm, IVS was 1,14±0,19 sm, PWLV was 1,05±0,15 sm, WSR was 0,42±0,09 sm, RV was 3,3±0,6. After revascularization 1 year results shows that EDS LV was 5,5±0,7 sm, ESS LV was 4,8±0,8 sm, iEDVLV was 69,9±23,1 ml/m², iESVLV was 33,8±18,6 ml/m², EFLV was 54,0±10,0%, Aorta diameter 3,4±0,4 sm, IVS was 1,15±0,23 sm, PWLV was 0,89±0,13 sm, WTR was 0,38±0,08 sm, RV was 3,5±0,6. That, in general, there are no significant changes in the echocardiographic parameters, with the exception of a significant decrease in the thickness of the posterior wall of the left ventricle by an average of 10–15%, as well as a slight increase in the diameter of the aorta, not exceeding an average of 5–10%. There was also a tendency towards a decrease in the volumetric parameters of the left ventricle, however, which did not reach reliable values.

Conclusion: In patients with prior myocardial infarction, after revascularization was observed significantly decrease in the thickness of the posterior wall of the heart although a decrease in the volume of the heart was observed, but the results were not reliable.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ ИНФУЗИИ ЛЕВОСИМЕНДАНА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

АБДУЛЛАЕВ ТА, ГУЛЯМОВ ХА, ЦОЙ И.А.

ГП Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Кардиологии МЗ РУз

Цель: Оценить краткосрочную динамику параметров ЭХОКГ у больных с декомпенсированной ХСН после внутривенной инфузии негликозидного инотропного препарата Левосимендана.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 18 больных, поступивших в отделение сердечной недостаточности РСНПМЦК с декомпенсацией ХСН. Средний возраст пациентов 54±13,9 года. Оптимальная терапия, рекомендованная РКО или ESC для лечения СН были временно отменены у всех пациентов. Помимо активной разгрузочной диуретической и стимуляционной терапии (петлевые диуретики, дигоксин), больным была инициирована внутривенная (в/в) 24-часовая инфузия Левосимендана 12,5 мг в дозе 0,1 мкг/кг/мин, при необходимости уменьшение дозы до 0,05 мкг/кг/мин или увеличение до 0,02 мкг/кг/мин.

Переносимость терапии оценена как удовлетворительная, аритмии высоких градаций, значительной гипотонии отмечено не было. Через 7 дней всем пациентам повторно проводилось ЭХОКГ по общепринятой методике.

Результаты: Внутривенная инфузия левосимендана сопровождалась улучшением гемодинамических показателей. Так, отмечено уменьшение полостей сердца: КДО ЛЖ с 269,2±43,4 мл до 226,3±44,7 мл (16%) (p<0,05), КСО ЛЖ с 189,1±39,8 мл до 164,9±54,2 мл (13%) (p>0,05), КДР ЛЖ с 71,4±5,0 мм до 68,6±6,4 мм (4%) (p>0.05), КСР ЛЖ с 61,8±5,1 до 58±6,4 мм (6%) (p>0.05), с ожидаемым повышением ФВЛЖ с 28,2±3,0% до 32,3±4,9% (13%) (p<0,05). Также отмечено снижение линейных размеров ЛП с 49,3±4,5 мм (5%) (p>0.05), и ПЖ с 46,4±11,0 мм, до 43,9±11,0 мм.

Заключение: Таким образом, у больных с декомпенсированной ХСН, инфузия левосимендана приводит к позитивным изменениям со стороны ЭХОКГ параметров в первые дни его применения.

АНАЛИЗ СКРИНИНГА КАРОТИДНОГО БАССЕЙНА ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ В КОНСУЛЬТАТИВНУЮ ПОЛИКЛИНИКУ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ РУЗ

АРСЛОНОВ С.Ф., ИЛХОМОВА Л.Т., БЕКМЕТОВА Ф.М., ДОНИЕРОВ Ш.Н., КАРИМОВ Б.С. ЮЛДОШОВ Н.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии

Цель. Анализ ультразвукового скрининга каротидного бассейна с помощью УЗИ у пациентов обратившихся в консультативную поликлинику Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии в Узбекистане.

Материал и методы. Всего обследованы 6553 пациенты в консультативной поликлинике «РСНПМЦК» в течении года (от 3 января до 30 декабря 2022г). У всех пациентов проведено УЗИ брахиоцефальных сосудов (БЦС) на ультразвуковых аппаратах: PHILIPS ClearVue 350, PHILIPS Affiniti 30 и Mindray DC–60 Expert. Процент каротидного стеноза измеряли по диаметру сосуда по рекомендациям ECST (European Carotid Surgery Trial). Возраст пациентов колебался в пределах от 20 до 89 лет (средний возраст 58,4±8,3 лет). Пациенты были разделены по возрасту и по степени стеноза БЦС (таблица №1):

Таблица 1

Выявляемость каротидного атеросклероза по степени стеноза и возрастным категориям

Возраст пациентов	Без стеноза БЦС	Стеноз<50%	Стеноз 50–69%	Стеноз>70%
20–29 n=286	284 (99,3%)	2 (0.7%)	-	-
30–39 n=917	830 (90,5%)	87 (9.5%)	-	-

40–49 n=1469	1019 (69,4%)	430 (29,3%)	20 (1,3%)	-
50–59 n=2127	1019 (47,9%)	1070 (50.3%)	32 (1.5%)	6 (0.3%)
60–69 n=1538	418 (27,2%)	1049 (68.2%)	62 (4.0%)	9 (0.6%)
>70 n=216	42 (19,4%)	160 (74.1%)	12 (5,5%)	2 (1%)

Результаты: Анализ по степени стеноза БЦС по возрастным категориям демонстрирует следующие результаты: стеноз<50% встречается в возрастном диапазоне 20–29 лет у 2-х пациентов (0,7%), в диапазоне 30–39 лет – у 87 пациентов (9,5%), в диапазоне 40–49 лет – у 430 пациентов (29,3%), в диапазоне 50–59 лет – у 1070 пациентов (50,3%), в диапазоне 60–69 лет – у 1049 пациентов (68,2%) и в возрасте свыше>70 лет – у 160 пациентов (74,1%).

Стеноз в пределах 50–69% встречается в возрастном диапазоне 40–49 лет у 20 пациентов (1,3%), в диапазоне 40–59 лет –у 32 пациентов (1,5%), в диапазоне 60–69 лет – у 62 пациентов (4,0%) и в возрасте свыше>70 лет – у 12 пациентов (5,5%). Стеноз>70% встречается в возрастном диапазоне 50–59 лет у 6 пациентов (0,3%), в возрастном диапазоне 60–69 лет –у 9 пациентов (0,6%) и свыше>70 лет – у 2 пациентов (1%).

Вывод. Из 6553 обследованных пациентов, обратившихся в консультативную поликлинику РСНПМЦК, наибольшее число со стенозами различной степени выявлено в возрастном диапазоне 50–59 лет и составило 32,5% от общего числа больных.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРЕМЕНИ УСКОРЕНИЯ И СООТНОШЕНИЯ ВРЕМЕНИ УСКОРЕНИЯ К ОБЩЕМУ ВРЕМЕНИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕЛОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Р.М. БАБУКОВ, В.В. БАЗЫЛЕВ, Ф.Л. БАРТОШ, А.В. ЛЁВИНА

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, Пенза, Россия

Цель. 1) определить диагностические возможности эхокардиографических показателей AT и AT/ET в определении тяжёлого аортального стеноза (АС) у пациентов с низким ударным объемом (УО) и низким трансаортальным градиентом давления при сниженной фракцией выброса левого желудочка (Low Flow Low Gradient) 2) определить пороговые значения для показателей AT и AT/ET в диагностике тяжелого АС у пациентов с низким УО и низким трансаортальным градиентом давления со сниженной ФВ ЛЖ.

Материал и методы. Проспективно с 2017 по 2022гг собрана база данных из 70 пациентов с тяжёлым АС с низким УО и низким трансаортальным градиентом давления со сниженной ФВ ЛЖ. Критерии включения в исследование: изолированный АС с эхокардиографическими характеристиками, соответствующими тяжелому стенозу с низким УО и низким трансаортальным градиентом давления со сниженной ФВ ЛЖ. Пациенты с истинно-тяжелым АС со сниженной ФВ ЛЖ были идентифицированы на основании стресс-эхокардиографии с добутамином и расчетом прогнозируемой площади эффективного отверстия аортального клапана (AVAProj). Тяжелый стеноз определяли по значению AVAProj 1 см².

Результаты. Выявлена статистически значимая и высокая отрицательная корреляционная связь показателя AVAProj с отношением AT/ET (r=–0,77, p0,001), но слабая корреляционная связь с показателем AT (r=–0,41, p=0,01). Кривая RoC-анализа продемонстрировала наибольшую прогностическую способность в дифференциальной диагностике тяжелого АС для отношения AT/ET (значение площади под кривой AUC 0,84±0,54, p0,001) и меньшую прогностическую способность для показателя AT (значение под кривой AUC 0,63±0,72, p0,02). Оптимальное пороговое значение определения тяжёлого АС для отношения AT/ET составило>0,32 (чувствительность 92 % и специфичность 70 %), для показателя AT>99 мс (чувствительность 81 % и специфичность 88 %). Анализ множественной логистической регрессии выявил, что отношение AT/ET является единственным эхокардиографическим параметром, оказывающим значимое влияние на дифференциальную диагностику тяжелого АС у пациентов со сниженной ФВ ЛЖ (ОШ 1,5; 95 % ДИ 1,2–1,9, p=0,001). Выявлена низкая межисследовательская вариабельность в измерениях показателей AT (коэффициент внутриклассовой корреляции составил 0,93 [95 % ДИ, 0,80–0,97]) и

AT/ET (коэффициент внутриклассовой корреляции составил 0,88 [95 % ДИ, 0,75–0,95]).

Заключение. 1. У пациентов с АС со сниженными УО ЛЖ и трансаортальными градиентами при сниженной ФВ отношение AT/ET является высокочувствительным и хорошо воспроизводимым показателем в диагностике тяжелого АС. 2. Пороговое значение отношение AT/ET > 0,32 может с высокой долей вероятности диагностировать тяжелый АС у пациентов со сниженным УО ЛЖ и сниженными трансаортальными градиентами со сниженной ФВ ЛЖ.

ФАКТ ИЛИ АРТЕФАКТ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ НОВОГО ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ПАРАМЕТРА ГОРИЗОНТАЛЬНОГО АРТЕФАКТА ЦВЕТНОГО ДОППЛЕРА В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕЛОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ

БАБУКОВ Р.М., БАЗЫЛЕВ В.В., БАРТОШ Ф.Л., ЛЁВИНА А.В.

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, Пенза, Россия

Цель исследования. 1) Оценить диагностические возможности эхокардиографического показателя ширины горизонтального артефакта цветного допплера в оценке тяжелой МР. 2) Определить пороговые значения для показателей ширины горизонтального артефакта цветного допплера для диагностики тяжелой МР.

Материалы и методы. Проспективно собрана база данных из 53 пациентов с эхокардиографическими признаками умеренной и тяжелой митральной регургитацией у которых присутствовал горизонтальный артефакт цветного допплера.

Результаты. У пациентов с тяжелой МР значения ширины горизонтального артефакта цветного допплера измеренных в 4-х, 2-х камерной проекции а также их средние значения были значительно больше по сравнению с пациентами с умеренной МР. Выявлена статистически значимая, умеренная корреляционная связь между показателями ширины ГАЦД со значениями объема митральной регургитации , фракции регургитации , эффективного регугритирующего отверстия , вены контракты, КДО ЛЖ и объема ЛП. RoC-анализ продемонстрировал высокую диагностическую способность ширины артефакта цветного допплера МР как в 4-х и 2-х камерной проекции и среднего значения для диагностики тяжелой МР, значение площади под кривой AUC 0,88 ± 0,47(P0001 0,87 ± 0,46 (P0,001), 0,9 ± 0,51 (P0,001) соответственно. Оптимальное пороговое значение для ширины ГАЦД в 4-х камерной проекции в определении тяжёлой МР > 30 мм (чувствительность 87% и специфичность 27%); пороговое значение ширины ширины ГАЦД в 2-х камерной проекции в определении тяжёлой МР > 28 мм (чувствительность 81% и специфичность 25%); пороговое значение среднего значение ширины ГАЦД в определении тяжёлой МР > 29 мм (чувствительность 93% и специфичность 40%). Анализ нейронной сети выявил, что среднее значение ширины ГАЦД обладает лучшей диагностической способностью по сравнению с шириной ГАЦД, измеренной в 4-х и 2-х камерной проекциях, нормализованная важность 100%; 83% и 79 % соответственно.

Вводы. 1.Ширина ГАЦД может быть полезным новым диагностическим параметром в определении тяжелой МР. Для увеличения диагностической чувствительности ширины ГАЦД необходимо применять его средние значение. 2.Пороговое значение ширины ГАЦД > 29 мм может с высокой долей вероятности диагностировать тяжелую МР.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПЕРВИЧНОЙ (ИДИОПАТИЧЕСКОЙ) ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

БАХРАМОВ С.Т., ТУХТАСИНОВ А.А., КУЧКАРОВ У.А.

Андижанский филиал РСНПМЦК

Актуальность проблемы. Идиопатическая легочная артериальная гипертензия является подтипом легочной артериальной гипертензии без установленной причины. На протяжении многих лет «золотым стандартом» предоперационной диагностики легочной гипертензии являются вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия и легочная ангиография, но сейчас в диагностику данного заболевания значительный вклад вносят несколько неинвазивных методов визуализации, такие как, рентгенография грудной клетки, эхокардиография (Эхо-КГ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), а также, в меньшей степени, магнитно-резонансная томография (МРТ).Эхокардиография преимущественно используется для подтверждения наличия легочной гипертензии и определения возможных кардиальных причин ее возникновения.

Цель исследования.Совершенствование диагностики первичной (идиопатической) легочной гипертензии, путем использования неинвазивного метода– эхокардиографии.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 62 пациентов с идиопатической легочной гипертензией. Все пациенты, госпитализировались и/или амбулаторно обследовались в отделениях Андижанского и Наманганского филиалах РСНПМЦК каждые 6 мес., для оценки динамики состояния. Трансторокальная ЭхоКГ проводилась на ультразвуковых аппаратах «Esaote My Lab X6» и «Mindray DC–70» с использованием секторных датчиков с частотой 2,5–5,5 мГЦ. Исследование проводили по стандартному протоколу в 2D режиме в трех проекциях: субкостальный и супрастернальный, парастернальный и апикальный доступы. Срезы во всех доступах лоцировали в длинной и короткой осях.Регистрация изображения проводилась с определением конечно-диастолического размера (КДР) левого желудочка (ЛЖ) (норма 2–4см), продольного и поперечного размеров правого предсердия (ПП), передне-заднего размера (ПЗР) ПЖ (норма < 2,9 см), толщины передней стенки ПЖ (норма < 0,5см), диаметра ствола и ветвей ЛА. В импульсном режиме при допплерэхокардиографии (ДЭхоКГ) проводилось вычисление степеней клапанных регургитаций, уровня систолического давления в ЛА (СДЛА) при помощи модифицированного уравнения Бернулли.

Результаты исследования.Некоторые анатомические особенности затрудняют детальное исследование ПЖ, особенно при использовании двумерной (2D) эхокардиографии. В частности, определение границ ПЖ было затруднено из-за сильно трабекулярной структуры миокарда, а доступные окна изображения были ограничены из-за ретростернального положения.У пациентов с ИЛГ давление в правом желудочке увеличивается, вызывая уплощение межжелудочковой перегородки в систолу, когда давление в обоих желудочках начинает сходиться. В конце концов, когда ПЖ становится сильно нагруженным давлением, перегородка может даже выпячиваться в полость ЛЖ. Эти изменения также влияли как на систолическую, так и на диастолическую функцию ЛЖ.Другим изменением, наблюдаемым в ПЖ при ЛГ, являлась ремоделирование желудочка, которое представлялось как результатом хронической прогрессирующей нагрузкой. Первоначально это происходило в форме гипертрофии, а затем в виде дилатации. Ремоделирование приводило к прогрессирующему нарушению сократимости, низкому сердечному выбросу и, в конечном счете, к недостаточности правого желудочка. Дилатация правого желудочка также приводило к расширению трикуспидального кольца и к значительной регургитации трикуспидального клапана.

Когда это сочетается со снижением систолической дисфункции правого желудочка и увеличением постнагрузки, то приводило к дальнейшему уменьшению ударного объема в малом круге кровообращения и, как следствие, снижению сердечного выброса. Дополнительная объемная нагрузка вследствие трикуспидальной регургитации привело к ухудшению диастолической функции ПЖ, повышению конечно-диастолического давления в ПЖ и сместить МЖП. Прогрессирующее ухудшение функции ПЖ является определяющим фактором переносимости физической нагрузки, симптомов и прогноза, поэтому оценка функции ПЖ является ключевым компонентом обследования пациента с ИЛГ.

Выводы. Таким образом, подробная эхокардиографическая оценка пациентов с ИЛГ позволяет собрать нужную диагностическую информацию, также проводить оценку тяжести дисфункции правого желудочка и как неинвазивный метод применять для мониторинга прогрессирования заболевания на проводимую терапию.

ОСОБЕННОСТИ ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ МИОКАРДА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ТИПАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

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

Цель: определить особенности деформационных свойств миокарда во взаимосвязи **с типами ремоделирования** левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: в исследование было включено 62 пациента, мужчин и женщин с I–III степенью АГ по классификации (ESC/ESH, 2018), находящихся на амбулаторном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии. Средний возраст пациентов составил 53,1±11,3 лет, средняя длительность АГ – 6,7±6,5 лет. Speckle-tracking ЭхоКГ выполнялась с целью получить объективную и количественную оценку глобальной и регионарной функции миокарда при обычной 2-х-мерной ЭХОКГ по технологии векторного анализа движения миокарда (VVI) «ACUSON x 700» PV 2.0 производства SIEMENS. Анализ деформационных свойств миокарда ЛЖ проводился в режиме постобработки с помощью системы System TOMTEC-ARENA Software (TTA2.40.00). Среди многочисленных параметров оценки продольной деформации ЛЖ нами были выбраны: продольная глобальная деформация – GLS (%) – степень деформации сегмента миокарда в систолу; Strain Rate-SR (c–1) – скорость деформации сегмента миокарда в систолу. Для исследования сегментарной сократимости ЛЖ анализировали апикальные 4-камерное, 3-камерное и 2-камерное сечение, сечение ЛЖ по короткой оси на уровне створок митрального клапана, папиллярных мышц и верхушки. Результаты представлены как M±SD. Для сравнения средних значений в трёх группах мы использовали статистический метод дисперсионного анализа –ANOVA.

Результаты и обсуждения. У обследованной выборки пациентов наблюдались следующие 3 группы геометрических моделей ЛЖ: I группу составили n=27 (45,3%) пациенты с нормальной геометрией; II группу составили n=27 (45,3%) пациенты с концентрическим ремоделированием; III группу составили n=8 (12,9%) пациенты с концентрической гипертрофией. Абсолютные показатели GLS ЛЖ составили: в I группе – 20,0±2,95 %, во II группе – 15,2±2,99 % и в III группе – 13,5±1,87 %. Межгрупповой анализ выявил, что в группе с нормальной геометрией деформационные свойства миокарда ЛЖ не ухудшены в сравнении со II и III группами, на что указывает показатель GLS, находящийся в пределах нормативных значений в I группе больных (p<0,001). Наименьшие значения показателя деформации ЛЖ выявлены в группе с концентрической геометрией, что возможно зависит от многих факторов, таких как степень гипертрофии, присутствие фиброза в миокарде, а также диастолическая дисфункция ЛЖ.

Заключение. Таким образом, у больных АГ и наличием концентрической гипертрофии формируются значимые нарушения деформационных свойств миокарда левого желудочка.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ВРЕМЕННЫХ ИНТЕРВАЛОВ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, БИОМАРКЕРАМИ МИОКАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ И НАЛИЧИЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗА В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

БЕКМЕТОВА Ф.М.[1], ЮЛДОШЕВ Н.А[2]., ФОЗИЛОВ Х.Г. [1], БЕКБУЛАТОВА Р.Ш. [1], АБДУЛЛАЕВА С.Я. [1], ХОШИМОВ Ш.У.[1], ДОНИЕРОВ Ш.Н.[1], КАРИМОВ Б.С. [1], ИЛХОМОВА Л.Т. [1], БЕКМЕТОВА С.И.[1].

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ўзбекистан, Ташкент[1]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ўзбекистан, Карши [2]

Цель: Изучение взаимосвязи между параметрами времени активности левого желудочка и коронарной атеросклерозом у пациентов с нестабильным коронарным синдромом без подъема сегмента ST (NSTE-ACS) с использованием этих методов.

Методы: Была проведена двухмерная трансторакальная эхокардиография на аппарате GE Vivid T8 Pro. Были измерены параметры левого желудочка, включая фракцию выброса (LVEF). Тканевое допплеровское изображение оценивало параметры диастолической функции. Исследование включало 98 пациентов, разделенных на группы с положительным (TnI+) и отрицательным (TnI-) тропонином.

Показатели тканевой допплерографии в исследуемых группах

Показвтели TDI	TnI (+) (n=42)	TnI (–) (n=56)	p-value
e', мм	6,3±2,1	6,1±2,1	нд
a', мм	8,1±3,0	9,0±2,9	нд
s', мм	6,1±2,1	6,5±2,4	нд
E/A ratio	0,81±0,49	0,77±0,4	нд
E/ e' ratio	13,0±6,6	13,8±8,3	0,05
IVCT , мс	78,9±15,8	69,2±29,9	нд
IVRT, мс	117,7±20,9	90,4±20,4	0,001
Ejection time, мс	231,7±36,6	240,3±44,7	нд
Filling time, мс	398,1±117,8	349,2±81,1	нд
MPI	0,87±0,19	0,69±0,23	0,005
IVCT/ET	0,34±0,04	0,29±0,05	0,001
IVRT/ET	0,51±0,04	0,37±0,06	0,001

Результаты: Группы не имели существенных различий по демографическим характеристикам, за исключением показателя Syntax (p=0,01). В тканевом допплеровском изображении отмечалось небольшое различие в отношении E/e' (p=0,05) с более высокими значениями в группе с отрицательным тропонином (TnI-). Статистически значимые различия были обнаружены во времени изоволюметрического расслабления (IVRT), отношении IVCT/ET, IVRT/ET (p=0,001) и индексе миокардиальной производительности (MPI) (p=0,005) между группами. Присутствие этих различий свидетельствует о более выраженном повреждении миокарда у пациентов с положительным тропонином (TnI+).

Заключение: Это исследование показывает, что параметры тканевого допплеровского изображения, особенно IVRT, IVCT/ET и MPI, являются показателями повреждения миокарда у пациентов с NSTE-ACS. Вовлечение коронарных артерий коррелирует отрицательно с определенными параметрами тканевого допплеровского изображения, что указывает на нарушение кровоснабжения сердца. Эти результаты способствуют нашему пониманию функции сердца у пациентов с NSTE-ACS и могут помочь в стратификации риска и разработке стратегий лечения.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

БУКАТОВ В.В.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, г. Белгород, Российская Федерация

Введение: С учетом увеличения продолжительности жизни, применения методов реваскуляризации миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST старших возрастных групп, актуальной задачей последних лет является углубленное исследование данной категории больных. Несмотря на реваскуляризацию миокарда, ишемия и гибернация кардиомиоцитов запускают патогенетический каскад ремоделирования миокарда, который в последующем характеризуется как структурными, так и функциональными изменениями миокарда левого желудочка сердца. При остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST активность ММП–9 увеличивается, что приводит к дисбалансу между синтезом и деградацией компонентов ВМ, который провоцирует развитие фиброза в миокарде, увеличение жесткости миокарда и как следствие ремоделирование сердца.

Цель исследования: Определить роль маркеров деградации внеклеточного матрикса (матриксная металлопротеиназа–9) и их специфических ингибиторов (тканевой ингибитор матриксных металлопротеиназ–1) в формировании постинфарктного ремоделирования сердца острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST после успешной реваскуляризации миокарда среднего, пожилого и старческого возраста на этапе амбулаторно-поликлинической реабилитации (через 6 месяцев).

Материалы и методы: С целью решения задач, поставленных в исследовании проведено проспективное, открытое, контролируемое исследование, которое состояло из двух этапов. На первом этапе проведен отбор участников, проводился сбор и оценка данных в острый период острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST. На втором этапе осуществлялась оценка динамики показателей через 6 месяцев. Исследование проводилось с применением клинико-анамнестических, лабораторно-инструментальных. Сроки наблюдения в диссертационном исследовании составили 6 месяцев.

Результаты: У больных ОКСпST в момент манифестации активность ММП–9 зависит от степени поражения коронарного русла и её высокий уровень влияет на формирование эксцентрического ремоделирования миокарда через 6 месяцев. Концентрация ММП–9 более 180 нг/мл независимо от возраста достоверно увеличивает риск снижения ФВ, а концентрация ММП–9 более 190 нг/мл увеличивает риск формирования эксцентрической гипертрофии через 6 месяцев после реваскуляризации

Выводы: Результаты проведенного исследования свидетельствуют о перспективности изучения маркеров деградации внеклеточного матрикск у больных старших возрастных групп, их роли в патогенетических механизмах формирования хронической сердечной недостаточнсти у пациентов с незначительно сниженной фракцией выброса перенесших острый коронарный синдром и успешной реваскуляризации, как на ранних так и поздних этапах ремоделирования миокарда ЛЖ, а также поиски их фармакологической коррекции.

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

ДЖУРАЕВА Н.О.

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

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

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

Проведено стандартное обследование для стратификации риска: эхокардиография, электрокардиография в 12-ти отведениях. Кроме того, по электрокардиография анализировались следующие параметры: продолжительность зубца Р, высота зубца Р форма и вид зубца Р, внутри предсердная задержка импульса, нарушения ритма, интервал Р-Q, ширина зубца Q, глубина зубца Q,

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

Результаты. Гипертоническая болезнь 1 стадии диагностирована у 56 чел. (35,31%), 2 стадии – у 98 чел. (62,41%), 3 стадии – у троих (1,94%), распределение по риску: риск 1 – 55 чел. (35,05%), риск 2 – 46 чел. (28,6%), риск 3 – у 56 чел. (33,18%), риск 4 – у 5 чел. (4,07%). Всего изменений анализируемых электрокардиографии параметров выявлено в 38,01% случаев. Наиболее часто выявлены следующие: смещение переходной зоны (переходная зона – V4–5 – 14 чел., V2 – 15 чел., V5 – 7 чел.), неполная блокада правой ножки пучка Гиса (21 человек), нарушение внутрижелудочковой проводимости – 48 чел. (30.6%), желудочковая экстрасистолия – 17 чел.(10,8%), ранняя реполяризация ST – 62 человек (39,5%). При исследовании эхокардиографии были получены данные где, у больных с гипертонической болезнью 1 стадии в 35% случаев определялось превышение толщины межжелудочной перегородки более 10.9–11.4 мм. У 45% обследуемых изменения наблюдались как по задней, так и по межжелудочковой перегородке. В 20 % случаев межжелудочной перегородки и задняя стенка левого желудочка оставались неизменны. У больных с гипертонической болезнью 2 стадии в 42% случаев толщина межжелудочной перегородки превышала норму в 12%. У 49 % изменения наблюдались по межжелудочной перегородки и по задней стенке левого желудочка.

Выводы: у пациентов с гипертонической болезнью молодого возраста при наличии в подавляющем количестве гипертонической болезни 1 и 2 стадий (97,6%) по электрокардиограмме в 38,01% выявляются изменения, потенциально являющиеся маркерами внезапной смерти, наиболее часто – нарушение внутрижелудочковой проводимости, синдром ранней реполяризации. Также отмечается часто встречаемое ремоделирование приводящее к гипертрофии тех или их участков миокарда, причем у 31.5 % случаев встречается концентрический тип гипертрофии, который считается наиболее не благоприятным в прогностическом плане, что требует более тщательного наблюдения в этой категории больных.

АНАЛИЗ СКРИНИНГА КАРОТИДНОГО БАССЕЙНА СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ РУЗ

ИЛХОМОВА Л.Т., АРСЛОНОВ С.Ф., БЕКМЕТОВА Ф.М., ДОНИЕРОВ Ш.Н., КАРИМОВ Б.С. ЮЛДОШОВ Н.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии

Цель. Анализ ультразвукового скрининга каротидного бассейна у пациентов, прошедших стационарное лечение в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии Республики Узбекистан.

Материал и методы. Всего обследованы 6400 пациенты в отделениях стационара «РСНПМЦК» в течении года (от 3 января до 30 декабря 2022г). У всех пациентов проведено УЗИ брахиоцефальных сосудов (БЦС) на ультразвуковых аппаратах: Siemens Acuson X700, PHILIPS ClearVue 550 и Logic P6. Процент каротидного стеноза измеряли по диаметру сосуда по рекомендациям ECST (European Carotid Surgery Trial). Возраст пациентов колебался в пределах от 21 до 92 лет (средний возраст 56,1 ± 7,2 лет). Пациенты были разделены по возрасту и по степени стеноза БЦС (таблица 1)

Таблица 1

Выявляемость каротидного атеросклероза по степени стеноза и возрастным категориям

Возраст пациентов	Без стеноза БЦС	Стеноз < 50%	Стеноз 50–69%	Стеноз > 70%
20–29 n = 56	54 (96,4%)	2 (3,6%)	–	–
30–39 n = 333	285 (85,6%)	47 (14,1%)	1 (0,3%)	–

40–49 n=762	478 (62,7%)	273 (35,8%)	9 (1,2 %)	2 (0,3%)
50–59 n=1595	666 (41,7%)	847 (53,1%)	74 (4,7%)	8 (0,5%)
60–69 n=2303	480 (20,8%)	1516 (65,8%)	264 (11,5%)	43 (1,9 %)
>70 n=1351	140 (10,3%)	978 (72.4%)	186 (13,8%)	47 (3,5%)

Результаты: Анализ по степени стеноза БЦС по возрастным категориям демонстрирует следующие результаты: стеноз<50% встречается в возрастном диапазоне 20–29 лет у 2х пациентов (3,6%), в диапазоне 30–39 лет – у 47 пациентов (14,1%), в диапазоне 40–49 лет – у 273 пациентов (35,8%), в диапазоне 50–59 лет – у 847 пациентов (53,1%), в диапазоне 60–69 лет – у 1515 пациентов (65,8%) и в возрасте свыше>70 лет – у 978 пациентов (72,4%).

Стеноз в пределах 50–69% встречается в возрастном диапазоне 30–39 лет у 1 пациента (0,3%), в диапазоне 40–49 лет – у 9 пациентов (1,2%), в диапазоне 50–59 лет – у 74 пациентов (4,7%), в диапазоне 60–69 лет – у 264 пациентов (11,5%) и в возрасте свыше>70 лет – у 186 пациентов (13,8%).

Стеноз>70% встречается в возрастном диапазоне 40–49 лет у 2 пациентов (0,3%), в возрастном диапазоне 50–59 лет – у 8 пациентов (0,5%), в возрастном диапазоне 60–69 лет – у 43 пациентов (1,9%) и свыше>70 лет – у 47 пациентов (3,5%).

Вывод. Из 6400 обследованных пациентов в условиях стационара РСНПМЦК, наибольшее число со стенозами различной степени выявлено в возрастном диапазоне 60–69 лет и составило 35,9% от общего число больных.

СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕКОРОНАРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

***МУХИТДИНОВ Х.У., ТАШХОДЖАЕВА* А.А. *МУХАМЕДОВА* М.Г.**

Военно-медицинская Академия Вооруженных сил РУз, ЦРПКМР, Ташкент, Узбекистан

Стресс-эхокардиография (Стресс-ЭхоКГ) является инструментальным методом диагностики, позволяющим определить функциональный статус сердца. Одним изосновным направлений применения Стресс-ЭхоКГ является обнаружение стресс-индуцируемой ишемии и гибернирующего миокарда у больных с коронарной болезнью сердца. Однако важное значение имеет ЭхоКГ в определении тактики ведения не-коронарных больных (в докладе приведены клинические примеры).

При митральном стенозе решение о хирургическом лечении принимается на основании определения давления в легочной артерии и площади открытия митрального отверстия. В случае если давление в системе легочной артерии в покое не превышает норму, но у больного снижен функциональный класс, проведение стресс-ЭхоКГ позволяет определить реакцию легочного артериального русла на динамическую физическую нагрузку и в случае значительного возрастания давления – показана хирургическая коррекция порока (больная М.53г).

В случае гипертрофической кардиомиопатии и клинических проявлениях церебральной гипоперфузии в условиях динамической физической нагрузки хирургическая тактика определяется причиной гемодинамической недостаточности. Стресс-ЭхоКГ позволяет разграничить два возможных механизма – обструкцию выходного тракта левого желудочка (больной А, 55лет) и недостаточность ударного объема в связи с уменьшением полости желудочка (больной Б, 40лет).

Таким образом, Стресс-ЭхоКГ является достоверным и информативным методом функциональной диагностики, позволяющим определить тактику ведения кардиологических больных, как с коронарной болезнью сердца, так и с некоронарогенными заболеваниями.

Регистрационная форма участника научно-практической конференции
«Актуальные вопросы клинико-лабораторной и функциональной диагностики»

Ф.И.О.	Мухамедова Муяссар Гафурджановна
Место работы	Ташкентский Институт усовершенствования врачей
Должность	Асс кафедры функциональной диагностики
Ученая степень	Д.м.н.
Служебный адрес с индексом	100007, Ташкент,Мирзо-Улугбекский район, ул.Паркентская,51
Контактные телефоны	(+99890)9100804
E-mail	Muyassar1983@mail.ru
Название доклада	Роль стресс-эхокардиографии в определении тактики ведения некоронарных больных
Ф.И.О. докладчика	Мухамедова М.Г.
Какое презентационное оборудование требуется для Вашего доклада	Мультимедийный проектор, экран
Ваше участие на конференции предполагает: – выступление в виде доклада – стендовый доклад – публикация тезисов	 + +

РЕЗУЛЬТАТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЧЕРЕЗПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И СТЕПЕНИ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ

САИДОВ М.А., МАЛЛАЕВ И.У., ТЕМИРОВ М.Б., ИСТАМОВА С.С.

Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Самарқанд вилояти минтақавий филиали. Узбекистан, Самарканд

Цель исследования: Определение характера митральной недостаточности на основе данных ЧПЭхоКГ интраоперационна до и после коррекции митральной регургитации..

Материалы и методы: Во время исследования обследовано 86 пациентов с митральной регургитацией, которым проведено ЧПЭхоКГ. По этиологическим аспектам больные разделились следующим порядке: ИБС 38(44%), микмоматозное дегенерации 25(29), инфекционный эндокардит 7(8,1%), ревматизм 16(18%).

От патологического ремоделирования митрального клапана приводящей митральной регургитации больные разделении на группы. 1 группа 38(44%)-при нормальных створках с функциональной недостаточностью; 2руппа 48(56%)-гиперподвижность створок с отрывом хорд.

Митральная недостаточность выявлено на основании абсолютных (значительное изменение анатомии створок МК, подкапанное структуры) и отнасительных(гемодинамических изменений приводящей митральной регургитации такие как ИБС, объемная перегрузка ЛП и ЛЖ) признаков митральной недостаточности.

По следующим критериям было определено степень митральной недостаточности: ширина vena conracta, митральное отверстие по проксимальной части потока регургитации(PISA), отношение площади потока митральной недостаточности к площади левого предсердия. Учитывая с этими показателями больные разделились следующим образом: МР 2,5 ст 29(33,7%), МР 3СТ 42(48,8%), ТМР у 15(17,4%).

Виды оперативной вмешательств открытая комисуротомия и камисуральная пластика МК 9 (10,4%), разновидные резекции за створки МК с аннулопластикой на мягком 20(23,32%) и жёстком 16(18,6%) на опорном кольце Carpentier. Резекция часть передной створки МК с аннулопластики на жестком опорном кольце на Carpentier, шовная пластика 20(23.2%), пластика по Aefieri 21(24,4%), шовная пластика перфорации створок из аутоперикарда 2(2,3%).

После операции ЭхоКГ: при шовная пластика по Aefieri остаточная регургитация до 1ст. При резекции створок МК и аннулопластики на опорном кольце остаточная регургитация 0ст.

Результаты: Во время исследование нами было так же установлено локализация струи зависимости от причины регургитации. Таким образом, концентрицеский струя выявлено у 38(44,1%) больных при расширения кольца митрального

клапана, нарушения анатомии ЛЖ или ишемических изменений папиллярных мышц. Экцентрические потоки регургитации выявлено 48(55,8%) из за нарушения структуры митральных створок и подклапанного аппарата.

Выводы: 1) Интраоперационно ЧПЭхоКГ нам даст выявить структурное изменение МК, подклапанного аппарата и улучшить результаты хирургической коррекции МК.

Установлено зависимости от формы потока можно определить причину ругургитации.

ЗНАЧЕНИЕ ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТРЕСС-ЭХОКГ И ВЫЯВЛЕНИЯ НЕМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

УБАЙДУЛЛАЕВА Ш.М., АЛЯВИ Б.А., КЕНЖАЕВ С.Р., ЛАТИПОВ Н.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель работы: Изучить дополнительную прогностическую ценность глобальной продольной деформации (GLS) левого желудочка (ЛЖ) в покое для прогнозирования положительных результатов при стресс– ЭхоКГ (с физической нагрузкой) у больных с немой ишемической болезнью сердца на фоне сахарного диабета 2 типа.

Материалы и методы: В исследование было включено 74 пациентов, средний возраст пациентов составил 58,4±9,6 лет. Была проведена трансторакальная эхокардиография, а также стресс– эхокардиография с физической нагрузкой на с помощью УЗ сканера GE Vivid S70N. Положительные результаты стресс-эхокардиографии определялись как вызванные стрессом нарушения регионарной сократимости стенки ЛЖ (новые или ухудшение ранее существовавших нарушений).

Результаты: у 46 пациентов (62%) были выявлены положительные результаты стресс– эхокардиографии – определялись нарушения кинетики стенки ЛЖ (впервые выявленные). По сравнению с пациентами с отрицательными результатами стресса, у пациентов с положительными результатами стресса чаще наблюдались сердечно-сосудистые факторы риска, осложнения СД, сосудистые заболевания, умеренная и тяжелая кальцификация аортального клапана и митрального кольца. GLS ЛЖ в покое (–17,1±1,5% против –19,1±1,5%, $p<0,001$). По данным многовариантного анализа, длительность СД>8 лет, диабетическая ретинопатия, гипертрофия ЛЖ и нарушение GLS ЛЖ (отношение шансов 1,39 [95% ДИ, 1,14–1,70] на процентное увеличение; отношение шансов 5,16 [95% ДИ, 1,96) –13,59] для GLS ЛЖ ниже –17%) были независимо связаны с положительными результатами стресс– эхокардиографии.

Заключение: результаты показывают, что значения GLS ЛЖ ниже –17% в покое связаны с наличием немой ишемии, что может быть предиктором для раннего выявления ишемической болезни сердца у пациентов с СД.

ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФВЛЖ

ФОЗИЛОВ Х.Г., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ШАРИПОВ И.М., БЕКБУЛАТОВА Р.Ш.

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

Цель: изучить динамику параметров центральной гемодинамики у больных ИБС с низкой ФВЛЖ после операции АКШ на работающем сердце.

С сентября 2015 по декабрь 2018 в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии выполнено 127 операций аорто-коронарного шунтирования у больных ИБС с дисфункцией левого желудочка ФВ ЛЖ≤40%. Была проведена оценка параметров внутрисердечной гемодинамики в этой когорте больных.

Результаты: из включенных в исследование пациентов преобладали лица мужского пола 111 (87%) в возрасте 41–78 лет. При этом, более 60% имели возраст старше 60 лет. Ранее перенесенный ОИМ установлен у 82 больных. Клинико-функциональный статус соответствовал III-IV ФК СН по классификации NYHA. Исходно по резуль-

татам ЭХОКГ отмечалось патологическое ремоделирование, характерное для эксцентрического типа: дилатация левых отделов сердца по показателю КДО составил 200 мл с ожидаемой низкой ФВЛЖ (38±4%) (Табл. 1)

Таблица 1

Параметры внутрисердечной гемодинамики до и после операции

Параметры	Показатели		P
	До	После	
КСР ЛЖ, мм	54,4±8,2	47,1±4,2	<0.05
КДР ЛЖ, мм	69,2±7,6	59,4±5,3	<0.05
КСО ЛЖ, мл	157±18,4	148,9±11,2	<0.05
КДО ЛЖ, мл	228±48,6	189,6±29,7	<0.05
ФВ ЛЖ, %	38,4±3,5	45,8±2,1	<0.05

Примечание: КДР – конечно-диастолический размер, КСР – конечно-систолический размер, КДО – конечно-диастолический объем, КСО – конечно систолический объем, ФВ-фракция выброса, р– уровень достоверности

За период наблюдения в течение 12 месяцев отмечается положительная динамика, в виде снижения КДОЛЖ на 89%, а КСОЛЖ – на 6%. Уменьшение полости ЛЖ соответственно способствовало повышению ФВ на 8%, носившей достоверный характер.

Заключение: АКШ без ИК у больных ИБС с низкой ФВЛЖ безопасен и высокоэффективен в улучшении параметров внутрисердечной гемодинамики с позитивным влиянием на инотропную функцию сердца.

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

ХАМРАЕВ Р.Р.

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

Цель исследования: явилась оценка ранней дисфункции и характер ремоделирования миокарда у лиц, у которых впервые выявлено высоко-нормальное артериальное давление и с артериальной гипертензией 1 ст.

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

Результаты исследования: На проведенных ЭКГ исследованиях признаков Соколова было обнаружено у 13% обследуемых, в 37% изменялась конечная часть желудочкового комплекса. Оказалось, что показатель индекса ММЛЖ у обследуемых пациентов колебался от 92,6 до 187,6 г/м2 (норма и до 110 г/м2 у женщин и 130 г/м2 у мужчин). В 38% случаев этот показатель превышал нормативные показатели. Максимальное превышение составило 63%. При этом в 48% случаев была обнаружены превышения толщины апикального и проксимального отдела межжелудочковой перегородки, и 32% случаях отмечалась гипертрофия задней стенки. Гипертрофия по концентрическому типу наблюдалась в 25 % случаев, и 52% по эксцентрическому типу.

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

ОСОБЕННОСТИ ЛИНЕЙНЫХ РАЗМЕРОВ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[1], САИДОВ М.А.[2], НИЗАМОВ Х.Ш.[3], РАХМАТУЛЛАЕВ А.А.[3], НУРМУРАТОВ А.Я.[3]

Самаркандский государственный медицинский университет
Ташкентский национальный детский медицинский центр
***Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии*, Самарканд, Узбекистан**

Цель работы: изучить особенностей эхокардиографических параметров линейных размеров левого и правого предсердия у больных с «идиопатической» фибрилляцией предсердий, и фибрилляции предсердий на фоне артериальной гипертензии.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 97 больных, госпитализированных в отделениях аритмологии и артериальной гипертензии Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК). Все больные в зависимости от клинического диагноза были разделены на 2 группы. В 1-ю группу основную были включены 55 больных с ФП разной этиологии (25 с «идиопатической» ФП и 30 с ФП на фоне АГ), средний возраст составил 53,5±6,6 года. Во 2-ю группу сравнительную вошли 42 больных (30-АГ без нарушения ритма сердца (НРС) и 12-практически здоровые лица), средний возраст 52,2±6,7 года. Обе группы были сопостовимы по полу и возрасту. Всем больным проводилось клиническое обследование и эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование с оценкой изменения геометрии камер сердца.

Результаты исследования: при анализе линейных размеров ЛП по данным ЭхоКГ в группах с «идиопатической» ФП (иФП), ФП на фоне АГ и при АГ без НРС было отмечено статистически значимое увеличение этих показателей в отличии от группы практически здоровых лиц. В группах АГ с ФП передне-задний размер ЛП в среднем составило 4,7 см, в группе больных АГ без НРС 4,5 см, что свидетельствовал об умеренной дилатации ЛП, при этом значимо превышал размеры у пациентов с иФП 3,7 см и у практически здоровых людей 3,6 см, которые укладывались в пределы нормы. При «идиопатической» ФП медиально-латеральный размер ЛП составило 4,1 см, при АГ без НРС 4,4 см были близки по значению и соответствовали незначительной дилатации ЛП. При этом они достоверно отличались от показателей при ФП на фоне АГ 5,3 см, которые утверждали о дилатации предсердия умеренной. Значения верхне-нижнего размера ЛП между группами с изучаемой патологией не различались иФП 5,5 см, ФП на фоне АГ 5,5 см, АГ без НРС 5,25 см, но достоверно превышали значения у практически здоровых 4,05 см, а при сравнении с установленными нормативами указывали на наличие выраженной дилатации ЛП. При оценке линейных размеров правого предсердия (ПП) у пациентов с АГ без НРС 3,95 см показатели укладывались в пределы нормы, а при иФП 4,5 см и в группе ФП на фоне АГ 4,7 см говорили о незначительной дилатации ПП.

Для выявления возможного асимметричного ремоделирования камеры ЛП и его более точной оценки был рассчитан объем ЛП с использованием модели эллипсоида. Полученный объем ЛП во всех группах с патологией превышал его значения в сравнении с практически здоровыми. При этом при иФП 46,2 мл и при АГ без НРС 52,9 мл показатели практически не отличались и укладывались в пределы нормы, но достоверно отличались от группы ФП на фоне АГ 68,9 мл, в которой объем ЛП свидетельствовал о выраженной дилатации ЛП.

Выводы: таким образом, при оценке размеров ЛП выявлены признаки его дилатации во всех группах с изучаемой патологией в сравнении с практически здоровыми. У больных с «идиопатической» ФП в меньшей степени наблюдалась дилатация ЛП. У всех обследованных больных с АГ имеются признаки дилатации ЛП, но значимо более выраженные при сочетании её с ФП.

ОЦЕНКА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ОЖИРЕНИЯ

ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[1], САИДОВ М.А.[2], НИЗАМОВ Х.Ш.[3], КУШМУРОДОВ Р.С.[3], МУРОДКОБИЛОВ О.А.[3]

Самаркандский государственный медицинский университет
Ташкентский национальный детский медицинский центр
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии

Цель исследования – оценка эхокардиографических признаков ремоделирования миокарда у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST) в зависимости от наличия ожирения.

Материал и методы. В данное исследование были включен 91 больных с ОИМпST госпитализированных в отделениях ишемической болезни сердца (ИБС) и острый коронарный синдром Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК). Средний возраст больных составил 57±7,4 лет. Из 91 больных мужчины составили 64 (79%) больных и женщин 27 (21%). Все больные в зависимости от индекса массы тела были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 62 (76,5%) больных с ОИМпST без ожирения (ИМТ<30 кг/м^2), во 2-ю группу вошли 29 (23,6%) больных с ОИМпST с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м^2), p<0,01. Все больные были сопоставимы по возрастному и гендерному составу. У пациентов с ожирением более часто встречались: сахарный диабет (p=0.008), артериальная гипертензия (p=0.003), более длительный анамнез ИБС (p=0.018). Всем больным с ОИМпST при поступлении в стационар, на 8–10-е сутки от начала заболевания и через 12 месяцев после перенесения ОИМпST проводилась эхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты. По данным Эхо-КГ прослеживается улучшение систолической функции ЛЖ в каждой изучаемой группе, достоверно выше в обеих группах в динамике как к 8–10-ым суткам ОИМпST: 1-ая группа – ФВ ЛЖ 51% и 56,5%, 2-ая группа – ФВ ЛЖ 56% и 58%, так и через один год: в 1– ой группе – ФВ ЛЖ 61,5%, (p<0,01) и во 2-ой – ФВ ЛЖ 61%, а так-же наблюдается ремоделирование ЛЖ, а именно увеличение КДР 5,4 см и 5,5 см, p=0,04 и КДО (138 мл и 144 мл, p=0,04), уменьшение КСР (3,9 см и 3,8 см, p=0,00) и КСО (66 мл и 62 мл, p=0,001) в первой группе через год наблюдения. Напротив, во второй группе к 8–10-е суткам увеличивается диастолические размер и объем ЛЖ, а к году снижаются, но статистически не значимо (КДР 5,5 см, 5,7 см 5,5 см, p>0,05) и (КДО 147 мл, 154 мл, 147 мл, p>0,05). Динамика с систолическими размером и объемом ЛЖ у пациентов ИМ и ожирением аналогична той, которая наблюдается у больных без ожирения (КСР 3,9 см, 3,8 см, 3,7 см, p>0,05) и (КСО 64 мл, 62 мл, 58 мл , p>0,05). Клиника хронической сердечной недостаточности (ХСН) тяжелее была у пациентов с ожирением, процент II ФК и III ФК составили 86,2% и 3,5%, а среди пациентов без ожирения 71,2 % и 1,7 %, соответственно.

Выводы: таким образом, у пациентов с ОИМпST и сопутствующим ожирением процент фиброзного ремоделирования миокарда достоверно выше, что повлияло на тяжесть хронической сердечной недостаточности через год.

ДИСФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, ХАРАКТЕР ДИСФУНКЦИИ, ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА)

ХОЛИКОВ И.Б., ТАШКЕНБАЕВА Э.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Введение. По данным европейских экспертов, в результате ишемической болезни сердца умирают 21 % мужчин и 22 % женщин в течение года, что составляет около 2 млн смертей в год. Прогноз выживания пациентов с ишемической болезни сердца (ИБС) во многом зависит от выраженности постинфарктного ремоделирования и степени миокардиальной дисфункции, которые являются основой для развития и прогрессирования сердечной недостаточности. С практической точки зрения наиболее изучены и востребованы гемодинамические характеристики левого желудочка (ЛЖ), значительно меньше получено информации о дисфункции правого желудочка (ПЖ) и ее роли в развитии неблагоприятных последствий. В настоящем исследовании мы из-

учили состояние правого желудочка у больных с ИБС.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости и характер дисфункции ПЖ, особенности структурно– функциональных изменений правых отделов сердца, проанализировать патофизиологические механизмы развития дисфункции правых отделов сердца у больных ИБС.

Материал и методы. В исследование были включены 74 пациента. Средний возраст составил 63.9±10.4 года. У большинства пациентов отмечались тяжелые клинические проявления коронарной недостаточности, стенокардия III– IV ФК (по ССС) у 63% больных, нестабильная стенокардия– у 8%. Характеристика функциональных параметров ЛЖ по данным эхокардиографии: у большинства пациентов, вошедших в исследование, было выявлено снижение систолической функции миокарда ЛЖ. Средняя ФВ ЛЖ составила– 45,5±0.83%. Всем больным проводилась диагностическая коронарография в стандартных позициях. У большинства пациентов обеих групп было выявлено многососудистое поражение коронарного русла– 3 и 5 коронарных артерий.

Результаты. Преобладал поражение передней нисходящей артерии (ПНА) левой коронарной артерии (ЛКА) (89%) и правой коронарной артерии (ПКА) (94%), наиболее значимые в кровоснабжении ПЖ. Однако, в группе пациентов с дисфункцией ПЖ частота многососудистого поражения была несколько выше–73% и 51%, соответственно. Изменения в миокарде ПЖ во всех случаях сочетались с изменениями в миокарде ЛЖ. Изолированного нарушения функции ПЖ мы не обнаружили ни в одном случае. Дилатация полости ПЖ была выявлена у 41% обследованных пациентов. СДЛА составило 23,35±8.75 мм.рт.ст. Недостаточность трикуспидального клапана диагностирована у 47 % обследованных пациентов: у 32%–1 степени, у 11%–2 степени, у 4%–3 степени. Среднее ФИП ПЖ в 4-камерной позиции было снижено и составило 32,38±18,54%.

