

ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИНИНГ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ БИЛАН БИРГА КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Э.А. ШАМАНСУРОВА, М.И. ШАЙХОВА, Д.И. КАРИМОВА

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент шаҳри

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Э.А. ШАМАНСУРОВА, М.И. ШАЙХОВА, Д.И. КАРИМОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

THE STUDY OF THE FEATURES OF THE COPD FLOW ON THE ARTERIAL HYPERTENSION

E.A. SHAMANSUROVA, M.I. SHAYKHOVA, D.I. KARIMOVA

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

ЖССТ маълумотларига кўра дунё бўйича 250 миллионга яқин инсонлар ўпканинг сурункали обструктив касаллигидан (ЎСОК) азият чекадилар, бу умумжаҳон статистикасининг маълумотларига кўра ноинфекцион касалликларнинг тарқалганлиги бўйича иккинчи ўринни эгаллаб келмоқда. ЖССТ маълумотларига кўра, ЎСОК нинг тарқалганлиги 1 минг аҳоли сонига 40 ёшдан катта эркаклар орасида 9,3 ва аёллар орасида 7,3 ни ташкил қилади. ЎСОК билан касалланиш тобора ўсиб бормоқда ва у қайд қилинган ҳолатлар сонининг ошиб бориши билан ўлимнинг ягона сабабчиси бўлиб ҳисобланади. ЖССТ прогнозига кўра, ЎСОК 2030 йилга бориб инсулт ва миокард инфарктидан кейин ўлимга олиб келувчи учинчи сабаб бўлиши мумкин [6]. Артериал гипертензия (АГ) ЎСОК да энг кўп учрайдиган коморбид ҳолат бўлиб ҳисобланди (28%) [4,9], бу умумий хавф омиллари ва патогенез бўғинларининг мавжудлиги билан шартланган. ЎСОК нинг АГ билан бирга учраши, йўлдош патологияси бўлмаган ЎСОК билан оғриган пациентлар билан таққосланганда, беморларнинг шифохонага ётқизилиши ва ўлим билан якун топиши хавфини оширади [5]. Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда ЎСОК нинг АГ билан бирга кечишининг ўзига хослиги, ташқи нафас функцияси ва юракнинг функционал ўзгаришларини ўрганиш долзарб ҳисобланади.

Калит сўзлар: Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги, ташқи нафас функцияси, юраккичи гемодинамикаси, артериал гипертензия.

According to WHO about 250 million people worldwide suffer from chronic obstructive pulmonary disease (COPD) which has the second highest prevalence of non-communicable diseases according to global statistics. The prevalence of COPD according to WHO is 9.3 per 1 thousand population among men and 7.3 per 1 thousand population of women older than 40 years. The incidence of COPD is increasing progressively and it is only cause of death with increasing number of reported cases. WHO predicts COPD will become the third most common cause of death after stroke and myocardial infarction in 2030. The most common comorbidities in COPD is hypertension (28%) which is caused by common risk factors. COPD combination with hypertension increases the risk of hospitalization and mortality compared with patients with COPD without comorbidity. In connection with the above stated study of respiratory function and functional changes in the heart in patients with COPD combined with hypertension is very important.

Key words: Chronic obstructive pulmonary disease, EBF, intercardial hemodynamic, arterial hypertension.

Долзарблиги. ЖССТ маълумотларига кўра дунё бўйича 250 миллионга яқин инсонлар ўпканинг сурункали обструктив касаллигидан (ЎСОК) азият чекадилар, бу умумжаҳон статистикасининг маълумотларига кўра ноинфекцион касалликларнинг тарқалганлиги бўйича иккинчи ўринни эгаллаб келмоқда. ЖССТ маълумотларига кўра, ЎСОК нинг тарқалганлиги 1 минг аҳоли сонига 40 ёшдан катта эркаклар орасида 9,3 ва аёллар орасида 7,3 ни ташкил қилади. ЎСОК билан касалланиш тобора ўсиб бормоқда ва у қайд қилинган ҳолатлар сонининг ошиб бориши билан ўлимнинг ягона сабабчиси бўлиб ҳисобланади. ЖССТ прогнозига кўра, ЎСОК 2030 йилга бориб инсулт ва миокард

инфарктидан кейин ўлимга олиб келувчи учинчи сабаб бўлиши мумкин [6].

