

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК: 616.12-008.331.1-053.9;

616.89-008.454

Халикова Наргис Абдурашидовна

**ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА СТРУКТУРНО –
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С
КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ**

Автореферат

Диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.04 – Внутренние болезни

Душанбе – 2024

Работа выполнена на кафедре внутренних болезней №2 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино».

**Научный
руководитель:**

Одинаев Шухрат Фарходович
доктор медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой внутренних
болезней №1 ГОУ «Таджикского
государственного
медицинского университета имени Абуали
ибни Сино».

**Официальные
оппоненты:**

Нозиров Джамшед Ходжиевич
доктор медицинских наук, доцент,
директор Лечебно-диагностического центра
ООО «Парастор-2014», г. Вахдат МЗСЗНРТ

Рофиева Халима Шарифовна
кандидат медицинских наук, заведующая
кафедрой внутренних болезней
Негосударственного образовательного
учреждения «Медико-социальный институт
Таджикистана»

**Оппонирующая
организация:**

Самаркандский государственный
медицинский университет

Защита диссертации состоится « ___ » _____ 2024 года в ___ часов на заседании диссертационного совета 6Д. КОА – 008 при ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, р. Сино, ул. Сино 29-31, www.tajmedun.tj +992918724088

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан « ___ » _____ 2024 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета кандидат
медицинских наук, доцент**

Р.Дж. Джамолова

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. По данным официальной статистики гипертоническая болезнь (ГБ) продолжает занимать лидирующее место в структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы, составляя к началу 2020 года 30,2% среди лиц мужского пола и 24,8% у женщин [Климов А. В. и др., 2018; Амлаев К.Р. и др., 2021; G.S. Stergioua, 2021]. В геронтологической практике данное заболевание приобретает особую актуальность в связи с неуклонным ростом среди лиц пожилого возраста, имеющих множество коморбидных заболеваний, что в конечном итоге определяет качество их жизни [Дашиева Е.Б. и др., 2020; T. Unger, 2020; Котова М. Б. и др., 2021;]. В тоже время прогноз заболевания определяется множеством факторов риска и достижением целевых уровней артериального давления (АД), эффективностью проводимой терапии, приверженностью к лечению, а также патологией пожилого и старческого возраста.

Патогенетические аспекты ГБ к настоящему времени достаточно хорошо изучены, но по-прежнему остаются вопросы активного изучения механизмов регуляции артериального давления. По данным аспектам большинство авторов сходятся во мнении о ведущей роли психологического равновесия пациента [Штонда. М.В. и др., 2021]. В данном плане тесная взаимосвязь сердечно-сосудистой патологии с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) у пациентов с ГБ по оценкам экспертов ВОЗ уступает по частоте лишь ишемическая болезнь сердца (ИБС). Для Республики Таджикистан данные аспекты вызывают особую актуальность, что обусловлено высокой частотой депрессивных расстройств, обусловленные низким социально-экономическим уровнем жизни населения [Шарипова Х.Ё. и др., 2022]. В литературных сведениях указано, что тревожно-депрессивные состояния в пожилом возрасте необходимо считать независимыми факторами риска, определяющими качество жизни пациента, эффективность лечебных мероприятий и прогноз выживаемости [Н.Т. Ватулин. И др., 2012; О.Н. Крючкова. И др., 2021; S. Brouwers, 2021]. Практический опыт работы врачей кардиологов показал высокую частоту аффективных расстройств у лиц пожилого возраста (у более 52%), определяя частоту кризовых и других кардиальных событий со стороны органов «мишеней» [Ефанов А.Ю. и др., 2017; Штонда М.В. и др., 2021]. В этой связи появляется необходимость учёта таких состояний в комплексном лечении, а также выявлении их ранних предикторов и маркеров. В литературе последних лет в данном аспекте часто появляются научные публикации, указывающие на связь тревожно-депрессивных расстройств после перенесенной ковидной инфекции и кардиальными событиями, увеличиваясь в 1,5-2,5 раза [Чазова И.Е. и др., 2020; A. Elagizi, 2018; C.J. Lavie. et al., 2018;].

Предметом последних дискуссий авторов является связь тревожных и депрессивных состояний с формированием функциональных нарушений со стороны сердца, что в конечном итоге отрицательно отражается на морфофункциональных параметрах миокарда, ритме сердца и возможностях коронарного резерва [Ефанов А.Ю., 2022].

После открытия трициклических антидепрессантов успешное их применение продолжалось в течение многих лет при аффективных и тревожных расстройствах у лиц молодого и пожилого возраста. По истечению определённых сроков применения большая часть пациентов стала отмечать множество побочных эффектов, что особенно регистрировалось при сочетанном назначении с гипотензивными препаратами, сердечными гликозидами, β -блокаторами. Это обстоятельство стало основной причиной ограничения их применения во многих кардиологических клиниках мира [Чазова И. Е., 2018]. Более лучшими в фармакологическом плане антидепрессантами для лиц пожилого возраста являются новые препараты, обладающие селективностью к ингибиторам захвата серотонина. Многолетние клинические испытания показали их высокую эффективность, отсутствие побочных эффектов, что позволило в последние годы широко применять их в кардиологической практике. Расширен круг и диапазон показаний к применению антидепрессантов нового поколения при тревожно-депрессивных состояниях у лиц пожилого возраста [Котов Н.М., 2012; Хамидов Н.Х., 2013, Шавловская О.А., 2019]. Индивидуальные особенности организма не всегда могут гарантировать хороший результат и в этой связи вопросы их применения при аффективных расстройствах, высокой коморбидности в пожилом возрасте остаются спорными и малоизученными. К сегодняшнему дню остаются не до конца изученными влияние современных антидепрессантов (СИОЗС) на процессы ремоделирования и насосную функцию сердца у лиц старших возрастов АГ с коморбидными аффективными нарушениями.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Литературные источники последних лет свидетельствуют о различных формах клинического течения ГБ с вовлечением в процесс различных органов мишеней [Крючкова О.Н., 2016] Основные клинические варианты течения обусловлены возрастными особенностями, аспектами коморбидности, а также нервно-психическими расстройствами, что неизбежно ведёт к стойким повышениям АД, которые нельзя исключать при назначении терапии. Множество патогенетических аспектов гипертонической болезни в республике были рассмотрены с позиций эпидемиологических и этиологических особенностей, клинической картины, тогда как зачастую пусковым патогенетическим фактором у большей части пациентов являются тревожно-депрессивные состояния. Современная практическая кардиология диктует необходимость коррекции артериального давления в комбинации с препаратами, влияющими на нервную систему. Исследованиями ряда авторов в области терапии тревожно-депрессивных состояний на фоне коморбидности и артериальной гипертензии на сегодняшний день в республике остаются малоизученными [Султонов Х.С., 2017; Негматова Г., 2018; Шарипова Х.Ё., 2022]. Отечественная фармакологическая промышленность предлагает широкий ассортимент комбинированных гипотензивных препаратов подбор, которых нередко становится затруднительным в аспекте стабилизации артериального давления и ремоделирования миокарда. В этой связи целесообразным является

изучение аспектов формирования стойкой гипертензии в системе единого механизма от начальных этиологических факторов до вопросов терапии и улучшения диастолической функции миокарда. Несмотря на множество научных исследований в области кардиологии остаются без внимания вопросы отдалённых результатов лечения с изучением критериев неблагоприятных прогностических признаков и критериев. Интерес представленных исследований также вызван разнонаправленностью вопросов этиопатогенетической терапии, где авторы расходятся во мнении применения различных групп антигипертензивных препаратов [Гараев А.Т., 2019; Конради А. О., 2020; Бочкарева Е. В., 2020]. Учитывая, что в республике увеличивается доля лиц пожилого возраста с разнообразными вариантами тревожно-депрессивных состояний в работе проведена дискуссия по вопросам фармакотерапии, особенностям формирования осложнений, ремоделирования миокарда и разработкой неблагоприятных прогностических критериев [Хамидов Н.Х., А.Б. Смулевич, 2014; Л. Л. Берштейн, 2019].

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.

Диссертационные исследования выполнены согласно научно-исследовательской работе кафедры внутренних болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Патогенетические особенности сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Таджикистан» (срок выполнения 2016-2020 гг.). Отдельные этапы работы являлись частью научного исследования, выполненного в рамках государственной программы «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан», срок выполнения 2010-2020 гг. Научные исследования проведены согласно правилам и нормам этического комитета и международными протоколами (2017 г).

Общая характеристика исследования

Цель исследования: изучить влияние комбинированных гипотензивных препаратов с антидепрессантами на морфо-функциональные параметры сердца у больных гипертонической болезнью пожилого возраста с оценкой отдалённых результатов.

Задачи исследования.

1. Определить частоту и характер нарушений структурно-функциональных показателей сердечно-сосудистой системы у пациентов гипертонической болезнью пожилого возраста на фоне тревожно-депрессивных расстройств.
2. Изучить влияние комбинированной гипотензивной терапии с антидепрессантами на психоэмоциональный статус у пожилых пациентов ГБ с тревожно-депрессивными расстройствами.
3. Оценить влияние проводимой терапии на процессы ремоделирования сердца и сократительную способность миокарда у пожилых больных гипертонической болезнью с тревожно-депрессивными расстройствами.
4. Оценить отдалённые результаты лечения, установить неблагоприятные прогностические критерии и факторы, снижающие приверженность к лечению гипертонической болезни в пожилом возрасте.

Объект исследования. Материалом диссертационных исследований послужили пациенты пожилого возраста, страдающие гипертонической болезнью с подтверждённым диагнозом клинико-инструментальными методами исследования (80 человек). Все клинические и лабораторные исследования проведены согласно протоколу исследования и клиническим рекомендациям, утверждённых МЗиСЗН РТ (2019 г). Обследование и стационарное лечение проведено в кардиологическом и терапевтическом отделениях городского медицинского центра г. Душанбе.

Предмет исследования. Предметом исследования послужило выявление ранних тревожно-депрессивных состояний, усугубляющих повышенное АД с последующим анализом корреляционных связей с показателями инструментальных методов исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, тестами оценки тревоги). Предметом исследования также было изучение эффективности проводимой терапии в сравнительном аспекте.

Научная новизна исследования. Диссертационная работа представлена в виде научных клинических исследований и является одной из первых в аспекте оценки отдалённых результатов и анализа неблагоприятных критериев у лиц пожилого возраста с ГБ. Выявлены особенности клинических проявлений ГБ у пожилых больных с тревожно-депрессивными расстройствами: наличие аффективных расстройств часто способствует кризовому её течению, значительно ухудшает приверженность больных к лечению. Установлено отрицательное влияние коморбидных тревожно-депрессивных расстройств на процессы ремоделирования левого желудочка сердца при ГБ пожилого возраста. Показано, что у данной категории больных преобладает наиболее неблагоприятный в прогностическом отношении концентрическое изменение геометрии миокарда ЛЖ. Идентифицированы основные отклонения систолической и диастолической функций миокарда ЛЖ у пациентов пожилого возраста на фоне гипертонической болезни, обусловленные влиянием тревожно-депрессивных расстройств.

Показано улучшение морфофункциональных параметров левого желудочка сердца и сократительной функции миокарда у обследованных пациентов при применении комбинированной антигипертензивной терапии с антидепрессантами. Проведён анализ числа осложнений в динамике 3-ёх летнего наблюдения, на основе которых выявлены неблагоприятные прогностические критерии формирования осложнений.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Результаты исследований позволят своевременно проводить постановку развёрнутого клинического диагноза, оценить тяжесть течения заболевания, а также определить прогноз и более оптимально подобрать стратегию лечения. Установлены ранние клинические, лабораторные предикторы формирования жизнеугрожающих осложнений. С клинической точки зрения показаны основные нарушения со стороны геометрических показателей миокарда. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности оценки психо –

эмоционального статуса пожилых больных ГБ с целью выявления тревожно – депрессивных расстройств. Констатировано, что тревожно – депрессивные расстройства отрицательно влияют на функциональные параметры сердца у лиц пожилого возраста ГБ. Своевременная антигипертензивная терапия в комбинации с антидепрессантами улучшает процессы ремоделирования ЛЖ сердца у пожилых больных ГБ. Анализ неблагоприятных критериев позволяет для практической медицины своевременно предупредить формирование жизнеугрожающих состояний.

Положения, выносимые на защиту:

- Коморбидные тревожно-депрессивные состояния усугубляют клиническое течение гипертонической болезни, сократительную функцию и процессы ремоделирования левого желудочка у пациентов пожилого возраста. При этом основным направлением изменения геометрии миокарда ЛЖ является концентрическая ремоделяция миокарда ЛЖ.

- Исходом длительного состояния повышенных уровней артериального давления является гипертрофия миокарда ЛЖ, увеличением массы миокарда ЛЖ, размеров левых отделов сердца, а также систолической дисфункцией в виде снижения фракций выброса и укорочения. Такие состояния усугубляются при наличии гипертонической болезни III стадии и высокой частотой коморбидных состояний.

- Комбинированная гипотензивная терапия селективными антидепрессантами в сочетании с ингибиторами АПФ и тиазидами улучшает систолическую функцию миокарда, положительно влияет на морфологические параметры сердца, с увеличением числа случаев с благоприятными типами ремоделирования и уменьшению числа больных с концентрической гипертрофией миокарда левого желудочка.

- Пациенты пожилого возраста с гипертонической болезнью, имеющие минимум два неблагоприятных прогностических критерия на фоне низкой приверженности к лечению имеют высокий риск формирования жизнеугрожающих осложнений в годовой период.

Степень достоверности результатов. Исследования представляют собой когортные проспективные исследования. Достоверность обусловлена высокой широтой исследования по кардиологическим отделениям с большим объёмом исследований. Объём исследований включает исследования стационарных и амбулаторных медицинских карт, результатов инструментальных методов исследования. Заключение и результаты по практическому применению достоверны и обеспечены широтой выборки, обширностью первичного материала, количественным и качественным анализом результатов исследования. Все исследования выполнены в соответствии и согласно этических принципов и протоколов Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации, 1989 г.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа посвящена разделу кардиологии из цикла внутренних

болезней. Исследования также затрагивают основные проблемы сердечно-сосудистой, патологии и в частности гипертонической болезни, аспектов артериальной гипертензии и соответствуют паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.04 - Внутренние болезни: подпункт 3.4 (Этиология и патогенез, факторы риска, генетика заболеваний внутренних органов); подпункт 3.7. (Расстройства функций внутренних органов, как у больного, так и у здорового взрослого человека); 3.8. (Клинические проявления внутренних органов).

Личный вклад соискателя учёной степени в исследования. Автором на основании анализа литературы по теме диссертационной работы составлен обзор. Разработан дизайн исследования, сформированы цель и задачи работы, налажена методика обследования больных до и после курса лечения препаратами. Принимала непосредственное участие при проведении анкетирования и исследования морфофункциональных параметров сердца включенных в исследование больных. Статистическая обработка материала и написание работы выполнены лично автором.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: годовых научно-практических конференциях ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе 2009-2015), годовых научно-практических конференциях молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе 2008-2015), Российском национальном конгрессе кардиологов (Москва 2008, 2010, 2011), Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство», (Москва 2009, 2012), конгрессе кардиологов Кавказа с международным участием (Кабардино-Балкарская Республика 2011), конгрессе «Здравоохранение Российской Федерации, стран СНГ и Европы» (Москва 2011), IV-ом международном форуме кардиологов и терапевтов (Москвы 2015). Апробация диссертационной работы проведена на заседании межкафедральной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 01.01.2022 г.).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертационного исследования опубликовано 19 научных работ, в том числе 5 статьи в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан для публикации основных результатов диссертационных работ на соискание учёной степени кандидата медицинских наук.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 153 страницах компьютерного текста (Time New Roman-14; абзац-1,5). Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы (глава 1), материала и методов исследования (глава 2), 2 глав результатов собственных исследований, обзора результатов исследования, выводов, рекомендаций по практическому применению результатов, списка литературы, который включает в общем числе 200 источников, из которых 135 составляют отечественные авторы стран СНГ и 65 зарубежные авторы. Диссертационная работа содержит 25 таблиц и 9 рисунков.

Содержание работы

Характеристика обследованных лиц и методы исследования.

Материалы диссертационной работы представляют клинико-лабораторные исследования, проведённые в стационаре и 3-летнем динамическом наблюдении за пациентами с учётом всех кардиальных событий и летальных случаев. Исследования выполнены в кардиологическом отделении ГМЦ №1 им. Карима Ахмедова (г. Душанбе), где базируется кафедра внутренних болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Материалом для исследований послужили клинико-лабораторные, углубленные исследования по кардиологическому плану 80 пациентов с гипертонической болезнью. Всем обследованным пациентам диагноз ГБ был документирован и подтвержден согласно критериям ВНОК и ВОЗ (степени распределены от I – III согласно показателям АД). Возрастной диапазон пациентов составил пожилой возраст, составляя от 60 до 74 лет (согласно классификации В.Н. Шабалина, 2003). В процессе обследования и стационарного лечения велся учёт и степень тяжести всех коморбидных состояний. После проведённого индивидуального анализа из общего количества больных, включённых в обследование у 13(16,3%) установлена I-ая, у 56 (70%) II-ая и у 11 (13,7%) III стадия гипертонической болезни. Для получения достоверной информации и сравнения полученных данных и показателей результатов анализов и инструментальных методов исследования обследованные пациенты в зависимости от проводимой терапии распределены на группы (1 группа-основная, 2 группа-контрольная). По степени распределения артериальной гипертензии у 16 больных установлена I (мягкая), у 33 – II (умеренная) и у 31 – III (тяжёлая) степени АГ. Женщин было 56, мужчин – 24. Средний возраст обследованных составил $65,5 \pm 1,1$ лет, а длительность течения гипертонической болезни составил в среднем $8,2 \pm 2,1$ года. Из всех 80 пациентов, которые находились под наблюдением 38 ранее не обращались к врачу и вообще не получали какого-либо лечения по поводу АГ. Из всех обследованных пациентов 23(30%) пациентов указали на факт не выполнения предписаний врача и не соблюдения правил и норм приёма медикаментов, часть из них препараты принимала периодически «курсами», прерывая лечение после нормализации АД. Проведен сбор анамнеза, осмотр, в том числе измерение АД, ЧСС, веса, роста, ЭКГ и клинические и биохимические анализы крови. Динамический контроль, включавший оценку состояния больных с измерением АД и пульса, осуществляли ежедневно в стационаре, а затем еженедельно во время повторных амбулаторных визитов. Всем больным наряду с общеклиническими исследованиями обследовалось глазное дно и функция почек, учитывались консультации специалистов, что позволяло исключить симптоматические гипертонии.