Заключение. Таким образом, результаты нашего исследования показали встречаемость поражения правого желудочка при ишемической болезни сердца в 41% случаев. Вероятными факторами развития правожелудочковой недостаточности можно отнести: наличие более выраженной трикуспидальной регургитации, нарушение перфузии миокарда ПЖ на фоне атеросклеротического стенозирования коронарных артерий, снижение сократительной способности левого желудочка. Своевременная коррекция этих показателей может улучшить прогноз заболевания и качества жизни пациента.

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ «СИМПТОМ-БАЛЛОН» НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

АЛИМОВ Д.А., МУХАМЕДОВА Б.Ф., ТУРСУНОВ Х.М, НАЗАРОВА М.Х., КАЗАКОВ Б.О., УРОЛОВ Ш.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить влияние времени «симптом-баллон» на результаты лечения больных с острым коронарном синдромом с подъемом сегмента ST (ОКС↑ST), подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ).

Материал и методы. В исследование включены 231 больных ОКС↑ST, поступивших в Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) в 2021 г.

В нашей исследование из 231 больных 77,1% (n=178) проведенных первичные ЧКВ, 22,9% (n=53) спасательное ЧКВ. Из 178 больных проведенных первичное ЧКВ 87 (48,8%) ИМ был –передний, 69 (38,7%)-задний,7 (3,9%)– рецидивный, 9 (5,1%)-циркулярный и 6 (3,3%) повторный. Спасательное ЧКВ проведенных из 53 больных 29 (54,7%) ИМ был -передний, 19 (35,8%)-задний, 2(3,7%)-циркулярный и 3 (56%)повторный. Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от времени «симптом баллон». В 1-ю группу вошли пациенты, у которых время «симптом-баллон» не превышало 3 ч (n=78), во 2-ю – от 3–6 ч (n=55), в 3-ю –6–12ч (n=47), в 4-ю более 12ч (n=51).

Результаты. По результатам анализа наибольшее число пациентов 78 (33,76) определялось в 1й группе. При этом 2ю и 4ю группы составили 55 (23,8%) и 51 (22,1%) пациентов соответственно. В 3-й группе определялось наименьше число пациентов–47 (20,3%). В 1й и 2-й группах пациентов по сравнению со 3й и 4й группами было больше мужчин. Между сравниваемыми группами не выявлено статистически значимых различий по индексу массы тела, реваскуляризации в анамнезе, частоте ишемической болезни сердца, ИМ, СД, артериальной гипертонии в анамнезе.

При анализе госпитальных результатов лечения выявлено, что непосредственный ангиографический успех в 1й и 2-й группах больных достигался чаще, чем в остальные. Развитие феномена noreflow определялось в 3-й,4й группе больных чаще, чем в 1-й,2-й группах. При этом между 1й и 2й группами не выявлено статистически значимых различий по частоте развития феномена noreflow. Летальность в 1й, 2-й группе пациентов была ниже, чем во 3-й и 4-й группах. Тромбоз стента и рецидив ИМ в 1-й,2-й группе больных ниже, чем 3-й,4-й группах. Кардиогенный шок развивались в 3й, 4-й группе пациентов чаще, чем в 1й, 2-й группе. ФВ ЛЖ в 1й группе пациентов была выше, чем в 3й и 4й группах.

В период стационарного лечения у 29 из 231больных (12,55%) имел место летальный исход. В 6 случаях инфаркт миокарда был передним (20,69%), в 7 задним ИМ (24,14%), 12-повторным (41,38%) и в 4-циркулярным (13,79%). У всех больных поражение коронарных артерий было множественным. Причиной смерти в 3 (10,3%) случаях явился тромбоз стента ,в 7 (24,14%) -разрыв миокарда, в 9 (31,03%)-отек легких и 10 (34,48%) –кардиогенный шок. Летальные исходы имели место с 3-х по 7-е сут.

Заключение. Общее время ишемии миокарда более 3 ч ассоциируется с увеличением летальности и частоты развития основных кардиальных осложнений. Общее время ишемии миокарда более 12 ч ассоциируется с увеличением частоты развития феномена невосстановленного коронарного кровотока (noreflow). Времени «симптом-баллон» является лучшим предиктором летальности и развития основных кардиальных осложнений по сравнению с временем «дверь–баллон».

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В РСНПМЦК

АТАЖАНОВ У.У., ФОЗИЛОВ Х.Г.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз

Цель: изучить результаты эндоваскулярного лечения пациентов с врождёнными пороками сердца в РСНПМЦК

Материал и методы: С февраля 2021г. по февраль 2023 г. в отделении РЭХ РСНПМЦК у 102 пациентов с врождёнными пороками сердца выполнено эндоваскулярное устранение порока. Из них у 69 больных было эндоваскулярное закрытие дефекта межпредсерной перегородки (ДМПП) окклюдером, у 13 больных было выполнено эндоваскулярное закрытие дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП) окклюдером, у 15 эндоваскулярное закрытие открытого артериального протока (ОАП) окклюдером, двоим больным выполнено стентирование коарктации аорты (КоАо), 3 больным выполнена транслюминальная баллонная вальвулопластика легочной артерии при клапанном стенозе легочной артерии (КСЛА). Возраст пациентов был от 4 года до 64 года (в среднем 24.3+18.1), а вес от 14 до 112 кг (в среднем 68,7+34.6). Всем 102 пациентам эндоваскулярные вмешательства выполнялись в условиях рентгеноперационной. При закрытии септальных дефектов и ОАП были использованы окклюдеры разного производителя: Amplatzer (33%), Heart, Life tech (34.3%), Lepu, MemoPart (5.6%), Cocoon (21,5%, Occlutech (5,6%). При ТЛБВП ЛА были использованы баллоны Osypka VacsII, при стентировании кораркгации аорты стенты Numed CP Covered.Всем пациентам после операции контрольная эхокардиография выполнялось через 1,3,6 месяц.

Результаты Размеры ДМПП составляли от 4 мм до 32мм (в среднем 22+2мм). ДМПП в 4 случаях были множественными, которые устранились путем использования MFO окклюдеров, в двух случаях они сочетались с небольшим ДМЖП, в 3 случаях с умеренным КСЛА и в 1 случае с маленьким ОАП. В 6 случаях в связи с большим размером дефекта и дефицита аортального края дефекта закрытие было выполнено по методике «balloon assisted technic». ДМЖП у двух больных были мышечного типа, у 11 больных перимембранозного типа и в большинстве случаях они располагались в аневризме межжелудочковой перегородки. При баллоной вальвулопластике стеноза клапана легочной артерии у больных градиент систолического давления снизился в среднем с 64 мм рт.ст., до 18 мм рт.ст., с учетом сочетание подклапанного стеноза ЛА. У больных с коарктацией аорты ГСД на сужении составлял в среднем 71 мм рт.ст, после стентирования кораркгации снизился в среднем до 8 мм рт.ст. В одном случае коарктация аорты сочеталась с маленьким открытым артериальным протоком, которая была успешно устранена после имплантации покрытого стента. Технический успех эндоваскулярного лечения врождённых пороков сердца составил 99%. В 1 (1%) случае не удалось закрыть большой ДМПП с отсутствием аортального края дефекта окллюдером, в связи с чем была направлена на открытую коррекцию порока. Осложнения наблюдались в 2 (2%) случаях, в обоих случаях во время имплантации окклюдеров (1-ДМПП; 1-ДМЖП) произошла их миграции в ЛА, которые были успешно удалены эндоваскулярными методами с повторной одномоментной их имплантацией.

Заключение: Таким образом анализ нашего опыта показывает, что **э**ндоваскулярное лечение врождённых пороков сердца является эффективным и безопасным методом, позволяющим достигать полного устранения этих пороков сердца.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШОГО ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА

ЖУМАЕВ Ф.А., ШЕРОВ Ж.А., НАРЗИКУЛОВ У.З., ИБРОХИМОВ Ф.Х., САФАРОВ Ф.А.

РИКИАТМ СВМФ

Цель: анализ эндоваскулярного закрытия большого открытого артериального протока окклюдером.

Материал и методы: Больная Р, 25 лет, поступила в стационарное отделение кардиологии 12.03.2022г. с диагнозом: Врожденный порок сердца: открытый артериальный проток. При поступлении предъявляет жалобы на слабость и одышку при ходьбе. В течение года отмечает появление одышки при ходьбе. Данные эхо-

кардиографии: открытый артериальный проток (диаметр = 14мм, длина протока = 18мм). Градиент систолического давления Ао/ЛА–60 мм.рт. ст., диаметр ЛА–43мм., КДР–5,1 см, КСР–4,3см, КДО–156мл, ФВ–63%. При аускультации выявлен характерный систолодиастолический «машинный» шум во втором-третьем межреберье слева от грудины, иррадиирующий в межлопаточное пространство и сосуды шеи, усиление II тона над легочной артерией. Неинвазивное АД – 120/70 мм.рт.ст. Пульс – 75 уд/мин. ЧД–23/мин. SpO_2 – 98%. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 75 уд/мин. ЭОС-нормальная. Учитывая ухудшение самочувствия и появление легочной гипертензии, принято решение о выполнении транскатетерного закрытия ОАП.

Описание операции (15.03.2022). Под местной анестезией пунктированы правая общая бедренная артерия и общая бедренная вена. Катетер проведен в грудной отдел аорты. Выполнена аортография, визуализирован открытый артериальный проток размером 17 мм, соединяющий Ао и ЛА. Перед закрытием ОАП инвазивное $P_{ПЖ=}$50 мм.рт.ст, $P_{ЛА=}$60 мм.рт.ст и $P_{Ao=}$130 мм.рт. ст. Далее через интрадъюсер в правой ОБВ по проводнику через артериальный проток в нисходящую часть аорты заведен катетер. Катетер заменен на доставляющее устройство. Выполнена имплантация окклюдера «Cocoon Duct Occluder» 18 мм с расположением дистального диска окклюдера со стороны аорты, проксимального – со стороны легочной артерии. На контрольной ангиографии позиция окклюдера в артериальном протоке оптимальна, отмечается редукция кровотока по артериальному протоку. Перед отсоединением окклюдера время ожидания 20 – 30 минут, далее повторно измерили давление ЛА. Средней давлении ЛА снизился на 45 мм.рт.ст. Учитывая снижение давления, плотную фиксацию окклюдера, было решено отсоединить окклюдер от системы доставки. На контрольной аортаграфии – получен хороший ангиографический результат.

На следующий день пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

На повторном обследовании через 6 месяцев на ЭхоКГ определяется полная эпителизация окклюдера. Полное закрытие протока. Градиент давления Ао/ЛА – 83 мм.рт.ст.

Клиника легочной гипертензии регрессировала. Общее состояние пациентки удовлетворительное.

Заключение: Эндоваскулярное закрытие ОАП является методом выбора хирургической коррекции порока у взрослых больных с большим диаметром протока.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

ЗУФАРОВ М.М., УМАРОВ М.М.

ГУ «Республиканский Специализированный Научно Практический Медицинский Центр Хирургии им. акад. В.Вахидова»

Цель: анализ результатов БВ у больных со СЛА. Баллонная вальвулопластика стеноза легочной артерии (СЛА) выполнена у 62 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 35 лет (в сред. 14,6 ± 8,9лет). Пациентов женского пола было 45 (72,5 %), мужского – 17 (27,5%).

Материал и методы: Общее состояние у большинства пациентов было удовлетворительным, у 56 (90%) больного расценено как средней тяжести, у 6 (9%) – как тяжелое. Умеренная артериальная гипоксемия наблюдалась у 18 (29%) пациентов. У 23 (37%) больных имелась недостаточность кровообращения (НК) I степени, у 21 (33%) – НК II степени, у остальных отсутствовали признаки НК.

Результаты: Показанием к проведению баллонной вальвулопластики (БВ) являлось наличие стеноза ЛА с градиентом систолического давления (ГСД) между правым желудочком (ПЖ) и легочной артерией (ЛА) 50 мм рт.ст. и более. Во всех случаях использован доступ через бедренную вену, проводилась тензиометрия, правая вентрикулография (ПВГ) до и после БВ. Эффективность БВ оценивалась на основании снижения ГСД между ПЖ и ЛА. Хорошим результатом БВ считали остаточный градиент менее 30 мм рт.ст., удовлетворительным – от 31 до 50 мм рт.ст., неудовлетворительным – более 50 мм рт.ст.

У 42 (67,7%) больных выявлен клапанный, комбинированный клапанно-подклапанный – у 11 (17,7%), клапанно-надклапанный СЛА – 7 (11,2%), подклапанный СЛА – 2 (3,2%) больных. Надклапанный компонент в обоих случаях представлял собой тонкую мембрану, располагавшуюся в стволе ЛА на расстоянии от 1 до 2 см выше уровня клапанного кольца.

Анализ результатов БВ в зависимости от типа сужения показал, что у больных с клапанным СЛА (n = 42) хорошие результаты получены у 37 (88%) пациентов, удовлетворительные у 3 (7%),

неудовлетворительные – у 2 (4%). В то же время в группе больных с комбинированным клапанно-подклапанным СЛА (n=11) хорошие результаты получены у 6 (54,5%) пациентов, удовлетворительные у 3 (27,2%), неудовлетворительные – у 2 (18,1%). У 4 пациентов с клапанно-надклапанным СЛА в возрасте 8 и 32 лет после баллонного расширения ГСД между ПЖ и ЛА снизился соответственно со 123 до 20 мм рт.ст. и со 133 до 34 мм рт.ст.

У всех больных после баллонной вальвулопластики наблюдалась положительная динамика клинического состояния.

В отдаленные сроки (от 6 мес. до 3 лет) обследовано 50 (80,6%) пациентов. У всех больных отмечалось дальнейшее улучшение общего состояния, переносимости физических нагрузок, улучшение ЭКГ показателей. При катетеризации правых отделов сердца у 5 пациентов с высоким остаточным ГСД (более 50 мм.рт.ст.) после БВ отмечено прогрессивное снижение градиента. Из них у 14 больных с КСЛА отмечено достоверное снижение ГСД между ПЖ и ЛА до 19,8±5,6 мм рт.ст.($p<0,01$), а у 6 больных с КПСЛА – до 28,4±7,2 мм рт.ст. ($p<0,01$). Ангиокардиография показала уменьшение степени остаточной подклапанной обструкции выводного тракта правого желудочка в отдаленные сроки после БВ у больных с клапанно-подклапанным СЛА.

Выводы: 1) БВ СЛА является высоко эффективным как у больных с клапанным, так и у больных с комбинированным клапанно-подклапанным СЛА.

2)В группе пациентов с комбинированным СЛА, несмотря на относительно высокий остаточный ГСД непосредственно после баллонной вальвулопластики, в отдаленные сроки наблюдается прогрессивное его снижение, что свидетельствует о регрессе подклапанного компонента обструкции.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ РЕГИОНА ПРИАРАЛЬЯ

МАТНАЗАРОВ Р.К[1]., ИСКАНДАРОВ Ф. А., ЮСУПОВ О.А., МАТНАЗАРОВ С.М. АЛЛАБЕРГАНОВ О.Х.

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

Введение: с ростом опыта по интервенционным вмешательствам, возрастают показания для их использования в области кардиохирургии.

Цель: Анализ структуры эндоваскулярных вмешательств в СНПМЦКК региона Приаралья.

Материал и методы: Изучена структура рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) у 6973 больных в возрасте от 2 недель до 96 лет, выполненных в рентгеноперационной Центра с января 2017 по август 2023 года на ангиографической установке Allura Centron (Philips).

Результаты: Из 6973 больных у 6047 (88 %) пациентов РЭВ были выполнены у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), у 478 (7,0%) – с врожденными пороками сердца (ВПС), у 16 (0,2%) – с митральным стенозом ревматической этиологии, у 18 (0,2%) – с экссудативным перикардитом, у 188 (2,7%) – с сосудистой патологией, у 114 (1,6%) – с брадиаритмическими нарушениями сердца, у 106 (1,5%) – с механической желтухой.

Из 6047 пациентов с ИБС диагностическая коронарография выполнена у 3813(55%), коронарная ангиопластика и стентирование – у 2234 (32%). У 9 пациентов имел место острый тромбоз стента, в 1 – перфорация коронарной артерии после стентирования (пациент с расширенным баллоном в артерии и периокардиоцентезом экстренно переведен в кардиохирургическую операционную для коронарного шунтирования). Установка внутриаортального баллонного контрпульсатора выполнена у 3 больных. Интраоперационная летальность составила 1 (0,01%).

Из 478 больных с ВПС диагностическая катетеризация полостей сердца и магистральных сосудов с ангиокардиографией выполнена у 355 (74%), операция Рашкинда – у 2 (0,4%), баллонная вальвулопластика клапаного стеноза легочной артерии – у 36 (7,5%), баллонная дилатация (БД) коарктации аорты – у 3 (0,6%), БД подключично-легочного анастомоза – у 1 (0,2%), закрытие окклюдерами ДМПП – у 30 (6,3%), ДМЖП – у 21 (4,4%), ОАП – у 26 (5,4%), ангиопластика и стентирование коарктации аорты с одномоментной имплантацией окклюдера ОАП – у 2 (0,4%), баллонная дилятация ветвей ЛА – у 2 (0,4%). У 16 (0,2%) больных выполнена баллонная митральная вальвулопластика (БМВ) по технике Inoue. В 1 случае при пункции межпредсердной перегородки больной выполнено экстренное хирургическое ушивание стенки правого предсердия. У 18 (0,2%) больных с экссудативным перикардитом выполнен перикардиоцентез. Из 188 больных с сосудистой патологией селективная артериогра-

фия выполнена у 58 (30,8%) больных. Ангиопластика артерий нижних конечностей выполнена при критической ишемии у 103 (54,8%) больных /в т.ч. у 9 (4,8%) со стентированием почечных артерий – у 2 (1 %), подключичных артерий – у 2 (1%), сонных артерий – у 3 (1,6%). Имплантация кавафильтра выполнена у 16 (8,5%) больных. Из 114 больных с брадиаритическими нарушениями ритма имплантация однокамерного электрокардиостимулятора выполнено у 95 (83%), двухкамерного – у 19 (17%). Летальных случаев не наблюдалось.

Выводы: Наибольшую долю в структуре эндоваскулярных вмешательств Центра составляют больные с ИБС.

БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА КЛАПАННОГО СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

МАТНАЗАРОВ Р.К[1]., ИСКАНДАРОВ Ф. А., ЮСУПОВ О.А., МАТНАЗАРОВ С.М. АЛЛАБЕРГАНОВ О.Х.

Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Кардиологии и Кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Республика Узбекистан

Введение: с ростом опыта по интервенционным вмешательствам, возрастают показания для их использования в области кардиохирургии.

Цель исследования: анализ результатов баллонной вальвулопластики (БВ) врожденного клапанного стеноза легочной артерии (СЛА).

Материал и методы: Анализированы результаты БВ у 37 больных с изолированным СЛА в возрасте от 2 мес до 28 лет выполненных в Центре за период с 2017 по август 2023 г. на ангиографической установке Allura Centron (Philips). Пациентов женского пола было 21 (56,8%), мужского – 16 (43,2%). Клапанный СЛА выявлен у 26 (70,3%), комбинированный клапанно-подклапанный СЛА – у 11 (29,7%).

Показаниями к операции служили клинические проявления порока, наличие гипертрофии и перегрузки правого желудочка (ПЖ) по данным ЭКГ и ЭхоКГ, градиент систолического давления (ГСД) между ПЖ и легочной артерией (ЛА) более 50 мм рт.ст. Показаниями к вмешательству у пациентов в возрасте до одного года был ГСД между ПЖ и ЛА более 80 мм рт.ст. с наличием гипоксемии.

Для вальвулопластики подбирался баллон, превышающий клапанное кольцо ЛА от 20 до 40%. У всех больных доступ был осуществлен через бедренную вену. Пациентам в возрасте 14 лет и старше вмешательство выполнялось под местной анестезией, менее 14 лет – добавочно использовалось внутривенное потенцирование кетамином или пропофолом под наблюдением анестезиолога.

Хорошим результатом БВ СЛА считалось уменьшение ГСД между ПЖ и ЛА до 30 мм рт.ст. и менее; удовлетворительным – от 31 до 50 мм рт.ст., неудовлетворительные – 50 мм рт.ст. и более.

Результаты: Непосредственно после БВ систолическое давление в ПЖ достоверно снизилось в среднем со 112,4±8,9 до 55,8±6,5 мм рт.ст. ($p<0,05$). В ЛА отмечено умеренное повышение давления в сред. с 24,2±2,1 до 29,1±2,4 мм рт.ст. ($p<0,05$). ГСД между ПЖ и ЛА снизился с 73,5±6,2 до 28,6±5,2 мм рт.ст. ($p<0,05$).

Из общего количества больных непосредственно после БВ СЛА хорошие результаты получены у 26 (70,3%) пациентов, удовлетворительные – у 11 (29,7%). неудовлетворительных результатов не было.

Обследования в отдаленные сроки от 6 месяцев до 5 лет показало дальнейшее прогрессивное снижение остаточного ГСД до уровня менее 30 мм рт.ст. у всех оперированных пациентов, а также регресс подклапанного СЛА.

Вывод: Баллонная вальвулопластика является эффективным и безопасным методом лечения больных с клапанным и комбинированным клапанно-подклапанным стенозом легочной артерии.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОККЛЮДЕРОВ АМПЛАТЦЕРА В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

МАТНАЗАРОВ Р.К[1]., ИСКАНДАРОВ Ф. А., ЮСУПОВ О.А., МАТНАЗАРОВ С.М. АЛЛАБЕРГАНОВ О.Х.

Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Кардиологии и Кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Узбекистан

Введение: с ростом опыта по интервенционным вмешательствам, возрастают показания для их использования в области кардиохирургии.

Цель: ознакомить с результатами собственного опыта применения окклюдеров Амплатцера в лечении врожденных пороков сердца (ВПС).

Материал и методы: Окклюдеры Амплатцера за период с 2017 по август 2023 года были применены у 78 больных ВПС в возрасте от 8 мес до 29 лет. Эндоваскулярное закрытие дефектов межпредсердной перегородки (ДМПП) выполнено у 31 (39,7%), дефектов межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – у 21 (26,9%), открытого артериального (ОАП) – у 26(33,3%). По данным эхокардографии (ЭхоКГ) диаметр вторичного ДМПП составлял от 9 до 28 мм, ДМЖП – от 2 до 6 мм, ОАП – от 2 до 7 мм. В 2 случаях ОАП сочетался с коарктацией аорты (КА) в типичном месте. При закрытии ДМПП и ДМЖП интраоперационно использовали трансторакальную или транспищеводную ЭхоКГ. Были использованы окклюдеры «Amplatzer®»(AGA, США), а также аналогичными по структуре нитиноловыми самораскрывающимися окклюдерами «Cocoon» (Vascular Innovation, Таиланд), “LifeTech ”(Китай), “SSHMA”(Lepu Medical, Китай), Вмешательства выполнялись в рентгеноперационной на ангиографической установке Allura Centron (Philips).

Результаты: У 30 (96,8%) больных с ДМПП (n=31) удалось закрыть дефекты окклюдерами Амплатцера. На интраоперационной ЭхоКГ констатировано хорошее положение окклюдеров без оAll patients except one were discharged within 24 hours.No predictors for a residual shunt were identified.статочного сброса. В 27(87,1%) случаях размер дефекта помимо ЭхоКГ измерялся на ангиографическом аппарате с помощью измерительного (sizing) баллона, при этом использовали окклюдер равный или на 1 мм (максимум на 2 мм при больших дефектах у взрослых пациентов) превышающий ДМПП. В других 4 (12,9%) случаях были подобраны окклюдеры, превышающие ЭхоКГ измеренный размер ДМПП на 4–6 мм. В 1 случае закрыть ДМПП окклюдером не удалось, данный пациент направлен на хирургическую коррекцию порока. В другом случае в течение первых суток после имплантации окклюдера наблюдалась преходящая частая наджелудочковая экстрасистолия, разрешившаяся самостоятельно.

Эндоваскулярное закрытие ДМЖП (n=21) удалось выполнить у всех пациентов в связи с наличием подаортального ДМЖП в мембранозной части перегородки с лево-правым сбросом размером от 2 до 5 мм в 20 (95,2%) случаях, мышечного дефекта – в 1 (4,8%).

Все пациенты с ВПС, которым были использованы окклюдеры, в удовлетворительном состоянии были выписаны из клиники на 2–3 сутки после вмешательств. Контрольные обследования, включая эхокардиографию, в отдаленные сроки до 5 лет показали стабильное расположение окклюдеров, отсутствие патологического шунтирования крови и клинических признаков порока.

Вывод: Транскатетерное закрытие окклюдерами Амплатцера является малотравматичным и эффективным методом лечения больных с ДМПП, ДМЖП и ОАП.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

МАТНАЗАРОВ Р.К., ИСКАНДАРОВ Ф. А., ЮСУПОВ О.А., САГИРОВ А.М.

Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардихирургии региона приаралья, г Ургенч, Узбекистан.

Цель: Анализ структуры эндоваскулярных вмешательств в Приаральском Специализированном Научно-Практическом Центре Кардиологии и Кардиохирургии.

Материал и методы: Изучена структура рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) у 6820 больных в возрасте от 2 недель до 96 лет, выполненных в рентгеноперационной Центра с января 2017 г. по июль 2022 г.на ангиографической установке Allura Centron (Philips).

Результаты: Из 6820 больных у 6140 (90,0%) пациентов РЭВ были выполнены у больных с

ишемической болезнью сердца (ИБС), у 341 (5,0%) – с врожденными пороками сердца (ВПС), у 16 (0,2%) – с митральным стенозом ревматической этиологии, у 17 (0,2%) – с экссудативным перикардитом, у 120 (1,8%) – с сосудистой патологией, у 103 (1,5%) – с брадиаритмическими нарушениями сердца, у 86 (1,3%) – с механической желтухой.

Из 6140 пациентов с ИБС диагностическая коронарография выполнена у 4456(72,6%), коронарная ангиопластика и стентирование – у 1681 (27,4%). Из осложнений у 4 пациентов имел место острый тромбоз стента (повторно выполнена реканализация с ангиопластикой и успешным внутрикоронарным тромболизисом), в 1 – перфорация коронарной артерии после стентирования (пациент с расширенным баллоном в артерии и периокардиоцентезом экстренно переведен в кардиохирургическую операционную для коронарного шунтирования). Установка внутриаортального баллонного контрпульсатора выполнена у 3 больных. Интраоперационная летальность составила 1 (0,01%).

Из 341 больных с ВПС диагностическая катетеризация полостей сердца и магистральных сосудов с ангиокардиографией выполнена у 282 (82,7%), операция Рашкинда – у 2 (0,6%), баллонная вальвулопластика клапаного стеноза легочной артерии – у 27 (7,9%), баллонная дилатация (БД) коарктации аорты – у 3 (0,9%), БД подключично-легочного анастомоза – у 1 (0,3%), закрытие окклюдерами ДМПП – у 10 (2,9%), ДМЖП – у 8 (2,4%), ОАП – у 8(2,4%). В 1 случае закрыть ДМПП окклюдером не удалось, данный пациент направлен на хирургическую коррекцию порока. Летальных случаев не было.

У 16 (0,2%) больных выполнена баллонная митральная вальвулопластика (БМВ) по технике Inoue. Из осложнений в 1 случае при пункции межпредсердной перегородки катетер прошел в полость перикарда, больной выполнено экстренного хирургического ушивание стенки правого предсердия, данной пациентке через 1 месяц выполнена успешная БМВ. Летальных случаев не было.

У 17 (0,3%) больных с экссудативным перикардитом выполнен перикардиоцентез.

Из 120 больных с сосудистой патологией селективная артериография выполнена у 49(40,8%) больных. Ангиопластика артерий нижних конечностей выполнена при критической ишемии у 52(43,3%) больных (в т.ч. у 9(7,5%) со стентированием), стентирование почечных артерий – у 2 (1,7%), подключичных артерий – у 2 (1,7%), сонных артерий – у 3 (2,5%). Имплантация кава-фильтра выполнена у 12 (10,0%) больных. Летальных случаев не было.

Из 103 больных с брадиаритическими нарушениями ритма имплантация однокамерного электрокардиостимулятора выполнено у 94 (91,3%), двухкамерного – у 9 (8,7%). Летальных случаев не было.

Наружное дренирование внутрипеченочных желчных протоков при механической желтухе выполнено у 86 (1,3%) больных.

ВЫВОДЫ**:** Эндоваскулярные вмешательства является эффективными и относительно безопасными методами лечения больных. Наибольшую долю в структуре эндоваскулярных вмешательств Центра составляют больные с ИБС.

НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

САИДОВ М.А., ИБРОХИМОВ Ф.Х., ЖУМАЕВ Ф.А., ШЕРОВ Ж.А., САФАРОВ Ф.А., НАРЗИКУЛОВ У.З.

Самаркандский областной региональный филиал республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии

Цель работы: Обобщение опыта, анализ возможностей эндоваскулярной хирургии, оценка эффективности выполнения эндоваскулярных вмешательств при поражении ствола левой коронарной артерии.

Материалы и методы: В Самаркандском кардиологическом центре с января 2021 по июля 2022 года выполнены эндоваскулярные вмешательства у 56 пациентов при поражениях ствола левой коронарной артерии. Возраст пациентов колебался от 45 лет до 70 лет. У трёх больных были после аортокоронарного шунтирования (АКШ), 29 больных на момент вмешательства с диагнозом 4 функциональный класс стенокардии по классификации CCS. 18 пациентов – нестабильная стенокардия у 14 из которых отмечался критический стеноз ствола левой коронарной артерии, у четырёх острый инфаркт миокарда. У пятерых пациентов отмечалось ожирение 3 степени. Ангиографический успех процедур имел место у всех пациентов (100%).

Особенности процедур: в трёх случаях после АКШ проведено стентирование ствола ЛКА с переходом ОВ. Из-за короткого ВТК, в связи с этим выполнено сторнирование ствола ЛКА.

В одном случае было выполнено экстренное стентирование при критическом устьевом стенозе ствола ЛКА, при котором пациент доставлен в

рентген операционную в крайне тяжелом состоянии с кардиогенным шоком.

Выводы: наш опыт показывает, что эндоваскулярные вмешательства при поражениях ствола левой коронарной артерии, являются эффективной и безопасной процедурой. А в ряде случаев могут является единственным методом лечения.

ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТВОЛА ЛКА. ОПЫТ РСНПМЦК

Х.Г. ФОЗИЛОВ, Б.А. ЮЛДАШОВ, А.А. ЮЛДАШОВ, Б.Р. АТАМУРАТОВ

Отделение эндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Провести анализ собственных результатов эндоваскулярного лечения больных ИБС с поражением ствола левой коронарной артерии (СтЛКА).

Материалы и методы. С 2010 по 2022 гг. в РСНПМЦК было выполнено 19641 диагностических коронарографий. По результатам коронарографии гемодинамически значимые поражение (>50%) ствола ЛКА было выявлено у 774 (4%) респондентов. Общее количества ЧКВ за этот период составил 9 823 случаев, из них в 420 (4,3%) случаях было выполнено стентирования СтЛКА. В большинстве случаев пациенты были мужского пола 74,5% (313), средний возраст составил 62,5±8,28 лет. У 83,5% отмечалась дислипидемия, в 86% – артериальная гипертония, 67% пациентов были курильщиками. Всем пациентам перед вмешательством были выполнены инструментальные и лабораторные методы исследований по стандартному протоколу.

Пациенты были разделены на 3 группы: 1) стабильная стенокардия (ССН) 36,2% (151) больных; 2) нестабильная стенокардия (НС) 36,4% (154) больных; 3) острый инфаркт миокарда (ОИМ) 27,4% (115) больных. В 1-й группе у трех больных в анамнезе было выполнено АКШ.

Изолированное поражение устья ствола ЛКА наблюдалось у 19,8%. В 23,3% случаях было поражено тело ствола ЛКА и в 56,9% случаях поражение локализовалось в области бифуркации. Доминирование левого типа кровообращения обнаружено у 14,8% (62) больных. Оценка риска по шкале Syntax был низким (<22) у 46,5% (195) больных, у 48,1% (202) больных был средний риск (22–32) и высокий риск составил у 5,4% (23) пациентов подвергшихся ЧКВ со стентированием ствола ЛКА. В 21 (5%) случаях применялась методика “culotte”, в 33 (7%) случаях – Т стентирование и в одном случае DK CRUSH стентирование. У остальных 365 (87%) больных использовалась стратегия одного стента (provisional stenting).

Результаты исследования. В 92,3% случаев выполнялось прямое стентирование ствола ЛКА. При стентирование ствола ЛКА в 100% случае использовали стенты с лекарственным покрытием. Среднее давление имплантации стента составило 13,9±1,6 атм., время имплантации – 17,5±0,6 с. Средней диаметр имплантированного стента составил 3,7±0,34 мм при средней его длине 24,3±9,1 мм.

Непосредственный ангиографический успех вмешательства составил 97,3% в 1 группе, 95,0% во 2-й группе и 94,0% в 3-й группе. У одного больного (0,2%) 1-ой группы развился ИМбпST на фоне окклюзии боковой ветви. В группе больных нестабильной стенокардией ОИМ развился в 3-х случаях (0,7%) и в одном случае (0,2%) острый тромбоз стента с последующей летальностью (0,2%). В 3-й группе повторный ОИМ отмечался в 3-х случаях (0,7%), летальность в 7 случаях (1,7%) на фоне кардиогенного шока.

Отдаленные результаты чрескожных вмешательств у больных с поражением ствола ЛКА прослежены в сроки от 3 месяцев до 4,8 лет. После стентирования ствола ЛКА повторная коронарография проводилась у 23% (65). При контрольной коронарографии частота рестеноза составила 14% (40). В 5% (14) случаев выполнялось повторное вмешательства по поводу рестеноза ствола ЛКА, 12% (34) пациентам рекомендовано АКШ. Летальность в отдаленном периоде после стентирования ствола ЛКА составила 13% (37).

Выводы. Стентирование является высокоэффективным и достаточно безопасным методом лечения больных с поражением ствола ЛКА. Проведение ЧКВ ствола ЛКА следует проводить согласно принятым рекомендациям при этом в каждом случае следует рассмотреть возможности альтернативных методов лечения. Для улучшения отдаленных результатов стентирования ствола ЛКА необходимо применение внутрисосудистых методов визуализации.

CURRENT STATUS OF OFF-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS

[1]ALYYEV R.M., [2]AGOYLIYEVA B.A., [2]ABDYYEV B.A.

[1]Hospital with scientific and clinical center of cardiology;
[2]Turkmen state medical university named after Myrat Garryyev

Purpose: Off-pump coronary arterial bypass grafting (OPCAB) has become a common practice for coronary artery bypass grafting (CABG) in Japan, with approximately 65% CABG procedures currently being performed using OPCAB. However, it is unclear whether OPCAB is superior in terms of associated mortality, incidence of complications, graft patency rate, and long-term outcomes compared with conventional CABG (CCABG).

Methods: Literature consideration was performed, mainly based on observational studies involving large samples and randomized controlled trials (RCTs).

Results: Many RCTs indicated that the acute-phase and long-term mortality rates were comparable between CCABG and OPCAB or that OPCAB was inferior to CCABG. In contrast, many observational studies indicated that OPCAB was superior to CCABG.

Conclusion: CABG is a delicate procedure, the outcomes of which vary in accordance with the patient's condition as well as the level of expertise of the associated institution and surgeon. In the future, we hope that reports will emerge with excellent results, including long-term results, from Japanese institutions experienced in performing OPCAB.

СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ О ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ АОРТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

АБДУМАДЖИДОВ Х.А.

Бухарский Государственный медицинский институт им.Абу Али ибн Сино

Тенденция к увеличению общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения отчетливо прослеживается, как по результатам данных мировой статистики, по результатам Государственного доклада о состоянии здоровья населения Российской Федерации (2002г, 2003г), так и по данным Министерства здравоохранения Узбекистана (2008). Количество операций на открытом сердце ежегодно увеличивается. Реконструктивные операции на аортальном клапане (АК) находятся в центре внимания кардиохирургов: данная операция в экономически развитых странах по частоте стоит уже на втором месте среди всех выполняемых кардиохирургических вмешательств у взрослого населения. Причиной тому – изменения, произошедшие в этиологии формирования порока аортального клапана и изменение демографической структуры самого общества.

Этиология патологических изменений АК от момента первых операций успела неоднократно измениться. Если в начале превалировали ревматические поражения, эндокардит, сифилис и атеросклероз; то в настоящее время на первое место выходят атеросклеротические (дегенеративные) и врожденные пороки (в основном, двустворчатый АК) аортального клапана. Такие перемены в этиологии не могли не оказать влияние на течение самого заболевания, клинику порока и, соответственно, выработку определенной тактики введения таких пациентов.

Изменения в этиологии заболевания за достаточно короткий период времени связаны, в первую очередь, с проводимой профилактикой ревматизма и ревматических болезней сердца (Программа ВОЗ по сердечно-сосудистым заболеваниям, 1989г.). Во-вторых, подобная перестройка в этиологии связана и с изменением демографической структуры общества в экономически развитых странах, где наблюдается постоянный рост населения пожилого и старческого возраста. Соответственно, это привело к увеличению числа пожилых больных с приобретенны-

ми пороками сердца, где уже превалируют атеросклеротические и дегенеративные формы порока АК, что отразилось и на клинике заболевания, и на возрастном составе оперируемых пациентов. **В настоящее время в структуре форм порока основное место занимает либо аортальный стеноз, либо сочетанные формы порока.** Так только в США по поводу аортального стеноза проводится до 50 тысяч протезирований АК в год. Для нашей страны это тоже становится актуальным, т.к. в настоящее время уже 12.9 % граждан находятся в возрасте 65 лет и старше И по вероятному прогнозированию развития, к 205Ог доля пожилых в Узбекистане достигнет 33–35%, а 80-летних и старше – 6.6% населения страны

Произошедшие изменения в этиологии формирования порока АК, способствовали увеличению количества операций на аортальном клапане у лиц пожилого и старческого возраста, что оказало влияние на тактику послеоперационного введения и состояние пациентов. В соответствии с этим, тема изучения «Современных данных об этиопатогенезе аортальных пороков сердца» представляется нам актуальной.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ (ТИП А ПО STANFORD)

АЛИЕВ Ш.М., МУЧИАШВИЛИ О.Р., ПУЛАТОВ Л.А., МАТАНОВ Р.М., НАЗАРОВ Э.Д., КОМИЛЖОНОВ К.Ж.

ГУ РСНПМЦХ им. В Вахидова (г. Ташкент, Узбекистан)

Цель работы: описание тактики хирургического лечения расслоения аорты (тип А по Stanford), дающих возможность получения удовлетворительных госпитальных и отдаленных результатов лечения расслоения аорты.

Материал и методы исследования: за период с 2016 года по настоящее время в отделении взрослой кардиохирургии Центра хирургии им. В. Вахидова оперировано 19 пациентов с расслоением аорты. Во всех случаях отмечен тип А расслоения аорты по Стэнфорду. Средний возраст больных составил 45±0,9 лет, который варьировал от 30 до 65 лет. Большинство пациентов составили лица женского пола 68,4%. В большинстве случаев отмечено хроническое расслоение аорты 68,4%. Все пациенты страдали гипертонической болезнью.

Результаты исследования: вмешательство на аортальном клапане и корне аорты выполнено у 8 (42%) больных: изолированное протезирование аортального клапана – 3 (15,8%) случая, операция Бенталл Де Боно – 3 (15,8%), операция Дэвид 1 – 2 (10,5%). Коррекция на дуге аорты в большинстве случаев заключалась в протезирование по типу Hemiarch – 13 (68,4%) пациентов. Полный дебраншинг всех сосудов дуги аорты выполнен в 4 (21%) случаях. У 2 (10,5%) больных выполнено протезирование дуги аорты и брахиоцефального ствола. Во всех случаях артериальная канюляция проводилась через правую аксилярную артерию, что позволило нам проводить постоянную антеградную перфузию головного мозга во время циркуляторного ареста. Температура тела при этом составляла 24,2 ° С.

Послеоперационная летальность составила 10,5% (2 пациента). В обеих случаях отмечено острое расслоение аорты. Причиной смерти в первом случае явилось кровотечение, во втором – острая сердечная недостаточность. Среди нелетальных осложнений преобладала сердечная недостаточность (52,6%), которая была купирована длительным применением катехоламинов. Мозговая недостаточность отмечена у 4 (21%) пациентов, с последующим полным восстановлением неврологической симптоматики. В 2 (10,5%) случаях отмечено раннее послеоперационное кровотечение, которой потребовало повторного вмешательства. Отдаленные результаты изучены у всех 17 (100%) пациентов. Средний срок наблюдения составил 3,5±0,4 года. Через 6 месяцев после операции 6 (35,3%) пациентам в нисходящий грудной отдел аорты установлен стент-графт. На сегодняшний день умерших больных в отдаленном периоде нет.

Выводы: предложенная нами тактика хирургического лечения расслоения аорты (тип А по Stanford) показала удовлетворительный результат как на госпитальном, так в средне-отдаленном периоде.

ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

[1]*АЛЫЕВ* Р.М., [2]*АГОЙЛИЕВА* Б.А., [2]*АБДЫЕВ* Б.А.

[2]Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии
[2]Туркменский государственный медицинский университет имени Мырат Гаррыева

Цель: Коронарное шунтирование без искусственного кровообращения (OPCAB) стало обычной практикой аортокоронарного шунтирования (АКШ) в Японии, при этом около 65% процедур АКШ в настоящее время выполняются с использованием OPCAB. Однако неясно, превосходит ли OPCAB с точки зрения связанной смертности, частоты осложнений, проходимости трансплантата и долгосрочных результатов по сравнению с традиционным АКШ (CCABG).

Методы. Анализ литературы проводился, главным образом, на основе обсервационных исследований с участием больших выборок и рандомизированных контролируемых исследований (РКИ).

Результаты. Многие РКИ показали, что уровни острой фазы и отдаленной смертности были сопоставимы между CCABG и OPCAB или что OPCAB уступал CCABG. Напротив, многие наблюдательные исследования показали, что OPCAB превосходит CCABG.

Заключение: АКШ **–** деликатная процедура, результаты которой варьируются в зависимости от состояния пациента, а также от уровня квалификации соответствующего учреждения и хирурга. Мы надеемся, что в будущем появятся отчеты с отличными результатами, в том числе долгосрочными, от японских учреждений, имеющих опыт выполнения OPCAB.

ДООПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА К КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ГАЗИЗОВА В.П., ВЛАСОВА Э.Е., ШИРЯЕВ А.А., АКЧУРИН Р.С.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. ак. Е.И. Чазова» МЗ РФ, Москва, Россия

Цель: оценить госпитальные результаты коронарного шунтирования (КШ) у пациентов с низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и ХСН, получивших разную дооперационную медикаментозную подготовку

Материалы и методы: В исследование включено 100 пациентов с ИБС, стенокардией напряжения 2–4 ф.к., многососудистой коронарной болезнью, ФВЛЖ ≤35%, ХСН 2–3 ф.к. по NYHA. Всем пациентам выполнено изолированное КШ. До операции все пациенты получали стандартную терапию ХСН (иАПФ/АРА/АРНИ, АМКР, бета блокатор, петлевой диуретик, ингибитор SLG2 рецепторов). Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия клинических признаков ХСН (ортопоэ+ВЗЛ). Таким образом, у 51 пациента на стандартной терапии была достигнута компенсация ХСН – группа ХСНкомп; у 49 пациентов несмотря на проводимую терапию сохранялись ортопноэ и/или ВЗЛ – группа ХСНнекомп. Последним за 2–3 суток до операции была проведена инфузия левосимендана с целью снижения риска периоперационной ОСН (24ч инфузия 12.5мг, без болюса)

Результаты: Госпитальная летальность в общей когорте составила 1/100 (1.0%). Группы ХСНкомп и ХСНнекомп не отличались по индексу реваскуляризации (3.6±0.5 и 3.9±1.1, p=0.2), времени ИК (115(99;125) и 125(107;137)мин, p=0.2) и ишемии миокарда (70(66;79) и 81(73;84)мин соотв, p=0.2). Инотропный индекс (ИИ) был выше в группе ХСНнекомп как к концу операции (5(3.5;5) vs 5(5;7), p=0.02), так и к концу первых суток (2(1;5) vs 5(4;8), p=0.04), однако продолжительность инотропной поддержки между группами ХСНкомп и ХСНнекомп не отличалась (30(2;111) и 69(43;95) ч соотв, p=0.4). Наиболее важный результат – частота синдрома низкого сердечного выброса (СНСВ), между группами не отличалась: в группе ХСНкомп– 28/51 (55%) и группе ХСНнекомп– 33/49 (67%), (p=0.1). Группы также не отличались по времени нахождения в реанимации (46(45;48) и 44(43;46)час, p=0.2) и госпитальному койку-дню (10(8;11) и 10(8;10), p=0.6).

Вывод: Дооперационная подготовка пациентов с некомпенсированной на стандартной терапии ХСН и низкой ФВЛЖ должна быть дополнена ***инфузией левосимендана***. ***В таком случае ранние результаты операции становятся сопоставимыми с пациентами компенсированными на стандартной терапии ХСН.***

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОСТОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

ДЖАББАРОВ О. О., МУЛЛАБАЕВА Г.У., ШАРИПОВ И.М.

Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии

Введение: Наиболее часто встречающиеся в послеоперационном периоде нарушения ритма-фибрилляция предсердий (ФП). Ее частота возникновения в ранний и отсроченный период после оперативного вмешательства составляет, по данным различных авторов, от 20 до 40% случаев. Прогнозировать данное осложнение является одним из научных направлений отделения кардиохирургии Республиканского Специализированного Научно-практического медицинского центра кардиологии. По мнению ряда исследователей, уровень мозгового натрийуретического пептида (МНУП) может служить прогностическим маркером ФП.

Цель: оценить взаимосвязь между уровнем (МНУП) с частотой развития послеоперационной ФП (ПОФП) после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) на работающем сердце.

Материалы и методы: в исследование вошло 119 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), которым планируется АКШ. Средний возраст составил 56,1±11,8 лет (88 мужчин, 31 женщин). Критерий исключения: наличие ФП в анамнезе или при суточном мониторировании на ЭКГ, проведенном до АКШ, операции на сердце в прошлом, выраженное нарушение функции клапанов, пациенты с криптогенными инсультами в анамнезе, пациенты с нарушениями функции щитовидной железы, остраый инфаркт миокарда. Всем больным проводилось длительное холтеровское мониторирование ЭКГ до операции, а также в течение 5 суток после АКШ. Уровень МНУП определялся всем пациентам за сутки до АКШ. Всем пациентам за сутки проводилась эхокардиоскопия в М и В режимах, с расчетом линейных и объемных показателей.

Результаты исследования. ПОФП по данным длительного мониторирования ЭКГ развилась у 24 больных (20,1%) (19 мужчин, 5 женщин) ($\chi 2 = 0{,}44$; $p = 0{,}50$). В 83% случаев ПОФП развивалась на 3 сутки АКШ. Ее возникновение не зависело от длительности операции, экстубационного времени. Не обнаружено достоверных различий в возрасте, поле, длительности ишемической болезни сердца (ИБС). Частота возникновения ПОФП ассоциировалась с артериальной гипертонией (АГ) в анамнезе ($\chi 2 = 4{,}01$; $p = 0{,}01$). Изучение показателей эхокардиоскопии не выявил достоверных различий в показателях. Средняя фракция выброса (ФВ) в группе с ПОФП составила 46,3±7,5%, а в группе без ПОФП 49,0±6,8% ($p > 0{,}05$). Уровень МНУП сильно варьировал от 451 нг/мл до 1027 нг/мл. В дальнейшем, анализ уровня МНУП в группах с ПОФП и без нее показал, что в группе с развившейся ПОФП он соответствовал 75 перцентиле ($\chi 2 = 3{,}48$; $p = 0{,}02$).

Заключение: ПОФП в нашем исследовании развилась у 20,1% больных, пик ее встречаемости приходился на 3-е сутки. При этом она достоверно чаще нааблюдалась у больных с АГ в анамнезе ($\chi 2 = 4{,}01$; $p = 0{,}01$). В нашем исследовании показана ассоциация развития ПОФП с исходно высоким уровнем МНУП.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., НАЗАРОВ Х.Б., АБДУЛЛАЕВ Д.М., ТУРАЕВ Ф.Ф.*, САГИРОВ А.М.

Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья, *ГУ «РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х. Туракулова»

Цель исследования: **оптимизировать тактику и улучшить результаты** хирургического лечения больных с клапанными пороками сердца в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал исследования: В РСНПМЦКК Приаралья с 2017 по 2021гг., выполнено 20 операций по поводу сочетанного клапанного порока и ИБС. Мужчин –14, женщин – 6. Возраст больных составил от 48 до 87 лет (61,3±8,8). Все больные имели НК 2А, ФК по NYHA IV. Причиной порока ревматизм явился в 12 случаях, ИЭ –1, миксоматоз МК – 4, дегенеративный аортальный порок – 3. Осложненное течение отмечено: ФП – в 10 случаях, ЛГ более 2 ст – 8, СДII типа – 5, ХОБЛ –1, ОНМК (в анамнезе) – 2. Все больным до операции выполнен стандартный протокол обследования. По данным ЭхоКГ: ФВ ЛЖ до операции 42,3±4,4%.

18 больным (1 группа) – шунтирование коронарных артерий (ШКА) и вмешательство на клапанах сердца выполнено с помощью искусственного кровообращения (ИК), 2 больным (2 группа) – ШКА выполнено на работающем сердце, пластика и/или протезирование клапанов сердца с помощью ИК.

Результаты и обсуждение: Операции выполнены из полной стернотомии, в условиях ИК и фармако-холодовой кардиоплегии. В 1 группе время ИК составило 169,3±18,7 мин., окклюзия аорты – 121,2±12,1 мин., во 2 группе время ИК составило 133,3±14,3 мин., окклюзия аорты – 95,4±10,8 мин. При клапанном пороке выполнены следующие процедуры: протезирование митрального клапана (ПМК) с коронарным шунтированием (КШ) – 12, протезирование аортального клапана (ПАК) с КШ – 3, ПМК+ПАК с КШ – 1, пластика митрального клапана (ПлМК) с КШ – 2, ПлМК и трикуспидального клапанов с КШ – 2. ПлМК выполнена на опорном кольце Карпантье в 4 случаях, а в 13 – в митральную позицию имплантировались механические 2х створчатые протезы. В 3 случаях в аортальной позиции использован 2х створчатый дисковый протез. При коронарном шунтировании выполнялось: 12 случаях одно-сосудистое, в 5–2 шунта, в 2 случаях– 3 шунта и в одном – 4 шунта. Левая внутренняя грудная артерия была использована как шунт к ПМЖВ в 7 случаях. В раннем п/о периоде все пациенты 1 группы нуждались в кардиотонический поддержке двух кардиотоников (адреналин, допамин) в средних дозах, во 2 группе инотропная поддержка потребовалась только лишь интраоперационно после ИК. Время п/о ИВЛ 12,2±2,0 ч. Длительность пребывания в ОРИТ –2–3 суток. Осложнение ближайшего п/о периода отмечено у 2 больных 1 группы. В 1 случае – больной 75 л., кальцинозом АК IV ст. (п/о ПАК (био.протез) + АКШ – ПМЖВ) на 2-е сутки – ОНМК по ишемическому типу. У 2го – на 5е сутки (п/о ПМК (мех.протез) + МКШ – ПМЖВ, КШ-ВТК-ОВ (секвенциальный шунт), КШ-ПКА) возникло кровотечение из острых эрозий желудка (по Форесту Iб), консервативное лечение с положительным эффектом. Госпитальной летальности нет. 17 пациентов выписаны 14±2,0 на сутки под наблюдения кардиолога. В одном случае больной переведён для лечения и реабилитации в неврологическое отделение.