Артериал гипертензия (АГ) ЎСОК да энг кўп учрайдиган коморбид ҳолат бўлиб ҳисобланди (28%) [4,9], бу умумий хавф омиллари ва патогенез бўғинларининг мавжудлиги билан шартланган. ЎСОК нинг АГ билан бирга учраши, йўлдош патологияси бўлмаган ЎСОК билан оғриган пациентлар билан таққосланганда, беморларнинг шифохонага ётқизилиши ва ўлим билан якун топиши хавфини оширади [5]. Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда ЎСОК нинг АГ билан бирга кечишининг ўзига хослиги, ташқи нафас функцияси ва юракнинг функционал ўзгаришларини ўрганиш долзарб ҳисобланади.

Ишнинг мақсади. ЎСОК нинг АГ билан бирга кечиши бўлган беморларда касаллик кечишининг ўзига хос хусусияти, ташқи нафас функцияси, юракичи гемодинамикасини ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари. Текширув ТошПТИ поликлиникасининг консултив бўлими, функционал ташхислаш бўлимида олиб борилди. Лаборатор текширувлар ТошПТИ лабораториясида бажарилди. Беморларнинг икки гуруҳи текширувга киритилди. I – гуруҳни ЎСОК билан оғриган 31 бемор, II – гуруҳни эса АГ билан кечган ЎСОК билан оғриган 29 нафар беморлар ташкил қилди.

АГ билан ЎСОК ташхиси ЖССТ тавсияларига (ЎСОК II, III, IV даражали (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD 2007, 2013) [1,7,8] мувофиқ аниқланди.

Артериал қон босими (АҚБ) даражаси бемор беш дақиқа дам олгандан сўнг ўтирган ҳолатида стандарт сфигмамометр билан Коротков усули бўйича уч карра ўлчаш билан аниқланди. Уч карра ўлчашнинг ўртача натижаси инобатга олинди. Текширувнинг антропометрик параметрлари тана вазни (ТВ), бўйни аниқлаш, тана вазни индексини (ТВИ) ҳисоблашни ўз ичига олди. ТВИ қуйидаги формула билан аниқланди: $TBI = \text{вазн (кг)} / \text{бўй(м)}^2$. Текширувда умумий холестерин (УХ), юқори зичликдаги липопротеидлар (ЮЗЛП), паст зичликдаги липопротеидлар (ПЗЛП), ўта паст зичликдаги липопротеидлар (ЎПЗЛП), триглицеридлар микдори аниқланди. Барча беморларга сканирлашнинг 2,5МГц частотаси билан секторал датчик ёрдамида “Vingmed – 800SV” (General Electric.) асбобидан фойдаланиб ЭхоКТ ўтказилди.

Ташқи нафас функциясини текшириш “Master Screen” компьютерли спирографияда олиб борилди. Microsoft – STATISTICA дастури ёрдамида статистик ишлов олиб борилди, бунда ўртача қиймат, стандарт оғишлар аниқланди. Текширув натижаларида тафовут ишончилигини аниқлаш учун Студент t-мезонларидан фойдаланилди, $p < 0,05$ мос ўзгаришлар ишончли деб ҳисобланди.

Текширув натижалари. ЎСОК ва АГ билан бирга ЎСОК билан оғриган беморларнинг клиник-инструментал маълумотларининг қиёсий характеристикасига кўра беморларнинг ўртача ёши мос равишда $57,3 \pm 0,71$ ва $63,3 \pm 0,53$ ёшни ташкил қилди.

ТВИ ЎСОК билан оғриган беморларга нисбатан АГ билан кечган ЎСОК билан оғриган беморлар гуруҳида меъёрдан юқори бўлган ($29,9 \pm 0,93$ ва $25,4 \pm 0,62$ мос равишда, $p < 0,05$). Беморлар иккала гуруҳда ҳам ЎСОК нинг бир йилда зўрайиш частотаси бўйича бир-биридан фарқ қилмаган ва мос равишда биринчи ва

иккинчи гуруҳда ўртача $2,1 \pm 0,13$ ва $1,7 \pm 0,05$ ни ташкил қилди.