Критерии включения:

1. Систолическое артериальное давление ≥ 140 мм. рт. ст., диастолическое ≥ 90 мм. рт. ст.;
2. Общая суммарное количество баллов по подшкалам HADS ≥ 8 ;
3. Возрастной диапазон старше 60 лет.

Критерии исключения:

1. Вторичные и злокачественные артериальные гипертензии;
2. Нарушения ритма и проводимости миокарда;
3. Сердечная недостаточность III степени (классификация ВНОК);
4. Тяжелая почечная или печёночная недостаточность.
5. Деменция, значительное снижение памяти и интеллекта (по причине возможных затруднений в отслеживании параметров отдалённого прогноза).

Методы исследования. При поступлении в стационар или обращении пациента заполнялась специальная карта с указанием всех данных для индивидуального больного. Всем обследованным согласно протоколу исследования проведены все общеклинические и специальные методы исследования до и после стационарного курса лечения, а также в динамике наблюдения за пациентом в течение 3-х летнего периода. Для анализа психологического состояния пациента и выявления симптомов тревожно-депрессивных расстройств все пациенты были обследованы согласно Госпитальной шкале тревоги и депрессии - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Интерпретация и анализ результатов проводился согласно оригинальной версии по подшкалам -A (Anxiety) – тревоги и D (Depression)– депрессии. При анализе результатов проводился подсчёт суммы баллов по каждой подшкале, а интерпретация осуществлена со следующей схеме: 8-10 субклиническая тревога/депрессия, более 10 баллов - выраженная тревога/депрессия. Разработанная A.S. Zigmond и R.P. Snaith в 1983 г., предназначенная для выявления тревоги и депрессии у пациентов с кардиальной патологией, и доработана российскими авторами [Андрюшенко, А.В., 2003; Авдеева Т.И., 2012; Ю.В. Лукина Ю.В., 2020]. Морфофункциональные показатели сердца определялись методом эхокардиографии (ЭхоКГ) и доплер-кардиографии по стандартной методике на аппарате “Phillips medical systems 2006г”.

Для оценки показателей диастолической функции ЛЖ согласно протоколам определялась максимальная скорость трансмитрального кровотока в фазе быстрого наполнения ЛЖ (пик Ем/с), а также регистрировалась максимальная скорость трансмитрального кровотока в систолу предсердия (пик А, м/с). Геометрическая модель ЛЖ оценивалась по массе миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и относительной толщине стенок (ОТС). Согласно международным протоколам и стандартам масса миокарда ЛЖ рассчитывалась по формуле R. Devereux: $ММЛЖ = 1,04 [(МЖП + 3СЛЖ + КДР)^3 - (КДР)^3] - 13,6$; где 1,04 –

плотность миокарда (в г/см³) и 13,6 – фактор исправления на граммы. Нормальной и допустимой массой считалась масса 220 г/м² для лиц мужского пола и 160 г/м² для лиц женского пола. Относительная толщина стенок (ОТС) рассчитывалась как отношение суммы ТМЖПд и ТЗСЛЖд (в диастолу) к КДРЛЖ. Для достоверного суждения о структурных изменениях рассчитывался индекс массы миокарда левого желудочка (по отношению массы миокарда левого желудочка к площади поверхности тела). Площадь поверхности тела вычислялась по формуле Дю Буа: ППТ(м²) = 0,007184 x рост^{0,725} (м) x масса тела 0,425(кг); где 0,007184 – постоянная константа эмпирического коэффициента. По результатам полученных показателей констатировали типы изменений геометрии ЛЖ и типах ремоделирования. КГЛЖ - ИММЛЖ >125 г/м² для мужчин и >110 г/м² для женщин, эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ (ЭГЛЖ) - увеличение ИММ г/м² ЛЖ, ОТС ЛЖ <0,45; концентрическое ремоделирование (КР ЛЖ) – ИММЛЖ <125-110 г/м² ОТС ЛЖ >0,45.

Для анализа приверженности пациентов лечению использовалась методика подсчёта баллов Мориски-Грина, состоящая из 4-х вопросов, касающихся соблюдения пациентами режима применения лекарственных препаратов, и факторов, влияющие на приверженность. Подсчёт баллов по шкале комплаентности Мориски-Грина составил 3-4 балла для приверженных и 1-2 балла – не приверженных к лечению пациентов.

Анализ времени наступления кардиального события был основан на основании клинико-инструментальных независимых предикторов, имеющих прогностическое значение при ГБ, где учитывались ФВ ЛЖ, объёмы ПП, ЛП. Также было исследовано колебание суточного изменения АД - «non-dipper», и тест, определяющий толерантность к физической нагрузкой с 6-минутной ходьбой. Учитывалось наличие гипертрофированных отделов сердца, систолическую и диастолическую дисфункцию ЛЖ по данным ЭхоКГ. Методами ЭХокГ определена средняя систолическая скорость наполнения ЛЖ. Анализ проводился на основании изучения дискретных признаков в группе с помощью анализа таблиц сопряжённости (χ^2 по Пирсону). Достоверность показателей вычисляли с точностью цифрового выражения до 0,00001, а расчёт был произведён определением показателя отношения шансов (ОШ) – при наступлении неблагоприятных кардиальных событий или других кардиальных событий с 95% доверительным интервалом (ДИ) на основе многофакторного логистического регрессионного анализа.

Результаты исследования

До начала терапии всем обследованным пациентам был документирован и установлен диагноз ГБ согласно классификации МКБ-10 и на данном этапе все пациенты по возрастно-половым признакам, клинической картине не имели принципиальных различий. Больные в основном предъявляли жалобы, характерные для большинства лиц страдающих ГБ. Среди основных жалоб пациенты отмечали головные боли, головокружение, периодические ноющие

боли в области сердца, одышку в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, шум в ушах.

До начала лечения практически все пациенты отмечали плохое настроение, связанное с повышенными цифрами АД, неуравновешенность психологического состояния, что выражалось пессимизмом, нередко агрессивностью, страхом и беспокойством, и тревогой. Почти у всех пациентов, встречается нарушение сна, при этом характеризовались трудности засыпания, частыми пробуждениями среди ночи. Большая часть пациентов при первичном осмотре и сборе анамнеза не предъявляли жалоб со стороны изменений психологического состояния, поскольку считали эти симптомы следствием повышенного АД. По этой причине проводили скрининговые исследования по психологическим шкалам HADS, что позволяло нам выявить скрытые психологические отклонения.

Часто вышеперечисленные жалобы у исследуемых больных сохранялись и при нормализации цифр АД. В аналогичных случаях с целью дифференциальной диагностики соматических заболеваний пользовались «критериями несоответствия» предложенными А.Б. Смулевичем.

При сборе анамнеза жизни и болезни установлено, что более половины из общего количество пациентов обеих групп, не менее 3-4 раз обращались невропатологу с связи функциональными расстройствами нервной системы. 75% случаях наряду с другими лекарственными средствами больным назначались седативные препараты, в основном растительного происхождения. 13 из них получали трициклические антидепрессанты (амитриптилин, азафен). До поступления в стационар 85% больных (в большинстве случаев нерегулярно) принимали антигипертензивные препараты. В основном: ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, бета- и альфа- адреноблокаторы, ингибиторы рецепторов ангиотензина II, диуретики.

В соответствии с дизайном исследования гипотензивная терапия всем пациентам проводилась липразидом 10 мг/сутки (т.е. 1 таб. в день). При недостижении должного результата доза препарата титрировалась до 2 таб. Среднесуточная доза составила 1,5 таб. в день. Всем пациентам основной группы в комплексной терапии использован антидепрессант-рексетин (суточная дозировка 10 мг/сутки). У части пациентов (11 больных) суточная дозировка по необходимости была увеличена до 15 и 20 мг/сутки.

По окончании курса лечения в основной группе у пациентов на фоне комбинированного лечения препаратами общее самочувствие больных существенно улучшилось. Уровень тревоги уменьшился с 18 до 7, а уровень депрессии с 16 до 7. Со стороны клинической симптоматики появился интерес к окружающим, уменьшились раздражительность, тревожность, улучшился сон. Пациенты оптимистически стали оценивать прогнозы своего заболевания, повысилась приверженность к лечению. В тоже время у больных контрольной группы уменьшение проявлений астенического синдрома и нарушений сна было меньшим. Отмечаемая к концу курса лечения положительная субъективная динамика у больных основной группы, нашло своё подтверждение и со стороны результатов проведённого анкетирования по шкале HADS (рисунок 1.).

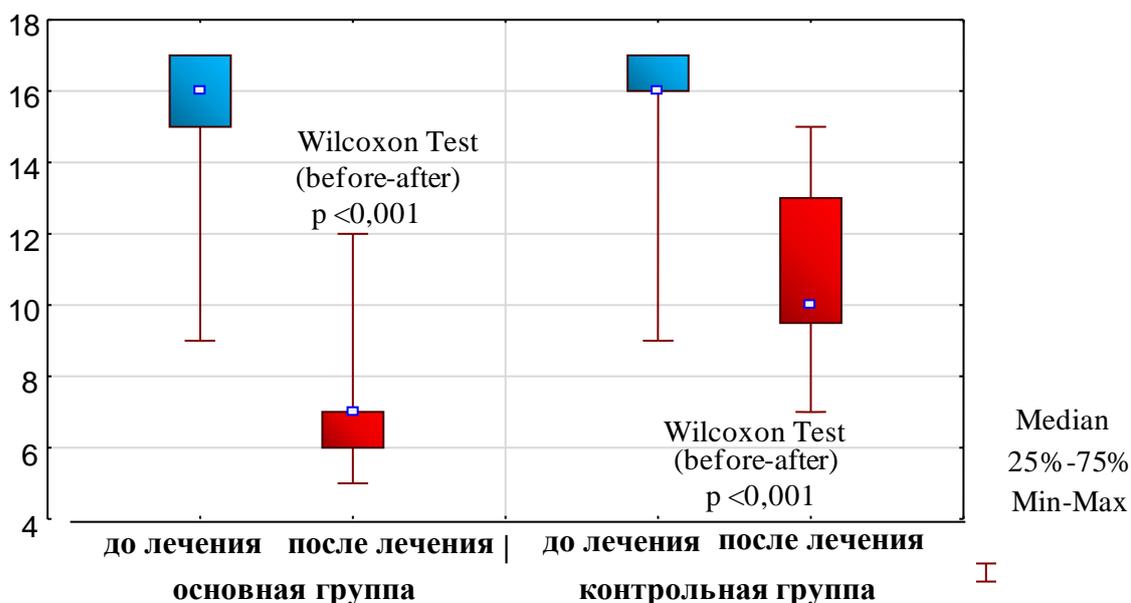


Рисунок 1. - Динамика изменения депрессии по шкале HADS до и после лечения.

На фоне проводимой терапии в основной группе пациентов психологическое состояние, оцениваемое по шкале депрессии HADS уменьшилось на 56%, составив 7,0 [6,0;7,0], что является статистически значимым по сравнению с показателями до лечения. Аналогичные изменения регистрировались и в контрольной группе пациентов при монотерапии липразидом. Однако, психологические показатели были менее выражены, составив снижение по среднему суммарному баллу депрессии на 37,5% (с 16,0 [16,0;17,0] до 10,0 [9,5;13,0]).

Динамические сдвиги со стороны сопутствующей тревожной симптоматики в исследуемых группах больных к концу курса лечения также различались. В основной группе на фоне комбинированной терапии она снизилась от исходного на 61,1%. В контрольной группе анксиолитический эффект был менее выраженным по сравнению с лицами основной группы и средний балл по шкале тревоги снизился на 47,4%. Изменения суммарного балла по шкале тревоги HADS до и после лечения в основной и контрольной группах показали изменения на фоне проводимой терапии и представлены в виде графического изображения на рисунке 2.

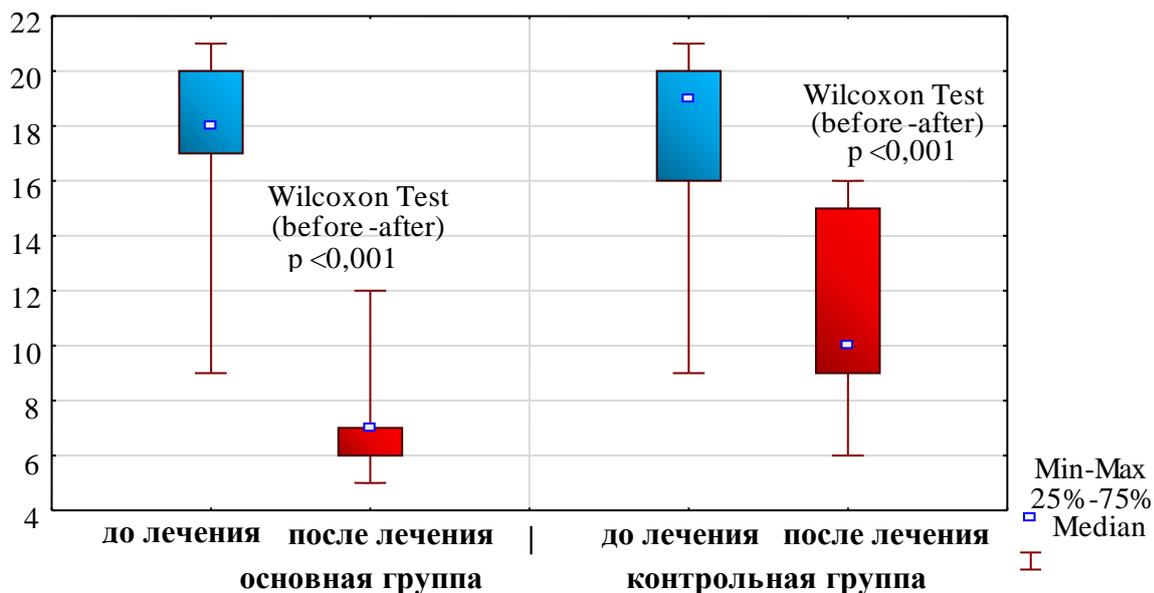


Рисунок 2- Динамика изменения тревоги по шкале HADS до и после лечения

Таким образом, по результатам анкетирования, проведённого больным до и после курса лечения препаратами, можно констатировать существенную положительную динамику со стороны психологического статуса больных на фоне комбинированной терапии с антидепрессантом. При 12 недельной монотерапии липразидом у большинства больных сохранялись тревожно – депрессивные расстройства разной степени выраженности.

До назначения терапии - исходные цифры САД основной группе в среднем составили $169,4 \pm 1,8$ мм.рт.ст, ДАД $-105,0 \pm 0,8$ мм.рт.ст. Исходные показатели артериального давления для пациентов контрольной группы составили в среднем для САД $-170,1 \pm 1,7$ мм.рт.ст., для ДАД $-108,2 \pm 1,1$ мм.рт.ст. Как видно при сравнении исходных показателей артериального давления статистически достоверных различий между исследуемыми группами для САД не установлено. Что касается цифр ДАД, то эти различия имели статистическую значимость (таблица 1).

В процессе лечения больных лекарственными препаратами в обеих группах пациентов отмечались динамические сдвиги и со стороны гемодинамических показателей. В основной группе пациентов отмечалось достоверное снижение систолического АД на 33 мм рт ст., а уровень диастолического на 22 мм рт ст. Нормативными показателями достижения целевого уровня АД считали нормативные показатели согласно международным и клиническим протоколам: систолическое АД ≤ 140 мм. рт., а для диастолического АД ≤ 90 мм. рт.ст.

Таблица 1-Сравнительная характеристика больных по уровню артериального давления ($M \pm m$)

Показатель	До лечения		P	После лечения		P
	Основная группа (n=40)	Контрольная группа (n=40)		Основная группа (n=40)	Контрольная группа (n=40)	
САД мм.рт.ст.	169,4±1,8	170,1±1,7	>0,05	133,5±0,8	146,5±0,7	<0,001
ДАД мм.рт.ст.	105,0±0,8	108,2±1,1	>0,05	83,1±0,7	97,2±0,6	<0,001

Примечание: P- статистически значимые различия показателей основной и контрольной групп (U-критерий Манна-Уитни).

После проведения курса гипотензивной терапии в основной группе пациентов регистрировалось значительное понижение цифр АД для систолического на 21,2%, а для диастолического на 20,8% мм рт ст. Необходимо также указать, что гипотензивный эффект от терапии со снижением АД более 10% от исходных цифр до лечения был достигнут у 82,5% обследованных пациентов. Однако в контрольной группе аналогичные показатели снижения АД были незначительными и снижение в среднем составило для систолического АД 13,9%, а для диастолического на 10,2%. В контрольной группе в целом гипотензивный эффект был достигнут у 62,5% обследованных пациентов (таблица 2).

Таблица 2-Динамика показателей артериального давления у пациентов обеих групп до и после лечения ($M \pm m$)

Показатель	Основная группа		P	Контрольная группа		P
	До лечения (n=40)	После лечения (n=40)		До лечения (n=40)	После лечения (n=40)	
САД мм.рт.ст.	169,4±1,8	133,5±0,8	<0,001	170,1±1,7	146,5±0,7	<0,001
ДАД мм.рт.ст.	105,0±0,8	83,1±0,7	<0,001	108,2±1,1	97,2±0,6	<0,001

Примечание: P- статистически значимые различия показателей в группах (по T-критерию Вилкоксона).