Стратегия КШ на работающем сердце предусматривает последовательное уменьшение зоны ишемии после каждого наложенного дистального анастомоза. Для достижения этой цели принципиально важна следующая очерёдность: первыми выделить внутреннюю грудную артерия (ВГА) и венозные трансплантаты, наложить проксимальные анастомозы, за исключением случаев, когда гемодинамическая ситуация требует быстрого анастомозирования ВГА и передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), шунтировать коллатеризированные коронарные артерии (КА), последними – те, которые «отдают» коллатерали. При равнозначных поражениях и отсутствии коллатералей первой должна шунтироваться ПМЖВ.

Тактика хирургического лечения сочетанной патологии сердца предусматривает в первую очередь выполнение КШ на работающем сердце с последующим выполнением клапанной коррекции с помощью ИК.

Выводы: Пациенты с сочетанной клапанной патологией и ИБС относятся к тяжелой категории, что требует более тщательного подхода в предоперационной подготовке и выборе тактики хирургического лечения. Одномоментный этап хирургической коррекции клапанной патологии и КШ занимает большего времени окклюзии аорты и ИК. Выполнение КШ на работающем сердце с последующей коррекцией клапанной патологии сердца с помощью ИК, позволит уменьшить времени ИК и ишемию миокарда, снизит риск возникновения сердечной недостаточности и других внесердечных осложнений в раннем послеоперационном периоде. Данная категория пациентов требует длительного послеоперационного лечения и реабилитации.

«KISSING» АОРТО-ВЕНОЗНЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., ТУРАЕВ Ф.Ф*, АБДУЛЛАЕВ Д.М., САГИРОВ А.М.

Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья, *ГУ «РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова»

Цель исследования: **п**редставить новый способ наложения аорто-венозного «kissing» (целующегося) анастомоза при хирургическом лечении больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), а также с сочетанной клапанной патологией сердца.

Материал исследования: в научно-практическом центре кардиологии и кардиохирургии Приаралья МЗ РУз с января 2020г. по январь 2022 года оперирован 221 пациент (214 больных с изолированной ИБС, 7 больных с сочетанной патологией). Мужчин – 157, женщин – 64. Возраст больных составил от 28 до 80 лет (54,3±8,8). Все больные с сочетанной патологией сердца имели НК 2А, ФК по NYHA IV. Причиной порока миксоматоз МК – 4, дегенеративный аортальный порок – 3. Все больным до операции выполнен стандартный протокол обследования. По данным ЭхоКГ: ФВ ЛЖ до операции 42,3±4,4%.

Результаты: операции выполнены из полной стернотомии, у всех больных с сочетанной патологией в условиях ИК и фармако-холодовой кардиоплегии, у 5 больных с изолированной ИБС на параллельной перфузии (ПП). «Kissing» анастомоз был использован у всех 221 пациентов. На этапе наложения проксимального анастомоза, сосудистым зажимом Сатинского отжимается участок передней стенки восходящей аорты (на 20% от диаметра аорты), в центре 11 скальпелем выполняется разрез длиной 2 мм и далее «панчером» 4.8 выполняется аортотомное отверстие диаметром около 5 мм. Начинается формирование проксимального «KISSING» («целующегося») проксимального аорто-венозного анастомоза. Техника выполнения: первым этапом подшивается венозный кондуит, идущий на левый контур сердца нитью prolen 6/0. Шов начинается «парашютным» методом, непрерывным швом, с середины левого края вены, с выколом снаружи внутрь на вене, а с аорты изнутри наружу и заканчивается в середине правого края вены. Подтягиванием швов с двух сторон вену опускают («сажают») на аорту, формируя «пятку» анастомоза слева. С контралатеральной стороны аортотомного отверстия начинается наложение проксимального аорто-венозного анастомоза со вторым венозным кондуитом, идущим на правый контур сердца нитью prolen 6/0. Шов начинается «парашютным» методом, непрерывным швом, с середины правого края вены, по направлению снаружи внутрь, а с аорты изнутри наружу и заканчивается в середине левого края вены. Подтягиванием швов с двух сторон вену опускают («сажают») на аорту, формируя «пятку» анастомоза справа. Справа и слева от «посаженных» венозных кондуитов проленовые нити завязываются между собой. Далее начинается формирование «купола» (камеры) «kissing» анастомоза. Одной из проленовых нитей 6/0 (справа или слева) обвивным непрерывным швом соединяются свободные («передние») стенки венозных кондуитов между собой («передняя губа анастомоза»). Таким образом, формируется «KISSING» («целующийся») проксимальный аорто-венозный анастомоз, включающий в себя два венозных кондуита и переднюю стенку восходящей аорты.

У 3 пациентов в раннем п/о периоде на ЭКГ отмечались признаки ишемии миокарда, выполнена экстренная шунтография. В 1 случае выявлен тромбоз дистального анастомоза, больной повторно взят в операционную, дистальный анастомоз перешит, состояние больного удовлетворительное. В двух других случаях шунты и анастомозы, «kissing» анастомоз функционировали удовлетворительно. Больные получили кардиопротективную поддержку, были выписаны в удовлетворительном состоянии. Других осложнений не было.

Заключение: предложенный способ наложения «kissing» (целующегося) аорто-венозного анастомоза при хирургическом лечении больных с ИБС и сочетанной патологией уменьшает время наложения проксимальных анастомозов, а также даёт возможность одномоментного исследования обоих венозных кондуитов при необходимости шунтографии, укорачивая время для принятия решения о необходимости повторного вмешательства.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА СЕРДЦА.

ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., АБДУЛЛАЕВ Д.М., САГИРОВ А.М.

Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья

Эхинококкоз – тяжелое зооантропонозное заболевание, при котором чаще поражаются печень, легкие и селезенка. Последние по праву считаются основными органами-мишенями. В то же время, локализация эхинококковых кист (ЭК) в миокарде или полостях сердца встречается крайне редко, а число сообщений об успешных кистэктомиях в условиях искусственного кровообращения буквально единичны (Adnan C.M. et al., 2006)**.**

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза сердца (ЭС).

Материал и методы: с 1996 по 2016гг. оперированные 12 больных с эхинококкозом сердца (ЭС) с помощью искусственного кровообращения (ИК) в возрасте 8–28 (22,25±2,31) лет, включены в 1 группу. 2 больных оперированные с ЭС на работающем сердце (РС) с 2017 по 2021гг. включены во 2 группу. В 1 группе пациентов мужского пола было 8, женского 4, во 2 группе с каждого пола по одному. Путем эхокардиографии и компьютерной томографии определяли локализацию, размеры и характер кист. Так в 1 группе, в 8 наблюдениях ЭК располагались субэпикардиально в миокарде левого (ЛЖ) и в 2 – субэндокардиально в полости правого желудочка (ПЖ); в одном случае киста находилась в области путей оттока из ПЖ, создавая препятствие кровотоку; в 2 случаях ЭК располагалась в толще межжелудочковой перегородки (МЖП). В одном наблюдении ЭК были множественными и локализовались в миокарде правого предсердия, ПЖ и ЛЖ. Размеры ЭК сердца в среднем составил 4,3±0,6 мм. Все операции в 1 группе выполнялись из срединной стернотомии в условия ИК и кардиоплегии (61,4±10,9 мин и 44,5±5,2 мин соответственно). Операция состояла из следующих этапов – ревизия и пункция кисты с аспирацией эхинококковой жидкости, далее стерилизация полости глицерином, затем кистотомия и удаление хитиновой оболочки и в конце – ликвидация остаточной полости посредством послойных матрацных или кисетных швов – капитонаж резидуальной полости. Во 2 группе ЭК в обоих случаях находились интрамиокардиально, в 1 случае в передне-боковой стенке ЛЖ размером 7х6х5см, данной больной в связи со значимым стенозом ОВ ЛКА, выполнено шунтирование вышеуказанной коронарной артерии на РС, во 2 случае задне-базальной стенке ЛЖ размером 4х3х3см. Во 2 группе больным операция выполнена на РС, этапы операции были идентичны. Антигельминтную терапию проводили только после операции на сердце, т.к. в дооперационном периоде есть опасность деструкции стенок кисты с перфорацией. В отдаленные сроки после операции рецидивов не наблюдали.

Результаты: больные в 1 группе находились в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) от 2 до 4 суток, 50% из них нуждались в инотропной поддержке, 10 больным интраоперационно или в ОРИТ выполнена гемотрансфузия из-за гемодилюции во время ИК и повышенного геморрагического выделяемого по дренажам. Во группе больные переведены в отделение кардиохирургии на 1 сутки после операции, в инотропной поддержке и в гемотрансфузии не нуждались.

Заключение: при субэпикардиальном и интрамиокардиальном расположении ЭК сердца необходимо выполнить эхинококкэктомию из сердца на РС; эхинококкэктомия из сердца на РС позволит уменьшить возникновение сердечной недостаточности в раннем послеоперационном периоде, отказа от гемотрансфузии, а также более быстрой активизации пациента и уменьшению времени госпитализации; антипаразитарную терапию необходимо проводить после эхинококкэктомии из сердца.

СРАВНЕНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ И НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ЖАЛИЛОВ А.К.[1,2], МЕРЗЛЯКОВ В.Ю.[1], КЛЮЧНИКОВ И.В.[1], САЛОМОВ М.А.[1], Б.Ш. БЕРДИБЕКОВ[1] , СКОПИН А.И.[1]

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[2]Каршинский филиал республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши, Узбекистан

Цель. Изучить эффективность, безопасность и краткосрочные результаты коронарного шунтирования (КШ) на работающем сердце (КШ без искусственного кровообращения (ИК)) и КШ с ИК у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. В ретроспективный анализ были включены 187 пациентов, которым было выполнено КШ с ИК, и 220 пациентов, которым было выполнено КШ без ИК в связи с ОКС. Средний возраст пациентов составил 59,8±7,9 года, 204 (83,6%) пациента мужского пола. После сопоставления оценок склонности 1: 1 (псевдорандомизации) в исследуемые группы были отобраны по 131 пациенту. Основными первичными конечными точками в госпитальном периоде после КШ были госпитальная летальность, повторная реваскуляризация миокарда, инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, транзиторная ишемическая атака (ТИА) и комбинированная конечная точка, включающая вышеуказанные события.

Результаты. Не было обнаружено статистически значимых различий между КШ без ИК и КШ с ИК в отношении госпитальной летальности (2,3 и 3,1% соответственно; p=1,00), периоперационного инсульта (0,8 и 3,8% соответственно; p=0,21), ТИА (1,5 и 0,8% соответственно; p=1,00), ИМ (3,1% и 6,2% соответственно; p=0,25) и повторной реваскуляризации миокарда (0,8% и 0,8% соответственно; p=1,00). Однако частота комбинированного исхода была выше в группе КШ с ИК по сравнению с КШ без ИК (13,0 против 5,3%, p=0,03). По данным многофакторного регрессионного анализа возраст (ОШ 1,07; 95% ДИ (1,01–1,13); p=0,03), Logistic EuroSCORE II (ОШ: 1,21; 95% ДИ (1,02–1,42); p=0,02) и КШ без ИК (ОШ: 0,34; 95% ДИ (0,13–0,90); p=0,03) продемонстрировали независимую связь с комбинированным исходом.

Заключение: Данное исследование предоставляет дополнительные доказательства безопасности и эффективности операции КШ на работающем сердце у пациентов с ОКС, которым требуется хирургическое лечение.

НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ПО МИНИИНВАЗИНОЙ МЕТОДИКЕ

ЖАЛИЛОВ.А.К., АХМАТОВ Я.Р., РАХИМОВ С.С., ПУЛАТОВ О.К., НОМОЗОВ Х.С., ШОДИЕВ И.

Каршинский филиал Республиканского специализированного научно – практического медицинского центра кардиологии (Карши, Узбекистан)

Цель: Первый наш опыт выполнения коронарного шунтирования на работающем сердце по миниинвазиной методике. Проанализированы результаты коронарного шунтирование в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В отделении Кардиохирургии Республиканский специализированный научно– медико практический центр Кардиологии за период с января 2019 по январь 2023 года было выполнено 60 операции коронарное шунтирование на работающем сердце по мининвазиной методике.

Средний возраст пациентов составил 56,5±8,8 (30 – 81) лет. К группе пациентов старше 65 лет относилось 30 %(18 пациентов) случаев. По половому признаку пациенты были распределены следующим образом: мужчин – 48, что составило 80 %; женщин –12, что составило 20 %. Большинство пациентов обследованной группы имели стабильную стенокардию различных функциональных классов: I – II функционального класса (ФК) – 14 (23%) пациентов, III ФК – 46 (77)% пациентов.

Важной характеристикой тяжести поражения коронарного русла у пациента с ИБС является, как известно, и наличие стеноза ствола ЛКА.

Результаты: Специальный отбор для проведения операций реваскуляризация миокарда на работающем сердце не проводился. Помимо паци-

ентов со средним и низким рисками проведения АКШ, в нашей группе присутствовали пациенты с высоким риском проведения искусственного кровообращения. В подавляющем большинстве случаев операции проводились по методике MIDCAB и MICSCAB (100%), т.е. через мини доступа левоторокальный. В качестве кондуитов для реваскуляризации миокарда нами использовались: левая внутренняя грудная артерия в 100% случаев, лучевая артерия в 16 % случаев и 83% венозные кондуиты.

Выводы: Операция КШ, выполняемая на работающем сердце через мини доступа, позволяет достичь полной реваскуляризации миокарда при поражении коронарных артерий с вовлечением трех основных бассейнов.

При наличии необходимого опыта и соблюдении ряда тактических и технических особенностей, существует возможность выполнения подавляющего большинства операций изолированного КШ из мини доступа на работающем сердце (100% операций).

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С СД И МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

ЖАЛИЛОВ А.К., АХМАТОВ Я.Р., РАХИМОВ С.С., ПУЛАТОВ О.К., НОМОЗОВ Х.С., ШОДИЕВ И.

Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан

Достижения последних десятилетий в области усовершенствования техники и эффективности интервенционных и открытых хирургических вмешательств привели к улучшению их конечных результатов. Есть основания предполагать, что эти достижения улучшили результаты коронарных вмешательств и среди больных СД. Однако, не смотря на это, эти пациенты по-прежнему имеют в целом более худшие результаты по сравнению с общей популяцией больных ИБС .

Цель исследования: Провести анализ непосредственных результатов АКШ на работающем сердце у больных с сахарным диабетом и мультифокальным поражением коронарных артерий .

Материал и методы: В исследование было включено 150 больных ИБС с многососудистым поражением КА разделенных на 2 группы: группа 1 – 70 больных ИБС с СД, группа 2 (контроль) – 80 больных ИБС без диабета. В обеих группах преобладали пациенты мужского пола. Возраст больных группы 1 находился в диапазоне 41–72 года и в среднем составил 57 ± 7,5 лет, что достоверно меньше, чем в контрольной группе 2 диапазон – 45–75 лет, в среднем 62 ± 11,2.. Также, больные группы 1 чаще имели в анамнезе инфаркт миокарда, клинически более тяжелую стенокардию, гемодинамически значимое поражение брахиоцефальных артерий и хроническую почечную недостаточность

Результаты: Всего было выполнено 150 операции прямой реваскуляризации миокарда. Всем больным выполнено множественное коронарное шунтирование. При анализе послеоперационных результатов на этапе нахождения пациентов в отделении реанимации было выявлены следующие достоверные различия между группами: в сравнении с группой 2, больные группы 1 имели большую продолжительность ИВЛ, в среднем требовали более продолжительной кардиотонической поддержки и более длительного пребывания в ОРИТ. Достоверных различий в отношении частоты гемотрансфузии, а также, частоты кровотечении, требовавших повторных операции не обнаружено. Статистически достоверной разницы по показателю летальности в группах не было.

Выводы: Таким образом, было показано, что больные с многососудистым поражением КА и СД, являлись клинически и объективно более тяжелыми в сравнении с группой контроля. Не было получено доказательств негативного влияния сопутствующего СД на развитие таких наиболее серьезных осложнений как смерть, ИМ и инсульт. Однако, наличие СД сопровождалось повышением рисков развития инфекционных осложнений медиастинита, а также увеличением продолжительности пребывания в отделении.

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

[1]ЖАЛИЛОВ А.К., [1]МЕРЗЛЯКОВ В.Ю.,[1]КЛЮЧНИКОВ И.В., [1]СКОПИН А.И., [1]САЛОМОВ М.А., [1]МАМЕДОВА С.К.

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, Российская Федерация

Введение: В настоящее время происходит увеличение числа пациентов с острым коронарным синдромом, перенесших коронарное шунтирование. Для детальной оценки таких больных, необходимо подробно изучить различные клинические проявления ишемической болезни сердца, относящиеся к острому коронарному синдрому.

Цель исследования: изучить непосредственные результаты хирургического лечения ИБС у больных с нестабильной стенокардией, перенесших коронарное шунтирование на работающем сердце и в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы: В исследовании обобщен опыт хирургического лечения 230 больных ишемической болезнью сердца с нестабильной стенокардией, оперированных в период с 2010 по 2018 годы, из них 110 **–** по методике ОРСАВ и 120 **–** по стандартной методике АКШ с ИК. Группы были сопоставимы по возрасту: средний возраст в группе ОРСАВ составил 67,5±7,4 года, а в группе АКШ с ИК **–** 67,8±7,2 года ($p > 0,05$).

Результаты: Пациенты обеих групп были сопоставимы по исходной тяжести основного заболевания, по сопутствующей патологии, а также поражению различных магистральных артерий и не имели достоверного различия по EuroSCORE II. Среднее количество шунтов на одного пациента в группе ОРСАВ составило 3,8±1,3, а в группе КШ с ИК оно было несколько ниже **–** 3,85±1,1 и не имело достоверное различие ($p = 0,073$). Достоверной разницы по частоте периоперационного инфаркта миокарда мы не выявили, хотя она была выше в группе МИРМ – 4 (3,8%) случая, против 5 (4,8%) в группе КШ ИК (p 0,05). Сроки лечения больных в отделении реанимации и интенсивной терапии составили в среднем 21,4±43 ч. для группы ОРСАВ, и 35,7±95,3 ч для группы КШ с ИК, что показало статистически значимое различие между группами ($p = 0,0004$). Острая сердечная недостаточность, потребовавшая проведения внутриаортальной баллонной контрпульсации, имела место у 8 (6,6%) пациентов группы КШ с ИК и у 3 (2,7%) в группе МИРМ ($p = 0,0016$). Группы достоверно не различались по частоте летальных случаев, тем не менее, смертность у больных, перенесших коронарное шунтирование на работающем сердце была меньше. Так, в группе МИРМ частота летальных случаев составила 1,87% (умер 2 пациента), а в группе КШ с ИК **–** 4,18% (умерло 5 больных) (p 0,05).

Выводы: Исходя из полученных данных, сделан вывод о высокой эффективности малоинвазивной реваскуляризации миокарда в хирургическом лечении пациентов с проявлением острого коронарного синдрома в виде нестабильной стенокардии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ЖАЛИЛОВ А.К., АХМАТОВ Я.Р., РАХИМОВ С.С., ПУЛАТОВ О.К., НОМОЗОВ Х.С.

Каршинский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии

Увеличение продолжительности жизни населения неуклонно приводит к тому, что всё более тяжелые категории пациентов начинают подвергаться хирургическому лечению ИБС. Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце может стать операцией выбора в лечении этой категории больных.

Сниженная сократительная способность миокарда левого желудочкам является важнейшим фактором операционного риска у больных ИБС, независимо от вида хирургического вмешательства .

Демонстрируемый повсеместно повышенный интерес к выполнению операций аорто-коронарного шунтирования (АКШ) на работающем сердце сделал актуальным вопрос о результатах этих операций у больных с низкой сократительной способностью ЛЖ, относящихся к категории вы-

сокого риска. Как известно, выполнение АКШ в условиях искусственного кровообращения (ИК) у таких больных сопровождается высокими показателями осложнений и летальности. **Цель работы** – изучить наши результаты операций АКШ на работающем сердце у больных с фракций выброса (ФВ) ЛЖ менее 45%. **Материал и методы.** Был проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 150 больных ИБС, которым были выполнены операции АКШ на работающем сердце без ИК. Пациенты были разделены на две группы – I группа – 24 (16%) пациентов с ФВ ЛЖ менее 45%, и II группа – 126 (84%) пациентов, у кого этот показатель был более 45%. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту и клинико-функциональным параметрам. Большая часть пациентов была мужского пола – 83,3% и 81,7% соответственно в I и II группах. Средний возраст в I группе составил 59,9±7,1 лет, а во II группе – 58,4±7,8 лет (p=0,383). В I группе было больше пациентов в острой и подострой стадиях инфаркта миокарда – в I группе 20,8%, а во II группе – у 16,6% (p=0,426). Риск оперативного вмешательства по EuroScore составил в I группе 6,72±6,9%, а во II группе – 3,52±2,9%, разница была статистически достоверной (p=0,005). Результаты и обсуждение. В I группе среднее число шунтов составило 2,92±0,68 на пациента (1–4 шунта), в то время как во II группе – 3,0±0,7 шунтов (p=0,354). Продолжительность операции в обеих группах составила 252±5,6 и 268±5,46 мин соответственно. Инотропная поддержка интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде была необходима в I группе у 58% пациентов, а во II группе – у 33,4% больных (p=0,08). Среднее время вентиляции в отделении реанимации составило в I группе 6,05±3,6 часа, во II группе – 5,72±3,3 часов (p=0,798). Пребывание в реанимации равнялось в среднем 65,7±2,5 часам в I группе и 49,08±1,5 часам во II группе (p=0,07). Случаев госпитальной летальности в I группе не было (при ожидаемой 6,72%), а во II группе – 0,8% (1 пациент) – при ожидаемой 3,52% (p=0,296).

Вывод. Уровень осложнений и госпитальной летальности после операций АКШ на работающем сердце у больных со сниженной ФВ ЛЖ не отличается от результатов у больных с нормальной ФВ. Полученные нами результаты сравнительной оценки двух групп больных – со сниженной фракцией выброса ЛЖ (менее 45%) и с нормальной сократительной способностью, перенесших миниинвазивную реваскуляризацию миокарда, показали высокую эффективность данного вида хирургического лечения.

Таким образом, использование реваскуляризации миокарда на работающем сердце у больных со сниженной сократительной способностью миокарда левого желудочка позволяет значительно расширить показания к хирургическому лечению этой крайне тяжелой группы больных и получить хорошие непосредственные результаты.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УВЕЛИЧЕННОГО ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ АТРИОПЛАСТИК ПРИ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКАХ.

ЖАЛИЛОВ А.К., ПУЛАТОВ О.К., АХМАТОВ Я.Р., НАМОЗОВ Х.С., РАХИМОВ С.С., ШОДИЕВ.И.С.

Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан

Введение. Хирургическое лечение пороков митрального клапана до сих пор остается актуальной проблемой современной кардиохирургии. При естественном течении митральные пороки осложняются расширением левого предсердия от 10% до 19% среди всех больных оперированных по поводу митрального порока сердца. Такие предсердия приводит к сдавлению правых камер сердца, полых вен, уменьшению венозного возврата, сдавлению заднее-латеральной стенки левого желудочка, а также вызывают компрессию экстракардиальных органов и тканей, бронхиального дерева, пищевода, нисходяшего отдела грудной аорты с соответствующими симптомами.

Застой крови в увеличенном и фибриллирующем предсердии обусловливает повышенный риск тромбообразования и тромбоэмболии, являясь значимым фактором риска внезапной смерти.

Цель. Дать клинико-функциональную оценку результатом выполнения различных методик атриопластика левого предсердия при хирургической коррекции приобретенных митральных пороков сердца осложненных атриомегалией и отработать показания к выполнению различных обьемредуцирующих вмешательств на левом предсердии.

Материалы и методы. По данное исследование включены пациенты оперированные по поводу коррекции митрального клапана с атриопластикой в РСНПМЦ Кардиологии Каршинского Филиала с 2019 года по 2022 год выполнено более 180 операций. В исследование включались пациенты с передне – задним размером левого предсердия (ЛП) более 50 мм, что расценивалось нами как атриомегалия. Все пациенты были разделены на 2 группы. 180 пациентов, которым была выполне-

на атриопластика, составили исследуемую группу. Группу сравнения составили 90 больных после изолированной коррекции митрального порока. В отдаленные сроки (от 6 до 30 месяцев) после оперативного лечения обследовано 90 пациентов. Рассматривались данные, полученные в 3 – х временных точках – накануне операции, на 7 – е сутки после операции и в отдалённом периоде, в сроки от 6 до 30 месяцев. Средний возраст больных к моменту операции составил 48,60+2.65 года (32–62 лет). Женщины среди них преобладали. По этиологии большинство больных имели длительный ревматический анамнез.

Результаты. По данным эхокардиографических параметров в первых двух временных точках выявил значимое различие только в динамике передне – заднего размера ЛП между группами с пластикой левого предсердия (ПлЛП) и без таковой. Уменьшение размера ЛП после операции происходило как у больных без ПлЛП, так и с ПлЛП, однако у тех, кому выполнялась ПлЛП, степень уменьшения ЛП была значимо больше. Для всех остальных параметров значимых различий динамики не наблюдается.

Среднее пребывание в ОРИТ в 1 – 2 группы 26±12 – 24±13 часов, время по экстубации 11±8 – 8±7 час. В результате мы можем полагать что при атриопластике ЛП экстубация раньше и время в ОРИТ меньше чем сравнение ПМК без атриопластике.

По ЭКГ результатам в первой группе пациентов был 100% синусовый ритм, в отдаленном результате (6 месяцев) наблюдалась фибрилляция предсердия в 7%. Во второй группе по данным ЭКГ в отдаленном периоде после операции (6 месяцев) у 67% пациентов восстановился синусовый ритм и по результатам наблюдения показатели сохранились.

Пациенты, подвергшиеся протезированию митрального клапана с атриопластикой левого предсердия в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах имели более высокую свободу от фибрилляции предсердий и тромбоэмболических осложнений в сравнении с пациентами с правильным ритмом на момент операции и отсутствием фибрилляции предсердий в анамнезе.

Заключение. Анализ клинических данных и отдаленных результатов применения различных методик атриопластика имеет большое значение для оценки эффективности обьёмредуцирующих методов лечения при расширении левого предсердия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИКИ (УМЕНЬШЕНИЕ) ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

ЖАЛИЛОВ А.К., ПУЛАТОВ О.К., РАХИМОВ С.С., АБДУРАХМОНОВ С.Ш., АХМАТОВ Я.Р., НОМОЗОВ Х.С.

Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан

Введение. По данным литературы количество больных с митральным пороком сердца осложненным атриомегалией составляет до 20% среди всех больных оперированных по поводу митрального порока сердца. Увеличение полости левого предсердия и перерастяжение его стенок сопровождается развитием фибрилляций предсердии (ФП) в результате чего снижается сердечный выброс и нарастает сердечная недостаточность, вследствие чего создают условия для тромбообразования в полости левого предсердия, с дальнейшими возможными ишемическими атаками.

Цель данного исследования – сравнительная оценка свободы от фибрилляции предсердий и тромбообразований в полости левого предсердия у пациентов с атриомегалией и пороками митрального клапана в ближайшем периоде.

Оценить эффективность объем редуцирующих (атриопластика) методик на левом предсердии при хирургической коррекции приобретенных клапанных пороков сердца и атриомегалией.

Материалы и методы. По данное исследование включены пациенты оперированные по поводу коррекции митрального клапана с атриопластикой в РСНПМЦ Кардиологии КФ с 2019 года по 2022 год выполнено более 125 операций. В анализ включены все больные с митральным пороком и дилатацией левого предсердия более 5.0 см. в зависимости от наличия фибрилляции предсердияитромбообразования в полости левого предсердия в анамнезе пациенты разделены на две группы: 1-ю группу составили больные с синусовым ритмом на момент поступления и отсутствием пароксизмов фибрилляции предсердия в анамнезе, которым была произведена протезирование митрального клапана без атриопластика – 60 случаев, во 2-ю группу вошли пациенты с пароксизмальной формой фибрилляции предсердия и наличие тромб в полости ЛП в данный группа пациентов произведена протезирование митрального клапана с атриопластика ЛП – 65 случаев. Во всех случаях вқпольнена пластика левого предсердия по

методу Kawoze. Средний возраст участников составил 52,40±3.34 года (33–64 лет). Во всех случаях диагнозтирован порок митрального клапана. В обиех группах вмешательство на митральном клапане выполнена согласно показаниям

Результаты. В группы с атриопластикой и тромбэктомия из полости ЛП проведена 83% пациентов, во 2 группе тромбэктомия из полости ЛП не было. В 1-й группе по данным ЭХОКГ после операции передней размер ЛП при пликации в среднем уменьшился 18мм, ФВ ЛЖ поднялся в среднем на 8%, 12-х случаях был применен временный ЭКС, которое были удалены уже первые сутки после операции. Во 2-й группе по данным ЭХОКГ после операции передний размер ЛП в среднем уменьшился на 5мм, ФВ ЛЖ поднялся в среднем на 3%, 9-х случаях был применен временный ЭКС, которое были удалены уже первые сутки после операции. За период наблюдения в обеих группах не выявлено ни одного случая полной АВ блокады с необходимостью установки постоянного ЭКС. Восстановление синусового ритма в группе с атриопластикой на 1.5 раза больше, чем в группе без атриопластики. По ЭКГ результатам в первой группе пациентов был 100% синусовый ритм, в отдаленном результате (6 месяцев) наблюдалась фибрилляция предсердия в 7%. Во второй группе по данным ЭКГ в отдаленном периоде после операции (6 месяцев) у 67% пациентов восстановился синусовый ритм и по результатам наблюдения показатели сохранились.

Среднее пребывание в ОРИТ в 1 – 2 группы 26±12 – 24±13 часов, время по экстубации 11±8 – 8±7 час. В результате мы можем полагать что при атриопластике ЛП экстубация раньше и время в ОРИТ меньше чем сравнение ПМК без атриопластике.

Пациенты, подвергшиеся протезированию митрального клапана с атриопластикой левого предсердия в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах имели более высокую свободу от фибрилляции предсердий и тромбоэмболических осложнений в сравнении с пациентами с правильным ритмом на момент операции и отсутствием фибрилляции предсердий в анамнезе.

Заключение. Эффект Уменьшение полости левого предсердия с помощью пластики ЛП (по методике Ковозое) у пациентов с Митральным стенозом и атеромегалией ЛП в сочетании ФП уменьшает риск возникновения тромба в ЛП в послеоперационном периоде, а также у некоторых пациентов отмечались восстановление синусого ритма и улучшение качества жизни .

ВОЗДЕЙСТВИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА НА РИТМ СЕРДЦА

ИСТАМОВА С.С., НИЗАМОВ Х.Ш., МАЛЛАЕВ И.У., ХАМИДОВ И.Н., УСМОНОВ М.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Кардиологии Самаркандский филиал. Узбекистан, Самарканд.

Цель: выявить встречаемость перехода фибрилляции предсердий в синусовый ритм у больных с митральным стенозом, перенёсшие операцию на сердца, и установить благоприятные или неблагоприятные параметры для этого случая.

Материал и методы: в нашем исследование включено 49 пациента с митральным стенозом без поражения других клапанов, подвергшихся хирургической коррекции госпитализированных РСНПМЦКСФ за 2021–2023гг. Исследуемые группы имела следующие характеристики: женский пол – 71,4%; средний возраст – 43,4 года; средняя площадь митрального отверстия – 0,90 см²; III функциональный класс – 69,38%; средний размер левого предсердия – 58,0 мм; предоперационный ритм: синусовый – 51,02% и фибрилляция предсердий – 48,9%. Зависимости от дальнего послеоперационного периода бальных разделили на 2 группы: I группу составила больные с синусовым ритмом послеоперационном периоде, II группа – больные с фибрилляцией предсердий в послеоперационном периоде.

Результаты: Исследование показала у 12 (24,48%) больных от общего количества больных и 50% от больных с фибрилляции предсердии до операции на митральный клапан была фибрилляции предсердии и после хирургической коррекции клапана произошел восстановление синусового ритма и у одного пациента (2,04 % от общего количества больных; 4,0% по отношению к пациентам с синусовым ритмом) наблюдалось переход синусового ритма на фибрилляцию предсердии. В ходе исследовании больные с фибрилляцией предсердий больные пожилого возраста составила 62,5%.

Выводы: По результатам видно что после операции на митральном клапане показатели не достаточно удовлетворительные по отношению реверсии фибрилляции предсердии на синусовый ритм, что необходимо одномоментное или послеоперационный выполнение хирургический вмешательство для восстановления синусового ритма. В многочисленных исследованиях попытались выявить факторы, влияющие к сохранению и раз-

витию фибрилляции предсердии после хирургической коррекции на митральном клапане, но эти исследование не дало конкретных результатов. В нашем исследовании единственной фактором приводящий развитии фибрилляции предсердий был пожилой возраст больных.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ ПО ТЕХНИКЕ INOUE

МАТНАЗАРОВ Р.К., ИСКАНДАРОВ Ф. А., ЮСУПОВ О.А., МАТНАЗАРОВ С.М. АЛЛАБЕРГАНОВ О.Х

Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Кардиологии и Кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Республика Узбекистан

Введение: освоение методических подходов, совершенствование профессиональных навыков в выполнении транскатетерных вмешательств, закономерно приводит к расширению показаний для их проведения широкому профилю кардиохирургических больных.

Цель: проведение анализа первых результатов баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) стеноза митрального отверстия (СМО) по технике Inoue.

Материал и методы: в качестве материала исследования нами взяты ближайшие результаты БМВ у 15 больных со СМО в возрасте от 31 до 58 лет (в сред. 44,7±5,1), выполненных в рентгеноперационной Центра Кардиологии и Кардиохирургии региона Приаралья с января 2017 по август 2023 года на ангиографической установке Allura Centron (Philips). Мужчин было 3 (20,0%), женщин – 12 (80,0%). У 3 (20,0%) пациентов исходно на митральном клапане (МК) имелась регургитация I степени. Мерцательная аритмия имела место у 2 (13,3%) больных. Исходно по данным ЭхоКГ площадь митрального отверстия (Smo) составляла от 0,7 до 1,4 см^2. У 11 (73,3%) пациентов был СМО III ст., у 4 (26,6%) – СМО IY ст. Кальциноз митрального клапана (МК) 1 степени имел место у 3 (20,0%), 2 степени – у 1 (6,7%).

Показанием к вмешательству служило наличие клинической картины с Smo менее 1,5 см^2 и трансмитральным градиентом более 10 мм рт. ст. Противопоказанием к вмешательству служило наличие митральной регургитации II и более степени, грубый кальциноз клапана, а также наличие тромбов в левом предсердии. Критериями успеха операции по данным интраоперационной ЭхоКГ считали расширение Smo более 1,5 см^2 при отсутствии значимой регургитации на МК.

Результаты: БМВ была успешна у всех пациентов. По данным ЭхоКГ площадь митрального отверстия после БМВ увеличилась в среднем с 1,2±0,2 см2 до 2,1±0,5 см2 ($p<0,05$). Трансмитральный градиент снизился в среднем с 18±3,7 до 8±1,7 мм рт.ст. ($p<0,05$).

У 3 (20,0%) пациентов без исходной недостаточности МК после успешной БМВ появилась регургитация на МК до I степени. У 2 (13,3%) пациентов с исходной регургитацией на МК до I степени последняя увеличилась до II степени, у 1 (6,7%) осталась на прежнем уровне.

Из осложнений на начальном этапе работы в 1 (6,7%) случае имела место ошибочная пункция стенки правого предсердия и устья нижней полой вены, осложненного гемоперикардом. Для предотвращения тампонады сердца выполнен перикардиоцентез с эвакуацией крови из полости перикарда. Не удаляя катетер пациент экстренно переведен в кардиохирургическую операционную, где было выполнено ушивание дефекта стенки ПП. Через 2 месяца этой пациентке успешно была выполнена БМВ. Летальных случаев не наблюдалось.

Заключение: БМВ по технике Inoue является эффективным и относительно безопасным методом лечения больных со СМО и в ряде случаев может служить альтернативой хирургическим методам коррекции порока.

НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НИЗКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА

МИНГАЛИМОВА А.Р.

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

Введение: впервые возникшая фибрилляция предсердий (ФП) является одним из наиболее частых осложнений после операции коронарного шунтирования (КШ). Несмотря на широкий спектр проводимых инструментально-лабораторных методов исследования, их предиктивная способность в отношении послеоперационной ФП остается дискуссионной.

Цель: определить новые стратегии обследования пациентов низкого хирургического риска в рамках повышения эффективности прогноза развития ФП на госпитальном этапе после операции КШ.

Материал и методы: В исследование включено 80 пациентов (88,75% (n=71) мужчин), которым в плановом порядке была выполнена операция КШ. Впервые возникшим пароксизмом ФП считался эпизод аритмии, зарегистрированный на участке записи ЭКГ, ХМ-ЭКГ, либо на прикроватном мониторе, в условиях реанимации. В зависимости от развития ФП на госпитальном этапе (до 10 суток) после операции КШ пациенты были разделены на 2 группы: в группу с ФП вошли 19 пациентов, а в группу без ФП – 61 пациент. До операции всем пациентам выполнялись ЭКГ, лабораторные исследования, ЭхоКГ с расчетом индексированной массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ/ППТ, г/м2), индексированного объема левого предсердия (объем ЛП/ППТ, мл/м2) и типа ремоделирования левого желудочка (ЛЖ). Интраоперационно 61 пациенту была выполнена биопсия части ушка правого предсердия (ПП), затем методом световой микроскопии, полуколичественно (по 4-х балльной шкале), оценивалась степень миокардиального фиброза и наличие воспаления.

Результаты: Все пациенты, включенные в исследование, согласно шкале EuroSCORE II соответствовали низкому хирургическому риску (EuroSCORE II). По данным ЭхоКГ у пациентов с ФП чаще регистрировалась гипертрофия ЛЖ (p=0,0006) и более высокие значения объема ЛП/ППТ, p=0,008. По результатам гистологического исследования у пациентов с ФП, по сравнению с пациентами без ФП, чаще встречается умеренная (46,67% против 13,05%) и выраженная степень интерстициального фиброза в ушке ПП (6,66% против 0%, p=0,003), по данным световой микроскопии. Признаков миокардиального воспаления у пациентов обеих групп выявлено не было. После выполнения многофакторного регрессионного анализа и ROC – анализа, предсказательная ценность сохранилась для ремоделирования ЛЖ по типу концентрической гипертрофии (КГЛЖ) – ОШ 26,78 (95% ДИ 3,42– 209,37; p=0,002), объема ЛП/ППТ>34,4 мл/м2 – ОШ 6,04 (95% ДИ 1,12 – 36,65; p=0,04) и степени миокардиального фиброза в ушке ПП>незначительной – ОШ 17,05 (95% ДИ 2,48 – 116,78; p=0,004). На основании выделенных предикторов сформулирована логистическая регрессионная модель для прогнозирования развития ФП на госпитальном этапе после операции КШ (p00001 Чувствительность и специфичность модели составили 86,67% и 78,26%, соответственно.

Выводы: Пациентам низкого хирургического риска, которым планируется операция КШ, наряду с общепринятыми лабораторными и инструментальными методами исследования, целесообразен предоперационный расчет объема ЛП/ППТ (мл/м2), ММЛЖ/ППТ (г/м2) и определение типа ремоделирования ЛЖ при поступлении в стационар. Дополнительно, выполнение интраоперационной биопсии части ушка ПП с целью гистологического исследования возможно для уточнения риска развития ФП на госпитальном этапе после операции КШ.

КЛАПАНСОХРАНЯЮЩИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ

НАЗАРОВ Х.Б., ДАВЛЕТОВ М.Д., АЛЛАБЕРГАНОВ О.Х.

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

Введение: При пороках митрального клапана методом выбора является реконструктивные операции. При дегенеративных изменениях МК у 90% пациентов есть возможность сохранить митральный аппарат с помощью реконструктивных операции. У этих пациентов свобода от реопераций в течение 10 лет составила 93%.

Цель: представить собственные данные по клапансохраняющим реконструктивным операциям на митральном клапане из мини-доступа.

Материалы и методы: В СНПМЦК региона Приаралья за период проведено 34 клапансохраняющих операций на митральном клапане. Возраст пациентов варьировал от 10 до 67 лет. Из них 23 (67,6%) пациенты мужского пола. Всем пациентам проводился тест с шестиминутной ходьбой и у 33 (97%) больных были выявлены симптомы, характерные для хронической сердечной недостаточности (ХСН) II функционального класса по NYHA и лишь одному пациенту была диагностирована ХСН I ФК по NYHA. Показаниями к операции были: пролапс задней створки МК у 19 (55,9%) пациентов, пролапс передней створки МК у 4 (11,7%) пациентов, пролапс передней и задней створок у 3 (0,8%) пациентов, фиброэластическая дисплазия у 4 (0,8%), болезнь Барлоу у 4 (11,7%) больных. В 9 (24,6%) случаях была диагностирована недостаточность митрального клапана IV степени. Все операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодовой кардиоплегии. Большинству больных была выполнена триангулярная резекция задней створки МК. Всем больным выполнена аннулопластика МК различными типами опорных колец. Эффективность пластических операций оценивалось визуально с использованием гидродинамической пробы и методом интраоперационной чреспищеводной ЭхоКГ в постперфузионном периоде.

Результаты: Время пережатия аорты и искусственного кровообращения не отличалась от таковой при операциях с использованием искусственных клапанных протезов и составило в среднем 69,3±12,5 мин. и 79,4±19,6 мин. соответственно. На госпитальном этапе летальности не было. В отдаленном периоде наблюдения у всех больных отмечено улучшение внутрисердечной гемодинамики, уменьшение размеров камер сердца, увеличение толерантности к физическим нагрузкам. По данным трансторакальной ЭхоКГ у большинства больных митральная регургитация составила 0–1 степени. За весь период наблюдения тромботических и тромбоэмболических осложнений у данной группы больных выявлено не было, несмотря на полное отсутствие антикоагулянтной терапии. Время нахождения в стационаре после операции составило 5 дней.

Заключение: наши результаты показали, что использование реконструктивных операций на митральном клапане является высокоэффективным и безопасным методом в лечении больных с органической патологией митрального клапана. Антикоагулянтная терапия в последующем не требуется.

ЁШ БЕМОРДА ЮРАК БЎШЛИҒИДАН ЙИРИК ҲАЖМДАГИ ҲОСИЛАНИ ЖАРРОЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ОЛИБ ТАШЛАШ

НАМОЗОВ Х.С, ЖАЛИЛОВ А.Қ, АХМАТОВ Я.Р, ПУЛАТОВ О.К., ШОДИЕВ И.С., РАХИМОВ С.С.

Каршинский филиал республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши, Узбекистан

Кириш. Миксома бу юрак бўшлиғида ҳосил бўладигна яхши сифатли ўсимта ҳисобланади. Ўсимта дифференциал қилиб бўлмайдиган мезенхемиал тўқимадан ташкил топган бўлиб, шакли, юмалоқдан тортиб юлдузча ўхшайди. Кўпчилик холатда бу диагноз 30–60 ёшгача бўлган беморлар орасида учрасада, аммо клиник холатларга кўра ёш болалардан то кекса беморларда ҳам учраган. Аёлларда бу касаллик эркакларга нисбатан 2–3 баробар кўп кузатилади. Бу касаллик билан беморларда узоқ муддат симптом кузатилмаслиги ҳам мумкин, ўсимта қаерда ва қандай ва қанақа ҳаждалигига қараб. Аммо, симптом кузатиладиган бўлса ўлимгача олиб келиши мумкин. Бу ҳолат митрал клапаннинг стенози ёки чап бўлмачадаги тромб билан дифференциаланади.

Клиник холат. 19 ёшли Бемор Ҳ. С РИКИ-АТМ Қарши филиалига, юрак соҳасида нохушлик, юракнинг тез уриши, ҳаво етишмаслик ҳисси, бош оғриши, бош айланиши ва дармонсизлик шикоятлари билан мурожат қилиб келди. Юқоридаги шикоятлар беморнинг охирги 3–4 ойдан бери қийнаб келмоқда.

Анамнездан, бемор олдиндан кардиолог кўригида бўлмаган, артериал босимнинг кўтарилиши кузатилмаган. Юқори нафас йўллари касалликлари билан бемор оғримаган ва хар хил медикаментоз таблеткалар ичмаган. Беморнинг объектив текширув: бўйи 168см, оғирлиги 70 кг. Ўпкада – везикуляр нафас, хриллашлар эшитилмайди, ўпка харакати минутига 18 тани ташкил қилади. Юрак тонлари ритмик, аниқ, юрак қисқаришлар сони дақиқасига 70 та. Пульс – қониқарли тўлади ва дақиқасига 70 та. Артериал босим 120/80 мм.рт.ст. иккала қўлда ҳам. Қорин бўшлиғи юмшоқ, оғриқсиз. Переферик шишлар кузатилмайди. Физиологик чиқаришлар нормада. Қўшимча текширувлар маълумотлари: умумий қон таҳлили – патологик ўзгаришларсиз, холестерин – 4, 8 ммоль/л, қондаги креатинин миқдори – 75 мкмоль/л. Электрокардиограммада – ритм синусли, электр ўқи оғмаган. Шуниси ўзига эътибор тортадики Р тишнинг ўркачи, аммо амплитуда ва Р тишнинг узунлиги нормада. Эхокардиографик текширувда шу нарса аниқландики, юрак камералари кенгайиши аникланмайди. Умумий чап қоринча қисқарувчанлиги камаймаган. МК олдинги табақалари ёпишган 40х56 мм ҳаракатчан гиперэхоген структура (миксома?) аниқланади. Аорта кенгаймаган. Митрал клапан: табақалари дағаллашган, диастола вақтида тўлиқ ёпилмайди. Ўпка артериясининг систолик босми 56 мм.сим. уст.

Оператив муолажада шу нарса маълум бўлдики, юрак чап бўлмачасининг, бўлмачалараро тўсиқ деворига ёпишган 50х60 ўлчамдаги ҳосила борлиги ва ҳосилани оёқчалари билан куйдириб олиб ташланди.

Хулоса. Чап бўлмачада ҳосила (Миксома). Ўпка гипертензияси 2 др. бўлган хирургик даводан олдин, ҳосила олиб ташлангандан кейинги ўпка босими 30 мм.сим.уст.

Хотима. Бу клиник холат ёзилишидан мақсад, амалиётда юрган шифокорлар диққатини тортиш ва ўз вақтида юрак ҳосиласи билан оғриган беморларни аниқлаш. Юрак ҳосиласи билан оғриган беморларда эхокардиографик текширув асосий ролни эгаллайди. Шикоятларнинг турлилиги ва кўплиги, аниқ диагноз қўйиш учун бироз муоммо тўғдириши мумкин. Аммо ўз вақтида ниқланган диагноз даво чорасида яхши натижа кўрсатади.

СТАЦИОНАРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА «ОТКРЫТОМ» СЕРДЦЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

НИЗАМОВ Х.Ш., САИДОВ М.А., САДИКОВ З.Ю., МАЛЛАЕВ И.У., ХАМДАМОВ О.Д.

Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан

При неэффективности малоинвазивных методов лечения оперативные вмешательства с использованием аппарата искусственного кровообращения при патологии коронарных артерий и клапанного аппарата сердца стали в последние годы широко используемым методом хирургического лечения. У пожилых пациентов, имеющих клинически выраженную некардиальную патологию использование современных хирургических технологий, способов защиты миокарда и реанимационных методик позволяет проводить успешные операции. Важнейшим этапом лечения при этом в послеоперационном периоде по мнению большинства ведущих российских и зарубежных экспертов является стационарный этап реабилитации, проводимый подготовленной мультидисциплинарной командой.

Цель исследования: изучить эффективность стационарного этапа реабилитации у пациентов, перенесших оперативные вмешательства на «открытом» сердце в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы исследования: проанализированы результаты реабилитации 470 пациентов после оперативных вмешательств на «открытом» сердце, прошедших стационарный этап реабилитации.

Результаты: 36% пациентов на момент перевода в отделение медицинской реабилитации имели низкий функциональный статус и грубое нарушение функционирования, и ограничение жизнедеятельности. У 54 пациентов установлено, что в 89% случаев у больных во время стационарного лечения развились хирургические осложнения или декомпенсации некардиальной патологии, потребовавшие интенсивной терапии или перевода в профильные отделения, в 14% – имелось наличие клинически выраженной соматической патологии до проведения хирургического лечения, значительно снижающего качество жизни и реабилитационный потенциал больных.

Выводы: Стационарный этап реабилитации после кардиохирургических вмешательств на «открытом» сердце у пациентов с использованием

искусственного кровообращения, позволяет у 91% больных при мульдисциплинарном подходе улучшить их функциональный и психологический статус.

НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

НИЗАМОВ Х.Ш., САИДОВ М.А., САДИКОВ З.Ю., МАЛЛАЕВ И.У., ХАМДАМОВ О.Д.

Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан

Традиционное хирургическое протезирование аортального клапана является «золотым стандартом» лечения пациентов с аортальным стенозом. Ввиду широкого распространения данного типа поражения клапанного аппарата сердца и высокого риска осложнений и летальности эта патология является актуальной проблемой современной медицины. Приведены данные ретроспективной оценки частоты и характера нарушения проведения при протезировании аортального клапана хирургическим методом. Наиболее частым осложнением после операции было нарушение ритма по типу атриовентрикулярной блокады II-III ст. Также нарушения проведения зависели от использования вида протеза, а блокады ножек пучка Гиса (БПВЛНПГ, БПНПГ, БЛНПГ) являлись независимым предиктором летальности.

Цель исследования: Оценка риска и частоты возникновения нарушений ритма в раннем послеоперационном периоде у больных с протезированием аортального клапана в зависимости от сроков обращения в стационар.

Материалы и методы: В период с января 2023 года по август 2023 года в отделении кардиохирургии РНИЦК Самаркандского филиала было выполнено 14 открытых операций по протезированию аортального клапана с использованием клапана под маркой Saint Jude Medical. Все больные находились в стадии субкомпенсации и декомпенсации сердечной недостаточности ввиду позднего обращения, у 84% больных было поражение аортального клапана стенотического характера тяжелой степени с преимущественным поражением клапана ревматической природы, анатомически аортальный клапан имел 3 створки у всех больных, но с грубыми нарушениями функциональной составляющей клапанного аппарата преимущественно ревматической природы.

Результаты: Нарушение ритма сердца в виде АВ-блокад II степени в раннем послеоперационном периоде наблюдалось у 8 больных (57% из всей группы), которые купировались на 14–20 сутки лечения. У 6 (43%) больных, обратившихся в стадии субкомпенсации сердечной недостаточности те же нарушения ритма, поддавались контролю со 4–5 суток послеоперационного периода.

Выводы: несмотря на частые осложнения в виде нарушений ритма сердца у больных с аортальными пороками отмечается относительный благоприятный прогноз у больных обращающихся за лечением в ранние сроки заболевания.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

ОСИПЕНКО Д.В.[1], КРИВЕНЧУК В.В.[1], СИЛАНОВ А.А.[2], СКОРОХОДОВ А.А.[2], ТИТАРЕНКО Д.В.[2]

[1]Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»
[2]Учреждение «Гомельский областной клинический кардиологический центр», г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Для оценки отдалённых результатов кардиохирургических операций и анестезиологического обеспечения необходимо учитывать изменение показателей здоровья у пациентов. На данный момент, информация об исходном качестве жизни в данной категории пациентов представлена в научной литературе недостаточно.

Цель исследования. Оценить показатели качества жизни пациентов перед выполнением кардиохирургических операций в условиях общей многокомпонентной анестезии с использованием опросника EQ–5D–3L.

