

## АЛКОГОЛЬ ИСТЕМОЛ ҚИЛИШНИНГ ХАТАР ОМИЛ СИФАТИДА ТАРҚАЛИШИ (ПОПУЛЯЦИЯ ДАРАЖАСИДА ОЛИНГАН ЯНГИ НАТИЖАЛАР)

*УСМОНОВ Б.У., МАМАСАЛИЕВ Н.С., МУСАШАЙХОВ У.Х., МАМАСОЛИЕВ З.Н.*

*Анджон давлат тиббиёт институти ва РШТЎИМ Аф, Анджон. Ўзбекистон*

**Ишнинг мақсади.** алкоголь истеъмол қилишни (АИҚ) замонавий популяцияда баҳолаш.

**Материал ва усуллар.** Қишлоқнинг 18–90 ёшли аҳолисини репрезентатив текширув гуруҳи Анджон шароитида шакллантирилди (1662 та). Эпидемиологик мониторинг STEPS саволномаси (WHO, 2014) бўйича 2018 йил давомида амалга оширилди ва унга текширилувчилар тўлиқ жалб этилди

**Натижа ва хулосалар.** Эпидмониторинг бирламчи ва иккиламчи профилактика учун янги натижалар ҳамда хулосалар берди. Жумладан, маълум бўлдики, «Қачондир алкоғолли ичимлик (пово, вино ёки спирт, ароқ, конъяк, виски, ликер, брэнди) истеъмол қилган аҳоли» 47,6 фоизга етиб аниқланди. Бундан ташқари, 47,2 фоиз текширилганларда АИҚ охириги 1 йил давомида мунтазам бўлган ва фақат уларнинг 13,0 фоизигина саломатлиги ёмонлашуви туфайли ёки врач тавсиясига биноан ичишдан воз кечган.

АИҚнинг турли шакллари қуйидагича частоталарда кузатилади «Тез-тез, ҳеч бўлмаганда 1 стандарт дозада ичиш» – ҳар куни 3,9 фоиз, ҳафтасига 5–6 кун – 3,4 фоиз, ҳафтасига 3–4 кун – 7,5 фоиз, ҳафтасига 1–2 кун – 34,9 фоиз, бир ойда 1–3 кун – 28,2 фоиз ва бир ойда бир мартабадан кам – 22,1 фоиз. Охириги 30 кун давомида АИҚ частотаси – 96,5 фоиз ва жумладан, 1 стандарт дозада 1 марта – 39,4 фоиз, 2–3 стандарт доза – 31,8

фоиз, 4–5 стандарт доза – 9,8 фоиз, 6 ва ундан ортиқ стандарт дозада истеъмол қилиш – 5,5 фоизга етиб қайд этилади.

Янада чуқурроқ таҳлил бўйича, охириги 30 кун давомида бир ўтиришда 6 ва ундан кўп стандарт дозада АИҚ қуйидагича тасдиқланади: 1 марта – 19,5 фоиз, 2 марта – 36,6 фоиз, 3 марта – 26,8 фоиз, 4 ва ундан ортиқ марта – 4,9 фоиз. 1 ҳафтанинг ҳар бир кунда ичимлик ичиш частотаси аҳолида 45,1 фоиз (1 стандарт дозада), 29,0 фоиз (2–3 стандарт дозада) – 12,9 фоиз (4–5 стандарт дозада) ва 6,5 фоиз (6 ва ундан ортиқ стандарт дозада) даражаларда аниқланди.

Энг кўп АИҚ кунлари бўлиб душанба (64,5 фоизгача), сешанба (45,1 фоизгача) чоршанба (45,1 фоизгача) ва нисбатан кам ичиш кунлари сифатида эса пайшанба (32,3 фоиз) ва жума (32,3 фоиз) тасдиқланади.

Популяция даражасида акция маркаси бўлмаган турли алкоғолли ичимликларни ичиш 65,4% га етиб аниқланди ва ичиш билан оилада муаммоларнинг юзага келиши 1 йилда қуйидагича кузатилди: «ҳар ойда бир мартадан кўп» – 9,4 фоиз, «ҳар ойда» – 8,0 фоиз, «бир ойдан ортиқ муддатда бир марта» – 15,4 фоиз ва «ойда бир марта ёки икки марта» – 67,2 фоиз.

Ушбу маълумотлар фаол бирламчи профилактика «пойдевори»нинг қурилишига асос бўлиб хизмат қилади деб тавсия этамиз.

## НОРМАТИВНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА НА КЛАПАНЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В RW-РЕЖИМЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (обновленные данные)

*ЦОКОЛОВ А.В.*

*ФГБУ МО РФ «1409 Военно-морской клинический госпиталь», г. Калининград. Россия*

Эхокардиографическая диагностика в детском и подростковом возрасте имеет ряд особенностей, обусловленных прежде всего необходимостью оценки практически всех размерных показателей в соответствии с весом ребенка, редко – с возрастом, а также морфогенезом отдельных структур сердца в различные периоды жизни (перешеек дуги аорты, ствол и ветви легочной артерии), имеющих тесную связь с эмбриогенезом этих структур.