АГ билан бирга кечган ЎСОК билан оғриган беморлар орасида АГ нинг II даражаси билан оғриган беморлар кўпчиликти ташкил қилган. САҚБ ўртача қиймати $156,5 \pm 3,01$ мм сим.уст. диастолик АҚБ $102,4 \pm 2,11$ мм сим.уст. ташкил қилди. САҚБ кўрсаткичлари ЎСОК ва АГ билан бирга кечган ЎСОК билан оғриган беморлар гуруҳида ишончли тарзда фарқ қилган мос равишда $118,7 \pm 1,32$ ва $156,5 \pm 3,01$ мм сим.уст ни ташкил қилди ($p < 0,05$). Биринчи ва иккинчи гуруҳдаги беморларда ДАҚБ даражаси бўйича ишончли тарзда фарқ аниқланди ва мос равишда $69,4 \pm 0,79$ ва $102,3 \pm 3,01$ мм сим.уст. ни ташкил қилди ($p < 0,05$).

Беморларнинг АГ билан оғриши $7,01 \pm 0,78$ йилни ташкил қилган. I – гуруҳдаги беморларда ЎСОК нинг давомийлиги ўртача $14,2 \pm 0,67$ йилни, II- гуруҳда – $11,3 \pm 0,47$ йилни ташкил қилган. Нафас сони кўрсаткичлари ЎСОК билан оғриган беморлар ва АГ билан бирга кечган ЎСОК билан оғриган беморларда статистик жиҳатдан бир-биридан фарқ қилмаган – $19,65 \pm 1,18$ ва $19,05 \pm 0,38$ ни ташкил қилган, бироқ юрак қисқариш частотаси бўйича бир-биридан фарқ қилган ва мос равишда биринчи гуруҳда $91,4 \pm 0,89$ ва $101,4 \pm 1,53$ ни ташкил қилган ($p < 0,05$).

Оғирлик даражаси бўйича ЎСОК нинг тақсимланишида иккала гуруҳда ҳам касалликнинг оғир кечиши устунлик қилган (оғирликнинг III даражаси), АГ билан бирга кечган ЎСОК ва ЎСОК билан оғриган беморлар мос равишда $65,51\%$ ва $61,29\%$ ни ташкил қилган. Касалликнинг ўрта оғир кечиши (оғирликнинг II даражаси) мос равишда $20,68\%$ ва $25,8\%$ ни ташкил қилган. Касалликнинг ўрта оғир кечиши бўлган беморлар ЎСОК билан оғриган беморлар гуруҳида ($25,8\%$) касалликнинг ўта оғир кечиши бўлган беморлар гуруҳига ($12,9\%$) нисбатан икки барабар кўпни ташкил қилган. АГ билан бирга кечган ЎСОК билан оғриган беморлар гуруҳида касалликнинг оғир кечиши касалликнинг ўрта оғир кечиши бўлган гуруҳ билан таққослаганда деярли уч барабар кўпни ташкил қилган – $65,51\%$ ва $2,68\%$.

Гуруҳларда ташқи нафас функциясининг ўрта кўрсаткичлари (GOLD 2013) таснифга мувофиқ оғирликнинг III (оғир) даражасига мос келган: 1-гуруҳда ўпканинг форсирланган ҳаёт сифими (ЎФХС) $68,4 \pm 2,41\%$, 1 сек да кучайтирилган нафас чиқариш хажми (КНЧХ1) – $44,7 \pm 2,72\%$, (КНЧХ1)/ (ЎФХС) – $48,7 \pm 2,17\%$; 2-гуруҳда – $64,7 \pm 2,32\%$ $41,2 \pm 2,58\%$ ва $48,1 \pm 1,45\%$ мос равишда. Бироқ 2-гуруҳдаги беморларда юрак-қон томир касалликлари бўлмаган ЎСОК билан оғриган пациентлар кўрсаткичлари билан

таққослаганда ЎФХС ва КНЧХ1 нинг аҳамиятли даражадаги пасайганлиги қайд қилинган ($p < 0,05$).

Марказий юракичи гемодинамикаси кўрсаткичларини ўрганиш иккала гуруҳдаги пациентларда ҳам юракнинг ўнг ва чап бўлимларида структуравий-функционал ўзгаришлар борлигини кўрсатди. ЎСОК ва АГ билан бирга кечган ЎСОК билан оғриган беморларда гемодинамик текширув натижаларини қиёсий таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, структуравий-функционал кўрсаткичлар, фақат ЎСОК билан оғриган беморлардан статистик аҳамиятга эга бўлган фаркли равишда, АГ билан бирга кечган ЎСОК билан оғриган беморларда кўпроқ ифодаланган.