Материалы и методы. За период с 15.01.2023 по 14.06.2023 в исследование включено 60 пациентов обоего пола (44 мужчины, 16 женщин),

поступивших в стационар для проведения следующих кардиохирургических операций: аортокоронарное шунтирование – 37 пациентов; протезирование клапанов сердца – 15 пациента; сочетанные операции – 8 пациентов. Возраст составил 63,0 (54,0;66,0) лет, индекс массы тела 27,6 (25,7;31,9) кг/м². Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия – 52 пациента; сахарный диабет – 10; последствия перенесенного нарушения мозгового кровообращения – 9 пациентов. За сутки до проведения операции у пациентов оценено качество жизни с помощью общего опросника EQ–5D–3L, состоящего из двух частей. Первая часть представлена в виде профиля здоровья, описываемого тремя уровнями выраженности проблем (нет изменений – 1 балл, умеренные изменения – 2 балла, выраженные изменения – 3 балла) в пяти компонентах качества жизни (подвижность, уход за собой, повседневная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия). Во второй части опросника пациенты оценивали состояние здоровья в баллах от 0 до 100 по визуальной аналоговой шкале, где 0 – самое плохое, а 100 самое хорошее состояние здоровья. Данные в исследовании представлены в виде медианы, 25-го и 75-го процентиля.

Результаты. «Уход за собой» – компонент с наименьшими нарушениями (1 балл – у 43 пациентов, 2 балла – у 17 пациентов). Компоненты «повседневная деятельность» (1 балл – 18 пациентов, 2 балла – 36 пациентов, 3 балла – 6 пациентов) и «тревога/депрессия» (1 балл – 15 пациентов, 2 балла – 44 пациента, 3 балла – 1 пациент) занимали промежуточное положение по частоте встречаемости нарушений. Наиболее выраженными нарушениями были в компонентах: «боль/дискомфорт» (1 балл – 8 пациента, 2 балла – 48 пациента, 3 балла – 4 пациента), и «подвижность» (1 балл – 11 пациентов, 2 балла – 49 пациентов). Показатель по 100 бальной аналоговой шкале EQ-VAS составил 64,5 (50;78,5) баллов.

Выводы. Полученные показатели здоровья у кардиохирургических пациентов перед проведением оперативных вмешательства в условиях общей анестезии оцененных по EQ–5D–3L актуальны и могут в дальнейшем использоваться для оценки влияния методик лечения в кардиохирургии/анестезиологии.

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СТВОРОК АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА КСЕНОПЕРИКАРДОМ

ПОПКОВ Д. А., КОСТЮКОВИЧ Е. В., СПИРИДОНОВ С. В.

Государственное учреждение Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования – проанализировать результаты хирургического лечения пороков аортального клапана методом протезирования створок ксеноперикардом (Биокард, производитель СП ООО «Фармлэнд» Республика Беларусь).

Материалы и методы. В исследование включено 14 пациентов (2 мужчин, 12 женщин), которым было выполнено протезирование створок аортального клапана ксеноперикардом, обработанным глутаровым альдегидом. Медиана возраста составила 71 (68; 76) лет. Индекс массы тела (ИМТ) составил 30,5 (28,4; 33,6) кг/м². Основной причиной дисфункции аортального клапана у 7 (50%) пациентов являлись хронические дегенеративные изменения створок аортального клапана, у 3 (22%) пациентов – хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС), у 2 (14%) пациентов – прогрессирование врожденной аортальной недостаточности двустворчатого аортального клапана, у 1 (7%) пациента – инфекционный эндокардит, у 1 (7%) пациента – лучевая терапия. Хирургическое лечение выполнялось в период с мая 2018 года по июль 2019 года на базе ГУ РНПЦ «Кардиология» г. Минска. Результаты представлены как Me (25%; 75%). Достоверность межгрупповых различий была оценена при помощи U-критерия Манна-Уитни. За достоверность различий принимали $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. По данным дооперационного ЭХОКГ, диаметр кольца аортального клапана (АоК) составил 21 (20; 23) мм. У 5 (36%) пациентов преобладала недостаточность АоК: регургитация (рег.) 3–4 (2–3; 3–4) степени, PISA: ERO 0,25 (0,2; 0,33) см² с объемом регургитации 38 (32; 52) мл. У 9 (64%) пациентов преобладал тяжелый стеноз АоК: максимальная скорость на аортальном клапане (Vmax) 4,1 (3,5; 5,3) м/с, максимальная градиент (max. град) 108 (48; 114) мм рт. ст., площадь эффективного отверстия (S. эфф. отв.) 0,7 (0,5; 0,8) см². По данным интраоперационного чрезпищеводного ЭХОКГ рег. на АоК после протезирования створок была 1 (1; 1–2) степени. Через неделю после операции по данным трансторакального ЭХОКГ Vmax составила 2,3 (2; 2,4) м/с, max. град – 22 (16; 24) мм рт. ст., S. эфф. отв. – 1,9 (1,5; 2,2) см², рег. минимальной степени (минимальная; 1), $p < 0,05$. В стационаре умерли 2 (14%) пациента, причина смерти асистолия, разрыв задней стенки левого желудочка после протезирования митрального клапана. Через год с

момента операции у 12 пациентов Vmax составила 2,4 (2,1; 2,8) м/с, max. град. – 23 (17; 32) мм рт. ст., S. эфф. отв. – 1,7 (1,4; 1,9) см^2, рег. 1 степени (минимальная; 1–2), в том числе, у 1 пациентки (7%) отмечается тяжелая недостаточность АоК (рег. 2–3 степени, PISA: ERO 0,5 см^2 с объемом рег. 72 мл), которой в последующем выполнялось биопротезирование АоК. За 3-х летний период наблюдения умерло еще 3 (22%) пациента: причина смерти у 1 (7%) пациента – прогрессирование ХСН, 1 (7%) – ОНМК, 1 (7%) – тяжелая двусторонняя полисегментарная пневмония. Через 4 года с момента операции по данным ЭХОКГ у 8 (57%) пациентов Vmax составила 2,6 (2,2; 2,8) м/с, max. град. – 25 (20; 31) мм рт. ст., S. эфф. отв. – 1,4 (1,4; 1,6) см^2, рег. 1 степени (минимальная; 1).

Заключение. Через неделю после протезирования створок аортального клапана ксеноперикардом, у всех пациентов на аортальном клапане сохранялся легкий стеноз и недостаточность; через 4 года – легкий стеноз и недостаточность сохранялись у 9 (89%) выживших пациентов, причем причина смерти 5 (36%) пациентов не относилась непосредственно к протезированию створок аортального клапана. За 4 года отмечалось достоверное снижение S. эфф. отв. с 1,9 (1,5; 2,2) см^2 до 1,4 (1,4; 1,6) см^2 ($p<0,05$) без достоверного повышения Vmax (2,3 (2; 2,4) против 2,6 (2,2; 2,8) м/с, $p>0,05$) и max. град. (22 (16; 24) против 25 (20; 31) мм рт. ст. $p>0,05$), на аортальном клапане, что говорит об удовлетворительных результатах операции.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ И КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ О ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

РИЗАЕВ Ж.А.[1], САИДОВ М.А.[2], ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[1,2]

[1]Самаркандский государственный медицинский университет
[3]Ташкентский национальный детский медицинский центр
[3]Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: изучить уровень информированности больных с кардиоваскулярными патологиями относительно вопросов, касающихся высокотехнологической медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 110 больных с КВЗ, госпитализированных в Самаркандском региональном филиале **Республиканского специализированного научного-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РСНПМЦК),** которым была оказана ВМП. Для оценки информированности больных проведено медико-социальное исследование с применением анкетного опроса. Всем больным анонимным образом проводилось анкетирование, при этом соблюдалось полная конфиденциальность.

Результаты исследования. При анализе мнения, высказанными больными, в ходе проведения настоящего опроса помогли дать нам возможность предложить и рекомендовать наиболее значимые пути для улучшения информированности населения по ряду насущных вопросов, касающихся оказания ВМП. В настоящем исследовании участвовали пациенты, которым были оказаны различные виды высокотехнологичной медицинской помощи, в количестве 110 человек. По гендерному признаку 51,1% пришлось на женщин и 48,9% на мужчин. При изучении больных по социальному статусу отмечались следующие данные: больные пенсионного возраста – 48,4% составили наибольшую часть, 24,8% трудоспособных больных, обеспеченных работой, 11,3% – больных с инвалидностью различной категории, 8,4% больных со служебной работодеятельностью и только 7,1% больные с временной нетрудоспособностью-без какой-либо работы. При анализе больных с КВЗ в зависимости от места их жительство было отмечено что, 45,3% больные были жителями города Самарканда, 54,7% больных составили жители районов Самаркандской области. Данное распределение указывает на то, что ВМП востребован почти в равной мере как среди жителей городской, так и сельской местности. При опросе больных с КВЗ касательно уровня образования было отмечено что, больные в подавляющее большинстве случаев имеют среднее специальное и высшее образование (39,4% и 32,7% соответственно), а больные со средним образованием составили 25,9%, а с начальным – 3,5% (рис 4). При опросе больных к оценке собственных уровня знаний и путей получения необходимой информации о ВМП, было отмечено что, среди больных получивших ВМП всего лишь 56,7% больных были знакомы с понятием ВПМ и каждый пятый больной вообще ничего не знал об ВМП, то есть, даже после того, как получили такой вид дорогостоящий медицинской помощи, больные совсем не были осведомлены

о ВМП. При этом наиболее информированными о ВМП были больные с высшим образованием (71%), а менее информированными были больные с начальными и средними уровнями образования и уровень информированности о ВМП среди больных с КВЗ не имел зависимости не от социального статуса больного, не от места их проживания.

Вопросы, касающиеся о том, каким путём была получена информация о ВМП как среди пациентов были наиболее интересными. В 54,2% случаев больные отметили, что, наиболее весомым источником получения информации о ВМП являлись непосредственно их лечащие врачи, что являлись основными источниками получения информации о ВМП. В 24,5% случаев больные отметили, что, получали информацию о показаниях, противопоказаниях, особенностях и характеристиках ВМП от средств массовой информации (телевидение, интернет: социальные сети, флаеры и баннеры). Далее в порядке убывания шли: от беседы знакомых или ранее воспользовавших данным методом – 13,4%, специальная медицинская литература (журналы, монографии, учебные пособия, методические рекомендации, статьи и тезисы) – 4,7% и часть опрошенных (3,2%) указала на иные источники, не уточнив при этом какие. По данным результатов опроса больных с КВЗ было выявлено, что наиболее чаще их направляли на оказание ВМП лечащие врачи стационара (52,4%) и амбулаторной-поликлиники (32,6%), руководители отделения (10,3%) и врачи консультативной поликлиники (4,7%). При изучение длительности заболевания на момент получения ВМП около 22,4% больных с КВЗ страдали более 3-х лет, у 14,1% больных заболевание длилось от 1 года до 3-х лет, у 32,5% – около 1 года и у 31% больных страдали КВЗ в течение месяца

Заключение. Основным, конечно же, является желание всех больных, не зависимо от степени их знаний, расширить уровень своей компетенции в данном направлении. Для пациентов целесообразно размещать в доступной форме информацию на сайтах и на информационных стендах медицинских организаций, а также усилить освещение вопросов, касающихся оказания ВМП в средствах массовой информации и в сети Интернет.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЁННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИК, КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ О ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

РИЗАЕВ Ж.А.[1], ***САИДОВ М.А.***[2], ***ХАСАНЖАНОВА Ф.О.***[1,2]

[1]***Самаркандский государственный медицинский университет;***
[2]**Ташкентский национальный детский медицинский центр;**
[3]***Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии*, Самарканд, Узбекистан**

Цель. Анализировать уровень осведомленности семейных врачей поликлиник, кардиологов, терапевтов, работающих в различных медицинских учреждениях Самаркандской области по вопросам оказания ВМП.

Материалы и методы. Проводилось анонимное анкетирование, с соблюдением полной конфиденциальности и дал возможность изучить информированность врачей в зависимости от половой принадлежности, возраста, места работы, занимаемой должности, ученой степени, стажа работы, квалификационной категории и состояла из 26 вопросов.

Результаты. Проведенное нами анкетирование позволило представить достаточно полную картину мнений, высказанных врачебным персоналом по ряду актуальных вопросов, касающихся развития ВМП, которые дали возможность предложить и рекомендовать наиболее значимые пути для улучшения информированности врачебного персонала по ряду насущных вопросов, касающихся оказания ВМП, а также сформулировать наиболее приоритетные направления улучшения их оказания ВМП больным с КВЗ. Количество врачей, принявших участие в опросе, составило 130 человек. Из них более чем в 1,5 раза преобладали лица женского пола (59,5%) и 40,5% мужского пола. Данное соотношение закономерно, так как женщины составляют 60% работников медицинских сфер деятельности. Структура врачей по возрасту составлял следующим образом: до 30 лет составили 15,1%, 30–44 лет – 25,7%, 45–59 лет по 30,2%, 60 лет и старше – 29%.С учетом места работы врачебного персонала состав опрошенных был следующим: самую большую часть (68,4%) заняли работники, оказывающие специализированную ВМП в условиях стационаров (из них врачи, работающие в областных учреждениях, составили 45,6%, в городских – 17,4% и в районных больницах – 10,4%). Большинству опрошенных врачей (65,3%) в своей практической деятельности приходилось направлять пациентов на

оказание им ВМП. При этом из них 40,1% работало в областных медицинских организациях, а на врачей районных и городских больниц пришлось 13,4% и 12,9% соответственно. Первое место среди врачей, которым не приходилось направлять пациентов на оказание ВМП, заняли специалисты областных учреждений (38,8%). Вместе с тем респондентами также были отмечены и отрицательные моменты при оказании ВМП. Структура ответов среди опрошенных врачей была следующим образом: 25,7% указали на длительность времени необходимого для сбора пакета документов, 15,6% – сталкивались с затянутым ожиданием ответа от медицинской организации, 14,9% –указали на не информированность врачей. Еще 17,4% – отметили прочие негативные моменты, а 26,4% указали на их сочетание. Среди врачей был задан вопрос об источниках финансирования данного вида медицинской помощи. На вопрос: «Знаете ли Вы, из каких средств оплачивается ВМП?» – 45,1% ответили, что из регионального и государственного бюджета, 35,7% опрошенных считают, что только из государственного бюджета, а 4,2% – из регионального, 3,2% – из средств больницы, а вот 10,1% за счет личных средств больного т.е. на платной основе и 1,6% не ответили на данный вопрос совсем.

Так как качество оказания ВМП является одной из приоритетных задач в здравоохранении, нас заинтересовал вопрос: «Может ли, на ваш взгляд, ВМП реально улучшить качество медицинской помощи?» На что мы получили в 89,1% случаев положительный ответ, 0,6% выразили негативное отношение и 10,3% затруднились оценить ее влияние в целом.

Заключение. Выполненное выборочное исследование дало возможность сформулировать ключевые положения, направленные на повышение уровня осведомлённости врачебного персонала, посредством внедрения в циклы профессиональной переподготовки и повышения квалификации нескольких занятий по насущным проблемам в организации оказания ВМП.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ЧЕРЕЗ БОКОВУЮ МИНИТОРАКОТОМИЮ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

***САГИРОВ А.М.*[1], *ДЖУМАНИЯЗОВ А.А., АБДУЛЛАЕВ Д.М., БАБАЕВ С.А.,АЛЛАБЕРГАНОВ* О.Х.**

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

Актуальность проблемы: В настоящее время маммаро-коронарный анастомоз по технологии МИКШ является методом выбора в лечении больных с поражением ПМЖВ ЛКА даже по сравнению с транслюминальной ангиопластикой, ибо преимущества шунта из ЛВГА в плане отдаленных результатов уже ни у кого не вызывают сомнения.

Цель исследования: представить результаты впервые выполненных минимально-инвазивных коронарных шунтирований (МИКШ) через миниторакотомный доступ на работающем сердце без использования искусственного кровообращения (MIDCAB).

Материал исследования: В СНПМЦКК региона Приаралья с мая 2022 г. по март 2023 г., выполнено 4 МИКШ по поводу ИБС (3 мужчин и 1 женщина). Средний возраст больных составил 54,2±12,8 лет. Индекс массы тела составил от 26,1 до 35,2 кг/м2. ПИКС и явления ХСН, соответствующие 2А классу и ФК III по NYHA имели 2 больных (50%). На КАГ в 3 (75%) случаях был диагностирован атеросклероз ПМЖВ ЛКА с полной окклюзией, в 1 случае мышечный мостик, суживающий артерию до 80%. У 3 больных имелись желудочковые экстрасистолии II градации по Lown-Wolf. Сократимость ЛЖ до операции была от 40 до 70%, в среднем составила 57.7%.

Результаты и обсуждение: Больные оперированы через левостороннюю передне-боковую торакотомию в V межреберье с длиной разреза от 6 до 10 см. У всех больных выполнено выделение левой внутренней грудной артерии методом скелетизации длиной 13–14 см и наложен маммарно-коронарный анастомоз дистальнее места поражения ПМЖВ ЛКА нитью Prolen 8/0 иглой 6.5. Кровопотеря во время операции составила в среднем 40 мл. Время до послеоперационной экстубации составило 2 часа. На 1 сутки после операции все больные переведены в отделение кардиохирургии для ранней активизации и реабилитации. В раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось, послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Стенокардия больных не беспокоила. По данным ЭхоКГ: ФВ ЛЖ после операции составила от 43 до 66% (в среднем 59%). Все больные выписаны на 4–5 сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Показаниями к операции МИКШ ПМЖВ ЛКА являлся изолированный стеноз более 70% или

окклюзия только ПМЖВ ЛКА при стенокардии любого ФК; поражение ПМЖВ ЛКА, если она симптом связанная и не имеется показаний к шунтированию других артерий (гемодинамический не значимые стенозы, диффузные поражения, трансмуральные рубцы в их зонах); повторные операции, даже в случаях ранее перенесенного медиастинита. В настоящее время маммаро-коронарный анастомоз по технологии МИКШ является методом выбора в лечении больных с поражением ПМЖВ ЛКА даже по сравнению с транслюминальной ангиопластикой, ибо преимущества шунта из ЛВГА в плане отдаленных результатов уже ни у кого не вызывают сомнения.

Выводы: При наличии противопоказаний к операции с ИК и кардиоплегией, МИКШ является операцией выбора, сопровождается минимальной кровопотерей, способствует ранней активизации больного, быстрой реабилитации, сокращает время пребывания пациента в стационаре и сочетается с хорошим косметическим эффектом.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ ШОВНАЯ АННУЛОПЛАСТИКА ПРИ ВТОРИЧНОЙ ТРИКУСИДАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

САИДОВ М.А., НИЗАМОВ Х.Ш., МАЛЛАЕВ И.У., ХАМДАМОВ О.Д., МАХМУДОВ А.И.

Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан

Органическое заболевание трикуспидального клапана встречается редко, и почти все случаи являются результатом вторичного поражения из-за митрального стеноза в условиях легочной гипертензии. Митральный стеноз приводит к объемной перегрузке малого круга кровообращения, а легочная гипертензия **–** к перегрузке давлением правых камер сердца, что приводит к расширению и искажению фиброзного кольца трикуспидального клапана, нарушается смыкание створок, возникает регургитация. Сама трикуспидальная регургитация приводит к дальнейшей дилатации и дисфункции правого желудочка, а также к дилатации фиброзного кольца трикуспидального клапана. Дилатация правого желудочка, повышенное диастолическое давление приводят к смещению межжелудочковой перегородки в сторону левого желудочка. Из-за наличия желудочковой взаимозависимости это может привести к левожелудочковой недостаточности. Некорригируемая хирургическим способом средняя или тяжелая трикуспидальная регургитация связана с дальнейшей прогрессирующей сердечной недостаточностью и преждевременной смертью. Важным вопросом хирургического лечения трикуспидальная регургитация является выбор техники коррекции трикуспидального порока: шовная или модифицированная техника. Обе техники направлены на коррекцию (уменьшение) фиброзного кольца трикуспидального клапана.

Цель исследования: Провести сравнительную оценку эффективности трех разных методов коррекции фиброзного кольца трикуспидального клапана у пациентов со вторичной трикуспидальной регургитацией. Сравнивались методы шовных аннулопластик и имплантации опорного кольца, оценивались их клиническая эффективность и особенности восстановления замыкательной функции трехстворчатого клапана.

Материал и методы: В исследование были включены пациенты прооперированнные в период с января 2023 года по август 2023 года в отделении кардиохирургии Самаркандского регионального филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии с патологией митрального клапана ревматического генеза, имеющие значимую трикуспидальную регургитацию. Всем пациентам выполнялось протезирование митрального клапана и аннулопластика трикуспидального клапана. 84 пациента были разделены на 2 группы – в первой группе пациентов, которым проводилась модифицированная аннулопластика было 35 больных (41,6%), во второй контрольной группе, которым провели шовную пластику, было 49 (58,4%) больных. В качестве контроля результата методов использовалась эхокардиография: больные в наблюдались динамике в течение 3–6 месяцев послеоперационного периода, по данным которого в первой группе недостаточность трикуспидального клапана была до 1 степени, во второй группе до 1,5 степени.

Результаты**:** Во обеих группах были получены удовлетворительные результаты от применяемых методик. У пациентов с модифицированной аннулопластикой трикуспидальной регургитации отмечался больший процент пациентов с удовлетворительными результатами коррекции, чем в контрольных группах. Ассоциированных осложнений не было, летальности не было.

Выводы: Модифицированная пластика фиброзного кольца трехстворчатого клапана показывает лучшие результаты по сравнению с другими методами. Данная пластика является универ-

сальным и долговременным способом предотвращения рецидива трикуспидальной регургитации, не влияя на выживаемость и ассоциированные с ней осложнениями.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

САИДОВ М.А., БОТИРОВ Д.А., МАЛЛАЕВ И.У., ХАМДАМОВ О.Д., ЮСУПОВ Ж.Т., РАХМОНОВ Ф.С.

Самаркандский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии

Аннотация: В статье представлен обзор последних исследований хирургического лечения функциональной митральной недостаточности II – III b типа (по классификации A. Carpentier) с воздействием на подклапанных структурах.

Цель исследования: Оценить надежность и гемодинамическую эффективность различных вариантов реконструктивных операций на митральном клапане.

Материалы и методы: Изучены результаты реконструктивных вмешательств на митральном клапане у 86 пациентов, прооперированных в период с 01.2021 по 09.2022 год**.**

По этиологии пациенты распределились следующим образом: ревматизм 16 (18,6%) больных, инфекционный эндокардит 7 (8,1%), миксоматозная дегенерация 25 (29%), ИБС 38 (44,18%).

Структурный изменений подклёпанный аппарата: частичный отрыв хорды ЗСМК 30 (34,8%), полный отрыв хорды ЗСМК 6(6.9%) , частичный отрыв хорды ПСМК– 17(19,7%), Ограничение подвижности створок МК 13 (15,1%), удлинение хорд 20 (23,2%).

Госпитальная летальность составила у двух больных (2,3%).

Виды оперативных вмешательств: открытая митральная комиссуротомия и пластика створок МК 9 (10,4%) больных, триангулярная резекция задней створки МК и аннулопластика на мягком опорном кольце 20 (23,2%), резекция задней створки МК с аннулопластикой на жёстком опорном кольце 16 (18,6%), резекция участка передней створки МК с аннулопластикой на жёстком опорном кольце 17 (19,7%), шовная пластика комиссур МК 10 (11,6%), вальвулопластика по Alfieri 11 (12,8%), пластика перфорация створок из аутоперикарда 2 (2,3%).

Все пациенты оперированы в условиях ИК и фармакохолодовой кардиоплегии. Доступ к митральному клапану через правое предсердия.

Непосредственные результаты изучены у 80 пациентов. При наблюдении острое нарушение мозгового кровообращения перенес один пациент, которому выполнялась реконструкция МК одновременно с протезированием АК. Прогрессирование митральной недостаточности отмечено у

одного больного, которым первично выполнялась пластика хорд МК, причиной такой ситуации явилось прорезывание швов, фиксирующих оторванных хорд.

Выводы: 1) выполнение клапансохраняющего вмешательства является предпочтительным методом хирургической коррекции митрального порока из-за низких операционной летальности и частоты осложнений.

2) возможность выполнения реконструктивных операций зависит от патоморфологических изменений клапана.

3) В тех случаях, когда реконструкция клапана производится на фоне выраженных его дегенеративных изменений или в зоне отечных тканей, предпочтительно завершать операцию имплантацией опорного кольца, для повышения надежности выполненной пластики.

РЕКОНСТРУКЦИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА МК

САИДОВ М.А., БОТИРОВ Д.А., МАЛЛАЕВ И.У., ХАМДАМОВ О.Д., ЮСУПОВ Ж.Т., РАХМОНОВ Ф.С.

Самаркандский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии.

Цель исследования: Оценить надежность и гемодинамическую эффективность различных вариантов открытых хирургических реконструкций митрального клапана.

Материалы и методы: Изучены непосредственные результаты хирургической коррекции митрального клапана у 86 пациентов, прооперированных в период с 01.2021 по 09.2022 год**.**

Пациенты были распределены на 5 групп, в соответствии с этиологией развития порока МК. Из них: инфекционный эндокардит составил 7 (8,1%) больных, ИБС 38 (44,18%), ревматизм 16 (18,6%), миксоматозная дегенерация 25 (29%). Анатомо – функциональные изменения подклапанного аппарата: частичный отрыв хорды ЗСМК 30 (34,8%), полный отрыв хорды ЗСМК 6(6.9%) , частичный отрыв хорды ПСМК– 17(19,7%), Ограничение подвижности створок МК 13 (15,1%), удлинение хорд 20 (23,2%). Госпитальная летальность была у 2 больных, что составило (2,3%). Виды оперативных вмешательств: открытая митральная комиссуротомия и пластика створок МК 9 (10,4%) больных, триангулярная резекция задней створки МК и аннулопластика на мягком опорном кольце 20 (23,2%), резекция задней створки МК с аннулопластикой на жёстком опорном кольце 16 (18,6%), резекция участка передней створки МК с аннулопластикой на жёстком опорном кольце 17 (19,7%), шовная пластика комиссур МК 10 (11,6%), вальвулопластика по Alfieri 11 (12,8%), пластика перфорация створок из аутоперикарда 2 (2,3%). Все пациенты оперированы в условиях ИК и фармакохолодовой кардиоплегии. Доступ к митральному клапану через правое предсердия.

Результаты: непосредственные результаты изучены у 80 пациентов. При наблюдении острое нарушение мозгового кровообращения перенес один пациент, которому выполнялась реконструкция МК одновременно с протезированием АК. Прогрессирование митральной недостаточности отмечено у одного больного, которым первично выполнялась пластика хорд МК, причиной такой ситуации явилось прорезывание швов, фиксирующих оторванных хорд.

Выводы: выполнение клапансохраняющего вмешательства является предпочтительным методом хирургической коррекции митрального порока из-за низкой частоты осложнений и низкой операционной летальности. Возможность выполнения реконструктивных операций зависит от патоморфологических изменений клапана. В тех случаях, когда реконструкция клапана производится на фоне выраженных его дегенеративных изменений или в зоне отечных тканей, предпочтительно завершать операцию имплантацией опорного кольца, для повышения надежности выполненной пластики.

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ СИМУЛЬТАТНОЙ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ И АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ: ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ И ДАННЫХ ОБЪЕКТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПАЦИЕНТА

САИДОВ М.А., МАЛЛАЕВ И.У., НИЗАМОВ Х.Ш., ХАМИДОВ О.Т., КИЛИЧЕВ Ф.А.

Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии

Цель исследования: оценить результаты после симультантной каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) и аортокоронарного шунтирования (АКШ) относительно хирургических переменных и переменных, зависящих от пациента.

Материал и методы: это ретроспективное исследование, в него вошли все сочетанные операции АКШ и КЭЭ. Пациенты находились под наблюдением в среднем в течение 6 месяцев (от 3 месяцев до 8 месяцев). Данные были собраны из архива больницы, записи и регистрации больничной статистики. Было получено следующее; социально-демографические данные, информация относительно клинических случаев, интраоперационных результатов и данных послеоперационного наблюдения.

Результаты и их обсуждение: В исследование включено 32 случая, средний возраст со-

ставил 56 лет, из них 21 (65%) мужчин и 11 (35%) были женщинами. Наиболее частым сопутствующим заболеванием была артериальная гипертензия у 15 пациентов (46,8%), и сахарный диабет встречаемость в 13 случаях (40,6%). Средняя предоперационная фракция выброса сердца составила 49%. Среди них 15 пациентам (47%) была выполнена левосторонняя КЭЭ и АКШ, 12 пациентам (37,5%) была выполнена правосторонняя КЭЭ и АКШ, 5 пациентам (15,5%) – была выполнена билатеральное КЭЭ и АКШ. Пациенты с тяжелым двусторонним поражением сонных артерий значительно чаще страдали от инсульта по сравнению с пациентами с односторонним заболеванием. У пациентов с инсультом/транзиторной ишемической атакой (ТИА) в анамнезе достоверно чаще возникал повторный инсульт в позднем послеоперационном периоде, чем у бессимптомных пациентов. Разницы в риске инсульта не было, относительно продолжительности проведения КЭЭ.

Выводы: Симультантная КЭА + АКШ была связана с существенным сердечно-сосудистым риском. Систематический обзор показал, что риск инсульта варьировался от 8 до 12% (в зависимости от критериев) в послеоперационном периоде у пациентов с комбинированным заболеванием коронарных и сонных артерий, не подвергавшихся поэтапной или синхронной КЭЭ. В следующих исследованиях возникает отчетливая зависимость документации рисков, особенно связанные с демографическими факторами, такими как возраст, пол, неврологический статус и характер заболеваний сонных артерий. В отсутствие данных рандомизированных исследований, хирурги выступающие за синхронные (или поэтапные) процедуры, должны проводить проспективный анализ результатов.

КОРРЕКЦИЯ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПУТЁМ НАЛОЖЕНИЯ ДВУНАПРАВЛЕННОГО КАВАПУЛЬМОНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

САИДОВ М.А., НИЗАМОВ Х.Ш., ТУРДИЕВА Н.С., МАЛЛАЕВ И.У., ШОДМОНОВ А.Б., ШАМРАТОВ Ш.З.

РИКИАТМ СВМФ.

Цель исследования: Анализ результатов операции двунаправленного кавапульмонального анастомоза без использования аппарата искусственного кровообращения.

Материалы и методы: С 2019 года в двух медицинских центрах центрах Самаркандской области (ОДМЦ и РИКИАТМ СВМФ) выполнено 26 операций двунаправленного кавапульмонального анастомоза без использования ИК пациентам со сложными врождёнными пороками сердца. Средний возраст 3,6±2,1 года, средний вес 9,6±3,2 кг. Всем пациентам было проведено стандартное обследование с использованием методов эхокардиографии и ангиографии. Показатели до операции: насыщение артериальной крови кислородом=55,6±3,4%; среднее давление в ЛА=9,0±1,9 мм.рт.ст.; среднее значение ЛАИ=280±31 мм/м^2; средний диаметр ВПВ=8,6±0,6мм; Ht=45±4,6; гемодинамически значимая недостаточность на системном АВ клапане отсутствовала. Хирургическая коррекция выполнялась в условиях стандартной анестезии, эндотрахеального наркоза и без использования искусственного кровообращения. Операция проводилась с применением временного шунта между правым предсердием и ВПВ. В исследуемой группе больных не встречалась добавочная левосторонняя ВПВ. Гепаринизация пациентов проводилась из расчёта 100 МЕ на кг/веса.

Результаты: Хирургическая коррекция была эффективна у всех пациентов, сатурация артериальной крови в постоперационном периоде составило 85±3,1%. Время функционирования временного шунта между ВПВ и правым предсердием составило 10±5,4 минут. Инотропная поддержка проводилась допамином в средней дозировке 5±2,1 мкг/кг. Среднее время искусственной вентиляции лёгких составило в среднем 7±2,1 часов. Среднее время пребывания в отделении реанимации составило 21±2,3 часа. Среднее время пребывания в стационаре составило 10±2,1 дней. Осложнений в раннем постоперационном периоде не отмечалось. Госпитальная летальность в нашей исследуемой группе отсутствовала.

Выводы: По сравнению со стандартным и часто используемым в мировой кардиохирургии методом, операция двунаправленного кавапульмонального анастомоза без использования искусственного кровообращения, имеет ряд преимуществ, являясь малотравматичной методикой для пациента. Использование временного шунта между ВПВ и правым предсердием, позволяет выполнить хирургическую коррекцию без риска развития постперфузионного синдрома..

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКИМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

САИДОВ М.А., НИЗАМОВ Х.Ш., БОТИРОВ Д.А., МАЛЛАЕВ И.У., ХАМДАМОВ О.Д.

Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования – выбор тактики хирургического лечения больных с критическим поражением аортального клапана (АК). Показания для операции хирургической коррекции аортального клапана: критический стеноз АК (площадь отверстия 1,5см^2, пиковый градиент АК>45 мм рт.ст.), высокий риск традиционного оперативного вмешательства, EuroSCORE>20%.

Материал и методы. 45 пациента, оперированных в Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии. Средний возраст больных – 48 лет, мужчин – 21, женщин – 24. Все пациенты относились к III–IV функциональному классу (ФК) по NYHA. Пациентов отбирали по следующим критериям: кальцинированный АК (кальциноз III степени) с преобладанием стеноза, высокий риск традиционного оперативного вмешательства при EuroSCORE>20%, размер фиброзного кольца АК – от 19 до 25 мм, гемодинамически незначимое поражение коронарных артерий, отсутствие значимой другой патологии сердца и аорты. Все пациенты прошли обследования в рамках предоперационной подготовки: трансторакальная и чреспищеводная ЭхоКГ, мультиспиральная компьютерная томография с контрастирование аорты и ее ветвей (при аневризматическом расширение аорты), коронарография.

Результаты исследования. По данным ЭхоКГ пиковый градиент систолического давления на АК колебался от 48 до 110 мм рт.ст., в среднем составил 66±11 мм рт.ст. Диаметр фиброзного кольца АК – от 19 до 25 мм. Площадь отверстия АК – от 0,5 до 0,8 см2 (0,72±0,2см2). Все пациенты были протезированы клапаном St Juide medical Masters Series, стернотомным доступом. В 5 случаях устанавливали биологический протез АК SJM, возраст которых старше 70 лет. У 40 пациентов установлен механический протез АК SJM. В двух случаях было кровотечение, при рестернотомии источник не выявлен, при нормализации свертывающей системы крови кровотечение остановилось. В послеоперационном периоде у всех пациентов отмечалось уменьшение градиента систолического давления на клапане до 9,2±1,5 мм рт.ст.

Заключение. Несмотря на крайне тяжелые проявления стеноза аортального клапана у больных с хронической ревматической болезни сердца, своевременное выполнение операции протезирования аортального клапана позволяет не только спасти жизнь пациента, но и улучшает их функциональное состояние и прогноз жизни.

КОМБИНИРОВАННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО АОРТАКОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА: РИСК И РЕЗУЛЬТАТ

САИДОВ М.А., МАЛЛАЕВ И.У., ХАМДАМОВ О.Д., НИЗАМОВ Х.Ш., ХАМИДОВ О.Т.

Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан

Введение: появились стереотипы, что сочетание замены митрального клапана (МВК) с аортокоронарным шунтированием (АКШ) приводит к более высокой ранней и поздней смертности, чем любая из этих процедур по отдельности.

Цель: Оценить результаты после симультантной протезирование митрального клапана и аортокоронарного шунтирования (АКШ) в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Это ретроспективное исследование, состоящее из последовательных случаев. В него вошли все сочетанные операции ПМК и АКШ. Пациенты находились под наблюдением в среднем в течение 1 года (от шести месяцев до двух лет). Данные были собраны из архива больницы, записи и регистрации больничной статистики. Было получено следующее; социально-демографические данные, информация относительно клинических случаев, интраоперационных результатов и данных послеоперационного наблюдения.

Результат: В исследование включено 52 случая, средний возраст составил 56 лет, из них 28 (54%) мужчин и 24 (46%) были женщинами. Наи-

более частым сопутствующим заболеванием была артериальная гипертензия, встречаемость у 21 пациентов (40%). Средняя предоперационная фракция выброса составила 49%. Среди них шесть пациентам (11,5%) имели один шунт, 12 пациентам (23%) была выполнена 2-сосудистый шунт, 26 пациентам (50%) – 3-сосудистый шунт, в 8 случаях (15,4%) выполнена 4-сосудистый шунт. Продолжительность ИК колебалась от 108 до 180 мин со средним значением 144 минуты, а время пережатия варьировало от 80 до 136 минут со средним значением 108 минуты. Самым распространенным осложнением был плевральный выпот, который возник в 5 случаях (9,6%) и лечился аспирацией. Общая летальность составила 5,7% (3 пациента).

Вывод: АКШ и протезирование митрального клапана имеют благоприятный исход, так как сводит к минимуму необходимость повторной операции. Один из лучших вариантов решения проблемы при ишемической болезни сердца и тяжелой митральной недостаточности.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, ВЫПОЛНЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЗАМКНУТОМ И ОТКРЫТОМ КОНТУРЕ

САИДОВ М.А., НИЗАМОВ Х.Ш., АХМАДОВ М.А., МАЛЛАЕВ И.У., ХАМДАМОВ О.Д.

Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан

Цель – оценить эффективность операций коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения в замкнутом и открытом контуре у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в ближайший и отдаленный периоды.

Материал и методы. Для этого исследования были отобраны 100 взрослых пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование. С мая 2021 г. по август 2023 г. в Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии было выполнено 100 хирургических вмешательств у пациентов с ИБС. Пациенты разделили на 2 группы. 1-я группа (n=50) – это контрольная группа. Операцию проводили с использованием открытого контура искусственного кровообращения. Во 2-й группе (n=50) операцию проводили с использованием закрытого контура искусственного кровообращения. Распределение мужчин и женщин в группах – 82 и 18 соответственно. Средний возраст – 54,1 года. Клинические проявления сердечной недостаточности распределились во II и III функциональном классе (NYHA) – 37 к 63 соответственно. Симптомы стенокардии распределились во II и III функциональном классе (CCS) – 35 (35%) и 65 (65%) пациентов соответственно. Функцию левого желудочка оценивали по данным эхокардиографии: фракция выброса у пациентов 1-й и 2-й групп составила 55,2±6,1 и 55,9±6,1% соответственно (p=0,6), уровни гематокрита – 41,3±2,8 и 41,8±3,4 г/л (p=0,6), гемоглобина – 138,5±11,1 и 140±13,4 (p=05), креатинина – 0,94±0,17 и 0,96±0,17 мг/дл (p=0,5), мочевины – 37,4±10,5 и 37,7±10,09 мг/дл (p=0,8), CRP – 0,33±0,48 и 0,43±0,52 мг/дл (p=0,3), лейкоцитов, ×109 – 6,5±1,47 и 6,5±1,4 (p=0,5). Периоперационный риск смерти до операции определяли по шкале EuroSCORE II; он составил 0,77±0,45 баллов в контрольной группе и 0,78±0,47 баллов в группе сравнения (p=0,96).

Результаты. Всем пациентам выполняли коронарное шунтирование, среднее количество шунтов 3±0,67 в контрольной группе и 3±053 в группе сравнения (p=0,001). Время искусственного кровообращения в контрольной группе и в группе сравнения составило 64±16,9 и 58±12,7 мин (p=0,04). Время пережатия аорты в контрольной группе и группе сравнения составило 32±11,41 и 28±9,01 мин (p=0,1). При сравнении данных исследования пациентов обеих групп выявлено существенное снижение уровней гемоглобина, гематокрита, эритроцитов после операции с открытым контуром искусственного кровообращения. Кровопотеря после закрытия грудины до 12 ч после проведения операции у пациентов 1-й и 2-й групп составила 147±62,47 и 164±98 мл (p=0,02). Основные показатели крови у пациентов 1-й и 2-й групп через 6 ч после операции: гематокрит – 29,9±3,88 и 33,2±3,89 (p=0,00004), гемоглобин – 106±11,18 и 112±14,15 г/л (p=0,01), эритроциты, ×1012 3,66±0,36 и 3,9±0,51 л–1 (p=0,01), тромбоциты, ×109 – 202±6,4 и 220±13,2 (p=0,001), креатинин – 0,272±72 и 0,275±71 мг/дл (p=0,2), мочевина – 34,8±7,4 и 37,5±9,9 мг/дл (p=0,08), CRP – 1,5±1,2 и 1,6±2,7 мг/дл (p=0,0002), лейкоциты, ×109 – 12,1±3,47 и 12,5±3,79 (p=0,5), тропонин I – 429±297 и 589±351 нг/л (p=0,03). Также были проведены сравнения вышеперечисленных показателей через 16 ч после операции: гематокрит – 31±3,1 и 33±3,4 (p=0,01); гемоглобин – 106±11,3 и 114±12,3 г/л (p=0,01), эритроциты, ×1012 – 3,64 и 3,84±0,444 (p=0,00001), креати-

нин – 1,031±0,198 и 1,033±0,212 мг/дл (p=0,6); мочевина – 34,2±8 и 37,2±9 мг/дл (p=0,08), CRP – 5,6±2,2 и 4,0±2,5 мг/дл (p=0,0009), лейкоциты, ×109 – 11,3±2,4 и 10±13,2 (p=0,0001), тромбоциты, ×109 – 205±7,2 и 221±12,0 (p=0,001). В контрольной группе у 1 пациента зарегистрирован пароксизм фибрилляции предсердий. Переливание крови и ее компонентов было выполнено 5 пациентам, из них 2 пациентам из группы контроля, 3 – из группы исследования. В группе исследования выполнена 1 рестернотомия, остановка хирургического кровотечения. Летальности в обеих группах не было. Спустя 2 года после выполнения аортокоронарного шунтирования выявлено 2 летальных случая, по одному в каждой группе; в контрольной группе в результате острого нарушения мозгового кровообращения, в сравнительной группе – онкология. 3 пациента в контрольной группе имеют стенокардию напряжения III ФК, 1 пациент в сравнительной группе – стенокардию напряжения II ФК. У 1 пациента контрольной группы произошла окклюзия шунта правой коронарной артерии.

Выводы. Непосредственные и отдаленные результаты операций коронарного шунтирования, выполненных в условиях искусственного кровообращения в замкнутом контуре, имеют преимущества в связи с техникой для уменьшения первичного объема заполнения системы искусственного кровообращения, вызывая меньшую гемодилюцию. К тому же снижается SIRS. Однако результаты касательно таких маркеров выделительной функции почек, как креатинин и мочевина, не показали значительной разницы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ АННУЛОПЛАСТИКИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОЛОСКИ ИЗ ПОЛИТЕТРАФТОРЭТИЛЕНА

САИДОВ М.А., НИЗАМОВ Х.Ш., МАЛЛАЕВ И.У., ХАМДАМОВ О.Д., МАХМУДОВ А.И.

Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования – оценить эффективность модифицированной пластики митрального клапана в сравнении с традиционными методами коррекции ишемической митральной недостаточности.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 47 пациентов с ИБС, осложненной ишемической митральной недостаточностью. Средний возраст больных **–** 52–64 лет. Сердечная недостаточность II ФК (по классификации NYHA) выявлена у 3 больных (6%), III ФК **–** у 40 (86,25%), IV ФК **–** у 7 (6,25%). Для определения значимости и генеза митральной недостаточности в дооперационном периоде применяли эхокардиографическое исследование. У 33 пациентов (71,25%) выявлена II степень митральной недостаточности, у 14 (28,75%) **–** III степень. Операцией выбора для коррекции клапанного аппарата являлась аннулопластика. Пациентам 1-й группы (n=23) выполнена реконструктивная операция на митральном клапане с использованием полоски из политетрафотрэтилена (ПТФЭ) в сочетании с аортокоронарным шунтированием (АКШ), во второй группе (n=26) **–** пластическая операция с использованием опорного кольца в сочетании с АКШ, пациентам третьей группы (n=31) **–** реваскуляризация миокарда без коррекции клапанного аппарата.

Результаты. Пациентам 2-й группы выполнена митральная аннулопластика опорными кольцами, 1-й группы **–** на полоске из ПТФЭ по типу мягкого опорного кольца, пациентам 3-й группы проведено изолированное АКШ. Наиболее частыми осложнениями стали плеврит, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая дыхательная недостаточность, нарушения ритма сердца. Наименьшее количество осложнений отмечено в 3-й группе, пациентам которой выполнено изолированное АКШ. После операции у всех пациентов отмечалось уменьшение митральной регургитации, наиболее выраженное в группах с аннулопластикой. При анализе непосредственных результатов операций выявлено, что пациенты 1-й и 2-й групп, подвергнутые сочетанным вмешательствам, имели более высокий процент осложнений, сроки пребывания их в ОРИТ увеличивались. Однако в этих группах отмечалось значительное улучшение функции митрального клапана. **Выводы.** Пластика митрального клапана полоской из ПТФЭ по разработанной нами методике показала хороший гемодинамический эффект, отсутствие значимой регургитации в послеоперационном периоде.

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ

М.А. САИДОВ, Ш.З. БОЙМАТОВ

Самаркандский областной региональный филиал РСНПМЦК, г. Самарканд Узбекистан

Сердечно-сосудистые заболевании и их осложнение по-прежнему занимает ведущие позиции в структуре современной соматической патологии (Zeymer U, 2020). *Смертность больных, у которых инфаркт миокарда (ИМ) осложнился кардиогенным шоком (КШ), остается высокой даже в случаях раннего выполнения реваскуляризации с помощью чрескожных вмешательств на коронарных артериях (ЧВКА) или коронарного шунтирования (КШ)(*Baran D.A., Grines C.L., *2019).* Принятие в последние годы нового концепции развития здравоохранения в нашей республики и приобретения новых высоко технологических медицинских аппаратур, позволило внедрит таких методов лечений для интенсивной терапии при острой сердечной недостаточности. Одним из видов современной интенсивной терапии является внутри аортальная баллонная контур пульсация(ВАБК), которая *относится к наиболее часто применяемому методу механической поддержки гемодинамики в данной клинической ситуации.*

Цель этого исследования – описать ведение пациентов с острой сердечной недостаточностью с применением внутри аортальной баллонной контур пульсацией(ВАБК).

Материалы и методы: Исследование проводилось у 32 больных в отделениях кардиохирургии и реанимации с января 2021 года по сентября 2022 года. В исследование включали больных, с развитием ОИМ, который осложнился кардиогенным шоком (КШ) в случае предполагаемого выполнения ранней реваскуляризации миокарда (с помощью рентгенэндоваскуялрных вмешательств или коронарного шунтирования). КШ диагностировали, если систолическое артериальное давление (АД) было менее 90 мм рт.ст. в течение более 30 мин или для поддержания систолического АД на уровне более 90 мм рт.ст. требовалась инфузия катехоламинов. Нарушение перфузии устанавливали при наличии хотя бы одного из следующих критериев: нарушение сознания, холодные и влажные кожные покровы, олигурия со снижением скорости выделения мочи менее 30 мл/час; или увеличение концентрации лактата в крови более 2 ммоль/л. Приводился неинвазивный мониторинг артериального давления, либо инвазивный в случае гемодинамический-значимой аритмии. Исследование центральной гемодинамики методом ЭХО-КГ или катетеризацией легочной артерии катетером Сван-Ганса с целью оценки ФВ, КДО, КСО.

Результаты: ВАБК была применена у 7 больных пост кардиотомной сердечной недостаточностью, развывшийся после кардиохирургических и ЧВКА операции.

Показанием к контурпульсации служила невозможность отключение от искусственного кровообращения на фоне высоких дозах катехоламинов, среднее давление в Аорте до 63,3–2,3 мм.рт. ст. повешение давление в левом предсердии до 30,1–2,1 мм.рт.ст. ДЗЛК 21,4–2,3 мм.рт.ст. давление в правом предсердии повышалось до14,1–2,1 мм.рт.ст., а давление в легочной артерии составило 41,5–2,1 мм.рт.ст. При этом сердечный выброс снижался до 2,5 л/мин. Повышалось обшее периферической сопротивление до 2102.4+2115 дин\сек\см.куб.

С началом проведения внутриаортальной контропульсации среднее давление в аорте повышалось до 85.7 +2.1мм рт.ст давление в левом предсердной не превышало 11.7+0.2мм рт.ст давление в легочной артерии составило 29.9+2.5мм рт.ст давления заклинивания легочных капилляров уменьшалось до 11.9+1.7мм рт.ст а давление в правом предсердии составило 7.1+0.3мм рт.ст пре перенимании внутри аортальный контор пульсации сердечней выброс увеличился до 3.7+0.5 л\мин. а общее периферическое сопротивление снизилось до 1828 –169 дин сек см куб. подобная картина гемодинамика связана с физиологическими воздействиями ВАБК на сердечно-сосудистую систему. При работе насоса-балончика не происходить значительных перемещений объёма крови в восходящей части аорты. Однако такие условия могут быть успешно реализовать лишь при сохранений сократительных резервов миокарда. После начала ВАБК на кривой давления в аорте определяются самостоятельно выброса крови левого желудочка сердца. Необходимо избежать совпадения этих выбросов с пиком давления, связанных с работой насоса-балончика. При соблюдения такого условия кардиодинамики и коронарный перфузии постепенно приводить к нарастанием собственных сокращение левого желудочка сердца, что свидетельствуют об улучшение сократительного функции ЛЖ. Работа ВАБК согласованная с фазой диастолы должна продолжаться до полного восстановления функция сердца, дыхания и снятия больного с ИВЛ.

Заключение: ВАБК, в том числе в сочетание с ЧВКА с тромб литической терапии, является

доступной высокоэффективной методикой лечения кардиогенного шока у больных инфарктом миокарда и дальнейшее внедрение этого метода представляется важной задачей. Использование ВАБК при развитии осложнений после проведенного коронарного шунтирования является вынужденной процедурой. Также ВАБК показана при нарастающей острой левожелудочковой недостаточности после отключения искусственного кровообращения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗНАЧЕНИЯ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ХОЛИКОВ И.Б., ТАШКЕНБАЕВА Э.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.

Введение. На сегодняшний день основными задачами лечения пациентов с ишемической болезни сердца (ИБС) является не только устранение клинических симптомов болезни, но и воздействие на патофизиологический процесс, лежащий в основе заболевания: устранение дефицита коронарного кровотока, восстановление функционирования жизнеспособного миокарда, замедление или обратное ремоделирование сердца. Эти положения стали золотым стандартом лечения ИБС. Несмотря на развитие фармакологии, никакая медикаментозная терапия пока не может конкурировать с реваскуляризацией миокарда. Мы провели анализ результатов хирургического лечения пациентов с ИБС и дисфункцией левого желудочка до и после операционном периоде.

Цель исследования. Изучить эффективность реваскуляризации миокарда с путем аортокоронарного шунтирования у больных ишемической болезни сердца с явлениями хронической сердечной недостаточности.

Материал и методы. Характеристика пациентов: средний возраст больных составил 59,4±3,2 года. В исследование были включены 30 пациентов: 19 человек с постинфарктным кардиосклерозом ЛЖ и 11человек с без перенесенного инфаркта миокарда ЛЖ в анамнезе. В обеих группах у всех пациентов до операции имелись 3х сосудистое поражение венечных артерий по данным коронарографии (КАГ) и симптомы тяжелой коронарной недостаточности – стенокардии III-IV-функционального класса. Всем пациентам проведена ЭКГ, трансторакальная ЭхоКГ, тест 6-минутной ходьбы до и после операции. 22 больным выполнена операция аортокоронарное шунтирование (АКШ), 2 пациентам – АКШ в сочетании с резекцией постинфарктной аневризмы левого желудочка, 6 пациентам АКШ на работающем сердце.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде обследованы 30 больных, в среднем на 12,5±1,1 сутки после операции. Клиническое состояние пациентов уже в раннем послеоперационном периоде имело значительную положительную динамику. У всех пациентов было отмечено увеличение толерантности к физическим нагрузкам. Уменьшилось количество больных с симптомами ХСН: 49 и 27% больных до и после операции соответственно. Уменьшилась тяжесть проявлений ХСН: НК 2А и 2Б стадий определялась у 35 и 23% больных, III и IV ФК (по классификации NYHA) – у 27% и 11% соответственно до и после операции. Показатели систолической функции ЛЖ также имели тенденцию к существенному улучшению. Отмечено увеличение ФВ ЛЖ, она составила 51,4±3,1% (до операции – 47,5±6,2%) Отмечалось уменьшение конечного диастолического и конечного систолического объемов ЛЖ: КДО – 143,3±8,1мл, КСО – 70,7±4,2мл (до операции, соответственно, 165,9±9,1 мл и 87,4±5,6 мл).

