

VOLUME 1, ISSUE 2

2024

ACD
2024

<https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>



БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ



ISSN 0000-0000

DOI Journal 10.26739/0000-0000

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2024

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2024-2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Ш.Ж. ТЕШАЕВ

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М.Ж. Саноева
У.К. Абдуллаева
Д.А. Хасанова
М.Н. Исматова
С.С. Давлатов
А.Р. Облоқулов
Ш.Т. Ўроқов
Н.У. Нарзуллаев
Ш.Б. Ахророва
В.Р. Акрамов
У.С. Мамедов
И.К. Садуллоева
Г.Ж. Жарилкасинова
А.А. Саидов
Н.Н. Каримова
Д.А. Набиева

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Н.А. Нуралиев (Бухара)
А.Г. Гадаев (Ташкент)
Г.Н. Собирова (Ташкент)
М.М. Каримов (Ташкент)
У.К. Қаямов (Ташкент)
Л.Б. Новикова (Россия Федерацияси)
О.И. Летяева (Россия Федерацияси)
И.В. Реверчук (Россия Федерацияси)
Edip Gonullu (Турция)
Eva Lietto (Италия)

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и
массовых коммуникаций при Администрации
Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года


Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.	
Effectiveness of comprehensive treatment of peptic ulcer	6
2. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.	
Therapeutic diet for ulcer disease in the Khorezm region.....	10
3. Akhrorova L.B.	
Study of the main serum cytokines in patients with liver echinococcosis.....	15
4. Boltayev E.B.	
Травматологик оперatsiyalar vaqtida o`tkaziladigan regional anesteziyada deksmedetomidinning roli.....	19
5. Ergashov B.B.	
Onkologik bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari.....	24
6. Ergashov B.B.	
Chemotherapy and cardiac arrhythmias.....	29
7. Eshniyazova G.Sh.	
Yarali kolit bilan og`rigan bemorlarga mikronutrient yetishmovchiligi.....	37
8. Gorbunov A.P., Pashov A.I., Reverchuk I.V., Gulyaeva A.A.	
Psychopathological and stress conditions in women at threatened premature birth.....	41
9. Hikmatov J.S.	
Bronxoektazni davolashda differensiyalashgan immunokorreksiyalashning ahamiyati.....	47
10. Mekhriddinov M.K.	
Strangulation of the sigmoid colon was the cause of acute intestinal obstruction. Clinical case....	52
11. Mirzoyeva M.R., Sadulloyeva R.S.	
The spread of coronavirus infection around the world.....	56
12. Mukhamedova M.S., Isaev I.S.	
Improving the organization of prevention of non-communicable diseases.....	60
13. Narzulloeva D.S.	
Assessment of the sodium-uretic peptide system and the structural and functional status of the myocardium in patients with chronic heart failure.....	64
14. Rajabov D.O'.	
Diabetik tovon sindromini kompleks jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish.....	69
15. Rakhimov A.Y.	
Microflora analysis of osteomyelitis and osteoarthritis in patients with complicated form of diabetic foot syndrome.....	80
16. Raupov F.S.	
Bolalarda o`tkir bakterial destruktiv pnevmoniyaning kechish xususiyatlari.....	84
17. Safarova G.A.	
Clinical and laboratory aspects of patients with post-covid nephropathy.....	90
18. Saidova L.B.	
Analysis of childhood infections, particular hepatitis.....	95
19. To'rayeva M.Sh., Gaziyeu K.U., Raximov A.Y.	
Gigantomastiyani T-kesma mamoplastika texnikasi yordamida kichraytirish.....	101
20. Umurova N.M.	
Epidemiological aspects of the incidence of pollinosis in the Bukhara region.....	106
21. Газиев К.У.	
Операциядан кейинги қорин чурраларида герниопластиканинг турли усуллариининг самарадорлигини қиёсий тавсифлаш.....	113
22. Жумаева М.Ф.	
Связь между тяжестью цирроза печени и анемией.....	118
23. Жумаева М.Ф.	
Редкие причины анемии наблюдаемые при заболеваниях печени.....	125