Следует отметить, что разница между величинами САД и ДАД до и после лечения, как в основной, так и в контрольной группах были статистически значимы. В ходе лечения снижение САД и ДАД в обеих группах больных было равномерным. Проявления ортостатической гипотонии (снижение САД >20 мм.рт.ст. при переходе в вертикальное положение) отмечено у 3 больных в основной и 2 пациентов в контрольной группе. Эти нарушения функционально - приспособительных реакций нивелировались при снижении дозы препаратов.

На основании полученных данных показателей гемодинамики следует отметить, что при комбинированной терапии у пациентов отмечался более выраженный гипотензивный эффект чем при монотерапии липразидом.

Как показала сравнительная характеристика структурно - функциональных параметров сердца, включённых в исследование больных эхокардиографических показателей, отмечены разнонаправленные их соотношения в изучаемых группах. Так, если между такими показателями как ТЗС ЛЖ, ММ ЛЖ, ИОТС ЛЖ, КСО и ФВ не констатированы статистически значимые различия. То со стороны других параметров: ТМЖП, ИММ ЛЖ КДР, КСР, КДО и Е/А они были статистически достоверными. В процессе лечения все эхокардиографические отклонения от норм, свидетельствующие о формировании и различной степени выраженности гипертрофии левых отделов сердца (ТЗС, ТМЖП, ИММ) имели однонаправленную тенденцию к снижению в обеих группах.

Результаты полученных исследований до и после проводимой терапии показали различия в гемодинамических и эхокардиографических показателях. Так, в основной группе пациентов по окончании курса терапии ТЗС ЛЖ статистически значимо уменьшилась на 12,8%, а ТМЖП уменьшилась на 14,7%. Положительная динамика отмечалась со стороны снижения индекса ММЛЖ, что составило в среднем 13,7%. Положительная динамика отмечалась и со стороны объёмных показателей сердца, которые на фоне терапии имели статистически значимые снижения: КСО был снижен на 9,9%, КДО снизился на 5,5%. Конечный систолический размер также имел тенденцию к снижению. О положительной стороне ремоделирования миокарда можно также судить по степени уменьшения ИОТС ЛЖ, который составил в среднем 11%.

На фоне улучшения показателей, отражающих систолическую функцию миокарда, регистрировались и положительные сдвиги со стороны диастолической функции, которые мы оценивали по скоростям наполнения раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ. Так, показатели пиковых скоростей раннего и позднего диастолического наполнения возрос от исходных показателей на 25,1%. (Е/А). Немаловажным эхокардиографическим положительным результатом лечения явилось улучшение сократительной функции ЛЖ, которое увеличивалось в динамике проводимой терапии на 3,4%. У пациентов контрольной группы динамика изменения морфофункциональных показателей была менее выраженной по сравнению с таковыми пациентами основной группы, хотя и была статистически достоверной (таблица 3).

Исходно и после 12-недельной терапии на основе анализа полученных данных параметров эхокардиографии определялось наличие и тип гипертрофии миокарда ЛЖ исследуемых группах больных.

Так, исходные результаты позволили установить КРЛЖ у 9(22,5%) пациентов, другой тип геометрии в виде КГЛЖ у 14(35,0%) пациентов и ЭГЛЖ у 4(10,0%) пациентов. Результаты эхокардиографии позволили только у 13 (32,5%) пациентов зарегистрировать нормальную или близко к ней геометрию сердца.

Таблица 3 - Динамика изменений эхокардиографических показателей в процессе лечения в контрольной группе (M+m)

Показатель	До лечения (n=40)	После лечения (n=40)	P
ТЗС ЛЖ, мм	11,7 ± 0,1	11,1 ± 0,1	< 0,001
ТМЖП, мм	11,8 ± 0,1	11,2 ± 0,1	< 0,001
ММ ЛЖ, г	215,6 ± 2,9	210,8 ± 2,7	< 0001
ИММ ЛЖ, г/м	117,2 ± 1,2	113,2 ± 1,3	< 0001
ИОТС ЛЖ	0,534 ± 0,003	0,515 ± 0,003	< 0,001
КДР, см	4,687 ± 0,003	4,822 ± 0,005	< 0,001
КСР, см	2,873 ± 0,002	2,929 ± 0,003	< 0,001
КДО, мл	85,3 ± 0,7	86,1 ± 0,7	< 0,001
КСО, мл	37,8 ± 0,2	36,9 ± 0,2	< 0,001
ФВ, %	55,7 ± 0,2	57,1 ± 0,3	< 0,001
Е/А, ед.	0,865 ± 0,003	0,945 ± 0,003	< 0,001

Примечание: P – статистическая значимость различных показателей до и после лечения (по T-критерию Вилкоксона).

В конце окончания курса комплексной гипотензивной терапии в группе пациентов, получавших комбинированные гипотензивные препараты, регистрировались положительные гемодинамические и эхокардиографические показатели, свидетельствующие о ремоделировании ЛЖ. Так, число пациентов с КГЛЖ уменьшилось на 15% и соответственно увеличились пациенты с КРЛЖ на 10%. Динамика изменений ремоделирования сердца в сторону ЭГЛЖ и нормальной геометрии сердца было менее выраженной и составила на 2,5% меньше, чем в контрольной группе (рисунок 3).

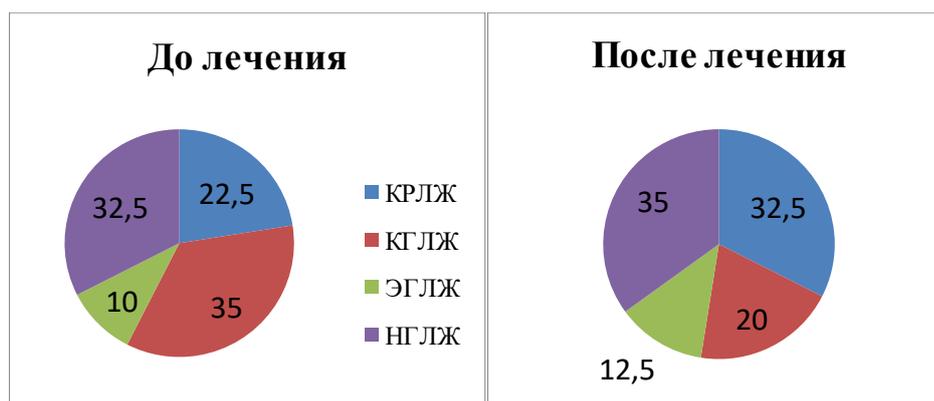


Рисунок 3.- Типы ремоделирования сердца в основной группе

В контрольной группе исходно КРЛЖ выявлена у 8(20,0%) больных; КГЛЖ у 15(37,5%); ЭГЛЖ у 5(12,5%) и нормальная геометрия сердца у 12(30,0%) пациентов. После курса монотерапии липразидом значимых сдвигов со стороны показателей ремоделирования не отмечалось. Так, количество пациентов с ЭГЛЖ на фоне проведённого курса лечения увеличилось на 1

пациент, тогда как с нормальной геометрией сердца количество пациентов не изменилось. По окончании курса лечения общее количество пациентов с концентрическими типами ремоделирования уменьшилось на 5% (2 пациента), тогда как увеличилось количество пациентов с концентрическим ремоделированием ЛЖ (рисунок 4).

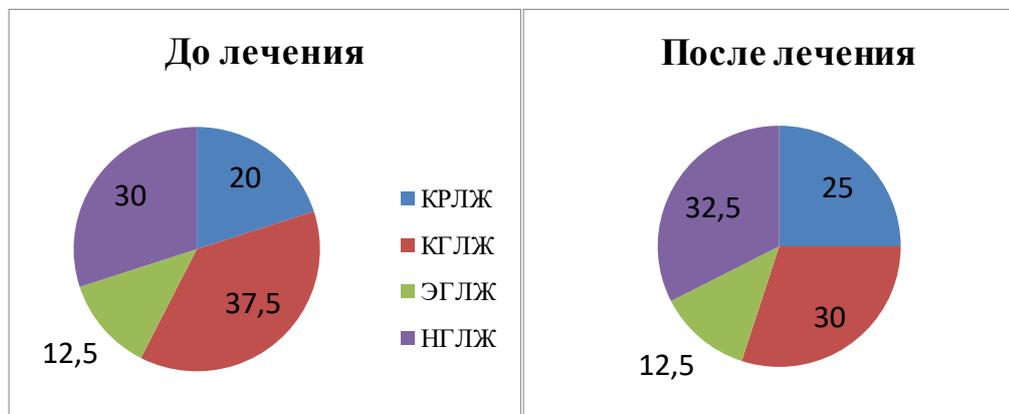


Рисунок 4.-Типы ремоделирования сердца в контрольной группе

Как было указано при выявлении ГЛЖ на основании полученных эхокардиографических параметров пациента, уточнялась категория данной гипертрофии. В основной группе исходно у 52,5% обследованных лиц ИММЛЖ превышали общепринятые нормативные величины. Из них в 58% случаев установлена «умеренная гипертрофия» и 42% пациентов установлена категория «выраженной гипертрофии» ЛЖ. К концу курса, комбинированного лечения препаратами общее количество больных, с увеличенным ИММЛЖ снизилось на 14,3%. При этом из общего числа пациентов с ГЛЖ у 72,2% исследованных констатирована «умеренная» и у 27,8% «выраженная» ГЛЖ.

В контрольной группе при включении в исследование признаки ГЛЖ выявлены в 50% случаев. Из них у 60% пациентов отмечена «умеренная» ГЛЖ и 40% «выраженная» ГЛЖ. После проведённого курса лечения липразидом общее число пациентов с ГЛЖ уменьшилось всего на 5%. При индивидуальном анализе изменения в качественном составе гипертрофии миокарда были маловыраженными. У 57,9% больных была установлена «умеренная» и у 42,1% пациентов сохранялась «выраженная» ГЛЖ.

Таким образом, на основании эхокардиографических показателей больных, полученных до и после лечения препаратами следует, что при назначении комбинированной терапии с применением антидепрессанта в отличие от монотерапии липразидом наблюдалась существенная положительная динамика со стороны категорий ГМЛЖ. В основной группе на фоне тенденции к регрессии ГМЛЖ отмечено увеличенное число лиц с более благоприятным исходом гипертрофии мышц сердца (КРЛЖ, КГЛЖ) за счёт уменьшения пациентов ЭГЛЖ. Применение антидепрессанта способствовало также уменьшению количества больных с «выраженной» ГМЛЖ в группе и увеличению пациентов «умеренной» ГМЛЖ. На фоне комбинированной терапии рексетином,

отмечаемая положительная динамика со стороны изученных функциональных показателей сердца.

Выводы

1. У 37,3% пациентов пожилого возраста регистрируются нарушения структуры миокарда в виде КРЛЖ у 9 (22,5%), КГЛЖ у 14(35,0%) и ЭГЛЖ у 4(10,0%) пациентов, что сопровождается на высоком уровне депрессии и тревоги, составляя 16,0 и 19,0 соответственно по шкале HADS [1-А,4-А,17-А,18-А,19-А]

2. Комбинированная антигипертензивная терапия, включающая антидепрессанты с эффектом обратного захвата серотонина, способствует более оптимальному достижению целевого уровня артериального давления, снижению корреляционных связей, а также снижению уровня депрессии и тревоги до 7,0 по шкале HADS [3-А, 5-А,6-А,8-А,11-А,16-А,]

3. Комбинированная антигипертензивная терапия с коррекцией психоэмоциональных расстройств в течение 3-ёх месяцев способствует достижению целевого уровня артериального давления, улучшению эхокардиографических показателей: уменьшение ММЛЖ на 2,2%, ИММЛЖ на 3,4%, ИОТСЛЖ на 3,6%, КСО на 2,4%, увеличение КДР на 2,9% и КСР на 2,1%. Улучшение систолической функции миокарда характеризуется усилением ФВ увеличилась на 2,3%. Улучшение диастолической функции миокарда характеризуется усилением скоростей раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ (Е/А) на 9,3%, что свидетельствует об улучшении процессов релаксации миокарда [2-А,7-А,12-А,13-А]

4. Частота неблагоприятных кардиальных событий составила 33,7% случаев в основном у инструментальных пациентов с низкой приверженностью к лечению. Мужской пол, возраст пациента старше 65,0 лет на фоне ГМЛЖ являются неблагоприятными в прогностическом плане, а из методов исследования миокарда такими факторами являются увеличение толщины свободной стенки ПЖ, ГМЛЖ, увеличение скорости наполнения (Е/а) для ЛЖ и снижения теста 6-минутной ходьбы менее 300 метров [9-А,10-А,14-А,15-А]

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. Наряду с клинико-лабораторными и инструментальными методами исследования всем пациентам с гипертонической болезнью рекомендован анализ психологического статуса и тревожных состояний, которые необходимо учитывать в процессе лечения как важный патогенетический фактор.

2. С ранних стадий гипертонической болезни необходим учёт коморбидных состояний и динамическое наблюдение за структурно-функциональными показателями миокарда.

3. Применения селективных антидепрессантов (рексетин) в отличие от трициклических продирирована эффективностью при лечении обсессивно-компульсивных, панических расстройств со специфическим ингибированием обратного захвата серотонина в нейронах головного мозга, что даёт им

преимущество в назначении его пожилым пациентам в течение длительного времени.

4. Наличие двух и более неблагоприятных прогностических факторов повышает риск формирования жизнеугрожающих состояний и требует от врача строго динамического контроля.

5. Анализ приверженности к лечению показал, что каждый второй пациент нарушает правила и нормы приёма препаратов по различным причинам. В этой связи повышению приверженности к лечению пациенты считают необходимостью большей осведомлённости о болезни, прогнозах, побочных эффектах препаратов и снижения случаев полипрагмазии.

Публикации по теме диссертации Статьи в рецензируемых журналах

1-А. Халикова, Н.А. Депрессия и сердечнососудистые заболевания. [Текст] / Н.Х.Хамидов., Н.М. Хурсанов., Н.А. Халикова. // «Вестник Авиценны». - 2010. №-1.- С. 126 - 133.

2-А.Халикова, Н.А. Применение рексетина в терапии больных гипертонической болезнью пожилого возраста с коморбидной депрессией. [Текст] / К.Х Махадова, Н.А. Халикова, Н.Х. Хамидов, Н.М. Хурсанов. // «Вестник Авиценны». - 2012. №-4. - С. 102-105.

3-А. Халикова, Н.А. Влияние комбинированной терапии на морфофункциональные параметры сердца у больных гипертонической болезнью с коморбидной депрессией. [Текст] / Н.Х. Хамидов, Н.А. Халикова, К.Х. Махадова, Н.М. Хурсанов, // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2017г. - №2 (22). апрель-июнь - С. 67-70

4-А. Халикова, Н.А. Динамикаи тағйироти морфофункционалии нишондиҳандаҳои дил дар табобати беморони гирифтори бемории фишорбандӣ бо депрессияи ҳамроҳшуда. [Матн] / Н.А. Халикова, Ш.Ф. Одинаев. // Авҷи Зухал.- 2023.- №2 (51). - С. 27-33.

5-А. Халикова, Н.А. Ислоҳи ҳолатҳои афсурдаҳои беморони гирифтори фишорбандии шараён. [Матн] / Н.А. Халикова. // Авҷи Зухал. - 2023.- №3 . - С. 29-34.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

6-А. Эффективность комбинированной терапии у больных артериальной гипертонией с коморбидной депрессией / А.А. Умаров, Н.Х. Хамидов, Н.М. Хурсанов, Н.А. Халикова // XVI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» Москва – 2009. – С. 493-494.

7-А. Халикова, Н.А. Влияние феварина на сократительную функцию миокарда больных артериальной гипертонией пожилого возраста / Н.А. Халикова, [и др.] // XVI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» Москва – 2009. – №. 1. – С. 495.

8-А. Халикова Н.А. Клиническая эффективность рексетина у больных артериальной гипертонией с коморбидной депрессией / Н.А. Халикова., С.А.

Умарова., Т.М. Саъдуллоева. // Годичная научно-практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибн Сино, посвященная 80-летию со дня рождения член-корреспондента РАМН, заслуженного деятеля науки Таджикистана профессора Гулямова М. Г. - 2009. – С. 203.

9-А. Тревожно- депрессивных расстройств у больных артериальной гипертонией в старших возрастах / Н.М. Хурсанов., [и др.] // Конгресс кардиологов Москва. – 2010. – С. 348-349.

10-А. Влияние феварина на показатели кардиодинамики у больных артериальной гипертонией пожилого возраста / Н.М. Хамидов. [и др.] // Конгресс кардиологов Москва. – 2010. – С. 342.

11-А. Применение ципралекса в лечение больных гипертонической болезнью пожилого возраста с коморбидной депрессией / Н.М. Хурсанов. [и др.] // Сборник научных материалов международного медицинского конгресса «Здравоохранение Российской Федерации, стран СНГ Европы» Москва.- 2011.- С. 146-147.

12-А. Влияние комбинированной терапии на постуральные реакции у больных гипертонической болезнью с коморбидной депрессией / Н.М. Хурсанов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 10 (6) Российский научный конгресс кардиологов, Москва. - 2011. - С. 330.

13-А. Халикова Н.М. Применение рексетина и липрила при артериальной гипертонии у лиц пожилого возраста с коморбидной депрессией / Н.Х. Хамидов, Н.М. Хурсанов, Н.А. Халикова // Профилактическая медицина, 2011, №4. Выпуск 2. Конгресс кардиологов Кавказа с международным участием, Кабардино-Балкарская Республика 2011.-С.- 56.