Заключение. Таким образом, результаты нашего исследования показали, что у пациентов перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда уже в раннем послеоперационном периоде наблюдается: улучшение клинического статуса пациентов (повышение толерантности к физическим нагрузкам у всех пациентов; уменьшение числа больных с симптомами ХСН; уменьшение тяжести клинической симптоматики ХСН); улучшение показателей систолической функции (увеличение фракции выброса ЛЖ); Учитывая это, аортокоронарное шунтирование считается наиболее эффективным методом лечения при многососудистом поражении коронарных артерий.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В УСЛОВИЯХ ПАРАЛЛЕЛЬНОГО ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

ШАРИПОВ И.М., МУЛЛАБАЕВА Г.У., МАМАЖАНОВ С.Г., ХАЙРУЛЛАЕВ У.Т., ДЖАББАРОВ О.О, ВАХИДОВ Т.З.

АО «Республиканский специализированный кардиологический центр», г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты аортокоронарного шунтирования у больных ИБС с низкой ФВ ЛЖ.

Материал и методы. С мая 2022 по март 2023 год в отделении кардиохирургии были оперированы 16 больных ИБС с низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВ < 35 %) в условиях параллельного искусственного кровообращения. Мужчин – 15, женшин – 1. Средний возраст составил 52,1 ± 4,7 лет. Все пациенты имели хроническую окклюзию двух или трех коронарных артерий. У всех пациентов была клиника стенокардии III–IV ФК, СН IIA или III ст. по NYHA. ФВ ЛЖ до операции составляла 32 ± 3 %, КДО ЛЖ до операции –300 ± 40 мл. Сопутствующая патология в виде ХОБЛ имелась у 3, сахарный диабет 2 типа у 5 пациентов.

Результаты. Всем пациентам выполнялось наложение маммарокоронарного анастомоза левой ВГА с ПМЖВ на работающем сердце с аортокоронарным шунтированием двух или трех коронарных артерий аутовенозными кондуитами. Индекс реваскуляризации – 3,3.Время операций составляло в среднем 180 ± 30 мин. Все больные были экстубированы в сроки 6–8 часов после операции. Время нахождения в ОРИТ 48 ± 4 часа после операции. Средний койкодень – 7,3. Послеоперационная кровопотеря составила 200 ± 50 мл. В нашем исследовании не наблюдалось «больших» сердечно-сосудистых осложнений, таких как смерть, инфаркт миокарда, инсульт в ближайшем послеоперационном периоде. Не было выявлено почечных, легочных осложнений, кровотечения и полиорганных осложнений. Наджелудочковые нарушения ритма наблюдались у двух пациентов. После операции ФВ ЛЖ составила 43 ± 5 %, КДО ЛЖ 250 ± 20 мл.

Заключение. Таким образом, выполнения операции аортокоронарного шунтирования у пациентов с низкой фракцией выброса левого желудочка в условиях параллельного искусственного кровообращения демонстрирует хорошие непосредственные клинические результаты и снижает востребованность к внутриаортальной контрпульсации.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

ШАРИПОВ И.М., МАМАЖОНОВ С.Г., МУЛЛАБАЕВА Г.У., ХАЙРУЛЛАЕВ У.Т., ВАХИДОВ Т.З.

Республиканский специализированный центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Изучить результаты операций АКШ на работающем сердце у больных со стволовым поражением коронарного русла.

Материал и методы. Был проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 100 больных ИБС, которым были выполнены операции АКШ на работающем сердце без ИК, разделенных на две группы: I группа – 46 (46 %) пациентов со стволовым поражением, II группа – 54 (54 %) пациента без стволового поражения коронарного русла. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту и клинико-функциональным параметрам. Большая часть пациентов была мужского пола – 80,0 и 82,2 % соответственно в I и II группах. Средний возраст в I группе составил 58,98 ± 9,1 лет, а во II группе – 58,67 ± 6,5 лет. В I группе было больше пациентов в острой и подострой стадиях инфаркта миокарда. Риск оперативного вмешательства по Euro Score составил в I группе 4,27 ± 0,5 % (4,15 ± 2,5 балла), а во II группе – 3,59 ± 0,4 % (3,5 ± 2,4 балла), хотя разница была статистически недостоверной.

Результаты и обсуждение. В I группе среднее число шунтов составило 3,02 ± 0,6 на пациента (2–4 шунта), в то время как во II группе – 3,0 ± 0,8 шунтов (1–5 шунтов). Продолжительность операции в обеих группах составила 260 ± 4,9 и 269 ± 5,9 мин. соответственно. Инотропная поддержка интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде была необходима в I группе у 36,8 % пациентов, а во II группе – у 36,5 % больных (p = 0,645). Среднее время вентиляции в отделении реанимации составило в I группе 6,4 ± 4,4 часа, во II группе – 5,2 ± 1,8 часов (p = 0,126). Пребывание в реанимации составило в среднем 50,7 ± 1,4 часов в I группе и 50,4 ± 1,8 часа – во II группе (p = 0,930). Частота нефатальных осложнений в обеих группах была одинаковой. Летальность в I группе составила 2,1 % (один пациент) при ожидаемом по Euro Score – 4,27 %, а во II группе случаев летальности

не было (при ожидаемом 3,59 %). Статистически достоверной разницы по показателю летальности в группах не было (p=0,645).

Выводы. Таким образом, операции АКШ на работающем сердце у больных со стволовым поражением левой коронарной артерии возможно выполнять с сопоставимым уровнем осложнений и летальности при сравнении с результатами операций АКШ у больных без стволового поражения. Операции у этой категории больных являются безопасными и одинаково эффективными у больных с минимальным риском оперативного вмешательства.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВЫХ 100 ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

ШАРИПОВ И.М., МУЛЛАБАЕВА Г.У., МАМАЖАНОВ С.Г., ХАЙРУЛЛАЕВ У.Т., ДЖАББАРОВ О.О, ВАХИДОВ Т.З.

Республиканский специализированный центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Изучить результаты первых 100 операций АКШ на работающем сердце без ИК.

Материал и методы. Проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения больных ИБС (100 больных), которым были выполнены операции АКШ на работающем сердце. Все операции были выполнены из срединного стернотомного доступа. Преобладали лица мужского пола (83 %). Средний возраст составил 59,1±0,77, 85 % больных в III–IV функциональных классах по NYHA. Стоит отметить, что 49 больных (49 %) были в состоянии острого коронарного синдрома, в том числе 16 (16 %) из них – в подостром периоде инфаркта миокарда. Поражение ствола левой коронарной артерии (или же его эквивалент) было отмечено у 46 (46 %) больных.

Результаты и обсуждение. Среднее число дистальных анастомозов на пациента составило 3,01±0,77 (1–5 шунтов). В 22 случаях (22 %) использовалась сложная хирургическая техника выполнения коронарного шунтирования: в половине случаев (11 пациентов) использована секвенциальная техника, когда одним кондуитом реваскуляризовывались два и более сосуда, а у остальных 11 (11,5) больных были сконструированы сложные сосудистые кондуиты – в виде «Y-graft» или «T-graft». Продолжительность операции составила 262,4±5,35 мин. (160–460 минут). Кровопотеря на операцию в среднем равнялась 591,6±23,77 мл (300–1500 мл). Инотропная поддержка интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде была необходима у 28 (28 %) больных средней продолжительностью 3,14±0,74 часов. Длительность вентиляции после операции составила 5,75±0,36 часов. Средний объем трансфузии крови и ее компонентов периоперационно составил 355,41±19,11 мл эритроцитарной массы и 415,33±16,06 мл свежезамороженной плазмы. Пребывание в ОРИТ – в среднем 47,8±1,8 часов. У 1 (1 %) пациента в ходе операции из-за начавшихся аритмий сердца была выполнена конверсия на выполнение операции в условиях искусственного кровообращения на бьющемся сердце с хорошим послеоперационным результатом. Продолжительная вентиляция (более 24 часов) понадобилась 1 (1 %) пациенту. У 2 (2 %) больных из-за кровотечения выполнена реторакотомия с целью гемостаза. Продолжительная вентиляция (более 24 часов) понадобилась 1 (1 %) пациенту. У 3 (3 %) пациентов в послеоперационном периоде отмечен срыв синусового ритма на фибрилляцию предсердий, которые были купированы медикаментозно. Госпитальная летальность составила 1 % (1 пациентка) при спрогнозированной по рисккалькулятору EuroScore 3,92±0,42 %.

Выводы. Таким образом, операции АКШ на работающем сердце являются безопасным и эффективным методом хирургического лечения ИБС, демонстрируя низкие показатели периоперационных осложнений и госпитальной летальности без ущерба для полноты реваскуляризации миокарда.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С РЕЗЕКЦИЕЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА СОКРАЩАЮЩЕМСЯ СЕРДЦЕ

ШАРИПОВ И.М., МУЛЛАБАЕВА Г.У., МАМАЖАНОВ С.Г., ХАЙРУЛЛАЕВ У.Т., ДЖАББАРОВ О.О, ВАХИДОВ Т.З.

«Республиканский специализированный кардиологический центр», г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценка непосредственных результатов аортокоронарного шунтирования (АКШ) с резекцией аневризмы левого желудочка (ЛЖ) на сокращающемся сердце.

Материал и методы. С мая 2022 по март 2023 год в отделении кардиохирургии были оперированы 4 больных ИБС с аневризмой ЛЖ после АКШ с резекцией аневризмы. Все пациенты

были мужского пола. Средний возраст составил 55,1±6,2 лет. При этом все пациенты имели хроническую окклюзию ПМЖВ. У всех пациентов клиника стенокардии III–IV ФК, СН IIA по NYHA. ФВ ЛЖ до операции составляла 33±4 %. КДО ЛЖ до операции составляла 270±30 мл. Сопутствующая патология в виде ХОБЛ имелась у 2, сахарный диабет 2 типа – у 3 пациентов.

Результаты. Всем пациентам выполнялось наложение маммарокоронарного анастомоза левой ВГА с ПМЖВ на работающем сердце с аортокоронарным шунтированием двух коронарных артерий аутовенозными кондуитами. В двух случаях выполнена реваскуляризация миокарда + резекция аневризмы ЛЖ с пластикой по Jatane, двоим пациентам выполнена реваскуляризация миокарда + резекция аневризмы ЛЖ с пластикой по Дору с синтетической заплатой и тромбэктомия из ЛЖ. Время операций составляло в среднем 200±30 мин. Все больные были экстубированы в сроки 4–6 часов после операции. Время нахождения в ОРИТ 48±4 часа после операции. Послеоперационная кровопотеря составила 200±50 мл. В нашем исследовании не наблюдалось «больших» сердечно-сосудистых осложнений, таких как смерть, инфаркт миокарда, инсульт в ближайшем послеоперационном периоде. Не было выявлено почечных, легочных осложнений, наджелудочковых нарушений ритма, кровотечения и полиорганных осложнений. После операции ФВ ЛЖ составила 45±5 %, КДО ЛЖ 190±20 мл.

Заключение. Таким образом, первый опыт выполнения операции аортокоронарного шунтирования с резекцией аневризмы ЛЖ на сокращающемся сердце позволяет утверждать, что данный метод является эффективным и безопасным, имеетм хорошие непосредственные клинические результаты.

ПЕРВИЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НИЖЕ 45 %

ШАРИПОВ И.М., ХАЙРУЛЛАЕВ У.Т., МАМАЖАНОВ С.Г., МУЛЛАБАЕВА Г.У., ВАХИДОВ Т.З,

Республиканский специализированный центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Изучить наши результаты операций АКШ на работающем сердце у больных с ФВ ЛЖ менее 45 %.

Материал и методы. Был проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 100 больных ИБС, которым были выполнены операции АКШ на работающем сердце без ИК. Пациенты были разделены на две группы – I группа – 15 (15 %) пациентов с ФВ ЛЖ менее 45 %, и II группа – 85 (85 %) пациентов, где этот показатель был более 45 %. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту и клинико-функциональным параметрам. Большая часть пациентов была мужского пола – 85 и 82 % соответственно в I и II группах. Средний возраст в I группе составил 60,6±7,1 лет, а во II группе – 58,57±7,8 лет (p=0,383). В I группе было больше пациентов в острой и подострой стадиях инфаркта миокарда. В I группе – 23,1 %, а во II группе – у 17,1 % (p=0,426). Риск оперативного вмешательства по EuroScore составил в I группе 6,66±6,9 %, а во II группе – 3,39±2,9 %, разница была статистически достоверной (p=0,005).

Результаты и обсуждение. В I группе среднее число шунтов составило 2,85±0,68 на пациента (1–4 шунта), в то время как во II группе – 3,0±0,7 шунтов (p=0,354). Продолжительность операции в обеих группах составила 241±5,6 и 268±5,46 мин. соответственно. Инотропная поддержка интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде была необходима в I группе – у 60 % пациентов, а во II группе – у 32,9 % больных (p=0,296). Среднее время вентиляции в отделении реанимации составило в I группе 6,05±3,6 часа, во II группе – 5,72±3,3 часа (p=0,798). Пребывание в реанимации равнялось в среднем 65,7±2,5 час в I группе и 49,08±1,5 часа – во II группе (p=0,07). Случаев госпитальной летальности в I группе не было (при ожидаемой 6,66 %), а во II группе – 1,17 % (1 пациент) при ожидаемой 3,39 % (p=0,296).

Выводы. Уровень осложнений и госпитальной летальности после операций АКШ на работающем сердце у больных со сниженной фракцией выброса ЛЖ не отличается от результатов у больных с минимальным риском. Таким образом, АКШ на работающем сердце являются безопасной альтернативой операциям в условиях искусственного кровообращения без ущерба полноте реваскуляризации миокарда и могут выполняться с низкими уровнями осложнений и летальности.

КОЛИЧЕСТВО ПРИНЯТЫХ КУРСОВ ХИМИОТЕРАПИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ЛАБОРАТОРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ДАННЫМИ У ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

***Т.А. АБДУЛЛАЕВ, З.Х. АЛИЕВА, И.А. ЦОЙ, УРИНОВ** О.У.*

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

Цель: Провести анализ лабораторных данных в зависимости от количества курсов проведенной химиотерапии (ХТ) у женщин с раком молочной железы (РМЖ).

Материал и методы: Было обследовано 55 больных РМЖ после проведенного хирургического лечения. Все пациентки получали как неоадъювантную, так и адъювантную ХТ. Последняя проводилась по схеме АС (доксорубицин 60–100 мг/м2 + циклофосфамид 600 мг/м2 в 1-й день, каждый 21 день). В зависимости от количества курсов ХТ были выделены три группы: 1группа – 18 больных с курсами ХТ от 2 до 4 (медиана 2,8±1,1); 2группа – 26 больных с курсами ХТ от 5 до 9 (медиана 7,5±1,2); 3группа – 11 больных с курсами ХТ от 10 до 20 (медиана 13,9±3,2). Оценивались показатели: мозговой натрий-уретический пептид (МНУП); шкала оценки клинического состояния (ШОКС) и фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ).

Результаты: Анализ лабораторных данных, в аспекте выделенных по количеству курсов ХТ групп пациентов, установил , что наибольший уровень МНУП регистрировался во 2 группе, т.е. у женщин, у которых количество курсов ХТ=5–9. Тем не менее, количество лиц с уровнем МНУП>300 пг/мл превалировало в 3 группе больных, составив 54,5% случаев, что на 4,5% было больше, чем в 1 группе и на12,2% – больше, чем во 2 группе (оба p>0,05).

При проведении корреляционного анализа была выявлена прямая зависимость между уровнем МНУП и ФК ХСН (по NYHA), т.е. у женщин с РМЖ повышение активности МНУП ассоциировалось с более тяжелым течением ХСН, однако выявленные тенденции не достигали уровня достоверности (p=0,092; r=0,269; t=1,725). Между уровнем МНУП и количеством курсов ХТ была установлена прямая корреляция не выраженного характера (p=0,775; r=0,046; t=0,286). Тем не менее, оценка взаимосвязи уровня МНУП с количеством баллов по ШОКС установила положительную зависимость, т.е. повышение активности МНУП сопровождалось увеличением количества баллов по ШОКС (p=0,020; r=0,365; t=2,423). Аналогичная тенденция была выявлена и со стороны ФВЛЖ, т.е. по мере роста значений МНУП наблюдалось снижение ФВЛЖ (p=0,0000; r=–0,660; t=–5,357).

Выводы: Анализ лабораторно-функциональных данных у женщин, страдающих РМЖ, показал, что чем выше была активность МНУП, тем выше было количество баллов по ШОКС и ниже ФВЛЖ, что косвенно свидетельствовало об ухудшении степень тяжести ХСН.

НЕКОТОРЫЕ ЭХОКГ-ХАРАКТЕРИСТИКИ У ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА ПРИНЯТЫХ КУРСОВ ХИМИОТЕРАПИИ

Т.А. АБДУЛЛАЕВ, З.Х. АЛИЕВА, И.А. ЦОЙ

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

Цель: Изучить некоторые ЭхоКГ-показатели в зависимости от количества курсов проведенной химиотерапии (ХТ) у женщин с раком молочной железы (РМЖ).

Материал и методы: Было обследовано 55 больных РМЖ после проведенного хирургического лечения. Все пациентки получали как неоадъювантную, так и адъювантную ХТ. Последняя проводилась по схеме АС (доксорубицин 60–100 мг/м2 + циклофосфамид 600 мг/м^2 в 1-й день, каждый 21 день). В зависимости от количества курсов ХТ были выделены три группы: 1группа – 18 больных с курсами ХТ от 2 до 4 (медиана 2,8±1,1); 2группа – 26 больных с курсами ХТ от 5 до 9 (медиана 7,5±1,2); 3группа – 11 больных с курсами ХТ от 10 до 20 (медиана 13,9±3,2). При проведении ЭхоКГ-исследования учитывались показатели: ударный объём (УО, мл), фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ, %), масса миокарда (ММЛЖ, гр), и её индексированный показатель (иММЛЖ), относительная толщина стенок (ОТС).

Результаты: Анализ параметров внутрисердечной гемодинамики в анализируемых группах установил, что пациентки 3гр. характеризовались наименьшими значениями УО (на 13,2 и 8,0 мл в сравнении с аналогичными показателями 1й и 2й групп) и ФВЛЖ (на 13,3 и 5,8 % по сравнению с 1й и 2й группами), а также ММЛЖ (разница с 1гр. – 15,9 гр. и со 2гр. – 2,6 гр.) и её индексированного показателя (разница 28,9 и 2,6гр/м2, соответственно с 1й и 2й группами). Вычисление ОТС установило, что наименьшие значения ОТС также отмечались у женщин 3гр., который составил 0,39±0,05 ед., т.е был<0,45 ед. Это было обусловлено малой численностью лиц с уровнем ОТС ≥ 0,45 ед., которая в данной группе имела место лишь у 18,2% женщин.

Оценка показателей иММЛЖ и ОТС с целью уточнения геометрического типа ЛЖ показала, что большинство женщин имели иММЛЖ>N, ОТС<0,45 – что соответствует эксцентрической гипертрофии ЛЖ и лишь 16 больных (29,1% из числа всей выборки) имели иММЛЖ>N, ОТС≥0,45 – что соответствует концентрической гипертрофии ЛЖ.

Все женщины ранее получали ХТ. Среднее количество курсов ХТ в целом по группе составило 7,3±4,3 курса. При проведении корреляционного анализа между количеством курсов ХТ и значениями ФВЛЖ была установлена обратная зависимость (p<0,05), т.е. чем больше курсов ХТ получали пациентки, тем хуже были значения ФВЛЖ (p=0.037; t=–2.142; r=–0.287).

Выводы: При РМЖ, по мере увеличения количества принятых курсов ХТ, отмечалось снижение УО и ФВЛЖ, при этом большинство женщин характеризовались развитием эксцентрической гипертрофии ЛЖ . Однако здесь необходимо учитывать и побочные действия самой ХТ, её токсическое влияние на организм со всеми вытекающими последствиями.

РАННИЕ КАРДИОТОКСИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОТЕРАПИЮ-ДОКСОРУБИЦИНОМ

АБДУЛЛАЕВ Т.А., АЛИЕВА З.Х., ЦОЙ И.А., ФОЗИЛОВ Х.Г.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи): Изучение кардиотоксического влияния химиотерапии по схемам CMF, AC, FAC, VATH у больных раком молочной железы (РМЖ).

Материал и методы: В исследование включено 26 пациенток с достоверно диагностированным раком молочной железы. Средний возраст пациенток составил 58,16±14,45 лет. Всем пациенткам была назначена химиотерапия доксорубицином в дозе 60 мг. Всем пациентам до начала каждого курса химиотерапии были проведены электрокардиографическое (ЭКГ), эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследования, а также определялся N-терминальный мозговой натрийуретический пропептид (НУП). До начала химиотерапии у обследуемых пациентов симптомов СН выявлено

не было. У 14 больных был выявлен сопутствующий ИБС и ГБ, у 4 пациенток ИБС, ГБ и сахарный диабет (СД) типа 2. В I группу вошло 8 пациентов с РМЖ без сопутствующих заболеваний, во II группу вошло 14 пациенток с РМЖ и ИБС, ГБ, и в III группу вошло 4 пациенток с ИБС, ГБ и СД 2 типа. Химиотерапия доксорубицином проводилась по стандартной схеме с интервалами в 21 день.

Результаты: Было показано, что кардиотоксические изменения были выражены у больных РМЖ с сопутствующими заболеваниями сердца и СД2 типа. В I группе не было выявлено кардиотоксических изменений ни у одного из пациентов (0%), во II группе у 6 пациентов (57%) отмечалось снижение фракции выброса ниже 50% и увеличение МНУП выше нормальных значений. В III группе у 3 больных отмечались снижение ФВ менее 40% и частые желудочковые экстрасистолы (75%).

Заключение: Предварительный итог показал, что кардиотоксические осложнения у больных РМЖ, более выражены при сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваниях, особенно коморбидные с СД 2 типа.

КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

АЛИЕВА З.Х., АБДУЛЛАЕВ Т.А., ЦОЙ И.А.

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

Цель исследования: оценить кардиотоксичность химиотерапии в комплексном лечении рака молочной железы.

Материалы и методы: нами обследовано 26 женщин обратившихся в консультативную поликлинику Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии. Средний возраст которых составил 58,16±14,45 лет. Все больные страдали раком молочной железы, которые получали адъювантную и неоадъювантную химиотерапию.

Клиническое обследование включало осмотр пациента, оценку общего клинического состояния, тщательно выявлялись симптомы и признаки сердечной недостаточности (СН). Диагноз ХСН устанавливался в соответствии с Российскими рекомендациями Общества Специалистов по сердечной недостаточности (2006). Функциональный класс (ФК) ХСН определяли по критериям NYHA. Стандартную ЭхоКГ проводили всем пациентам на аппарате Phillips clearVue 350, также исследованы N-терминальный мозговой натрийуретический пропептид. До начала химиотерапии у обследуемых пациентов симптомов СН выявлено не было. Среди сопутствующих заболеваниях, ишемическая болезнь сердца (1,4; 1,2 – 1,8; ДИ 95%; P<0,05) и сахарный диабет (1,3; 1,1 – 1,6; ДИ 95%; P<0,05) были тесно связаны с ухудшением систолической функции сердца.

Результаты: на исходном этапе у 5 (19,2%) пациентов данные ТШХ соответствовали ФК II NYHA, у оставшихся 21 (80,7%) пациентов ФК III NYHA. Средняя ЧСС при осмотре составила 91±10,6 ударов минуту, среднее систолическое АД 110±8,5 мм.рт.ст., диастолическое АД 72±7,2 мм.рт.ст. Анализ показателей ЭхоКГ показал дилатацию полостей сердца с выраженным снижением систолической функции левого желудочка. Так, в среднем показатели конечно-диастолического размера (КДР) составил 55,41±6,24 мм, конечно-систолического размера (КСР) 44,65±9,18 мм, конечно-диастолического объема 148,18±35,54 мл, конечно-систолического объема 95,38±41,55 мл, ФВ в среднем по группе составила 52,13±16,64%. У 15 (57,7%) больных размеры ЛП превышали нормативные значения на 12–15%. В отношении толщины стенок отклонения от нормативных значений не наблюдалось. У всех больных была выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ (ДДЛЖ). У 18 женщин отмечено повышение уровня NT-proBNP в среднем до 771,11±596,76, что коррелировало с результатами ЭхоКГ.

Заключение: согласно предварительным данным, из 26 обратившихся в поликлинику РСНПМЦК, получавших химиотерапию, ХСН высоких классов выявлена в 82,7% случаев, что подтверждается как клинически, так с помощью ЭхоКГ, и значительным увеличением маркера NT-proBNP. Как показало N-мозговой натрийуретический пропептид– более ранний и чувствительный маркер кардиотоксичности, в совокупности с инструментальными методами обследования позволяет прогнозировать развития ХСН.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ПРИ ССЗ

FUNCTIONAL STATE OF THE KIDNEYS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS HIGH RISK OF DEVELOPING CONTRAST INDUCED NEPHROPATHY

MUMINOV SH., NIGMANOV B.

DS, Associate Professor. Toshkent Pediatric Medical Institute;
Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent. Uzbekistan.

Aim: Analysis of the pathogenetic mechanisms of the development of contrast nephropathy in patients with coronary artery disease on the background of type 2 diabetes mellitus and the effectiveness of the proposed preventive measures.

Materials and methods. The study included 56 patients with type 2 diabetes, the average age of the patients was 58 years, the CG consisted of 20 healthy persons. In most patients, the reason for which the endovascular radiopaque procedure (EVRCP) was performed was associated with atherosclerotic lesions: coronary artery disease, chronic lower limb ischemia (CLLI), atherosclerosis of the brachiocephalic arteries (BCA). EVRCP was performed on the vessels of the coronary basin, BCA, abdominal aorta and its branches, lower extremities. A retrospective analysis included a comparative analysis of two groups of patients with type 2 diabetes who underwent (EVRCP): 29 patients who developed CI-AKI (CI-AKI+ group) and 27 patients in whom the post-procedure period was uneventful. CI-AKI was defined as an increase in venous creatinine concentration of more than 25% by the end of 48 hours after EVRCP. During this phase of the study, the patient's medical history was analyzed – their anamnestic data, glycemic status, general urinalysis, kidneys, estimated glomerular filtration rate (eGFR) initially, 2,4,6,8 and 10 days after the procedure.

Results of the study: The CI-AKI+ and CI-AKI– groups were compared in terms of clinical and anamnestic, hematological, urological data and the results of echocardiography and renal ultrasound with each other and with representatives of the CG. The CI-AKI+ and CI-AKI– groups did not differ in nosological distribution (Fig. 1): in both groups, half of the patients with EVRCP were performed due to the presence of coronary pathology (51.72% and 48.15%, respectively), the rest in patients it was comparable for CCI and CVD (27.59% and 20.69% in the CI-AKI+ group and 25.93% each in the CI-AKI– group).

Conclusion: taking into account the OR of CI-AKI in patients with DM in the presence of identified predictors, a risk scale was developed. A risk score of 28 points or more demonstrates a predictive sensitivity in terms of the development of CI-AKI of 96.55% ($p < 0.001$).

Key words: ischemic heart disease, diabetes mellitus, nephropathy, contrast.

CONCENTRIC MYOCARDIAL REMODELING IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

SALYAMOVA F.

Tashkent State Dental Institute Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Nephrology and Kidney Transplantation Tashkent, Uzbekistan

The aim of the research was to study the mechanisms of early remodeling of the myocardium in different stages of chronic kidney disease.

Material and methods. The study included 106 patients (50 men and 56 women) observed at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Nephrology and Kidney Transplantation at the age of 44.9±13.6 years with normal left ventricular mass, without verified or possible coronary artery disease, hemodynamically significant valvular disorders and heart failure II-IV FC (by NYHA). Predialysis stage of chronic kidney disease occurred in 74 (69.8%), dialysis – in 32 (30.2%) patients. The duration of dialysis was 18.5 (3.0; 41.3) months.

Results. Concentric myocardial remodeling represents the initial stage of developing of the left ventricle hypertrophy. This conclusion is confirmed

by a significant increase in Left ventricular mass index during Concentric myocardial remodeling. As the results of our studies have shown, risk factors for Concentric myocardial remodeling in patients with chronic kidney disease are age, duration of previous hypertension, higher values of clinical blood pressure, which is consistent with previous findings about a similar relationship in patients with essential hypertension. C-remodeling, the indicators of ESD ($p<0,01$) and EDD ($p<0,01$), ESV ($p<0,001$) and EDV ($p<0,003$), SV ($p<0,045$), HI ($p<0,01$) were higher, and TPR lower ($p<0,01$), compared with the normal geometry of the left ventricle, while in patients with normal LV geometry and C-remodeling, EF did not differ. In contrary, PMWT ($p<0,001$) and IVST ($p<0,001$), RWT ($p<0,001$), LVM ($p<0,01$) and LVMI ($p<0,01$) were significantly higher at myocardial C-remodeling compared with echocardiographic parameters in patients with a normal geometric LV model

Conclusion. Leading risk factors for Concentric myocardial remodeling in patients with chronic kidney disease include age, female gender, duration of previous hypertension, systolic blood pressure, diastolic blood pressure and hemoglobin levels, and more severe renal impairment. An additional risk factor for Concentric myocardial remodeling in hemodialysis patients is its volume overload.

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ВИТАМИНА D ПРИ РАЗВИТИИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С2 И С3 СТАДИИ

ДАМИНОВ Б.Т., АКБАРОВ И.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Современные медицинские технологии способствуют замедлению ее прогрессирования, однако, потребность в заместительной почечной терапии не сокращается и также имеет тенденцию к росту. Ряд авторов подчеркивают взаимосвязь преждевременной смерти пациентов с дисфункцией почек и нарушениями статуса витамина D.

Цель исследования: изучить значения уровня витамина D в развитии гипертрофии миокарда у больных с ХБП С2 и С3 стадии.

Материалы и методы исследования: было обследовано 150 пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) С2 и С3 стадии, в возрасте от 35 до 69 лет, воспалительной и сосудистой этиологии. Все обследованные пациенты находились на диспансерном наблюдении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском **центре нефрологии** и трансплантации почки МЗРУз. Развитие ХБП было обусловлено хроническим гломерулонефритом – у 65, хроническим тубулоинтерстициальным нефритом – у 49, гипертоническим нефроангиосклерозом – у 19 и у 17 пациентов – прочими заболеваниями (пациентов обследовали в амбулаторном режиме. При этом учитывали: рост, массу тела, индекс массы тела (ИМТ), причины развития патологии почек, длительность нефропатии, наличие нефротического синдрома, характер сопутствующей патологии, длительность артериальной гипертензии, максимальные значения АД в анамнезе, средние значения АД за последние 3 месяца.

Оценка функционального состояния почек проводилась на основе определения уровня сывороточного креатинина (Кр), экскреции альбумина с мочой (определение микроальбуминурии (МАУ ≥300 мг/л) в разовой утренней моче, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле СКФ EPI, в которой учитываются раса, пол, возраст, уровень креатинина сыворотки крови. Для расчета СКФ по формуле CKD-EPI можно воспользоваться специальными приложениями для мобильных устройств (QxMDCalculator).

Структурно-функциональное состояние миокарда и процесс ремоделирования ЛЖ был оценен методом ЭхоКГ с допплерографией. ЭхоКГ проводилась на аппарате «MEDISON ACCUVIX V20» (Корея), с использованием датчика 3,25 МГц в стандартных эхокардиографических позициях, трансторакальным методом в положении лежа и на левом боку методом ЭхоКГ в М– и В– режимах в соответствии с рекомендациями Американской Ассоциации Эхокардиографии (ASE).

Результаты исследования: При проведении логистического регрессионного анализа не было выявлено взаимосвязи между типом ремоделирования левого желудочка и полом ($\chi2=0,214$ $p=0,643$), длительностью ХБП ($\chi2=0,304$ $p=0,581$), наличием АГ ($\chi2=0,657$ $p=0,417$), ИБС ($\chi2=2,276$ $p=0,131$), концентрацией в сыворотке крови общего Са ($\chi2=0,414$ $p=0,519$), ЩФ ($\chi2=0,583$ $p=0,445$), 25(OH)D ($\chi2=0,829$ $p=0,362$)

Гиперфосфатемия повышала риск формирования концентрической ГЛЖ в 2,9 раза. Совпадение прогнозируемого результата с реальным наблюдалось в 65% случаев. Концентрация кальцитриола менее 10 пмоль/л повышала риск формирования концентрической ГЛЖ в 1,9 раза. Совпадение прогнозируемого результата с реальным наблюдалось в 61% случаев.

Заключение. Статистически значимой модели для кальцидиола получено не было. Основным типом ремоделирования ЛЖ являлась концентрическая ГЛЖ. При этом увеличение ПД более 60 мм рт ст сопровождалось увеличением частоты концентрической ГЛЖ в 1,5 раза.

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ВИТАМИНА D ПРИ РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С2 И С3 СТАДИИ

ДАМИНОВ Б.Т., АКБАРОВ И.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Распространенность хронической болезни почек (ХБП) имеет неуклонную тенденцию к росту, достигая в настоящее время 10–15% популяции. Патология сердечно-сосудистой системы является основной причиной смерти больных с терминальной почечной недостаточностью, получающих лечение программным гемодиализом.

Цель исследования: изучить значения уровня витамина D в развитии ССЗ у больных с ХБП С2 и С3 стадии.

Материалы и методы исследования: было обследовано 150 пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) С2 и С3 стадии, в возрасте от 35 до 69 лет, воспалительной и сосудистой этиологии. Все обследованные пациенты находились на диспансерном наблюдении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нефрологии и трансплантации почки МЗРУз. Развитие ХБП было обусловлено хроническим гломерулонефритом – у 65, хроническим тубулоинтерстициальным нефритом – у 49, гипертоническим нефроангиосклерозом – у 19 и у 17 пациентов – прочими заболеваниями (пациентов обследовали в амбулаторном режиме. При этом учитывали: рост, массу тела, индекс массы тела (ИМТ), причины развития патологии почек, длительность нефропатии, наличие нефротического синдрома, характер сопутствующей патологии, длительность артериальной гипертензии, максимальные значения АД в анамнезе, средние значения АД за последние 3 месяца.

Оценка функционального состояния почек проводилась на основе определения уровня сывороточного креатинина (Кр), экскреции альбумина с мочой (определение микроальбуминурии (МАУ ≥300 мг/л) в разовой утренней моче, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле СКФ EPI, в которой учитываются раса, пол, возраст, уровень креатинина сыворотки крови. Для расчета СКФ по формуле CKD-EPI можно воспользоваться специальными приложениями для мобильных устройств (QxMDCalculator).

Результаты исследования: Нормальные цифры АД была отмечены у 52% мужчин и 59% женщин. Практически у половины обследованных АД соответствовала представлению о гипотензии (13–17%) или гипертензии (35–24%). Статистически значимых тендерных различий по величине систолического и диастолического АД выявлено не было. Доля нормотензивных пациентов независимо от возрастной группы составляла 50–60%. Артериальную гипертензию чаще регистрировали у больных старше 60 лет. Независимо от длительности ХБП доля нормотензивных пациентов составляла 43–70%. Вместе с тем, при длительности ГД свыше 5 лет было отмечено увеличение части больных с артериальной гипотензией более, чем в 2 раза. Преобладающей группой среди мужчин были нондипперы (51%), а среди женщин – найтпикеры (46%). Среди пациентов с длительностью диализа менее 1 года преобладали нондипперы, от 1 года до 5 лет – найтпикеры, и более 5 лет – вновь нондипперы. Больные с достигнутым целевым АД с одинаковой частотой встречались в группах с разным суточным профилем АД. Вместе с тем группа овердипперов отличалась наиболее высокой частотой артериальной гипотензии (29%) и наиболее низкой частотой артериальной гипертензии (19%).

Таким образом, у трети обследованных регистрировали АГ, однако, нормальный суточный профиль АД (дипперы) имели менее 20% больных. Интересно, что среди мужчин преобладали найтпикеры, а среди женщин – овердипперы. Именно в группе овердипперов отмечены наиболее низкие концентрации в сыворотке крови кальцидиола и кальцитриола. Дефицит кальцидиола и кальцитриола был также ассоциирован с повышением пульсового АД.

СОВРЕМЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

В.П. ИЛЬИНСКАЯ[1], Н.А. КОШЕЛЕВА[2]

ГУЗ «Областная клиническая больница», г. Саратов, Российская Федерация[1]
ГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, г. Саратов, Российская Федерация[2]

Цель работы. Определить современные факторы риска острого повреждения почек (ОПП) у больных инфарктом миокарда.

Материалы и методы. В рамках проспективного исследования проведен набор пациентов, поступающих в кардиологическое отделение Областной клинической больницы г. Саратов с диагнозами: острый и повторный инфаркт миокарда. В настоящее время в исследование включены 64 пациента в возрасте от 37 до 85 лет (средний возраст 60,9±10,5 лет), из них – 43 мужчины (67%) и 21 женщина (33%), при этом мужчины значительно младше женщин: средний возраст мужчин составил 59,1±9,0 лет, женщин – 66,5±11,0 лет (p<0,05). Острый инфаркт миокарда был выставлен 54 пациентам (84%), повторный инфаркт миокарда – 10 пациентам (16%). 55 больным (86%) была проведена коронароангиография с последующим чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ) у 51 из них. Все пациенты получали терапию согласно клиническим рекомендациям лечения инфаркта миокарда 2020 года. ОПП определялось в соответствии с рекомендациями KDIGO, 2012 года. ОПП было диагностировано у 5 пациентов (7,8%), составляющих первую группу обследуемых, и не встречалось у 59 больных (92,3%) – вторая группа пациентов. Острой болезни почек не было зафиксировано ни у одного из поступивших.

Результаты. Пациенты с ОПП были старше, чем больные без острого поражения почек. Средний возраст первой группы составил 67,2±6,6 лет, второй группы – 60,3±10,6 лет (p<0,05). У всех пациентов первой группы уровень скорости клубочковой фильтрации (СКФ) был ниже 60 мл/мин/1,73м^{2}, а медианный уровень СКФ составил 35,2±8,8 мл/мин/1,73м^{2}, в то время как у пациентов второй группы медианный уровень СКФ – 62,9±14,4 мл/мин/1,73м^{2} (p<0,05). У больных с ОПП чаще выявлялись симптомы сердечной недостаточности – это 60% обследуемых, во второй группе – 22% обследуемых. Артериальная гипертензия имелась у 100% больных с ОПП и 86,4% пациентов без ОПП. Сахарный диабет 2 типа встречался у 40% пациентов первой группы и 11,9% пациентов второй группы. Ни один из больных с ОПП на амбулаторном этапе не получал лекарственную терапию статинами, в группе больных без ОПП длительную лекарственную терапию данными препаратами получали только 5,1% обследуемых, каждый из которых имел в анамнезе ранее перенесенный инфаркт миокарда. Лабораторно среди пациентов с ОПП отмечены более высокие показатели С-реактивного белка (СРБ). Так СРБ в группе с ОПП составил 29,2±27,2 мг/л, в группе без ОПП – 16,6±27,5 мг/л (p<0,05). Все 5 пациентов с ОПП перенесли ЧКВ.

Заключение. Современными факторами риска поражения почек при остром инфаркте миокарда являются пожилой возраст, тяжесть предшествующей хронической болезни почек, хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, факт проведения ЧКВ, повышение СРБ. В настоящем исследовании не выявлено влияния догоспитального приема статинов на риск развития ОПП, описанного у других исследователей, что может быть связано с малым объемом выборки, в связи с чем мы продолжаем набор пациентов в исследование.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.

МАКСУДОВА Л.О[1]., МУЛЛАБАЕВА Г.У[2].

Бухарский медицинский институт[1;] г.Бухара, Узбекистан
Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии[2] г. Ташкент, Узбекистан

Введение: несмотря на доказанную ассоциацию хронической обструктивной болезни (ХОБЛ) легких с тяжестью артериальной гипертонии, проблема поражения почек при ассоциированных состояниях является малоизученной.

Цель исследования: оценить функцию почек у больных с артериальной гипертонией (АГ) и сопутствующей обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы: в исследование вошло 39 (22 мужчин, 17 женщин) больных с артериаль-

ной гипертонией и хронической обструктивной болезнью легких в стадии ремиссии, обратившихся в Бухарский кардиодиспансер. Средний возраст больных составил 54,9±13,8 лет. Длительность ХОБЛ составила 8,3±4,1 лет. Длительность АГ 7,78±4,1 лет. При этом, АГ I стадии страдали 9 (23%) больных, АГ II стадии – 30 (76,9%) больных. АГ 1 степени диагностирована у 10 (25,6%) больных, АГ 2 степени у 23 (58,9%), АГ 3 степени у 6 (15,3%) больных. Критериями исключения явились: АГ 3 стадии, симптоматическая АГ, паренхиматозные заболевания почек в стадии обострения, обострение ХОБЛ, больные с гипертоническими кризами, пациенты, длительно принимающие нестероидные противовоспалительные препараты. Всем больным проводился расчет СКФ по формуле CKD EPI, а также оценка МАУ. Всем больным проводилась спирометрия по стандартному протоколу, рекомендованному Российским респираторным обществом по использованию метода спирометрии. Оценивались показатели объема форсированного выдоха за первую минуту (ОФВ1) и форсированная жизненная емкость легких (ФЖЭЛ), а также отношение ОФВ1\ФЖЭЛ. Бронходилататоры отменялись до проведения спирометрии согласно их времени полувыведения.

Результаты исследования: лишь у 5 (12,8%) больных нами не было выявлено нарушений функции почек. ХБП 2 стадии была диагностирована у 21 больного (53,8%). У 9 (23%) больных показатели СКФ соответствовали 3А стадии ХБП. У остальных 5 (12,8%) диагностирована ХБП 3Б стадии. Стадии ХБП по выраженности МАУ распределились следующим образом: А1 у 11 (28%), А2 у 18 (46,1%), А3 у 5 (12,8%) больных. При этом, СКФ ассоциировалась со степенью АГ (r=–0,43). Обострение ХОБЛ 1 раз в год наблюдалось у 8 (20,5%) больных, 2 раза в год у 17 (43,5%), до 3 раз у 14 (35,9%) пациентов. По данным спирометрии 7 (17,9%) больных имели нормальные показатели внешнего дыхания, умеренное и выраженное нарушение функции внешнего дыхания демонстрировали 20 (51,2%) и 12 (30,7%) пациентов, соответственно. Пациенты с обострением ХОБЛ более двух раз в год чаще демонстрировали выраженное снижение функции внешнего дыхания ($\chi 2 = 3,97$; $p = 0,04$). Нами выявлена прямая корреляционная связь средней силы между частотой обострений ХОБЛ и выраженностью МАУ (r=0,38).

Заключение: в проведенном исследовании, больные с АГ и ХОБЛ в подавляющем большинстве случаев имели ту или иную стадию ХБП. Выявлена обратная взаимосвязь между СКФ и степенью артериальной гипертонии. Выраженность МАУ ассоциировалась с частотой обострения ХОБЛ и степенью нарушения функции внешнего дыхания.

АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

НАЗИРОВА Р.О., ЗОИДБОЕВА Н.З., ОДИНАЕВ Ш.Ф., ЮСУПОВА М.Х.

ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Кафедра внутренних болезней № 1, г. Душанбе

Цель работы: провести анализ электрокардиогамм у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП 3 ст Б).

Материал и методы исследования. Обследовано 28 больных (18 мужчин и 10 женщин в возрасте 25–55 лет) с ХБП 3 стБ. Запись ЭКГ производились на аппарате ЭКГ–60 и ЭКПСЧ–2 в 12 отведениях. Для выявление нагрузки на левый желудочек использовались ЭКГ по критерию Соколова-Лайона.

Результаты. Всем больным наряду с общими анализами крови, мочи проводились исследование креатинина 160–450 мкмоль/л, гиперазотемия по мочевине 13–16ммоль/л, исследовалось глазное дно, где выявлялись симптомы умеренной сосудистой ретинопатии, ввиде сужения артериол. Уровень гемоглобина колебался 70–80 г/л. Достоверная анемия с уровнем гемоглобина<80 г/л с эритропенией<4 мл выявлена у 12 пациентов. При исследовании у всех больных артериальное давление колебалось в пределах 180–160/100–120 мм.рт.ст. Среднее систолическое АД 162,7+2,2 мм.рт.ст., диастолическое – 98,7+0,3мм.рт.ст. Число сердечных сокращений составило 75,9+2,6 ударов в минуту. Частота дыхания в минуту 20,8+0,25 в минуту. Повышение АД у этих больных было стабильным, на ЭКГ нередко наблюдалось нарушение функции возбудимости и автоматизма. У 7 больных была предсердная и у 3 желудочковая экстросистолия. В среднем интервал P-Q равен 0,16+0,009 секунд, у двух других определялся синдром короткого P-Q (0,10 сек). В среднем ширина комплекса QRS–0,083+0,04 сек. Продолжительность Q-T, то есть электрической систолы желудочков, колебалась в нормальных пределах. Амплитуда зубца P_2 – 1,67+0,15мм, а P_3 – 1,03+0,03мм. Ширина зубца P_2–0,10 сек, в половине случаев ширина P_2=0,11 сек; возможно, это обусловлено небольшой гипертрофией левого предсердия. Средняя электрическая ось располагалась горизонтально в 35% случаев, средняя величина угла α=26,4+2,37.

Комплекс QRS в правых грудных отведениях имел форму rS, зубец Sv_1 равнялся 9,13+1,26мм.

Комплекс QRS в левых грудных отведениях представлен формой qRS, реже – типа Rs. Средняя глубина, зубца Sv_5 = 1,85+0,26мм и Sv_6 = 1,2+0,16мм, высота зубца Rv_5–15,7+1,4 мм, Rv_6–14,5+1,4 мм. Rv_6 в 15 случаях был больше, чем Rv_4. Зубец Tv_4 в 8 случаях был отрицательным, сегмент S-T смещен вниз от изолиний.

Заключение. Результаты проведённых исследований свидетельствуют о том, что компенсированные формы почечной недостаточности уже на начальных стадиях создают гемодинамическую нагрузку на миокард левого желудочка. Изменения могут указывать на прямые и косвенные признаки перегрузки левых отделов сердца. В этой связи всем пациентам с почечной недостаточность с целью раннего предупреждения сердечно-сосудистой патологии необходимо проводить подробный расчёт и анализ электрокардиограмм.

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

***НАЗИРОВА Р.О.**, ЗОИДБОЕВА Н.З., ОДИНАЕВ Ш.Ф., ЮСУПОВА М.Х.*

***ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Кафедра внутренних болезней № 1**, г. Душанбе;*
Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель работы изучить состояние ритма и проводимости сердца у больных с различными стадиями хронической болезнью почек.

Материал и методы. Обследовано 87 больных с ХБП 4–5 ст, находившихся на стационарном обследовании в нефрологическом отделении ГКБ№5 им. акад. К.Т. Таджиева. Возраст больных колебался от 20 до 50 лет, мужчин было 55 человек, женщин – 32. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Всем больным проводилось полное обследование по кардиологическому плану, суточный мониторинг артериального давления, ритма сердца, исследование сосудов глазного дна, биохимически определяли уровень мочевины, креатинина, электролитов в сыворотке крови, проводили общеклинический анализ крови, мочи, пробу по Ничипоренко, бактериурию, суточную протеинурию, определение концентрационной функции почек по Зимницкого. Проведена запись и анализ электрокардиограммы (ЭКГ) и ЭхоКГ на аппарате ЭКГ–60м ЭКСПЧ–2 в 12 отведениях.

Результаты**.** Аускультативные признаки нарушения ритма сердца выявлены у 29 больных (33,4%) с ХПН, главным образом, проявлялись синусовой тахикардией, экстрасистолией, реже брадикардией. Большинство из этой группы больных жаловались на сердцебиение, одышку, усиливающиеся при ходьбе, небольших физических нагрузках, неприятные ощущения в области сердца. Нарушение ритма сердца различного характера выявлено у 41 (47,1%) больного с ХПН, из них замедление внутрипредсердной проводимости наблюдается у 13 (31,7%), предсердно-желудочковой – у 7 (17,0%), внутрижелудочковой проводимости – у 9 (22,0%), нарушение процессов реполяризации – у 12 (29,3%) больных. Экстрасистолическая аритмия наблюдалась у 24 (58,5%) больных с аритмией сердца, чаще всего сочеталась с синусовой тахикардией, нарушением процессов реполяризации с ЭКГ-признаками гипертрофии левого желудочка. Анализ структуры экстрасиситолической аритмии показал у 9 (37,5%) больных предсердную, у 15 (62,5%) – желудочковую экстрасистолию. Одиночная наджелудочковая экстрасистолия со средней частотой 8,4±2,6 Э/час наблюдалась у 8 больных, парная наджелудочковая экстрасистолия со средней частотой 6,2±0,2 Э/час – у 3 больных с начальной и интермитирующей стадией ХПН. Желудочковые экстрасистолии чаще встречались при терминальной стадии ХПН: одиночные со средней частотой 16,2±4,12 Э/час – у 11 больных, парные – у 3 больных с 18,4±1,4 Э/час. Эпизоды появления групповых желудочковых экстрасистол наблюдали у 6 больных. Появление групповых желудочковых экстрасистол чаще сочетались с периодом кризового подъема артериального давления и спонтанного увеличения диуреза в связи с приемом диуретических препаратов. Аналогичную ситуацию наблюдали в эпизодах появления наджелудочковой и желудочковой тахикардии у больных в различных стадиях ХПН.

Заключение. Нарушение ритма сердца и проводимости наблюдается во всех стадиях ХПН. По структуре аритмии сердца наиболее часто встречается синусовая тахикардия, предсердные и желудочковые экстрасистолы, замедление внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости с нарушением процессов реполяризации, реже встречается синусовая брадикардия и групповые экстрасистолы.

ГЕМОНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ПОЧКАХ ПРИ НЕФРОПАТИИ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРОСТА

ПЛЕШЕВАЯ О.Е.[1], БЕЛОУСОВА О.Н.,[2] ЧУПАХА М.В.[2]

[1]Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г.Белгород, Россия.
[2]Поликлиника Белгородского государственного национального исследовательского университета, г.Белгород, Россия.

Введение: в течении последних десятилетий мы все чаще наблюдаем как быстро развивается медицина, в нашу практику приходят современные, высокотехнологичные и более точные методы обследования и лечения пациентов. В связи с чем мы отмечаем увеличение продолжительности и качества жизни, все чаще в практической медицине мы работаем с пациентами пожилого и старческого возраста. Большую актуальность приобретают вопросы, связанные с коморбидным пациентом. Наиболее частым сочетанием хронических неинфекционных заболеваний, у пациентов пожилого и старческого возраста, остается наличие гипертонической болезни (ГБ) и сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) . При этом стоит отметить, что оба этих заболевания ведут к развитию и прогрессированию хронической болезни почек (ХБП). А особенностью пожилых пациентов и пациентов старческого возраста является более быстрое прогрессирование ХБП до терминальной стадии.

Цель исследования: Изучить особенности гемодинамических изменений в почках у пациентов страдающих гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа в пожилом и старческом.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ научно-популярно медицинской литературы, проанализированы современные учебники по кардиологии, сахарному диабету, нефрологии. Применен метод парных сравнений различных текстов друг с другом.

Результаты: По результатам проведенного анализа установлено, что у пациентов пожилого и старческого возраста риск поражение почек возрастает в три раза по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста, а риск развития хронической почечной недостаточности (ХПН) возрастает в 15 раз.