24. Жумаева М.Ф.	
Есть ли влияние анемии на развитие гепаторенального синдрома?.....	133
25. Исмагова М.Н.	
Корреляция между клинико-лабораторными показателями и структурными изменениями почек при различных типах хронического гломерулонефрита с нефротическим синдромом.....	137
26. Мехридинов М.К., Носиров Ю.У.	
Бактериальная деструкция легкого, как осложнение COVID-19-пневмонии.....	141
27. Мирзоева М.Р., Ашурова Н.А.	
COVID-19 касаллигининг ҳомиладорларда учраш даражаси ва кечиш хусусияти.....	145
28. Мустафаева М.Р.	
Контраст-индуцированная нефропатия у больных стабильной ишемической болезнью сердца и однолетний прогноз // Анналы клинических дисциплин.....	150
29. Мухамеджанова М.Х.	
Прогностическое значение феррокинетических показателей у больных гепатитом с ассоциации с хронической сердечной недостаточностью.....	158
30. Наврузова Л.Х.	
Комплексный подход при лечении некариозных поражений твердых тканей зубов.....	163
31. Ниёзов Ф.Ё.	
Лечение эхинококковых кист печени у детей - путьём лапароскопии и его возможности...	169
32. Нуриддинов С.С.	
Некоторые клинические характеристики больных детей с колостазом.....	175
33. Орипова Ф.Ш.	
Тухумдон эндометриомасини даволашнинг замонавий усулини ишлаб чиқиш.....	181
34. Орипова Ф.Ш.	
Исследование половых гормонов у женщин с эндометриомой яичника.....	185
35. Остапенко Е.Н., Новикова Н.П., Хондожко В.Н.	
К вопросу диагностики кардиоэмболических инфарктов мозга (случай из практики).....	191
36. Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш.	
Результаты хирургических методов лечения больных с острым калькулёзным холециститом осложненный холедохолитиазом.....	199
37. Раджабова Г.Б.	
Сирка кислотаси билан ўткир захарланган беморлар организмида тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми белгиларининг ташҳисий сезгирлиги ва маълумотлилик қиймати.....	209
38. Саидова Н.Ф.	
Глазная патология с преморбидном фоном у детей.....	219
39. Тухтаев Д.А.	
Предикторы развития кардиоренального синдрома у больных хронической болезнью почек.....	223
40. Умурова Н.М.	
Динамика суточного мониторирования артериального давления у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких и артериальной гипертонией среди мужского населения.....	229
41. Хикматов Ж.С., Исмагов Ж.К., Солиева Ш.С.	
Эффективность применения повидон-йода при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии легких.....	237

Умурова Н.М.

Международный Азиатский университет, Бухара, Узбекистан

ДИНАМИКА СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СРЕДИ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12788728>**АННОТАЦИЯ**

Обследовано 58 пациентов мужского пола (средний возраст – 64,4±9,6 лет), страдающих ХОБЛ с артериальной гипертензией (АГ) и без нее, и 30 мужчин (средний возраст 61,2±5,3 лет) с эссенциальной гипертензией, которые составили группу контроля.

Методы исследования: клинический осмотр, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), антропометрия, спирометрия, ЭКГ, Эхо-КГ и др. Показано, что при сочетании данных патологий достоверно чаще встречался прогностически неблагоприятный суточный профиль «night-peakers», по сравнению с группой контроля, страдающих эссенциальной гипертензией. Так же было выявлено, что у больных с ХОБЛ и АГ как на момент обострения основного заболевания, так и при стабилизации клинического состояния среднее давление в легочной артерии было выше нормы, что впоследствии приводит к структурно-функциональным изменениям сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная гипертензия, суточное мониторирование артериального давления, эхокардиография.

Umurova N.M.

International Asian University, Bukhara, Uzbekistan

DYNAMICS OF DAILY MONITORING OF BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ARTERIAL HYPERTENSION AMONG THE MALE POPULATION**ANNOTATION**

We examined 58 male patients (mean age 64.4±9.6 years) suffering from COPD with and without arterial hypertension (AH), and 30 men (mean age 61.2±5.3 years) with essential hypertension, who formed the control group.