14-А. Халикова Н.А. Влияние комбинированной терапии на ремоделирование сердца у больных гипертонической болезнью пожилого возраста с аффективными расстройствами / Н.М. Хурсанов, Н.А. Халикова, К.Х.Махадова, Х.К. Тоиров, // Материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием.- 2015.- С. 300-302

15-А. Халикова Н.А. Влияние рексетина на показатели гемодинамики у больных гипертонической болезнью пожилого возраста с коморбидной депрессией / К. Х. Махадова. [и др.] // Материалы 63-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием.-2015.-С. 224 – 225.

16-А. Побочные действия антидепрессантов при лечении пожилых больных артериальной гипертензией. / Н.М. Хурсанов, Н.А. Халикова, З.А.Таджиева, С.А. Умарова. // Материалы 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан.-2016.-С. 142-143

17-А. Khalikova N.A. Side effects of modern antidepressants in the treatment of cardiac patients / N. A.Khalikova, S.A. Umarova, N.M. Khursanov. // Материалы 75-ой Международной научно-практической конференции студентов-медиков и

молодых учёных; Самаркард, май-2021.- С. 133

18-А. Khalikova N.A. Influence of fevarin on cardiac hemodynamic indicators in elderly patients with arterial hypertension. / Коррекция калликреин-кининовой системы при постинфарктном кардиосклерозе / N. A. Khalikova, Y.V. Hakimov, N.M. Khursanov. // Материалы 75-ой Международной научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных; Самаркард, май-2021. - С. 354-355.

19-А. Khalikova N.A. Adverse effects of antihypertensive drugs in treatment of older aged patients with arterial hypertension / N. A. Khalikova. // Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием, посвящённо 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и "Годам развития села, туризма и народных ремёсел"(2019-2021); 2021.- С. 388

Список сокращений и условных обозначений

АД -	артериальное давление
ГБ -	гипертоническая болезнь
ГМЖ -	гипертрофия миокарда левого желудочка
ДАД -	диастолическое артериальное давление
ГМЛЖ-	гипертрофия миокарда левого желудочка
ИММЛЖ-	индекс массы миокарда левого желудочка
ИММЛЖ-	индекс массы миокарда левого желудочка
ИАПФ-	ингибиторы ангиотензин превращающего фермента
КГЛЖ-	концентрическая гипертрофия левого желудочка
КРЛЖ-	концентрическое ремоделирование левого желудочка
ММЛЖ-	масса миокарда левого желудочка
ОТСЛЖ-	относительная толщина стенок левого желудочка
ОТСЛЖ-	относительная толщина левого желудочка
ССС-	сердечно-сосудистая система
СН-	сердечная недостаточность
ССО-	сердечно-сосудистые осложнения
САД-	систолическое артериальное давление
СИОЗС-	селективный ингибитор обратного захвата серотонина
ТЦА-	трициклические антидепрессанты
ТЗСЛЖ-	толщина задней стенки левого желудочка
ФВ-	фракция выброса
ЭГЛЖ-	эксцентрическая гипертрофия левого желудочка
HADS -	(Hospital Anxiety and Depression Scale) – госпитальная шкала тревоги и депрессии
ЭхоК-	Эхокардиография
ЭГЛЖ-	эксцентрическая гипертрофия левого желудочка

**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН
БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО »**

**УДК: 616.12-008. 331.1-053.9;
616.89-008.454**

Холиқова Наргис Абдурашидовна

**ТАЪСИРИ ТАБОБАТИ ОМЕХТА БА НИШОНДИҲАНДАҲОИ СОХТОРӢ-
ФУНКЦИОНАЛИИ ДИЛ ДАР БЕМОРОНИ КАЛОНСОЛИ ГИРИФТОРИ
БЕМОРИИ ФИШОРБАЛАНДӢ БО ДЕПРЕССИЯИ ҲАМРОҲШУДА**

Автореферати

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илмҳои тиб, аз рӯи
ихтисоси 14.01.04 – Бемориҳои дарунӣ

Душанбе – 2024

Кори диссертатсионӣ дар кафедраи бемориҳои дарунии № 2-и МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» анҷом дода шудааст.

**Роҳбари
илмӣ:**

Одинаев Шухрат Фарҳодович
доктори илмҳои тиб, дотсент, мудир
кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ
“Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
ба номи Абуалӣ ибни Сино»

**Муқарризони
расмӣ:**

Нозиров Чамшад Ҳочиевич
доктори илмҳои тиб, дотсент,
директори Маркази тиббӣ-ташхисии
ҚДММ «Парастор-2014», ш.Ваҳдат,
ВТҲИҚТ

Рофиева Ҳалима Шарифовна
номзади илмҳои тиб, мудир кафедраи
бемориҳои дарунии Муассисаи
ғайридавлатии таълимии «Донишкадаи
тиббӣ-ичтимоии Тоҷикистон»

**Муассисаи
тақриздиханда:**

Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ с. 2024 соати _____ дар ҷаласаи
Шӯрои диссертатсионии 6D.КOA-008 -и назди МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ
ибни Сино” бо нишони 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи
Сино, 29-31, tajmedun.@tj, +992918724088 баргузор мегардад.

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмии МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии
Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ с. 2024 ирсол гардид

Котиби илмӣ
Шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб, дотсент

Р.Ҷ.Ҷамолова

МУҚАДДИМА

Мубрамияти мавзӯи тадқиқот. Аз рӯи омили расмӣ бемории фишорбаландӣ (БФ) дар сохтори бемориҳои низоми дилу рағҳо мавқеи пешсафиро нигоҳ дошта, то аввали соли 2020 дар байни мардон 30,2% ва дар байни занон 24,8% - ро ташкил медиҳад [Климов А.В., 2018; Амлаев К.Р. ва дигарон, 2021; G.S. Stergioua, 2021]. Ин беморӣ аз сабаби афзоиши мунтазам дар байни одамони солхӯрда, ки бемориҳои зиёди ҳамроҳшуда доранд ва ин дар ниҳояти кор сифати зиндагии онҳоро муайян мекунад, дар таҷрибаи геронтологӣ мубрамияти махсус пайдо кардааст [Дашиева Э.Б. ва дигарон, 2020; T. Unger, 2020; Котова М.Б. ва дигарон, 2021;]. Ҳамзамон, пешгӯии беморӣ тавассути омилҳои зиёди хавф ва ноил шудан ба сатҳи мақсадноки фишори шараёнӣ (ФС), самаранокии муолиҷа, майл доштан ба табобат, инчунин бемориҳои калонсолӣ ва пиронсолӣ муайян карда мешавад.

Ҷанбаҳои патогенетикии фишорбаландӣ то имрӯз ба қадри кофӣ омӯхта шудаанд, аммо саволҳо дар бораи омӯзиши ҷаҳлонаи механизмҳои танзими фишори шараёнӣ мисли пештара боқӣ мондаанд. Аз рӯи ин ҷанбаҳо, аксари муаллифон дар ақидаи нақши пешбарандаи тавозуни равонии бемор мувофиқат мекунанд [Штонда. М.В. ва дигарон, 2021]. Дар ин рост, алоқаи зичи байниҳамдигарии бемории дилу рағҳо ва вайроншавии изтиробӣ-депрессивӣ (ВИД) дар беморони гирифтори фишорбаландӣ ба гуфтаи коршиносони ТУТ, аз рӯи басомад танҳо пас аз бемории ишемикии дил (БИД) ҷои дуюмро ишғол мекунад. Барои Ҷумҳурии Тоҷикистон ин ҷанбаҳо мубрамияти махсус дошта, зуд-зуд вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивиро ба вучуд меоранд, ки ин ба сатҳи пасти иҷтимоӣ ва иқтисодии зиндагонии аҳоли вобастагӣ дорад. [Шарипова Х.Ё. ва дигарон, 2022]. Дар адабиётҳои илмӣ ишора гардидааст, ки азбаски изтироб ва депрессия дар пиронсолӣ сифати ҳаёти бемор, самаранокии тадбирҳои табобат ва пешгӯии зиндамони муайян мекунанд, бояд омилҳои муҳимҳои хатар ҳисобида шаванд [Н.Т. Ватутин ва дигарон, 2012; У. Крючкова ва дигарон, 2021; Brouwers, 2021]. Таҷрибаи амалии табибони дилшинос басомади баланди вайроншавиҳои аффеक्टивиро дар одамони солхӯрда (зиёда аз 52%) нишон дод, ки ин басомади бӯҳрон ва дигар ҳодисаҳои қалбиро аз ҷониби узвҳои «ҳадафнок» муайян мекунад [Ефанов А.Ю. ва дигарон, 2017; Штонда М.В. ва дигарон, 2021]. Вобаста ба ин, зарурати баҳисобгирии чунин ҳолатҳо дар табобати комплексӣ, инчунин муайян кардани пешгӯиҳо ва аломатҳои барвақтии онҳо ба миён меояд. Дар адабиётҳои солҳои охир аксар вақт дар ин самт интишороти илмӣ пайдо мешаванд, ки ба робитаи байни вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивӣ пас аз сирояти ковидӣ ва ҳодисаҳои қалбӣ ишора менамоянд, ки 1,5-2,5 маротиба зиёдшавии онҳо ба назар мерасад [Чазова И.Е. ва дигарон, 2020; Elagizi, 2018; C.J. Lavie. et al., 2018].

Мавзӯи баҳсҳои охирини муаллифон робитаи байни ҳолатҳои изтиробӣ-депрессивӣ бо ташаккули вайроншавиҳои функционалии дил мебошад, ки дар

ниҳоят ба нишондиҳандаҳои морфофункционалии миокард, набзи дил ва имкониятҳои захираи коронарӣ таъсири манфӣ мерасонад [Ефанов А.Ю., 2022].

Пас аз кашфи антидепрессантҳои сесикла давоми солҳои тӯлонӣ истифодаи бомуваффақияти онҳо ҳангоми вайроншавиҳои рӯҳӣ ва изтиробӣ дар ҷавонон ва пиронсолон идома ёфт. Пас аз як давраи муайяни истифода, аксари беморон таъсири зиёди иловагии манфиро мушоҳида карданд, ки махсусан ин ҳолатҳо ҳангоми якҷоя бо доруҳои зиддифишорбаландӣ истифода бурдани гликозидҳои дилӣ ва β -блокаторҳо ба қайд гирифта шуданд. Ин ҳолат сабаби асосии маҳдуд кардани истифодаи онҳо дар бисёр беморхонаҳои кардиологияи саросари ҷаҳон гардид [Чазова И.Е., 2018]. Антидепрессантҳои аз ҷиҳати фармакологӣ нисбатан беҳтар барои пиронсолон доруҳои наво мебошанд, ки барои ингибиторҳои қабули серотонин интихобӣ мебошанд. Санҷишҳои клиникӣ дар озмуддат самаранокии баланди онҳо ва набудани таъсири иловагии манфиро нишон доданд ва ин имкон дод, ки онҳо солҳои охир дар амалияи кардиологияи васеъ истифода шаванд. Доира ва масоҳати нишондодҳо барои истифодаи антидепрессантҳои насли нав ҳангоми ҳолатҳои изтиробӣ-депрессивӣ дар пиронсолон васеъ карда шудааст [Котов Н.М., 2012; Ҳамидов Н.Ҳ., 2013, Шавловская О.А., 2019]. Хусусиятҳои инфиродии бадан на ҳама вақт натиҷаи хубро кафолат дода метавонанд ва аз ин рӯ, масъалаҳои истифодаи онҳо ҳангоми вайроншавиҳои равоӣ ва сатҳи баланди бемориҳои ҳамроҳшуда дар пиронсолӣ баҳсбарангез буда, кам омӯхта шудаанд. То имрӯз, таъсири антидепрессантҳои муосир (ИСКБС) ба равоӣҳои азнавсозӣ ва функцияи насосии дил дар одамони калонсоли фишорашон баланд бо вайроншавиҳои равонӣ ҳамроҳшуда ба таври пурра омӯхта нашудааст.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омӯзиш. Сарчашмаҳои илмӣ солҳои охир аз хусуси шаклҳои гуногуни ҷараёни клиникӣ бемории фишорбаландӣ бо ҷалби узвҳои гуногуни асосӣ ба ин равоӣ гувоҳӣ медиҳанд [Крючкова О.Н., 2016] Вариантҳои асосии клиникӣ равиш аз хусусиятҳои синнусолӣ, ҷанбаҳои бемориҳои ҳамроҳшуда, инчунин асабӣ-равон вобастаанд, ки ногузир ба баландшавии доимии фишори шараёни оварда мерасонад, ки ҳангоми таъйини муолиҷа инро истисно кардан мумкин нест. Бисёр ҷанбаҳои патогенетикӣ ва фишорбаландӣ дар ҷумҳурӣ аз нуқтаи назари хусусиятҳои эпидемиологӣ ва этиологӣ, манзараи клиникӣ баррасӣ карда шудаанд, дар ҳоле ки аксар вақт омилҳои патогенетикӣ дар аксари беморон ҳолати изтиробӣ-депрессивӣ мебошад. Кардиологияи муосир амалӣ зарурати ислоҳи фишори шараёнро дар якҷоягӣ бо доруҳои, ки ба системаи асаб таъсир мерасонанд, таъкид менамоянд. Тадқиқотҳои як қатор муаллифон дар самти муолиҷаи ҳолати изтиробӣ-депрессивӣ дар заминаи бемориҳои ҳамроҳшуда ва фишорбаландии шараёни имрӯз дар ҷумҳурӣ кам омӯхта шудааст [Султонов Х.С., 2017; Негматова Г., 2018; Шарипова Х.Ё., 2022]. Саноати фармакологии ватанӣ доираи васеи доруҳои омехтаи зиддигипертензивиро пешниҳод мекунад, ки интихоби онҳо аксар вақт аз нуқтаи назари муътадилгардонии фишори шараёни ва азнавсозии миокард мушкул мегардад. Вобаста ба ин, омӯзиши ҷанбаҳои

ташаккули фишорбаландии устувор дар системаи механизми ягона, аз омилҳои ибтидоии этиологӣ сар карда то масъалаҳои табобат ва такмили функсияи диастоликии миокард ба мақсад мувофиқ мебошад. Сарфи назар аз тадқиқотҳои зиёди илмӣ дар соҳаи кардиология, масъалаҳои натиҷаҳои табобати дарозмуддат бо омӯзиши меёрҳои аломатҳои пешгӯии номусоид ва меёрҳо бетаъсир мемонанд. Таваҷҷӯҳи таҳқиқотҳои пешниҳодшударо инчунин, гуногунрангии масъалаҳои муолиҷаи этиопатогенетикӣ ба худ ҷалб месозад, ки муаллифон дар мавриди истифодаи гурӯҳҳои гуногуни доруҳои зидди фишорбаландӣ ихтилофи назар доранд [Гараев А.Т., 2019; Конради А.О., 2020; Бочкарева Е.В., 2020]. Бо дарназардошти он, ки дар ҷумҳурӣ шумораи пиронсолони гирифтори ҳолатҳои изтиробӣ-депрессивӣ зиёд шуда истодааст, зимни тадқиқот оид ба масъалаҳои фармакотерапия, хусусиятҳои ташаккули оризаҳо, азнавсозии миокард ва таҳияи меёрҳои пешгӯии номусоид баҳсу муҳокимаҳо гузаронида шуданд [Ҳамидов. Н.Х., А.Б. Смулевич, 2014; Л.Л.Берштейн, 2019].

Алоқаи тадқиқот бо барномаҳои (лоиҳаҳои) мавзӯи илмӣ.

Тадқиқоти диссертатсионӣ дар асоси корҳои илмии кафедраи бемориҳои дарунии №2 МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино «Хусусиятҳои патогенетикии бемориҳои дилу рағӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» (муҳлати иҷро солҳои 2016-2020) анҷом дода шудааст. Марҳилаҳои алоҳидаи кор як қисми тадқиқоти илмиро, ки дар доираи барномаи давлатии «Стратегияи миллии солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2010-2020» гузаронида шудаанд, ташкил медиҳанд. Тадқиқотҳои илмӣ мувофиқи қоидаву меёрҳои Кумитаи ахлоқ ва протоколҳои байналмилалӣ (2017) гузаронида шуданд.

Тавсифоти умумии кор

Мақсади тадқиқот: омӯзиши таъсири доруҳои омехтаи зидди фишорбаландӣ бо антидепрессантҳо ба нишондиҳандаҳои морфофункционалии дил дар беморони пиронсоли фишорашон баланд бо арзёбии натиҷаҳои дарозмуддат.

Вазифаҳои тадқиқот.

1. Муайян намудани басомад ва характери вайроншавии нишондиҳандаҳои сохторӣ-функционалии системаи дилу рағӣ дар беморони калонсоли гирифтори фишорбаландӣ дар заминаи вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивӣ.

2. Омӯзиши таъсири табобати омехтаи зидди фишорбаландӣ бо антидепрессантҳо ба ҳолати руҳию равонии беморони пиронсоли фишорашон баланд бо вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивӣ.

3. Арзёбии таъсири табобат ба равандҳои ремоделизатсияи дил ва контрактатсияи миокард дар беморони пиронсоли фишорашон баланд бо вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивӣ.

4. Арзёбии натиҷаҳои дарозмуддати табобат, муқаррар намудани меёрҳои пешгӯии номусоид ва омилҳои, ки тамюл ба муолиҷаи фишорбаландиро дар пиронсолӣ коҳиш медиҳанд.

Объекти тадқиқот. Маводи тадқиқоти диссертатсия беморони солхӯрдае буданд, ки (80 нафар) фишорбаландиашон тавассути ташхис бо усулҳои

тадқиқоти клиникӣ ва инструменталӣ тасдиқ шуда буд. Ҳамаи таҳқиқотҳои клиникӣ ва лабораторӣ тибқи протоколи тадқиқотӣ ва тавсияҳои клиникӣ, ки аз ҷониби Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон тасдиқ шудааст (2019) гузаронида шуданд. Муоина ва табобати беморхонавӣ дар шӯъбаҳои кардиология ва муолиҷавии Маркази тиббии шаҳри Душанбе гузаронида шуд.