Одним из основных факторов, усугубляющих развитие и течение ХБП у данной когорты пациентов является наличие сопутствующей патологии. Более 60% пациентов пожилого и старческого возраста страдают ГБ и около 20% зарегистрированных случаев СД 2 типа, и практически все пациенты имеют лабораторные признаки гиперлипидемии.

Известно, что у всех пациентов страдающих ГБ и СД 2 типа в сосудистой стенке происходит развитие хронического системного воспаления и активность воспаления прямо пропорциональна поражению органов мишеней. Так, например, чем более выражена гипертрофия левого желудочка, тем сильнее снижена фильтрационная способность почек. В то же время у пациентов старше 60 лет сосудистые изменения занимают лидирующее место среди изменений, происходящих в почках. Нефроангиосклероз нарастает с каждым десятилетием жизни пожилых людей, что в свою очередь приводит к развитию полного склероза сосудов почек, снижению гемодинамики, экскреторной и инкреторной функции почек, и как следствие развитие ХПН.

Если говорить о тяжести течения нефропатии, то согласно уровню скорости клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин/1,73 м2) выделяют 6 стадий (С1 > 90; С2–60–89; С3а–45–59; С3б–30–44; С4–15–29; С5 < 15). Согласно полученным данным общая распространенность ХБП обратно пропорциональна степени тяжести заболевания, в связи с чем гораздо чаще встречаются пациенты ХБП на стадии С1–3а. Исключение составляют пациенты пожилого и старческого возраста, у которых отмечается более тяжелое течение ХБП на 1000 выявленных случаев приходится 345 эпизодов ХБП стадии С3б–5.

Еще одной особенностью у пациентов пожилого и старческого возраста является стертая клиническая картина заболевания, в связи с чем многие заболевания диагностируются уже на этапе развития микро– и макрососудистых осложнений.

Наиболее ранним методом диагностики нефропатии является определение высокоселективной экскреции белка с мочой т.е микроальбуминурии (МАУ). МАУ является отражением структурного повреждения почек и может служить предиктором развития нефросклероза. Так, у пациентов страдающих гипертонической болезнью, повышение уровня МАУ отмечается в среднем в 35% случаев, при сахарном диабете 2 типа в 27,5% случаев, при сочетании ГБ и СД 2 типа 37% случаев. Из этого следует, что коморбидные пациенты более подвержены развитию ХБП, а пациенты пожилого и старческого возраста несомненно являются коморбидными пациента.

Выводы: к сожалению, несмотря на успехи в области медицины и фармакологии в современном мире, остается актуальным проблемы совершенствования гериатрической помощи. Несвоевременное обращение пожилых пациентов

за медицинской помощью, поздняя диагностика и неправильное представления о возрастных изменениях в организме наших пациентов – все это приводит к поздней диагностике заболеваний, инвалидизации пациентов и снижению качества их жизни.

Тщательный патронаж с учетом возрастных особенностей, ранняя диагностика основных и сопутствующих заболеваний и подбор препаратов согласно возрастным ограничениям позволит снизить риски развития осложнений и улучшит качество жизни пожилых людей.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК КАК НЕЗАВИСИМЫЙ ПРЕДИКТОР ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

САИДОВ М.А.[1,3], ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[2,3], НИЗАМОВ Х.Ш.[3], РАХМАТУЛЛАЕВ[3], РУЗИЕВА А.А.[3]

[1]Ташкентский национальный детский медицинский центр;
[2]Самаркандский государственный медицинский университет;
[3]Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан

Целью настоящего исследования стало изучение прогностического значения нарушения функции почек как фактора риска сердечно-сосудистой смерти у больных с острым коронарным синдромом.

Материал и методы. В исследование были включены 122 больных с острым инфарктом миокарда в возрасте от 32 до 85 лет, госпитализированных в отделениях ишемической болезни сердца и острого коронарного синдрома Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК). Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование (сбор анамнеза, антропометрическое и физическое исследование больного, измерение АД, ЧСС). Лабораторно-инструментальное обследование включало в себя клинические анализы крови, биохимический анализ крови при поступлении и в динамике на 2-й и 7-й день поступления, ЭКГ, эхокардиография.

Результаты. В 22,3% у всех пациентов встречалась почечная дисфункция (СКФ<60 мл/мин). При ОИМпST дисфункция почек зарегистрирована в 39,9% случаев, а при ОИМдST в 41,9%. Распространенность различных уровней дисфункции почек у пациентов с различными вариантами ОКС составила: при ОИМпST при СКФ 59–45 мл/мин – 19,8%, при СКФ 44–30 мл/мин – 8,4%, при СКФ менее 30 мл/мин – 4,7%; при ОИМдST при СКФ 59–45 мл/мин – 21,3%, при СКФ 44–30 мл/мин – 10,6%, при СКФ менее 30 мл/мин – 2,8%.

Госпитальная летальность среди всех пациентов ОКС зарегистрирована в 4,3% случаев. Госпитальная летальность среди всех пациентов ОКС зарегистрирована в 4,3% случаев, у пациентов с ИМПST – 8,7%, ИМбПST – 3,1%. Наибольшая госпитальная летальность отмечена в группе пациентов с СКФ<60 мл/мин – 24,2% у пациентов с ОИМпST, в 1,4 у пациентов с ОИМдST, в то время как среди пациентов с СКФ>60 мл/мин – 4,2%, в 2% соответственно. Исходно низкие показатели СКФ ассоциировались с неблагоприятным прогнозом, так при уровне СКФ от 45 до 59 мл/мин госпитальная летальность составила 2,9%, при уровня СКФ от 30 до 44 мл/мин – 19,4%, при уровне СКФ от 15 до 29 мл/мин – 31,6%, при уровне СКФ менее 15 мл/мин – 50%, в то время как в группах с более высокими значениями СКФ случаи госпитальной летальности встречались значительно реже ($p<0,001$). Среди пациентов отмечено статистически значимое уменьшение скорости клубочковой фильтрации по мере увеличения возраста ($p<0,001$). Снижение СКФ ассоциировалось с уменьшением ФВ ЛЖ у пациентов с ОИМпST ($p=0,005$), что, вероятно, можно объяснить более обширным поражением миокарда среди данной группы пациентов, приводящим к снижению сократительной способности миокарда и развитию острого кардио-ренального синдрома. Все пациенты получали стандартную фармакологическую терапию. В 97,4% случаев проведена КАГ, частота проведения КАГ снижалась со снижением СКФ ($p<0,001$). КАГ при СКФ более 90 мл/мин проведена в 98,2%, СКФ 60–89 мл/мин – 98,5%, СКФ 45–59 мл/мин – 95,2%, СКФ 30–44 мл/мин – 100,0%, СКФ 15–29 мл/мин – 73,7%. Острое почечное повреждение (ОПП) развивалось у 22,2% пациентов с ОКС, в группе пациентов ОИМпST – в 21,4%, ОИМдST в 26,5% ($p=0,690$).

Выводы: таким образом, снижение СКФ менее 60 мл/мин влияет на смертность от сердечно-сосудистых причин у пациентов с ОИМпST, но не влияют на прогноз у пациентов с ОИМдST. Повсеместное внедрение метода расчета СКФ позволит своевременно выявить даже умеренное нарушение фильтрационной функции почек и внести коррекцию в терапию пациента, тем самым позволив уменьшить число неблагоприятных исходов.

COVID–19 И СС3

THE ROLE OF THE E NOS GENE IN THE CLINICAL COURSE OF CORONARY ARTERY DISEASE IN COVID–19 PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

BORDOLOI POOJA, ABDIEVA G.A.

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Aim of the study: to study the pathogenetic significance of COVID–19 in the progression of the metabolic syndrome and destabilization of coronary artery disease.

Materials and methods. During the study, 147 people over 18 years of age were examined with a virus infection and all patients were distributed as follows: the main group, which included 59 patients with COVID–19 and CAD on the background of metabolic syndrome; the comparison group, which included 58 patients with COVID–19 and CAD without MS, the control group composed of 30 healthy individuals without clinical signs of coronary heart disease and metabolic syndrome.

Results: during hospitalization, the glucose level: in women with coronary artery disease without MS, on average, was 7.7±2.8 mmol/l; in women with MS – 9.8±5 mmol/l; while in men without MS this figure was 7.7±2.4 mmol/l; in men with MS – 12±4.9 mmol/l, which indicates an increased glucose level in men with coronary artery disease and MS on the background of COVID–19.

The average values of the ejection fraction and stroke volume calculated by the disk method in the main group were 50.93±3.63 and 26.56±2.48 ml/m ^{2,} in the comparison group –56.52±2.29 and 30, 18±1.34 ml / m ^{2}, respectively. The mean LVMI in patients with COVID–19 and coronary artery disease against the background of MS was significantly higher than in the comparison group. The left ventricular SIVR in diastole in both groups corresponded to normal values (<0.45), however, in patients with CAD without MS, it was significantly higher than in the CAD+MS group.

To explore how polymorphisms in the *NOS3 gene* may have pathophysiological implications when considering the risk of MS in COVID –19 and CHD subjects, we assessed NOS3 polymorphisms for associations with biochemical features of MS in these groups. Patients with COVID –19 CAD in MS with the TT T–786C SNP genotype showed lower levels of total cholesterol compared with carriers of the GG genotype (*P*=0.016).

It was found that in the group of patients with MS, the allele frequency *C* was lower than that in the group of healthy donors (p=0.0004), and the allele frequency *T* at the same time turned out to be higher (p=0.0004). The frequency distribution of the genotypes of the *C774T polymorphism of the NOS3* gene in the group of patients with MS was as follows: *CC* – 42.2%, *CT* – 46.9%, *TT* – 10.9%, which corresponded to the Hardy– Weinberg equilibrium (c2=0.19, p=0.66). In the control group, the frequency of genotypes for this polymorphic variant was: *CC* – 64.3%, *CT* – 30.9%, *TT* – 4.8%, which is also corresponded to the Hardy– Weinberg equilibrium (c2=0.21, p=0.64). Significant differences were found between the groups of patients with MS and healthy donors in terms of the distribution of genotype frequencies: among patients with MS, homozygotes for the allele were less common *C (*p=0.001), and the frequency of the *CT genotype* in patients with MS was higher than in the group of healthy donors (p=0.014). Thus, the *T allele* (OR=2.06; CI: 1.38–3.08) and the *CT genotype* (OR=1.97; CI: 1.14–3.40) *C774T polymorphisms of the NOS3* gene are associated with an increased risk of developing MS. At the same time, allele *C* (OR=0.48; CI: 0.32–0.72) and homozygous *CC* genotype (OR=0.41; CI: 0.24–0.69) are associated with a reduced risk of developing MS.

Conclusions: Carriers of the T/T genotype of the polymorphic marker of the eNOS3 gene (rs1799983) had a lower BMI, and carriers of the risk alleles of the combination of both genes had a higher level of fasting glycemia. When assessing the eNOS3 polymorphism for associations with the biochemical signs of MS, it was found that patients with CAD and MS with the T/T eNOS3 genotype showed lower levels of total cholesterol compared with carriers of the GG genotype (P=0.016).

EFFECT OF SARS-COV–2 ON THE COURSE OF CORONARY ARTERY DISEASE AND METABOLIC SYNDROME

GERUPALYA SRINIVASA MURTHY CHAITRA, ABDIEVA G.

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Aim of the study: to study the pathogenetic significance of COVID–19 in the progression of the metabolic syndrome and destabilization of coronary artery disease.

Material and methods: During the study, 147 people over 18 years of age were examined with a virus infection and all patients were distributed as follows: the main group, which included 59 patients with COVID–19 and CAD on the background of metabolic syndrome; the comparison group, which included 58 patients with COVID–19 and CAD without MS, the control group consisted of 30 healthy individuals without clinical signs of coronary heart disease and metabolic syndrome.

Results: as the results of the study showed, in women with coronary heart disease and COVID–19 against the background of MS, painless forms of coronary artery disease were 26.4% more common than women without MS. Most likely, this is due to the pre-manifest period, that is, latent type 2 diabetes mellitus and the development of diabetic neuropathy in 54% of cases in patients with coronary artery disease against the background of MS. Among men, more than 50% were smokers and anamnesis showed an earlier onset of CAD. Among hospitalized patients, type 2 diabetes mellitus was first detected in 24% of cases among patients with CAD with MS, which developed against the background of COVID–19.

During hospitalization, the glucose level: in women with coronary artery disease without MS, on average, was 7.7±2.8 mmol/l; in women with MS – 9.8±5 mmol/l; while in men without MS this indicator was 7.7±2.4 mmol/l; in men with MS – 12±4.9 mmol/l, which indicates an increased glucose level among men with CAD and MS with COVID–19. The results of the study showed that a quarter of the observed patients had persistent hyperglycemia, in whom type 2 diabetes mellitus was subsequently diagnosed for the first time.

Among patients without MS, diabetes mellitus was detected in women in 12.5% of cases, while in women with MS, type 2 diabetes developed due to COVID–19 in 60%. Moreover, it should be noted that in patients with decompensated DM among those with severe hyperglycemia, it was observed in patients with CAD with MS, which, apparently, is since severe forms of diabetes are combined with other components of MS.

The average level of TG was higher by 1.37 mmol compared to the comparison group. VLDL was also comparable higher in patients with CAD and MS. The values of serum concentrations of TC and LDL in patients with CAD were higher than the optimal values, but the intergroup differences were not significant. The average level of HDL was decreased in patients with metabolic syndrome relative to those of patients with CAD.

In patients with CAD with MS in 38 patients of the main group, the level of TG > 1.7 mmol/l, the level of HDL < 1.0 mmol/l (male), < 1.3 mmol/l (female) was observed in 40 patients which amounted to 68%.

When conducting an echocardiological study, the average values of the ejection fraction and stroke volume, calculated by the disk method, were found in the main group to be 50.93±3.63 and 26.56±2.48 ml/m2, in the comparison group –56.52±2.29 and 30.18±1.34 ml/m2, respectively.

Conclusions: A feature of the clinical course of CAD with MS in patients with COVID–19 is frequent multiple anginal attacks, cases of tachycardia, impaired rhythm variability in the form of ventricular extrasystoles, complete blockade of the left bundle branch block, ST segment elevation on the ECG, increased T-wave inversion, progression unstable angina pectoris.

In patients with coronary artery disease against the background of MS with COVID–19, an increase in the atherogenic index, mean TG level, and a decrease in mean values of serum HDL concentration were found compared with the optimal parameters and values in the group of patients without MS.

INFLUENCE OF METABOLIC SYNDROME ON THE CLINICAL COURSE OF HEART FAILURE IN PATIENTS WHO HAVE EXPERIENCED COVID–19

KUMARA VELAYUTHAM ATHITHI, ABDIEVA G.A.

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Purpose of the study: to study the effect of metabolic syndrome on the clinical course of heart failure in people who have had COVID –19

We examined 97 patients with coronary heart disease, with complications of functional class II–III CHF (FC), who had COVID –19. Of these, 49 (51%) patients with signs of MS were hospitalized in specialized departments of the center for combating COVID–19 in the city of Samarkand during 2022 and were subsequently observed on an outpatient basis for six months.

All patients were divided into two groups: group 1 included patients with chronic heart failure (CHF) and metabolic syndrome (MS) who had COVID –19 (n = 49), group 2 (control group) – patients with CHF without signs MS who had COVID –19 (n = 48). The average age of men and women was 69.47 ± 11.3 and 73.6 ± 5.4 years, respectively. In all cases, the cause of CHF development was ischemic heart disease.

Results. The functional class of CHF was determined according to NYHA criteria. Thus, FC II CHF was registered in 14% of cases (7 patients), FC III – in 86% of cases (42) among patients with chronic heart failure (CHF) and metabolic syndrome (MS) who had COVID– 19. Among patients without signs of MS, FC II CHF was registered in 29% of cases (14 patients), FC III – in 71% of cases (34). A re-examination (after 6 months) revealed a deterioration in the patients' condition and an increase in NYHA FC in 41% of patients in group 1 and 35% of patients in group 2.

In the 1st group, CHF was clinically more severe: the FC of CHF was higher (FC III in 89.2% in the 1st group and 75.7% in the 2nd group), shortness of breath at rest was observed one and a half times more often (in 21 .6% in group 1 and 16.2% in group 2), congestion in the lungs (in 54.1% in group 1 and 40.5% in group 2), severe swelling of the lower limbs (in 78.4% in group 1 and 73% in group 2), unilateral hydrothorax (in 30.6% in group 1 and 24.3% in group 2), diffuse cyanosis (in 18.9% in group 1 and 10.8% in group 2). In patients with MS, the onset of hypertension, type 2 diabetes mellitus (DM), ischemic heart disease, and the manifestation of CHF symptoms occurred earlier than in the control group. Patients of group 1 more often suffered from arterial hypertension and type 2 diabetes. The most common variants of MS were combinations of: hypertension, low HDL levels, increased fasting glycemia (45.9%); hypertension, low HDL level (13.5%); Hypertension, decreased HDL, increased fasting blood glucose, increased LDL (8.1%). As a result of hospitalization in group 1, patients were more often discharged without significant improvement – 62.2% of patients (in group 2 – 59.5%).

The results of the echocardiographic study show that patients in both groups had dilatation of the left heart. It should be noted that right ventricular hypertrophy and LV myocardial hypertrophy were significantly higher in group 1.

Thus, there is a clinically more severe course of CHF in patients with MS, which is characterized by a higher FC of CHF, the presence of MS components, and worse echocardiographic indicators.

CRITERIA FOR DIAGNOSTICS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PATIENTS WITH COVID–19 PNEUMONIA

TASHKENBAEVA E.N., KHAYDAROVA D.D., MUKHIDDINOV A.I.

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan

The purpose of the study: develop patient management tactics based on the study of the characteristics of the course of chronic obstructive pulmonary disease in patients with Covid–19 pneumonia

Research materials and methods: the research work was carried out in 2020 and 2021 in specialized departments of the COVID–19 Control Center in Samarkand, in a hospital setting, in patients with COVID–19.

Analysis of the results: the analysis confirms that patients who have undergone progressive COVID–19 based on chronic obstructive pulmonary disease and have clinically recovered have a long-term effect on the clinical state of infection. After the prescribed medical procedures, the quality of life index of the control group ranged from 35.1 ± 0.7 to 27.3 ± 1.3 points in patients in the main group from 47.6 ± 1.1 to 26.8 ± 0.2 points. When studying the clinical status of patients of the main and comparative

groups after the performed procedures, it was noted in dynamics that the indicators of the clinical status in patients of the control group changed positively from 5.5±0.3 to 3.0±0.2 points. According to these indicators, patients in the main group had from 6.5±0.2 to 3.2±0.4 points. However, in patients of the comparative group, it changed from 5.7±0.3 points to 5.1±0.4 points

Conclusions: the prevalence of arterial hypertension with the risk of cardiovascular complications among the population is due to the fact that the occurrence of ultrasound-specific features of clinical remission in Covid–19 disease allows timely identification and elimination of risk factors and concomitant conditions of arterial hypertension, the appointment of the developed therapeutic procedures allows an effective result during the treatment of patients. Patients in the main group have higher intensity of respiratory symptoms, values of the comorbidity index and the level of CRP in the blood, lower spirometric parameters compared with those of patients in the comparative group. When studying the coagulogram data, including fibrinogen, prothrombin, Mho, D-dimer, there was no noticeable difference between the main and comparative groups. However, in our observation of patients in the main group, the indicators of CRP were high for a long time. A slow increase in the level of CRP, even when compared with suitable indicators and even exceeding it, significantly increases the risk of this pathology. The inflammatory process aggravates the consequences of the disease and is an additional risk factor for the development of this process.

FEATURES OF THE COURSE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ITS COMBINATION WITH COVID–19 PNEUMONIA

KHAYDAROVA D.D., TASHKENBAEVA E.N., MUKHIDDINOV A.I.

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan

The purpose of the study: The aim of the study is to study the features of the clinical course and modern methods of diagnosing patients with chronic obstructive pulmonary disease and its combination with COVID–19 with pneumonia. **Research materials and methods:** The study included 128 patients with COPD who received treatment in the city of Samarkand in the departments of a specialized center for combating COVID–19 and were divided into two groups. Patients with COPD exacerbation made up the first group (n=45), patients in whom the disease was combined with community-acquired pneumonia (COPD+COVID–19 with pneumonia) were included in the second group. The diagnosis of COVID–19 with pneumonia was established on the basis of epidemiological, laboratory, clinical and radiological data characteristic of this disease. The control group consisted of 30 practically healthy individuals. **The results obtained as a result of the analysis:** When analyzing the clinical picture of the disease in patients included in the study, various concomitant diseases (IHD, hypertension, cerebrovascular diseases, diabetes mellitus, etc.) were identified. At the same time, the Charlson comorbidity index in patients with COPD+COVID–19 with pneumonia was higher than in patients with COPD. Impaired lung function in COPD+COVID–19 patients with pneumonia was more pronounced. In them, the values of forced vital capacity (FVC) and forced expiratory volume in the first second (FEV1) amounted to (43.5±3.1)% and (26.1±2.5)%, respectively; in patients with exacerbation of COPD, these the indicators were higher and amounted to (56.7±2.5)% and (36.3±1.6)%, respectively **Conclusions:** Identification of people with a high immunological risk of developing the disease made it possible to individualize preventive and therapeutic measures with the development of differential early preventive measures, individualized therapeutic measures that affect modifiable risk factors for the development of the disease, which contributed to the improvement of the condition and quality of life of patients in general.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID–19

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

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

Ключевые слова: *COVID–19, инфаркт миокарда, сердечно-сосудистые заболевания, кардиоваскулярный риск.*

Цель: изучить особенности течения инфаркта миокарда у лиц пожилого возраста перенесших COVID–19.

Материалы и методы исследования**.** В рамках ретроспективного исследования обследованы 128 пациентов, из них 68 пациентов пожилого возраста с инфарктом миокарда перенёсших COVID–19 (1 группа) и 60 пациентов также с инфарктом миокарда не переносивших COVID–19 (2 группа). Исследование проводилось в клинической базе кафедры кардиологии и геронтологии в 7 Городской клинической больницы г. Ташкент и центральной поликлинике Мирабадского района. При изучении амбулаторных карт анализировались сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, стабильная стенокардия, хроническая сердечная недостаточность, аритмии сердца и сахарный диабет.

Результаты исследования показали, что в наблюдаемой когорте больных превалирует коморбидный фон. В группе пациентов, инфицированных SARSCoV-2, выявляется более высокая коморбидность, частота которой увеличивается до 72 % при тяжелом течении COVID–19. При этом Артериальная гипертензия (АГ) встречалась у 72% больных, другие ССЗ, в том числе хроническая сердечная недостаточность – у 53,7 % и сахарный диабет – у 8,2 %. В 1 группе больных преобладали больные с 3 функциональным классом стабильной стенокардии напряжения (62.5%), а во 2 группе в 40% случаях. При этом выявлено, что в 1 группе пациентов в 31,2% случаев определялись более высокие функциональные классы стабильной стенокардии (III-IV), тогда как у пациентов 2 группы в 57% ФК (I, II). Полученные данные показали более высокие показатели артериального давления, так у 57% больных 1 группы была выявлена 3 степень артериальной гипертензии, в 16.3% 1 степень и 2 степень в 26.5% случаев. Во 2-группе больных АГ 2 степени была выявлена в 51% случаях, а АГ 3 степени у 28.2% больных. У подавляющего большинства пациентов с Ковидом–19 (90,5%) определялась гипергликемия на фоне СД II типа. Декомпенсация СД в данной группе отмечалась в 37% пациентов, тогда как в группе без COVID–19 изучаемый показатель составил 18%. Среди основных осложнений СД выявлялась диабетическая ангиопатия в 1 группе пациентов и составила 18%, а во 2 группе в 9% случаях.

Таким образом, проведенный анализ распространенности сопутствующих патологий у пациентов пожилого возраста, перенесших инфаркт миокарда показал, что большая их часть относится к группе пациентов, перенесших COVID–19. Больные с сопутствующими ССЗ и/или традиционными кардиоваскулярными факторами риска, в особенности у лиц пожилого возраста, у которых отмечается отличающейся тяжелым течением COVID–19, а воздействие вируса SARS-CoV–2 и других патогенных факторов присоединения вторичной инфекции с преимущественным токсическим, провоспалительным и прокоагулянтным эффектами, может привести к декомпенсации сопутствующих ССЗ в том числе развитием острого инфаркта миокарда, как на фоне острого респираторного дисстресс синдрома, так и на послегоспитальном периоде.

COVID–19 БИЛАН ОҒРИГАН КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА МИОКАРД ИНФАРКТИНИНГ КЛИНИК ТУРЛАРИНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ

Н.М.АБДУКОДИРОВА, Г.М.ТУЛАБОЕВА, А.А.ХАЛИМОВ, Н.Б.КУРБОНОВ, Х.М.САГАТОВА, Ю.Ш.ТАЛИПОВА, И.Г.АДЫЛОВА

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Илмий ишнинг мақсади: COVID–19 билан оғриган кекса ёшдаги беморларда миокард инфарктининг кечиши ва унинг клиник турларини баҳолаш.

Текширув объектлари ва усуллари**.**Тадқиқотлар Тошкент шаҳрининг Миробод туманида жойлашган марказий кўп тармоқли шаҳар поликлиникасида ва Юнус обод тумани жойлашган 7-сон шаҳар клиникасида ретропреспектив (беморларнинг амбулатор картаси ва касаллик тарихи тахлили) ва проспектив усулларда олиб борилди. Тадқиқотга 128 та кекса ва касаллик тарихида COVID–19 бўлган ва бўлмаган миокард инфарктига чалинган беморлар танлаб олинди.Текширувга жалб этилган миокард инфаркти ўтказган беморлар анамнезида COVID–19 бор ёки йўқлигига қараб кўра 2 гурухга бўлинди. 1-гуруҳ (n=68) касаллик тарихида COVID–19 қайд этилган миокард инфаркти ўтказган беморлар (асосий гуруҳ).2-гуруҳ (n=60) касаллик тарихида COVID–19 қайд этилмаган миокард инфаркти ўтказган беморлар (назорат гуруҳи). Тадқиқотда беморларнинг шикоятлари, объектив кўриг ва ЭКГ текширув натижалари инобатга олинди. Олинган маълумотларга SPSS–6.0 компьютер дастурлари пакети ёрдамида статистик ишлов берилди. Статистик аҳамиятга эга фарқлар p<0,05 бўйича ҳисобланди.

Тадқиқот натижалари. Миокард инфарктининг зарарланиш ўчоғига кўра тахлили шуни кўрсатдики, асосий гуруҳ беморларда Q– тишчали миокард инфаркти ҳолатлари 58% (n=43) ва Q– тишчасиз 37% (n=25) га тенг бўлса, назорат гуруҳда ўрганилаётган кўрсатгичлар ҳам айни рақамларда жонланди,яъни 58% (n=38) ва 37% (n=22).Миокардда заррарланиш ўчоғининг жойлашувига кўра тахлили иккала гуруҳ беморларида чап қоринчанинг олди девори кўп шикастланиши билан намоён бўлди, яъни асосий гуруҳ беморларида олди девор миокард инфаркти 63% (n=43), назорат гуруҳи беморларида эса 60% (n=36). Чап қоринча орқа девори миокард инфаркти асосий гуруҳда 36,8% (n=25) ва назорат гуруҳида эса 40% (n=24) га тенг бўлди. Вируснинг ўрта оғир тури ва оғир тури билан хасталанган беморларда МИ нинг Q– тишчали клиник турини устун бўлганлигини кўрсатди. Вируснинг ўрта оғир турида Q -тишчали МИ 24 (65%) та, оғир турида 11 та (73,3%) , енгил турида эса 7 та (44%)беморда қайд этилган бўлса, Q -тишчасиз МИ 13 (35%) , 4 (27%) ва 9 (56,2) беморда учраган.Вируснинг ўрта оғир турини бошидан ўтказган беморларда Q– тишчали МИ Q -тишчасиз МИ га нисбатан 54% (p<0,0001) юқори бўлса, оғир турини бошидан ўтказган беморларда Q– тишчали МИ учраш частотаси Q -тишчасиз МИ нисбатан 36,4% (p<0,0001) баланд бўлганлигига гувоҳ бўлдик. Вируснинг енгил тури билан хасталанган беморларда Q– тишчасиз МИ ,Q -тишчали МИ нисбатан юқори бўлди.Вируснинг ўрта оғир ва оғир турларида чап қоринчанинг олди деворида зарарланиш орқа деворига нисбатан юқори кўрсатгичга эга бўлишини кўрсатмоқда, яъни олди девордаги МИ (n=11) вирус оғир кечган беморларда орқа девордаги МИ (n=4) нисбатан 36,3% га (p<0,0001), вируснинг ўрта оғир тури билан зарарланган беморларда МИ олди деворида жойлашуви (n=26) орқа деворида жойлашувидан (n=11) 42% га (p<0,001), вируснинг енгил турини бошидан ўтказган беморларда орқа девор МИ (n=10) олди девор МИ (n=6) га нисбатан 60% (p<0,001) кўп учраши исботланди.

Хулоса қилиб шуни этиш мумкинки, COVID–19 билан зарарланган беморларда миокард инфарктининг олди деворида жойлашуви, Q– тишчали миокард инфаркти COVID–19 билан зарарланмаган беморларга нисбатан кўп учраши кузатилди. Шунинг баробарида бу санаб ўтилган миокард инфарктининг клиник кўринишлари COVID–19 нинг клиник турлари билан бевосита боғлиқ экан.

ИЗУЧЕНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID–19)

АЧИЛОВ Ф.К., ХАШИМОВ А.А., ТАЛИПОВА Ю.Ш., ТУЛАБОЕВА Г.М., САГАТОВА Х.М., АБДУКАДИРОВА Н.М.

Кафедра кардиологии и геронтологии с курсом интервенционной кардиологии и аритмологии. Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования – выявить и оценить риск возникновения аритмии сердца у пациентов пожилого и старческого возраста на фоне коронавирусной инфекции (COVID–19).

Материал и методы исследования. В научно-исследовательской работе приняли участие 120 пациентов с диагностированным нарушением ритма в остром периоде заболевания коронавирусной инфекцией (COVID–19), которые находились на стационарном лечении в г. Когон, Бухарского. Возраст пациентов варьировал от 65 до 92 лет, в среднем составил 71,2±6,7 года, женщин – 72±2,5 (55,4%), мужчин – 58±8,3 (44,6%). Всем пациентам проводились данные лабораторно-инструментальных методов диагностики (таких как общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма (Д-димер), ферритин, липидный спектр, анализ мазка из носо-/ротоглотки на SARS-CoV–2., запись электрокардиограммы, холтеровское мониторирование ЭКГ, пульсоксиметрия, компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография с последующим заполнением протоколов. По результатам проведенных обследований все пациенты нами были разделены на 4 группы в зависимости от вида выявленной аритмии. В первую группу вошли пациенты, у которых были зарегистрированы синусовые аритмии (синусовая тахикардия и синусовая брадикардия) – 37 человек (30,8%). Вторая группа – это пациенты пожилого и старческого возраста с наджелудочковыми и желудочковыми тахикардиями – 29 человек (24,2%). Самая многочисленная группа – это пациенты с экстрасистолиями – 51 человек (42,5%). В последнюю группу были отнесены пациенты с LQTS – 13 человек (10,8%). Полученные результаты обрабатывали при помощи пакета статистических программ Statistica 13.3.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования нами была выявлена закономерность, что у пациентов с артериальной гипоксемией в 1,2 раза чаще развивались наджелудочковые тахикардии, а именно фибрилляция предсердий ($p < 0,05$). Выявлено, что пациенты пожилого и старческого возраста, принимавшие такие антиковидные препараты, как противомалярийные средства в сочетании с макролидами, имеют более высокую (в 1,3 раза) частоту развития аритмий ($p < 0,05$), чем пациенты, принимающие другие антиковидные препараты (согласно Временным клиническим рекомендациям по лечению новой коронавирусной инфекции). В ходе проведенного исследования были выявлены факторы риска развития неблагоприятных исходов среди пациентов с фибрилляцией предсердий: 1) отсутствие приверженности к приему лекарственных препаратов (в частности, антикоагулянтов и антиаритмических препаратов) – около половины пациентов не принимали препараты или принимали их нерегулярно; 2) при анализе ЭКГ и ХМ-ЭКГ выяснилось, что у большинства пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий в анализируемой группе наблюдается тахисистолическая форма аритмии (частота желудочковых сокращений больше 90 в минуту); 3) почти все пациенты в анамнезе имели сердечную недостаточность II–III стадий, I–III ФК, которая у 36% пациентов на фоне коронавирусной инфекции имела тенденцию к декомпенсации.

Таким образом: выявленные в ходе проведения исследования предикторы возникновения аритмий у пациентов с перенесенным COVID–19 позволили разработать критерии высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений: наличие нарушения ритма сердца в анамнезе, декомпенсация хронической сердечной недостаточности, низкая приверженность к лечению, наличие сопутствующей патологии.

ЛАБОРАТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ COVID–19 АССОЦИИРОВАННОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ СИНДРОМЕ

[1] *ИБАДОВ Р.Р.*, [2] *АКИЛОВ Х.А.*

[1] *Республиканская специализированная больница Зангиота №1 (Ташкент, Узбекистан),*
[2] *Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Ташкент, Узбекистан*

Цель работы: изучить особенности лабораторных находок у пациентов с сердечно-сосудистыми осложнениями на фоне инфицирования COVID–19.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование. Основную группу (n = 150) составили пациенты с изменениями сердечно-сосудистой системы (ССС), связанными с COVID–19, т.е. впервые выявленная патология ССС, и пациенты с обострением кардиальной патологии на фоне COVID–19. Группа сравнения (n = 154) включала пациентов с COVID–19, однако без какой-либо значимой сопутствующей кардиальной патологии. Средний возраст пациентов в основной группе составил 67,7 лет (от 47 до 86 лет), в группе сравнения – 66,1 лет (от 48 до 88 лет). Группы исследования были репрезентативны и не отличались статистически по характеру симптомов COVID–19 и степени поражения легких.

Результаты. При сравнительном анализе лабораторных гематологических особенностей при COVID–19 у пациентов с сочетанием сердечно-сосудистой патологии и изолированным течением COVID–19 определено, что на начальных стадиях и в динамике COVID–19 в сочетании с патологией ССС характеризуется более выраженным гиперкоагуляционным синдромом, воспалительным повреждением тканей и иммунно-воспалительной реакцией со статистически значимым отличием уровней D-димера ($p < 0.001$), ферритина ($p < 0.001$), СРБ ($p = 0.03$), СОЭ ($p = 0.025$), прокальцитонина ($p < 0.001$). При COVID–19 ассоциированном с сердечно-сосудистым синдромом наблюдается более выраженная иммунно-воспалительная реакция, о чем свидетельствуют уровни лейкоцитарных индексов, которые были значительно выше в основной группе, чем в группе сравнения. Доля больных основной группы с отклонениями от нормы лейкоцитарных показателей была достоверно выше, чем в группе сравнения. У пациентов основной группы регистрировали более высокое количество лейкоцитов (средний показатель $6,4 \pm 0,09 \times 10^9$/л), чем в группе сравнения ($5,8 \pm 0,08 \times 10^9$/л; $t = 4.98$; $p < 0.001$) и нейтрофилов (средний показатель $4,6 \times 10^9$/л против $3,40 \times 10^9$/л; $t = 11.5$; $p < 0.001$). В то же время отмечено более низкое количество лимфоцитов у больных основной группы по сравнению с группой сравнения (медиана $0,7 \pm 0,01 \times 10^9$/л по сравнению с $1,0 \pm 0,01 \times 10^9$/л; $t = 13.4$; $p < 0.001$) и тромбоцитов ($188,5 \pm 3,4 \times 10^9$/л по сравнению с $213,0 \pm 4,7 \times 10^9$/л; $t = 4.22$; $p < 0.001$) соответственно. Индекс, объединяющий все расчетные данные лейко-формулы, т.е. индекс лейкоцитарного сдвига, показал, что сравнительно значимое снижение лимфоцитов и моноцитов при COVID–19 ассоциированном с сердечно-сосудистым синдромом, а также повышение количества нейтрофилов, как и ожидалось дали высокие показатели данного индекса в основной группе, со статистической разницей от группы сравнения. Средние значения исходных индексов лейкоцитарного сдвига составили $1,32 \pm 0,07$ (0,5–2,6) и $0,86 \pm 0,05$ (0,5–1,9) в основной и группе сравнения соответственно ($t = 5.35$, $p < 0.001$). В динамике данный индекс был снижен в обеих группах исследования и на 14 сутки госпитализации больных составлял $1,18 \pm 0,06$ (0,5–2,1) и $0,73 \pm 0,04$ (0,4–1,6) в основной и группе сравнения соответственно ($t = 6.24$, $p < 0.001$).

Заключение. COVID–19 ассоциированный с сердечно-сосудистым синдромом характеризуется более выраженным гиперкоагуляционным синдромом, воспалительным повреждением тканей и иммунно-воспалительной реакцией со статистически значимым отличием специфических провоспалительных маркеров и лейкоцитарных индексов.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ НАРАСТАНИЯ СТЕПЕНИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ФИБРОЗА И ИШЕМИИ МИОКАРДА С ТЯЖЕСТЬЮ И СРОКАМИ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID–19 У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

КАРПОВА И.С., СУДЖАЕВА О.А., СОЛОВЕЙ С.П.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель работы: оценка нарастания степени интерстициального фиброза и ишемии миокарда у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в зависимости от различных штаммов перенесенной коронавирусной инфекции COVID–19 и кратности заболевания.

Материалы и методы В исследование включены 135 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом: лица, перенесшие COVID–19 – 85 человек (I группа) (65,0 (62,0; 71,0) лет) и лица, не переносившие инфекцию – 50 человек (II группа) (контрольная группа) (67,9 (65,0; 72,0) лет). Время после перенесенного COVID–19 в среднем составило 0,92 (0,41; 1,30) года. Данные исследований сравнивались с показателями этих пациентов в доковидном периоде (2017–2018 г. г), имеющиеся в базе данных. Для анализа последствий перенесенной инфекции COVID–19 на ИБС у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в зависимости от сроков и тяжести инфекции пациенты были разделены на 4 подгруппы: 24 человека, переболевших COVID–19 в 2020 г. – Ia подгруппа (Юханьский штамм), 20 лиц, переболевших COVID–19 в 2021 г. – Ib подгруппа (Дельта штамм), 20 лиц, переболевших COVID–19 в 2022 г. – Ic подгруппа (Омикрон) и 21 человек, переболевших COVID–19 дважды – Id подгруппа. Определение объемной фракции интерстициального коллагена (ОФИК) в миокарде осуществлялось с применением методики косвенной оценки с помощью амплитудного анализа основных зубцов электрокардиограммы (ЭКГ) покоя в 12 отведениях и массы миокарда левого желудочка, рассчитанной по формуле, предложенной J.Shirani et al. в результате сопоставления данных прижизненной эндомиокардиальной биопсии с данными электрокардиограммы и эхокардиографии. Также оценивалась суммарная ишемия миокарда при ЭКГ– картировании в 60-ти отведениях с использованием аппаратно-программного комплекса «Интекард». Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета программ STATISTICA 7.0. Данные представлены в виде M и медиана (25-й и 75-й процентили).

Результаты. При ЭКГ– картировании миокарда у пациентов I группы после перенесенного COVID–19 увеличилось число отведений с депрессией сегмента ST и достоверно возросла суммарная амплитуда депрессии сегмента ST и отрицательного зубца T в сравнении с доковидным периодом ($p = 0,0016$). Напротив, в контрольной группе при сравнении данных 2017–2018 г.г. с 2022 г. динамики показателей выявлено не было. Причем, значительно возросла суммарная амплитуда депрессии сегмента ST ЭКГ ($p = 0,03$) и амплитуда отрицательного зубца T в Ia подгруппе, увеличилось число отведений с депрессией сегмента ST в Ib подгруппе ($p = 0,000000$). В Ic и Id подгруппах также наблюдалась тенденция к увеличению амплитуды отрицательного зубца T и суммарной амплитуды депрессии сегмента ST ЭКГ. Показатель ОФИК, характеризующий объем фракции интерстициального коллагена, имел тенденцию к увеличению после коронавирусной инфекции в первых 2 подгруппах (на 12,5% и 9,5%, соответственно), а у лиц, переболевших 2–3 раза, возрос более значительно – на 21,5%, но не претерпел изменений в группе лиц, переболевших Омикроном и в контрольной группе.

Заключение. Таким образом, имело место нарастание степени интерстициального фиброза у пациентов после Юханьского и Дельта штаммов коронавирусной инфекции и ишемии миокарда у лиц вне зависимости от штаммов перенесенной коронавирусной инфекции COVID–19 и кратности заболевания.

«РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ СОСУДИСТОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ КРОВИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ COVID–19»

КАРУЦКАЯ О.А, ОСИПОВА О.А, СЕРДЮКОВА А.В

НИУ Белгородский Государственный Университет, Белгород, Россия

Длительный COVID характеризуется длительными диффузными симптомами через месяцы после острого COVID–19. Большой интерес представляют системные биомаркеры сосудистой трансформации крови, включая ANG–1, P-SEL, MMP–1, VE-Cad, Syn–1, эндоглин, PECAM–1, VEGF-A, ICAM–1, VLA–4, E-SEL, тромбомодулин, VEGF-R2, VEGF-R3, VCAM–1 и VEGF-D, а также метаболиты коллагена и биомаркеры ремоделирования внеклеточного матрикса, включая аминоконцевый пропептид проколлагена III типа (PIIIINP), тканевой ингибитор металлопротеиназ 1 (TIMP–1) и гиалуроновая кислота (ГК) в качестве прогностических показателей у пациентов с COVID–19.

Цели: 1) измерить большое количество биомаркеров сосудистой трансформации крови у пациентов с длительным COVID по сравнению с остро больными COVID–19 пациентами и здоровыми контрольными субъектами; 2) определить относительную важность специфических биомаркеров сосудистой трансформации для прогнозирования длительного COVID.

Методы: Мы оценили результаты исследование «случай–контроль», проведенное британскими учеными с участием пациентов с длительным COVID, от одного до шести месяцев после заражения, с измерением мультиплексным иммуноанализом шестнадцати биомаркеров сосудистой трансформации крови, включая ANG–1, P-SEL, MMP–1, VE-Cad, Syn–1, эндоглин, PECAM–1, VEGF-A, ICAM–1, VLA–4, E-SEL, тромбомодулин, VEGF-R2, VEGF-R3, VCAM–1 и VEGF-D. Концентрации определяли в плазме крови человека с использованием двух различных пользовательских наборов для мультиплексированного иммуноанализа (Thermo Fisher Scientific)

Также мы оценили исследование проведенное итальянскими учеными с набором метаболитов коллагена и биомаркеров ремоделирования внеклеточного матрикса, включая аминоконцевый пропептид проколлагена III типа (PIIIINP), тканевой ингибитор металлопротеиназ 1 (TIMP–1) и гиалуроновую кислоту (ГК) в качестве прогностических показателей у пациентов с COVID–19.

Результаты: Четырнадцать биомаркеров сосудистой трансформации крови были значительно повышены у амбулаторных пациентов с длительным COVID по сравнению с остро больными COVID–19, находящимися в стационаре, и здоровыми контрольными субъектами . Был выявлен уникальный профиль из двух биомаркеров, состоящий из ANG–1 / P-SEL, обеспечивающий точность классификации для длительного COVID-статуса 96%. Специфичный для длительного COVID уровень ANG–1 был связан с женским полом и отсутствием вмешательств при лечении заболевания при последующем наблюдении. Также выявлена значительная положительная корреляция между изменениями TIMP–1 и тяжестью заболевания на основе классификации ВОЗ, предполагая, что TIMP–1 может служить неинвазивным биомаркером для прогноза при COVID–19.

TIMP–1 может быть полезным маркером фиброзной нагрузки и прогноза заболевания у пациентов с COVID–19 при первоначальном диагнозе.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ВА КОВИД– 19 БИЛАН ХАСТАЛАНГАН ЁШИ УЛУҒ БЕМОРЛАРДА ГЕМОДИНАМИК ВА БИОКИМЁВИЙ КЎРСАТГИЧЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

КУРБОНОВ Н.Б., ХАЛИМОВ А.А., ТУЛАБОЕВА Г.М., ТАЛИПОВА Ю.Ш., АДИЛОВА И.Г., ХУСАНОВ А.А.

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Кардиология ва геронтология, интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси. Тошкент. Ўзбекистон.

Илмий ишнинг мақсади. Ёши улуғ беморларда сурункали юрак етишмовчилиги ва Ковид – 19 билан хасталанган беморларда гемодинамик ва биокимёвий кўрсатгичларнинг ўзига хослигини тахлил қилиш.

Текширув объектлари ва олиб борилган усуллар.Текширувга сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) билан хасталанган ёши 60 дан юқори бўлган 103 та бемор жалб этилди. Текширувлар Тошкент шахрининг Юнус– обод туманида жойлашган 7 -сон шаҳар клиникасида амалга оширилди. Беморлар касаллик тарихида Ковид –19 бор йўқлигига кўра 2 гуруҳга бўлиндилар: 1– грух

(n=52) та бемор СЮЕ ва Ковид –19 қайд этилган беморлар, 2– гуруҳ (n=51) та бемор Ковид –19 билан зарарланмаган беморлар.Беморларни артериал қон босими назорати Коротков усулида амалга оширилди ва шунинг баробарида беморларда умумий биокимёвий текширувлар олиб борилди, яъни қондаги мочевина, креатинин, фибриноген, С– реактив оқсили ва буйрак коптокчалари фильтрация тезлиги қийматлари. Олинган натижаларга статистик ишлов берилди.Статистик жиҳатдан муҳим ўзгаришлар учун p<0,05 ишончлилиги даражаси қабул қилинди.

Текширув натижалари.СЮЕ билан оғриган ҳар иккала гуруҳ беморлари САБ ва ДАБ кўрсатгичлари борасида фарқландилар ва олинган маълумотлар статистик ишонарли аҳамиятга эга эди ((p<0,05;p<0,01). Систолик артериал босим (АБ) ва диастолик артериал босим (ДАБ) кўрсатгичлари 1– гуруҳдаги беморларда 2– гуруҳ беморларига нисбатан юқори кўрсатгичга эга эканлиги кузатилди. Юрак қисқаришлар сони (ЮҚС) томонидан ишонарли фарқ аниқланмади. Беморларнинг 1-гуруҳида умумий холестерин даражаси 16% (p<0,05)га, триглицеридлар 19% (p<0,05) га, паст зичлигдаги липопротеидлар 13% (p<0,001) ва атероген коэффициенти 41% (p<0,0001) га тадқиқотнинг 2-гуруҳидаги беморларга нисбатан юқори бўлган. Шунинг баробарида С-реактив оқсили ҳам 1– гуруҳ беморларида 2– гуруҳ беморларига нисбатан 60% (p<0,001), қондаги креатинин миқдори 28% (p<0,001), мочевина 35% (p<0,01) га юқори кўрсатгичга эга эканлиги аниқланди, аммо коптокчалар фильтрация тезлиги 1– гуруҳ беморларида 2– гуруҳ беморларига нисбатан 12% (p<0,05) паст қийматга эга экан. Фибриноген кўрсатгичи томонидан сезиларли фарқ кўзга ташланмади.

Шундай қилиб, СЮЕ билан хасталанган ёши улуғ беморларда қондаги биокимёвий кўрсаткичларнинг нормал кўрсатгичлардан фарқли бўлган ўзгаришлари СЮЕ ва Ковид –19 билан касалланган беморларда етарли даражада ўзгаришларга учраган, бу ҳолат шу беморларда СЮЕ нинг янада жадаллашувига шароит яратиб беради деган хулосага келиши мумкин.Шуни такидлаш лозимки, СЮЕ нинг ФС ортиб бориши билан барча тахлил қилинган кўрсатгичлар томонидан жиддий ва ишонарли нормал қийматдан оғишлар кузатилиб, бу ўзгаришлар Ковидга– 19 га чалинган беморларда янада яққол намоён бўлди.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИ ВА COVID– 19 ХАСТАЛИГИДА ЭКГ КЎРИНИШЛАР ТАХЛИЛИ

КУРБОНОВ Н.Б., ТУЛАБОЕВА Г.М., ХАЛИМОВ А.А., САГАТОВА Х.М., ТАЛИПОВА Ю.Ш.

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази
Кардиология ва геронтология, интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси

Илмий ишнинг мақсади: сурункали юрак етишмовчили ва COVID–19ни бошидан кечирган ёши улуғ бўлган беморларда ЭКГ кўринишларнинг касалликнинг функционал синфларига (ФС) кўра тахлил қилиш.

Текширув объектлари ва олиб борилган усуллар**.** Текширувга сурункали юрак етишмовчилиги билан хасталанган ёши 60 дан юқори бўлган 103 та ёши улуғ бемор жалб этилди. Текширувлар Тошкент шахрининг Юнус– обод туманида жойлашган 17 -сон шаҳар клиникасида амалга оширилди. Беморлар COVID– 19 бор йўқлигига кўра 2– груҳга булиндилар. 1– груҳ СЮЕ ва Ковид–19 билан 52 кишини ташкил этди, 2 -груҳ вирус билан зарарланмаган беморлар 51 кишидан иборат. Сурункали юрак етишмовчилиги ташхиси (СЮЕ) беморларнинг анамнестик маълумотларига ва ЭХОКГ текширув усулларига кўра қўйилган бўлиб, хасталикнинг ФС эса Америка кардиологик уюшмаси (NYHA) томонидан тавсия этилган тавсифнома бўйича ташхисланди. Беморларга ЭКГ текширув усули олиб борилди. Текширув усули Россиянинг ”AXION” аппаратида амалга оширилди. Олинган натижаларга статистик ишлов берилди. Статистик жиҳатдан муҳим ўзгаришлар учун p<0,05 ишончлилиги даражаси қабул қилинди.

Олинган текширув натижалари**.** 1– груҳ беморларида бўлмачалар фибрилляцияси БФ 42% (p<0,01), экстрасистолиялар (ЭКС) 47%(p<0,01), гисс тутамининг чап оёқчанинг тқлиқ қамали (ГТЧОТҚ) 25% (p<0,05), қоринчалар устки тахикардия хуружи (ҚУТХ) 36,0% (p<0,01) ва АВ қамал 28,6% (p<0,05) билан иккинчи гуруҳ беморларидан устун келди, аммо синусли тахикардия (СТ) 2– груҳ беморларида биринчи гуруҳга нисбатан 59% (p<0,01) билан юқори кўрсатгичга эга бўлди. БФ ва ГТЧОТҚ билан оғриган беморларнинг нисбати гуруҳларда СЮЕнинг ФС ортиши билан ортиб борди (p<0,05; p<0,05), шунинг баробарида СТ ҳам (p<0,05). Бу гуруҳдаги беморларда фақат 12 кишида БФ, яъни шулардан 8 (67%) таси СЮЕ нинг III ФС ва 4 (33%) таси II ФС га тўғри келди. Шу билан бирга, 5 (42%) та ҳолат пароксисмал типга, 7 (58%) эса доимий типига

тегишли. Фақат 9 та ҳолатда 1-гуруҳдаги беморларда синус брадикардияси (СБ) учради, булардан 6 (67%) таси III ФС ва 3 (33%)таси II ФС да содир бўлди. Шунинг баробарида 1-гуруҳда 15 та холатда экстрасистолия аниқланган (8 та (53%) III ФС ва 7 та (47%) II ФС), шундан 11(73%) суправентрикуляр ва 4 (29%) қоринча экстрасистоллари эди. 9 та ҳолатда ГТЎОТҚ қайд этилди; III ФС да 5 та (55,5%) ва 4 та (44,4%) II ФС да. ГТЧОТҚ 8 та ҳолатда намоён бўлди. ЭКГ кўриниш 5 (62,5%) та СЮЕ нинг III ФС ва 3 таси(37,5%) II ФС да аниқланган. ЭКГда дистрофик ўзгаришларни кўрсатадиган вальтаж кўринишининг пасайиши фақат 1-гуруҳдаги 16 (31%) беморда III ФС билан, шунингдек, 2-гуруҳда айни шу синфда бўлган 6 (12%) беморда аниқланди. ЭКГ натижалари иккала гуруҳда чап қоринча гипертрофияси ва СЮЕ нинг ФС ўртасидаги ижобий корреляцияни кўрсатди. 1-гуруҳда чап қоринча гипертрофияси 17 (33%) беморда кузатилган ва деярли бир хил частотада II ФС (n=8 (47%)) ва III ФС (n=9 (53%)) да намоён бўлди, демак беморларнинг тахминан ярмида содир бўлган. 2-гуруҳда чап қоринча гипертрофияси саккизта беморда кузатилган бўлиб, учтаси (37,5%) II ФС ва бештаси (62,5%) III ФС га тўғри келган.