Research methods: clinical examination, 24-hour blood pressure monitoring (ABPM), anthropometry, spirometry, ECG, Echo-CG, etc. It was shown that when these pathologies were combined, the prognostically unfavorable daily profile of “night-peakers” was significantly more common compared to the control group suffering from essential hypertension. It was also revealed that in patients with COPD and hypertension, both at the time of exacerbation of the underlying disease and during stabilization of the clinical condition, the average pressure in the pulmonary

artery was higher than normal, which subsequently leads to structural and functional changes in the cardiovascular system.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, arterial hypertension, 24-hour blood pressure monitoring, echocardiography.

Umurova N.M.

Osiyo Xalqaro Universiteti, Buxoro, O'zbekiston

ERKAKLAR ORASIDA O'PKANING SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGI VA GIPERTONIYA KASALLIGI BOR BEMORLARDA QON BOSIMINI KUNLIK MONITORING QILISH DINAMIKASI

ANNOTATSIYA

Biz ishimizda O'SOK va arterial gipertoniya bilan og'rigan 58 erkak bemorni (o'rtacha yoshi $64,4 \pm 9,6$ yil) va nazorat guruhi sifatida essensial arterial gipertenziya bilan kasallangan 30 erkakni (o'rtacha yoshi $61,2 \pm 5,3$ yil) tekshirdik.

Tadqiqot usullari: klinik tekshiruv, 24 soatlik qon bosimi monitoringi (SMAD), antropometriya, spirometriya, EKG, Exo-KG va boshqalar. O'SOK va essensial arterial gipertoniya qo'shib kelganda, nazorat guruhiga nisbatan prognostik jihatdan noxush hisoblangan "tungi hujumlar" sezilarli darajada keng tarqalganligi ko'rsatilgan. Shuningdek, O'SOK va gipertoniya bilan og'rigan bemorlarda asosiy kasallikning kuchayishi paytida ham, klinik holat barqarorlashganda ham o'pka arteriyasidagi o'rtacha bosim me'yordan yuqori bo'lganligi aniqlandi, bu esa keyinchalik yurak-qon tomir tizimida morfologik va funksional o'zgarishlarga olib keladi.

Kalit so'zlar: o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi, arterial gipertenziya, 24 soatlik qon bosimi monitoringi, exokardiografiya.

Коморбидность – одна из особенностей современной клинической картины внутренних болезней, что является предметом конструктивного взаимодействия врачей различных специальностей.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и артериальная гипертензия (АГ) в развитых странах, среди взрослого населения, остаются наиболее распространенными заболеваниями [10]. Ряд авторов указывают на доминирующую тенденцию к развитию системной АГ у пациентов с ХОБЛ, частота возникновения которой у хронических пульмонологических больных варьирует от 0,4 до 76,3 % [1,3,5,7,13,14]. Увеличение частоты развития системной АГ у пациентов с обструктивными заболеваниями легких коррелирует с нарастанием легочной гипертензии [2,9], что позволяет предположить, что развитие системной и легочной гипертензии при хронических обструктивных заболеваниях легких имеет общие патогенетические механизмы. Подобная коморбидность имеет практическую значимость для врачей пульмонологического и кардиологического профиля.

Ряд авторов изучали параметры СМАД у больных с ХОБЛ [6], но до настоящего времени в литературе нет единого мнения о направленности изменений и взаимосвязи между системным АД и давлением в легочной артерии у больных при коморбидности ХОБЛ и АГ, в связи с чем нами была поставлена цель: изучить взаимосвязь параметров СМАД и среднего давления в легочной артерии (СДЛА) у больных при коморбидности ХОБЛ и АГ.

Материалы и методы

Нами было ретроспективно обследовано 58 пациентов мужского пола (средний возраст – $65,07 \pm 1,23$ лет), страдающих ХОБЛ с АГ и без, и 30 мужчин (средний возраст – $64,21 \pm 1,32$ лет), $p > 0,05$ с эссенциальной гипертензией, которые составили группу контроля. Из анамнеза установлено, что у 20 больных ХОБЛ (средний возраст – $63,91 \pm 2,68$ лет) повышения АД не отмечалось, а 38 больных (средний возраст – $64,76 \pm 1,43$ лет) ХОБЛ страдали АГ, причем повышение АД обследуемые лица отмечали на фоне имеющихся длительное время обструктивных нарушений легочной вентиляции. ХОБЛ диагностировали в соответствии с критериями GOLD (2009). Всем больным был проведен общий клинический