Ўнг қоринча бўшлиғининг охириги диастолик ўлчами мос равишда ўртача $33,7 \pm 0,47$ мм, $36,0 \pm 0,22$ мм ва $34,5 \pm 0,85$ мм ни ташкил қилган. Ўнг қоринча бўшлиғининг охириги диастолик ўлчамининг катталашиши (ЎҚ ОДЎ > 26 мм) 1-гуруҳдаги беморларнинг 19 (61,29%) нафарида ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 18 (62,05%) нафарида аниқланган.

ЎСОК билан оғриган беморлар гуруҳида ўнг қоринча олд деворининг қалинлиги ўртача $6,3 \pm 0,08$ мм, АГ билан бирга кечган ЎСОК билан оғриган беморларда – $6,6 \pm 0,15$ мм ни ташкил қилган. Ўнг қоринча олд девори қалинлигининг катталашиши (> 5 мм) пациентларнинг кўпчилигида (66,51% ва 60,62%) кузатилган. Ўпка артериясидаги систолик босимнинг кўрсаткичлари иккала гуруҳда ҳам мос равишда ўртача $38,5 \pm 1,25$ мм сим. уст. ва $37,3 \pm 1,62$ мм сим. уст. ни ташкил қилган.

Шундай қилиб, ЎСОК нинг АГ билан бирга кечиши ЎСОК клиник кечишининг оғирлашишига, ташқи нафас функциясининг бузилишига олиб келади.

Хулоса. 1. Ташқи нафас функцияси кўрсаткичларини ўрганиш, АГ бўлмаган ЎСОК билан оғриган беморларнинг кўрсаткичлари билан таққосланганда, АГ билан бирга кечган ЎСОК билан оғриган беморларда ЎФХС ва КНЧХ1 нинг аҳамиятли даражада пасайишини қайд қилди. 2. Марказий ва юракичи гемодинамикаси кўрсаткичларининг қиёсий таҳлилида АГ билан бирга кечган ЎСОК билан оғриган беморлар гуруҳида кучли ифодаланган структуравий-функционал ўзгаришлар аниқланди.

Адабиётлар:

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких /Под ред. Чучалина А.Г. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. – 96с.
2. Диагностика артериальной гипертензии. Национальные клинические рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов и Российского медицинского общества по артериальной

гипертензии (3-й пересмотр)// Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008,6; 1-32.

3. Диагностика артериальной гипертензии. Национальные клинические рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов. М., 2009. – 389 с.
4. Crisafulli E. Costi S. Luppi F. et al. Role of comorbidities in a cohort of patients with COPD undergoing pulmonary rehabilitation//Thorax,2008;63; 487-492.
5. Malik A. et al. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan //Nagoya journal of medical science. – 2014. – Т. 76. №. 3-4. – С. 255.
6. Hurd S. Lenfant C. COPD: good lung health is the key. Comment// Lancet.2005;366; 1832-1834.
7. Report GOLD: Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (update 2013)- <http://www.goldcopd.org>.
8. Report ESH/ESC:Guidelines for management of arterial hypertension (update 2013).
- 9.WHO key Facts COPD:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html>.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Э.А. ШАМАНСУРОВА, М.И. ШАЙХОВА, Д.И. КАРИМОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Согласно мировой статистике около 250 миллион людей страдают от хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), которая является второй по частоте среди неинфекционных заболеваний (ВОЗ). Распространенность ХОБЛ, согласно данным ВОЗ, составляет 9,3 на 1000 мужчин и 7,3 на 1000 женщин старше 40 лет. Частота ХОБЛ прогрессивно повышается и является единственной причиной смертности при увеличении числа исследований. ВОЗ предупреждает, что ХОБЛ может стать третьей по счету причиной смертности после инсульта и инфаркта миокарда в 2030 г. Наиболее часто ХОБЛ сопутствует АГ (28%) и является наиболее частым фактором риска. ХОБЛ в комбинации с АГ повышает риск госпитализации и смертности по сравнению с пациентами с ХОБЛ без сопутствующей АГ. В связи с этим исследование дыхательной функции и функциональных изменений сердца у пациентов с ХОБЛ в комбинации с АГ является чрезвычайно важным.

Ключевые слова: Хроническая обструктивная болезнь легких, функция внешнего дыхания, внутрисердечная гемодинамика, артериальная гипертензия.