Хулоса. COVID–19 ва СЮЕ бўлган ёши улуғ беморларда вирусга чалинмаган беморларга нисбатан яққолроқ парасимпатик ва симпатик вегетатив нерв тизимида ўзига хос ўзгаришлар ва етишмовчиликлар намоён бўлади. СЮЕ ФС лари билан боғлиқ ЭКГдаги патологик ўзгаришлар йўқлигининг ўзи хасталикнинг прогнозини аниқлашда қиймати юқоридир.

ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СТЕНКИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И МИОКАРДА УМЕРШИХ ПАЦИЕНТОВ С COVID–19

ХАШИМОВ А.А., АЧИЛОВ Ф.К., ТАЛИПОВА Ю.Ш., ТУЛАБОЕВА Г.М., САГАТОВА Х.М., АБДУКАДИРОВА Н.М.

Кафедра кардиологии и геронтологии с курсом интервенционной кардиологии и аритмологии. Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников. Ташкент. Узбекистан

Больные с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и/или традиционными кардиоваскулярными факторами риска, в особенности в пожилом возрасте относятся к особо уязвимой когорте, отличающейся тяжелым течением COVID–19, а воздействие вируса SARS-CoV–2 и других патогенных факторов, обладающих токсическим, про– воспалительными про -коагулянтными эффектами, может привести к декомпенсации сопутствующих ССЗ в том числе развитием острых сердечно-сосудистых событий и летальному исходу. Патогенез, морфогенез COVID–19 еще недостаточно изучен, но зачастую именно сердечно сосудистые осложнения являются причиной смерти.

Цель: на основе протоколов вскрытия изучить морфологические изменения состояния коронарных артерий и миокарда умерших пациентов с верифицированным диагнозом COVID–19.

Материалы и методы: материалом исследования служили все отделы коронарных сосудов и кусочки из миокарда стенки желудочков, умерших от COVID–19 в возрасте от 36 до 56 лет. Исследование проводилось во время первой волны заражения (июль– сентябрь 2020г.)

Результаты работы: в ходе исследования были проанализированы 35 протоколов вскрытия, пациентов, умерших с подтвержденным диагнозом COVID–19 проведенных в паталогоанатомическом бюро Ферганского вилоята. Средний возраст 56,7±4,6, из них мужчин 22 (62,9%), 13 (37,1%) женщин. Анализ документации показал, что причинами летального исхода пациентов в 31 (88,6%) случаях явились острые сердечно – сосудистые события, произошедшие в госпитальном этапе, длительность госпитализации составляла от 14 до 27 суток (21,5±1,2). Из медицинской документации выявлено, что в 33 (94,3%) случаях отмечались сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе (ИБС, АГ, ХСН, ожирение и др.), во всех случаях (100%) причинами летального исхода отмечены острые сердечно-сосудистые события. Результаты изучения гистологических материалов показали, что наиболее уязвимым сегментом являлись участки мелких артерий и артериол коронарного русла по сравнению с крупными частями этих артерий. Результаты микроскопического исследования показали, что на обзорном снимке в области расположения артерий интерстициальная ткань подвергнута сильному отеку с разрыхлением в 18 (51,4%) и распадом волокнистых структур 24 (68,6%). Дезорганизационные изменения в виде отека и разрыхления тканевых структур определяется непосредственно в стенке артерии 30 (85,7%), субэндотелиальный слой, эластическая мембрана и гладкомышечный слой полностью подвергнуты сильному отеку и разрыхлению с участками распада и некробиоза, с

мукоидным, фибриноидным набуханием с очагами фибриноидного некроза 28 (80%). В более мелких артериолах, изъятых из толщи миокарда, отмечается поражение всех слоев стенки сосуда с эритроцитарными тромбами (сладж-феномен) в деформированном просвете, это прослеживалось в 28 (80%) случаях. Микроскопия мышечного слоя была представлена беспорядочно расположенными и гипертрофированными гладкомышечными клетками, среди которых отмечается наличие лимфоидных клеток в 26 (74,3%). Особенно надо отметить, тот факт, что адвентиция и периваскулярная соединительная ткань подвергнута дезорганизационным и воспалительным изменениям с явной инфильтрацией лимфоидными клетками.

Выводы: результаты микроскопического исследования сосудов миокарда у умерших от коронавирусной инфекции показали, что больше всего поражается мелкие артерии, артериолы и сосуды микроциркуляторного русла. У умерших от ковид–19 отмечалось поражение мелких ветвей и артериол коронарных сосудов в виде эндотелиита, панваскулита и периваскулита с формированием в просвете сладж-синдрома, эритроцитарных, лимфоцитарных тромбов. В миокарде умерших от коронавирусной инфекции обнаружены характерные дегенеративные изменения в отдельных кардиомиоцитах. По-видимому, эти изменения развиваются за счет непосредственного действия патогенных факторов коронавируса на кардиомиоцит и опосредованного действия через гуморальной, иммунной, генетической и метаболической регуляции кардиомиоцитов. Подобная гистологическая картина может быть обусловлена как острым, так и хроническим процессом, поэтому представленные данные требуют дальнейшего анализа в следствии разнонаправленности результатов.

STUDY OF THE CORRELATION RELATIONSHIP BETWEEN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND PULMONARY HYPERTENSION COMORBIDING PULMONARY PATHOLOGY AND BLOOD GAS CONTENT

RUZIYEV SHAVKAT RAKHMATOVICH

Lancaster wellness clinic, Pensylvania, United states of America

The purpose of the study. Determination of the correlation between changes in blood gas composition in patients with chronic obstructive pulmonary disease and pulmonary hypertension.

Research materials and methods. 100 patients with pulmonary hypertension of various degrees of severity were taken as the object of research in the Lancaster wellness clinic with COPD. Questionnaires and scales, static methods were used to compare the obtained data (clinical, laboratory and functional-instrumental examination results). Clinical, blood gas content (SO2, PaO2, SaO2) and external respiratory parameters were determined in patients. Statistical analysis was determined using the Fisher-Student method.

Research results. The pathological process in the lungs leads to changes in the gas composition of the blood, which in turn increases pulmonary hypertension. From this point of view, it is of some scientific and practical importance to study the relationship between blood gas composition and pulmonary artery systolic pressure (PASP) at different severity levels of the disease when COPD is accompanied by pulmonary hypertension. When studied from this point of view, there is a positive correlation ($r = 0.3$; $P < 0.03$) between PASP and the partial pressure of carbon dioxide in the blood (pCO2) in patients with II severity of the disease in our observation, a negative reliable correlation with the partial pressure of oxygen (pO2) ($r = -0.3$; $P < 0.02$) was found. These indicators are respectively $r = 0.54$ in the III degree of severity of the disease; $P < 0.001$ and $r = -0.6$; $P < 0.001$. In addition, there was a negative correlation ($r = -0.34$; $P < 0.03$) between the level of blood oxygen saturation (sO2) and PASP in this group of patients. In patients with COPD with pulmonary hypertension of the IV severity level, there was a positive correlation ($r = 0.5$; $P < 0.001$) between PASP and the partial pressure of carbon dioxide in the blood (p CO2), a negative reliable correlation ($r = 0.5$; $P < 0.001$) with the partial pressure of oxygen ($pO2 = -0.36$; $P < 0.02$). A negative correlation ($r = -0.36$; $P < 0.02$) was noted between the level of blood oxygen saturation (sO2) and PASP in this group. In the identified correlations, it was confirmed that there is an organic connection between blood gas composition and pulmonary hypertension observed in COPD. In this case, an increase in the partial pressure of carbon dioxide in the blood leads to an increase in pulmonary hypertension, and an increase in the partial pressure of oxygen leads to its decrease.

Summary. The identified correlations and the conducted analysis confirm that there is an organic relationship between the main blood gas content and pulmonary hypertension indicators, as well as between not only the right but also the left parts of the heart.

ASSESSMENT OF COMORBID PATHOLOGY PREVALENCE AND GENDER CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

URINOV O.U.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology, Tashkent, Uzbekistan

This study aims to investigate the prevalence of comorbid pathology among patients with cardiovascular diseases (CVD) who sought consultation at a specialized medical cardiology center in Tashkent, Uzbekistan.

Materials and Methods: The study included 452 CVD patients with comorbid pathologies who sought consultation at the outpatient clinic of the Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Cardiology. The study collected data on medical history, physical examination findings, central hemodynamic parameters, instrumental diagnostic methods, and general clinical and biochemical analyses. Statistical analysis was performed using the Statistica 8.0 software package (Statsoft Inc., USA). Qualitative data were presented as absolute numbers (n) and percentages (%), and the chi-square test was used for intergroup comparisons.

Results: The analysis of comorbid pathology among different groups revealed that carbohydrate metabolism disorders were more prevalent among females, with 31.2% of women and 15.6% of men suffering from diabetes ($p < 0.001$). Thyroid disorders and varicose veins were also more common among women compared to men (22.4% and 16.0% vs. 3.36% and 9.5%, respectively) ($p < 0.001$). Although the proportion of smokers was higher among men, there were no significant intergroup differences in the prevalence of chronic bronchopulmonary diseases ($p > 0.05$), except for bronchial asthma, which was more frequently observed among women (2.4% vs. 1.5%, $p = 0.002$). In terms of gastrointestinal and genitourinary pathologies, men had a higher prevalence of chronic hepatitis (23.8% vs. 6.1%, $p = 0.079$) and urolithiasis (18.6% vs. 8.0%, $p = 0.028$) compared to women. No statistically significant differences were found for other comorbidities ($p > 0.05$). The assessment of comorbidity levels also revealed no significant intergroup differences ($p > 0.05$). However, overall, a moderate level of comorbid pathology was observed in the population, with 68% among women and 71.4% among men. Laboratory data analysis showed that median glucose levels and total cholesterol, LDL cholesterol, and triglyceride levels were higher among women ($p < 0.001$). Median creatinine levels and glomerular filtration rate were higher among men (115 mmol/L and 88.6 ml/min/1.73m² vs. 88.0 mmol/L and 77.4 ml/min/1.73m², respectively) ($p < 0.001$). Coronary angiography results did not show significant intergroup differences in the number of affected coronary arteries. However, the presence of prognostically unfavorable three-vessel disease was more prevalent in both groups (40.0% and 43.1%). The incidence of left main coronary artery stenosis of 50% or more was similar between men and women ($p = 0.239$).

Conclusion: Among patients with stable ischemic heart disease, the average level of comorbidity was observed in 68.0% of women and 71.4% of men, while a high level was present in 16.8% and 15.6%, respectively. Comorbidities more frequently found in women included diabetes, thyroid disorders, bronchial asthma, and varicose veins, while in men, arterial stenosis of the lower extremities and chronic obstructive pulmonary disease were more

AGE-RELATED FEATURES OF COMORBID PATHOLOGY IN PATIENTS UNDERGOING ELECTIVE CORONARY BYPASS SURGERY

URINOV O.U.

Republican specialized scientific and practical medical center of cardiology, Tashkent, Uzbekistan

The purpose of the study was to study a group of patients with age-related characteristics and comorbid pathology in patients with cardiovascular disease (CVD) who needed coronary bypass surgery (CABG).

Material and Methods: The study was carried out based on the data of patients who visited to the outpatient clinic at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology (RSSPMCC) with a selection and analysis of the detection of comorbid pathology with age-related features in patients with CVD who needed coronary angiography for further identification of multi-vessel lesions and CABG in the period 2018–2021. 205

patients were enrolled in this study (163 (79.5%) men and 42 (20.50%) women). For the statistical purposes mean values (M), standard deviations (SD) were calculated. The value of $p<0.05$ was taken as the statistical significance of the differences.

Results: The majority of patients – 99 (48.4%) in the analyzed register were aged 51 to 60 years. The age of 71 (34.8%) patients ranged from 61 to 71 years. Patients aged 71 years and over accounted for 9.3% ($n=20$). At the same time, the number of patients referred for elective CABG with previous acute coronary events was the highest among young patients. So, if among patients under the age of 50 years, 11 (73.3%) had at least one myocardial infarction (MI) in history (60.0% and 50.0%, respectively), then in the age group of 71 years and older patients was significantly less – 60.0% ($p=0.002$). Moreover, among young patients, with a history of more than two MI prevailed (13.3% and 10.0%, respectively). With increasing age, the history of stroke/TIA increased from 6.7% to 15.0%, respectively. Smoking with increasing age showed a downward trend (33.3% and 15.0%, respectively). The increase in age was associated with an increase in the proportion of patients with chronic pyelonephritis: from 13.3% in the group of patient's ≤ 50 years and up to 40.0% in the group of patient's ≥ 71 years. In addition, in patients of the older age group, thyroid pathology (hyper / hypothyroidism) was detected more often (20.0%) compared to patients aged 50 years and younger, where this pathology was determined by 6.7%. It turned out that the average values of the Charlson index did not differ significantly depending on the patient's age group.

Conclusion: An increase in patients' age is associated with an increase in cardiovascular comorbidity in the absence of a significant increase in non-cardiovascular comorbidities. With the age of patients, the history of CVA/TIA increased among older patients.

Key words: coronary artery bypass grafting, comorbid pathology, ischemic heart disease, age-related features, Charlson index.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: СОЧЕТАНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА С РЕДКИМ ГЕНЕТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЕККЕЛЯ

НУРУЛЛАЕВ Р.Р., СОБУРОВ С.М., ХАЖИЕВ Б.С. САГИРОВ А.М.

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

Врожденные патология сердечно-сосудистой системы представляет собой все более серьезную проблему в здравоохранении. В последние годы частота заболеваний органов кровообращения в детском возрасте возросла в несколько раз. Это связано, во-первых, улучшением диагностики при патологии органов кровообращения, во– вторых, улучшением поиск этиологического фактора сердечной патологии. Если до недавнего времени в качестве ведущей причины рассматривалось влияние вирусов и вредных факторов на кардиогенез с последующим формированием врожденных пороков сердца (ВПС), то научные исследования последних лет свидетельствуют об огромной роли в формировании различной патологии сердца генетических факторов.

Сопутствующая патология может иметь различное влияние на состояние ребенка, часто определяя прогноз более существенно, чем сам ВПС: различные наследственные заболевания могут значительно осложнять развитие ребенка, затруднять хирургическое лечение порока сердца и приводить к осложнениям в пред– и послеоперационном периоде, а в некоторых случаях даже могут ставить под сомнение целесообразность хирургической коррекции.

Синдром Секкеля (птицеголовые карлики, Seckel Syndrome) – это редкое наследственное заболевание, для которого характерна задержка внутриутробного развития, низкорослость после рождения, очень маленький размер головы (микроцефалия), различная степень умственной осталости. Синдром Секкеля является неоднородным генетическим заболеванием, которое может быть связано с мутациями в генах, расположенных на хромосомах 3,14,18, наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Впервые синдром описали Тревор Мани и Александр Рассел в 1959 году. Гельмут Секкель в 1960 году опубликовал статью, в которой привёл результаты обследования двух собственных пациентов и литературные данные о 24 больных, имевших сходные клинические проявления, а термины «птицеголовая карликовость» и «наноцефалия» принадлежат Рудольфу Вирхову. Частота встречаемости в популяции составляет 1: 10 000 случаев.

Мы наблюдали больного с редким синдромом Секкеля, у которого диагностирован открытый артериальный проток в сочетании с коарктацией аорты.

Приводим собственное клиническое наблюдение больного Э., 8 лет, 12кг. Мальчик находился

в отделении детской кардиохирургии Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Кардиологии и Кардиохирургии региона Приаралья с 06.06.2022 г. по 17.06.2022 г. Поступил с жалобами на умеренная одышка при ходьбе, отставания в физическом и умственном развитии, общая слабость. Из анамнеза в раннем детском возрасте выявлен генетическое заболевания и открытий артериальный проток. Была проведена ЭхоКГ: КДР–48мм, КСР–27 мм, КДО ЛЖ–111мл, шунт из аорты в легочную артерию, градиент на нисходящей аорты 36 мм.рт.ст. Заключение: ВПС. Открытий артериальный проток. Коарктация аорты. Консультирован кардиохирургом, врачом генетиком, детским неврологом. Установлен диагноз «ВПС. Открытий артериальный проток с коарктацией аорты. Синдром Секкеля. В 2022г июнь месяц больному выполнено операция «Левостороная боковая торакотомия, перевязка ОАП». Гемодинамический значимый коарктации аорты не обнаружено. Послеоперационный период протекал без осложнении. Экстубация через два часа после операции. На вторые сутки переведен в отделении. Выписан в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки после операции. Контрольная ЭхоКГ перед выписки: КДР–35мм, КСР–21мм, КДО ЛЖ–51 мл (исходный–111мл).

Заключение: больные с генетическими заболеваниями должны обследоваться на выявления наличие патологии органов кровообращения.

ПЛАНАРНЫЙ ПАТЧ-КЛАМП И МЕТОДЫ ПАТЧ-КЛАМП-СПЕКТРОСКОПИИ В КАРДИОЛОГИИ: РЕФЕРЕНСНЫЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ЭКСПЕРИМЕНТЫ НА ПУТИ К МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

ОРЕХОВ Ф.К., АДАМОВИЧ Е.Д., ГРАДОВ О.В.

ФИЦ ХФ РАН, Отдел динамики химических и биологических процессов

Введение. Планарный патч-кламп (planar patch-clamp) является эффективным средством скрининга в фармакологии, институционализированным в молекулярной биологии более 15 лет назад [PMID: 18998092]. Создание планарных полимерных патч-кламп-электродов и кремниевых подложек в 2000-е гг. [PMID: 15578213; 6595156; 20830714] и создание микрофлюидных чипов и перфузируемых камер соответствующего данной технологии фармакологического скрининга, хотя ещё в первой половине-середине 2000-х гг. выходили работы по разработке микрофлюидных чипов для планарного патч-клампа, а первый «benchmark study» чипа для планарного патч-клампа относится к 2003 г. [PMID: 15090240; PMID: 16608289]. На данный момент существуют автоматизированные и роботизированные схемы планарного патч-клампа, в том числе – доступные в продаже и в обслуживании [PMID: 19197268; PMID: 23529429; PMID: 26702021]. В России этот метод не распространен, однако до 2022 года на рынке РФ были доступны и лицензированы приборы уровня «Patchliner» с планарным патч-клампом, регистрирующим до 8 клеток синхронно [PMID: 19149489; 22303293; 31868992]. Инструменты «Patchliner» могут использоваться в скрининге hERG и иных сердечных ионных каналов (в соответствии с CiPA) [PMID: 17939752]. Известны работы по анализу кинетики hERG каналов [PMID: 15799960] (в том числе каналов типа Ca(V)1.2) [PMID: 19367686], а также P2X-рецепторов [PMID: 31646497] (роль которых в молекулярной кардиологии и, следовательно, кардиоваскулярной фармакотерапиии общеизвестна [PMID: 22859669]). Кроме того, в исследованиях механочувствительных ионных каналов сердца могут быть применены возможности патч-кламп с механическим пьезоэлектрическим или кантилеверным возбуждением и силовой спектроскопией в планарном патч-кламп [PMID: 17933465; 22174731; 22015778].

Цель исследования

Цель исследований – апробация методов патч-кламп-спектроскопии (или -спектрометрии) на несинтетических данных записей планарных патч-клап-регистрограмм (патч-кламп на чипе) с известной «легендой» / метаданными (размеченные данные).

Материалы и методы. В нашей работе 2017 г. («Cellular Therapy and Transplantation») апробирована DIY-система планарного патч-клампа, созданная в РФ на базе компонентов, ввезенных из Германии, однако в настоящей работе нами используются референсные зарубежные файлы записей планарного патч-клампа, находящиеся в открытом доступе. В качестве методов анализа и диагностики на нейросети предлагается / апробируется ряд специальных методов DSP, отличных от преобразования Фурье

Результаты и выводы. Показывается, что «патч-кламп-спектроскопия» (получение спектров патч-кламп-данных с использованием методов DSP) с множества клеток является репрезентативным подходом, применимым в клеточной диагностике.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

ПАХОМОВА Т.Ю.[1], АСАНОВА Г.К.[1,2], КАДИРОВА П.Р.[1], КОКЕБАЕВА М.К.[1], КОЖАНТАЕВА Л.Ж.[1]

[1]АО «Центр сердца Шымкент», г. Шымкент, Республика Казахстан;
[2]Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

Оказание эффективной медицинской помощи требует внедрения в деятельность ЛПУ современной системы сестринских услуг. В статье рассматриваются вопросы организации работы среднего медиинского персонала в отделении функциональной диагностики (ОФД).

Ключевые слова: функциональная диагностика, средний медиинский персонал

Медицинские сестры выполняют в ОФД разнообразные, но четко очерченные функции, являются важными членами команды и ключевыми сотрудниками отделения. Некачественное выполнение медицинской сестрой своих обязанностей может привести к получению некачественной записи результатов, и, неизбежно, к неправильному или неполному заключению со стороны врача. Все вышесказанное накладывает на медицинскую сестру ОФД высокую ответственность, требует от нее высокого профессионализма, глубоких знаний, специальных профессиональных умений и компетенции. Выделение специальности медицинской сестры регламентируется приказом МЗРК № ҚР ДСМ–305/2020 от 21 декабря 2020 года, зарегистрированном в Министерстве Юстиции РК 22 декабря 2020 года №21856 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения», в целях реализации подпункта 42 статьи 7 Кодекса РК от 7 июля 2020 года « О здоровье народа и системе здравоохранения». В ОФД НАО «Центр сердца Шымкент» проводятся основные методы исследования органов кровообращения. В обязанности медицинской сестры входит: вызов пациента на обследование, их подготовка к исследованию, регулирование очередности исследований, предварительная запись, регистрация пациентов и ведение медицинской документации, общая подготовительная работа по обеспечению функционирования диагностической аппаратуры, повседневные мероприятия по поддержанию санэпид режима и техники безопасности. При этом медицинская сестра самостоятельно проводит регистрацию ЭКГ, устанавливает регистраторы для ХМЭКГ и СМАД, готовит пациента для проведения ВЭМ и ЭхоКГ. Медицинская сестра должна уметь ориентироваться в результатах исследований и принимать решение о тактике ведения пациентов в отсутствие врача, нередко именно медицинская сестра кабинета ЭКГ заподозрит наличие у больного инфаркта миокарда, опасные для жизни нарушения ритма и проводимости. Она должна четко знать свои действия в этой ситуации. При проведении нагрузочных тестов может развиться приступ стенокардии, повышение АД и другие нарушения. Медицинская сестра должна быть ориентирована в оказании помощи в этих случаях.

Таким образом, работа медицинской сестры отделения функциональной диагностики интересная, ответственная, требующая высокой квалификации и постоянного совершенствования в профессии.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТРОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ С СОПУСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

САФАРОВА Х., КАРИМОВ Д., УЗАКОВА С.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.

Цель работы: изучить значение комплексного предоперационного обследования больных с послеоперационными вентральными грыжами, изучить возможные осложнения при наличии какой-либо патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, их профилактика, и применение на практике более информативного метода обследования.

Материалы и методы исследования: исследование состояло из двух частей: ретроспективного и проспективного. Группу ретроспективного исследования составили 86 больных, поступивших за период 2020–2021 гг., а группу проспективного исследования – 56 больных, поступивших за 2022 год. При предоперационной подготовке больных с послеоперационными вентральными

грыжами ретроспективной группы из лабораторно-инструментальных методов исследования использовали: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки и ЭФГДС. А при предоперационной подготовке больных с послеоперационными вентральными грыжами проспективной группы в список лабораторно-инструментальных методов исследования были включены также Эхо-КГ и допплерография вен нижних конечностей.

Результаты исследования: при исследовании ретроспективной группы (n=86) частота возникших осложнений составила 16,27% (14), из которых осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдалось у 9 (10,4%) больных, возникшие в разные сроки послеоперационного периода. Из осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы были: переход ХСН со стадии компенсации в стадию субкомпенсации, и со стадии субкомпенсации в стадию декомпенсации у 4 (4,65%) больных; развитие ишемической болезни сердца у 2 (2,32%) больных; нарушение ритмопроводимости сердца у 4 (4,65%) больных. А при исследовании ретроспективной группы (n=56) частота возникших осложнений составила 10,71% (6), из которых осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдались у 3 (5,35%) больных, возникшие в разные сроки послеоперационного периода. Из осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы были: переход ХСН со стадии компенсации в стадию субкомпенсации, и со стадии субкомпенсации в стадию декомпенсации у 1 (1,78%) больного; нарушение ритмопроводимости сердца у 2 (3,57%) больных, а развития ишемической болезни сердца в данной группе не наблюдалось, что было связано с проведением Эхо-КГ и допплерографии вен нижних конечностей, которая позволила выявить существующий тромб в циркулирующей системе крови, в результате чего проводилась тромболитическая терапия, которая была направлена на профилактику возможных осложнений в виде тромбоэмболии лёгочной артерии, закупорку коронарных артерий тромбом и другие.

Заключение: Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж должно быть комплексным, с обязательным привлечением смежных специалистов и диагностическими процедурами в виду высокой распространенности у пациентов сопутствующих заболеваний.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ В КОМОРБИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ХАСАНЖАНОВА Ф.О.[1,3], САИДОВ М.А.[2], НИЗАМОВ Х.Ш.[3], КУШНАЗАРОВ Р.С.[3], МУХТАРОВ С.Н.[3]

Самаркандский государственный медицинский университет;
Ташкентский национальный детский медицинский центр;
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования – оценить тяжесть течения сердечно-сосудистой системы (ССС) в полиморбидности с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с позицией их клинико-функциональной особенностью и эффективностью комплексной терапией.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 64 больных с гипертонической болезнью (ГБ) и ХОБЛ в возрасте от 39 до 68 лет, госпитализированных в отделение артериальной гипертензии **Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК)**. Средний возраст больных составлял 57±11 лет. Из них женщины составили 24 (37,5%), мужчины составили 40 (62,5%) больных. Все больные проходили все необходимые клинические-инструментальные исследования. Во время лечения всем больным в динамике проводились ОФВ1, ЭКГ и ЭхоКС, что позволило верифицировать диагноз. Все больные согласно по классификации GOLD, (2007г.) в зависимости от тяжести течения ХОБЛ были разделены на 4 группы. У 53 больных ХОБЛ отмечалось ГБ I и II стадий, у 11 больных III стадии. У больных с легким течением ХОБЛ цифры АД достигали до лечения 150/100 мм рт.ст., в группе больных со среднетяжелым течением – 170/100 мм рт.ст. Больные с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ в сочетании с ГБ в исследование не вошли. При лечение больных с ГБ и ХОБЛ было применено препараты из группы антагонистов кальция и блокаторов ангиотензиновых рецепторов.

Результаты исследования. Во время лечения у всех больных показатели АД стабилизировались и составили 130/80 мм рт.ст. у больных с легким течением ХОБЛ и 140/90 мм рт.ст. – со среднетяжелым течением. При изучении рентгенограмм грудной клетки и данных ЭКГ и ЭхоКС, было выявлено гипертрофия как правого, так и

левого желудочков. Изучение сократительной способности миокарда, по данным фракции выброса (ФВ): показало, что в первой группе ФВ составляла до лечения 59,3% и 61,4% после лечения; во второй группе показатели ФВ составили 52,3% до лечения и 56,4% после лечения. Отмечена взаимосвязь и вариабельность сердечного ритма и функционального состояния респираторной системы. У 64 обследованных больных с ХОБЛ пароксизмальная наджелудочковая тахикардия было выявлено у 18– ти больных: у 3-х больных – из первой группы, 14-и больных – из второй группы, у 9-и – из третьей группы. Единичные желудочковые экстрасистолы отмечены у 31-х пациентов (в 1-й группе не отмечены, у 21-х – во 2-й группе, у 10-ти – в 3-й группе). В лечении нарушений ритма использовали верапамил. Комплексное лечение больных ХОБЛ в сочетании с патологией ССС дало улучшение во всех группах.

Заключение: таким образом проведенные исследования показал, что у больных с ХОБЛ утяжеляется течение сердечно – сосудистой патологии. В коморбидности ХОБЛ с ГБ приведет к гипертрофии обоих желудочков, ухудшается сократительная способность миокарда. ХОБЛ сопровождается нарушением ритма сердца: чем выше стадия ХОБЛ, тем чаще выявляются нарушения ритма. Средством выбора лечения ГБ у больных ХОБЛ являются антагонисты кальция и АРА II блокаторы. Нарушения ритма поддавались терапии верапамилом. Исследование показало, что комплексное лечение даёт значительное улучшение в состоянии больных в незапущенных случаях.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА РЕСПИРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА

ШИШКО В.И., КУЧИНСКИЙ К.А., ФАБРИЧНЫХ Е.Ю., КАРПОВИЧ О.А., БУДРЕВИЧ О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Распространенность синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) во взрослой популяции населения достигает 16%. СОАС рассматривается как независимый фактор риска развития артериальной гипертензии (АГ), а его тяжесть коррелирует с уровнем артериального давления (АД) и является одной из основных причин становления резистентной АГ.

Цель исследования. Оценить влияние АГ на респираторные показатели у пациентов с АГ I-II, ассоциированной с СОАС и выявить связь с циркадными колебаниями АД.

Материал и методы. Обследовано 14 пациентов с СОАС (группа 1) и 42 пациента с АГ I-II степени, ассоциированной с СОАС (группа 2). Всем пациентам проводилась оценка клинических признаков и маркеров СОАС, для верификации СОАС проводили респираторное мониторирование (РМ) на SOMNOchek micro WM 94500 (Германия), а также суточное мониторирование АД (СМАД) на WatchBP 03, Microlife (Швеция). Анализ полученных данных выполнялся с помощью статистического пакета Statistica 10.0.

Результаты. В 1-ой группе средний возраст пациентов составил 51,0 (44,0; 56,0) лет, удельный вес – мужчин 10 (71,42,9%), во 2-ой группе 53,0 (44,0; 57,0) лет и 31 (73,8%) соответственно, группы были сопоставимы возрасту ($p=0,18$) и полу ($p=0,058$). Основные показатели РМ у пациентов 1-ой группы: индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) – 10,6 (7,3; 18,1) в час), средняя продолжительность апноэ (СПА) – 14,0 (12,5; 16,5) сек., средняя сатурация кислорода (SpO2)– 95,0 (94,0; 96,0) %, индекс десатурации (ИД) – 1,9 (0,5; 4,9), количество пробуждений, связанных с респираторными событиями (AAIresp) – 5,8 (3,0; 7,4), время $SpO2<95\%$ – 18,3 (12,4; 51,6) мин.; во 2-ой группе: ИАГ – 13,0 (9,0; 20,5) в час, СПА – 15,0 (13,0; 18,0) (с), SpO2 – 94,0 (92,0; 94,0) (%), ИД – 7,6 (4,8; 15,1), AAIresp – 9,1 (5,6; 13,4), время $SpO2<95\%$ – 145,4 (104,3; 245,2) мин. Пациенты с АГ/СОАС характеризовались бóльшим количеством пробуждений, связанных с респираторными событиями – AAIresp ($p=0,011$); бóльшим количеством десатураций ($p=0,00058$); более продолжительным временем, в течение которого сатурация была менее 95% ($p<0,0001$). При проведении корреляционного анализа установлено наличие обратной связи между количеством десатураций и средним уровнем САД ночью ($r=0,79$; $p=0,021$), средним уровнем ДАД днём ($r=0,74$; $p=0,035$).

Выводы. АГ является фактором, отягощающим течение СОАС, увеличивая количество пробуждений, связанных с респираторными событиями ($p=0,011$), с более низкими показателями SpO2 ($p=0,0024$), более частыми ($p=0,00058$) и продолжительными эпизодами десатурации ($p<0,0001$). Количество эпизодов снижения насыщения крови кислородом более чем на 4% от исходной (индекс десатурации) сильно коррелировало с более высокими значениями САД ночью ($r=0,79$; $p=0,021$) и ДАД днём ($r=0,74$; $p=0,035$).

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Оказание высокотехнологичной кардиологической помощи в Узбекистане
Фозилов Х.Г.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии 3

ТЕЗИСЫ

МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

«ПРЕВЕНТИВНАЯ КАРДИОЛОГИЯ: ОТ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДО КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ»

КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ORGANOPROTECTIVE EFFICACY OF DETERMINING THE EFFECTS OF PERINDOPRIL AMLODIPINE IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH HIGH AND VERY HIGH RISK
Fayzullayeva.Sh.S,, Xamidullaeva. G.A., Abdullaeva.G.J., Yusupova.X.F., Bekmetova.S.I., Yuldasheva.A.D., Masharipov.Sh.M., Ibragimova.I.A.
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology Tashkent, Republic of Uzbekistan 10

GLOBAL LONGITUDINAL STRAIN IN ASSSESSMENT OF PROGNOSIS IN MYOCARDIAL INFARCTION IN YOUNG ADULTS
Karimov B.S., Bekmetova F.M., Doniyorov Sh.N., Ilkhomova L.T., Bekmetova S.I., Khotamova M.N, Arslonov S.F.
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology, Tashkent, Uzbekistan 11

BEVACIZUMAB-INDUCED ARTERIAL HYPERTENSION IN THE PARADIGM OF THERAPY WITH DIHYDROPYRIDINE CALCIUM CHANNEL BLOCKERS
Khlyamov S.V.
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kursk State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kursk, Russia 11

ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF VENTRICULAR SEPTAL DEFECTS COMPLICATED WITH HIGH PULMONARY HYPERTENSION
Saiganov V.I.
Specialized Scientific and Practical Medical Center for Cardiology and Cardiac Surgery of the Aral Sea Region, Khorezm Region, Republic of Uzbekistan 12

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF CARDIOVASCULAR SYSTEM PARAMETERS AND METABOLIC PROFILE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE WITH AND WITHOUT NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE
D. Yusupalieva, U. Nizamov
Tashkent Medical Academy; Republican Specialized Scientific-Practical medical centre of cardiology Tashkent, Uzbekistan 13

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТАБИЛИЗАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
Абдуллоева М. Д., Ташкенбаева Э. Н., Худойназаров Д. А., Таджиев Т. И.
СамГМУ Самарканд, Узбекистан 13

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ РИСКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НИЗКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ
Антюх К.Ю., Григоренко Е.А., Митьковская Н.П.
ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г.Минск, Республика Беларусь 14

КОРПОРАТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СНИЖЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: МОДНЫЙ ТРЕНД ИЛИ БАЗОВАЯ ПОТРЕБНОСТЬ?

Анциферова А.А., Концевая А.В., Драпкина О.М.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия 15

ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Атаходжаева Г.А., Коракулова З.Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан 16

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНОГО РУСЛА
Васильев Д.К., Руденко Б.А., Шаноян А.С., Шукуров Ф.Б., Фещенко Д.А., Драпкина О.М. 17

ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ, г. МОСКВА, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
СТРЕСС: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВКЛАД В ВЫЖИВАЕМОСТЬ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ИСХОДЫ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ. *18*

ИШЕМИК ВА ДИЛАТАЦИОН КАРДИОМИОПАТИЯЛАРДА ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИОМАРКЕРЛАРИ ВА ЧАП ҚОРИНЧА РЕМОДЕЛЛАНИШИ ОРСИДАГИ БОҒЛИҚЛИК
Гуломов Х.А., Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Курбонова Д.Ш.
Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази 19

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОСТОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ
Джаббаров О.О., Муллабаева Г.У., Шарипов И.М
Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии. ... 19

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА III КЛАССА ПРИ КУПИРОВАНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕЭФФЕКТИВНОЙ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИЕЙ
Дзаурова Х.М., Зельберг М.А., Миронов Н.Ю., Юричева Ю.А., Беляева М.М., Соколов С.Ф., Голицын С.П.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский – исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Москва 20

КОРОНАР ТОМИРЛАРНИ ЗАРАРЛАНИШИГА КЎРА TAFI ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ
Закирова М.Б., Нуриллаева Н.М.
Тошкент тиббиёт академияси 21

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ СТЕПЕНИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА К ПРОФИЛАКТИКЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
Зохидов Дж.М., Нуриллаева Н.М.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан 21

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЗНАЧЕНИЙ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТРОПОНИНА Т У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ
Кароматов С.И.
Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии 22

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЗВЕНЬЕВ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
А.И. Королев, А.А. Федорович, А.Ю. Горшков, В.А. Дадаева, К.В. Омельяненко, М.Г. Чащин, О.М. Драпкина
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия; 23

НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НИЗКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА
Мингалимова А.Р.
Научный руководитель: д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, Драпкина Оксана Михайловна
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, Москва, Россия 24

ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Миноварова Ч.А., Атаходжаева Г.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан 25
ЭКОНОМИКА ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Муканеева Д.К., Концевая А.В., Игнатьева В.И., Драпкина О.М.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация 26
COVID–19 КАСАЛЛИГИДА ЮРАК ҚОН ТОМИР АСОРАТЛАРИ ХАВФИ БИЛАН АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ АВЖ ОЛИШИ, КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ
Мухиддинов А.И., Ташкенбаева Э.Н., Хайдарова Д.Д.
Самарқанд давлат тиббиёт университети. 26
НЕОКУСПИДАЛИЗАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА В СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
Намозов Х.С.
Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан 27
ХАРАКТЕРИСТИКА ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
Носирова Д.А., Усаров Ш.А., Уроков А.Х.
Резиденты магистратуры по специальности кардиология СамГМУ, Самарканд, Узбекистан 28
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ЛИЦ БЕЗ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА
Рогожкина Е.А., Джиоева О.Н., Иванова А.А., Тимофеев Ю.С., Драпкина О.М.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия 29
МИНИИНВАЗИВНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХСН, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
Рустамов Б.Е.
СП ООО Многопрфильный медицинский центр «Эзгу Ният», Ташкент, Узбекистан *29*
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК
Савичева А.А., Бернс С.А.
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» МЗ РФ, Москва, Россия 30
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И ЭЛЕКТИВНОЙ РОТАЦИОННОЙ АТЕРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КАЛЬЦИНИРОВАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
Стаферов А.А. На конкурс молодого ученного
Студент 6 курса лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России. Г. Москва, Российская Федерация. 31
БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ ТУРЛИ ШАКЛЛАРИНИНГ РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КАРДИОЛОГИЯ ИЛМИЙ АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ МАСЛАҲАТ ПОЛИКЛИНИКАСИГА МУРОЖААТ ҚИЛГАН БЕМОРЛАРДА ЁШ ВА ЖИНСГА КЎРА ТАРҚАЛГАНЛИГИ
Ўралов Ҳ.И., Зокиров Н.У., Ўринов О.Ў, Алиева З.Ҳ.
Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон 32
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛ/АМЛОДИПИН У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА
Файзуллаева Ш.С., Хамидуллаева Г.А., Абдуллаева Г.Ж., Юсупова Х.Ф., Бекметова С.И., Юлдашева А.Д., Машарипов Ш.М., Ибрагимова И.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии Ташкент, Республика Узбекистан 33
ДИЕТОЛОГИЧЕСКАЯ И НУТРИЦЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА D
Хасанова Г.Х., Тухтаева Н.Х.
Ташкентский международный университет Кимё, Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан 34

ПОКАЗАТЕЛИ СИГНАЛУСРЕДНЕННОЙ ЭКГ У БОЛЬНЫХ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ
Худойберганов О.К.
Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан 35

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОВЫШЕННОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ
Юлдашева А.Д., Хамидуллаева Г.А.
Республиканский специализированный научно-практический центр кардиологии, г. Ташкент, Республика Узбекистан 36

КИШЕЧНАЯ МИКРОБИОТА НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА
Яфарова А.А., Дементьева Е.Д., Злобовская О.А., Шептулина А.Ф., Киселев А.Р., Драпкина О.М.
ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, ФГБУ «Центр стратегического планирования» ФМБА России 36

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА. РЕГИСТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

MIOKARD INFARKT «EPIDEMIOLOGIK YO'L» VODIY IQLIMIY SHAROITIDA O'ZIGA XOSLIGI
Mamasaliev N.S., Usmonov B.U., Abdurahmonov B.M., Mirzaolimova M.A., Babayeva D.P, Jumaboyev O.T.
RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O'zbekiston 38

«ARTERIAL GIPERTONIYANI KVINTESSENSIYASI» GIPERTONIYA KRIZINI VODIY SHAROITIDA EPIDEMIOLOGIK TAFSILOTLARI VA PROFILAKTIKASINING XUDUDIY YO'NALISHLARI
Mamasaliev N.S., Nurdinov Sh.B., Abduraxmonov B.M., Mirzaolimova M.A., Babayeva D.P., Oxunov U.K
RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O'zbekiston 38

ИЗМЕНЕНИЯ В ХАРАКТЕРЕ ПИТАНИЯ МУЖЧИН С ПОДРОСТКОВОГО ДО ВЗРОСЛОГО ВОЗРАСТА: РЕЗУЛЬТАТЫ 28-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Дадаева В.А., Карамнова Н.С., Розанов В.Б., Концевая А.В., Котова М.Б., Иванова Е.И., Драпкина О.М.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия 39

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ СТЕПЕНИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА К ПРОФИЛАКТИКЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
Зохидов Ж.М., Нуриллаева Н.М.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан 40

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ФАКТОРАХ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ
А.Н. Коробейникова, М.В. Беззубцева
Инновационная академия профессионального развития «ДокСтарКлаб», Севастополь, Российская Федерация 40

ЕНГИЛ, ЎРТАЧА ОҒИР ВА ОҒИР АРТЕРИАЛЬ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ФЕРМЕРЛИК ФАОЛИЯТИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ АҲОЛИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ ЖИҲАТЛАРИ
Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Турсунов Х.Х., Абдурахмонов Б.М.
Андижон давлат тиббиёт институти 41

ЯККАЛАНГАН АРТЕРИАЛЬ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ
Мамасолиев Н.С., Нишонова Н.А., Турсунов Х.Х., Абдурахмонов Б.М.
Андижон давлат тиббиёт институти 42

ОРГАНИЗАЦИЯ «ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Расулова З.Д., Шайхова У.Р.
Центральная консультативно-диагностическая поликлиника №1 Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан 42

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН
Таиров М.Ш.
Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии. 43

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

STUDY OF THE PREVALENCE OF SMOKING AND ARTERIAL HYPERTENSION IN RURAL AREAS
Nabibullaeva Sh.Z., Shukurdjanova S.M..,Boynazarova A.,Nuritdinova N.B., Makhmudova M.S.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan 44

STUDY OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS
Nabibullaeva Sh.Z., Shukurdjanova S.M..,Makhmudova M.S.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan 45

ARTERIAL GIPERTONIYA BOR BEMORLARDA KOMORBIDLIK XUSUSIYATLARI
Tairov M.Sh, Jurayeva X.I.
Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro sh, O'zbekiston
RIKIATM Buxoro viloyat mintaqaviy filiali, Buxoro sh, O'zbekiston 45

АССОЦИАЦИЯ G894T ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS3 С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Абдуллаева Г.Ж., Раджапова Г.М., Пулатова М., Шербадалова Н., Закирова Д.В., Ибрагимова И.А., Шукурова Д.Ю., Машкурова З.Т. Абдуллаев А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан
Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан 46

ВЗАИМОСВЯЗЬ T786C ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS3 С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Абдуллаева Г.Ж., Раджапова Г.М., Пулатова М., Шербадалова Н., Закирова Д.В., Ибрагимова И.А., Шукурова Д.Ю., Машкурова З.Т. Абдуллаев А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан; Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан 47

БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САННИТАРИЯ ЁРДАМИ МУАССАСАЛАРИ ФАОЛИЯТИДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШИ
Атаниязов Х.Х., Хамидуллаева Г.А
Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудий филиали, Нукус, Ўзбекистон; Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон 48

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШИДА ХАВФ ОМИЛЛАР ВА НИШОН АЪЗОЛАР ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ЎЗАРО БОҒЛИҚЛИГИ
Атаниязов Х.Х., Хамидуллаева Г.А
Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудий филиали, Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази 49

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КРИЗЛИ КЕЧИШИНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИНИ АНИҚЛАШДА СКРИНИНГНИНГ АҲАМИЯТИ
Атаниязов Х.Х., Хамидуллаева Г.А
Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудий филиали, Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази 49

КЛИНИЧЕСКМЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРАПИДИЛА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У ЖИТЕЛЕЙ ПРИАРАЛЬЯ
Атаниязов Х.Х., Хамидуллаева Г.А.
ГУ «Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии» МЗ РУз, г. Ташкент 50

ИЗУЧЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ
Газиева Х.Ш., Турсунбаев Р.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан. 51

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Жемуратова Р. Е.
Каракалпакстанский Республиканский территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии. г. Нукус Республика Каракалпакстан ,Узбекистан 52

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИНГ ШИФОКОРЛАРНИНГ ДАВО КЎРСАТМАЛАРИГА МАЖБУРИЯТИ ВА АМБУЛАТОР ШАРОИТИДА ОЛИБ БОРИЛГАН ТЕКШИРУВЛАР НАТИЖАСИНИНГ ЎЗИГА ҲОСЛИГИ
Камолов Б.Б., Тулабоева Г.М., Абдукодирова Н.М., Саидов Х.Х, Сагатова Х.М., Муминов С.Дж.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази..... 53

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН АМБУЛАТОР КУЗАТУВ ШАРОИТИДАГИ БЕМОРЛАРДА "АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ" МАКТАБИДАН КЕЙИНГИ САМАРАДОРЛИКНИ БАҲОЛАШ
Камолов Б.Б., Тулабоева Г.М., Турсунов Х.Х., Абдукодирова Н.М., Толипова Ю.Ш.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази..... 54

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СОЧЕТАННОЙ С ДОРСОПАТИЕЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
Кароматов С.И.
Бухарский областной территориальнқй филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии...... 55

ПРЕДИКТОРЫ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Машарипов Ш. М., Хамидуллаева Г. А., Абдуллаева Г. Ж., Курбанов Р.Д.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент..... 55

G894T ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS3 И РЕЗИСТЕНТНАЯ АРТЕИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Машарипов Ш.М., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А., Курбанов Р.Д., Закирова Д.В., Абдуллаев А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан
Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан..... 56

ВЗАИМОСВЯЗЬ T704C ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА AGT С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Машарипов Ш.М., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А., Курбанов Р.Д., Закирова Д.В., Абдуллаев А.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан;
Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан..... 57

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Муллабаева Г.У., Максудова Л.О., Таиров М.Ш.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии (РСНПМЦК); Бухарский областной территориальный филиал РСНПМЦК
Бухарский медицинский институт..... 58

ДИАГНОСТИКА СОКРАТИМОСТИ СЕРДЦА В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА И КАРДИАЛЬНОМ Х-СИНДРОМЕ
Навджуанов И., Эмомзода И.Х., Гайратова Н., Одинаев Ш.Ф.
Кафедра внутренних болезней N1 ТГМУ им.Абуали ибни Сино, г. Душанбе..... 59

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ ГИПОТИАЗИДОМ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
Навджуанов И., Эмомзода И.Х., Одинаев Ш.Ф., Халикова Н.А.
Кафедра внутренних болезней N1 ТГМУ им.Абуали ибни Сино, г. Душанбе..... 59

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВА АТЕРОСКЛЕРОЗ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ УЧРАШ ЧАСТОТАСИ, ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА КЎРСАТМАЛАР
Одилова Н.Қ. , Мавлонов Н.Х.
Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро вилоят минтақавий филиали;
Бухоро давлат тиббиёт институти..... 60

АССОЦИАЦИЯ rs6817105 ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PITX2 С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Раджапова Г.М., Абдуллаева Г.Ж., Закирова Д.В., Пулатова М.Т., Шербадалова Н.Х., Хатамова М.Н., Машкурова З.Т., Ибрагимов Н.Н., Абдуллаев А.А.[2], Садуллоева М.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, 2-Центр передовых технологий Ташкент, Узбекистан 61

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Сейтжанова Г.М.[1], Асанова Г.К., Тоимбетова М.А., Пахомова Т.Ю., Базарбаев Н.Ш., Сайлау Е.М.
НАО «Центр сердца Шымкент», Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан 62

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
Чарыева А.К., Акмурадова М.Х., Иламанова Д.К., Аннаев Б.Х.
Государственный медицинский университет Туркменистана им. М. Гаррыева, Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии (Ашхабад, Туркменистан) 62

УЧ КОМПОНЕНТЛИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВ ДОРИЛАРНИ ЭРКИН ВА ФИКСАЦИЯЛАНГАН КОМБИНАЦИЯСИНИ АРТЕРИАЛ БОСИМНИ МАҚСАДЛИ КЎРСАТКИЧГА ЭРИШИШИДА ҚИЁСИЙ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ
Шукурова Д.Ю., Файзуллаева Ш.С., Алиходжаева Ф.А., Машарипов Ш.М., Сафаров Ж.Б., Хамидуллаева Г.А.
Республика Ихтисослаштирилган Кардиология Илмий Амалий маркази. 63

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И АТЕРОСКЛЕРОЗ

TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND CONCOMITANT BRONCHIAL ASTHMA
Bekmetova F. M., Arziyeva Y.B.
Republican Clinical Hospital №1, Tashkent, Uzbekistan 65

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА РАЗВИТИЕ КОРОНАРНОГО СТЕНОЗА
Абдусаматов А.Х., Нуриллаева Н.М., Юлдашев Н.П.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан 66

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ 10-ЛЕТНЕЙ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПОВЫШЕННЫМ ЛИПОПРОТЕИНОМ (а)
Алиева Р.Б., Шек А.Б., Абдуллаев А.А., Хошимов Ш.У., Низамов У.И., Ахмедова Ш.С., Кан Л.Э., Ходиметова Ш.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз (РСНПМЦК), Центр передовых технологий при Министерстве инновационного развития РУз 66

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ (ГЕСГ) В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Алиева Р.Б., Шек А.Б., Хошимов Ш.У., Ахмедова Ш.С., Кан Л.Э., Ким А.Р., Абдуллаев А.А.
РСНПМЦ Кардиологии МЗ РУз, Центр передовых технологий Министерства Высшего образования, науки и инноваций, г. Ташкент, Узбекистан. 67

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ С КОРОНАРНЫМ КАЛЬЦИНОЗОМ НА ФОНЕ ПРИЕМА СТАТИНОВ У пациентов с ишемической болезнью сердца
Алиева Р.Б., Курбанова Б.Г., Ахмедова Ш.С., Ходиметова Ш.А., Ким А.Р., Кан Л.Э., Шек А.Б.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан 68

ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ МОДЕЛЕЙ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ИБС С СД 2 ТИПА И СОХРАННОЙ ФВ ЛЖ (Сообщение 1)
Алимова Д.А., Тригулова Р.Х., Абдуллаева С.Я., Мухтарова Ш.Ш., Насырова Х.К.
ГУ Республиканский специализированный научно–практический медицинский центр кардиологии Ташкент, Узбекистан, [2]Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз Ташкент, Узбекистан 68

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Пулатов Н.Н., Азизов Ш.И.
ГУ«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент Узбекистан 69