Мавзӯи тадқиқот. Мавзӯи таҳқиқот муайян кардани ҳолатҳои барвақтии изтиробӣ-депрессивӣ, ки фишори баланди шараёниро бадтар мекунад ва таҳлили минбаъдаи робита бо нишондиҳандаҳои усулҳои инструменталӣ (ЭКГ, ЭхоКГ, тестҳои арзёбии изтироб) буд. Мавзӯи тадқиқот инчунин омӯзиши самаранокии табобат аз ҷиҳати муқоисавӣ буд.

Навгони илмӣ тадқиқот. Кори диссертатсионӣ дар шакли тадқиқоти клиникии илмӣ пешниҳод гардида, аз ҷиҳати арзёбии натиҷаҳои дарозмуддат ва таҳлили меъёрҳои номусоид дар одамони солхӯрдаи фишорашон баланд яке аз аввалинҳо махсуб меёбад. Хусусиятҳои зухуроти клиникии фишор баландӣ дар беморони солхӯрдаи бо вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивӣ муайян карда шудаанд: мавҷудияти вайроншавиҳои равонӣ аксар вақт ба чараёни бӯҳронии он мусоидат мекунад ва майли беморонро ба табобат ба таври назаррас бадтар мекунад. Таъсири манфӣ изтироби ҳамроҳшуда ва вайроншавии депрессивӣ ба равандҳои азнавсозии меъдачаи чапи дил ҳангоми фишорбаландии пиронсолон муайян карда шудааст. Муқаррар карда шуд, ки дар ин категорияи беморон тағйироти номусоиди пешгӯии консентрикии геометрияи миокард бартарӣ дорад. Ихтилолҳои асосии функсияҳои систоликӣ ва диастоликии миокард дар беморони пиронсоли бо фишори баланд, ки аз таъсири изтироб ва ихтилоли депрессивӣ ба вуҷуд омадаанд, муайян карда шудаанд.

Беҳтаршавии параметрҳои морфофункционалии меъдачаи чапи дил ва функсияи контрактилии миокард дар беморони муоинашуда ҳангоми истифодаи табобати омехтаи зидди фишорбаландӣ бо антидепрессантҳо нишон дода шудааст. Таҳлили теъдоди оризаҳо дар тӯли 3 сол гузаронида шуд, ки дар асоси он меъёрҳои пешгӯии номусоиди ташаккули оризаҳо муайян карда шуданд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ-амалии тадқиқот. Натиҷаҳои тадқиқот имкон медиҳанд, ки ташҳиси саривақтию муфассалии клиникӣ гузаронида, вазнинии беморӣ арзёбӣ инчунин пешгӯӣ муайян карда, стратегияи мувофиқи табобат интихоб карда шавад. Пешгӯиҳои клиникӣ ва лаборатории барвақтии ташаккули оризаҳои ба ҳаёт таҳдидкунанда муқаррар карда шудаанд. Аз нуқтаи назари клиникӣ, вайроншавиҳои асосии нишондиҳандаҳои геометрии миокард нишон дода шудаанд. Натиҷаҳои тадқиқот ба мақсад мувофиқ будани арзёбии ҳолати пружияи равонии беморони пиронсоли фишорашон баландро бо мақсади муайян кардани вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивӣ нишон медиҳанд. Таъкид мегардад, ки вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивӣ ба нишондиҳандаҳои функционалии дил дар одамони солхӯрдаи гирифтори фишорбаландӣ таъсири манфӣ мерасонад. Табобати саривақтии зидди фишорбаландӣ дар омехтагӣ бо антидепрессантҳо равандҳои ремоделизатсияи дилро дар беморони солхӯрдаи

фишорашон баланд беҳтар мекунад. Таҳлили меъёрҳои номусоид ба тибби амалӣ имкон медиҳад, ки сари вақт ташаккули ҳолатҳои ба ҳаёт таҳдидкунандаро пешгирӣ намояд.

Муқаррароте, ки барои ҳимоя пешниҳод мегарданд:

- Ҳолатҳои ҳамрадифи изтиробӣ-депрессивӣ чараёни клиникаи фишорбаландӣ, функцияи контрактӣ ва равандҳои азнавсозии меъдачаи чапро дар беморони солхӯрда бадтар мекунад. Дар ин маврид самти асосии тағйирёбии геометрияи миокарди МЧ азнавсозии консентрикии миокарди чап мебошад.

- Оқибати ҳолати дарозмуддати сатҳи баланди фишори шараёни гипертрофияи миокарди МЧ, афзоиши массаи миокард, андозаи шӯбаҳои чапи дил, инчунин дисфункцияи систоликӣ дар шакли камшавии фраксияҳои хунронӣ ва кӯтоҳшавӣ мебошад. Чунин ҳолатҳо ҳангоми мавҷудияти фишорбаландии марҳилаи III ва басомади баланди бемориҳои ҳамроҳшуда бадтар мешаванд.

- Табобати омехтаи зидди фишорбаландӣ бо антидепрессантҳои интиҳобӣ дар омехтагӣ бо ингибиторҳои АПФ ва тиазидҳо функцияи систоликии миокардро беҳтар карда, бо зиёд шудани теъдоди ҳолатҳои намудҳои мусоиди ремоделизатсия ва кам шудани теъдоди беморони гирифтори гипертрофияи консентрикии миокард дар меъдачаи чап ба нишондиҳандаҳои морфологии дил таъсири мусбӣ мерасонад.

- Беморони солхӯрдаи фишорашон баланд, ки ҳадди ақал ду меъери пешгӯии номусоид дар заминаи тамоюли пасти табобатдоранд, дар тӯли як сол хатари баланди пайдоиши оризаҳои ба ҳаёт таҳдидкунандадоранд.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Тадқиқотҳо дар худ омӯзиши перспективи когортро таҷассум менамоянд. Эътимоднокӣ бо фарогирии баланди омӯзиш дар шӯбаҳои кардиология бо ҳаҷми зиёди тадқиқотҳо вобаста мебошад. Доираи тадқиқот омӯзиши ҳуҷҷатҳои тиббии беморхонавӣ ва амбулаторӣ, натиҷаҳои усулҳои инструменталии тадқиқотро дар бар мегирад. Хулосаҳо ва натиҷаҳо оид ба татбиқи амалӣ боэътимод буда, бо фарогирии интиҳоб, васеъ будани маводи аввалия ва таҳлили миқдорӣ ва сифатии натиҷаҳои тадқиқот тасдиқ карда мешаванд. Ҳама тадқиқотҳо мувофиқи принципҳо ва протоколҳои ахлоқии Эълумияи Ҷелсинкии Ассотсиатсияи ҷаҳонии тиббӣ, 1989 гузаронида шуданд.

Мутобиқати диссертатсия ба шаҳодатномаи ихтисоси илмӣ. Кори диссертатсионӣ ба бахши кардиология аз сикли бемориҳои дарунӣ бахшида шудааст. Тадқиқот инчунин мушкилоти асосии бемориҳои дилу рагӣ, патология ва махсусан бемориҳои фишорбаландӣ, ҷанбаҳои фишорбаландии шараёнро баррасӣ намуда, ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.04 – Бемориҳои дарунӣ: зербанди 3.4 (Этиология ва патогенез, омилҳои хавф, генетикаи бемориҳои узвҳои дарунӣ); банди 3.7. (вайроншавии функцияҳои узвҳои дарунӣ ҳам дар бемор ва ҳам дар калонсолони солим); 3.8. (Зухуроти клиникаи узвҳои дарунӣ) мувофиқат мекунад.

Саҳми шахсии довталаби дарачаи илмӣ дар тадқиқот. Муаллиф дар асоси таҳлили адабиётҳои доир ба мавзуи рисола шарҳу тавзеҳ тартиб додааст. Тарҳрезии тадқиқот таҳия шуда, ҳадаф ва вазифаҳои кор ташаккул дода, методологияи муоинаи беморон пеш аз ва баъд аз курси табобат бо доруҳо муқаррар карда шудааст. Вай дар гузарондани анкетаҳо ва омӯзиши нишондиҳандаҳои морфофункционалии дили беморони ба тадқиқот дохилшуда бевосита иштирок намудааст. Коркарди омории мавод ва навиштани кори диссертатсионӣ аз ҷониби муаллиф шахсан анҷом дода шудааст.

Апробатсия ва татбиқи натиҷаҳои диссертатсия. Муқаррароти асосии кори рисолаи илмӣ дар: конференсияҳои илмию амалии ҳарсолаи МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (Душанбе 2009-2015), конференсияҳои илмию амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (Душанбе 2008-2015), Конгресси миллии кардиологҳои Русия (Москва 2008, 2010, 2011), Конгресси миллии кардиологҳои Русия «Инсон ва дору» (Москва 2009, 2012), Конгресси кардиологҳои Қафқоз бо иштироки байналмилалӣ (Ҷумҳурии Кабардину Балкар 2011), Конгресси «Тандурустии Федератсияи Русия, кишварҳои ИДМ ва Аврупо» (Москва 2011), Форуми IV байналмилалӣ кардиологҳо ва терапевтҳо (Москва 2015) пешниҳод ва муҳокима гардидаанд. Апробатсияи кори диссертатсионӣ дар ҷаласаи комиссияи байникафедравии проблемавӣ оид ба фанҳои муолиҷавии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (Душанбе, 01.01.2022) гузаронида шудааст.

Интишорот оид ба мавзӯи диссертатсия. Доир ба мавзӯи тадқиқоти диссертатсионӣ 19 мақолаи илмӣ, аз ҷумла 5 мақола дар маҷаллаҳои аз ҷониби Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои ҷопи натиҷаҳои асосии рисолаҳо барои дарёфти унвони илмии номзади илмҳои тиб тавсияшуда ба таърифи расидаанд. .

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Рисола дар 153 саҳифаи матни компютерӣ (ҳуруфи Time New Roman-14; фосилаи-1.5) пешниҳод шудааст. Рисола аз муқаддима, тавсифи умумии кор, баррасии адабиёт (боби 1), мавод ва усулҳои тадқиқот (боби 2), 2 боб аз натиҷаҳои тадқиқоти худӣ, шарҳи натиҷаҳои тадқиқот, хулосаҳо, тавсияҳо иборат аст. Номгӯи адабиётҳо дар маҷмӯъ 200 манбаъро дар бар мегирад, ки аз он 135-тоаш муаллифи ватанӣ аз кишварҳои ИДМ ва 65-тоаш муаллифони хориҷӣ мебошанд. Рисола 25 ҷадвал ва 9 расмро дар бар мегирад.

Мундариҷаи тадқиқот

Тавсифоти шахсони муоинашуда ва усулҳои тадқиқот.

Маводҳои кори диссертатсионӣ тадқиқотҳои клиникӣ - лаборатории дар беморхона гузаронидашуда ва мушоҳидаҳои динамикии 3-солаи беморон бо назардошти ҳама ҳолатҳои қалбӣ ва фавтро таҷассум мекунанд. Тадқиқотҳо дар шӯъбаи кардиологияи Маркази давлатии тиббии № 1 ба номи Карим Аҳмедов (Душанбе), ки дар он кафедраи беморихои дарунии № 2 ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино ҷойгир аст, иҷро карда шудаанд. Маводҳои барои омӯзиш тадқиқотҳои клиникӣ, лабораторӣ ва амиқи кардиологии 80 беморони фишорашон баланд

буд. Дар ҳамаи беморони муоинашуда ташхиси фишорбаландӣ мувофиқи меъёрҳои АБМК ва ТУТ ҳуҷҷатгузорӣ ва тасдиқ карда шуд (дараҷаҳо ба I – III аз рӯи нишондиҳандаҳои фишори шараёнӣ тақсим карда шуданд). Доираи синну соли беморон пиронсолӣ буда, аз 60 то 74 солаҳоро дар бар мегирифт (тибқи таснифи В.Н. Шабалин, 2003). Дар рафти муоина ва муолиҷаи беморхонавӣ вазнинии тамоми ҳолатҳои ҳамроҳшуда ба қайд гирифта шуд. Пас аз таҳлили инфиродӣ аз шумораи умумии беморони ба муоина дохилшуда 13 нафар (16,3%) бо марҳилаи I, 56 нафар (70%) бо марҳилаи II ва 11 нафар (13,7%) бо марҳилаи III фишорбаландӣ ташхис карда шуданд. Барои ба даст овардани маълумоти боэътимод ва муқоисаи маълумот ва нишондиҳандаҳои натиҷаҳои санҷиш ва усулҳои тадқиқоти инструменталӣ, беморони муоинашуда вобаста ба табобати гузаронидашуда ба гурӯҳҳо тақсим карда шуданд (гурӯҳи 1 - гурӯҳи асосӣ, гурӯҳи 2 - назоратӣ). Аз рӯи дараҷаи тақсимои фишорбаландии шараёнӣ 16 нафар беморон дараҷаи I (сабук), 33 нафар дараҷаи II (мӯътадил) ва 31 нафар фишорбаландии дараҷаи III (вазнин) доштанд. Аз шумори умумӣ 56 нафар занон, 24 нафар мардон буданд, синну соли миёнаи беморон $65,5 \pm 1,1$ сол ва давомнокии фишорбаландӣ ба ҳисоби миёна $8,2 \pm 2,1$ солро ташкил дод. Аз ҳамаи 80 нафар бемороне, ки таҳти назорат қарор доштанд, 38 нафарашон қаблан ба духтур мурочиат накардаанд ва барои фишорбаландӣ ягон табобат нагирифтаанд. Аз тамоми беморони муоинашуда 23 (30%) беморон ҳолатҳои риоя накардани дастури духтур ва риоя накардани қоидаву қоидаҳои қабули дорувориро нишон доданд, ки баъзеи онҳо доруҳоро давра ба давра дар «курсҳо» қабул намуда, табобатро пас аз ба эътидол омадани фишори шараёнӣ қатъ намудаанд. Анамнез чамъоварӣ карда, муоина гузаронида шуд, аз ҷумла чен кардани фишори шараёнӣ, набзи дил, вазн, қад, ЭКГ ва санҷишҳои клиникӣ ва биохимиявии хун. Мониторинги динамикӣ, ки арзёбии ҳолати беморон бо ченкунии фишори хун ва набзро дар бар мегирад, ҳар рӯз дар беморхона ва сипас ҳар ҳафта ҳангоми муоинаи тақрорӣ амбулаторӣ гузаронида мешуд. Дар ҳамаи беморон дар баробари муоинаи умумии клиникӣ, қарниҳои чашмон ва функцияи гурдаҳо аз назар гузаронида шуда, машварат бо мутахассисон ба инобат гирифта шуд, ки ин имкон дод, ки фишорбаландии аломатнок истисно карда шавад.

Меъёрҳои воридкунӣ:

1. Фишори хуни систоликӣ ≥ 140 мм. сут сим., диастоликӣ ≥ 90 мм. сут сим.;
2. Ҳолҳои умумӣ аз рӯи зершкалаҳои HADS ≥ 8 ;
3. Синну сол аз 60 боло.

Меъёрҳои ба таҳқиқот роҳ надодан:

1. Фишорбаландии дуҷумдараҷа ва бадфарҷом;
2. Вайроншавии ритм ва гузаронандагии миокард;
3. Норасоии дили дараҷаи III (таснифи ЧБМК);
4. Норасоии шадиди гурда ё чигар.

5. Дементсия, қошиши назарраси хотира ва зеҳн (бо сабаби мушкilotи эҳтимолӣ ҳангоми пайгирии нишондиҳандаҳои пешгӯии дарозмуддат).

Усулҳои тадқиқот. Ҳангоми ворид шудан ба беморхона ё ҳангоми мурочиати бемор, корти махсус пур карда мешавад, ки дар он тамоми маълумот оид ба бемори алоҳида сабт мегардад. Ҳамаи беморони муоинашуда, тибқи протоколи тадқиқот, аз тамоми усулҳои умумии клиникӣ ва махсуси тадқиқотӣ пеш аз табобат ва пас аз табобат, инчунин ҳангоми мушоҳидаи беморон дар тӯли 3 сол гузаронида шуданд. Барои таҳлили ҳолати равонии бемор ва муайян кардани нишонаҳои вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивӣ ҳамаи беморон тибқи чадвали беморхонавии изтироб ва депрессия - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) муоина карда шуданд. Тафсир ва таҳлили натиҷаҳо аз рӯи нусхаи асли аз рӯи зершкалаҳои А (Anxiety) - изтироб ва D (Депрессия) - депрессия гузаронида шуд. Ҳангоми таҳлили натиҷаҳо чамбастии ҳолҳо барои ҳар як зершкала ҳисоб карда шуда, тафсир аз рӯи схемаи зерин гузаронида шуд: 8-10 изтиробии субклиникӣ/депрессия, зиёда аз 10 ҳол – изтиробии возеҳ/депрессия. Таҳияи аз ҷониби A.S. Zigmond ва R.P. Snaith дар соли 1983 анҷомдодашуда барои муайян кардани изтироб ва депрессия дар беморони гирифтори бемори дил пешбинӣ ва аз ҷониби муаллифони рус таҳрир карда шудааст [Андрюшенко, А.Б., 2003; Авдеева Т.И., 2012; Ю.В. Лукина Ю.В., 2020]. Нишондиҳандаҳои морфофункционалии дил тавассути эхокардиография (ЭхоКГ) ва кардиографияи доплерӣ бо усули стандартӣ бо истифода аз дастгоҳи "Phillips Medical Systems 2006" муайян карда шуданд.

