

ISSN 2091–5853

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI



JURNALI

**NAZARIY
VA
KLINIK
TIBBIYOT**

2026

ЖУРНАЛ

**ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ
и КЛИНИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ**

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI

**NAZARIY va
KLINIK TIBBIYOT
JURNALI**



**JOURNAL
of THEORETICAL
and CLINICAL
MEDICINE**

Рецензируемый научно-практический журнал.

Входит в перечень научных изданий, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан.

Журнал включен в научную электронную библиотеку и Российский Индекс Научного Цитирования (РИНЦ).

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор проф., акад. АН РУз Т.У. АРИПОВА

Ш.А. БОЙМУРАДОВ (заместитель главного редактора),
проф. Г.М. КАРИЕВ, проф. З.С. КАМАЛОВ,
Д.К. АШРАПОВА (ответственный секретарь)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

В.А. Алейник (Андижан), Н.У. Арипова (Ташкент), Т.А. Аскарлов (Ташкент), Н.С. Атабеков (Ташкент), Д.И.Ахмедова (Ташкент), И.В. Бергер (Ташкент), А.А. Гайбуллаев (Ташкент), Б.Т. Даминов (Ташкент), Ш.Х. Зиядуллаев (Самарканд), Ф.И. Иноятова (Ташкент), А.А. Исмаилова (Ташкент), Д.А. Кадырова (Ташкент), М.Ю. Каримов (Ташкент), Р.Д. Курбанов (Ташкент), Я.С. Махамадалиева (Ташкент), Э.И. Мусабаев (Ташкент), Д.А. Мусаходжаева (Ташкент), Ф.Г. Назиров (Ташкент), Ж.Е. Пахомова (Ташкент), З.Д. Рахманкулова (Ташкент), Ж.А. Ризаев (Самарканд), Р.Ю. Рузибаев (Ургенч), М.Р. Рузибакиева (Ташкент), Н.Ф. Рузимуродов (Ташкент), У.Ю. Сабиров (Ташкент), Ш.Ж. Тешаев (Бухара), Л.Н. Туйчиев (Ташкент), Т.Р. Хегай (Ташкент), Н.И. Хикматова (Бухара), А.Ф. Юсупов (Ташкент)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Н.В. Ганковская (Москва), Н.М. Гашникова (Новосибирск), И.Г. Козлов (Москва), Н.В. Колесникова (Краснодар), М. Мизоками (Япония), Д.К. Мухаббатзода (Душанбе), У.Б. Нурматов (Великобритания), А.С. Симбирцев (Санкт-Петербург), Г.С. Святова (Казахстан), Н.С. Татаурщикова (Москва), А.А. Тотолян (Санкт-Петербург), И.А. Тузанкина (Екатеринбург), Ш.З. Хабибуллаев (Москва), М.Р. Хаитов (Москва), В.А. Черешнев (Екатеринбург), Б.Н. Шамсидинов (Душанбе), Э. Эйер (Франция), Н.Ю. Юлдашева (Великобритания)

Адрес редакции и издательства:

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы
обращаться по адресу:

**100060, Ташкент, ул. Я. Гулямова, 74,
Институт иммунологии и геномики человека АН РУз
ответственному секретарю журнала
Тел. +998-71-207-08-17
Fax +998-71-207-08-23
E-mail: immunology2015@mail.ru
Internet: www.jtcm.uz**

Научный журнал. Электронное периодическое издание.

Учредители: Академия наук Республики Узбекистан,
Институт иммунологии и геномики человека Академии наук Республики Узбекистан.

Журнал зарегистрирован Узбекским агентством по печати и информации 04.05.2007 г., № 0255.
ISSN: 2091-5853. Периодичность: 6 номеров в год.

Технический редактор Д.К. Ашрапова
Верстка и компьютерная графика Д.К. Ашрапова

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.
Редакция оставляет за собой право на корректуру, редактуру и сокращение текстов статей.

XALQARO ILMIY-AMALIY KONFERENSIYA

**“Immunologiya va tibbiy
genetikaning fanlararo muammolari.
Pediatriyada orfan kasalliklar”**

Xalqaro ilmiy-amaliy konferensiya
materiallari to‘plami

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

**«Междисциплинарные проблемы
иммунологии и медицинской генетики.
Орфанные заболевания в педиатрии»**

Материалы конференции

23–24 aprel 2026 yil
Xiva shahri, O‘zbekiston

23–24 апреля 2026 года
город Хива, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АМИОДАРОН-ИНДУЦИРОВАННОМ ГИПЕРТИРЕОЗЕ

Абдикадирова Т.Ш.

Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность. Амiodарон является одним из наиболее эффективных антиаритмических препаратов, применяемых при лечении нарушений сердечного ритма. Однако его длительное применение может приводить к развитию дисфункции щитовидной железы, в том числе амиодарон-индуцированного гипертиреоза (АИГ). Частота данного осложнения варьирует от 2 до 24%. Избыток йода и прямое повреждение тиреоидной ткани являются основными механизмами развития АИГ. Клинические проявления тиреотоксикоза могут маскироваться симптомами сердечно-сосудистой патологии, что затрудняет своевременную диагностику.

Цель исследования. Изучить особенности сердечно-сосудистых нарушений у пациентов с амиодарон-индуцированным гипертиреозом и их динамику на фоне тиреостатической терапии.

Материал и методы. В исследование включены 9 пациентов с гипертиреозом, развившимся на фоне длительного (более 6 месяцев) приема амиодарона. Средний возраст обследованных составил $50,1 \pm 11,2$ лет. Всем пациентам проводилось определение гормонального профиля (ТТГ, свободный Т4, Т3), ультразвуковое исследование щитовидной железы, электрокардиография и холтеровское мониторирование ЭКГ. Повторное обследование выполнялось через 6 месяцев терапии тиамазолом.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики. Количественные показатели представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm SD$). Для оценки различий показателей до и после лечения применяли парный t-критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. До лечения уровень ТТГ составлял $0,15 \pm 0,07$ мкМЕ/мл, свободного Т4 – $3,55 \pm 0,41$ нг/дл. Максимальная частота сердечных сокращений достигала $162,88 \pm 40,85$ уд/мин. Через 6 месяцев терапии отмечена положительная динамика: уровень ТТГ повысился до $1,31 \pm 0,31$ мкМЕ/мл ($p = 0,007$), свободный Т4 снизился до $1,83 \pm 0,19$ нг/дл ($p < 0,0001$), уровень Т3 уменьшился с $3,19 \pm 0,66$ до $1,89 \pm 0,32$ нг/дл ($p < 0,001$). Максимальная ЧСС снизилась до $141,25 \pm 18,8$ уд/мин ($p = 0,039$). Показатель вариабельности сердечного ритма SDNN уменьшился до $74,75 \pm 26,77$ мс ($p < 0,0001$). Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии тиреостатической терапии не только на гормональный статус, но и на показатели автономной регуляции сердечного ритма.

Заключение. Амiodарон-индуцированный гипертиреоз сопровождается выраженными гормональными и кардиоваскулярными нарушениями. Проведение тиреостатической терапии способствует нормализации гормонального статуса и снижению частоты сердечных сокращений. Своевременная диагностика и лечение данного состояния имеют важное значение для улучшения прогноза у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

ВЛИЯНИЕ ЦИТОКИНОВОЙ АКТИВАЦИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Абдурахманов З.М., Бакаев И.К., Болтаев С.С., Абдурахманов М.М.

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино

Актуальность. Несмотря на эффективно выполненную реваскуляризацию миокарда, возможны рецидивы или сохранение стенокардии и/или безболевого ишемии миокарда после вмешательства. Получение данных о специфике иммунного ответа позволяет оптимизировать стратегии лечения больных хроническим коронарным синдромом (ХКС), минимизировать риски реваскуляризирующих операций и повысить эффективность профилактики неблагоприятных повторных сердечно-сосудистых событий.

Цель. Выявление важных иммунных предикторов результативности реваскуляризации миокарда у больных хроническим коронарным синдромом.

Материал и методы. В период с 2023 по 2025 год, обследовано 127 больных с хроническим коронарным синдромом атеросклеротического генеза на базе Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП). Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц.

левого желудочка и более низкую LVEF. Такой парадокс автор объясняет различием патофизиологических фенотипов: группа с высоким LAVI, вероятно, отражает преимущественно диастолическую дисфункцию и перегрузку левого предсердия, а группа с низким LAVI — более тяжёлое систолическое ремоделирование.

В однофакторной логистической модели $LAVI \geq 40$ мл/м² выступал независимым предиктором кардиальной смертности, а снижение LVEF — предиктором общей смертности. Однако в многомерной модели после поправки на возраст, пол и индекс массы тела статистическая значимость этих показателей уменьшалась, что указывает на необходимость интерпретировать эхокардиографические признаки только в клиническом контексте. Анализ выживаемости по Коксу подтвердил более устойчивую прогностическую роль LVEF, тогда как вклад LAVI ослабевал при совместном моделировании.

С молекулярной точки зрения полученные результаты согласуются с представлением о том, что иммунновоспалительная активация является важным посредником ремоделирования миокарда. $TNF-\alpha$, $IL-6$ и $IL-1\beta$ усиливают воспалительный каскад, фиброз и электрическую нестабильность через пути $NF-\kappa B$, JAK/STAT и $CaMKII\delta$, а при БЛНПГ механическая диссинхрония может дополнительно стимулировать локальное цитокиновое повреждение. Поэтому включение иммунных переменных в цифровой двойник патогенетически обосновано и позволяет объяснить, почему сходные по ЭКГ пациенты демонстрируют разный прогноз.

Платформа CardioTwin использовалась как интеграционная среда для объединения LAVI, LVEF, QTc, морфологии ЭКГ и воспалительных маркеров. По данным статьи, сочетание $QTc > 500$ мс и $LAVI \geq 40$ мл/м² позволяло выделять пациентов промежуточного и высокого риска, а моделирование вмешательств показывало потенциальное снижение 12-месячного риска неблагоприятных событий после CRT у больных с $LVEF \leq 35\%$ и повышенным LAVI. Практически это означает переход от популяционной статистики к индивидуализированной поддержке клинических решений.

Заключение. Для пациентов с БЛНПГ наибольшее значение имеет не изолированная оценка одного показателя, а интеграция структурных, электрофизиологических и иммунных параметров. LAVI может быть полезен как маркер кардиального риска, LVEF остаётся более устойчивым предиктором выживаемости, а цифровые двойники открывают путь к персонализированной стратификации и моделированию лечения. Перспективным направлением являются проспективные многоцентровые исследования с полноценным включением иммунных биомаркеров в AI-модели.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абдикадирова Т.Ш. 161
Abdullaev B.I. 179
Абдуллаева М.К. 177
Абдуалиева М.Б. 197
Абдурахманов З.М. 161,162
Абдурахманов М.М. 161,162,206,216,217,231
Abdurasulova M.A. 201
Абдусадыкова Ш.Ш. 163
Адылов Д.Г. 184,185,186,187,188
Азизова Г.Д. 164
Азизова З.Ш. 166,167,168,169,179,196,198,199,
201,211
Азизова Н.Д. 165,177,183,224
Айназарова З.А. 180
Акбаров У.С. 184,185,187
Алиакбарова Х.И. 235
Алиев А.О. 231
Амридинова М.Х. 168
Аннаев М.Г. 235
Agirov A.N. 174
Арипова Н.У. 168
Арипова Т.У. 169,170,173,184,185,186,187,188,
197,204,220,221,222,223,229,230
Ахмадов Ж.А. 233
Ахмеджанова З.И. 171
Aхundjanova L.L. 174
Баймуратова Г.А. 172
Баймуратова Л.К. 194
Бакаев И.К. 161,162
Бегимов Х.Р. 228
Boyoqobilov S.Sh. 173
Болтаев С.С. 161,162
Гадоев Р.Х. 235
Генжебеаева П.Ж. 176, 193
Григорьянц К.Э. 197
Джураев А.М. 207,208,209
Джураев Ж.А. 222
Djumaniyazova N.S. 173
Елмуратова А.А. 176,193
Ergasheva S.M. 174
Есенбекова Э.Ж. 205
Eshbekov M.A. 175
Жиемуратова Г.К. 176,178,194,195,205
Зиядуллаев Ш.Х. 181
Ibragimova Sh.M. 174
Игамова О.К. 204
Иномов Б.Н. 177
Исанбаева Л.М. 198,201
Исмаилова А.А. 183,184,185,186,187,188,207,
208,209,212,213,214,215,220,221,222,223
Ismailova D.U. 199
Ишмуратова Л.Э. 198
Кадырова А.А. 178,191
Khadjimuratova M.Kh. 173
Kakharova K. 189
Каландарова А.Н. 178,191
Kamalov Z.S. 179,196
Камалов Н.З. 179
Камалов Т.Т. 180
Камалова Ф.З. 181
Камилова С.А. 181,182
Кариев А.В. 179
Каримджанов И.А. 192
Каримов Д.А. 171
Каримова Д.С. 183
Каримова М.Х. 183
Касимова М.С. 184,185,186,187,188
Kayumov A.A. 224,226
Киреев В.В. 190,220
Курбанбаева Р.У. 194
Кусбатырова А.Н. 176,193
Кутлихожаева Б.М. 191
Мавлонова Ш.С. 231
Magzumova N.M. 199
Мадаминаова М.Ш. 191,192
Madaminova U.Sh. 218
Маннобжонов П. 169,170
Маткаримова А.А. 176,193,194
Маткеримова К.Ж. 195,205
Машарипов С.А. 195 233
Мелибоев Ж.М. 179
Mukhamedov R.S. 166
Mukumova S. 196
Муратходжаева Д.Д. 197
Муратходжаева С.А. 197
Мусаходжаева Д.А. 166,167,169,170,198,199,201
Мухторов Ш.М. 224,234
Набиева У.П. 202,234
Нариманова Х.А. 233
Нарзиллаева Д.А. 164
Nasritdinov U.K. 203
Негматова Г.Ш. 168,204,215
Norkulov Zh.O. 227
Нуралиев Н.А. 204
Нуруллаева Д.Ш. 194,205
Nurmetova G.M. 219
Олимов Ж.Н. 206
Olimova N.I. 167
Оллоберганова Ш.М. 165
Омирова А.К. 191
Орифов М.Б. 207,208,209
Отабоева Ш.Ш. 202
Полатбаева Д.Т. 205
Raufov A.A. 224,225,226
Рахимжонов А.А. 184,185,186
Raxmonov N.N. 211
Розумбетов Р.Ж. 184,185,186
Рузибакиева М.Р. 215,222,223