МЕНЕДЖМЕНТ ДИСЛИПИДЕМИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
Григоренко Е.А., Руммо О.О., Митьковская Н.П.
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Государственное учреждение «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Республика Беларусь 70

УРОВНИ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ГОРМОНОВ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ
Каштанова Е.В., Полонская Я.В., Спиридонов А.Н., Стахнёва Е.М.
Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», Новосибирск, Россия
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия 71

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Ким А.Р., Алиева Р.Б., Ахмедова Ш.С., Ходиметова Ш.У., Шек А.Б.
Республиканский специализированный научно практический центр кардиологии Ташкент, Узбекистан 71

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ЛОКУСА –819 C/T (rs1800871) ГЕНА IL–10 В ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н.
Самаркандский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней и кардиологии №2, Самарканд, Узбекистан..... 72

АССОЦИАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ С КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ИБС
*Низамов У.И., Алиева Р.Б.***,** *Ахмедова Ш.С., Хошимов Ш.У., Кан Л.Э.,*
Тригулова Р.Х., Шек А.Б.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан..... 73

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОЙ ОСТАТОЧНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ И ВОСПАЛЕНИЯ НА ТЯЖЕСТЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА
Нурмухаммад Ф.Н., Научный руководитель Жангелова Ш.Б.
Международный казахско-турецкий университет имени Х.А Ясауи, г.Туркестан, Республика Казахстан;
Казахский национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан..... 73

РОЛЬ ГОМОЦИСТЕИНА В ОЦЕНКЕ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Расулова З.Д., Шайхова У.Р., Нуритдинова М.Д.
Центральная консультативно-диагностическая поликлиника №1 Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан..... 74

АЁЛЛАРДА МЕНОПАУЗАДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА МИОКАРДНИНГ ОҒРИҚСИЗ ИШЕМИЯСИ
Рахматова Ш.М., Зубайдуллаева М.Т., Нуритдинова Н.Б.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан 75

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОГО СЕРДЦА
Трошина А.М., Григоренко Е.А., Дубовик Т.А., Гребенюк И.А., Завалей Е.А., Худницкая В.С., Валентюкевич А.В., Мищанчук Е.А., Митьковская Н.П.
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь..... 76

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА L-АРГИНИНА И ЛЕВОКАРНИТИНА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Тулабоева Г.М., Сагатова Х.М., Талипова Ю.Ш., Юлдашев Н.П., Абдукадирова Н.М., Адилова И.Г., Хусанов А.А.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников..... 77

НАРУШЕНИЕ АКТИВНОСТИ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
Усманов Б.Б., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р.[1], Тохтасинов А.А., Гофуров Н.Р.[2], Китьян С.А.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан;
Андижанский филиал РСНПМЦ кардиологии, Андижан, Узбекистан 78

ДИНАМИКА ВЫРАЖЕННОСТИ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С НИЗКОЙ ФВЛЖ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АКШ OFF PUMP
Фозилов Х.Г., Абдуллаев Т.А., Шарипов И.М., Цой И.А.
Республиканский Специализированный Научно-практический медицинский центр кардиологии (Ташкент, Узбекистан) 78

РОЛЬ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ
Хасанжанова Ф.О.
Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан 80

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО НОСИТЕЛЬСТВА ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ЛИПИДТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ НА СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И СТЕПЕНЬ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
Эшпулатов А.С., Хошимов Ш.У, Шек А.Б.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан 81

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

CURRENT STATUS OF OFF-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS
Alyyev R.M. (1), Agoyliyeva B.A. (2), Abdyyev B.A.
Hospital with scientific and clinical center of cardiology
Turkmen state medical university named after Myrat Garryyev 82

EARLY SURGICAL MYOCARDIAL REVASCULARIZATION IN NON-ST-SEGMENT ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME
Alyyev R.M., Agoyliyeva B.A., Abdyyev B.A.
Hospital with scientific and clinical center of cardiology
Turkmen state medical university named after Myrat Garryyev 82

ELABORATION AND IMPLEMENTATION OF METICULOUS STRATIFICATION OF ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS IS A KEY POINT OF SUCCESESSFUL REPERFUSION CENTRE FUNCTIONING IN THE MULTIFUNCTIONAL EMERGENCY CENTRE
O.Koval, A.Skoromna, S.Simonova, E. Chernichko
Dnipro state medical university (DSMU), Dnipro, Ukraine;
Dnipro hospital of emergency care, Dnipro, Ukraine 83

VODIY AXOLISIDA O'TKIR MIOKARD INFARKTINING «ZAMONAVIY QIYOFALANISHI»
Mamasaliyev N.S., Abdurahmonov B.M, Mirzaolimova M.A, Babayeva D.P, Jumaboyev O.T, Oxunov U.K.
RIKIATM AF va AndDavTI, Andijon, O'zbekiston 83

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Алимов Д.А., Мухамедова Б.Ф., Турсунов Х.М., Назарова М.Х., Казаков Б.О., Уролов Ш.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г.Ташкент, Узбекистан 84

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКО-ИНВАЗИВНОЙ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST
Алимов Д.А., Мухамедова Б.Ф., Турсунов Х.М., Назарова М.Х.,
Салахитдинов Ш.Н., Казаков Б.О., Уролов Ш.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г.Ташкент,Узбекистан 84

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ «СИМПТОМ-БАЛЛОН» НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST
Алимов Д.А., Мухамедова Б.Ф., Турсунов Х.М, Назарова М.Х., Казаков Б.О., Уролов Ш.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан 85

РАННЯЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST.
Алыев Р.М., Агойлиева Б.А., Абдыев Б.А.
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии (1)
Туркменский государственный медицинский университет имени Мырат Гаррыева 86
ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Алыев Р.М., Агойлиева Б.А., Абдыев Б.А.
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии (1)
Туркменский государственный медицинский университет имени Мырат Гаррыева 86
НАЗНАЧЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
Гофуров Н.Р., Тохтасинов А.А., Узбекова Н.Р., Усманов Б.Б., Китьян С.А.
Андижанский филиал РСНПМЦ кардиологии, Андижан, Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан 87
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЯ
Лаханов А. О., Низамов Х. Ш., Жумаев Ф. А., Нарзикулов У. З., Юсупов Т. Ш.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан
Самаркандский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии..... 88
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
Лаханов А.О., Низамов Х.Ш., Шеров Ж.А., Иброхимов Ф.Х., Кушназаров Р.С.
Самаркандский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии..... 89
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ТЕЧЕНИИ 1 ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА-МИОКАРДА МЕТОДАМИ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ
Равшанов Н., Ахмедов Д.Д., Пекось О.А.
Научно-исследовательский институт развития цифровых технологий и искусственного интеллекта, Ташкент, Узбекистан 90
РАЗРАБОТКА ОНЛАЙН-ПЛАТФОРМЫ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ И КОНТРОЛЯ ПРОГРАММ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
Равшанов Н., Ахмедов Д.Д., Пекось О.А.
Научно-исследовательский институт развития цифровых технологий и искусственного интеллекта, Ташкент, Узбекистан..... 91
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРЕДИКТОРОВ НЕБЛАГ ОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST
Рахматуллаев А.А., Саидов М.А., Хасанжанова Ф.О., Низамов Х.Ш., Абдухаликов А.А.
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии,
Ташкентский национальный детский медицинский центр
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан 92
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST
Рахматуллаев А.А., Саидов М.А., Хасанжанова Ф.О., Низамов Х.Ш., Ачилова Ш.С.
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии; Ташкентский национальный детский медицинский центр;
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан 93
ОЦЕНИТЬ КЛИНИКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
Рузиева А.А., Саидов М.А., Хасанжанова Ф.О., Низамов Х.Ш., Рахматуллаев А.А.
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Ташкентский национальный детский медицинский центр;
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан 94

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЙ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST
Саидов М.А., Хасанжанова Ф.О., Низамов Х.Ш., Рахматуллаев, Юсупов Т.Ш.
Ташкентский национальный детский медицинский центр;
Самаркандский государственный медицинский университет;
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан..... 94

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Саидов М.А., Ботиров Д.А., Маллаев И.У., Хамдамов О.Д., Аскаров И.К., Исакова Ю.Н.
Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан 95

МОДИФИКАЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О., Назарова З.Ш., Исомиддинова З.Ш., Худойбердиев А.А.
Самаркандский государственный медицинский университет
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинский помощи..... 96

ВЛИЯНИЕ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ДИНАМИКУ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА
Фазилбекова З.Н., *Даминов Б.Т.*
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан 97

ИЗУЧИТЬ ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА
Хушназаров Р.С., Саидов М.А., Хасанжанова Ф.О., Низамов Х.Ш., Истамова С.С.
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии;
Ташкентский национальный детский медицинский центр;
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан 97

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У КОМОРБИДНЫХ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ
Хушназаров Р.С., Саидов М.А., Хасанжанова Ф.О., Низамов Х.Ш., Абдивалиев Б.К.
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Ташкентский национальный детский медицинский центр;
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан 98

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Хушназаров Р.С., Саидов М.А., Хасанжанова Ф.О., Низамов Х.Ш., Абдивалиев Б.К.
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии,
Ташкентский национальный детский медицинский центр
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан 99

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Щепетин Н.В., Орлова Н.В., Якушев Ю.Ю.
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия..... 100

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

EFFECTS OF SPECIFIC TRAINING PROTOCOL AND STANDARD MEDICAL THERAPY ON CHRONIC HEART FAILURE PATIENTS
Asomov M., Franzoni F., Atakhodjayeva G., Scarfo G., Fusi J.
Department of Clinical and experimental medicine, Cardiology; University of Pisa, Italy;
Department of Internal medicine; Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan..... 101

FEATURES OF CHANGES IN THE LEFT VENTRICLE OF THE HEART AND KIDNEY DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE
Gazieva H.Sh., Usmanov D.A.
Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan..... 102

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
Алиев Ж.С.
Бухарский филиал Республиканского центра экстренной медицинской помощи..... 102
РОЛЬ ВОСПАЛЕНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
Асрарова З.Д.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан 103
ОСНОВНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В РСНПМЦК УЗБЕКИСТАНА
Гуломов Х.А., Абдуллаев Т.А., Фозилов Х.Г., Цой И.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии. .. 104
ИШЕМИК ВА ДИЛАТАЦИОН КАРДИОМИОПАТИЯЛАРДА ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИОМАРКЕРЛАРИ ВА ЧАП ҚОРИНЧА РЕМОДЕЛЛАНИШИ ОРСИДАГИ БОҒЛИҚЛИК
Гуломов Х.А., Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Курбонова Д.Ш.
Республика Ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази..... 105
ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И УРОВЕНЬ БИОМАРКЕРА ST2 У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
Гулямов Х.А., Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Ахматов Я.Р.
ГП Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз 105
ЗНАЧЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II И СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.
Кенжаев М.Л., Ахмедов А.Л., Аббосов С.Л.
Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г.Бухара..... 106
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ХСН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА
Курбанов Н.А., Умеров С.Ю., Исоков М.Д., Куйсинбаев Э.Ф.
Джизакский филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии..... 107
ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: СИСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК
Мацкевич С.А., Бельская М.И.
ГУО Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск, Республика Беларусь
ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г.Минск, Республика Беларусь . 107
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОПТИМАЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА
Сабуров М.К., Абдуллаев Т.А.
Центральный госпиталь МВД РУз..... 108
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ. ПЕРЕХОД ВО ВЗРОСЛУЮ ГРУППУ НАБЛЮДЕНИЯ
Симоненко М.А., Федотов П.А., Сазонова Ю.В., Ситникова М.Ю., Николаев Г.В., Гордеев М.Л., Карпенко М.А., Вершинина Т.Л., Васичкина Е.С., Первунина Т.М.
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ..... 109
ОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ АГРЕССИВНОЙ КАРДИОЛОГИИ
Суйгенбаев Д.Ж., Асанова Г.К., Сейтжанова Г.М., Балабекова А.К., Асанбекова Б.П., Калыбаев А.Т.
НАО «Центр сердца Шымкент», Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан.....110
ДИНАМИКА БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ОТВЕТОМ НА СЕРДЕЧНУЮ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ
Халикова А.Б., Абдуллаев Т.А., Цой И.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии. Ташкент. Узбекистан 110

НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МИОКАРДА И ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

TAKAYASU'S ARTERITIS AS A RARE CAUSE OF GROUP 4 PULMONARY HYPERTENSION
Mashkurova Z., Nabibullaeva Sh.
Republican specialized scientific and practical medical center for cardiology, Tashkent, Uzbekistan.....112
MORROU BO`YICHA MIOEKTOMIYA AMALIYOTI AMALGA OSHIRILGAN GKMP TASHXISLI BEMORLARDA ELEKTROKARDIOGRAFIK O`ZGARISHLAR
Rasulova N.Z., Abdullayev T.A., Mirzaraximova S.T.
Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, O`zbekiston 113
РОЛЬ ВОСПАЛЕНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
Асрарова З.Д.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан.....113
ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИЕЙ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Ачилова. Х.Б
Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии.....114
ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И УРОВЕНЬ БИОМАРКЕРА ST2 У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
Гулямов Х.А., Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Ахматов Я.Р.
ГП Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз 115
СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИОННОГО МИОКАРДИТА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН.
Жалолов Б.З. Турниёзов А.А. Турсунов Ш.Ж. Зарипов С.З.
Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи (РНЦЭМП) Навоийнский Филиал. Узбекистан. г. Навои. Узбекистан 115
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН.
Кенжеханова Р.Н.
Областная клиническая больница Управления здравоохранения Туркестанской области г. Шымкент, Республика Казахстан.....116
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
Кенжеханова Р.Н.
Областная клиническая больница Управления здравоохранения Туркестанской области г. Шымкент, Республика Казахстан.....117
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
Курбанов Н.А., Умеров С.Ю., Абдурахмонов С.М., Норкулов Н.А.
Джизакский филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии.....117
ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
Курбанов Н.А., Умеров С.Ю, Мирзаев Ш.А., Шодмонов А.М.
Джизакский филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии.....118
ПРОГНОЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЗА ПЯТИЛЕТНЫЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ
С.Т. Мирзарахимова, Т.А. Абдуллаев, И.А. Цой, О.К. Худойберганов
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии. Ташкент. Узбекистан.....119
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЭНДОКАРДИТА
Саидов М.А., Низамов Х.Ш., Маллаев И.У., Хамдамов О.Д. Ахмадов М.А.
Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан..... 120

ВЗАИМОСВЯЗЪ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ИЗМЕНЕНИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ
Худойберганов О.К., Абдуллаев Т.А., Кеворков А.Г, Цой И.А., Мирзарахимова С.Т., Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан 120
ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ХСН У БОЛЬНЫХ ЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
Цой И.А., Мирзарахимова С.Т., Абдуллаев Т.А. Худойберганов О.К., Ходиметова Ш. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии Ташкент. Узбекистан 121

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

INFLUENCE OF LOW-CALORIE DIET THERAPY ON PARAMETERS ENERGY METABOLISM IN OBESITY PATIENTS
Bekmetova F. M., Arziyeva Y.B.
Republican Clinical Hospital №1, Tashkent, Uzbekistan 122
METABOLIK SINDROM VA D VITAMINI TANQISLIGI: KLINIK VA LABORATOR KORRELYATSIYALAR
Xasanova G.X.[1], To'xtaeva N.X.
[1]Toshkent Kimyo Xalqaro Universiteti, [2]Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, Toshkent,O'zbekiston 122
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Атаходжаева Г.А., Арипова Д.Ш.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент 123
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Атаходжаева Г.А., Миноварова Ч.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан 124
КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Атаходжаева Г.А., Арипова Д.Ш.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент 125
ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА МАКРОВАСКУЛЯР АСОРАТЛАР ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ НАЗОРАТИ
Бадритдинова М.Н., Таиров М.Ш., Язмурадов Ф.А.
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон 126
МЕТАБОЛИК АСОРАТЛАНГАН СЕМИЗЛИКДА ЛЕПТИН (LEP) ГЕНИНИНГ G2548A ПОЛИМОРФИЗМИ АЛЛЕЛ ВА ГЕНОТИПЛАРИНИ УЧРАШ ДАРАЖАСИ
Р.К.Дадабаева
Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон 127
СЕМИЗЛИККА ЧАЛИНГАН АЁЛЛАРДА БУЙРАК ТЎҚИМАЛАРИ ЗАРАРЛАНИШИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ
Р.К.Дадабаева
Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон 128
ЗНАЧЕНИЕ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
Каюмов У.К., Нуриллоева Ш.Н.
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г.Бухара 129
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ
Мухамедова М.Г., Ташходжаева А.А.
ВМА ВС РУз, ВМНИИ, ЦРПКМР при МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан 130
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА КУРЕНИЯ
Нахратова О.В., Центер И.М., Сваровская П.К., Цыганкова Д.П., Баздырев Е.Д., Артамонова Г.В.
Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово 650002, Российская Федерация 130
ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ
Г.К.Овезова, Г.Г.Аннамырадова, Г.Г.Розыева, Дж.Г.Мухаммедова
Государственный медицинский университет имени Мурата Гаррыева, Ашхабад, Туркменистан 131

ГОРМОНЫ ЖИРОВОЙ ТКАНИ И МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ
Полонская Я.В., Каштанова Е.В., Ледовских С.Р., Стахнева Е.М., Шрамко В.С., Садовский Е.В., Гарбузова Е.В., Рагино Ю.И.
Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», Новосибирск, Россия.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия
Новосибирский государственный технический университет, Новосибирск, Россия 132

ОЦЕНКА ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ КАК ФАКТОРА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Расулова З.Д., Нуритдинова М.Д.
Центральная консультативно-диагностическая поликлиника №1 Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан 132

2 ТУР ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА КОМОРБИДЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА КАРДИОМЕТАБОЛИК ХАВФ ОМИЛЛАРИ
Таиров М.Ш., Бозорова Н.З., Адизова Н.Д.
Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Бухоро вилоят минтақавий филиали;
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон 133

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА

COMPARATIVE ANTIARRHYTHMIC EFFICACY OF AKSARITMIN AND PROPAFENONE IN THE TREATMENT OF RECURRENT FORMS OF ATRIAL FIBRILLATION
Kuchkarov H.Sh., Zakirov N.U., Mirahmedova N.S.
Republican Specialized Scientific Practical Medical Center Of Cardiology, Tashkent, Uzbekistan 134

БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ ВА ТУРЛИ КОМОРБИД ҲОЛАТЛАР
Зокиров Н.У., Ўралов Ҳ.И, Ирисов Дж.Б., Ўринов О.Ў.
Республика Ихтисослаштирилган Кардиология Илмий Амалий Тиббиёт Маркази, Тошкент, Ўзбекистон 135

ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: ПОВЫШЕННЫЙ РИСК ИНСУЛЬТА
Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан 136

ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
Истамова С.С., Низамов Х.Ш., Кушназаров Р.С., Маллаев И.У., Усмонов М.С.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Кардиологии Самаркандский филиал. Узбекистан, Самарканд 137

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА LEU293PRO ГЕНА CYP3A4 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННОГО СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АМИОДАРОНА
Колоцей Л.
УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь 138

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT – НОВЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОАРИТМОГЕННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫМ УДЛИНЕНИЕМ ИНТЕРВАЛА QT
Колоцей Л.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь 139

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКСАРИТМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
Кучкаров Х.Ш., Закиров Н.У., Хазраткулов Р.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан 140

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКСАРИТМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ
Кучкаров Х.Ш., Закиров Н.У., Мирахмедова Н.С., Хазраткулов Р.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан 141

ОСОБЕННОСТИ В ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Низамов Х.Ш.,Хасанжанова Ф.О., Саидов М.А., Кушназаров Р.С., Рустамова С.Б.
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии
Самаркандский государственный медицинский университет
Ташкентский национальный детский медицинский центр, Самарканд, Узбекистан..... 142

ОСОБЕННОСТИ В ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Низамов Х.Ш., Хасанжанова Ф.О., Саидов М.А., Кушназаров Р.С., Рустамова С.Б.
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии;
Самаркандский государственный медицинский университет;
Ташкентский национальный детский медицинский центр, Самарканд, Узбекистан..... 143

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИИ ПРЕДСЕРДИЙ
Низамов Х.Ш., Хасанжанова Ф.О., Саидов М.А., Кушназаров Р.С., Давронова С.З.
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии;
Самаркандский государственный медицинский университет;
Ташкентский национальный детский медицинский центр, Самарканд, Узбекистан..... 144

ОЦЕНКА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О., Рофеев М.Ш., Хайдарова А.Ю., Сафарова Ф.Х.
Самаркандский государственный медицинский университет;
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинский помощи..... 145

МИОКАРД ИНФАРКТИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА QT ИНТЕРВАЛИ КЎРСАТКИЧЛАРИГА СТЕНТЛАШ АМАЛИЁТИНИНГ ТАЪСИРИ
Турсунов Э.Я., Закиров Н.У., Кеворков А.Г.
Республика Ихтисослаштирилган Кардиология Илмий Амалий Тиббиёт Маркази, Тошкент, Ўзбекистон 146

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ АРИТМОЛОГИЯ

КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
Амиркулов Б.Д., Эркабаев Ш.М., Амиркулов Р.Ж., Султонов Б.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии. Ташкент, Узбекистан 147

РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СРТ-Д УСТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Амиркулов Б.Д., Эркабаев Ш.М., Амиркулов Р.Ж., Султонов Б.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии Ташкент, Узбекистан 148

КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОВЕДЕНИЯ И ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ
Амиркулов Р.Ж., Фозилов Х.Г., Амиркулов Б.Д., Эркабаев Ш.М., Султанов Б.А., Сайфиддинова Н.Б., Содикова Г.Д.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан..... 148

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (СИНДРОМ ВОЛЬФА–ПАРКИНСОНА–УАЙТА)
Амиркулов Р.Ж.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан 149

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРОШАЕМЫХ И ОБЫЧНЫХ КАТЕТЕРОВ У БОЛЬНЫХ С НЕСЕПТАЛЬНЫМИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПРОВОДЯЩИМИ ПУТЯМИ
Амиркулов Р.Ж., Фозилов Х.Г., Амиркулов Б.Д., Эркабаев Ш.М., Султанов Б.А., Сайфиддинова Н.Б., Содикова Г.Д.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан 149

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ О ОСОБЕННОСТИ ИНДУКЦИИ АТРИОВЕТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ У ПАЦИЕНТА С РЕДКИМ ПРИСТУПОМ В НЕИНДУЦИРУЕМЫХ СЛУЧАЯХ
Каримов Ж. Хамидов И. Ачилова Ш Турсункулов И. Истамова С.
Центр РСН-ПМЦ Кардиологии Самаркандский филиал, Узбекистан, г. Самарканд. 150

СЛУЧАЙ О ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЕ И РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПРИ АТИПИЧНОМ ФОРМЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ
А.Х. Махмудов, Саидов М.А., Хамидов И.Н., Турсункулов И.К.
РСНПМЦ Кардиологии Самаркандский филиал, Узбекистан, г. Самарканд.....151

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ИЗ ЛЕВОГО КОРОНАРНОГО СИНУСА
И.К. Турсункулов, М.А.Саидов, И.Н. Хамидов, А.Х. Махмудов
РСНПМЦ Кардиологии Самаркандский филиал, Узбекистан, г. Самарканд. 152

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Халикова А.Б., Абдуллаев Т.А., Цой И.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии. Ташкент. Узбекистан 153

ОСОБЕННОСТИ РЧА ДПЖС У ПАЦИЕНТОВ С ПИРАМИДАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ
Хамидов И.Н., Турсункулов И.К., Махмудов А.Х., Истамова С.С.
Самарканд РИКИАТМ СВМФ..... 154

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ О ОСЛОЖНЕНИЕ УСТАНОВКА ВРЕМННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА– ПЕРФОРАЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ВО ВРЕМЯ АСИСТОЛИИ ЖЕЛУДОЧКОВ
Хамидов И. Н. Саидов М. А. Турсункулов И Каримов Ж.
Центр РСНПМЦ Кардиологии Самаркандский филиал, Узбекистан, г. Самарканд..... 154

СЛУЧАЙ РЧА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ФОРМЕ СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА
Хамидов И.Н., Саидов М.А., Турсункулов И.К., Ачилова Ш. С.
РСНПМЦ Кардиологии Самаркандский филиал, Узбекистан, г. Самарканд..... 155

КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

YURAK ISHEMIK KASALLIGI MAVJUD BEMORLARNI OLIB BORISHDA IJTIMOIY-PSIXOLOGIK OMILLARNING AHAMIYATI
Abdumalikova F.B. Xolmurodov Sh.Sh.
Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O‘zbekiston 157

UYQUSIZLIKNI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY YONDASHUVLARI
N.U. Maxkamova., K.M. Xasanova
Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi 157

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
Абдуллаева С.Я., Салимова Н.Р. Никишин А.Г.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии. Ташкент. Узбекистан 158

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
Насырова З., Ташкенбаева Э.
Самаркандский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней и кардиологии №2, Самарканд, Узбекистан 159

СОВРЕМЕННАЯ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Умарова Н.Т., Хасанжанова Ф.О.
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд Узбекистан 160

ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ
УСМАНОВА Н.А., АБДУЛЛАЕВ Т.А., САЛИМОВА Н.Р., МАХКАМОВА Н.У., ЦОЙ И.А. 160

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии. Ташкент. Узбекистан 160

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ С КОГНТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Юсупова Х.Ф., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан *161*

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
Юсупова Х.Ф., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан 162

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НИТРЕНДИПИНА И АМЛОДИПИНА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
Юсупова Х.Ф., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан 163

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ

STUDY EFFECT OF CORONARY ARTERY REVASCULARIZATION OF DYNAMICS OF ECHOCARDIOGRAPHIC PARAMETERS IN PATIENTS WITH PRIOR MYOCARDIAL INFARCTION AND POTENTIAL LIFE THREATENING ARRHYTHMIAS
Tursunov E.Ya., Kevorkov A.G. Ilxomova L.T. 164

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ ИНФУЗИИ ЛЕВОСИМЕНДАНА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Абдуллаев ТА, Гулямов ХА, Цой И.А.
ГП Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Кардиологии МЗ РУз 165

АНАЛИЗ СКРИНИНГА КАРОТИДНОГО БАССЕЙНА ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ В КОНСУЛЬТАТИВНУЮ ПОЛИКЛИНИКУ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ РУЗ
Арслонов С.Ф., Илхомова Л.Т., Бекметова Ф.М., Дониеров Ш.Н., Каримов Б.С. Юлдошов Н.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии.... 165

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРЕМЕНИ УСКОРЕНИЯ И СООТНОШЕНИЯ ВРЕМЕНИ УСКОРЕНИЯ К ОБЩЕМУ ВРЕМЕНИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕЛОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
Р.М. Бабуков, В.В. Базылев, Ф.Л. Бартош, А.В. Лёвина
ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, Пенза, Россия.... 166

ФАКТ ИЛИ АРТЕФАКТ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ НОВОГО ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ПАРАМЕТРА ГОРИЗОНТАЛЬНОГО АРТЕФАКТА ЦВЕТНОГО ДОППЛЕРА В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕЛОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ
Бабуков Р.М., Базылев В.В., Бартош Ф.Л., Лёвина А.В.
ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, Пенза, Россия.... 167

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПЕРВИЧНОЙ (ИДИОПАТИЧЕСКОЙ) ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ
Бахрамов С.Т., Тухтасинов А.А., Кучкаров У.А.
Андижанский филиал РСНПМЦК 168

ОСОБЕННОСТИ ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ МИОКАРДА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ТИПАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Бекметова С.И., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан 169

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ВРЕМЕННЫХ ИНТЕРВАЛОВ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, БИОМАРКЕРАМИ МИОКАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ И НАЛИЧИЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗА В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST
Бекметова Ф.М., Юлдошев Н.А., Фозилов Х.Г., Бекбулатова Р.Ш., Абдуллаева С.Я., Хошимов Ш.У., Дониеров Ш.Н., Каримов Б.С., Илхомова Л.Т., Бекметова С.И.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ўзбекистан, Ташкент
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ўзбекистан, Карши 170

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ
Букатов В.В.
*Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, г. Белгород, Российская Федерация *171

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ и ЭХОКГ КРИТЕРИИ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Джураева Н.О.
*Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии.....*171

АНАЛИЗ СКРИНИНГА КАРОТИДНОГО БАССЕЙНА СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ РУЗ
Илхомова Л.Т., Арслонов С.Ф., Бекметова Ф.М., Дониеров Ш.Н., Каримов Б.С. Юлдошов Н.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии.... 172

СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕКОРОНАРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Мухитдинов Х.У., Ташходжаева А.А. Мухамедова М.Г.
Военно-медицинская Академия Вооруженных сил РУз, ЦРПКМР, Ташкент, Узбекистан..... 173

РЕЗУЛЬТАТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЧЕРЕЗПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И СТЕПЕНИ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ
Саидов М.А., Маллаев И.У., Темиров М.Б., Истамова С.С.
*Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Самарқанд вилояти минтақавий филиали. Узбекистан, Самарканд. *174

ЗНАЧЕНИЕ ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТРЕСС-ЭХОКГ И ВЫЯВЛЕНИЯ НЕМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Убайдуллаева Ш.М., Аляви Б.А., Кенжаев С.Р., Латипов Н.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан..... 175

ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФВЛЖ
Фозилов Х.Г., Абдуллаев Т.А., Шарипов И.М., Бекбулатова Р.Ш.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии (Ташкент, Узбекистан) 175
ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИСФУНКЦИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ЛИЦ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ С ВЫСОКО НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1 СТ
Хамраев Р.Р.
Бухарский областной территориальный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии 176
ОСОБЕННОСТИ ЛИНЕЙНЫХ РАЗМЕРОВ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Хасанжанова Ф.О., Саидов М.А., Низамов Х.Ш., Рахматуллаев А.А., Нурмуратов А.Я.
Самаркандский государственный медицинский университет
Ташкентский национальный детский медицинский центр
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан 177
ОЦЕНКА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ОЖИРЕНИЯ
Хасанжанова Ф.О., Саидов М.А., Низамов Х.Ш., Кушмуродов Р.С., Муродкобилов О.А.
Самаркандский государственный медицинский университет
Ташкентский национальный детский медицинский центр
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии 178
ДИСФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, ХАРАКТЕР ДИСФУНКЦИИ, ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА)
Холиков И.Б., Ташкенбаева Э.Н.
Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан 178

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ

ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ «СИМПТОМ-БАЛЛОН» НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST
Алимов Д.А., Мухамедова Б.Ф., Турсунов Х.М, Назарова М.Х., Казаков Б.О., Уролов Ш.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан 180
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В РСНПМЦК
Атажанов У.У., Фозилов Х.Г.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз. 181
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШОГО ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА
Жумаев Ф.А., Шеров Ж.А., Нарзикулов У.З., Иброхимов Ф.Х., Сафаров Ф.А.
РИКИАТМ СВМФ 181
РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
Зуфаров М.М., Умаров М.М.
ГУ «Республиканский специализированный научно практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова» 182
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ РЕГИОНА ПРИАРАЛЬЯ
Матназаров Р.К., Искандаров Ф. А., Юсупов О.А., Матназаров С.М. Аллаберганов О.Х.
Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Кардиологии и Кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Узбекистан 183
БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА КЛАПАННОГО СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
Матназаров Р.К., Искандаров Ф. А., Юсупов О.А., Матназаров С.М. Аллаберганов О.Х.
Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Кардиологии и Кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Республика Узбекистан 184

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОККЛЮДЕРОВ АМПЛАТЦЕРА В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА
Матназаров Р.К., Искандаров Ф. А., Юсупов О.А., Матназаров С.М. Аллаберганов О.Х.
Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и Кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Узбекистан ... 185
СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
Матназаров Р.К., Искандаров Ф. А., Юсупов О.А., Сагиров А.М.
Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардихирургии региона приаралья, г Ургенч, Узбекистан. ... 185
НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ
Саидов М.А., Иброхимов Ф.Х., Жумаев Ф.А., Шеров Ж.А., Сафаров Ф.А., Нарзикулов У.З.
Самаркандский областной региональный филиал республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии ... 186
ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТВОЛА ЛКА. ОПЫТ РСНПМЦК
Х.Г. Фозилов, Б.А. Юлдашов, А.А. Юлдашов, Б.Р. Атамуратов
Отделение эндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан ... 187

КАРДИОХИРУРГИЯ

CURRENT STATUS OF OFF-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS
Alyyev R.M., Agoyliyeva B.A., Abdyyev B.A.
Hospital with scientific and clinical center of cardiology;
Turkmen state medical university named after Myrat Garryyev ... 188
СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ О ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ АОРТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ
Абдумаджидов Х.А.
Бухарский Государственный медицинский институт им.Абу Али ибн Сино. ... 188
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ (ТИП А ПО STANFORD)
Алиев Ш.М., Мучиашвили О.Р., Пулатов Л.А., Матанов Р.М., Назаров Э.Д., Комилжонов К.Ж.
ГУ РСНПМЦХ им. В Вахидова (г. Ташкент, Узбекистан) ... 189
ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Алыев Р.М., Агойлиева Б.А., Абдыев Б.А.
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии
Туркменский государственный медицинский университет имени Мырат Гаррыева ... 190
ДООПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА К КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
Газизова В.П., Власова Э.Е., Ширяев А.А., Акчурин Р.С.
ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. ак. Е.И. Чазова» МЗ РФ, Москва, Россия ... 190
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОСТОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ
Джаббаров О. О., Муллабаева Г.У., Шарипов И.М.
Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии. ... 191
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Джуманиязов А.А., Назаров Х.Б., Абдуллаев Д.М., Тураев Ф.Ф., Сагиров А.М.
Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья, ГУ «РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х. Туракулова» ... 191
«KISSING» АОРТО-ВЕНОЗНЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Джуманиязов А.А., Тураев Ф.Ф., Абдуллаев Д.М., Сагиров А.М.
*Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья, *ГУ «РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова»* ... 193

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА СЕРДЦА
Джуманиязов А.А., Абдуллаев Д.М., Сагиров А.М.
Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья 194

СРАВНЕНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ И НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Жалилов А.К., Мерзляков В.Ю., Ключников И.В., Саломов М.А., Б.Ш. Бердибеков, Скопин А.И.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, Москва, Российская Федерация
Каршинский филиал республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши, Узбекистан 195

НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ПО МИНИИНВАЗИНОЙ МЕТОДИКЕ
Жалилов.А.К., Ахматов Я.Р., Рахимов С.С., Пулатов О.К., Номозов Х.С., Шодиев И.
Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (Карши, Узбекистан); 195

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С СД И МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
Жалилов А.К., Ахматов Я.Р., Рахимов С.С., Пулатов О.К., Номозов Х.С., Шодиев И.
Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан..... 196

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
Жалилов А.К., Мерзляков В.Ю., Ключников И.В., Скопин А.И., Саломов М.А., Мамедова С.К.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, Российская Федерация..... 197

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
Жалилов А.К., Ахматов Я.Р., Рахимов С.С., Пулатов О.К., Номозов Х.С.
Каршинский филиал Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии 197

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УВЕЛИЧЕННОГО ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ АТРИОПЛАСТИК ПРИ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКАХ
Жалилов А.К., Пулатов О.К., Ахматов Я.Р., Намозов Х.С., Рахимов С.С., Шодиев.И.С.
Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан..... 198

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИКИ (УМЕНЬШЕНИЕ) ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
Жалилов А.К., Пулатов О.К., Рахимов С.С., Абдурахмонов С.Ш., Ахматов Я.Р., Номозов Х.С.
Каршинский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши. Узбекистан..... 199

ВОЗДЕЙСТВИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА НА РИТМ СЕРДЦА
Истамова С.С., Низамов Х.Ш., Маллаев И.У., Хамидов И.Н., Усмонов М.С.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Кардиологии Самаркандский филиал. Узбекистан, Самарканд. 200

ПЕРВЫЙ ОПЫТ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ ПО ТЕХНИКЕ INOUE
*Матназаров Р.К.***,** *Искандаров Ф. А., Юсупов О.А., Матназаров С.М. Аллаберганов О.Х*
Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Кардиологии и Кардиохирургии региона Приаралья, г. Ургенч, Республика Узбекистан 201

НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НИЗКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА
Мингалимова А.Р.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия..... 202

КЛАПАНСОХРАНЯЮЩИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ
Назаров Х.Б., Давлетов М.Д., Аллаберганов О.Х
Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья г.Ургенч, Узбекистан 203
ЁШ БЕМОРДА ЮРАК БЎШЛИҒИДАН ЙИРИК ҲАЖМДАГИ ҲОСИЛАНИ ЖАРРОЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ОЛИБ ТАШЛАШ
Намозов Х.С, Жалилов А.Қ, Ахматов Я.Р, Пулатов О.К., Шодиев И.С., Рахимов С.С.
Каршинский филиал республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, г. Карши, Узбекистан *203*
СТАЦИОНАРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА «ОТКРЫТОМ» СЕРДЦЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Низамов Х.Ш., Саидов М.А., Садиков З.Ю., Маллаев И.У., Хамдамов О.Д.
Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан 204
НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
Низамов Х.Ш., Саидов М.А., Садиков З.Ю., Маллаев И.У., Хамдамов О.Д.
Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан 205
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ
Осипенко Д.В., Кривенчук В.В., Силанов А.А., Скороходов А.А., Титаренко Д.В.
Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельский областной клинический кардиологический центр», г. Гомель, Республика Беларусь 205
ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СТВОРОК АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА КСЕНОПЕРИКАРДОМ
Попков Д. А., Костюкович Е. В., Спиридонов С. В.
Государственное учреждение Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь 206
СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ И КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ О ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ
Ризаев Ж.А., Саидов М.А., Хасанжанова Ф.О.
Самаркандский государственный медицинский университет
Ташкентский национальный детский медицинский центр
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан 207
ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЁННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИК, КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ О ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ
Ризаев Ж.А.[1], Саидов М.А.[2], Хасанжанова Ф.О.[1,2]
Самаркандский государственный медицинский университет;
Ташкентский национальный детский медицинский центр;
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан 208
НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ЧЕРЕЗ БОКОВУЮ МИНИТОРАКОТОМИЮ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Сагиров А.М., Джуманиязов А.А., Абдуллаев Д.М., Бабаев С.А.,Аллаберганов О.Х.
Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона Приаралья г.Ургенч, Узбекистан 209
МОДИФИЦИРОВАННАЯ ШОВНАЯ АННУЛОПЛАСТИКА ПРИ ВТОРИЧНОЙ ТРИКУСИДАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Саидов М.А., Низамов Х.Ш., Маллаев И.У., Хамдамов О.Д., Махмудов А.И.
Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан 210
РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА
Саидов М.А., Ботиров Д.А., Маллаев И.У., Хамдамов О.Д., Юсупов Ж.Т., Рахмонов Ф.С.

Самаркандский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии.....211

РЕКОНСТРУКЦИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА МК
Саидов М.А., Ботиров Д.А., Маллаев И.У., Хамдамов О.Д., Юсупов Ж.Т., Рахмонов Ф.С.
Самаркандский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии...... 212

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ СИМУЛЬТАТНОЙ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ И АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ: ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ И ДАННЫХ ОБЪЕКТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПАЦИЕНТА
Саидов М.А., Маллаев И.У., Низамов Х.Ш., Хамидов О.Т., Киличев Ф.А.
Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии 212

КОРРЕКЦИЯ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПУТЁМ НАЛОЖЕНИЯ ДВУНАПРАВЛЕННОГО КАВАПУЛЬМОНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Саидов М.А., Низамов Х.Ш., Турдиева Н.С., Маллаев И.У., Шодмонов А.Б., Шамратов Ш.З.
РИКИАТМ СВМФ. 213

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКИМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ
Саидов М.А., Низамов Х.Ш., Ботиров Д.А., Маллаев И.У., Хамдамов О.Д.
Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан..... 214

КОМБИНИРОВАННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО АОРТАКОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА: РИСК И РЕЗУЛЬТАТ
Саидов М.А., Маллаев И.У., Хамдамов О.Д., Низамов Х.Ш., Хамидов О.Т.
Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан..... 214

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, ВЫПОЛНЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЗАМКНУТОМ И ОТКРЫТОМ КОНТУРЕ
Саидов М.А., Низамов Х.Ш., Ахмадов М.А., Маллаев И.У., Хамдамов О.Д.
Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан..... 215

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ АННУЛОПЛАСТИКИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОЛОСКИ ИЗ ПОЛИТЕТРАФТОРЭТИЛЕНА
Саидов М.А., Низамов Х.Ш., Маллаев И.У., Хамдамов О.Д., Махмудов А.И.
Самаркандский региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан..... 216

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ
М.А. Саидов, Ш.З. Бойматов
Самаркандский областной региональный филиал РСНПМЦК, г. Самарканд Узбекистан..... 217

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗНАЧЕНИЯ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Холиков И.Б., Ташкенбаева Э.Н.
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан. 218

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В УСЛОВИЯХ ПАРАЛЛЕЛЬНОГО ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Шарипов И.М., Муллабаева Г.У., Мамажанов С.Г., Хайруллаев У.Т.,
Джаббаров О.О, Вахидов Т.З.
АО «Республиканский специализированный кардиологический центр», г. Ташкент. Узбекистан... 219

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Шарипов И.М., Мамажонов С.Г., Муллабаева Г.У., Хайруллаев У.Т, Вахидов Т.З.
Республиканский специализированный центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан 219

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВЫХ 100 ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ
Шарипов И.М., Муллабаева Г.У., Мамажанов С.Г., Хайруллаев У.Т., Джаббаров О.О, Вахидов Т.З.
Республиканский специализированный центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан 220

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С РЕЗЕКЦИЕЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА СОКРАЩАЮЩЕМСЯ СЕРДЦЕ
Шарипов И.М., Муллабаева Г.У., Мамажанов С.Г., Хайруллаев У.Т.,
Джаббаров О.О, Вахидов Т.З.
«Республиканский специализированный кардиологический центр», г. Ташкент. Узбекистан..... 220

ПЕРВИЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НИЖЕ 45 %
Шарипов И.М., Хайруллаев У.Т., Мамажанов С.Г., Муллабаева Г.У., Вахидов Т.З,
Республиканский специализированный центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан 221

КАРДИООНКОЛОГИЯ

КОЛИЧЕСТВО ПРИНЯТЫХ КУРСОВ ХИМИОТЕРАПИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ЛАБОРАТОРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ДАННЫМИ У ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Т.А. Абдуллаев, З.Х. Алиева, И.А. Цой, Уринов О.У.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан. 222

НЕКОТОРЫЕ ЭХОКГ-ХАРАКТЕРИСТИКИ У ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА ПРИНЯТЫХ КУРСОВ ХИМИОТЕРАПИИ
Т.А. Абдуллаев, З.Х. Алиева, И.А. Цой
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан. 223

РАННИЕ КАРДИОТОКСИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОТЕРАПИЮ-ДОКСОРУБИЦИНОМ
Абдуллаев Т.А., Алиева З.Х., Цой И.А., Фозилов Х.Г.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан..... 223

КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Алиева З.Х., Абдуллаев Т.А., Цой И.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан 224

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ПРИ ССЗ

FUNCTIONAL STATE OF THE KIDNEYS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS HIGH RISK OF DEVELOPING CONTRAST INDUCED NEPHROPATHY
Muminov Sh., Nigmanov B.
DS, Associate Professor. Toshkent Pediatric Medical Institute;
Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent. Uzbekistan...... 225

CONCENTRIC MYOCARDIAL REMODELING IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE
Salyamova F.
Tashkent state dental institute republican specialized scientific and practical medical center for nephrology and Kidney Transplantation Tashkent, Uzbekistan..... 225

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ВИТАМИНА D ПРИ РАЗВИТИИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С2 И С3 СТАДИИ
Даминов Б.Т., Акбаров И.Б.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан 226

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ВИТАМИНА D ПРИ РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С2 И С3 СТАДИИ

Даминов Б.Т., Акбаров И.Б.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан 227
СОВРЕМЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
В.П. Ильинская, Н.А. Кошелева
ГУЗ «Областная клиническая больница», г. Саратов, Российская Федерация[1]
ГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, г. Саратов, Российская Федерация[2] 228
ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Максудова Л.О., Муллабаева Г.У.
Бухарский медицинский институт, г.Бухара, Узбекистан
Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии г. Ташкент, Узбекистан..... 228
АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
Назирова Р.О., Зоидбоева Н.З., Одинаев Ш.Ф., Юсупова М.Х.
ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Кафедра внутренних болезней № 1, г. Душанбе 229
НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
Назирова Р.О., Зоидбоева Н.З., Одинаев Ш.Ф., Юсупова М.Х.
ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Кафедра внутренних болезней № 1, г. Душанбе;
Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино..... 230
ГЕМОНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ПОЧКАХ ПРИ НЕФРОПАТИИ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРОСТА
Плешевая О.Е., Белоусова О.Н., Чупаха М.В.
Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г.Белгород, Россия.
Поликлиника Белгородского государственного национального исследовательского университета, г.Белгород, Россия. 231
ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК КАК НЕЗАВИСИМЫЙ ПРЕДИКТОР ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Саидов М.А., Хасанжанова Ф.О., Низамов Х.Ш., Рахматуллаев, Рузиева А.А.
Ташкентский национальный детский медицинский центр;
Самаркандский государственный медицинский университет;
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан..... 232

COVID–19 И ССЗ

THE ROLE OF THE E NOS GENE IN THE CLINICAL COURSE OF CORONARY ARTERY DISEASE IN COVID–19 PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME
Bordoloi Pooja, Abdieva G.A.
Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan..... 233
EFFECT OF SARS-COV–2 ON THE COURSE OF CORONARY ARTERY DISEASE AND METABOLIC SYNDROME
Gerupalya Srinivasa Murthy Chaitra, Abdieva G.
Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan..... 234
INFLUENCE OF METABOLIC SYNDROME ON THE CLINICAL COURSE OF HEART FAILURE IN PATIENTS WHO HAVE EXPERIENCED COVID–19
Kumara Velayutham Athithi, Abdieva G. A.
Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan..... 235
CRITERIA FOR DIAGNOSTICS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PATIENTS WITH COVID–19 PNEUMONIA
Tashkenbaeva E.N., Khaydarova D.D., Mukhiddinov A.I.
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan..... 235
FEATURES OF THE COURSE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ITS COMBINATION WITH COVID–19 PNEUMONIA

Khaydarova D.D., Tashkenbaeva E.N., Mukhiddinov A.I.
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan 236

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID–19
Абдукадирова Н.М., Тулабоева Г.М., Баккаев И.К., Сагатова Х.М., Талипова Ю.Ш.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра кардиологии и геронтологии с курсом интервенционной кардиологии и аритмологии. Ташкент. Узбекистан. 237

COVID–19 БИЛАН ОҒРИГАН КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА МИОКАРД ИНФАРКТИНИНГ КЛИНИК ТУРЛАРИНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ
Н.М.Абдукодирова, Г.М.Тулабоева, А.А.Халимов, Н.Б.Курбонов, Х.М.Сагатова, Ю.Ш.ТАлипова, И.Г.Адылова
Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази 238

ИЗУЧЕНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID–19)
Ачилов Ф.К., Хашимов А.А., Талипова Ю.Ш., Тулабоева Г.М., Сагатова Х.М., Абдукадирова Н.М.
Кафедра кардиологии и геронтологии с курсом интервенционной кардиологии и аритмологии. Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников. Ташкент. Узбекистан 239

ЛАБОРАТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ COVID–19 АССОЦИИРОВАННОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ СИНДРОМЕ
Ибадов Рауфбек Равшанович, Акилов Хабибулла Атауллаевич
Республиканская специализированная больница Зангиота №1 (Ташкент, Узбекистан), Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Ташкент, Узбекистан 240

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ НАРАСТАНИЯ СТЕПЕНИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ФИБРОЗА И ИШЕМИИ МИОКАРДА С ТЯЖЕСТЬЮ И СРОКАМИ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID–19 У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ
Карпова И.С., Суджаева О.А., Соловей С.П.
ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь 241

«РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ СОСУДИСТОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ КРОВИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ COVID–19»
Каруцкая О.А, Осипова О.А, Сердюкова А.В.
НИУ Белгородский Государственный Университет, Белгород, Россия 242

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ВА КОВИД– 19 БИЛАН ХАСТАЛАНГАН ЁШИ УЛУҒ БЕМОРЛАРДА ГЕМОДИНАМИК ВА БИОКИМЁВИЙ КЎРСАТГИЧЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ
Курбонов Н.Б., Халимов А.А., Тулабоева Г.М., Талипова Ю.Ш., Адилова И.Г., Хусанов А.А.
Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази. 242

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИ ВА COVID– 19 ХАСТАЛИГИДА ЭКГ КЎРИНИШЛАР ТАХЛИЛИ
Курбонов Н.Б., Тулабоева Г.М., Халимов А.А., Сагатова Х.М., Талипова Ю.Ш.
Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази Кардиология ва геронтология, интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси 243

ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СТЕНКИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И МИОКАРДА УМЕРШИХ ПАЦИЕНТОВ С COVID–19
Хашимов А.А., Ачилов Ф.К., Талипова Ю.Ш., Тулабоева Г.М., Сагатова Х.М., Абдукадирова Н.М.
Кафедра кардиологии и геронтологии с курсом интервенционной кардиологии и аритмологии. Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников. Ташкент. Узбекистан 244

ССЗ И КОМОРБИДНОСТЬ

STUDY OF THE CORRELATION RELATIONSHIP BETWEEN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND PULMONARY HYPERTENSION COMORBIDING PULMONARY PATHOLOGY AND BLOOD GAS CONTENT
Ruziyev Shavkat Rakhmatovich
Lancaster wellness clinic, Pensylvania, United states of America 246

ASSESSMENT OF COMORBID PATHOLOGY PREVALENCE AND GENDER CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Urinov O.U.
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology, Tashkent, Uzbekistan..... 247
AGE-RELATED FEATURES OF COMORBID PATHOLOGY IN PATIENTS UNDERGOING ELECTIVE CORONARY BYPASS SURGERY
Urinov O.U.
Republican specialized scientific and practical medical center of cardiology, Tashkent, Uzbekistan..... 247
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: СОЧЕТАНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА С РЕДКИМ ГЕНЕТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ СЕККЕЛЯ
Нуруллаев Р.Р., Собуров С.М., Хажиев Б.С. Сагиров А.М.
Специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии и кардиохирургии региона приаралья.г.Ургенч.Узбекистан 248
ПЛАНАРНЫЙ ПАТЧ-КЛАМП И МЕТОДЫ ПАТЧ-КЛАМП-СПЕКТРОСКОПИИ В КАРДИОЛОГИИ: РЕФЕРЕНСНЫЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ЭКСПЕРИМЕНТЫ НА ПУТИ К МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ
Орехов Ф.К., Адамович Е.Д., Градов О.В.
ФИЦ ХФ РАН, Отдел динамики химических и биологических процессов..... 249
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
Пахомова Т.Ю., Асанова Г.К., Кадирова П.Р., Кокебаева М.К., Кожантаева Л.Ж.
АО «Центр сердца Шымкент», г. Шымкент, Республика Казахстан;
Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан..... 250
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТРОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ С СОПУСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Сафарова Х., Каримов Д., Узакова С.
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан. 250
ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ В КОМОРБИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Хасанжанова Ф.О., Саидов М.А., Низамов Х.Ш., Кушназаров Р.С., Мухтаров С.Н.
Самаркандский государственный медицинский университет;
Ташкентский национальный детский медицинский центр;
Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии, Самарканд, Узбекистан..... 251
ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА РЕСПИРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА
Шишко В.И., Кучинский К.А., Фабричных Е.Ю., Карпович О.А., Будревич О.В.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь..... 252