осмотр, антропометрия по методу В.П. Чтецова (1978), спирометрия аппаратом Super spiro (Micro Medical Ltd, Великобритания), СМАД аппаратом МнСДП-2 (Россия) в течение 24 часов. Измерения АД начинали с 9-11 часов утра. Интервалы между измерениями в дневные часы составляли 15 мин, а в ночные 30 мин. Для количественной оценки использовались общепринятые величины: индекс времени, вариабельность АД, отдельно как для систолического, так и для диастолического АД в течение суток. Для оценки степени ночного снижения определялся суточный индекс АД (СИАД), а также величина и скорость утреннего подъема АД. При расчете степени нагрузки давлением оценивались следующие показатели: индекс времени (ИВ), в течение которого АД превышает нормальный уровень в отдельные временные интервалы (днем выше 140/90 мм рт. ст., ночью выше 120/80 мм рт. ст.), индекс измерений и индекс площади. При оценке вариабельности использовался упрощенный показатель стандартного отклонения от среднего значения. Определение среднего давления в легочной артерии (СДЛА) осуществлялось с помощью трансторакального ультразвукового исследования сердца эхокардиографом «Toshiba» (Япония). Обработка данных проводилась с помощью пакета компьютерных прикладных программ Statistica v. 6.0. Использовалась описательная статистика, непараметрические критерии значимости (критерий Манна-Уитни, критерий χ^2). Различие между изучаемыми параметрами признавали статистически значимым при $p < 0,05$. Данные представлены в виде Median (Percentile 25%; 75%).

Результаты и обсуждение

При обработке данных СМАД с сопоставлением индивидуального дневника пациента на момент госпитализации у всех лиц с ХОБЛ, не имеющих в анамнезе повышения АД, среднесуточные показатели находились в пределах нормы. У 14 больных ХОБЛ, из анамнеза которых выяснено, что повышение АД отмечается непродолжительное время от 1 года до 4 лет (в среднем – $2,83 \pm 1,18$ лет), зарегистрированы подъемы АД в дневные часы, связанные с усилением одышки во время умеренных физических нагрузок (прохождение расстояния более 100 метров или подъем на 1-2 лестничных пролета) и чувством страха от «нехватки воздуха», а также в ночные часы на фоне развития гипоксии, связанной с вентиляционной недостаточностью. У 24 обследуемых имелось стойкое умеренное повышение среднесуточных показателей, как по систолическому, так и по диастолическому АД на протяжении всего дня с резкими пиками подъемов за счет триггерных факторов, причем повышение АД из анамнеза отмечено в среднем в течение $10,88 \pm 3,03$ лет. В связи с чем, данная группа больных была разделена на пациентов с лабильной и стабильной АГ (табл. 1). Пациенты обеих групп регулярную гипотензивную терапию не получали, отмечался эпизодический прием гипотензивных препаратов.

Табл. 1

Показатели	Группа контроля (n=30)	ХОБЛ без АГ (n=20)	ХОБЛ и АГ (лабильная) (n=14)	ХОБЛ и АГ (стабильная) (n=24)
Группы	1	2	3	4
Среднее САД (день), мм рт.ст.	134,0 (136,0;143,0)	124,0 (123,0;126,0)	125,0 (123,0;129,0)	14 9,0 (142,0;153,0)
$p_{1,2}=0,009$ $p_{1,3}=0,01$ $p_{1,4}=0,0001$ $p_{2,3}=0,5$ $p_{2,4}=0,000013$ $p_{3,4}=0,00000015$				
Среднее САД (ночь), мм рт.ст.	121,0 (114,0;130,0)	112,0 (111,0;123,0)	119,5 (111,0;129,0)	15 1,0 (136,0;157,0)
$p_{1,2}=0,126$ $p_{1,3}=0,66$ $p_{1,4}=0,00003$ $p_{2,3}=0,22$ $p_{2,4}=0,000027$ $p_{3,4}=0,000001$				