Представленные в специальной литературе данные о максимальных значениях скорости на

клапане легочной артерии (КЛА) чаще не соответствуют действительности, что нами наблюдается на протяжении более 10 последних лет работы с такими пациентами. Регистрируемые скорости, как правило, превышают рекомендованные значения даже при отсутствии патологии сердечно-сосудистой системы, а при наличии дефектов перегородок (ДМПП, ДМЖП) или беспокойном поведении/плаче ребенка оказываются еще большими. Все это затрудняет и так не простой процесс диагностики. Четкого ответа на вопрос – «почему нормальные скорости на КЛА у здоровых детей оказыва-

ются больше ранее установленных нормативных значений» в настоящее время нет. Однако можно предположить, что это обусловлено повышением чувствительности современной ультразвуковой аппаратуры. Слепое следование ранее установленным и предлагаемым нормам скорее приведет к массовой гипердиагностике патологии КЛА, либо ствола ЛА по типу «врожденного стеноза».

**Цель работы.** Пересмотреть максимальные скоростные показатели ( $V_{\max}$ ), регистрируемые при ЭхоКГ на КЛА в детском возрасте.

**Материал и методы.** Был осуществлен ретроспективный анализ протоколов 2030 эхокардиографических исследований, которые выполнялись детям в возрасте от 2 недель до 16 лет, и кому по результатам комплексного обследования исключалась патология сердечно-сосудистой системы. Дети с ДМПП, ДМЖП, ОАП и открытыми овальными окнами любого размера и объема шунтирования в исследование не включались. Все исследования были выполнены на ультразвуковом аппарате Medison Accuvix V10 (Корея) опытным врачом со стажем работы более 10 лет.

**Результаты** оценки  $V_{\max}$  (данные приведены в формате  $M \pm 2\delta$ , м/с) на КЛА в режиме PW- с учетом веса тела обследованных детей, оказались следующими: 3,3–9,9 кг –  $1,06 \pm 0,27$  м/с; 10,0–14,9

кг –  $1,07 \pm 0,25$  м/с; 15,0–19,9 кг –  $1,02 \pm 0,31$  м/с; 20,0–24,9 кг –  $1,0 \pm 0,29$  м/с; 25,0–29,0 кг –  $1,0 \pm 0,26$  м/с; 30,0–39,9 кг –  $1,0 \pm 0,25$  м/с; 40,0–60,0 кг –  $1,0 \pm 0,3$  м/с. При этом корреляционный анализ позволил выявить лишь слабую отрицательную связь  $V_{\max}$  на КЛА с возрастом ( $r = -0,15$ ;  $p < 0,95$ ) и умеренную положительную корреляционную связь  $V_{\max}$  на КЛА с  $V_{\max}$  на АК ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,05$ ). В последнем случае объяснением может служить гиперкинетический тип гемодинамики, чаще наблюдаемый в детском возрасте. В целом же по группе средние значения  $V_{\max}$  на КЛА составили  $1,03 \pm 0,25$  м/с.

**Заключение.** Таким образом, на наш взгляд, максимальные нормативные скоростные показатели на КЛА в детском возрасте должны быть пересмотрены и установлены как минимум в пределах  $0,78$ – $1,38$  м/с (для  $M \pm 2\delta$ , т.е. в пределах двух стандартных отклонений), и это только для КЛА. Для ствола ЛА скорости могут оказаться несколько большими. Следует помнить и принять во внимание тот факт, что нормативные данные, приводимые в большинстве руководств, оказываются заниженными относительно реальных значений и к ним нужно относиться с определенной долей осторожности не впадая в «водоворот гипердиагностики».

## КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЙ КОНТИНУУМ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ЧАПАУ А., МУХАММЕДОВА Н., ИЛАМАНОВА Д.

Государственный медицинский университет Туркменистана;  
Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан

**Цель.** Изучение развития ремоделирования сердца при бронхиальной астме (БА) с учетом тяжести течения заболевания.

**Материал и методы.** Были обследованы 93 больных БА. В соответствии с Глобальной стратегией лечения и профилактики бронхиальной астмы у 21 (23%) больного была диагностирована легкая (БАЛТ), у 47 (50%) – среднетяжелая (БАСТ) и у 25 (27%) – тяжелая (БАТТ) степени тяжести БА. С целью анализа изменений кардиальной системы все больные в зависимости от клинического течения, выраженности обструктивного синдрома и характера медикаментозного фона на догоспитальном этапе и в стационаре, а также наличия сопутствующей сердечно-сосудистой патологии (ССП) были разделены на 8 групп (подгрупп). Возраст колебался от 16 до 62 лет. Длительность БА у большинства больных превышала 3 года.

Всем больным было проведено комплексное обследование, которое включало общеклинические и инструментальные методы – электрокардио-

графия (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), функция внешнего дыхания (ФВД).

**Результаты.** ХМЭКГ выявило данные, подтверждающие роль активации САС в генезе нарушений ритма сердца, и свидетельствовало о развитии электрофизиологического ремоделирования миокарда.

Анализ гемодинамики выявил снижение удельного веса гиперкинетического типа за счет увеличения эукинетического и гипокINETического типов. Повышенные уровни систолического давления в легочной артерии (СДЛА) и общего легочного сопротивления (ОЛС) были выявлены при гормонозависимой БАСТ. В этой категории больных обнаруживались гипертрофия ПЖ и уменьшение желудочкового индекса, свидетельствующие о геометрической перестройке ПЖ.

Нарушения диастолической функции возникали при БАСТ и учащались при БАТТ. Отмечалось развитие дисфункции ПЖ гипертрофического типа. В результате, в группе БАТТ было выявлено 15%