Барои арзёбии нишондиҳандаҳои функсияи диастоликии МЧ мувофиқи протоколҳо, суръати максималии чараёни хуни трансмитралӣ дар марҳилаи пуркунии босуръати МЧ (қулаи Ем/с) муайян карда шуд, инчунин суръати максималии чараёни хуни трансмитралӣ дар систолаи даҳлезӣ (қуллаи А, м/с) низ ба қайд гирифта шудааст. Модели геометрии МЧ аз ҷониби массаи миокарди МЧ (МММЧ) ва ғафсии нисбии девора (ҒНД) арзёбӣ карда шуд. Мутобиқи протоколҳо ва стандартҳои байналмилалӣ, массаи миокард аз рӯи формулаи R. Devereux ҳисоб карда шуд: $МММЧ = 1,04 [(МЖП + ЗСЛЖ + КДР)^3 - (КДР)^3] - 13,6$; ки дар он 1,04 зичии миокард (бо г/см³) ва 13,6 коэффисиенти коррексия дар як грамм аст. Вазни муқаррарӣ ва қобили қабул барои мардон 220 г/м² ва барои занон 160 г/м² ҳисобида мешуд. Ғафсии нисбии девор (ҒНД) ҳамчун таносуби маҷмӯи ТМЖПд ва ҒДҚМЧд (дар диастола) ба КДРМЧ ҳисоб карда шуд. Барои ҳулосаи боэҳтимол дар бораи тағйироти сохторӣ, индекси массаи миокард дар меъдачаи чап (дар асоси таносуби массаи миокард дар меъдачаи чап нисбат ба майдони сатҳи бадан) ҳисоб карда шуд. Масоҳати сатҳи бадан бо истифода аз формулаи ДЮ Буа ҳисоб карда шуд: $ППТ (м^2) = 0,007184 \times \text{афзоиш } 0,725 (м) \times \text{вазни бадан } 0,425 (кг)$; ки 0,007184 коэффисиенти доимии эмпирикӣ аст. Дар асоси натиҷаҳои нишондиҳандаҳои бадастомада навъҳои тағйироти геометрияи МЧ ва намудҳои азнавсозӣ муайян карда шуданд. ГҚМЧ - ИМММЧ > 125 г/м² барои мардон ва > 110 г/м² барои занон, гипертрофия

эксцентрикии миокарди МЧ (ГЭМЧ) - афзоиши ИММ g/m^2 МЧ, ҒНДМЧ $<0,45$; азнавсозии концентратӣ (АК МЧ) - ИМММЧ $<125-110 g/m^2$ ҒНДМЧ $>0,45$.

Барои таҳлили тамоюли беморон ба табобат, усули баҳодихии Мориски-Грин истифода шуд, ки аз 4 савол оид ба риояи беморон ба речаҳои доруворӣ ва омилҳое, ки ба риояи онҳо таъсир мерасонанд, иборат мебошанд. Баҳогузорӣ аз рӯи чадвали мутобиқати Мориски-Грин барои беморони ба муолича майлдошта 3-4 ҳол ва барои беморони майлнадошта 1-2 ҳолро ташкил дод.

Таҳлили вақти фарорасии ҳодисаи дил ба пешгӯиҳои мустақилии клиникӣ ва инструменталӣ асос ёфтааст, ки арзиши пешгӯӣ хангоми фишорбаландиро доранд, ки ҳаҷми ФХ МЧ, ДР ва ДЧ ба назар гирифта шудаанд. Тағйирёбии ҳаррӯзаии фишори шараёнӣ хун низ омӯхта шуд - "non-dipper" ва тесте, ки таҳаммулпазириро ба сарбории ҷисмонии 6 дақиқагӣ муайян мекунад. Мавҷудияти гипертрофияи шуъбаҳои дил, дисфунксияи систоликӣ ва диастоликии МЧ аз рӯи эхокардиография ба назар гирифта шуд. Бо истифода аз усулҳои эхокардиография суръати миёнаи систоликии пуркунии МЧ муайян карда шуд. Таҳлил дар асоси омӯзиши хусусиятҳои дискретӣ дар гурӯҳ бо истифода аз таҳлили чадвали эҳтимолият (y^2 мувофиқи Пирсон) гузаронида шуд.

Эътимоднокии нишондихандаҳо бо дақиқии ададӣ то 0,00001 ҳисоб карда шуда, ҳисобкунӣ бо роҳи муайян кардани таносуби шонсҳо (ТШ) хангоми пайдоиши ҳодисаҳои номатлуби дил ё дигар ҳодисаҳои қалбӣ бо фосилаи эътимоди 95% (ФЭ) дар асоси таҳлили регрессионии бисёрмилаи логистикӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот

Пеш аз оғози табобат, ҳамаи беморони муоинашуда ҳуҷчатгузорӣ карда шуданд ва ташҳиси фишорбаландӣ мувофиқи таснифоти МКБ-10 гузошта шуд ва дар ин марҳила ҳамаи беморон дар синну сол, ҷинс ва тасвири клиникӣ фарқияти асосӣ надоштанд. Беморон асосан шикоятҳое доштанд, ки ба аксари одамони гирифтори фишорбаландӣ хосанд. Дар байни шикоятҳои асосӣ, беморон дарди сар, сарчархак, дарди давра ба давраи тазйқовари дил, нафастангӣ дар вақти оромӣ ва шадидтар шудани он хангоми фаъолияти ҷисмонӣ, шавшув дар гӯшҳоро қайд карданд.

Пеш аз оғози табобат, қариб ҳамаи беморон рӯҳияи бади марбут ба баланд шудани фишори шараёнӣ, ҳолати равонии номутаносибро қайд карданд, ки бо афтодарухӣ, аксар вақт хашмгинӣ, тарсу нооромӣ ва изтироб зоҳир мешуд. Қариб ҳамаи беморон вайроншавии хобро аз сар мегузаронанд, ки бо душвории хобравӣ ва бедоршавии зуд-зуд дар нимаи шаб тавсиф мешаванд. Хангоми муоинаи аввалия ва гирифтани анамнез аксари беморон аз тағйироти ҳолати равонӣ шикоят накарданд, зеро онҳо ин аломатҳоро натиҷаи фишори баланди шараёнӣ медонанд. Аз ин сабаб, тадқиқотҳои скринингӣ бо истифода аз шкалаҳои психологии HADS гузаронида шуданд, ки ба мо имкон дод, ки инҳирофҳои равонии пӯшидаро муайян кунем.

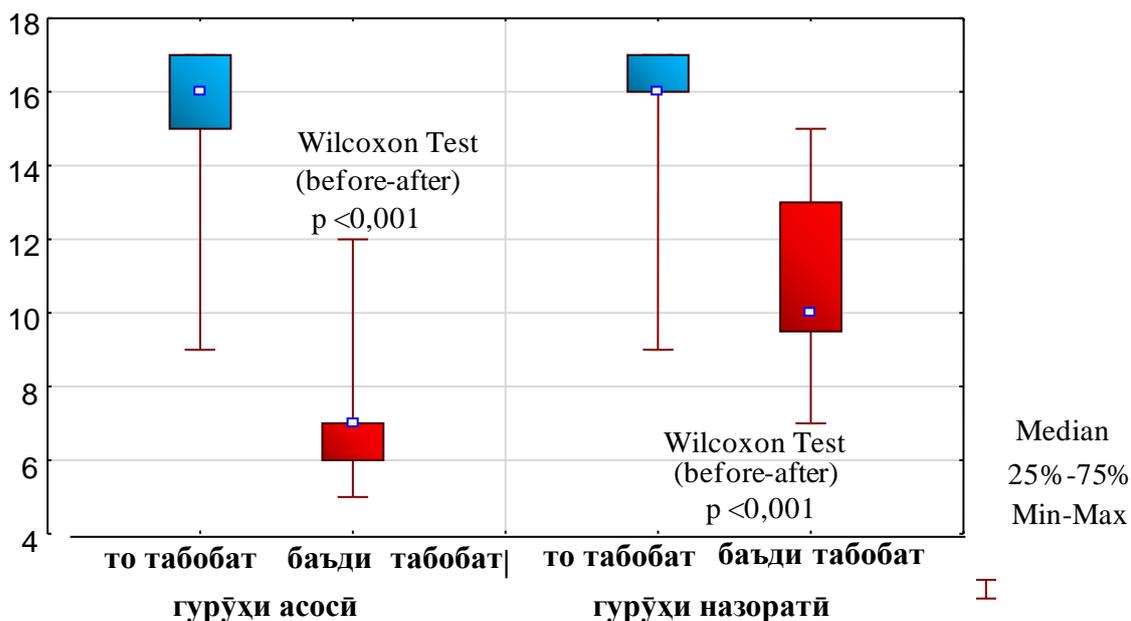
Шикоятҳои дар боло зикршуда дар беморони омӯхташуда аксар вақт ҳатто хангоми ба эътидол овардани фишори шараёнӣ боқӣ мемонанд. Дар ҳолатҳои ба

ин монанд бо мақсади ташхиси тафрикавии бемориҳои соматикӣ мо аз «меъёрҳои номувофиқӣ»-и пешниҳодкардаи А.Б. Смулевич истифода бурдем.

Ҳангоми ҷамъоварии анамнези ҳаёт ва беморӣ маълум шуд, ки зиёда аз нисфи шумораи умумии беморони ҳарду гурӯҳ бо сабаби вайроншавии функционалии системаи асаб камаш 3-4 маротиба ба духтури асаб муроҷиат кардаанд. Дар 75% ҳолатҳо, дар баробари дигар доруҳо, ба беморон доруҳои седативӣ, асосан аз гиёҳҳо таъин карда шуданд. 13 нафари онҳо антидепрессантҳои сесикла (амитриптилин, азафен) гирифтанд. Қабл аз ворид шудан ба беморхона 85% беморон (дар аксари мавридҳо номунтазам) доруҳои зидди фишорбаландӣ истеъмол мекарданд. Асосан: ингибиторҳои АПФ, антагонистҳои калсий, блокаторҳои бета ва алфа, ингибиторҳои ретсепторҳои ангиотензин II, диуретикҳо.

Мувофиқи тарҳи тадқиқот, ҳамаи беморон таъобати зидди фишорбаландӣ бо липразид 10 мг / рӯз (яъне 1 ҳаб дар як рӯз) гирифтанд. Агар натиҷаи дилҳо ба даст наояд, вояи дору ба 2 ҳаб зиёд карда мешавад. Миқдори миёнаи шабонарӯзӣ 1,5 ҳаб дар як рӯз буд. Ҳама беморони гурӯҳи асосӣ дар таъобати комплексӣ антидепрессанти рексетинро (миқдори шабонарӯзӣ 10 мг / рӯз) истифода бурданд. Дар баъзе беморон (11 бемор) вояи шабонарӯзӣ зарурӣ то 15 ва 20 мг / рӯз зиёд карда шуд.

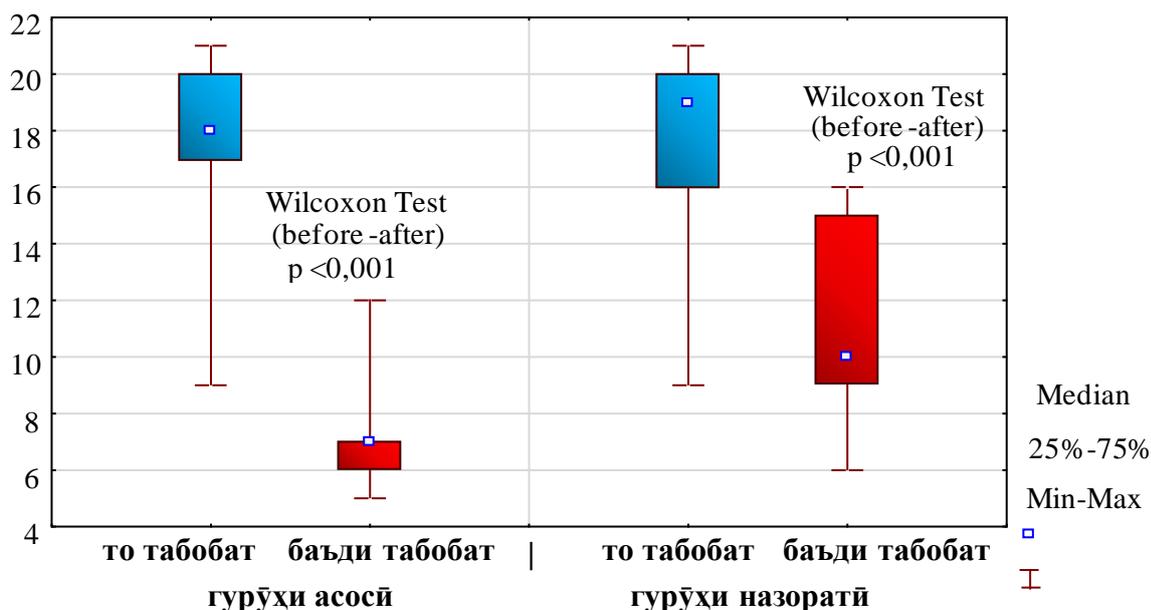
Дар охири курси муолиҷа дар гурӯҳи асосии беморон дар заминаи муолиҷаи омехта бо доруҳо вазъи умумии беморон хеле беҳтар гардид. Дараҷаи изтироб аз 18 ба 7 ва дараҷаи афсурдагӣ аз 16 ба 7 коҳиш ёфт. Аз рӯи аломатҳои клиникӣ тавачҷуҳ ба атрофиён пайдо шуда, асабоният ва изтироб кам шуда, хобравӣ беҳтар гардид. Беморон ба пешгӯии бемории худ ба таври оптимистӣ баҳогузори карданд ва тамоюл ба таъобат афзоиш ёфт. Ҳамзамон, дар беморони гурӯҳи назоратӣ коҳиши зухуроти синдроми астеникӣ ва вайроншавии хоб камтар буд. Динамикаи мусбати субъективӣ, ки дар охири курси таъобатӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ ба қайд гирифта шуд, бо натиҷаҳои пурсиш, ки аз рӯи ҷадвали HADS гузаронида шудааст, тасдиқ карда шуд (Расми 1).



Расми 1. – Динамикаи тағйирёбии депрессия аз рӯи шкалаи HADS то ва баъди таъабат.

Дар заминаи таъабати гузаронидашуда дар гурӯҳи асосии беморон ҳолати равонии аз рӯи ҷадвали депрессияи HADS баҳо додашуда 56% коҳиш ёфта, 7,0 [6,0;7,0]-ро ташкил дод, ки дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои пеш аз таъабат аз ҷиҳати оморӣ муҳим аст. Тағйироти шабеҳ дар гурӯҳи назоратии бемороне, ки бо монотерапияи липразид таъабат гирифтаанд, низ ба қайд гирифта шуданд. Бо вучуди ин, нишондиҳандаҳои равонӣ камтар маълум буданд, ки коҳиши нишондиҳандаи миёнаи умумии депрессия 37,5% (аз 16,0 [16,0;17,0] то 10,0 [9,5;13,0]) буд.

Тағйироти динамикӣ дар нишонаҳои изтиробии ҳамзамон дар гурӯҳҳои омӯхташудаи беморон дар охири курси таъабатӣ низ фарқ карданд. Дар гурӯҳи асосӣ, дар заминаи таъабати омехта, он аз сатҳи ибтидоӣ 61,1% коҳиш ёфтааст. Дар гурӯҳи назоратӣ, таъсири анксиолитикӣ нисбат ба онҳое, ки дар гурӯҳи асосӣ буданд, камтар ба назар мерасанд ва ҳолҳои миёна дар шкалаи изтироб 47,4% коҳиш ёфтааст. Тағйироти ҳолҳои умумӣ дар ҷадвали изтиробии HADS пеш аз таъабат ва пас аз таъабат дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ тағйиротро дар ҷараёни таъабат нишон доданд ва дар расми 2 ба таври графикӣ оварда шудаанд.



Расми 2- Динамикаи тағйироти изтироб аз рӯи шкалаи HADS то ва баъди таъобат

Ҳамин тариқ, дар асоси натиҷаҳои пурсиш, ки аз ҷониби беморон пеш аз ва баъд аз курси муолиҷаи маводи доругӣ гузаронида шудааст, метавон гуфт, ки тамоюли назарраси мусбати вазъи равонии беморон ҳангоми таъобати омехта бо антидепрессант ба қайд гирифта шудааст. Дар давоми 12 ҳафтаи монотерапия бо липразид, аксарияти беморон изтироб ва ихтилоли депрессияи дараҷаи гуногунро нигоҳ медоштанд.

Пеш аз таъини таъобат, арзишҳои ибтидоии ФСШ дар гурӯҳи асосӣ ба ҳисоби миёна $169,4 \pm 1,8$ мм сут. сим. буд. Арзишҳои ибтидоии фишори хун барои беморони гурӯҳи назоратӣ ба ҳисоби миёна $170,1 \pm 1,7$ мм сут. сим. барои ФСШ ва $108,2 \pm 1,1$ мм сут. сим. барои ФДШ буд. Тавре ки ҳангоми муқоисаи арзишҳои ибтидоии фишори шараёнӣ дида мешавад, дар байни гурӯҳҳои тадқиқотӣ барои ФСШ фарқи аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим пайдо нашудааст. Дар мавриди рақамҳои ФДШ, ин фарқи аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим буданд (Ҷадвали 1).

Ҳангоми муолиҷаи беморон бо дорухо, дар ҳарду гурӯҳи беморон тағйиротҳои динамикии нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ ба қайд гирифта шуданд. Дар гурӯҳи асосии беморон хеле паст шудани фишори хуни систоликӣ 33 мм. сут. сим., фишори диастоликӣ 22 мм. сут. симоб ба назар мерасад. Нишондиҳандаҳои меъёрии ноил шудан ба сатҳи мақсадноки фишори шараёнӣ нишондиҳандаҳои стандартии тибқи протоколҳои байналмилалӣ ва клиникӣ ҳисобида мешаванд: фишори шараёнӣ систоликӣ ≤ 140 мм. сут. сим. ва барои фишори диастоликӣ ≤ 90 мм. сут. сим.