Среднее САД (сутки), мм рт.ст.	128,0 (121,0;137,0)	122,5 (119,0;125,0)	124,0 (121,0;130,0)	15 0,0 (144,0;153,0)
p1,2=0,07 p1,3=0,14 p1,4=0,000023 p2,3=0,24 p2,4=0,00002 p3,4=0,000000039				
Среднее ДАД (день), мм рт.ст.	86,0 (80,0;94,0)	83,0 (79,0;85,0)	81,5 (74,0;85,0)	93, 0 (85,0;102,0)
Среднее ДАД (ночь), мм рт.ст.	p1,2=0,1 p1,3=0,006 p1,4=0,23 p2,3=0,39 p2,4=0,013 p3,4=0,00023			
	78,0 (66,0;87,0)	73,0 (68,0;76,0)	74,0 (68,0;78,0)	89, 0 (80,0;102,0)
p1,2=0,17 p1,3=0,14 p1,4=0,021 p2,3=0,6 p2,4=0,003283 p3,4=0,000327				
Среднее ДАД (сутки), мм рт.ст.	85,0 (78,0;93,0)	79,0 (78,0;84,0)	79,0 (73,0;84,0)	91, 0 (85,0;99,0)
p1,2=0,14 p1,3=0,047 p1,4=0,041 p2,3=0,73 p2,4=0,002982 p3,4=0,000047				
Снижение САД в ночные часы, %	7,0 (4,0;13,0)	7,5 (- 2,0;13,0)	5,0 (- 3,0;9,0)	2,0 (-1,0;6,0)
p1,2=0,97 p1,3=0,211 p1,4=0,029 p2,3=0,36 p2,4=0,16 p3,4=0,35				
Снижение ДАД в ночные часы, %	7,0 (5,0;14,0)	12,5 (4,0;17,0)	6,0 (1,0;12,0)	3,0 (1,0;13,0)
p1,2=0,37 p1,3=0,52 p1,4=0,211 p2,3=0,20 p2,4=0,07 p3,4=0,42				
ЧСС (день), ударов в минуту	67,0 (64,0;73,0)	77,0 (73,5;84,5)	74,5 (71,0;83,5)	88, 0 (76,0;95,0)
p1,2=0,00011 p1,3=0,0032 p1,4=0,00034 p2,3=0,38 p2,4=0,15 p3,4=0,074				
ЧСС (ночь), ударов в минуту	57,0 (52,0;62,0)	61,0 (59,0;66,0)	64,0 (59,0;73,5)	73, 0 (63,0;87,0)
p1,2=0,019 p1,3=0,0021 p1,4=0,00034 p2,3=0,37 p2,4=0,045 p3,4=0,16				
ЧСС (сутки), ударов в минуту	64,0 (57,0;70,0)	74,5 (68,0;88,0)	74,0 (68,0;86,0)	86, 0 (74,0;92,0)
p1,2=0,0023 p1,3=0,0016 p1,4=0,00054 p2,3=0,87 p2,4=0,32 p3,4=0,196				

Примечание: САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление, ЧСС – частота сердечных сокращений.

При изучении суточного профиля САД было выявлено, что в группе контроля у 17 из 30 больных (56,7%) с эссенциальной гипертензией преобладал тип «dipper» (достаточное снижение АД в ночные часы), тип «non-dipper» (недостаточное снижение АД в ночные часы) встречался только у 10 из 30 пациентов (33,3%) и у 3 обследуемых (10%) был зафиксирован профиль «night-reaker» с устойчивым повышением САД в ночные часы. У больных ХОБЛ без АГ в анамнезе выявлено преобладание профиля АД «non-dipper» по суточному индексу САД по сравнению с группой контроля (55% и 33,3% соответственно), профиль «night-

peaker» встречался в 15% случаев, что было статистически незначимо по сравнению с группой контроля ($p>0,05$). У больных с коморбидностью ХОБЛ и лабильной АГ (1-я группа) чаще встречался суточный профиль «night- peaker» по САД, в сравнении с больными со стабильной АГ (2-я группа), 35,7% и 20,8% соответственно, у которых по суточному профилю преобладал тип «non-dipper» (50% и 66,7% соответственно), что было достоверно по сравнению с группой контроля ($p<0,05$). Тип «dipper» у больных 1-й и 2-й группы встречался достоверно реже по сравнению с группой контроля (56,7%, 14,3%, 12,5%, соответственно $p<0,05$).

