

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

№3, 2025

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА №3, 2025

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Силина Т. (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Зуева Л. (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

доц. Рахматуллин А.Р. (Россия)

проф. Саломова Ф.И.

проф. Трескач С. (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

Дмн. Абдуллаева Р.М.

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

<i>Набиева Д.А., Пулатова Ш.Б. РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ФОРКАЛ ПЛЮС В КОРРЕКЦИИ КОСТНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ</i>	<i>Nabiyeva D.A., Pulatova Sh.B. EFFECTIVENESS OF FORKAL PLUS COMBINATION THERAPY IN BONE METABOLISM MANAGEMENT FOR OSTEOPOROSIS PATIENTS</i>	124
<i>Nazarova N.O., Jabbarov O.O. TIZIMLI QIZIL BO'RICHA BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA BUYRAKLAR FAOLIYATINI KLINIK BAHOLASH</i>	<i>Nazarova N.O., Jabbarov O.O. CLINICAL EVALUATION OF RENAL FUNCTION IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS</i>	129
<i>Рахимова Д.А., Аляви А.Л., Атаходжаева Г.А., Сабиржанова З.Т. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДИСБАЛАНСА ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ ФАКТОРОВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КОМОРБИДНОМ СОСТОЯНИИ</i>	<i>Rakhimova D.A., Alyavi A.L., Atakhodzhayeva G.A., Sabirzhanova Z.T. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF IMBALANCE OF PSYCHOVEGETATIVE FACTORS AND QUALITY OF LIFE IN COMORBID PATIENTS WITH RESPIRATORY PATHOLOGY</i>	132
<i>Рахимова М.Б., Ахмедов Х.С., Халметова Ф.И. ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</i>	<i>Rakhimova M.B., Akhmedov Kh.S., Khalmetova F.I. EVALUATION OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	137
<i>Raximova M.R., Miraxmedova X.T. REVMATOID ARTRITNI TASHXISLASHGA ZAMONAVIY YONDASHUV</i>	<i>Rakhimova M.R., Mirakhmedova X.T. MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	141
<i>Raxmatov A.M., Jabbarov O.O. PODAGRIK NEFROPATIYANI ERTA TASHXISLASHNING KLINIK AHAMIYATI</i>	<i>Raxmatov A.M., Jabbarov O.O. EARLY DIAGNOSIS OF GOUTY NEPHROPATHY AND ITS CLINICAL IMPORTANCE</i>	145
<i>Rizamuxamedova M.Z., Berdieva D.U., Nurmuxamedova N.S., Orolov B.N. POLIANGIITLI GRANULEMATOZNING FAOLLIGI VA ZARARLANISH KO'RSATKICHLARINI BAHOLASH</i>	<i>Rizamukhamedova M.Z., Berdieva D.U., Nurmukhamedova N.S., Orolov B.N. ASSESSMENT OF ACTIVITY AND DAMAGE INDICES IN GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS</i>	148
<i>Sagatova D.R. KLIMAKTERIK DAVRDAGI AYOLLARDA OSTEOARTRIT RIVOJLANISHINING HAVF OMILLARINI BAHOLASH</i>	<i>Sagatova D.R. ASSESSMENT OF RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF OSTEOARTHRITIS IN MENOPAUSAL WOMEN</i>	153
<i>Sapayeva Z.A. CHANGES IN INTRACARDIAC HEMODYNAMIC PARAMETERS ACCORDING TO ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH ARTERIAL HYPERTENSION</i>	<i>Sapayeva Z.A. ARTERIAL GIPERTENZIYA BILAN TIZIMLI QIZIL YUGURUK KASALLIGI BOR BEMORLARDA EXOKARDIYOGRAFIYA MA'LUMOTLARIGA KO'RA YURAK ICHI GEMODINAMIK PARAMETRLARNING O'ZGARISHI</i>	156
<i>Sapayeva Z.A., Djumaniyazova Z.F., Makhmudova M.M. ASSESSMENT OF THE EFFECT OF ANTIHYPERTENSIVE DRUGS ON THE PARAMETERS OF DAILY BLOOD PRESSURE MONITORING IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH ARTERIAL HYPERTENSION</i>	<i>Sapayeva Z.A., Djumaniyazova Z.F., Mahmudova M.M. ARTERIAL GIPERTENZIYALI TIZIMLI QIZIL BO'RICHA BEMORLARDA ANTIGIPERTENZIV VOSITALARNING KUNLIK QON BOSIMI MONITORINGI PARAMETRLARIGA TA'SIRINI BAHOLASH</i>	160
<i>Сибиркина М.В., Маруфанов Х.М., Азимова М.М. ГЕНЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</i>	<i>Sibirkina M.V., Marufanov Kh.M., Azimova M.M. GENESIS OF GASTROINTESTINAL TRACT IN RHEUMATOLOGICAL PATIENTS</i>	164
<i>Ташпулатова М.М., Набиева Д.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОДАГРЫ НА РАННИХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ</i>	<i>Tashpulatova M.M., Nabieva D.A. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ULTRASONIC RESEARCH IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF GOUT AT THE EARLY STAGES OF THE DISEASE</i>	169
<i>Xaydaraliyev S.U., Karimov M.Sh., Eshmurzayeva A.A. ISHQORIY FASFOTAZA IZOFERMENTINING YUVENIL REVMATOID ARTRIT KASALLIGIDA DIAGNOSTIK AHAMIYATI VA MINERALLAR ALMASHINUVIDAGI ROLI</i>	<i>Xaydaraliyev S.U., Karimov M.Sh., Eshmurzayeva A.A. DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF ALKALINE PHOSPHATASE ISOENZYME IN JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS AND ITS ROLE IN MINERAL METABOLISM</i>	174
<i>Xaytimbetov J.Sh., Solixov M.U., Solixov B.M., Narziev N.M. REVMATOID ARTRITNING KECHKI BOSQICHIDA BEMORNI DAVOLASHGA KOMORBID HOLATNING TA'SIRI</i>	<i>Khaitimbetov Zh.Sh., Solikhov M.U., Solikhov B.M., Narziev N.M. THE INFLUENCE OF COMORBID STATUS ON THE TREATMENT OF A PATIENT WITH LATE STAGE RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	179
<i>Хамраев Х.Х., Мирахмедова Х.Т. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</i>	<i>Xamraev X.X., Miraxmedova X.T. COMORBIDITIES IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	184
<i>Хидоятова М.Р., Мирхамидов М.В., Пулатова Л. ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ПРИЕМА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ</i>	<i>Khidoyatova M.R., Mirkhamidov M.V., Pulatova L. LIVER DAMAGE ASSOCIATED WITH NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS USE IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS</i>	187

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДИСБАЛАНСА ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ ФАКТОРОВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КОМОРБИДНОМ СОСТОЯНИИ

Рахимова Д.А., Аляви А.Л., Атаходжаева Г.А., Сабиржанова З.Т.

KOMORBID HOLATDAGI RESPIRATOR PATOLOGIYALI BEMORLARDA PSIXOVEGETATIV OMILLAR VA HAYOT SIFATI NOMUTANOSIBLIGINI DAVOLASHGA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR

Rahimova D.A., Alyavi A.L., Atahodjayeva G.A., Sabirjanova Z.T.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF IMBALANCE OF PSYCHOVEGETATIVE FACTORS AND QUALITY OF LIFE IN COMORBID PATIENTS WITH RESPIRATORY PATHOLOGY

Rakhimova D.A., Alyavi A.L., Atakhodzhayeva G.A., Sabirzhanova Z.T.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкентский педиатрический медицинский институт

Maqsad: asosiy davolashga neбиволol va ozon terapiyasini qo'shish fonida surunkali o'pka yurak kasalligi bilan asoratlangan bronxial astma+gastroezofagial reflyuks kasalligi bilan og'rigan bemorlarda psixovegetativ regulatsiya omillari, o'ng qorincha remodeling jarayonlari va hayot sifati o'rtasidagi bog'liqlikni o'rganish. **Material va usullar:** surunkali o'pka yurak kasalligi bilan asoratlangan bronxial astma+GERD bilan kasallangan 36 nafar bemor va 30 nafar sog'lom odam tekshirildi. Davolanish rejimiga qarab, barcha bemorlar quyidagi printsiplarga bo'yicha bo'lindi: Kuniga 2 va 9-4-guruhning 9 nafar bemorlari, kunlik va ozon terapiyasida 2,5-5 mg dozada 2,5-5 mg, Germaniya). Ozon-kislorod aralashmasini tomir ichiga yuborish shakli, 1000 mk/l. **Natijalar:** ushbu toifadagi bemorlarni davolash rejasini ishlab chiqishda bronxial astma + GERD bilan og'rigan bemorlarda o'pka gipertenziyasining rivojlanishi va surunkali o'pka yurak kasalligining shakllanishi psixovegetativ tartibga soluvchi omillarning disfunktsiyasi rivojlanishi bilan chambarchas bog'liqligini hisobga olish kerak. Neбиволol va ozon terapiyasi bilan kompleks davolash fonida, surunkali o'pka yurak kasalligi bilan asoratlangan bronxial astma+GERD bilan og'rigan bemorlarda psixovegetativ holat, o'ng qorincha diastolik funktsiyasi holati, o'pkaning ventilyatsiya qobiliyati ko'rsatkichlari va hayot sifati ko'rsatkichlarining yaxshilanishi kuzatilmadi. **Xulosa:** neбиволol va ozon terapiyasi kompleks terapiyaga kiritilganda, yuqorida qayd etilgan patogenetik o'zaro bog'liq kasalliklar ishonchli tarzda yaxshilanadi.

Kalit so'zlar: bronxial astma, gastroezofagial reflyuks kasalligi, psixovegetativ omillar, hayot sifati, o'pka perfuziyasi, klinik simptomlar, terapiya.

Objective: To study the relationship between psychovegetative regulation factors, right ventricular remodeling processes and quality of life of patients with bronchial asthma + gastroesophageal reflux disease (BA+GERD) complicated by chronic pulmonary heart disease, with the addition of neбиволol and ozone therapy to the basic treatment. **Material and methods:** 36 patients with BA + GERD complicated by chronic pulmonary heart disease and 30 healthy individuals were examined. Depending on the treatment regimen, all patients were divided according to the following principle: 9 patients of the 1st and 8-3rd groups received basic therapy (according to GOLD, 2006; 10 patients of the 2nd and 9-4th groups, along with basic therapy, took the highly selective β 1-adrenoblocker neбиволol (Nebilet, Berlin-Chemie AG, Germany) at a dose of 2.5-5 mg once a day and ozone therapy in the form of intravenous administration of an ozone-oxygen mixture in saline, 1000 μ g/l. **Results:** When developing a treatment plan for this category of patients, it is necessary to take into account that the progression of pulmonary hypertension and the formation of chronic pulmonary heart disease in patients with bronchial asthma + GERD are closely associated with the development of dysfunction of the psychovegetative regulatory factors. Against the background of complex treatment with neбиволol and ozone therapy, an improvement in the parameters of the psychovegetative status, the state of diastolic function of the right ventricle, indicators of the ventilation capacity of the lungs and quality of life in patients with bronchial asthma + GERD complicated by chronic pulmonary heart disease. **Conclusions:** When neбиволol and ozone therapy are included in the complex therapy, the above-mentioned pathogenetically interrelated disorders are reliably improved.

Key words: bronchial asthma, gastroesophageal reflux disease, psychovegetative factors, quality of life, pulmonary perfusion, clinical symptoms, therapy.

Современные подходы к терапии респираторной патологии в коморбидности с другими патологиями является актуальной медико-социальной проблемой. Бронхиальная астма (БА) и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) относятся к группе психосоматических заболеваний, поскольку в их происхождении тесно переплетаются психические и соматические факторы, создавая

сложные причинно-следственные связи [8,9]. Значимость проблемы бронхиальной астмы в последние годы неуклонно растет. В США астмой страдают 7,2% населения, или 20 млн американцев, в странах Евросоюза распространенность астмой составляет 2-7%. В Англии 50% больных могут быть отнесены к хронической обструктивной болезни легких, тогда как лишь 9% – к бронхиальной астме [7, 9].

Осложнениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни являются легочные и отоларингологические (бронхиальная астма, хронический бронхит, частые отиты, синуситы), кардиологические (стенокардия, ишемическая болезнь сердца), стоматологические (кариес, пародонтоз, афтозный стоматит). Среди пациентов с бронхиальной астмой диагноз гастроэзофагеального рефлюкса встречается у 70-80%, что позволяет говорить о патогенетической связи двух заболеваний [1,4].

Точной информации о распространенности ГЭРБ нет, что связано с большой вариабельностью клинических симптомов. Согласно исследованиям, проведенным в Европе и США, 20-25% населения страдают симптомами ГЭРБ, а у 7% симптомы возникают ежедневно. В Узбекистане распространенность ГЭРБ составляет 20,5%. Также 25-40% пациентов с ГЭРБ по результатам эндоскопических исследований имеют эзофагит, однако у большинства людей ГЭРБ не имеет эндоскопических проявлений. У мужчин и женщин симптомы проявляются с одинаковой частотой.

Наиболее тяжелым осложнением заболеваний легких является формирование хронического легочного сердца (ХЛС). Кроме резкого снижения качества жизни (КЖ), ХЛС во многом предопределяет неблагоприятный исход заболевания. Это в значительной степени обусловлено тем, что причиной роста распространенности и смертности от БА+ГЭРБ, осложненной хроническим легочным сердцем, в Узбекистане является гиподиагностика и позднее выявление [5,6]. В то же время по-прежнему остается невыясненным механизм развития ремоделирования правого желудочка (ПЖ) у больных с ХЛС. Требуется дальнейшего изучения психовегетативные факторы (ПВФ) регуляции.

В настоящее время стало очевидным, что нервно-психические факторы оказывают негативное влияние на функциональное состояние бронхов через вегетативную нервную систему. По блуждающему нерву передаются влияния, вызывающие сокращение гладких мышц бронхов; через легочные симпатические сплетения – адренергические влияния, расслабляющие гладкие мышцы [2]. Хроническая гиперактивация симпато-адреналовой системы приводит к развитию ряда патологических эффектов, в том числе к возникновению вегетативного дисбаланса [4]. В связи с этим представляет интерес комплексная оценка широкого круга параметров, отражающих структурно-функциональное состояние кардиореспираторной и психовегетативной системы регуляции. Эти параметры определяют функциональный статус и медицинские аспекты качества жизни больных с ХЛС [8].

При БА+ГЭРБ особый интерес представляет изучение изменений на уровне вегетативного и микроциркуляторного звена кровообращения на различных стадиях развития болезни, что важно не только для более полного раскрытия патогенетических механизмов этого заболевания, но и для разработки комплекса адекватного лечения, которого можно

добиться включением озонотерапии (ОТ). Данные о необходимости одновременного применения бета-адреноблокаторов в настоящее время весьма противоречивы.

Цель исследования

Изучение взаимосвязи психовегетативных факторов регуляции, процессов ремоделирования правого желудочка и качества жизни больных БА+ГЭРБ, осложненной хроническим легочным сердцем, на фоне добавления к базисному лечению небиволола и озонотерапии.

Материал и методы

Обследованы 36 больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС, и 30 здоровых лиц (ЗЛ).

У больных по показателям доплер-эхокардиографии (ДопплерЭхоКГ) оценивали легочную гипертензию без ДПЖ (уровень среднего легочного артериального давления ЛАД_{ср} больше 25 мм рт. ст.) и с ДПЖ (толщина передней стенки ПЖ меньше 5 мм, при переднезаднем размере ПЖ больше 2,5 см).

Больные БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ЛГ, составили 1-ю и 2-ю группы, пациенты с БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ДПЖ, – 3-ю и 4-ю группы. В зависимости от схемы терапии все больные были разделены по следующему принципу: 9 больных 1-й и 8 – 3-й группы получали базисную терапию (БТ) (по GOLD, 2006; 10 больных 2-й и 9 – 4-й группы на фоне базисной терапии принимали высокоселективный β1-адреноблокатор небиволол (Н) (небилет, Берлин Хеми АГ, Германия) в дозе 2,5-5 мг однократно в сутки и озонотерапию ОТ в виде внутривенного введения озонкислородной смеси на физиологическом растворе, 1000 мкг/л.

Больных обследовали в день поступления и на 10-е сутки лечения.

Психоэмоциональный статус больных оценивался на основании психологического тестирования с помощью метода многостороннего исследования личности (МИЛ) и теста Спилбергера на выявление реактивной и личностной тревожности.

Изучение параметров качества жизни больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС, проводилось по специализированному сизтлскому вопроснику и оценивалось по балльной системе. Сизтлский вопросник позволяет оценивать у больного уровень физического и эмоционального состояния, профессиональной пригодности и удовлетворенности лечением. Согласно вопроснику параметры физического состояния оценивались по 18 вопросам, которые позволяют оценить физическую активность и охарактеризовать, как проявляется степень снижения физического состояния. Параметры эмоционального состояния больного оценивались по 5 вопросам, которые определяли степень внутреннего переживания и эмоциональной нагрузки больных. Параметры КЖ в профессиональной пригодности оценивались по 4 вопросам, которые позволяли оценить реакцию больных на экстремальные для них состояния (одышку и затрудненное дыхание). Параметры КЖ удовлетворенности лечением оценивались по 2 вопросам, отражающим оценку взаи-

моотношений врача и пациента с позиции обучающих программ.

Функциональное состояние периферической ВНС изучалось методом кардиоинтервалографии (КИГ) с использованием приемов математического анализа. Запись КИГ производилась на электрокардиографе ЭКГ 04. При обработке КИГ вычислялись следующие показатели: Мода (Мо, с) – наиболее часто встречающееся значение продолжительности интервала R-R в конкретном состоянии и амплитуда Моды (АМо, %).

В соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографистов, рассчитывали конечный диастолический объем (КДО) ПЖ, конечный систолический объем (КСО) ПЖ (по Хатле и Ангелсону, 1985). При анализе доплеровского спектра диастолического наполнения ПЖ рассчитывали следующие параметры: Е/А – соотношение скоростей раннего и предсердного наполнения; ВЗ (м/с) – время замедления раннего наполнения; ВИР (м/с) – время изоволюмического расслабления и фракция предсердного наполнения (ФПН, %). Кроме того, анализировали уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм рт. ст.).

Вентиляционную способность легких (ВСЛ) определяли на аппарате Medikor (Венгрия), с оценкой объема форсированного выдоха за 1 с (FEV_1 , %), жизненной емкости легких (FVC, %) и индекса Тиффно (FEV_1/FVC , %).

Результаты обработаны с помощью пакета программ Excel с использованием t-критерия Стьюдента. Различия между изучаемыми параметрами признавали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования эмоционально-личностной сферы с помощью теста МИЛ показали, что в контрольной группе профиль теста МИЛ по всем шкалам не превышал условной психической нормы. Ведущие пики профиля базируются на шкалах 1-8-2. Подобная конфигурация профиля МИЛ свидетельствует о наличии соматогенно обусловленной тревоги, а также аутизации личности с формированием своеобразного модуса мышления и поведения.

Доминирование тревожного аффекта в структуре личности подтверждается результатами психометрического анализа по методике Спилбергера с применением шкалы реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ). У всех больных БА+ГЭРБ обнаружена высокая тревожность как устойчивая личностная черта. По шкале Спилбергера у больных БА+ГЭРБ выявлена достоверно высокая реактивная и особенно личностная тревожность по сравнению с ЗЛ ($p < 0,05$). Данные, полученные нами в группе больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС, показали, что уровень реактивной тревожности повышен на 42,7%, уровень личностной тревожности – на 46,8% по сравнению с ЗЛ ($p < 0,005$).

До лечения у больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ЛГ и ДПЖ, параметры КЖ снижены. Однако выраженность изменений в указанных группах не-

однозначна. Так, больные БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ДПЖ, хуже адаптированы к активной физической деятельности, среди них чаще ($82,6 \pm 4,8\%$ больных) наблюдалось резкое ограничение физической деятельности: затруднения при подъеме на несколько лестничных пролетов ($y 63,09 \pm 4,7\%$) или прогулке на несколько кварталов ($y 76,6 \pm 5,1\%$). Больные БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ЛГ, достоверно легче переносили физическую нагрузку: соответственно 62,5, 56,9 и 66,7% по тем же критериям. У больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ЛГ, установлен более выраженный дистресс, проявляющийся низкими баллами оценки эмоционального состояния ($2,98 \pm 0,18$ балла), по сравнению с больными БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ДПЖ ($3,85 \pm 0,09$ балла), при максимально возможной оценке в 7 баллов.

У подавляющего большинства больных БА+ГЭРБ ($78,5 \pm 6,1\%$) определяли состояние душевного дискомфорта. У 62,7% больных выявлено чувство смущения при возникновении кашля или затрудненного дыхания. Больные БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ДПЖ, чаще испытывали боязнь физической активности ($52,7 \pm 3,5\%$), чем больные БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ЛГ ($38,9 \pm 3,8\%$).

Показатель профессиональной пригодности, отражающий способность больного выполнять обычные профессиональные обязанности у больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ЛГ ($4,78 \pm 0,12$ балла), был выше, чем у больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ДПЖ ($3,97 \pm 0,14$ балла) ($p < 0,05$).

При проведении анализа результатов КИГ было выявлено, что для здоровых лиц характерна эйтония ($58,5 \pm 3,5\%$) и ваготония ($22,1 \pm 4,2\%$), а для больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС, – гиперсипатикотония ($71,1 \pm 5,2\%$) изменения в виде уменьшения показателей мода (Мо) – $0,61 \pm 0,02$ с, увеличения показателей амплитуды Мо (АМо) – $36,1 \pm 0,03\%$, свидетельствующие об усилении функциональной активности симпатического отдела и снижении активности парасимпатического отдела ВНС.

До лечения параллельно с дисбалансом ПВФ регуляции наблюдается нарушение ДФПЖ и вентиляционной способности легких, свидетельствующее о важной роли гипоксии, гипоксемии в механизмах инициации симпатикотонии и ремоделирования эндотелия сердечно-сосудистой системы. Так, наблюдали повышение уровня ЛАДср в 1-й и в 3-й группах соответственно в 1,92 и 2,24 раза, во 2-й и в 4-й группах – в 2,17 и 2,33 раза. Объем форсированного выдоха за 1 с (FEV_1) в 1-й и 3-й группах снизился соответственно до 39,6 и 43,3%, во 2-й и в 4-й – до 39,6 и 44,5%; жизненная емкость легких (FVC) в 1-й и в 3-й группах снизилась до 34,6 и 38,7%, во 2-й и в 4-й – до 37,7 и 40,8%; индекс Тиффно (FEV_1/FVC) снизился соответственно до 46,6 и 51,9%, до 47,2 и 50,5% (по сравнению с аналогичными показателями у ЗЛ) ($p < 0,005$).

После комплексной терапии у больных 2-й и 4-й групп обнаруженная с помощью теста МИЛ высокая тревожность и особенно личностная тревожность

достоверно уменьшилась: по сравнению с показателями до лечения на 11,8 и 14,9% ($p < 0,05$).

Параметры КЖ в динамике терапии у пациентов 2-й и 4-й групп достоверно улучшились ($p < 0,05$). Так, у больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ДПЖ, повысилась адаптация к активной физической деятельности на 22,8%, снизилось резкое ограничение физической деятельности, затруднения при подъеме на несколько лестничных пролетов до 19,7% или прогулке на несколько кварталов на 16,5%, у больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ЛГ, наблюдалось улучшение показателей соответственно на 25,5, 23,9 и 19,4%. Установлено, что у больных 2-й группы БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ЛГ, эмоциональное состояние улучшилось на 23,8%, у больных 4-й группы БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ДПЖ, – на 18,7% по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,05$). У больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ДПЖ, боязнь физической активности снизилась на $41,7 \pm 3,5\%$, у больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ЛГ, – на $22,9 \pm 3,8\%$. Показатель профессиональной пригодности у больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ЛГ, повысился на 14,7%, у больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ДПЖ, – на 10,8% (по сравнению с показателями до лечения) ($p < 0,05$).

В параметрах зарегистрированных кардиоинтервалов наблюдали уменьшение гиперсипатикотонии на $65,1 \pm 5,2\%$, увеличение показателей мода до $0,73 \pm 0,02$ с и уменьшение показателей Амо до $24,8 \pm 0,03\%$ ($p < 0,05$), что свидетельствовало о снижении активности симпатического отдела ВНС.

В динамике комплексного лечения у пациентов 2-й и 4-й групп наблюдали уменьшение ВЗ на 6,2 и 5,4%; ВИР – на 9,7 и 6,7%, ФПН – на 16,5 и 11,3% и ЛАДср – на 18,5 и 15,9%, а также повышение Е/А на 10,4 и 7,1% ($p < 0,05$, достоверность различий с показателями до лечения).

Показатели вентиляционной способности легких у больных 2-й и 4-й групп возросли: FEV_1 – на 13,8 и 12,3%, FVC – на 12,2 и 11,5%, FEV_1/FVC – на 12,7 и 7,9 (по сравнению с показателями до лечения, $p < 0,05$). У пациентов 1-й и 3-й групп изменения показателей ПВФ регуляции, КЖ, ДФПЖ и ФВД после лечения по сравнению с аналогичными показателями до лечения были недостоверными ($p > 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение в комплексную терапию больных БА+ГЭРБ, осложненной хроническим легочным сердцем, небиволола и озонотерапии позволяет снизить гемодинамическую нагрузку на правые отделы сердца, улучшить показатели психовегетативных факторов регуляции, качества жизни больных и вентиляционной способности легких. Применение только базисной терапии не оказывает существенного влияния на исследованные параметры.

Исследования показали, что до лечения изменения ДФПЖ параллельны нарушениям бронхиальной проходимости, эмоционально-личностной сферы и функциональной активности симпатического, парасимпатического отдела ВНС. Взаимное

отягощение и прогрессирование нарушений ДФПЖ и легочной гемодинамики основано на общности некоторых звеньев патогенеза: нарушений легочно-сердечной микроциркуляции, развитии гипоксии и легочной гипертензии [5]. Прогрессирование ЛГ и формирование хронического легочного сердца у больных БА+ГЭРБ тесно связаны с развитием дисфункции психовегетативных факторов регуляции, что следует учитывать при выработке плана лечения этой категории пациентов [1,3]. Нами было отмечено улучшение параметров психовегетативного статуса, состояния ДФПЖ, показателей вентиляционной способности легких и КЖ у больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС, на фоне комплексного лечения с применением небиволола и озонотерапии.

Заключение

У больных БА+ГЭРБ до лечения наблюдали дезадаптивное состояние в сфере психовегетативных факторов регуляции, что проявляется симпатикотонией в результате снижения адаптивных возможностей при нарушении ВСЛ и развитии длительной гипоксии головного мозга. У больных БА+ГЭРБ отмечается достоверное снижение КЖ по эмоциональному состоянию и профессиональной пригодности, у больных БА+ГЭРБ, осложненной ХЛС с ЛГ, – по физическому состоянию и удовлетворенности лечением. При включении в комплексную терапию небиволола и озонотерапии достоверно улучшаются вышеперечисленные патогенетически взаимосвязанные нарушения.

Литература

1. Абдулманова Д.Н., Чамсутдинов Н.У. Лечение пациентов с бронхиальной астмой, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // *Фундамент. иссл.* – 2013. – №5.
2. Баулина О.А., Баулин В.А. Рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма // *Акт. вопр. теорет. и практ. мед.* – 2016. – №2.
3. Ребров А.П., Кароли Н.А. Формирование хронического легочного сердца у больных бронхиальной астмой // *Клин. мед.* – 2012. – №12 Спец. вып. – С. 26-31.
4. Чучалин А.Г. Актуальные вопросы диагноза в пульмонологии // *Тер. арх.* – 2011. – Т. 73. – С. 28-33.
5. Karoli N., Rebrov A. Pulmonary hypertension at the patients with bronchial asthma and COPD // *Turkish Thoracic Society 8th Annual Congress.* – Antalya, 2015. – P. 2158.
6. Terada K., Muro S., Ohara T. et al. Abnormal swallowing reflex and COPD exacerbations // *Chest.* – 2010. – Vol. 137, №2. – P. 326-332. <https://doi.org/10.1378/chest.09-0482>
7. Timms C., Thomas P., Yates D. Detection of gastro-oesophageal reflux disease (GORD) in patients with BA // *J. Breath. Res.* – 2012. – Vol. 6, №1. 16003. <https://doi.org/10.1088/17527155/6/1/016003>
8. Tufik S., Santos-Silva R., Taddei J.A., Azeredo Bittencourt L.R. Obstructive sleep apnea syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study // *Sleep. Med.* – 2010. – Vol. 11, №5. – P. 441-446. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.10.005>
9. Xiao Y.L., Liu F.Q., Li J. et al. Gastroesophageal and laryngopharyngeal reflux profiles in patients with obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome as determined by combined multi-channel intraluminal impedance-pH monitoring // *Neurogastroenterol. Motil.* – 2012. – Vol. 24, №6. – P. 258-265.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДИСБАЛАНСА ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ ФАКТОРОВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КОМОРБИДНОМ СОСТОЯНИИ

Рахимова Д.А., Аляви А.Л., Атаходжаева Г.А.,
Сабиржанова З.Т.

Цель: изучение взаимосвязи психовегетативных факторов регуляции, процессов ремоделирования правого желудочка и качества жизни больных бронхиальной астмой+гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (БА+ГЭРБ), осложненной хроническим легочным сердцем, на фоне добавления к базисному лечению небиволола и озонотерапии. **Материал и методы:** обследованы 36 больных БА+ГЭРБ, осложненной хроническим легочным сердцем, и 30 здоровых лиц. В зависимости от схемы терапии все больные были разделены по следующему принципу: 9 больных 1-й и 8 – 3-й группы получали базисную терапию (по GOLD, 2006; 10 больных 2-й и 9 – 4-й группы на фоне базисной терапии принимали высокоселективный β 1-адреноблокатор небиволол (небилет,

Берлин Хеми АГ, Германия) в дозе 2,5-5 мг однократно в сутки и озонотерапию в виде внутривенного введения озонокислородной смеси на физиологическом растворе, 1000 мкг/л. **Результаты:** при выработке плана лечения этой категории пациентов необходимо учитывать, что прогрессирование легочной гипертензии и формирование хронического легочного сердца у больных БА+ГЭРБ тесно связаны с развитием дисфункции психовегетативных факторов регуляции. На фоне комплексного лечения с применением небиволола и озонотерапии отмечалось улучшение параметров психовегетативного статуса, состояния диастолической функции правого желудочка, показателей вентиляционной способности легких и качества жизни у больных БА+ГЭРБ, осложненной хроническим легочным сердцем. **Выводы:** при включении в комплексную терапию небиволола и озонотерапии достоверно улучшаются вышеперечисленные патогенетически взаимосвязанные нарушения.

Ключевые слова: бронхиальная астма, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, психовегетативные факторы, качество жизни, легочная перфузия, клинические симптомы, терапия.