Ҷадвали 1 - Хусусиятҳои муқоисавии беморон аз рӯи сатҳи фишори шараёнӣ ($M \pm m$)

Нишондиҳанд	То таъобат		P	После лечения		P
	Гурӯҳи асосӣ (n=40)	Гурӯҳи назоратӣ (n=40)		Основная группа (n=40)	Контрольная группа (n=40)	
a						

ФСШ мм. сут. сим..	169,4±1,8	170,1±1,7	>0,05	133,5±0,8	146,5±0,7	<0,001
ФДШ мм. сут. сим.	105,0±0,8	108,2±1,1	>0,05	83,1±0,7	97,2±0,6	<0,001

Эзоҳ: Р - фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим дар нишондиҳандаҳои гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ (санҷиши Mann-Whitney U).

Пас аз як курси табобати зидди фишорбаландӣ дар гурӯҳи асосии беморон, коҳиши назарраси фишори шараёни барои систолики 21,2% ва барои диастолики 20,8% мм.сут сим. ба қайд гирифта шудааст. Инчунин бояд қайд кард, ки таъсири гипотензивии табобат бо паст шудани фишори хун зиёда аз 10% арзишҳои ибтидоии пеш аз табобат дар 82,5% беморони муоинашуда ба даст оварда шудааст. Аммо дар гурӯҳи назоратӣ чунин суръати пастшавии фишори хун ночиз буд ва пастшавии миёна барои фишори хуни систолики 13,9% ва фишори диастолики 10,2% ба қайд гирифта шуд. Дар маҷмӯъ дар гурӯҳи назоратӣ таъсири гипотензивӣ дар 62,5% беморони муоинашуда ба даст омад (Чадвали 2).

Чадвали 2 - Динамикаи фишори хун дар беморони ҳарду гурӯҳ пеш аз табобат ва пас аз табобат (M±m)

Нишондиҳанда	Гурӯҳи асосӣ		P	Гурӯҳи назоратӣ		P
	То табобат (n=40)	Баъди табобат (n=40)		То табобат (n=40)	Баъди табобат (n=40)	
ФСШ мм. сут. сим.	169,4±1,8	133,5±0,8	<0,001	170,1±1,7	146,5±0,7	<0,001
ФДШ мм. сут. сим.	105,0±0,8	83,1±0,7	<0,001	108,2±1,1	97,2±0,6	<0,001

Эзоҳ: Р - фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳими нишондиҳандаҳо дар гурӯҳҳо (аз рӯи меъёрҳои Манн-Уитни).

Бояд қайд кард, ки фарқиати байни арзишҳои ФСШ ва ФДШ пеш аз табобат ва пас аз табобат, ҳам дар гурӯҳҳои асосӣ ва ҳам назоратӣ, аз ҷиҳати оморӣ муҳим буданд. Ҳангоми табобат, коҳиши ФСШ ва ФДШ дар ҳарду гурӯҳи беморон яқсон буд. Зухуроти гипотензияи ортостатикӣ (пастшавии ФСШ > 20 мм сут сим. ҳангоми гузаштан ба ҳолати амудӣ) дар 3 бемор дар гурӯҳи асосӣ ва 2 бемор дар гурӯҳи назоратӣ ба қайд гирифта шуд. Ин ҳалалдоршавиҳо дар реаксияҳои функционалӣ-мутобиқшавӣ ҳангоми кам кардани вояи доруҳо баробар карда шуданд.

Дар асоси маълумоти бадастомада оид ба нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ, бояд қайд кард, ки ҳангоми табобати омехта, беморон нисбат ба монотерапияи липразид таъсири бештари гипотензивӣ доштанд.

Аз рӯи тавсифоти муқоисавии нишондиҳандаҳои сохторӣ ва функционалии дил, ки ба омӯзиши беморони дорои нишондиҳандаҳои эхокардиографӣ дохил карда шудаанд, таносуби бисёрҷонибаи онҳо дар гурӯҳҳои омӯхташуда ба қайд гирифта шуд. Ҳамин тариқ, агар фарқиати аз

қиҳати оморӣ муҳим байни чунин нишондиҳандаҳо ба монанди ҒДҚМЧ, МММЧ, ИҒНДМЧ, КСО ва ФХ пайдо нашавад, пас аз рӯи дигар нишондиҳандаҳо: ТМЖП, ИМММЧ, КСР, КДО ва Е/А, онҳо аз қиҳати омор муҳим буданд. Ҳангоми табобат ҳама инҳирофҳои эхокардиографӣ аз меъёр, ки ташаккул ва дараҷаҳои гуногуни вазнинии гипертрофияи дили чапро нишон медиҳанд (ТЗС, ТМЖП, ИММ) дар ҳарду гурӯҳ тамоюли якҷонибаи пастшавӣ доштанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот пеш аз табобат ва пас аз табобат фарқиятро дар нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ ва эхокардиографӣ нишон доданд. Ҳамин тариқ, дар гурӯҳи асосии беморон, дар охири курси табобатӣ, ТЗС МЧ ба таври оморӣ 12,8% ва ТМЖП 14,7% коҳиш ёфтааст. Дар робита ба коҳиши шохиси МММЧ, ки ба ҳисоби миёна 13,7 фоизро ташкил дод, динамикаи мусбӣ ба қайд гирифта шуд. Динамикаи мусбӣ аз рӯи нишондиҳандаҳои ҳаҷмии дил низ ба қайд гирифта шуд, ки ҳангоми табобат аз қиҳати оморӣ назаррас коҳиш ёфт: КСО 9,9%, КДО 5,5% кам шуд. Андозаи ниҳоии систоликӣ низ тамоюли камшавӣ дошт. Аз хусуси ҷанбаи мусбати азнавсозии миокард инчунин, аз рӯи дараҷаи пастшавии ИОТСМЧ, ки ба ҳисоби миёна 11% -ро ташкил дод, метавон андешаронӣ кард.

Дар баробари беҳтар шудани нишондиҳандаҳо, ки вазифаи систоликии миокардро инъикос мекунанд, тағйироти мусбӣ дар функсияи диастолӣ низ ба қайд гирифта шуданд, ки мо онро аз рӯи суръати пуршавии барвақтӣ ва дери диастоликии МЧ арзёбӣ кардем. Ҳамин тариқ, суръати қуллаи пуркунии барвақтӣ ва дери диастоликӣ аз арзишҳои ибтидоӣ 25,1% зиёд шуд. (Е/А). Натиҷаи муҳими мусбати эхокардиографии табобат беҳбудии функсияи контрактилии МЧ мебошад, ки дар давоми табобат 3,4% зиёд шуд. Дар беморони гурӯҳи назоратӣ динамикаи тағйироти нишондиҳандаҳои морфофункционалӣ нисбат ба беморони гурӯҳи асосӣ камтар ба назар мерасид, гарчанде ки он аз қиҳати оморӣ аҳамиятнок буд (Ҷадвали 3).

Дар аввал ва пас аз 12 ҳафтаи табобат, дар асоси таҳлили нишондиҳандаҳои эхокардиографии бадастомада, мавҷудият ва намуди гипертрофияи миокард дар гурӯҳҳои таҳқиқшудаи беморон муайян карда шуд. Ҳамин тариқ, натиҷаҳои аввалия имкон доданд, ки дар 9 (22,5%) беморон АКМЧ, намуди дигари геометрия дар шакли ГҚМЧ дар 14 (35,0%) ва дар 4 (10,0%) беморон ГЭМЧ муқаррар карда шавад. Натиҷаҳои эхокардиография ба мо имкон доданд, ки танҳо дар 13 (32,5%) беморон геометрияи муқаррарӣ ё наздик ба муқаррарии дилро ба қайд гирем.

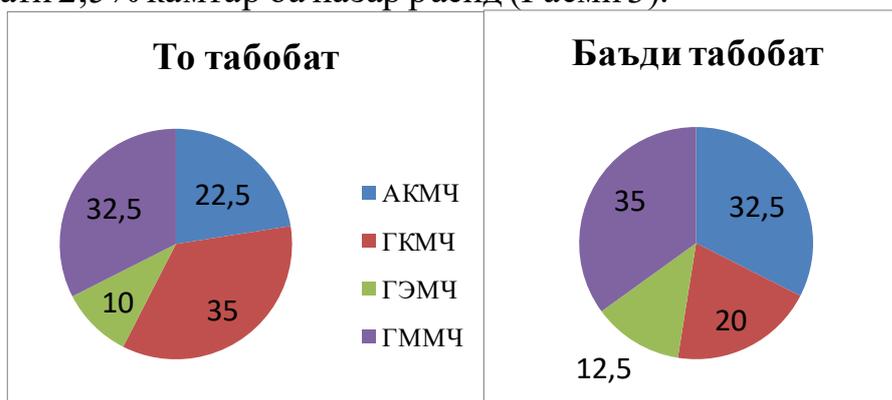
Ҷадвали 3 - Динамикаи тағйироти нишондиҳандаҳои эхокардиографӣ ҳангоми табобат дар гурӯҳи назоратӣ (М+м)

Нишондиҳанда	То табобат (n=40)	Баъди табобат (n=40)	P
ҒДҚМЧ, мм	11,7 ± 0,1	11,1 ± 0,1	< 0,001
ТМЖП, мм	11,8 ± 0,1	11,2 ± 0,1	< 0,001

ММ МЧ, г	215,6 ± 2,9	210,8 ± 2,7	< 0001
ИММ МЧ, г/м	117,2 ± 1,2	113,2 ± 1,3	< 0001
ИҒНД МЧ	0,534 ± 0,003	0,515 ± 0,003	< 0,001
КДР, см	4,687 ± 0,003	4,822 ± 0,005	< 0,001
КСР, см	2,873 ± 0,002	2,929 ± 0,003	< 0,001
КДО, мл	85,3 ± 0,7	86,1 ± 0,7	< 0,001
КСО, мл	37,8 ± 0,2	36,9 ± 0,2	< 0,001
ФХ, %	55,7 ± 0,2	57,1 ± 0,3	< 0,001
Е/А, ед.	0,865 ± 0,003	0,945 ± 0,003	< 0,001

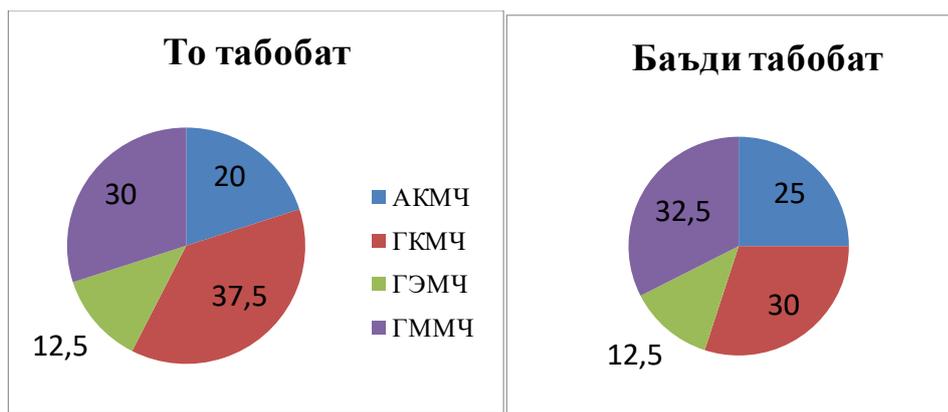
Эзоҳ: Р – аҳамияти омории нишондиҳандаҳои гуногун пеш аз табобат ва баъд аз табобат (аз рӯи Т-меъёри Вилкоксон).

Дар охири курси муолиҷаи комплекси зидди фишорбаландӣ дар гурӯҳи бемороне, ки доруҳои омехтаи зидди фишорбаландӣ мегиранд, нишондиҳандаҳои мусбати гемодинамикӣ ва эхокардиографӣ ба қайд гирифта шуданд, ки аз хусуси азнавсозии МЧ шаҳодат медиҳанд. Ҳамин тавр, теъдоди беморони гирифтори ГKMЧ 15 фоиз кам шуд ва мувофиқи он беморони гирифтори АКМЧ 10 фоиз зиёд шуданд. Динамикаи тағйирёбии таҷдиди дил ба сӯи ГЭ МЧ ва геометрияи муътадили дил камтар маълум буд ва нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 2,5% камтар ба назар расид (Расми 3).



Расми 3.- Намудҳои ремоделизатсияи дил дар гурӯҳи асосӣ

Дар гурӯҳи назоратӣ АКМЧ аввал дар 8 (20,0%) беморон ошкор карда шуд; GKМЧ дар 15 (37,5%); LVEF дар 5 (12,5%) ва геометрияи муқаррарии дил дар 12 (30,0%) беморон. Пас аз як курси монотерапияи липразид, тағйироти назаррас дар нишондиҳандаҳои азнавсозӣ мушоҳида карда нашуд. Ҳамин тариқ, шумораи беморони гирифтори ГЭМЧ дар давоми табобат 1 нафар зиёд шуд, дар ҳоле ки шумораи беморони дорой геометрияи муқаррарии дил тағйир наёфт. Дар охири курси табобатӣ шумораи умумии беморони азнавсозии консентрикӣ 5% кам шуд (2 бемор), дар ҳоле ки шумораи беморони азнавсозии консентрикии МЧ зиёд шуд (расми 4).



Расми 4.-Намудҳои азнавсозии дил дар гурӯҳи назоратӣ

Тавре ки ҳангоми маълум кардани ГМЧ дар асоси нишондиҳандаҳои эхокардиографии бемор ишора гардидааст, категорияи ин гипертрофия дақиқ карда шуд. Дар гурӯҳи асосӣ, дар аввал дар 52,5% шахсони санҷишшуда, ИМММЧ аз бузургиҳои меъёрии аз ҷониби умум қабулшуда зиёдтар буданд. Аз ин шумор дар 58% ҳолатҳо "гипертрофияи миёна" ва дар 42% беморон категорияи "гипертрофияи возеҳ"-и МЧ муқаррар карда шудааст. Дар охири курси муолиҷаи омехта бо доруҳо теъдоди умумии беморони бо афзоиши ИМММЧ 14,3 фоиз кам шуд. Гузашта аз ин, аз шумораи умумии беморони гирифтори ГМЧ, 72,2% онҳое, ки мавриди омӯзиш қарор гирифтаанд, ГМЧ-и "муътадил" ва 27,8% "возеҳ" доранд.

Дар гурӯҳи назоратӣ, ҳангоми ба тадқиқот воридкунӣ, дар 50% ҳолатҳо нишонаҳои ГМЧ ошкор карда шуданд. Аз ин шумора 60%-и беморон ГМЧ-и "муътадил" ва 40%-и онҳо ГМЧ-и "возеҳ" доранд. Пас аз як курси табобатӣ бо липразид шумораи умумии беморони гирифтори ГМЧ ҳамагӣ 5% кам шуд. Ҳангоми таҳлили инфиродӣ тағйирот дар таркиби сифатии гипертрофияи миокард нозичиз буд. Дар 57,9% беморон ГМЧ-и «муътадил» муайян карда шуд ва дар 42,1% беморон ГМЧ-и «возеҳ» боқӣ монд.

Ҳамин тариқ, дар асоси нишондодҳои эхокардиографии беморон, ки пеш аз муолиҷаи доругӣ ва пас аз табобат гирифта шудаанд, чунин бармеояд, ки ҳангоми таъйини табобати омехта якҷоя бо антидепрессант, дар муқоиса бо монотерапияи липразид, дар категорияҳои ГММЧ динамикаи мусбати назаррас мушоҳида шудааст. Дар гурӯҳи асосӣ, дар заминаи тамоюли регрессияи ГМЧ, афзоиши шумораи одамоне, ки натиҷаи мусоиди гипертрофияи мушакҳои дил (АКМЧ, GKМЧ) доранд, аз ҳисоби кам шудани беморони ГМЧ ба қайд гирифта шуд. Истифодаи антидепрессант инчунин, ба кам шудани шумораи беморони гирифтори ГММЧ-и "возеҳ" дар гурӯҳ ва афзоиши беморони гирифтори ГММЧ-и "муътадил" мусоидат кардааст. Дар заминаи табобати омехта бо рексетин, дар нишондиҳандаҳои функционалии дил динамикаи мусбӣ мушоҳида карда шуд.

Хулосаҳо

1. Дар 37,3% беморони солхӯрда вайроншавии сохтори миокард дар шакли АКМЧ 9 (22,5%), GKМЧ 14 (35,0%) ва дар 4 (10,0%) GЭMЧ ба қайд гирифта шуданд, ки

онҳоро сатҳи баланди депрессия ва изтироб, мутаносибан 16,0 ва 19,0 аз рӯи чадвали HADS ҳамроҳӣ мекард, [1-М, 4-М, 17-М, 18-М, 19-М]

2. Табобати омехтаи зидди фишорбаландӣ, аз ҷумла антидепрессантҳо бо таъсири дубора гирифтани серотонин, ба ноил шудан ба сатҳи ҳадафи фишори хун, коҳиши таносуб, инчунин паст шудани сатҳи депрессия ва изтироб то 7,0 аз рӯи чадвали HADS мусоидат мекунад [3 -М, 5-М, 6-М, 8-М, 11-М, 16-М,]

3. Табобати омехтаи зидди фишорбаландӣ бо ислоҳи вайроншавии руҳию равонӣ дар тӯли 3 моҳ ба ноил шудан ба сатҳи ҳадафноки фишори шараёнӣ, беҳтаршавии нишондиҳандаҳои эхокардиографӣ мусоидат мекунад: пастшавии МММЧ 2,2%, ИМММЧ 3,4%, ИҒНДМЧ 3,6%, КСО 2,4%, афзоиши КДР 2,9 фоиз ва КСР 2,1 фоиз. Беҳтаршавии функсияи систоликии миокард бо афзоиши ФХ тавсиф мешавад, ки он 2,3% зиёд шудааст. Беҳтаршавии функсияи диастоликии миокард бо зиёд шудани суръати пуркунии барвақтӣ ва дер диастоликии МЧ (Е/А) 9,3% тавсиф мешавад, ки ин аз беҳтаршавии равандҳои релаксатсияи миокард шаҳодат медиҳад [2-М, 7-М, 12-М, 13-М]

4. Басомади ҳодисаҳои нохуши дил 33,7% -ро ташкил дод, ки асосан дар беморони инструменталии бо тамоюли паст ба табобат мушоҳида гардид. Ҷинси мард, синну соли бемор аз 65,0 сола боло дар заминаи ГММЧ аз нигоҳи пешгӯӣ номусоид буда, аз усулҳои тадқиқоти миокард чунин омилҳо зиёд шудани ғафсии девори озоди МР, ГММЧ, зиёдшавии суръати пуркунии рағҳо (Е/а) барои МЧ ва коҳиши тести 6-дақиқагии роҳгардӣ ба масофаи камтар аз 300 метр шуда метавонанд [9-М, 10-М, 14-М, 15-М]

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои тадқиқот

1. Илова ба усулҳои клиникӣ-лабораторӣ ва инструменталии таҳқиқот ба беморони бемориҳои фишорбаландӣ тавсия дода шуд, ки аз таҳлили ҳолатҳои равонӣ ва изтиробӣ гузаранд, ки онҳоро дар раванди табобат ҳамчун омилҳои муҳими патогенӣ ба ҳисоб гирифтани лозим аст.