При исследовании суточного профиля ДАД установлено, что в группе контроля также преобладает суточный профиль с достаточным снижением в ночные часы «dipper» (60%), по сравнению с больными ХОБЛ без и с АГ (25% и 13,1% соответственно, $p<0,05$). Причем среди больных с коморбидностью данных патологий тип суточного профиля «dipper» чаще встречался у пациентов с лабильной АГ (21,4 и 8,4% соответственно). Также отмечается преобладание суточного профиля «non-dipper» по ДАД у больных с ХОБЛ и АГ в сравнении с группой контроля, преимущественно у лиц со стабильной АГ ($p<0,05$). Профиль с устойчивым повышением ДАД в ночные часы (night-peakers) достоверно чаще наблюдался у больных при коморбидности ХОБЛ и лабильной АГ по сравнению с группой контроля (табл. 2). По данным трансторакального ультразвукового исследования сердца, у больных с ХОБЛ отмечается прямо пропорциональное повышение СДЛА в зависимости от тяжести заболевания (табл. 4). У лиц с ХОБЛ, а также при коморбидности данных патологий ХОБЛ и АГ СДЛА выше нормы ($p<0,05$), как в момент обострения заболевания, так и при улучшении клинического состояния пациентов. При этом отмечается тенденция к большему снижению СДЛА у больных ХОБЛ и лабильной АГ, при обострении и последующей стабилизации клинического состояния, по сравнению с больными со стабильной АГ ($p<0,01$) (табл. 3).

Таблица 2

Группа	Циркадный ритм	САД (dipper)		САД (non-dipper)		САД (night-peaker)		ДАД (dipper)		ДАД (non-dipper)		ДАД (night-peaker)
		Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	
1	Эссенциальная АГ	7	6,7	0	3,3		0,0	8	0,0		0,0	0,0
2	ХОБЛ без АГ		0,0	1	5,0		5,0		5,0	2	0,0	5,0
3	ХОБЛ с АГ		3,1	3	0,5	0	6,3		3,1	4	3,1	3,6
4	ХОБЛ с АГ (лабильная)		4,3		0,0		5,7		1,4		0,0	8,6
5	ХОБЛ с АГ (стабильная)		2,5	6	6,7		0,8		,4	7	0,8	0,8

p1,3 (САД dipper)=0,0004 p1,4 (САД dipper)=0,02 p1,5 (САД dipper)=0,002
p1,3 (САД non-dipper)=0,04 p1,5 (САД non-dipper)=0,03
p1,2 (ДАД dipper)=0,03 p1,3 (ДАД dipper)=0,0001 p1,5 (ДАД dipper)=0,0003
p1,3 (ДАД non-dipper)=0,04 p1,5 (ДАД non-dipper)=0,0067
p1,4 (ДАД night-peaker)=0,01

Таблица 3

Показатели	ХОБЛ без АГ (n=20)	ХОБЛ и АГ (n=14)	ХОБЛ и АГ (n=24)
Группа	1	2	3
СДЛА, мм рт. ст.	47,8	46,0	43,0

при обострении	(45,0;50,0)	(42,0;49,25)	(42,0;46,0)
p1,2=0,45 p1,3=0,11 p2,3=0,28			
СДЛА, мм рт. ст. вне обострения	40,0 (38,0;42,0)	41,0 (38,0;46,5)	40,0 (39,0;42,0)
	p=0,0032	p=0,0031	p=0,67

По мере увеличения степени бронхиальной обструкции, которая приводит к хронической гипоксии и гиперкапнии у данной категории больных, прямо пропорционально увеличивается СДЛА ($p < 0,05$), в результате чего возрастает пост-нагрузка на правые отделы сердца с дальнейшим развитием дилатации и гипертрофии, при этом преднагрузка на левый желудочек у больных, с крайне резкими нарушениями легочной вентиляции уменьшается, в результате происходит снижение фракции выброса. В то же время у больных с выраженными обструктивными нарушениями легочной вентиляции на фоне хронического легочного сердца среднесуточные показатели АД не достигают высокого уровня, а в ряде случаев наблюдалась гипотония в течение суток при стойко сохраняющемся увеличенном СДЛА (табл. 4), что указывает на возможный риск поражения органов-мишеней и отражает уже имеющиеся серьезные нарушения функционирования сердечно-сосудистой системы, в том числе нарушение систолической функции сердца, что так-же отмечено в ряде исследований [4]. По мере утяжеления ХОБЛ компенсаторно происходит увеличение фракции выброса левого желудочка, с последующим снижением и развитием застойной сердечной недостаточности.