2. Аз марҳилаҳои барвақтии бемории фишорбаландӣ баҳисобгирии ҳолатҳои ҳамроҳшуда ва мушоҳидаҳои динамикӣ аз болои нишондодҳои сохторӣ-функционалии миокард зарур мебошад.

3. Истифодаи антидепрессантҳои селективӣ (рексетин) дар фарқият аз сесиклаҳо ҳангоми табобати вайроншавии обсессивӣ-компульсивӣ, ҳангомадори бо боздории махсуси қабули баракси серотони дар нейронҳои мағзи сар самаранокии бештар зоҳир менамояд, ки ин барои таъйини он ба беморони калонсол дар муҳлатҳои тӯлонӣ бартарӣ медиҳад.

4. Мавҷудияти ду ва ё зиёда омилҳои номусоиди пешгӯикунанда хатари ташаккулёбии ҳолатҳои ба ҳаёт хатарнокро зиёд мекунад ва ин аз табиб назорати катъии мунтазамро тақозо менамояд.

5. Таҳлили тамоюл ба муолиҷа нишон дод, ки ҳар бемори дуюм қоида ва меъёрҳои қабули доруҳоро бо сабабҳои гуногун вайрон мекунад. Аз ин рӯ барои тақвияти тамоюл ба муолиҷа беморон огоҳнокии бештарро оид ба беморӣ, пешгӯиҳо, таъсири иловагии манфии доруҳо ва пастшавии ҳолатҳои полипрагмазия зарур мешуморанд.

**Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия
Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризишаванда**

1-М. Халикова, Н.А. Депрессия и сердечнососудистые заболевания. [Текст] / Н.Х.Хамидов., Н.М. Хурсанов., Н.А. Халикова. // «Вестник Авиценны». - 2010. №-1.- С. 126 - 133.

2-М. Халикова, Н.А. Применение рексетина в терапии больных гипертонической болезнью пожилого возраста с коморбидной депрессией. [Текст] / К.Х Махадова, Н.А. Халикова, Н.Х. Хамидов, Н.М. Хурсанов. // «Вестник Авиценны». - 2012. №-4. - С. 102-105.

3-М. Халикова, Н.А. Влияние комбинированной терапии на морфофункциональные параметры сердца у больных гипертонической болезнью с коморбидной депрессией. [Текст] / Н.Х. Хамидов, Н.А. Халикова, К.Х. Махадова, Н.М. Хурсанов, // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2017г. - №2 (22). апрель-июнь - С. 67-70

4-М. Халикова, Н.А. Динамикаи тағйироти морфофункционалии нишондиҳандаҳои дил дар табобати беморони гирифтори бемории фишорбандӣ бо депрессияи ҳамроҳшуда. [Матн] / Н.А. Халикова, Ш.Ф. Одинаев. // Авҷи Зӯҳал.- 2023.- №2 (51). - С. 27-33.

5-М. Халикова, Н.А. Ислоҳи ҳолатҳои афсурдаҳои беморони гирифтори фишорбандии шараён. [Матн] / Н.А. Халикова. // Авҷи Зӯҳал. - 2023.- №3 . - С. 29-34.

Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маҷмуаҳои конферонсҳо

6-М. Эффективность комбинированной терапии у больных артериальной гипертонией с коморбидной депрессией / А.А. Умаров, Н.Х. Хамидов, Н.М. Хурсанов, Н.А. Халикова // XVI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» Москва – 2009. – С. 493-494.

7-М. Халикова, Н.А. Влияние феварина на сократительную функцию миокарда больных артериальной гипертонией пожилого возраста / Н.А. Халикова, [и др.] // XVI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» Москва – 2009. – №. 1. – С. 495.

8-М. Халикова Н.А. Клиническая эффективность рекситина у больных артериальной гипертонией с коморбидной депрессией / Н.А. Халикова., С.А. Умарова., Т.М. Саъдуллоева. // Годичная научно-практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибн Сино, посвященная 80-летию со дня рождения член-корреспондента РАМН, заслуженного деятеля науки Таджикистана профессора Гулямова М. Г.- 2009. – С. 203.

9-М. Тревожно- депрессивных расстройств у больных артериальной гипертонией в старших возрастах / Н.М. Хурсанов., [и др.] // Конгресс кардиологов Москва. – 2010. – С. 348-349.

10-М. Влияние феварина на показатели кардиодинамики у больных артериальной гипертонией пожилого возраста / Н.М. Хамидов. [и др.] // Конгресс кардиологов Москва. – 2010. – С. 342.

11-М. Применение ципралекса в лечение больных гипертонической

болезнью пожилого возраста с коморбидной депрессией / Н.М. Хурсанов. [и др.] // Сборник научных материалов международного медицинского конгресса «Здравоохранение Российской Федерации, стран СНГ Европы» Москва.- 2011.- С. 146-147.

12-М. Влияние комбинированной терапии на постуральные реакции у больных гипертонической болезнью с коморбидной депрессией / Н.М. Хурсанов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 10 (6) Российский научный конгресс кардиологов, Москва.- 2011.- С. 330.

13-М. Халикова Н.М. Применение рексетина и липрила при артериальной гипертонии у лиц пожилого возраста с коморбидной депрессией / Н.Х. Хамидов, Н.М. Хурсанов, Н.А. Халикова // Профилактическая медицина, 2011, №4. Выпуск 2. Конгресс кардиологов Кавказа с международным участием, Кабардино-Балкарская Республика 2011.-С.- 56.

14-М. Халикова Н.А. Влияние комбинированной терапии на ремоделирование сердца у больных гипертонической болезнью пожилого возраста с аффективными расстройствами / Н.М. Хурсанов, Н.А. Халикова, К.Х.Махадова, Х.К. Тоиров, // Материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. - 2015.- С. 300-302

15-М. Халикова Н.А. Влияние рексетина на показатели гемодинамики у больных гипертонической болезнью пожилого возраста с коморбидной депрессией / К. Х. Махадова. [и др.] // Материалы 63-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием.-2015.-С. 224 – 225.

16-М. Побочные действия антидепрессантов при лечении пожилых больных артериальной гипертензией. / Н.М. Хурсанов, Н.А. Халикова, З.А.Таджиева, С.А. Умарова. // Материалы 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан.-2016.-С. 142-143

17-М. Khalikova N.A. Side effects of modern antidepressants in the treatment of cardiac patients / N. A.Khalikova, S.A. Umarova, N.M. Khursanov. // Материалы 75-ой Международной научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных; Самарканд, май-2021.- С. 133

18-М. Khalikova N.A. Influence of fevarin on cardiac hemodynamic indicators in elderly patients with arterial hypertension. / Коррекция калликреин-кининовой системы при постинфарктном кардиосклерозе / N. A. Khalikova, Y.V. Hakimov, N.M. Khursanov. // Материалы 75-ой Международной научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных; Самарканд, май-2021.- С. 354-355.

19-М. Khalikova N.A. Adverse effects of antihypertensive drugs in treatment of older aged patients with arterial hypertension / N. A. Khalikova. // Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием, посвящённо 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан

и” Годам развития села, туризма и народных ремёсел”(2019-2021); 2021.- С. 388

Рӯйхати ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

ФШ-	фишори шараёни
БФ-	бемории фишорбаландӣ
ГММЧ-	гипертрофияи миокарди меъдачаи чап
ФДШ-	фишори диастоликии шараёни
ИМММЧ-	индекси массаи миокарди меъдачаи чап
ИАТФ-	ингибиторҳои ангиотензини тағйирдиҳандаи фермент
ГКМЧ-	гипертрофияи концентрикии меъдачаи чап
АКМЧ-	азнавсозии концентрикии меъдачаи чап
МММЧ-	массаи миокарди меъдачаи чап
ҒНДМЧ-	ғафсии нисбии девораи меъдачаи чап
СДР-	системаи дилу рағӣ
НД-	нсорасогии дилӣ
ОДР-	оризаҳои дилу рағӣ
ФСШ--	фишори систоликии шараёни
ИСИБС-	ингибитори селективии ишғоли баракси серотонин
АСС-	антидепрессантҳои сесикла
ҒДҚМЧ-	ғафсии девораи қафои меъдачаи чап
ФХ-	фраксияи хунронӣ
ГЭМЧ-	гипертрофияи эксцентрикии меъдачаи чап
HADS -	(Hospital Anxiety and Depression Scale) – шкалаи беморҳои изтироб ва депрессия
ЭхоК-	Эхокардиография

АННОТАТСИЯИ

Холиқова Наргис Абдурашидовна

ТАЪСИРИ ТАБОБАТИ ОМЕХТА БА НИШОНДИҲАНДАҲОИ СОХТОРӢ-ФУНКЦИОНАЛИИ ДИЛ ДАР БЕМОРОНИ КАЛОНСОЛИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ ФИШОРБАЛАНДӢ БО ДЕПРЕССИЯИ ҲАМРОҲШУДА

Вожаҳои калидӣ: бемории фишорбаландӣ, калонсол, вайроншавии изтиробӣ-депрессивӣ.

Мақсади тадқиқот: омӯзиши таъсири доруҳои омехтаи гипотензивӣ бо антидепрессантҳо ба нишондиҳандаҳои морфо-функционалии дил дар беморони калонсоли бемории фишорбаландӣ бо арзёбии натиҷаҳои дур.

Тавсифоти беморон ва усулҳои тадқиқот: Кор дар заминаи шуъбаи кардиологии Маркази тиббии шаҳрии рақами 1 ба номи Карим Ахмедов, шаҳри Душанбе иҷро карда шудааст. Ба тадқиқот 80 нафар беморони гирифтори фишорбаландӣ (дараҷаҳои I - III мувофиқи таснифоти ГУТ/ҚБГ, 1999 аз рӯи сатҳи фишори шараёнӣ) бо вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивии аз 60 то 74 сола, (синну соли миёна) – $65,5 \pm 6,9$ дохил карда шуданд. Дар байни беморони муоинашуда 16 нафар беморон БГ-и дараҷаи I (сабук), 33 нафарашон дараҷаи II (мӯътадил) ва 31 нафарашон дараҷаи III (возеҳ) доштанд. Аз шумораи умумии беморон 56 нафар занон, 24 нафар мардон буданд, давомнокии беморӣ $11,2 \pm 5,9$ сол буд.

Натиҷаҳои ба дастамада ва навгонии онҳо: Хусусиятҳои зухуроти клиникии фишорбаландӣ дар беморони солхӯрдаи бо вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивӣ ошкор карда шуданд. Таъсири манфии вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивии ҳамроҳ ба равандҳои азнавсозии ЛОС ҳангоми бемориҳои фишорбаландӣ дар одамони солхӯрда муайян карда шудааст. Дар беморони калонсоли фишорашон баланд, ки аз таъсири вайроншавиҳои изтиробӣ-депрессивӣ ба вучуд омадаанд, ихтилоли функсияҳои диастоликӣ ва систоликии меъдачаи чап ошкор карда шуданд. Беҳтаршавии нишондиҳандаҳои морфофункционалии меъдачаи чап (МЧ) ва функсияи кашишхӯрии миокард ошкор гардид. Дар давоми 3 соли мушоҳидаҳо таҳлили шумораи оризаҳо гузаронида шуд, ки дар асоси он меъёрҳои пешгӯии номусоиди ташаккули оризаҳо муайян карда шуданд.

Тавсияҳо оид ба истифодабарӣ: Дар баробари усулҳои тадқиқоти клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ, ба ҳама беморони гирифтори фишорбаландӣ тавсия дода мешавад, ки вазъи раванӣ ва ҳолати изтиробро таҳлил кунанд, ки бояд дар раванди табобат ҳамчун омилҳои муҳими патогенетикӣ ба назар гирифта шаванд. Таҳлили тамоюл ба табобат нишон дод, ки ҳар як бемори дуҷумло қоидаю меъёрҳои қабули доруҳоро бо сабабҳои гуногун вайрон мекунад. Аз ин рӯ, беморон бар ин назаранд, ки барои афзоиши тамоюл ба табобат дар бораи беморӣ, пешгӯиҳо, таъсири манфии доруҳо ва коҳиши ҳолатҳои полипрагмазия огоҳнокии одамонро бештар намудан лозим аст.

Соҳаи истифодабарӣ: бемориҳои дарунӣ, кардиология, геронтология.

АННОТАЦИЯ

Халиковой Наргис Абдурашидовны

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА СТРУКТУРНО – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, пожилой возраст, тревожно-депрессивные расстройства.

Цель исследования: изучить влияние комбинированных гипотензивных препаратов с антидепрессантами на морфо-функциональные параметры сердца у больных гипертонической болезнью пожилого возраста с оценкой отдалённых результатов.

Характеристика больных и методы исследования: работа выполнена на базе кардиологического отделения Городского медицинского центра №1 Карима Ахмедова г. Душанбе. В исследование включено 80 больных с ГБ (I - III степени по классификации ВОЗ/МОГ, 1999г. по уровню АД) с тревожно – депрессивными расстройствами в возрасте от 60 до 74 лет, (средний возраст) – $65,5 \pm 6,9$. Среди обследованных у 16 больных выявлена I (мягкая), у 33 – II (умеренная) и у 31 – III (тяжёлая) степени ГБ. Женщин было 56, мужчин – 24, длительность заболевания - $11,2 \pm 5,9$ года.

Полученные результаты и их новизна: выявлены особенности клинических проявлений ГБ у пожилых больных с тревожно-депрессивными расстройствами. Установлено отрицательное влияние коморбидных тревожно-депрессивных расстройств на процессы ремоделирования ЛОС при ГБ пожилого возраста. Выявлены нарушения диастолической и систолической функций левого желудочка у пожилых больных ГБ, обусловленные влиянием тревожно-депрессивных расстройств. Выявлено улучшение морфо-функциональных параметров левого желудочка (ЛЖ) сердца и сократительной функции миокарда. Проведён анализ числа осложнений в динамике 3-х летнего наблюдения на основе которых выявлены неблагоприятные прогностические критерии формирования осложнений.

Рекомендации по использованию: наряду с клинико-лабораторными и инструментальными методами исследования всем пациентам с гипертонической болезнью рекомендован анализ психологического статуса и тревожных состояний, которые необходимо учитывать в процессе лечения как важный патогенетический фактор. Анализ приверженности к лечению показал, что каждый второй пациент нарушает правила и нормы приёма препаратов по различным причинам. В этой связи повышению приверженности к лечению пациенты считают необходимостью большей осведомлённости о болезни, прогнозах, побочных эффектах препаратов и снижения случаев полипрагмазии.

Область применения: внутренние болезни, кардиология, геронтология

ANNOTATION

Khalikova Nargis Abdurashidovna

EFFECT OF COMBINED THERAPY ON STRUCTURAL-FUNCTIONAL PARAMETERS OF HEART IN ELDERLY HYPERTENSIVE PATIENTS WITH COMORBID DEPRESSION

Keywords: hypertension, old age, anxiety-depressive disorder.

Purpose of the study: to study the effect of combined hypotensive medications with antidepressants on morpho-functional parameters of the heart in elderly hypertensive patients with evaluation of long-term results.

Characteristics of patients and methods of study: the study was carried out at the cardiology department of Karim Ahmedov City Medical Center No. 1 in Dushanbe. The study included 80 patients with hypertension (I - III degree according to WHO/ISH classification, 1999 according to BP level) with anxiety-depressive disorders aged from 60 to 74 years, (mean age) - 65.5 ± 6.9 . Among the examined patients 16 patients had I (mild), 33 - II (moderate) and 31 - III (severe) degrees of hypertension. There were 56 women, 24 men, and the duration of the disease was 11.2 ± 5.9 years.

Results obtained and their novelty: peculiarities of clinical manifestations of hypertension in elderly patients with anxiety-depressive disorders were revealed. The negative effect of comorbid anxiety-depressive disorders on the processes of VOC remodeling in elderly hypertension has been established. Disturbances of diastolic and systolic functions of left ventricle in elderly patients with hypertension caused by the effect of anxiety-depressive disorders have been revealed. Improvement of morpho-functional parameters of the left ventricle (LV) of the heart and myocardial contractile function was revealed. The analysis of the number of complications in the dynamics of 3-year follow-up was carried out on the basis of which unfavorable prognostic criteria of complications formation were revealed.

Recommendations for use: long with clinical, laboratory and instrumental methods of study, all patients with hypertension are recommended to analyze their psychological status and anxiety conditions, which should be taken into account in the treatment process as an important pathogenetic factor. The analysis of adherence to treatment showed that every second patient violates the rules and norms of taking medications for various reasons. In this regard, patients consider increasing adherence to treatment as a necessity of greater awareness of the disease, prognosis, side effects of medications and reduction of cases of polypragmasy.

Area of application: internal diseases, cardiology, gerontology.