Таблица 4

Показатели	ХОБЛ II ст. (n=12)	ХОБЛ III ст. (n=23)	ХОБЛ IV ст. (n=23)
Группа	1	2	3
ОФВ1, %	62,5 (52,0;70,0)	36,5 (32,0;43,0)	26,0 (20,0;29,0)
p1,2=0,001 p1,3=0,00006 p2,3=0,000001			
Индекс Тиффно, %	61,5 (54,0;67,5)	56,0 (51,0;60,0)	54,0 (45,0;57,0)
p1,2=0,16 p1,3=0,04 p2,3=0,17			
ФВ ЛЖ, %	55,0 (52,5;58,0)	61,0 (57,0;64,0)	59,0 (58,0;62,0)
p1,2=0,017 p1,3=0,034 p2,3=0,377			
ТСПЖ, мм	0,57 (0,5;0,6)	0,6 (0,5;0,65) mean 0,59±0,08	0,6 (0,6;0,65) mean 0,64±0,1
p1,2=0,49 p1,3=0,49 p2,3=0,051			
СДЛА, мм рт.ст.	38,0 (35,0;44,2)	43,5 (40,0;46,5)	46,5 (43,5;55,0)
p1,2=0,017 p1,3=0,0001 p2,3=0,013			
Среднее САД (сутки), мм рт.ст.	132,0 (119,0;135,0)	132,0 (125,5;146,5)	129,0 (121,0;150,0)
p1,2=0,39 p1,3=0,59 p2,3=0,7			

Среднее ДАД (сутки), мм рт.ст.	84,0 (80,0;85,0)	79,5 (76,0;84,5)	83,5 (75,5;96)
p1,2=0,31 p1,3=0,86 p2,3=0,25			
Снижение САД в ночные часы (%)	-8,0 (-9,0;6,0)	-2,0 (-6,0;3,0)	-6(-13,0;0,5)
p1,2=0,6 p1,3=0,5 p2,3=0,13			
Снижение ДАД в ночные часы (%)	-6,0 (-15,0;1,0)	-3,0 (-12,0;3,0)	-7,0 (-12,5;1,5)
p1,2=0,68 p1,3=0,86 p2,3=0,39			

Примечание: ОФВ1 – объём форсированного выдоха за первую секунду, ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка, ТСПЖ – толщина стенки правого желудочка.

Вывод: Таким образом, при исследовании суточного профиля по данным СМАД у обследуемых контрольной группы (с эссенциальной гипертонией без ХОБЛ) достоверно чаще встречался тип «dipper», как по САД так и по ДАД, в отличие от пациентов с коморбидностью ХОБЛ и АГ.

У пациентов с ХОБЛ и лабильной АГ достоверно преобладал суточный профиль «night-peaker», по сравнению с обследуемыми ХОБЛ, имеющими стабильное течение АГ, у которых достоверно чаще встречался тип «non-dipper».

При изучении суточного мониторинга АД у больных с коморбидностью ХОБЛ и АГ выявлен прогностически неблагоприятный («night-peaker») суточный профиль АД по сравнению с контрольной группой, что связано с развитием хронической вентиляционной недостаточности, приводящей к гипоксии, гиперкапнии и вследствие этого к нарушению нейрогуморальной активации.

По данным ЭхоКГ у больных с ХОБЛ отмечается прямо пропорциональное повышение СДЛА в зависимости от тяжести заболевания. При этом статистически достоверно, что у лиц с коморбидностью ХОБЛ и АГ, как с лабильной, так и со стабильной, СДЛА выше нормы, как на момент обострения заболевания, так и при стабилизации клинического состояния пациентов.

Для диагностики тяжести АГ, выявления сердечно-сосудистых осложнений и адекватного подбора дозы гипотензивных препаратов у больных с ХОБЛ при поступлении в стационар, помимо общеклинических обследований, необходимо проведение трансторакального ультразвукового исследования сердца и суточного мониторинга АД с целью определения особенностей функционального состояния сердечно-сосудистой системы и индивидуальных особенностей суточного профиля.

Список использованной литературы

1. Адашева Т.В., Задонченко В.С., Павлов С.В. и др. Эффективность и безопасность применения селективного β 1-адреноблокатора Кординорма у больных артериальной гипертонией и хронической обструктивной болезнью легких // РМЖ. 2011. Т.19 № 2. С. 1–4.
2. Аксенова Т.А., Горбунов В.В., Пархоменко Ю.В. Суточное мониторирование центрального аортального давления у больных с сочетанием гипертонической болезни и хронической обструктивной болезни легких // Клиническая медицина. 2013. Т. 91. № 7. С. 43–47.

3. Баздырев Е.Д., Герасимова Е.Б., Поликутина О.М. и др. Сердечно-сосудистые факторы риска у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Клиницист. 2014. №8(1). С. 22–27. <https://doi.org/10.17650/1818-8338-2014-1-22-27>
4. Вёрткин А.Л., Ховасова Н.О. Коморбидность – новая патология. Технологии её профилактики и лечения // Архивъ внутренней медицины. 2013. (4). С. 68-72. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2013-0-4-68-72>
5. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2014. 92 с.
6. Деревянных Е.В., Балашова Н.А., Яскевич Р.А., Москаленко О.Л. Частота встречаемости, структура артериальной гипертонии и комплаентность среди врачей крупной клинической больницы города Красноярска // В мире научных открытий. 2018. Т. 10. № 4. С. 223–244. <https://doi.org/10.12731/wsd-2018-4-223-244>
7. Задионченко В.С., Адашева Т.В., Ли В.В. и др. Артериальная гипертензия и хроническая обструктивная болезнь легких – проблемы выбора терапии // Лечащий врач. 2012. № 7. С. 77–81.
8. Кароли Н.А., Сергеева В.А. Суточный мониторинг артериального давления у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Саратовский научно-медицинский журнал. 2009. Т. 5. № 1. С. 64–67.
9. Козлов Е.В. Структурно-функциональные изменения сердечно-сосудистой системы у пациентов, страдающих артериальной гипертонией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких // Сибирское медицинское обозрение. 2016. № 3 (99). С. 56–66.
10. Козлов Е.В., Деревянных Е.В., Балашова Н.А. и др. Хроническая обструктивная болезнь легких как социально-экономическое бремя взрослого населения (научный обзор) // В мире научных открытий. 2018. Т. 10. № 3. С. 180–199. <https://doi.org/10.12731/wsd-2018-3-180-199>.
11. Козлов Е.В., Петрова М.М., Деревянных Е.В. и др. Применение препарата «НОЛИПРЕЛ А БИ-ФОРТЕ» у мужчин пожилого возраста с хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертонией // Артериальная гипертензия. 2015. Т. 21. № 2. С. 197–205.
12. Козлов Е.В., Поликарпов Л.С., Петрова М.М., Деревянных Е.В. Системное артериальное давление в легочном стволе и вариабельность суточного мониторинга артериального давления у лиц мужского пола при коморбидности хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертонии // Сибирское медицинское обозрение. 2013. № 5 (83). С. 64–69.
13. Крючкова О.Н., Турна Э.Ю., Мартынюк М.А. Артериальная гипертензия у больных ХОБЛ: патогенетические особенности и суточная динамика артериального давления // Крымский терапевтический журнал. 2015. № 2 (25). С. 5–9.
14. Подьянова А.И., Костарева Р.А. Особенности показателей суточного мониторирования артериального давления у больных хронической обструктивной болезнью лёгких разной степени тяжести // Врач-аспирант. 2018. Т. 89. № 4. С. 39–45.

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины
основан в 2024 году
Бухарским государственным
медицинским институтом
Выходит один раз в 3 месяца
Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт