

**ГУ «ТАДЖИКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**

УДК: 616.127-002; 616.01-005.4-07

ВИЛЬДАНШИН ДАМИР КАВЬЕВИЧ

**НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МИОКАРДА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.04 – Внутренние болезни

Душанбе-2021

Работа выполнена в ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

Научный руководитель:	Одинаев Фарход Исматуллаевич - иностранный член РАН, доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»
Официальные оппоненты:	Митьковская Наталья Павловна - доктор медицинских наук, профессор, директор ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»», заведующая кафедрой кардиологии и внутренних болезней УО Белорусского государственного медицинского университета, г. Минск, Республика Беларусь Файзуллоев Хикматулло Тоирович - кандидат медицинских наук, заместитель директора ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗ СЗН РТ
Оппонирующая организация:	ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2021 года в _____ часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-038 при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139, www.tajmedun.@tj, +992918724088.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «_____» _____ 2021 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент

Джамолова Р.Д.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации. Некоронарогенные заболевания миокарда (НЗМ) являются одной из сложных проблем в клинике внутренних болезней и требуют как новых методов диагностики, так и патогенетически обоснованной терапии [Палеев Н.Р. 2001; Триль В.Е. 2004; Алаева Е.Н. 2012]. На долю некоронарогенных заболеваний миокарда (НЗМ) приходится около 15% всех кардиологических больных, госпитализируемых в кардиологические отделения, среди которых наиболее важное значение имеют кардиомиопатии (КМП), дилатационная КМП (ДКМП), диффузные миокардиты (МК) и миокардиодистрофии (МД). Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10) их называют кардиомиопатиями-специфические кардиомиопатии: дилатационную, ишемическую, гипертрофическую и рестриктивную, и неспецифические: алкогольную, токсическую, при метаболических нарушениях, и др. Нередко полиморфизм клинических симптомов и атипично протекающие формы НЗМ, не позволяют отразить полный развернутый клинический диагноз согласно принятой классификации. Зачастую общность клинических симптомов этих заболеваний с ишемической болезнью сердца (ИБС) создают большие трудности в плане дифференциальной диагностики, тактики лечения и профилактики [Бакалец Н.Ф. 2015; Благова О.В. 2012; Коваленько В.Н. 2001; Филиппов Е.В. 2017].

Сравнение клинико-функциональных параметров у больных ИБС и НЗМ показывают, что они могут быть неотличимы между собой, а лабораторные показатели такие как уровень холестерина плазмы, протромбина, АСТ, АЛТ, свертывающей системы крови могут быть идентичными и не несут информативного характера. Литературные данные и практический опыт свидетельствует, что основным и частым симптомом при ИБС является кардиалгия. Однако она может встречаться и при диффузных поражениях миокарда. В тоже время очагово-рубцовые изменения в миокарде в виде патологического зубца Q выявляются при регистрации ЭКГ не только в случаях коронарной болезни сердца, но и у больных с ДКМП и МК [Благова О.В 2017; Школьникова М.А. 2011; Одейр О.В 2004; Шилов А.М. 2001].

Эти обстоятельства требуют от врача индивидуального подхода и глубокого анализа клинико-лабораторных, функциональных показателей. Тем не менее, в силу различных обстоятельств, полиморфизма клинических и функциональных отклонений часть пациентов остается без должного внимания и получают долгое время неадекватную терапию. Позднее их распознавание приводит к хроническому воспалительному поражению миокарда, прогрессированию нарушений ритма, развитию хронической сердечной недостаточности [Ларина В.Н. 2017; Недогода С.В. 2008; Николаевский Е.Н. 2005; Николаевский Е.Н. 2004].

Степень изученности научной задачи. Интерес к изучению проблемы дифференциальной диагностики ИБС и некоронарогенных заболеваний миокарда нашел свое отражение в многочисленных исследованиях российских и зарубежных авторов [Гончарова Е.В. 2009], что вполне было обоснованным высокой частотой летальных случаев неправильной диагностикой основного заболевания. Опыт практических врачей показал, и на более поздних стадиях болезней становится очевидным вероятный диагноз, когда остаётся надеется только на эффективную медикаментозную терапию и дорогостоящую операцию, тогда как вероятный летальный исход при ИБС и НЗМ может наступить как внезапно, так и вследствие прогрессирования сердечной недостаточности [Александрова Л.З и др. 1985]. В этом плане значительно реже в литературе рассматриваются НЗМ. В

кардиологии не вызывает сомнений связь НЗМ с инфекцией, внутриклеточными (вирусными) агентами, инфекционно-токсическим влиянием, эндокринопатиями и т.д. [Глезер М.Г. 2017; Стронгин Л.Г. 2010]. Также в диссертации проводилась дискуссия с теми российскими и зарубежными учеными, которые заняты исследованием этиологических факторов диффузных заболеваний миокарда, поскольку многие аспекты НЗМ не имеют единого мнения о клинической и патофизиологической роли антител к различным антигенам миокарда в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний [Ларина В.Н. 2017; Недогода С.В. 2008]. В диссертации были использованы наработки и развиты идеи российских и зарубежных авторов относительно множества кардиоповреждающих, этиологических факторов риска формирования НЗМ. По данным литературы авторы к наиболее частым из них относят: инфекционные заболевания с поражением миокарда, эндокринокардиомиопатии, вирусные заболевания, послеродовые и климактерические кардиомиопатии, этаноловый (алкогольный) МК, аллергические и токсико-аллергические заболевания, недостаточность питания и многие аспекты данной патологии в Таджикистане недостаточно изучены, а как свидетельствует практический опыт число таких больных неуклонно растет [Зубайдов Р.Н. 2011; Палеев Ф.Н. 2002; Теодори М.И. 1974].

При работе над диссертацией были изучены коллективные труды и отдельные монографии российских ученых, посвященные необходимости выделения пациентов с НЗМ из группы больных с ИБС, что имеет важное значение, поскольку адекватная этиопатогенетическая терапия приводит к быстрому улучшению прогноза выживаемости [Бубнова М.Г. 2017; Оганов Р.Г. 2007; Павленко В.И. 2012].

Изучение различных аспектов дифференциальной диагностики НЗМ, несмотря на большое количество литературы, не получило до нашего времени подробного освещения ни в российских, ни и зарубежных работах. Это обстоятельство, на наш взгляд обусловлено изменением и увеличением ряда этиологических факторов, характерных для современного человека (электромагнитное и мобильное излучение, радиоактивный фон, изменение микроэлементного состава питания и т.д.). Таким образом, дифференциальная диагностика НЗМ является наиболее сложной задачей в кардиологии, отсутствует общепринятая научная концепция, объясняющая возникновение и развитие воспалительных заболеваний мышцы сердца, а существующие на сегодняшний день алгоритмы диагностики основываются на косвенных клинико-инструментальных синдромах, а диагноз устанавливается на основе комбинации неспецифических критериев. Очевидна клиническая необходимость в разработке дифференциально-диагностических критериев ИБС и НЗМ, что особенно важно на ранних стадиях заболеваний без признаков сердечной недостаточности.

Теоретические и методологические основы исследования. В Республике Таджикистан на сегодняшний день диагностика заболеваний миокарда проводится на современном уровне с применением совершенных технологий. Однако многие малоизвестные вышеуказанные аспекты остаются также малоизученными и актуальными. Это обстоятельство обусловлено ежедневным увеличением факторов риска НЗМ, что требует внедрения более широкого методов исследования. В этой связи в исследованиях применены бактериологические, вирусологические исследования, а также проведением различных дифференциальных нагрузочных проб. В данном аспекте вышеуказанные исследования проведены в сравнительном аспекте между ИБС и НЗМ. В тоже время в практической кардиологии многих стран нет единых диагностических критериев и стандартов клинического обследования [Палеев Ф.Н. 2002].

Общая характеристика работы

Цель исследования: изучить особенности этиологической структуры наиболее часто встречающихся диффузных некоронарогенных заболеваний миокарда, обосновать возможность использования определения параметров внутрисердечной гемодинамики, стресс-эхокардиографии в дифференциальной диагностики ИБС и НЗМ.

Объект исследования. Объектом исследования диссертационной работы явились 120 пациентов с заболеваниями миокарда, которые были распределены на 2 группы 60 пациентов с ИБС и 60 пациентов с НЗМ различной этиологии. Все обследованные пациенты прошли обследование по кардиологическому плану.

Предмет исследования. Предметом исследования было сравнительное изучение клиничко-лабораторных и инструментальных методов исследования у двух групп пациентов. Помимо кардиологических и общеклинических методов исследования проведены бактериологические и вирусологические исследования для дифференциации этиологических факторов миокардитов и НЗМ. При этом наиболее важным аспектом предмета изучения была оценка показателей добутаминовой пробы с анализом сократимости 16 сегментов миокарда.

Задачи исследования:

1. На основании ретроспективного анализа и проспективных клинических, лабораторных, биохимических, бактериологических, вирусологических исследований установить вероятный этиологический фактор НЗМ.
2. Оценить основные параметры внутрисердечной гемодинамики, их значение в дифференциальной диагностики НЗМ и ИБС.
3. Обосновать возможность использования стресс-эхокардиографии с фармакологической нагрузочной пробой в качестве высокоинформативного метода дифференциальной диагностики НЗМ и ИБС.
4. Разработать и рекомендовать для внедрения научно-обоснованный алгоритм дифференциальной диагностики НЗМ и ИБС.

Методы исследования. Все исследования проведены на базе Республиканского клинического центра кардиологии. На каждого пациента заполнялась специально разработанная анкета с указанием анамнестических данных, факторов риска формирования сердечно-сосудистой патологии, общеклинических исследований. Для верификации правильного диагноза применялись современные и адекватные методы исследования: общеклинические и специальные, соответственно кардиологическому плану. Общеклинические методы исследования: (общий анализ крови, биохимический анализ крови, ЭКГ, ЭхоКГ). Специальные методы исследования: исследование показателей геометрии сердца, свёртывающей и антисвёртывающей системы крови, показателей липидов крови: ЛПНП, ЛПВН, триглицериды, ОХ, бактериологический анализ, вирусологические исследования, а также проведение пробы с добутамином.

Область исследования Диссертационная работа посвящена научным проблемам кардиологии и соответствует 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. Исследования отражают один из основных разделов внутренней медицины- кардиологию. Содержание

диссертации полностью отражает исследования по сердечно-сосудистой патологии, в частности заболеваниям миокарда. Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации отражают поставленные задачи, обоснованы и логически вытекают из результатов проведенных исследований.

Этапы исследования. Написание диссертации проводилось поэтапно. Первым этапом нами была изучена литература по данной проблематике. Затем была сформирована тема и цель диссертации. Учитывая особенности питания, социально-бытовых условий, а также условий работы и проживания нами выделены приоритетные факторы риска у пациентов с ИБС и НЗМ. Следующим этапом нами проводилось распределение пациентов на группы. На данном этапе также оценивалось функциональное состояние миокарда и сравнительная клиническая оценка двух групп пациентов. Следующим этапом проведена оценка внутрисердечных показателей гемодинамики, а для выявления этиологических факторов миокардита проведен бактериологический посев биоматериалов. На заключительном этапе исследования проведена стресс-эхокардиография с нагрузочной добутаминовой пробой.

Основная информационная и исследовательская база. В диссертационной работе подробно изучены основные научные труды, посвященные различным аспектам дифференциальной диагностики некоронарогенных заболеваний миокарда. Изучены материалы Российских научных конференций и научных трудов по миокардитам и миокардио-дистрофическим заболеваниям миокарда. Проведен анализ научных исследований, трудов и диссертаций защищенных в Республике Таджикистан. Исследования проводились на базе отделения хронической ишемической болезни сердца РКЦК г. Душанбе.

Достоверность результатов диссертации. Результаты исследований подтверждаются достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов исследования и обеспечены представительностью выборки, обширностью первичного материала, тщательностью его качественного и количественного анализа, системностью исследовательских процедур, применением современных методов статистической обработки информации.

Научная новизна. Впервые на достаточно большом материале

- ✓ Установлены дифференциально-диагностические критерии, позволяющие разграничивать больных НЗМ и ИБС;
- ✓ Выявлены основные инфекционные агенты и вирусная антигенная нагрузка к различным штаммам гриппа, аденовирусной инфекции у больных с НЗМ;
- ✓ Выявлены основные дифференциальные критерии клинико-временных факторов, эхокардиографического исследования и убедительно показано, что эхокардиографический метод обследования с целью дифференциальной диагностики может не всегда отражать объективную картину заболевания.
- ✓ Апробирован метод стресс-эхокардиографии с нагрузочной пробой с добутамином в качестве высокоинформативного дифференциального метода между ИБС и НЗМ. У больных НЗМ на фоне инфузии добутамина наблюдается уменьшение степени выраженности нарушений локальной сократимости, что проявляется снижением показателя ИСЛЖ по сравнению с состоянием покоя, тогда как у больных ИБС инфузия добутамина приводила к нарастанию числа сегментов миокарда с нарушенной

сократимостью, что находило отражение в увеличении ИСЛЖ во время проведения нагрузочной пробы по сравнению с состоянием покоя.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов. Результаты диссертационного исследования и применявшиеся методики внедрены в практику и используются: в Республиканском клиническом центре кардиологии г. Душанбе, в областных и межрайонных кардиологических диспансерах; в преподавательской работе с чтением лекций и практических занятий курсантам, интернам, ординаторам циклов усовершенствования по кардиологии ГОУ ИПОСЗ РТ; в НИИ профилактической медицины Республики Таджикистан, а также подтверждены актом о внедрении в учебный и научный процесс на кафедре кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОСЗ РТ.

Практическая значимость. Проведенное исследование показало, что больных и НЗМ нужно рассматривать как особую категорию пациентов и проводить более детальные клиничко-инструментальные методы исследования в процессе стратификации риска развития кардиальных осложнений и осуществлять его необходимо на основании комплексного подхода с учетом общеклинических параметров и результатов неинвазивной диагностики. Проведенные исследования позволяют своевременно выявить пациентов-группы риска развития НЗМ, которым необходима адекватная терапия. Ранняя диагностика и своевременная терапия больных установленными основными этиологическими факторами, в частности, бактериальной и вирусной флоры позволит существенно снизить заболеваемость такими формами сердечно-сосудистой патологии, а главное такими частыми осложнениями некоронарогенных заболевания миокарда как различные виды нарушений ритма сердца, недостаточность кровообращения, кардионеврозы, внезапная смерть и т.д. Результаты исследований позволят разработать специальный диагностический алгоритм обследования больных с НЗМ, что может явиться существенным подспорьем для врачей практического здравоохранения, кардиологов. Использование выявленных дифференциальных признаков и проведение нагрузочной добутаминовой пробы у больных, позволит практическому врачу более эффективно проводить дифференциальную диагностику НЗМ и ИБС. По результатам нагрузочной добутаминовой пробы можно целенаправленно рекомендовать необходимость проведения или исключения коронарографии.

Положения, выносимые на защиту:

1. Возраст начала заболевания, первые клинические проявления болезни, и другие временные параметры являются важными дифференциально-диагностическими критериями ИБС и НЗМ.
2. Среди наиболее информативных эхокардиографических параметров, такие как ФВ, КСРЛЖ, КДРЛЖ, наиболее высокоинформативным в плане дифференциальной диагностики ИБС и НЗМ является ФВ и линейный размер аорты.
3. Проведение стресс-эхокардиографии с нагрузочной пробой добутамином позволяет достоверно разграничивать больных НЗМ и ИБС. Нагрузочная добутаминовая проба легко выполнима в терапевтических стационарах, оснащенных эхокардиографической аппаратурой.
4. Оценка динамики ИСЛЖ по результатам проведения нагрузочной добутаминовой пробы по сравнению с ИСЛЖ, рассчитанным в покое, позволяет рекомендовать больным проведение коронароангиографии.

Личный вклад автора

Автор самостоятельно провел сбор, обработку и анализ доступной литературы, статистическую обработку клинического материала. Разработка дизайна диссертационных исследований, формулировка и обоснование цели работы и её задач, динамическое наблюдение за пациентами, статистическая обработка материала и написание работы, выполнены лично автором. Он самостоятельно выполнял обследование и курацию больных.

Апробация работы и информация о результатах их применения. Основные положения работы доложены и обсуждены на 61-62 годичной научно-практических конференциях ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2014-2015 гг.). Материалы диссертационного исследования также доложены на научно-практической конференции «Вопросы коморбидности в клинике внутренних болезней» (Душанбе, 2018 г), на международном конгрессе кардиологов и терапевтов (Душанбе, 2019), 7-ом Евразийском съезде кардиологов (Ташкент, 2019). Апробация работы состоялась на расширенном заседании экспертной проблемной комиссии ТНИИ профилактической медицины (14.11.2019 г., протокол № 4).

Публикации результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 9 работ, в том числе 3 работы опубликованы в журналах, рекомендуемых для публикации результатов диссертационных исследований ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объём диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследований, 3-х глав с изложением собственных материалов исследования, обсуждений результатов (заключения), выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Текст диссертации изложен на 148 страницах компьютерного текста, иллюстрирован 11 рисунками и 15 таблицами. Список литературы состоит из 227 источников, в том числе 176 на русском и 51 на иностранных языках.

Содержание работы

Материал и методы исследования. Фактическим материалом настоящего диссертационного исследования явилась сравнительная оценка клинико-лабораторных и функциональных показателей у больных ИБС и группой больных имеющих некоронарогенные заболевания миокарда (60 чел.). Всем больным с НЗМ было проведено обследование врача-оториноларинголога, стоматолога, гинеколога для исключения возможных очагов латентной, хронической инфекции. Также проводились бактериологические и вирусологические исследования, рентгенологические исследования.

В группу больных с ИБС были включены документированные больные с ИБС не имеющие атипичной клинической картины и диагноз которым был достоверно верифицирован на основании ЭКГ и ЭхоКГ исследований, а также клинико-anamnestических данных. Средний возраст пациентов с ИБС составил $48, \pm 1,5$ лет. Средний возраст больных с НЗМ составил $36,0 \pm 1,1$ лет. Возраст женщин с диффузными поражениями миокарда равнялся $38,8 \pm 2,6$ лет, мужчин - $35,0 \pm 1,5$ лет. Данная группа учитывая полиморфизм клинических проявлений и особенно наличия кардиомегалии были подразделены на две подгруппы имеющие кардиомегалию и без кардиомегалии. В подгруппу больных имеющих выраженную кардиомегалию и хроническую сердечную недостаточность вошли в основном пациенты с ДКМП 15 человек (среди которых было 12 мужчин и 3 женщин), а средний возраст этих пациентов составил $34,0 \pm 0,04$ лет (таблица 1).

Критериями включения пациентов в исследование:

- Пациенты с документированной ИБС.
- Пациенты НЗМ с различной этиологией (МК, миокардиодистрофии)
- Наличие удовлетворительной ультразвуковой визуализации в состоянии покоя и при стресс-тесте.

Критериями исключения пациентов из исследования:

- Отсутствие удовлетворительного ультразвукового окна.
- Отказ пациента от обследования на любой стадии обследования
- Наличие клапанной патологии, приобретенных и врожденных пороков
- Ревматизм (активная фаза)
- ГБ, ИБС (инфаркт миокарда)
- Перенесенные ранее вмешательства на коронарных артериях.

Таблица 1.- Распределение обследованных больных

Показатель	Ишемическая болезнь сердца (n=60)					
	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70 лет старше	Всего
Мужчины	2	11	17	9	6	45
Женщины	-	2	6	3	4	15
	НЗМ(n=60)					
Возраст	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70 лет старше	Всего
Мужчины	29	16	4	2	-	49
Женщины	6	3	2	-	-	11

Электрокардиографическое исследование (ЭКГ) выполнялось на аппарате «МАС 1200» фирмы Marcquitte Hellige (Германия, 1998г.). Суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ с использованием системы «ЗАО МЕДИТЕК» фирмы Астрокард (Россия, 2007г.). Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ). Сократительная функция миокарда и состояние внутрисердечной гемодинамики изучались методом эхокардиографии с использованием трансторакальных датчиков 3,5 МГц фирмы Philips.

Пробу с добутамином проводили в положении больного лежа, во время инфузии препарата оценивали число сердечных сокращений (ЧСС) и артериальное давление (АД). Нарушения регионарной сократимости оценивались визуально с помощью изображений на дисплее эхокардиографа, получаемых с парастернальной позиции по длинной, короткой оси и верхушки. 2-х камерные изображения сердца по унифицированной схеме делились на 16 сегментов. Нормальная экскурсия оценивалась в 1 балл (экскурсия более 5 мм), умеренный гипокинез - 2 балла (экскурсия от 5 до 2 мм), выраженный гипо- или акинез - 3 балла, (экскурсия менее 2 мм) и дискинезия - 4 балла (парадоксальная пульсация в систолу).

Бактериологическое и вирусологические исследование проводилось всем обследуемым в лаборатории бактериологии НИИ профилактической медицины Для бактериологического исследования мокроты материал засеивали на 5% кровяной агар. Также использовалась среда Эндо для выделения энтеробактерий.

Результаты исследований

Анализ возрастного состава в наблюдаемых группах показал что у больных ИБС возраст превалировал и достоверно отличался от возраста больных с НЗМ ($P < 0,05$). Как и предполагалось, больные с НЗМ были более молодого возраста. Средний возраст пациентов

с НЗМ составил 36 лет, когда как больных ИБС 48 лет с преобладанием лиц мужского пола. Заболеванию миокардита у 24(70,1%) больных предшествовала респираторно-вирусная инфекция, в 31 (25,8%) наблюдениях инфекционные заболевания (эпидемический паротит, инфекционный гепатит, корь, коревая краснуха), у 7 больных этиология оставалась неизвестной.

Клиническая картина заболевания больных НЗМ характеризовалась преимущественно симптомами сердечной недостаточности различной степени выраженности в сочетании с аритмиями, тромбоэмболическими осложнениями и кардиалгией. Так у 6 больных (10%) из 15 больных с ДКМП симптомы сердечной недостаточности протекали с кардиалгией, из них у 7 больных наряду с кардиалгиями наблюдались различные нарушения ритма. В 9 случаях (15%) имелись симптомы изолированной сердечной недостаточности. Некоронарогенная аневризма миокарда левого желудочка в наблюдаемой нами группе диагностирована в одном случае. Обращало внимание наличие у 4 больных (6,6%) зубца Q патологических параметров при записи ЭКГ, что позволило диагностировать "некротизирующий" МК.

Первые проявления ИБС у женщин возникли в возрасте 55,0±1,7 лет, а у мужчин они появились в возрасте 37,7±8,5 лет. Таким образом, возраст начала заболевания является относительным дифференциальным признаком в диагностике ИБС и НЗМ. Болевой синдром в грудной клетке в виде классического приступа стенокардии, являлся доминирующим симптомом в этой группе больных (таблица 2).

Таблица 2.-Основные факторы риска у обследованных пациентов

Факторы риска	ИБС	НЗМ
Сахар крови ммоль/л	5,3±0,4	6,4±0,7
Мочевая кислота моль/л	332±3,0	663±4,0*
Холестерин моль/л	4,3±0,5	6,2±0,5*
Возраст	Более 50 лет	Более 40 лет
ЛПНН	6	7
Пол	Мужской	Мужской
Курение	17	19
АГ	12	8
Низкий уровень ЛПВП	3	8
Сахарный диабет	3	5
Избыточная масса тела	6	7

Примечание *- достоверность между группами

У больных с НЗМ первыми симптомами проявлялись немотивированной одышкой в покое или при физических напряжениях, утомляемости, слабости, головных болей, головокружения, чувства сдавления в груди и т.д. Из 11 женщин с НЗМ данной группы вышеуказанные жалобы стадии отмечать в возрасте от 32 до 36 лет, а у мужчин данные жалобы стали проявляться более позже от 38 до 44 лет. Общая продолжительность болезни от её начала до госпитализации в клинику в этой группе больных составила 40,6±10 мес. Наиболеестораживающим в практическом плане симптомом являлся болевой синдром, который нередко и затруднял дифференциальную диагностику между ИБС и НЗМ. Среди всех факторов возраст больных является важным и независимым фактором тяжести течения коронарной болезни сердца и является важным признаком, который позволяет разграничивать больных с ИБС и НЗМ.

Знание этиологического фактора для практического врача является важным и необходимым условием для дифференциальной диагностики с ИБС и атипично протекающего НЗМ под маской ИБС. Наличие сопутствующей хронической инфекционной патологии: обострение хронического тонзиллита и/или фарингита отмечалось у 9(15,0%) больных с НЗМ со средней продолжительностью течения $7,5 \pm 0,7$ лет, хроническая неспецифическая пневмония отмечалась у 4(6,6%) больных со средней продолжительностью течения $6,3 \pm 1,2$ лет, обострение бронхоэктатической болезни отмечалось у 5(8,3%) больных со средней продолжительностью течения $6,8 \pm 1,4$ лет, фолликулярная ангина отмечалась у 4 больных (6,6%), наличие хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы отмечено у 6 женщин (10,0%), причем в послеродовом периоде. Среди обследованных отмечалось 2(3,3%) случая двухстороннего экссудативного плеврита и 1 случай (1,6%) послеродовой лекарственной болезни с миелотоксическим синдромом с выраженной кардиомегалией. Высеваемость культур из материалов взятых у обследованных при обычном культивировании в аэробных условиях составила в общем количестве рост 105 культур микроорганизмов. Общее количество культур стрептококка составило 48 колоний, что составляет 45,7% от общего количества выращенных культур. Далее по частоте интенсивного роста регистрируется стафилококк, рост которого в общем количестве составил 19 колоний, составляя 18,0% от общего количества культур.

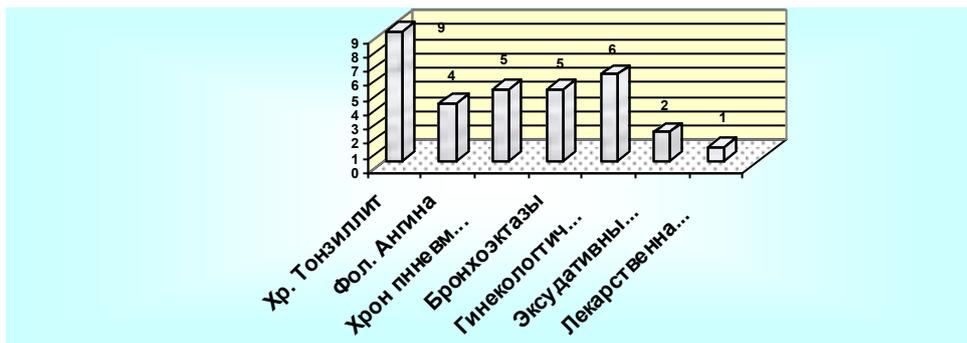


Рисунок 1.- Структура фоновых воспалительных инфекционных заболеваний у больных с НЗМ

Проведенное биоморфологическое исследование биологических свойств стрептококка и стрептококка, свидетельствует о том, что у обследованных больных на фоне хронической инфекционной патологии в организме имеются высоковирулентные и высокопатогенные штаммы микроорганизмов (рисунок 1). Выделенные штаммы стафилококка и стрептококка (18,0% и 45,7% соответственно) можно отнести к патогенным, как возможные возбудители инфекционного миокардита. На фоне патогенной кокковой флоры у больных с легочными заболеваниями в 5 случаях (4,8%) высеивался пневмококк и 2 случаях (1,9%) энтерококк (таблица 3). Не последнее место в структуре бактериальной микрофлоры у больных с НЗМ обнаруживали грамотрицательную флору (кишечную палочку, протей, синегнойную палочку и др.). Так, среди энтеробактерий преобладает кишечная палочка: 9 штаммов (8,5%), клебсиелла из мокроты 4 штамма (3,8%), синегнойная палочка 5 штаммов (4,8%). В одном случае из мокроты выделен протей вульгарис (0,9%). Наибольшее абсолютное количество культур высеяно у больных с пневмолегочными патологиями и патологией женской половой сферы, в частности у женщин в послеродовом периоде. Результаты исследований позволили выявить наличие воспалительного процесса у 22 (36,6%) больных с НЗМ.

Таблица 3.-Микрофлора организма, полученная при культивировании в аэробных условиях у больных с НЗМ

Микроорганизм	НЗМ -материал (зев, мокрота, мазок, плевральная жидкость и т.д.)	
	кол-во культур (abs)	%
Staphylococcus aureus	9	8,5
Staphylococcus epidermidis	10	9,5
Streptococcus pyogenes	3	2,8
Streptococcus pneumoniae	9	8,5
Streptococcus gemoliticus	8	7,6
Streptococcus bovis	11	10,4
Streptococcus viridans	16	15,2
Пневмококк	5	4,8
энтерококк	2	1,9
Сарцины	2	1,9
Нейссерии	6	5,7
Клебсиелла	4	3,8
Кишечная палочка	9	8,5
Протей вульгарис	1	0,9
Синегнойная палочка	5	4,8
Коринебактерии	4	3,8
Выделено культур	105	
Посевы стерильны	2	1,9

Примечание: (в % от общего кол-ва выделенных культур)

Детальный опрос и анамнез заболевания позволил подозревать наличие респираторно-вирусной инфекции накануне заболевания у 31 больного, у которых имели место наличие симптомов аденовирусной инфекции или переболевших накануне вирусными и простудными заболеваниями. Методом серологической диагностики проведены 2-х кратные вирусологические исследования парных сывороток - у 31 больных с НЗМ. С этой целью нами исследованы парные сыворотки крови (исследовалась сыворотка пациента в первые дни обращения, а также на 10-12 день пребывания в клинике). Для диагностики аденовирусной инфекции, парагриппа, а также респираторных вирусов использован метод флюоресценции. Диагностический титр в среднем составлял 1:160; 1:320.

В частности, у 16 пациентов регистрировалось 4-х кратное (диагностическое) нарастание титров антител в антигену вируса гриппа А(Н₃Н₂). У 3 больных были зарегистрированы диагностические высокие титры 1:320 к антигену вируса гриппа А (Н₁Н₁). Достоверное увеличение титра специфических антител более 1:320 также выявлено к специфическим антителам аденовирусной инфекции у 4 человек. Диагностическое информативное повышение титров антител выявлено также в редких случаях к коронаровирусам, и в одном случае микоплазменной инфекции. Результаты вирусологического обследования позволили установить диагностически достоверное нарастание титра антител у 24 (70,1%) больных из 31 больного с подозрением на вирусные заболевания. При этом установлено, что наиболее часто циркулирующим вирусом является вирусы гриппа А (Н₃Н₂) и (Н₁Н₁), выявленные у 16 больных (51,6%) и 3 больных (9,6%) с НЗМ соответственно. Это вполне объяснимо, поскольку иммунитет к антигенам вируса которых является невысоким.

Проведенные вирусологические исследования парных сывороток 31 пациента позволили установить диагностическое нарастание титра антител к различным специфическим вирусным антигенам в 48 сыворотках из общих 62 парных сывороток. Следовательно, у 24 больных (70,1%) от общего числа обследованных с подозрениями на вирусную патологию наличие повышенных титров антител к вирусной инфекции можно расценивать как антигенную нагрузку и возможный патогенетический пусковой фактор к иммуновоспалительному поражению миокарда. Клинико-лабораторное обследование 14 больных с НЗМ позволило выявить длительно протекающую железодефицитную гипохромную анемию у одного больного (сog anemіcum) или по современной классификации метаболической (анемической) кардиомиопатией. Среди обследованных больных наблюдалось 2 случая классической алкогольной кардиомиопатии с выраженной кардиомегалией, сердечной недостаточностью и сложными нарушениями ритма и проводимости сердца. У 3 больных из анамнеза заболевания выяснилось, что эти больные находятся на лечении по поводу тиреоидной недостаточности (уровень ТТГ по лабораторным данным превышал 2,5 мкМЕ/мл). У одного больного выявлен длительно-протекающий ревматоидный артрит. Длительность заболевания составила 8,0 лет. У 7 больных с НЗМ помимо жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, проявляющие одышкой, тяжестью в области сердца и симптомами недостаточности кровообращения не было выявлено лабораторно-клинические изменения. По всей вероятности этиологический фактор у данных больных на сегодняшний день остается не установленным (рисунок 2).

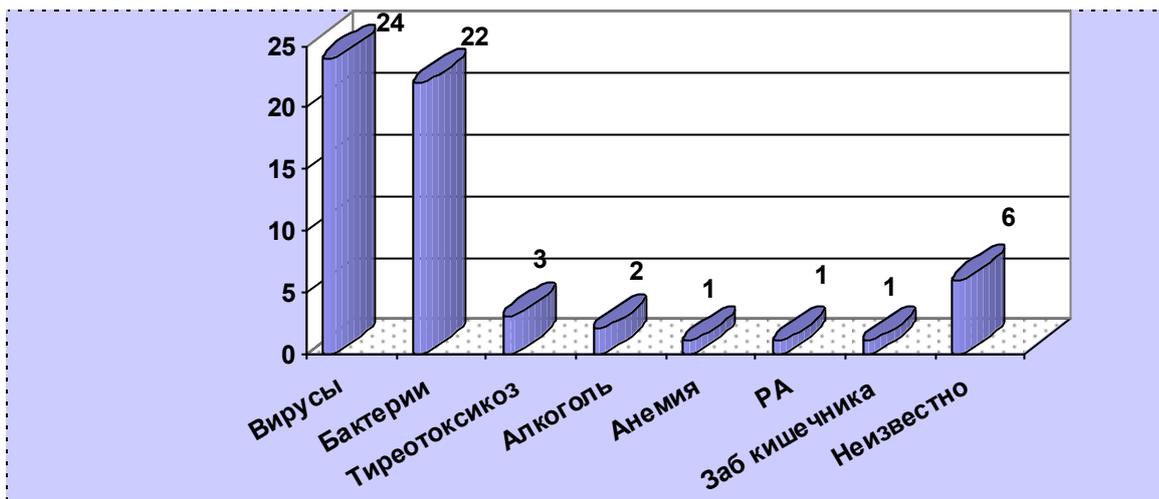


Рисунок 2.- Вероятные этиологические факторы НЗМ у обследованных.

Результаты клинического обследования больных показали, что определяющим симптомом у больных с ИБС являлся болевой синдром 46 (76,6%) случаев, тогда как у пациентов с НЗМ отмечался у 22 (36,6%) больных (таблица 4). Одышка в основном превалировала в группе больных с НЗМ и вполне понятно, что она отражает неполноценную сократительную способность миокарда и встречалась у большей части больных 33 (55,0%) больных, а в группе больных ИБС редко отмечалась у 12 больных (20%). В дифференциально-диагностическом плане представляют интерес симптомы формирования хронической сердечной недостаточности, отёчный синдром. Симптомы нарушений ритма сердца в группе больных с НЗМ отмечались у 38 больных (63,30%), а в группе коронарных больных этот показатель наблюдался у 21 больного (33,3%).

У 22 (36,6%) больных с НЗМ время от начала клинических симптомов заболевания до развития левожелудочковой сердечной недостаточности у них равнялось в среднем $0,8 \pm 0,2$ мес., а правожелудочковой недостаточности через $15,0 \pm 2,2$ мес от начала заболевания. Сроки развития левожелудочковой сердечной недостаточности от начала заболевания в группе

больных с ИБС составили $35,5 \pm 0,6$ мес., а правожелудочковая недостаточность наступила через $37,5 \pm 3,5$ мес.

Таблица 4.-Сравнительный анализ временных признаков ИБС и НЗМ

Признак	Группа больных	
	ИБС (n = 60)	НЗМ (n = 60)
Возраст первых проявлений заболевания (годы)	$49,2 \pm 1,4$	$34,6 \pm 1,2^{**}$
Общая продолжительность заболевания (мес)	$15,7 \pm 0,6$	$34,5 \pm 1,5^*$
Сроки появления левожелудочковой сердечной недостаточности (мес)	$35,5 \pm 0,6$	$19,8 \pm 0,9^*$
Сроки появления правожелудочковой сердечной недостаточности (мес)	$37,5 \pm 3,5$	$23,0 \pm 2,5$

Примечание: различие между группами - *- ($p < 0,05$), ** - ($p < 0,01$).

Отличительными особенностями ЭКГ изменений у пациентов с НЗМ явилась большая частота артериальной гипертензии 21(35,0%) случаев, синусовая тахикардия 38 (63,3%) больных, предсердная экстрасистолия 14 (23,3%) больных, желудочковая экстрасистолия 10 (16,6%) случаев, а также гипертрофия миокарда желудочка 34 (56,6%). Исследование функционального состояния миокарда у больных ИБС и НЗМ с использованием метода эхокардиографии предполагало сравнение линейных параметров отделов сердца, выявление возможных структурных особенностей при коронарной патологии сердца и некоронарогенных поражениях миокарда.

При анализе эхокардиографических показателей в сравнительном аспекте обращает внимание, что линейный размер аорты АО у больных с коронарной болезнью сердца достоверно больше - ($3,4 \pm 0,04$ см), чем в группах больных с НЗМ в аналогичных подгруппах ($2,9 \pm 0,07$ см и $2,7 \pm 0,05$ см) соответственно у больных с НЗМ ($p < 0,05$) Аналогичная картина отражается на показатели ТМЛЖ, которая также была достоверно больше у больных ИБС составляя $1,29 \pm 0,02$ см, чем в группах НЗМ $1,10 \pm 0,07$ см; и $0,94 \pm 0,04$ см. Также отличительной особенностью является показатель сократимости левого желудочка (ИСЛЖ), и его значение составило $1,58 \pm 0,03$ превышая сравниваемые показатели $1,11 \pm 0,06$ и $1,22 \pm 0,07$. Это обстоятельство вполне объяснимо тем, что при коронарогенных заболеваниях (ИБС) ведущую роль играют очаговые изменения, сохраняя сократимость миокарда в целом.

Таблица 5.-Функциональное состояние миокарда в наблюдаемых подгруппах по данным эхокардиографии (M±m)

Группа больных	ИБС (n = 60)	НЗМ	
		ДКМП (n=10) 115)	МК (n= 5)
КСРЛЖ, см	$4,3 \pm 0,5$	$4,7 \pm 0,6$	$4,6 \pm 0,3$
КДРЛЖ, см	$5,3 \pm 0,08$	$5,9 \pm 0,2$	$5,4 \pm 0,07$
ЛП, см	$3,4 \pm 0,2$	$3,8 \pm 0,2$	$3,9 \pm 0,1^{**}$
ПЖ, см	$2,7 \pm 0,09$	$3,2 \pm 0,4$	$2,8 \pm 0,1$
АО, см	$3,4 \pm 0,04^*$	$2,9 \pm 0,07$	$2,7 \pm 0,05^{**}$
ТМЛЖ, см	$1,29 \pm 0,02^*$	$1,10 \pm 0,07$	$0,94 \pm 0,04^{**}$

ИКСО, мл/м	47,9 + 2,9	44,6 + 8,2***	65,5 + 5,4**
ИКДО, мл/м	85,7 ± 3,5	89,4 ± 7,2***	100,0 ± 3,7**
ММЛЖ, г	181,2 ± 6,3	187,6 ± 13,3***	157,3 ± 5,7**
ИММЛЖ г/м ²	140,8 ± 3,4	134,7 ± 4,7	129,5 ± 4,6
КДО/ММЛЖ	0,92 ± 0,03	0,93 ± 0,02***	1,1 ± 0,06**
ТЗСлж	1,38 ± 0,04	1,34 ± 0,03	1,25 ± 0,05
ФВ	49,1 ± 2,7	51,2 ± 3,4	52,5 ± 1,5
ИУО, мл/м	49,3 ± 1,5	44,2 ± 2,1	45,3 ± 1,9
ИСЛЖ	1,58 ± 0,03*	1,11 ± 0,06	1,22 ± 0,07**

*Примечание: статистически значимые различия ($p < 0,05$) * между группами ИБС и ДКМП; ** - между ИБС и МК, *** между ДКМП и МК.*

Наиболее информативными в плане диагностики сердечной недостаточности являлся показатель ФВ(%), отражающая в целом сократительную и функциональную способность миокарда ЛЖ. Так, ФВ до проведения нагрузки не имела статистически значимых изменений между группами больных, что вполне объясняется состоянием покоя и стабильности. При этом некоторая тенденция к уменьшению ФВ отмечается у больных с ИБС. Показатель «нагрузки» более достоверно выявил общее состояние сократительной способности миокарда. Во всех сравниваемых группах данный показатель снизился, причем наиболее заметно это отразилось у больных с ДКМП и МК с $51,2 \pm 3,4$ до $32,5 \pm 1,7$ и $52,5 \pm 1,5$ до $36,8 \pm 2,1$ соответственно группам. Следовательно, изменчивость данного параметра может служить важным диагностическим признаком для выявления общей патологии сердца, однако как дифференциальный критерий между ИБС и НЗМ его можно использовать только как косвенный признак (таблица 5). В этом плане для выявления нарушения регионарной сократимости миокарда используют различные нагрузочные пробы, в частности фармакологической нагрузочной пробы с добутамином. Добутамин является синтетическим катехоламином, действующим преимущественно как агонист бета-1-адренорецепторов. Он обладает мощным положительным инотропным эффектом и оказывает слабое хронотропное и аритмогенное действие.

Мы провели нагрузочную пробу с добутамином у 15 больных с ИБС и у 15 больных с НЗМ. В группу больных НЗМ составили лица, которым не был нами установлен достоверный диагноз НЗМ, а также с неизвестными и неясными этиологическими причинами заболевания, клиническая картина которых напоминала ИБС. Возраст больных с ИБС (все мужчины) составил $47,8 \pm 1,4$ года и достоверно ($p < 0,05$) отличался от возраста больных с НЗМ (5 женщин и 10 мужчин) у которых он равнялся $33,6 \pm 4,2$ года. Анализ общей сократительной способности миокарда ЛЖ у больных ИБС показал значительное преобладание лиц с наличием зон асинергии ЛЖ – 13 человек, что составило 86,6% от общего количества больных, включенных в исследование; и только в 2 (13,4%) случаях не было выявлено нарушений кинетики стенок сердца. С целью оценки локальной сократимости ЛЖ у больных ИБС в общей сложности проанализирована кинетика 240 сегментов, большинство из которых – 170 (70,8%) – сокращались с нормальной амплитудой; 35 сегментов (14,5%) находились в гипокинезе; 20 сегмента (8,4%) – в акинезе и 15 сегментов (6,2%) – в дискинезе (рисунок 3).



Рисунок 3.- Сегментарная сократимость ЛЖ при ЭхоКГ в покое у больных ИБС

Из общепринятых 16 сегментов ЛЖ нарушение сократимости 1 сегмента не имело место; нарушение сократимости 2 сегментов – у 1 (6,6%); 3 сегментов – у 1 (6,6%); 4 сегментов – у 4 (26,6%); 6 сегментов – у 3 (20,0%); 10 сегментов – у 1 (6,6%); 11 сегментов – у 1 (6,6%); без наличия нарушений сократимости -2 больных (13,3). Таким образом, в группах больных ИБС нарушения сегментарной сократительной способности миокарда левого желудочка выявленное при ЭхоКГ в покое были обнаружены в 70 сегментах из 240 сегментов. Артериальное давление систолическое на фоне нагрузочной пробы АД и ЧСС в конце нагрузочной пробы у больных ИБС достоверно увеличивались ($p < 0,05$). Так, ЧСС сокращений увеличилась на 36 сокращений в минуту. АД систолическое увеличилось на 30 мм рт ст, а АД диастолическое на 20 мм рт ст. При инфузии средней дозы „препарата ($19,2 \pm 5$ мг/мин/кг добутамина) у больных ИБС достоверно увеличился уровень диастолического АД ($p < 0,05$). В объяснении этого факта, по-видимому, может лежать ригидность аортальной стенки вследствие ее атеросклеротического поражения у больных ИБС. Внутренний диаметр АО в обеих группах больных, как и линейный размер ПЖ в течение нагрузочной пробы не менялся (таблица 6). Обращало внимание достоверное снижение КСРЛЖ на фоне инфузии добутамина с $4,1 \pm 0,3$ до $3,2 \pm 0,3$ см, что вероятно объясняется более высоким резервом миокарда ЛЖ. Показатели, отражающие общую сократимость миокарда индекс конечного систолического объема (ИКСО) уменьшился до $30,4 \pm 4,0$ мл/м², на фоне увеличения фракции выброса (ФВ), которая увеличилась с 52,0% до 61,5%.

Таблица 6.-Сравнительный анализ показателей внутрисердечной гемодинамики по данным эхокардиографии на фоне добутаминовой пробы у больных с ИБС

Группа больных	ИБС (n = 8)	
	До пробы	После пробы
АД сист., мм рт.ст.	$135,0 \pm 2,0$	$165 \pm 3,0^*$
АДдиаст.,мм рт.ст.	$85,0 \pm 2,0$	$105,0 \pm 5,0^*$
ЧСС, уд. в мин	$81,5 \pm 2,0$	$117,3 \pm 3,0^*$
КСРЛЖ, см	$4,1 \pm 0,3$	$3,2 \pm 0,3^*$
КСДЛЖ, см	$5,6 \pm 0,3$	$6,0 \pm 0,2$
ТМд, см	$0,93 \pm 0,03$	$0,88 \pm 0,05$
ПЖ, см	$3,1 \pm 0,2$	$3,1 \pm 0,2$
АО, см	$2,8 \pm 0,05$	$2,8 \pm 0,05$

ТМс, см	1,11±0,06	1,34 ±0,07*
ИКСО, мл/м ²	51,8 ±4,5	30,4 ± 4,0 *
ИКДО, мл/м ²	105,0 ±5,5	111,0 ±3,0
МЖПд, см	0,94 ±0,04	0,88 ±0,03
МЖПс. см	0,99 ±0,03	1,14 ±0,03*
ФВ (%)	52,0 ± 3,5	61,5 ±2,0*
ИУО, мл/м ²	55,5 ±2,5	85,5 ±3,0*
ИСЛЖ	1,12±0,06	1,51 ±0,07*

Примечание: * достоверность до и после пробы

При этом линейный размер ЛЖ в диастолу (КДР) и индекс объема в диастолу (ИКДО) имели тенденцию к увеличению. После нагрузочной пробы с добутамином у больных ИБС констатировано статистически значимое ($p < 0,05$) уменьшение линейных размеров ЛЖ в систолу (КСР), уменьшение ИКСО.

После нагрузочной пробы с добутамином у больных ИБС констатировано достоверное ($p < 0,05$) уменьшение линейных размеров ЛЖ в систолу (КСР). Индекс ударного объема (ИУО) по сравнению с покоем ($56,4 \pm 2,6$ мл/м²) увеличился до $85,5 \pm 3,0$ мл/м² ($p < 0,05$). Среди всех эхокардиографических показателей наиболее показательным и информативным в плане дифференциальной диагностики при выполнении нагрузочной пробы с добутамином являлся ИСЛЖ. Индекс сократимости ЛЖ в целом отражает степень нарушений регионарной сократимости ЛЖ. Нагрузка добутамином в группе больных ИБС увеличила ИСЛЖ до $1,51 \pm 0,07$ ед. измерения, что свидетельствует об увеличении числа сегментов с нарушенной сократимостью и усилении степени нарушения в нарушенных прежних сегментарных зонах.

Таким образом, нагрузка сердечной мышцы добутамином ведёт к повышению глобальной сократительной способности миокарда с позиций повышения потребностей миокарда в кислороде с последующим развитием ишемии и увеличением сегментов нарушенной сократительной способности ЛЖ. Это обстоятельство вполне объясняется распространением ишемии на зоны неадекватно кровоснабжаемые коронарными артериями исходно. Результаты стресс-эхокардиографических показателей свидетельствуют, что после добутаминовой нагрузочной пробы у больных ИБС из 170 сегментов без нарушений локальной сократимости т.е. нормокинеза 5 сегментов сегментах теряют способность нормально сокращаться и наблюдается их переход в состояние гипокинеза. Из 35 сегментов с выявленной гипокинезией до нагрузочной пробы 4 сегмента трансформируется в акинетические сегменты. Из 20 сегментов с акинезом 2 сегмента переходит в стойкий дискинез (рисунок 4).

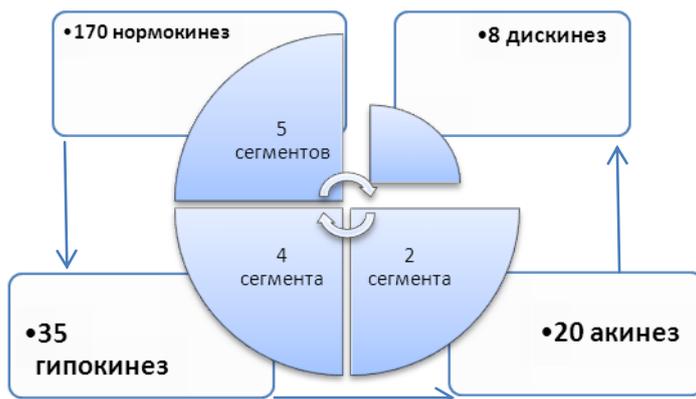


Рисунок 4.- Схема изменения сегментарной сократимости ЛЖ при нагрузке добутамином у больных ИБС

В целом, на фоне улучшенной сократительной способности нагрузочная стресс-эхокардиография с добутамином у больных с истинной патогенетической картиной ишемических процессов в миокарде при насыщении добутамином вызывает усиление сократительной способности миокарда, что выражается в увеличении ФВ, уменьшении ИКСО и КСРЛЖ на фоне увеличения ИСЛЖ до $1,51 \pm 0,07$, отражающего сегментарную сократительную способность. Это обстоятельство свидетельствует об увеличении сегментов с зоной ишемии на неадекватно кровоснабжаемые зоны в покое. Анализ общей сократительной способности миокарда ЛЖ у больных НЗМ показал преобладание лиц с наличием зон асинергии у всех обследованных данной группы. С целью оценки локальной сократимости ЛЖ у больных НЗМ в общей сложности проанализирована кинетика 240 сегментов.



Рисунок 5.- Сегментарная сократимость ЛЖ при ЭхоКГ в покое у больных НЗМ

Аналогично как и у больных ИБС большая часть сегментов сокращалась с нормальной амплитудой и силой – 159 (66,2%) – сокращались с нормальной амплитудой; в состоянии гипокинеза находилось 61 (25,4%) – находились в гипокинезе; в акинезе – 12 сегментов (5,0%); в дискинезе – 8 (3,3%) сегментов (рисунок 5). В сравнении с группой больных ИБС большая часть сегментов у данной группы больных находилась в состоянии гипокинеза. Из общепринятых 16 сегментов ЛЖ нарушение сократимости 1 сегмента не имело место; нарушение сократимости 2 сегментов – у 1 (6,6%); 3 сегментов – у 2 (13,3%); 4 сегментов – у 1 (26,6%); 6 сегментов – у 3 (20,0%); 12 сегментов – у 1 (6,6%); 13 сегментов – у 1 (6,6%). Следовательно в 81 сегменте (33,7%) регистрировалось нарушение сократительной способности в покое. Преобладание в числа пораженных сегментов миокарда среди больных с НЗМ объяснялось наличием у них более значительного нарушения сократительной способности сердца. Известно, что суммарные нарушения локальной сократимости формируют глобальную сократимость миокарда.

Дилатация полостей миокарда ЛЖ у обследованных больных с НЗМ была более значительной, что вполне объясняется выраженной ДКМП у части больных, которых мы выделили в отдельную группу при сравнении эхокардиографических показателей в предыдущей главе. Конечно-систолический размер ЛЖ у них колебался от 4,7 до 8,85 см, а

конечно-диастолический размер ЛЖ - от 5,5 до 9,9 см. При инфузии средней дозы препарата ($19,2 \pm 5$ мг/мин/кг добутамина) у больных НЗМ уровень диастолического АД повышается незначительно ($p < 0,05$), по сравнению с группой больных ИБС. В объяснении этого факта, как уже говорилось по-видимому, может лежать ригидность аортальной стенки вследствие ее атеросклеротического поражения у больных ИБС. Внутренний диаметр АО составил до и после пробы с добутамином $3,2 \pm 0,04$ не претерпевая достоверных изменений. Линейный размер ПЖ в течение нагрузочной пробы не менялся составляя в среднем $2,8 \pm 0,3$ см.

Обращало внимание достоверное снижение КСРЛЖ с $6,5 \pm 0,2$ см до $5,7 \pm 0,3$ см на фоне инфузии добутамина в группах, причем более выраженное снижение преднагрузки на миокард ЛЖ наблюдалось у больных ИБС, по сравнению с группой НЗМ. Это обстоятельство объясняется тем, что при ИБС имеет место только локальное нарушение сократимости и более выраженными адаптационными резервами миокарда. Если у больных с ИБС линейные размеры ЛЖ в диастолу (КДР) и индекс объема в диастолу (ИКДО) имели тенденцию к повышению, то у больных с НЗМ КДР ЛЖ после пробы составил $7,1 \pm 0,3$ см, а ИКДО $150,5 \pm 6,1$ мл/м² т.е. отражали сниженную сократительную способность миокарда. Это также подтверждалось показателем внутрисердечной гемодинамики ИКСО, который уменьшился с $90,5 \pm 5,5$ мл/м² до $72,0 \pm 4,5$ мл/м². Основные показатели характеризующие неблагоприятный прогноз выживаемости пациентов являются ИКДО и сниженная ФВ. Динамика этих показателей отражала их улучшение на фоне нагрузочной пробы. Так, ИКДО в группе больных НЗМ в покое составлял $175,0 \pm 7,2$ мл/м², а на фоне нагрузочной пробы снизился до $150,5 \pm 6,1$ мл/м². Регистрируется и увеличение ФВ до 49,5%, хотя в сравнении с группой ИБС увеличение можно считать более меньшим. Это вполне объясняется общими диффузно-дистрофическими процессами в миокарде при НЗМ, которые снижают сократительную способность миокарда в целом. Если у больных с ИБС инфузии добутамина сопровождается усилением работы сердца и повышенных потребностях миокарда в кислороде с развитием ишемии сердечной мышцы с последующим распространением зон нарушения локальной сократимости на соседние сегменты, неадекватно кровоснабжаемые коронарными артериями, то у больных с НЗМ имеется противоположное направление.

В покое ИСЛЖ у пациентов с НЗМ составлял $1,30 \pm 0,06$ и существенно не отличался от ИСЛЖ в покое у больных ИБС, то на фоне инфузии добутамина, показатель ИСЛЖ у больных НЗМ уменьшился до $1,05 \pm 0,03$, что свидетельствовало об уменьшении числа сегментов с "нарушенной локальной сократимостью и степени выраженности сегментарных нарушений, имевших место до проведения нагрузочной добутаминовой пробы.

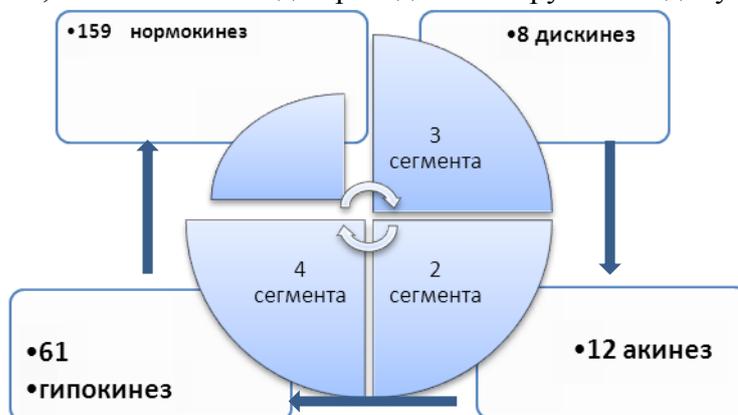


Рисунок 6.- Схема изменения сегментарной сократимости ЛЖ при нагрузке добутамином у больных НЗМ.

Проведение добутаминовой пробы у больных НЗМ показало, что в покое регистрировалось 159 сегментов в нормокинезе, а при проведении пробы из 61 сегментов с гипокинезом регистрировалось 57 сегментов гипокинеза, составляя 163 нормокинеза. Из 8 сегментов стойкого дискинеза 3 сегмента трансформировались в акинез, а 2 сегмента акинеза трансформировались в гипокинез (рисунок 6).

Таким образом, при одинаковой степени нарушений локальной сократимости, у больных ИБС и НЗМ наблюдается различное влияние побутамина на сегментарную дисфункцию. Инотропное действие добутамина, по-видимому, частично компенсирует нарушенную сегментарную сократимость. Противоположное влияние добутамина у больных ИБС НЗМ на сегментарную сократимость миокарда может оказать существенную помощь в проведении дифференциальной диагностики этих заболеваний в клинических условиях.

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Наиболее частыми этиологическими факторами НЗМ является бактериальная и вирусная инфекция. микробный пейзаж представлен _ростом грамположительной флоры (штаммов стрептококка, стафилококка,) и грамотрицательной флоры (энтеробактерий, кишечной палочки, синегной палочки). Вирусная антигенная нагрузка организма больных с НЗМ выявлена у 24 пациентов: к антигену вируса гриппа А(Н₃Н₂)- 16 пациентов, к антигену вируса гриппа А (Н1Н1) у 3 пациентов, а также к аденовирусам [1-А, 2-А].
2. Клинико-временными дифференциально- диагностическими критериями между ИБС и НЗМ являются возраст первых проявлений заболевания (49,2±1,4 и 34,6±1,2 соответственно), сроки появления левожелудочковой недостаточности от начала болезни (35,5±9,2 и 19,8±0,9), сроки появления правожелудочковой недостаточности (37,5±3,5 и 23,0±2,5), а при ДКМП эти показатели еще более укорачиваются и составляют 0,8±0,08 и 1,7±0,3 мес.[6-А, 7-А].
3. Эхокардиографические показатели ФВ, ИММЛЖ, ТЗС ЛЖ, КДР ЛЖ являются важными дифференциально-диагностическими критериями между ИБС и НЗМ у больных с симптомами сердечной недостаточности, а при отсутствии клинико-лабораторных проявлений сердечной недостаточности и кардиомегалии дифференциальный признак сохраняется только у показателя линейного размера аорты [3-А, 4-А].
4. Добутаминовая проба с оценкой динамики изменения ИСЛЖ до и после проведения нагрузочной пробы является высокоинформативным дифференциально-диагностическим критерием между больными НЗМ и ИБС. При увеличении показателя ИСЛЖ и появлении нарушений сегментарной сократимости наиболее вероятным диагнозом является ИБС, при уменьшении показателя ИСЛЖ и увеличения общей сократимости миокарда наиболее вероятным диагнозом является НЗМ [5-А, 6-А].
5. При наличии кардиомегалии и клинических проявлений сердечной недостаточности линейный размер ПЖ и ИКДО позволяют дифференцировать больных ИБС и ДКМП. При отсутствии кардиомегалии и сердечной недостаточности линейный размер ПЖ не может быть дифференциальным критерием разграничения больных ИБС и МК [8-А, 9-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Возраст начала клинических проявлений болезни при ИБС составляет от 44 лет и более. Возраст начала заболевания у больных НЗМ нередко составляет от 25 до 35 лет.
2. Линейный размер АО, измеренный на уровне аортальных клапанов, превышающий 3,0 см более характерен для больных ИБС.
3. Линейный размер ПЖ превышающий 2,5 см и более свидетельствует о легочной гипертензии и разграничивает лиц с ИБС и ДКМП при осложнении заболеваний кардиомегалией и сердечной недостаточностью.
4. Добутаминавая проба - метод легко проводимый в стационарах оснащенных эхокардиографическим оборудованием и является высокоинформативным методом разграничивающим больных ИБС и НЗМ при дифференциально-диагностические затруднениях у сложных и непонятных больных с ИБС или НЗМ.
5. Показаниями для использования добутаминавой нагрузки могут быть: выявление нарушений сегментарной сократимости в покое, низкий показатель ИСЛЖ, болевой синдром в грудной клетке неясного генеза, «немая ишемия», атпичные клинические течения ИБС или НЗМ.
6. Появление нарушений ритма и проводимости сердца, а также патологического Q без кардиалгии, наиболее часто указывает на диффузное некоронарогенное поражение миокарда с некротизирующим процессом «некротизирующий миокардит» и является неблагоприятным прогнозом у больных с НЗМ.
7. Повышение ИСЛЖ при выполнении добутаминавой пробы, указывает на высокую вероятность ИБС и является прямым показанием для проведения коронароангиографии.
8. С целью верификации этиологического фактора у больных с НЗМ необходимо проведение бактериологических и вирусологических исследований, поиск и санация хронических очагов инфекции, с дальнейшим учетом в плане лечения. Практическому врачу необходимо провести тщательный сбор анамнеза заболевания, а также дебют болезни и перенесенные бактериальные и вирусные заболевания

Список публикаций соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых журналах:

- [1-А] Вильданшин Д.К.. Особенности этиологической структуры воспалительно-дистрофических заболеваний миокарда / С.М. Бобоалиев, Д.К. Вильданшин, Ш.Ф. Одинаев, А.И. Табаров // Ж. Вестник академии медицинских наук.- 2018.- Т.VIII.№3-С. 307-312.
- [2-А] Вильданшин Д.К. Показатели внутрисердечной гемодинамики в оценке сократительной способности миокарда/Д.К. Вильданшин, Ш.Ф. Одинаев, Ф.И. Одинаев//Ж. Здравоохранение Таджикистана, 2018.-№3 с 20-27.
- [3-А] Вильданшин Д.К. Функциональное состояние сердечной мышцы у больных некоронарогенными заболеваниями миокарда и ишемической болезнью сердца /Д.К. Вильданшин, Ф.И. Одинаев, М.Э. Раджабзода, А.И. Табаров // Ж. Вестник академии медицинских наук.- 2018.- Т.VIII.№ 4(28).- С. 413-418.

Статьи и тезисы в сборниках конференции:

[4-А] Вильданшин Д.К. Эндокринный миокард и гормоны щитовидной железы/Д.К. Вильданшин, Ф.И. Одинаев, М.Э. Раджабзода, А.И. Табаров// Ж. Вестник Академии наук Таджикистана, Бюллетень-28-29 июня.- 2018.- С. 38-40.

[5-А] Вильданшин Д.К. Бактериальная микрофлора организма у больных с миокардитами /Д.К. Вильданшин, Ф.И. Одинаев, М.Э. Раджабзода, А.И. Табаров// Ж. Вестник Академии наук Таджикистана, Бюллетень-28-29 июня.- 2018.- С. 35-37.

[6-А] Вильданшин Д.К., Раджабзода М.Э., Одинаев Ш.Ф., Солиев Ф.Г., Саидова Калликреинкининовая система крови у больных ишемической болезнью сердца жителей низкогорья Таджикистана/М.Э.Раджабзода и др. // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии содружества независимых Государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний» 26-27 апреля, Душанбе, 2019. С. 318.

[7-А] Вильдашин Д.К., Табаров А., Одинаев Ф.И. Состояние гормонов щитовидной железы у больных с кардиомиопатиями Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии содружества независимых Государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний» 26-27 апреля, Душанбе, 2019.с. 136.

[8-А] Вильдашин Д.К., Каримова Ф.А., Солиев Ф.Г. Электромагнитные поля как фактор дестабилизации миокарда Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии содружества независимых Государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний» 26-27 апреля, Душанбе, 2019.с. 135.

[9-А] Вильданшин Д.К., Курбанов А.Ч., Табаров А., Одинаев Ф.И. Гормональный миокард Евразийский кардиологический журнал «Кардиология Узбекистана» №2 (59), Ташкент, 2019 г.- Материалы VII-го Евразийского конгресса кардиологов.- С. 374.

Список сокращений и условных обозначений

АГ –	артериальная гипертензия
АД –	артериальное давление
АД сист. -	систолическое артериальное давление
АД д.-	диастолическое артериальное давление
АО -	аорта (линейный размер)
ЗСН -	застойная сердечная недостаточность
ИБС -	ишемическая болезнь сердца
ИКСО -	индекс систолического объема левого желудочка
ИКДО -	индекс диастолического объема левого желудочка
ИСЛЖ -	индекс сократимости левого желудочка
КДО -	конечный диастолический объем левого желудочка
КСО -	конечный систолический объем левого желудочка
КДР -	конечный диастолический размер левого желудочка
КСН -	конечное систолическое напряжение
КСР -	конечный систолический размер левого желудочка
ЛП -	левое предсердие
ЛЖ-	левый желудочек
НЗМ -	некоронарогенные заболевания миокарда
МК -	миокардит
ДКМП –	дилатационная кардиомиопатия

МД -	миокардиодистрофия
ФВ-	фракция выброса
ММЛЖ -	масса миокарда левого желудочка
ТЗСЛЖ-	толщина задней стенки левого желудочка
ТМЖП-	толщина межжелудочковой перегородки

МД «ПАЖЎҲИШГОҲИ ТИББИ ПРОФИЛАКТИКИИ ТОҶИКИСТОН»

УДК: 616.127-002; 616.01-005.4-07

ВИЛДАНШИН ДАМИР КАВИЕВИЧ

**БЕМОРИҲОИ ҒАЙРИКОРОНАРОГЕНИИ МИОКАРД, ҶАНБАҲОИ
ТАФРИҚӢ –ТАШХИСӢ БО БЕМОРИИ ИШЕМИКИИ ДИЛ**

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

Душанбе-2021

Таҳқиқот дар шуъбаи МД «Пажӯҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Одинаев Фарҳод Исматуллаевич** - узви хориҷии АИР доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ: **Митковская Наталя Павловна** - доктори илмҳои тиб, профессор, директори МД “Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-амалии Кардиология”, мудири кафедраи кардиология ва бемориҳои дарунии Муассисаи таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Беларусия», ш. Минск, Ҷумҳурии Беларусия
Файзуллоев Ҳикматулло Тоирович - номзади илмҳои тиб, муовини директори МД «Маркази ҷумҳуриявии клиникии бемориҳои дил» ВТ ва ҲИА ҚТ

Муассисаи тақриздиханда: МТД «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Ҳимояи диссертатсия «_____» _____ соли 2021 соати ___ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-038 МТД ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино баргузор мегардад. Суроға: Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе 734003, хиёбони Рӯдакӣ, 139, www.tajmedun.@tj, +992 918 724088.

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

Автореферат «_____» _____ соли 2021 ирсол гардид.

**Котиби илмӣ
шӯрои диссертатсионӣ,
н.и.т., дотсент**

Р.Ҷ. Ҷамолова

МУҚАДДИМА

Мубрамӣ ва зарурати баргузори таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.

Бемориҳои ғайрикوروناогени миокард (БҒМ) яке аз проблемҳои мураккаб дар клиникаи бемориҳои дарунӣ ба ҳисоб рафта, ҳам усулҳои нави ташҳис ва ҳам табобати аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснокро талаб мекунад [Палеев Н.Р. 2001; Триль В.Е. 2004; Алаева Е.Н. 2012]. Ба ҳиссаи умумии бемориҳои ғайрикوروناогени миокард тақрибан 15%-и ҳамаи беморони кардиологӣ, ки дар шубҳаҳои кардиологӣ бистарӣ шудаанд, рост меоянд, ки дар байни онҳо кардиомиопатия (КМП), КМП дилатсионӣ (КМПД), миокардитҳои паҳнфто (МП) ва миокардиодистрофия (МД) аҳамияти калон доранд. Мувофиқи таснифоти байналмилалӣ бемориҳо (ТББ -10) онҳоро кардиомиопатияҳо-кардиомиопатияҳои махсус: дилататсионӣ, ишемикӣ, гипертрофӣ, рестриктивӣ ва ғайримахсус: алкоғолӣ, токсикӣ, ҳангоми ихтилолҳои метаболикӣ ва ғ. меноманд. Аксар вақт полиморфизми симптомҳои клиникӣ ва шаклҳои ба таври атипикӣ чараёндоштаи бемориҳои ғайрикوروناогени миокард (БҒМ) имконият намедиханд, ки мувофиқи таснифи қабулшуда ташҳиси муфассали пурраи клиникӣ инъикос карда шавад. Дар бештари ҳолатҳо якҷояшавии симптомҳои клиникӣ ин бемориҳо бо бемориҳои ишемикии дил (БИД) барои ташҳиси тафриқӣ, тактикаи табобат ва профилактика мушкилоти зиёдеро ба бор меорад [Бакалец Н.Ф. 2015; Благова О.В. 2012; Коваленько В.Н. 2001; Филиппов Е.В. 2017].

Муқоиса кардани параметрҳои клиникӣ-функционалӣ дар беморони БИД ва БҒМ нишон медиҳанд, ки онҳо метавонанд аз якдигар фарқ накунад, нишондиҳандаҳои лабораторӣ бошад, ба монанди сатҳи холестерини плазма, протромбин, АСТ, АЛТ, системаи лахтабандии хун метавонанд мушобех бошанд ва хусусияти иттилоотнокӣ надоранд. Маълумотҳои адабиёти илмӣ ва таҷрибаҳои амалӣ нишон медиҳанд, ки симптоми асосӣ ва зиёд ба назар расандаи БИД кардиалгия ба ҳисоб меравад. Аммо вай метавонад, ки ҳангоми осебҳои диффузии миокард низ дида шавад. Дар айни замон тағйиротҳои лонавӣ-ҳадшавӣ дар миокард дар шакли дандонаи Q ҳангоми сабт кардани ЭКГ на танҳо дар бемории коронарии дил, балки дар беморони мубтало ба КМПД ва МК низ муайян карда мешаванд [Благова О.В 2017; Школьникова М.А. 2011; Одейр О.В 2004; Шилов А.М. 2001].

Ин ҳолатҳо аз табиб муносибати инфиродӣ ва таҳлили амиқи нишондиҳандаҳои клиникӣ-лабораторӣ ва функционалиро талаб мекунад. Бо вуҷуди ин, бо назардошти шароитҳои гуногун, полиморфизми тағйиротҳои клиникӣ ва функционалии қисме аз беморон бе тавачҷуҳи зарурӣ мемонанд ва муддати тӯлони табобати номуносиб мегиранд. Дер шинохтани бемории онҳо ба осебҳои музмини илтиҳобии миокард, афзудани ихтилоли ритм, пайдо шудани норасоии музмини дил оварда мерасонад [Ларина В.Н. 2017; Недогода С.В. 2008; Николаевский Е.Н. 2005; Николаевский Е.Н. 2004].

Дарачаи азхудшудан масъалаи илмӣ. Тавачҷуҳ ба омӯзиши ташҳиси тафрикии БИД ва бемориҳои ғайрикوروناогени миокард дар таҳқиқотҳои сершумори муҳаққикони Федератсияи Россия ва хориҷӣ инъикос ёфтаанд [Гончарова Е.В. 2009], ки инро басомади баланди ҳолатҳои фавтовар ва ташҳиси нодурусти бемории асосӣ асоснок мекунад. Таҷрибаи табибони амалӣ нишон дод, ки бемории мазкур дар марҳалаҳои нисбатан дерӣ худ возеҳ ва ташҳиси он яқину равшан аст, дар ин давра танҳо ба табобати самараноки медикаментозӣ ва амалиёти гаронарзиши ҷарроҳӣ умед бастан лозим мешавад, дар ин маврид оқибати эҳтимолии фавт ҳангоми бемориҳои БИД ва БҒК (бемориҳои ғайрикوروناогени миокард) метавонад, ки якбора ва ё дар натиҷаи пешравии норасоии дил ба амал ояд [Александрова Л.З и др. 1985]. Дар ин самт дар адабиёти илмӣ оид ба бемориҳои ғайрикوروناогени миокард маълумоти кам ба назар мерасад. Дар кардиология иртиботи БҒМ бо сироят, агентҳои дохилиҳучайравӣ (вирусӣ), таъсироти сироятӣ- токсикӣ, эндокринопатияҳо ва ғайра шубҳаеро ба бор намеорад

[Глезер М.Г. 2017; Стронгин Л.Г. 2010]. Ҳамчунин дар диссертатсия бо донишмандони россиягӣ ва хоричӣ, ки ба таҳқиқи омилҳои этиологии бемориҳои диффузии миокард машғуланд, баҳсу мунозира шудааст, зеро онҳо дар хусуси бисёр ҷанбаҳои БҶМ, дар бораи нақши клиникӣ ва патофизиологии антителаҳо нисбат ба агентҳои мухталифи миокард дар пайдошавӣ ва инкишофи бемориҳои дилу рағҳо фикру ақидаи ягона надоранд [Ларина В.Н. 2017; Недогада С.В. 2008]. Дар диссертатсия таҳқиқотҳои донишмандони россиягиву хоричӣ дар масъалаи омилҳои сершумори осебрасонандаи дил, омилҳои этиологии хатари ташаккулёбии бемориҳои ғайрикоронарогении миокард истифода ва ғояҳои онҳо тақмил дода шудааст. Тибқи маълумоти адабиёти илмӣ муаллифон ба гурӯҳи омилҳои зиёд дучоршаванда инҳоро шомил кардаанд: бемориҳои сироятӣ бо осеби миокард, бемориҳои вирусӣ, эндокринокардиомиопатия, кардиомиопатияи климактерия, МК-и этанолӣ (алкоголӣ), бемориҳои аллергия ва токсикӣ-аллергӣ, норасоии ғизо ва бисёр ҷанбаҳои ин беморӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба қадри зарурӣ омӯхта нашудаанд ва тарзе ки таҷрибаҳои амалӣ нишон медиҳанд, миқдори чунин беморон бемайлони меафзояд [Зубайдов Р.Н. 2011; Палеев Ф.Н. 2002; Теодори М.И. 1974].

Ҳангоми аз болои диссертатсия қор қардан қорҳои илмӣ коллективӣ ва монографияҳои ҷудоғонаи донишмандони Россия бахшида ба зарурати аз гурӯҳи беморони гирифтори БИД ҷудо қардани беморони мубтало ба БҶМ мавриди омӯзиш қарор дода шуданд, ки ин дорои аҳамияти бузург аст, зеро табобати муносиби этиопатогенетикӣ боиси зуд беҳтар шудани пешгӯиҳои зиндамонӣ мегардад [Бубнова М.Г. 2017; Оганов Р.Г. 2007; Павленко В.И. 2012].

Омӯзиши ҷанбаҳои гуногуни ташҳиси тафриқии БҶМ, ба миқдори зиёди адабиёти илмӣ нигоҳ накарда, то ҳол на дар адабиёти россиягӣ ва на хоричӣ тафсилоти дақиқи онро дар даст надорем. Ин вазъият, ба андешаи мо, ба тағйирот ва афзудани як қатор омилҳои этиологӣ, ки хоси одамони муосир аст (нурафкании электромагнитӣ ва мобилӣ, манзараи радиоактивӣ, тағйироти таркиби микроэлементҳои ғизо ва ғ.) алоқаманданд.

Ҳамин тавр, ташҳиси тафриқии БҶМ дар кардиология вазифаи мушқил ба ҳисоб меравад, консепсияи ягонаи илмӣ, ки пайдошавӣ ва рушди бемориҳои сироятии мушакҳои дилро фаҳмонанд, мавҷуд нест, алгоритмҳои дар имрӯз мавҷудбудаи ташҳис дар асоси синдромҳои ғайримустақими клиникӣ-инструменталӣ бунёд шудаанд, ташҳис бошад, дар асоси комбинатсияи меъёрҳои номаҳсус гузошта мешавад. Маълум аст, ки зарурати клиникӣ қорқарди меъёрҳои ташҳиси тафриқии БИД ва БҶМ ногузир аст, ин маҳсусан ҳангоми марҳалаҳои барвақти беморӣ бидуни аломатҳои норасоии дил ниҳоят муҳим аст.

Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон то имрӯз ташҳиси бемории миокард бо истифода аз технологияҳои тақмилёфта дар сатҳи муосир гузаронида мешавад. Аммо бисёр ҷанбаҳои каммаълуми дар боло зикршуда то ҳол кам омӯхта шудаанд ва актуалӣ боқӣ мемонанд. Ин вазъият ба афзоиши ҳамаҷузӣ омилҳои хатари БҶМ иртибот дорад ва татбиқи усулҳои нисбатан васеи таҳқиқотро талаб мекунад. Дар робита аз ин, дар пажӯҳишҳои таҳқиқотҳои бактериологӣ, вирусологӣ сурат гирифта, ҳамчунин гузаронидани санҷишҳои гуногуни сарборҳои тафриқӣ муҳим шуморида мешаванд. Дар ин самти таҳқиқотҳои гузаронидашудаи зикршуда дар ҷанбаи муқоисавӣ байни БИД ва БҶМ анҷом дода шудаанд. Дар айни замон, дар кардиологияи амалии бисёр кишварҳои ҷаҳон меъёрҳои ягонаи ташҳис ва стандартҳои клиникӣ дида намешавад [Палеев Ф.Н. 2002].

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: омӯختани хусусиятҳои сохторҳои этиологии бемориҳои ғайрикоронарогении диффузии зиёд дучоршаванда, асоснок қардани имкониятҳои истифодаи муайянкунии параметрҳои гемодинамикаи дохилидилӣ, стресс-эхокардиография дар ташҳиси тафриқии БИД ва БҶМ.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқоти диссертатсия 120 бемори мубтало ба бемориҳои миокард буданд, ки ба ду гурӯҳ ҷудо қарда шудаанд- 60 бемори мубтало ба

БИД ва 60 бемор гирифтори БҒМ бо этиологияи гуногун. Ҳамаи беморони таҳқиқшуда аз ҷиҳати кардиологӣ таҳқиқ карда шуданд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши муқоисавии усулҳои клиникӣ-лабораторӣ ва инструменталии таҳқиқот дар ду гурӯҳи беморон буд. Бар иловаи усулҳои кардиологӣ ва умумиклиникии таҳқиқот ҳамчунин бо мақсади муқоиса намудани омилҳои этиологии миокардитҳо ва БҒМ таҳқиқотҳои бактериологӣ, вирусологӣ дар ҳарду гурӯҳ гузаронида шуд. Дар ин маврид ҷанбаи нисбатан муҳимми мавзӯи омӯзиш баҳогузорӣ ба нишондиҳандаҳои санҷишҳои (намунаҳои) добутаминӣ бо таҳлили кашишхӯрии 16 сегменти миокард ба ҳисоб меравад.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Дар асоси таҳлили таҳқиқотҳои ретроспективӣ ва проспективии клиникӣ, лабораторӣ, биохимиявӣ, бактериологӣ, вирусологӣ муқаррар кардани омилҳои эҳтимолии этиологии БҒМ.
2. Баҳогузорӣ кардани параметрҳои асосии гемодинамикаи дохилидилӣ, аҳамияти онҳо дар ташҳиси тафрикии БҒМ ва БИД.
3. Асоснок кардани имкониятҳои ба сифати усули иттилоотнокиаш олии ташҳиси тафрикии БҒМ ва БИД истифода кардани стресс-эхокардиография бо намунаи (санҷиши) сарбории фармакологӣ.
4. Таҳия ва тавсия кардани алгоритмҳои илман асосноки ташҳиси тафрикии БҒМ ва БИД барои татбиқи амалӣ.

Усулҳои таҳқиқот. Тамоми таҳқиқот дар пойгоҳи Маркази ҷумҳуриявӣ клиникии кардиология гузаронида шуд. Барои ҳар як бемор анкетаи махсус тайёр кардашуда бо нишон додани маълумотҳои анамнезӣ, омилҳои хатари ташаккули бемориҳои дилу рағҳо, таҳқиқотҳои умумиклиникӣ пур карда шуд. Бо мақсади верификасияи ташҳиси дуруст усулҳои муосиру муносиби таҳқиқот истифода карда шуданд: таҳқиқотҳои умумиклиникӣ ва махсус мувофиқи нақшаи кардиологӣ. Таҳқиқотҳои умумиклиникӣ: (муоинаи умумии хун, таҳлили биохимиявии хун, ЭКГ, ЭхоКГ). Усулҳои махсуси таҳқиқот: таҳқиқоти нишондиҳандаҳои геометрии дил, системаҳои лахтабандӣ ва зидди лахтабандии хун, нишондиҳандаҳои липидҳои хун: липопротеинҳои зичиашон кам (ЛПЗК), липопротеинҳои зичиашон зиёд (ЛПЗЗ), триглицеридҳо, ОХ, таҳлили бактериологӣ, ҳамчунин гузаронидани санҷишҳо бо добутамин.

Соҳаи таҳқиқот. Диссертатсия ба проблемаҳои илмии кардиология бахшида шуда, бо шиносномаи КОА-и назди Президенти ҚТ оид ба ихтисоси 14.01.04- «Бемориҳои друнӣ» мувофиқат мекунад: зербанди 3.4. Этиология ва патогенез, омилҳои хатар, генетикаи бемориҳои узвҳои дарунӣ ҳам беморон ва ҳам шахсони солим; 3.7. Ихтилоли функцияҳои узвҳои дарунӣ ҳам беморон ва ҳам шахсони клонсоли солим. Таҳқиқот яке аз фаслҳои асосии тибби бемориҳои дарунӣ- кардиологияро инъикос мекунад. Муҳтавои диссертатсия таҳқиқоти бахшида ба бемориҳои дилу рағҳо, аз ҷумла бемориҳои миокардро дар бар мегирад. Ҳама нуктаҳои илмӣ, хулоса ва тавсияҳои амалии диссертатсия вазифаҳои дар назди диссертатсия гузошташударо инъикос намуда, асоснок мебошанд ва мантиқан аз натиҷаҳои таҳқиқоти иҷрошуда бар меоянд.

Марҳалаҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти мазкур марҳила ба марҳила иҷро карда шудааст. Дар марҳалаи якум мо адабиёти илмии муаллифони хориҷӣ ва ватании ба мавзӯи ақтуалии мазкур дахлдорро баррасӣ намудем, баъдан мавзӯи диссертатсия ва мақсади он муайян карда шуд. Бо назардошти хусусиятҳои ғизо, шароити иҷтимоӣ-маишӣ, ҳамчунин шароити кор ва зист омилҳои хатари бартаридоштаи беморони гирифтори БИД ва БҒМ-ро ҷудо кардем. Дар марҳалаи дуюм беморонро ба гурӯҳҳо ҷудо намудем, дар ин марҳала ҳолати функционалии миокард ва баҳодиҳии муқоисавиву

клиникии ду гурӯҳи беморон низ баҳогузори карда шуд. Дар марҳалаи баъдӣ баҳогузори нишондиҳандаҳои дохилидили гемодинамика анҷом дода шуд, барои ошкор намудани омилҳои этиологии миокардит кишти бактериологии маводи биологӣ гузаронида шуд. Дар марҳилаи ниҳой стресс-эхокардиография бо санҷиши сарбории добутаминӣ роҳандозӣ гардид.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот. Дар таҳқиқот таҳқиқотҳои асосии илмии конференсияҳои илмии Федератсияи Россия ва пажӯҳишҳои илмии ба проблемаҳои миокардит ва бемориҳои миокардио-дистрофикии миокард бахшидашуда мавриди мутолиа қарор дода шуданд. Таҳқиқотҳо ва диссертатсияҳои дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷимояшуда таҳлил карда шуд. Дар таҳқиқот корҳои илмии бахшида ба ҷанбаҳои гуногуни ташхиси тафрикии бемориҳои ғайрикоронарогении миокард низ мавриди омӯзиш қарор гирифтанд. Таҳқиқот дар пойгоҳи шуъбаи бемориҳои ишемикии музмини дил МЧКК ш. Душанбе анҷом дода шудааст.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои таҳқиқотро эътимоднокии маълумотҳо, **бо** ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ мекунанд. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи таҳлили илмии натиҷаҳои таҳқиқоти илмӣ бунёд шудаанд ва боэҳтиромии интиҳобкунӣ, васеъгии доираи маводи аввалия, ҷиддияти таҳлили сифатӣ ва миқдории он, системанокии протокураҳои таҳқиқот, истифодаи кардани усулҳои муосири коркарди омории иттилоот таъмин карда шудаанд.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Бори нахуст дар асоси маводи фаровон чунин корҳо анҷом дода шудаанд:

- ✓ Меъёрҳои ташхиси тафрикӣ, ки имконият медиҳанд беморони мубтало ба БҶМ ва БИД ҷудо карда шаванд, муқаррар карда шуд;
- ✓ Агентҳои асосии сироятӣ ва вирусии сарбории антигенӣ ба штаммҳои гуногуни зуком (грипп), сирояти аденовирусии беморони мубтало ба БҶМ ошкор карда шуданд;
- ✓ Меъёрҳои асосии тафрикии омилҳои клиникӣ-замонӣ, таҳқиқоти эхокардиографӣ ошкор ва ба таври эътимодбахш исбот карда шудааст, ки усули эхокардиографии таҳқиқот бо мақсади ташхиси тафрикӣ метавонад, ки на ҳамеша манзараи объективи бемориро инъикос намояд;
- ✓ Усули стресс-эхокардиография бо намунаи сарборӣ бо добутамин ба сифати усули дорои маълумоти олии тафриқавии байни БИД ва БҶМ таъйид шуд. Дар беморони мубтало ба БҶМ дар заминаи инфузияи добутамин дар муқоиса аз ҳолати оромӣ паст шудани дараҷаи возеҳии ихтилоли кашишхӯрии маҳдуд ба назар мерасад, ки бо кам шудани нишондодҳои шохисии кашишхӯрии меъдачаи чап (ШКМЧ) зоҳир мегардад, ҳол он ки дар беморони гирифтори БИД инфузияи добутамин боиси зиёд шудани миқдори сегментҳои миокард бо вайрон шудани кашишхӯрӣ мегардад, ин дар афзоиши шохисии кашишхӯрии меъдачаи чап (ШКМЧ) ҳангоми гузаронидани санҷиши сарборӣ дар муқоиса аз ҳолати оромӣ инъикоси худро ёфтааст.

Аҳамияти назарии таҳқиқот. Натиҷаҳои пажӯҳиши диссертатсия ва усулҳои дар он истифодашуда дар амалия татбиқ ва истифода шуда истодаанд: дар Маркази ҷумҳуриявии клиникии кардиологияи ш. Душанбе; дар диспансерҳои вилоятӣ ва байниноҳиявӣ; дар фаъолияти омӯзгорӣ ҳангоми хондани лексия ва баргузори дарсҳои амалӣ барои курсантҳо, интернҳо, ординаторҳо, сиклҳои такмили ихтисос оид ба кардиология дар ДБДКСТ; дар ПИТ тибби профилактики Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳамчунин санадҳои тасдиқкунанда дар бораи дар раванди таълим ва илми кафедраи кардиология бо курси фармакологияи клиникии ДБДКСТ.

Аҳамияти амалии таҳқиқот: Пажӯҳиши гузаронидашуда нишон дод, ки беморони мубтало ба БҶМ бояд ҳамчун категорияи махсуси беморон баррасӣ карда шаванд ва дар протсессии стратификацияи (табақабандии) хатари пайдошавии оризаҳои кардиалӣ усулҳои нисбатан муфассали клиникӣ-инструменталии таҳқиқот гузаронида шаванд ва вай бояд дар асоси муносибати комплексӣ бо дар назардошти параметрҳои умумиклиникӣ ва натиҷаҳои ғайриинвазивии ташхис иҷро карда шаванд. Таҳқиқоти анҷомдодашуда имконият медиҳад, ки беморони гурӯҳи хатари БҶМ, ки барояшон табобати адеквативӣ (муносиб) зарур аст, сари вақт ошкор карда шаванд. Ташхиси барвақт ва табобати саривақтии бемороне, ки дар онҳо омилҳои асосии этиологӣ муқаррар карда шудаанд, аз ҷумла флораҳои бактериалӣ ва вирусӣ имконият медиҳад, ки беморшавии чунин шакли бемории бемориҳои дилу рағҳо кам карда шаванд, муҳимтар аз ҳама ин аст, ки оризаҳои зиёд дучоршавандаи бемориҳои ғайрикоронарогении миокард, ба монанди намудҳои гуногуни ихтилоли ритми дил, норасоии гардиши хун, кардионевроз ва фавти ногаҳонӣ ва ғайра ба қадри назаррас кам карда шаванд.

Натиҷаҳои диссертатсия имконият медиҳанд, ки алгоритми махсуси ташхисии таҳқиқоти беморони мубтало ба БҶМ таҳия карда шаванд, ки ин метавонад барои табибони тибби амалӣ, кардиологҳо ёрирасон бошанд. Истифодаи карданиаломатҳои тафриқавии ошкоркардашуда ва гузаронидани санчишҳои сарбории добутаминӣ дар беморон ба табибони амалӣ имконият медиҳад, ки ташхиси тафриқии БҶМ ва БИД – ро самараноктар гузаронанд. Дар асоси натиҷаҳои таҳқиқоти санчишҳои сарбории добутаминӣ мумкин аст, ки ба таври мақсаднок зарурати гузаронидани ва ё истисно кардани коронарография тавсия карда шаванд.

Нуқтаҳои ҳимояшавандаи диссертатсия:

5. Синни саршавии беморӣ, аломатҳои клиникӣ аввалини беморӣ ва дигар параметрҳои муваққатии беморӣ меъёри муҳими ташхиси тафриқии БИД ва БҶМ мебошанд.
6. Дар байни параметрҳои нисбатан иттилоотноки эхокардиографӣ, монанди ФВ, КСРЛЖ, КДРЛЖ, дар самти ташхиси тафриқии БИД ва БҶМ серитгилоътаринашон ФП (фраксияи партоб) ва андозаи ростхатаи аорта ба ҳисоб меравад.
7. Гузаронидани стресс-эхокардиография бо санчишҳои сарбории добутаминӣ имконият медиҳанд, ки ба таври эътимоднок беморони БИД ва БҶМ ҷудо карда шаванд. Санчишҳои сарбории добутаминӣ дар статсионарҳои терапевтӣ, ки дастгоҳҳои эхокардиографӣ доранд, ба осонӣ иҷро карда мешаванд.
8. Баҳогузурӣ кардани ШКМИ аз рӯи натиҷаҳои гузаронидани санчишҳои сарбории добутаминӣ дар муқоиса аз ШКМИ, ки дар оромӣ ҳисоб карда мешавад, имконият медиҳад, ки ба беморон гузаронидани коронароангиография тавсия карда шаванд.

Саҳми шахсии довтолаб. Муаллифи диссертатсия чамъоварии маълумотҳои аввалия, коркард ва таҳлили маводи клиникӣ мустақилона гузаронидааст. Ӯ минбаъд баҳодихии онҳоро мустақилона иҷро кардааст. Бо иштироки шахсии диссертант дизайни таҳқиқот таҳия гашта, мурағаб сохтани мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот, муоинаҳои динмикии беморон, коркарди омории мавод ва таълифи рисолаҳо шахсан худ муаллиф иҷро намудааст. Таҳқиқот ва мувоқиқати беморонро шахсан худ анҷом додааст.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он. Нуқтаҳои асосии таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия дар конференсияи 61 ва 62-юми солонаи илмӣ- амалии МДТ “ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, (Душанбе, 2014-2015) гузориш шудаанд. Маводи диссертатсия дар конференсияи илмӣ- амалии «Масъалаҳои коморбидӣ дар клиникаи беморҳои дарунӣ» (Душанбе, с. 2018), дар Конгресси байналмилалӣ кардиологҳо ва терапевтҳо (Душанбе, 2019), Съеди 7-уми кардиологҳои Арусиё (Тошкент, 2019) пешниҳод ва баррасӣ шудаанд. Таъйиди таҳқиқот дар ҷаласаи васеи

комиссияи проблемавии экспертии ПИТ тибби профилактикии Тоҷикистон (14.11.с.2019, протоколи № 4) баргузор шудааст.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Доир бар мавзӯҳои рисола 9 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки аз ҷумлаи онҳо 3 мақола дар маҷаллаҳои тақризишавандаи тавсиянамудаи КОА – и назди Президенти ҶТ ба ҷоп расидааст.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия аз муқаддима, шарҳи адабиёти илмӣ, мавод ва усулҳои таҳқиқот, 3 боби натиҷаҳои таҳқиқоти худӣ диссертант, баррасии натиҷаҳо (ҷамъбаст), хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Матни диссертатсия дар ҳаҷми 148 саҳифаи ҷопи компютерӣ таълиф шуда, дар он 15 ҷадвал ва 11 расм оварда шудааст. Адабиёти истифодашуда 227 сарчашмаро (дар бар гирифтааст, ки аз он 176 сарчашма бо забони русӣ 51 сарчашма бо забонҳои дигари хориҷӣ мебошанд.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Маводи воқеии пажӯҳиши диссертатсия баҳодиҳии муқоисавии нишондодҳои клиникӣ-лабораторӣ ва функционалии беморони мубтало ба БИД ва гурӯҳи беморони дорои бемориҳои ғайри коронарогении миокард (60 нафар) буданд. Ҳамаи беморони дорои (БҒМ) бо мақсади истисно кардани лонаҳои имконпазири латентии (ниҳонии) беморӣ ва сироятҳои музмин аз муоинаи табиби оториноларинголог, стоматолог, гинеколог гузаронида шуданд. Ҳамчунин таҳқиқоти бактериологӣ ва вирусологӣ ва рентгенологӣ гузаронида шуд.

Дар гурӯҳи беморони дорои БИД беморони ҳуччатнигоришудаи дорои БИД, ки манзараи атипӣи клиникӣ надоштанд ва ташҳиси онҳо ба таври эътимоднок дар асоси таҳқиқоти ЭКГ, ЭхоКГ ва мълумотҳои клиникӣ-анмнезӣ верификатсия шуда буданд, шомил гардиданд. Синну соли миёни беморони гирифтори БИД $48, \pm 1,5$ сол буд. Синну соли миёнаи беморони гирифтори БҒМ $36,0 \pm 1,1$ сол буд. Синну соли занҳои мубтало ба осебҳои паҳнфти миокард ба $38,8 \pm 2,6$ сол ва аз мардҳо ба $35,0 \pm 1,5$ сол баробар буд. Ин гурӯҳи беморон бо дар назардошти полиморфизми зухуроти клиникӣ ва махсусан мавҷуд будани кардиомегалия ба ду зергурӯҳ, яъне дорои кардиомегалия ва бидуни кардиомегалия ҷудо карда шуда буданд. Ба зергурӯҳи бемороне, ки кардиомегалияи возеҳ ва норасоии музмини дил доштанд, асосан беморони дорои кардиомиопатияи дилататсионӣ (КМПД) -15 нафар дохил гаштанд, ки дар байни онҳо мардҳо 12 нафар ва занҳо 3 нафар буданд, синну соли миёнаи онҳо $34,0 \pm 0,4$ солро ташкил дод (ҷадвали 1).

Меъёрҳои барои дохил кардани беморон ба таҳқиқот:

- Беморони бо ҳуччатнигорӣ асоснокшудаи БИД.
- Беморони мубтало ба БҒМ бо этиологияҳои гуногун (миокардит (МК), миокардидистрофия)
- Вучуд доштани визуализатсияи ултрасадоии қаноатбахш дар вазъияти оромӣ ва хангоми стресс-тест.

Меъёрҳои барои хориҷ кардани беморон аз таҳқиқот:

В учуд надоштани тирезаи ултрасадоии қаноатбахш.

- Даст кашидани бемор аз таҳқиқот дар ҳама мараҳалаҳои он.
- Вучуд доштани бемориҳои клапанҳо, нуқсонҳои модарзодӣ ва пайдошуда.
- Ревматизм (фазаи фаъол)
- ГБ, БИД (инфаркти миокард)
- Қаблан аз сар гузаронидани ҷарроҳӣ дар шрёнҳои коронарӣ.

Ҷадвали 1.- Гурӯҳбандии беморони таҳқиқшуда

Бемории ишемикии дил (n=60)						
Синну сол	30-39 сола	40-49 сола	50-59 сола	60-69 сола	70 сола ва калон	Всего
Мардҳо	2	11	17	9	6	45
Занҳо	-	2	6	3	4	15
БҒМ(n=60)						
Синну сол	30-39 сола	40-49 сола	50-59 сола	60-69 сола	70 сола ва калон	Ҳамагӣ
Мардҳо	29	16	4	2	-	49
Занҳо	6	3	2	-	-	11

Таҳқиқоти электрокардиографӣ (ЭКГ) дар дастгоҳи «МАС 1200» ширкати Marcquitte Hellige (Германия, с.998) гузаронида шуд. Монитори шабонарӯзии ЭКГ бо истифода аз системаи «ЗАО МЕДИТЕК» ширкати Астрокард (Россия, с.2007) иҷро гардид. Таҳқиқоти эхокардиографӣ (ЭхоКГ). Функсияи кашишхӯрии миокард ва вазъияти гемодинамикаи дохилидилӣ бо усули эхокардиография бо истифода аз ҳисобкунакҳои трансторакалии 3,5 МГц ширкати Philips омӯхта шуд.

Санчиш бо добутамин дар ҳолати дароз кашидани бемор гузаронида шуд, ҳангоми инфузияи дору микдори кашишхӯриҳои дил ва фишори шарёниро ҳисоб карданд. Вайрон шудани кашишхӯриҳои регионӣ ба таври визуалӣ бо ёрии тасвирҳои дисплей эхокардиограф, ки дар вазъияти парастернали дар равиши меҳвари дароз ва кӯтоҳ ва қулла ба дст оварда мешавад, баҳогузорӣ шуданд. Тасвири дукамерагии дил тибқи схемаи ҳамгунсохта ба 16 сегмент ҷудо карда шуд. Экскурсияи муътадил бо 1 балл (экскурсия зиёда аз 5 мм), гипокинезии муътадил - 2 балл (экскурсия аз 5 то 2 мм), гипо- ё акинезии возеҳ - 3 балл, (экскурсияи камтар аз 2 мм) ва дискинезия - 4 балл (набазони (пултсияи) парадоксали дар систол).

Таҳқиқоти бактериологӣ ва вирусологӣ дар ҳамаи таҳқиқшудагон дар лабораторияи бактериологӣи ПИТ тибби профилактикӣ гузаронида шуд. Барои таҳқиқоти бактериологӣи балғам маводро дар агари 5% -и ҳунолуд кишт карданд. Ҳамчунин муҳити Эндо барои ҷудо кардани энтеробактерия истифода карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Таҳлили ҳайати синнусолии гурӯҳҳои таҳқиқшуда нишон дод, ки дар беморони гирифтори БИД синну сол бартарӣ дошт ва саҳеҳан аз синну соли беморони мубтало ба БҒМ фарқ мекард ($P < 0,05$). Тавре ки тахмин карда шуда буд, беморони мубтало ба БҒМ нисбатан ҷавонтар буданд. Синну соли миёнаи беморони мубтало ба БҒМ 36 солро ташкил дод, синну соли миёнаи беморони мубтало ба БИД бошад, 48 сол буд, чинси мард бартарӣ дошт. Пеш аз беморӣ дар 24(70,1%) -и беморон сирояти респираторӣ-вирусӣ, дар 31 (25,8%) муоина бемориҳои сироятӣ (паратити эпидемикӣ, гепатити сироятӣ, сурхакон) ба мушоҳида расид, дар 7 бемор этиологияи беморӣ номаълум боқӣ монд.

Дар манзараи клиникии бемории беморони мубтало ба БҒМ асосан симптомҳои дараҷаҳои возеҳияшон гуногуни норасоии дил дар якҷоягӣ бо аритмия, оризҳои тромбоемболикӣ ва кардиалгия намудор мешавад. Ҳамин тавр, дар 6 бемор (10%) аз 15 бемори мубтало бо КМПД симптомҳои норасоии дил бо кардиалгия ҷараён гирифт, аз онҳо дар 7 бемор дар баробари кардиалгия ихтилолҳои гуногуни ритм низ ба мушоҳида расид. Дар 9 ҳолат (15%) симптомҳои мҳдуди норасоии дил ба қайд гирифта шуд. Аневризмаи ғайрикоронарогении миокарди меъдачаи чап дар гурӯҳи муонашавандаи мо дар як ҳолат ташхис шуд. Дар 4 бемор (6,6%) вучуд доштани дандонаи Q –и параметрҳои патологӣ ҳангоми сабти ЭКГ диққатҷалбкунанда буд, ин имконият дод, ки миокардити «некрозшаванда» ташхис карда шавад.

Зухуроти аввалини БИД дар занҳо дар синну соли 55,0±1,7-солагӣ ва дар мардҳо дар синну соли 37,7±8,5 –солагӣ пайдо шуданд. Ҳамин тавр, синну соли саршавии беморӣ дар ташҳиси БИД ва БҒМ аломати тафриқавии нисбӣ ба ҳисоб меравад. Синдроми дарди қафси сина дар шакли хуручи классикии стенокардия дар ин гурӯҳи беморон симптоми асосӣ ба ҳисоб меравад (ҷадвали2).

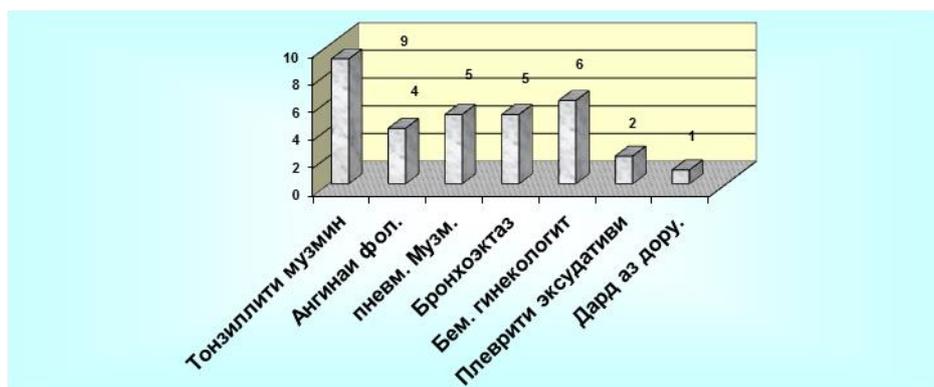
Ҷадвали 2.- Омилҳои асосии хатар дар беморони таҳқиқшуда

Омили хатар	БИД	БҒМ
Қанди хун ммол/л	5,3±0,4	6,4±0,7
Кислоти пешоб мол/л	332±3,0	663±4,0*
Холестерин мол/л	4,3±0,5	6,2±0,5*
Синну сол	Зиёда аз 50 сол	Зиёда аз 40 сол
ЛПНН	6	7
Чинс	Мард	Мрд
Сигоркашӣ	17	19
ФШ	12	8
Сатҳи псти ЛПВП	3	8
Диабети қанд	3	5
Массаи барзиёди бадан	6	7

Эзоҳ *- сҳеҳии байни гурӯҳҳо.

Дар беморони дорои БҒМ симптомҳои аввалин нафастангии бе сабаб дар ҳолати оромӣ ё ҳангоми кори ҷисмонӣ, мондашавӣ, сустӣ, дарди сар, сарчарҳзанӣ, эҳсосоти фишор дар сина ва ғ. мебошанд. Аз 11 зани дорои БҒМ дар ҳамин гурӯҳ шикоятҳои зикршудро аз синни 32 то 36-солагӣ эҳсос карданд ва дар мардҳо ин шикоятҳо аз 38-44 – солагӣ пайдо шуданд. Давомнокии умумии беморӣ аз оғози он то бистаришавӣ дар клиника дар ин гурӯҳи беморон 40,6±10 моҳро ташкил кард. Аз лиҳози амалӣ симптоми ташвишовар синдроми дард ба ҳисоб меравад, вай бисёри вақтҳо ташҳиси тафриқавии байни БИД ва БҒМ-ро душвор месозад. Дар байни ҳамаи омилҳо синну соли беморон омилҳои муҳим ва мустақили вазнинии чараёни бемории коронарии дил ба ҳисоб меравад ва аломати муҳиммест, ки имконият медиҳад беморони БИД ва БҒМ аз ҳам ҷудо карда шаванд.

Донишҷӯи омилҳои этиологӣ барои табиби амалӣ дар гузоштани ташҳиси тафриқии БИД ва БҒМ-и ба таври атипикӣ дар ниқоби БИД чараёндошта муҳим ва шартӣ зарурӣ мебошад. Вучуд доштани бемории музмини сироятии ҳамроҳшуда: шиддат гирифтани тонзиллити музмин ва ё фарингит дар 9(15,0%) беморони дорои БҒМ бо давомнокии миёнаи 7,5±0,7 сол, пневмонияи музмини номахсус дар 4(6,6%) бемории давомнокии миёнаи чараёнаш 6,3±1,2 сол, шиддат гирифтани бемории бронхоэктатикӣ дар 5(8,3%) бемории давомнокии миёнаи чараёнаш 6,8±1,4, ангини фолликулярӣ дар 4 бемор (6,6%) ба назар расид, вучуд доштани бемориҳои музмини илтиҳобии ҷинси занон дар 6 нафар (10,0%) дида шуд, ки дар давраи пас аз таваллуд буданд. Дар байни таҳқиқшудагон 2(3,3%) ҳолати плеврити экссудативии дутарафа ва дар 1 ҳолат (1,6%) бемории доруии пас аз таваллудкунӣ бо синдроми миелотоксикӣ бо кардиомегалияи возеҳ ба мушоҳида расид. Кишти маводи аз таҳқиқшудагон гирифташуда ҳангоми кишткунӣ мълумӣ дар шароити анаэробӣ ба миқдори умумии афзоиши 105 кишти микроорганизмҳо ташкил дод. Миқдори умумии киштҳои стрептококк 48 колонияҳо ташкил дод, ки аз миқдори умумии киштҳои парваришшуда 45,7% -ро ташкил кард. Минбаъд аз рӯйи басомади шиддатнокӣ стафилококк ба қайд гирифта шудааст, рушди он ба миқдори умумӣ ба 19 колония баробар буда, аз миқдори умумии киштҳо 18,0%-ро ташкил дод.



Расми 1.- Сохтори бемориҳои заминавии илтиҳобиву сироятӣ дар беморони гирифтори БҒМ.

Таҳқиқоти гузаронидшудаи биоморфологии хосиятҳои биологии стафилококк ва стрептококк аз он гувоҳӣ медиҳад, ки дар организми беморони таҳқиқшуда дар заминаи бемориҳои музмини сироятӣ штаммҳои вирулентнокӣ ва патогенияти баланддошта дида мешавад (расми 1). Штаммҳои ҷудошудаи стафилококк ва стрептококк (мутаносибан 18,0% ва 45,7%) ба барангезандаҳои патогенӣ, ҳамчун барангезандаҳои имконпазирӣ сироятҳои миокардит дохил намудан мумкин аст. Дар заминаи флораи патогении коккӣ дар беморони мубтало ба бемориҳои шушҳо дар 5 ҳолат (4,8%) пневмококк ва дар 2 ҳолат (1,9%) энтерококк кишт карда шудааст (ҷадвали 3). Дар сохтори микрофлораи бактериалӣ дар беморони мубтало ба БҒМ флораи грамманфӣ (қаламчаи рӯдаҳо, протеи, *Pseudomonas aeruginosa* ва ғайра) ошкор карда шуд. Дар байни энтеробактерияҳо бартарии қаламчаи рӯдаҳо ба назар расид: 9 штамм (8,5%), клебсиелла аз балғам 4 штамм (3,8%), *Pseudomonas aeruginosa* 5 штамм (4,8%). Дар як ҳолат аз балғам протей вулгарис (0,9%) ҷудо карда шуд. Миқдори бештарини киштҳо дар беморони дорои бемориҳои пневмошӯшӣ ва бемориҳои узвҳои ҷинсӣ, аз ҷумла дар давраи пас аз таваллуди занҳо дида шуд. Натиҷаҳои таҳқиқот имконият доданд, ки вучуд доштани протесси илтиҳобиро дар 22 (36,6%) –и беморони гирифтори БҒМ муайян карда шавад.

Ҷадвали 3.- Микрофлораи организм, ки хангоми кишт дар шароити аэробӣ дар беморони гирифтори БҒМ ба даст оварда шудааст.

Микроорганизмҳо	БҒМ -мавод (ҳалқум, балғам, молишак, моеи плевралӣ ва ғайра)	
	Миқдори киштҳо (abs)	%
<i>Staphylococcus aureus</i>	9	8,5
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	10	9,5
<i>Streptococcus pyogenes</i>	3	2,8
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	9	8,5
<i>Streptococcus gemoliticus</i>	8	7,6
<i>Streptococcus bovis</i>	11	10,4
<i>Streptococcus viridans</i>	16	15,2
Пневмококк	5	4,8
Энтерококк	2	1,9
Сартсина	2	1,9
Нейссерии	6	5,7
Клебсиелла	4	3,8
рӯдаҳо	9	8,5

Протей вулгарис	1	0,9
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5	4,8
Коринебактерия	4	3,8
Кишти чудошуда	105	
Киштҳои стерилӣ	2	1,9

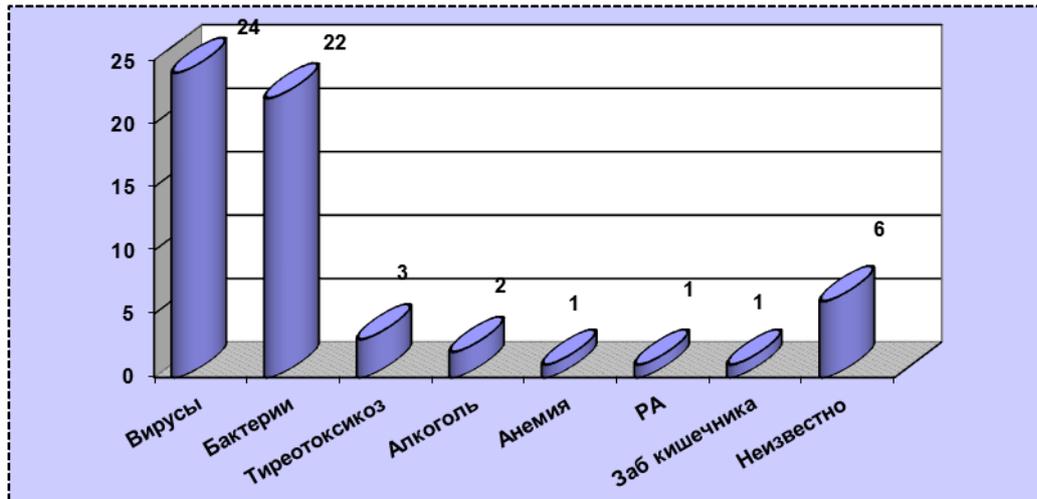
Эзоҳ: (бо % аз миқдори умумии киштҳои чудошуда)

Пурсиши муфассал ва анамнези беморӣ имконият дод, ки аз мавҷудияти сирояти респираторӣ вирусӣ дар оғози беморӣ др 31 бемор шубҳа карда шавад, ки дар онҳо симптомҳои сирояти аденовирусӣ мавҷуд буданд ва ё онҳо ба наздикӣ гирифтори беморҳои вирусӣ ва ё зукомӣ шуда буданд. Бо усули ташхиси серологӣ таҳқиқоти дукаратаи вирусологии зардобҳои чуфт др 31 бемори мубтало ба БҒМ гузаронида шуд. Бо ин мақсад мо таҳқиқоти зардобҳои чуфти хунро (зардоби хуни беморон дар рӯзҳои аввали муроҷиаташон ва дар рӯзҳои 10-12-уми др клиника буданашон таҳқиқ карда шуд). Барои ташхиси сирояти аденовирусӣ, парагрипп, ҳамчунин вирусҳои респираторӣ усули флюорестенсия истифода шуд. Титри ташхисӣ ба ҳисоби миёна 1:160; 1:320-ро ташкил дод.

Аз ҷумла дар 16 бемор афзоиши 4 каратаи (ташхисии) титрҳои антитела дар антигени вируси зуком А(Н₃Н₂) ба қайд гирифта шуд. Дар 3 бемор титрҳои баланди ташхисии 1:320 ба антителаи вируси грипп (Н1Н1) ошкор карда шуд. Афзоиши саҳеҳи титри антителаҳои махсус зиёда аз 1:320 низ ба антителаҳои махсуси сирояти аденовирусии 4 бемор ошкор карда шуданд. Баландшавии ташхисии иттилоотии титрҳои антитела дар ҳолатҳои нодир дар कोरोनाвирусҳо ва дар як ҳолат дар сирояти микоплазмавӣ ошкор карда шуд. Натиҷаҳои таҳқиқоти вирусологӣ имконият доданд, ки аз 31 бемори ба мубталошавии беморҳои вирусӣ гумонбаршуда дар 24 (70,1%) –и беморон афзоиши саҳеҳи ташхисии титри антитела муқррар карда шавад. Дар ин маврид муқррар карда шуд, ки вируси нисбатан зиёд гардишкунандаи вируси зукоми А (Н₃Н₂) ва (Н₁Н₁), мебошад, ки мутаносибан дар 16 бемор (51,6%) ва 3 (9,6%) бемори мубтало ба БҒМ муайян карда шуд. Ин возеҳу рвшан аст, зеро иммунитет бар антигенҳои вирусҳои онҳо баланд нест.

Таҳқиқоти вирусологии гузаронидашудаи зардоби чуфти 31 бемор имконият дод, ки афзоиши ташхисии титри антитела нисбат ба вирусҳои гуногуни махсуси антителаҳо дар 48 зардоб аз 62 зардоби умумии чуфт муқррар карда шавад. Пас, дар 24 бемор (70,1%) аз миқдори умумии таҳқиқшудгони гумонбаршуда ба бемории вирусӣ мавҷуд будани титрҳои баланди антителаҳо ба сирояти вирусиро метавон ҳамчун сарборӣ ва омили сосии имконпазири патогенӣ ба осеби иммунии илтиҳобии миокарда баррасӣ намуд. Таҳқиқотҳои клиникӣ—лаборатории 14 бемори гирифтори БҒМ имкон доданд, ки камхунии ба камбуди оҳан вобастабудаи гипохромии муддати тӯлонӣ чараёндошта (сog anemіcum) ё мувофиқи таснифи муосир кардиомиопатияи метаболикӣ (анемӣ) дар як бемор ошкор карда шавад. Дар байни беморони таҳқиқшуда 2 ҳодисаи классикии кардиомиопатияи алкогольӣ бо кардиомегалияи возеҳ, норасоии дил ва ихтилолҳои мураккаби ритм ва гузаронандагии дил ба мушоҳида расид. Дар 3 бемор аз анамнези беморӣ маълум гашт, ки ин беморон аз хусуси норасоии тиреоидӣ (сатҳи ТТГ тибқи маълумоти лабораторӣ аз 2,5 мк МЕ/мл зиёд буд) таъбабат мегиранд. Дар як бемор артрити ревматоиди муддати тӯлонӣ чараёндошта муайян карда шуд. Давомнокии беморӣ 8,0 солро ташкил дод. Дар 7 бемори мубтало ба БҒМ бар иловаи шикоятҳо аз хусуси системаи дилу рағҳо бо нафастангӣ, вазнинӣ дар ноҳияи дил ва симптомҳои норасоии

гардиши хун тағйиротҳои лабораторӣ-клиникӣ дида нашуд. Бо эҳтимоли зиёд омилҳои этиологӣ дар ин гурӯҳи беморон муқаррарнашуда боқӣ мемонад (расми 2).



Расми 2.- Омилҳои эҳтимолии этиологии БҒМ дар таҳқиқшудагон.

Натиҷаҳои таҳқиқоти клиникӣ беморон нишон дод, ки симптоми муҳим дар беморони дорои БИД синдроми дард дар 46 (76,6%) ҳолат буд, ҳол он ки дар беморони гирифтори БҒМ дар 22 (36,6%) бемор ба қайд гирифта шуд (ҷадвали 4). Нафстангӣ асосан дар гурӯҳи беморони дорои БҒМ бартарӣ дошт ва ин возеҳ аст, ки вӣ қобилияти номукаммали кашишхӯрии миокардро нишон медиҳд ва дар қисми зиёди беморон 33 (55,0%) ба мушоҳида расид, дар гурӯҳи беморони гирифтори БИД бошад, дар 12 бемор (20%) ба қайд гирифта шуд. Дар самти ташхиси тафриқӣ симптомҳои ташаккулёбии норасоии музмини дил ва синдроми варам диққатҷалбкунандаанд. Симптомҳои вйроншавии ритми дил дар гурӯҳи беморони дорои БҒМ дар 38 бемор (63,30%), дар гурӯҳи беморони коронарӣ ин нишондиҳанда дар 21 бемор (33,3%) ба мушоҳида расид.

Дар 22 (36,6%) беморони дорои БҒМ аз оғози симптомҳои клиникӣ беморӣ то пайдо шудани норасоии меъдачаи чапи дил дар онҳо ба ҳисоби миёна ба $0,8 \pm 0,2$ моҳ баробар шуда буданд, норасоии меъдачаи рост бошад, баъди $15,0 \pm 2,2$ моҳи саршавии беморӣ пайдо шуданд. Муҳлати пайдо шудани норасоии меъдачаи чапи дил баъди саршавии беморӣ дар гурӯҳи беморони дорои БИД $35,5 \pm 0,6$ моҳ буд, норасоии меъдачаи рост бошад, вай пас аз $37,5 \pm 3,5$ моҳ ба амал омад.

Ҷадвали 4.- Таҳлили муқоисавии аломатҳои муваққатии БИД ва БҒМ

Аломат	Гурӯҳи беморон	
	ИБС (n = 60)	НЗМ (n = 60)
Синну соли зуҳуроти аввалин	$49,2 \pm 1,4$	$34,6 \pm 1,2^{**}$
Давомнокии мумии беморӣ (моҳ)	$15,7 \pm 0,6$	$34,5 \pm 1,5^*$
Муҳлати пайдошавии норасоии меъдачаи чапи дил (моҳ)	$35,5 \pm 0,6$	$19,8 \pm 0,9^*$
Муҳлати пайдошавии норасоии меъдачаи рости дил (моҳ)	$37,5 \pm 3,5$	$23,0 \pm 2,5$

Эзоҳ: *фрқияти байни гурӯҳҳо*- * - ($p < 0,05$), ** - ($p < 0,01$).

Хусусиятҳои фарқкунанди тағйироти ЭКГ дар беморони мбтало ба БҒМ басомади баланди фишорбаландии шарёнӣ 21(35,0%) ҳолат, тахикардияи синусии беморон 38 (63,3%), экстрасистолияи пешдилии беморон 14 (23,3%), экстрасистолияи меъдачаҳо дар 10 (16,6%) ҳолат, ҳамчунин гипертрофияи миокарди меъдача дар 34 (56,6%) ба ҳисоб мераванд. Таҳқиқоти функционалии миокард дар беморони мубтало ба

БИД ва БҒМ бо истифода аз усули эхокардиография муқоисаи параметрҳои ростхатаи қисмҳои дилро ҳангоми бемориҳои коронарии дил ва осебҳои ғайрикоронорогени миокард мадди назар дорад. Ҳангоми ба таври муқоисавӣ таҳлил кардани нишондиҳандаҳои эхокардиографӣ ба он диққат дода мешавад, ки андозаи ростхатаи аорта дар беморони мубтало ба беморони коронарии дил сахҳан - ($3,4 \pm 0,04$ см) буда, назар ба ҳамин гуна гурӯҳҳои беморони гирифтори БҒМ (мутаносибан $2,9 \pm 0,07$ см ва $2,7 \pm 0,05$ см) ($p < 0,05$) зиёд аст. Ҳамин гуна манзара дар нишондиҳандаҳои **ТМЛЖ** низ инъикос ёфтааст, ки дар беморони мубтало ба ИБД назар ба БҒМ $1,10 \pm 0,07$ см; ва $0,94 \pm 0,04$ см. сахҳан зиёд буда, $1,29 \pm 0,02$ см-ро ташкил дод. Ҳамчунин хусусияти фарқунанда нишондиҳандаи кашишхӯрии меъдачаи чап (шоҳиси кашишхӯрии меъдачаи чап) ба ҳисоб меравад, нишондиҳандаи он $1,58 \pm 0,03$ -ро ташкил дода, аз нишондиҳандаҳои муқоисавӣ $1,11 \pm 0,06$ ва $1,22 \pm 0,07$ баланд аст. Ин вазъият маълум аст, зеро ҳангоми бемориҳои коронарогенӣ (БИД) нақши асосиро тағйиротҳои лонавӣ мебозанд ва кашишхӯрии миокардро дар маҷмӯъ хифз мекунанд.

Ҷадвали 5.- Ҳолати функционалии миокард дар зергурӯҳҳои муоинашаванда тибқи маълумотҳои эхокардиография ($M \pm m$)

Гурӯҳи беморон	БИД (n= 60)	БҒМ	
		КМПД (n=10) 115)	МК (n= 5)
АНСМЧ, см	$4,3 \pm 0,5$	$4,7 \pm 0,6$	$4,6 \pm 0,3$
АНДМЧ, см	$5,3 \pm 0,08$	$5,9 \pm 0,2$	$5,4 \pm 0,07$
ПЧ, см	$3,4 \pm 0,2$	$3,8 \pm 0,2$	$3,9 \pm 0,1^{**}$
МР, см	$2,7 \pm 0,09$	$3,2 \pm 0,4$	$2,8 \pm 0,1$
АО, см	$3,4 \pm 0,04^*$	$2,9 \pm 0,07$	$2,7 \pm 0,05^{**}$
ТММЧ, см	$1,29 \pm 0,02^*$	$1,10 \pm 0,07$	$0,94 \pm 0,04^{**}$
ШҲСМЧ, мл/м	$47,9 \pm 2,9$	$44,6 \pm 8,2^{***}$	$65,5 \pm 5,4^{**}$
ШҲДМЧ, мл/м	$85,7 \pm 3,5$	$89,4 \pm 7,2^{***}$	$100,0 \pm 3,7^{**}$
МММЧ, г	$181,2 \pm 6,3$	$187,6 \pm 13,3^{***}$	$157,3 \pm 5,7^{**}$
ШМММЧ г/м ²	$140,8 \pm 3,4$	$134,7 \pm 4,7$	$129,5 \pm 4,6$
ҲНД/МММЧ	$0,92 \pm 0,03$	$0,93 \pm 0,02^{***}$	$1,1 \pm 0,06^{**}$
ҒДАМЧ	$1,38 \pm 0,04$	$1,34 \pm 0,03$	$1,25 \pm 0,05$
ФВ	$49,1 \pm 2,7$	$51,2 \pm 3,4$	$52,5 \pm 1,5$
ИУО, мл/м	$49,3 \pm 1,5$	$44,2 \pm 2,1$	$45,3 \pm 1,9$
ИСЛЖ	$1,58 \pm 0,03^*$	$1,11 \pm 0,06$	$1,22 \pm 0,07^{**}$

*Эзоҳ: фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим ($p < 0,05$) * байни гурӯҳҳои БИД ва КМПД; ** - байни БИД ва МК, *** байни КМПД ва МК.*

Аз лиҳози ташҳиси норасоии дил нишондиҳандаҳои ФВ(%) нисбатан серитилоъ мебошанд, онҳо дар маҷмӯъ қобилияти кашишхӯрӣ ва функционалии миокарди меъдачаи чапро инъикос менамоянд. Ҳамин тавр, ФП (фраксияи партоб) то гузаронидани сарборӣ дар байни гурӯҳҳои беморон тағйиротҳои аз ҷиҳти оморӣ

нзаррасро надошт, ки инро ҳолатҳои ором ва устувор мефаҳмонанд. Дар ин маврид, тамоюли каме коҳиш ёфтани ФП дар беморони мубтало ба БИД ба назар мерасад. Ҳолати «сарборӣ» ҳолати умумии қобилияти кашишхӯрии миокардро нисбатан саҳеҳтар нишон медиҳад. Дар ҳама гурӯҳҳои муқоисашаванда нишондиҳанда паст шудааст, ин ҳолат асосан дар беморони дорои КМПД ва МК аз $51,2 \pm 3,4$ то $32,5 \pm 1,7$ ва $52,5 \pm 1,5$ то $36,8 \pm 2,1$ дида шуд.

Ҳамин тавр, тағйирпазирии параметр метавонад, ки барои муайян кардани бемории умумии дил ҳамчун аломати муҳимми ташхисӣ хизмат кунад, аммо ҳамчун меъёри тафриқавии байни БИД ва БҒМ онро танҳо чун аломати иловгӣ истифода намудан мумкин аст (ҷадвали 5). Дар ин маврид барои муайян кардани ихтилолҳои регионарии кашишхӯрии миокард намунаҳои гуногуни сарборӣ, аз ҷумла намунаи сарбории фармакологӣ бо добутаминро ба кор мебаранд. Добутамин катехоламини синтетикӣ мебошад, ки асосан ҳамчун бета-1-адреноретсепторҳо амал мекунад. Вай таъсири қавии мусбати инотропӣ ва таъсири сусти хронотропӣ ва аритмогенӣ дорад.

Мо санҷиши сарборӣ бо добутаминро дар 15 бемори гирифтори БИД ва 15 бемори дорои БҒМ гузаронидем. Дар гурӯҳи беморони БҒМ шахсоне шомил буданд, ки мо дар онҳо ташхиси боэътимоди БҒМ-ро нагузошта будем, ҳамчунин шахсоне буданд, ки сабаби этиологии бемориашон норавшн ва номълум буд ва манзараи клиникии онҳо ба БИД монандӣ дошт. Синну соли беморони мубтало ба БИД (ҳамаи мардҳо) $47,8 \pm 1,4$ солро ташкил дод ва саҳеҳан ($p < 0,05$) аз синну соли беморони дорои БҒМ фарқ мекард (5 зан ва 10 мард) ва ба $33,6 \pm 4,2$ сол баробар буд. Таҳлили қобилияти умумии кашишхӯрии миокарди МЧ (меъдҷаи чап) дар беморони БИД бартари назарраси шахсони дорои минтақаҳои асинергии МЧ – 13 одамро нишон дод, ки $86,6\%$ -и миқдори умумии беморони ба таҳқиқот ҷалбшударо ташкил дод; танҳо дар 2 ҳолат ($13,4\%$) ихтилоли кинетикаи девораи дил ба қайд гирифта нашуд. Бо мақсади баҳо додан ба кашишхӯрии маҳдуди (локалии) МЧ дар беморони мубтало ба БИД дар маҷмӯъ кинетикаи 240 сегмент таҳлил карда шуд, ки бештари онҳо – 170 ($70,8\%$) – бо амплитудаи муътадил кашиш меҳӯрданд; 35 сегмент ($14,5\%$) дар ҳолати гипокинезия; 20 сегмент ($8,4\%$) – дар ҳолати акинезия ва 15 сегмент ($6,2\%$) – дар ҳолати дискинезия буданд (расми 3).



Расми 3.- Кашишхӯрии сегментарии МЧ ЭхоКГ дар ҳолати оромии беморони мубтало ба БИД.

Аз 16 сегменти умумикабулшудаи МЧ вайроншавии кашишхӯрии 1 сегмент дида нашуд; вайроншавии кашишхӯрии 2 сегмент – дар 1 ($6,6\%$); 3 сегмент – дар 1 ($6,6\%$); 4 сегмент – дар 4 ($26,6\%$); 6 сегмент – дар 3 ($20,0\%$); 10 сегмент – дар 1 ($6,6\%$); 11 сегмент – дар 1 ($6,6\%$); бе вайроншавии кашишхӯрӣ -2 бемор ($13,3$). Ҳамин тавр, дар гурӯҳи беморони мубтало ба БИД вайроншавии қобилияти кашишхӯрии миокарди меъдҷаи

чап, дар ЭхоКГ ошкор гардид, дар ҳолати оромӣ аз 240 сегмент дар 70 сегмент ба мушоҳида расид. Фишори шарёнии систоликӣ дар змминаи санчиши сарборӣ дар беморони мубтало ба БИД саҳеҳан зиёд шуд ($p < 0,05$). Ба ҳамин тартиб, басомади кашишхӯрии дил дар охири санчиши сарборӣ ба андозаи 36 кашишхӯрӣ дар як дақиқа афзоиш ёфт. Фишори шарёнии систоликӣ ба андозаи 30 мм сут.сим. ва фишори шарёнии диастоликӣ ба андозаи 20 мм сут.сим. зиёд шуд. Ҳангоми инфузия дозаи миёнаи дору ($19,2 \pm 5$ мг/дақ./кг добутамин) дар беморони мубтало ба БИД сатҳи фишори шарёнии диастоликӣ саҳеҳан баланд шуд ($p < 0,05$). Барои маънидод кардани ин далел, эҳтимол, мумкин саҳтии (rigidity) девораи аорта зарур бошад, ки дар натиҷаи осебҳои атеросклерозиаш дар беморони мубтало ба БИД ба вучуд меояд. Қутри дохилии АО дар ҳарду гурӯҳи беморон, монанди андозаи ростхатаи меъдачаи рост дар чараёни санчиши сарборӣ тағйир наёфт (ҷадвали 6). Саҳеҳан паст шдани АНСМЧ (андозаи ниҳии систоликии меъдачаи чап) дар заминаи инфузияи добутамин аз $4,1 \pm 0,3$ то $3,2 \pm 0,3$ см пст шудааст, ки шояд аз захираи калони миокарди МЧ вобаста бошад. Нишондиҳандае, ки кашишхӯрии умумии миокардро инъикос мекунад, шохиси ҳаҷми ниҳии систоликӣ мебошад, ки дар заминаи зиёд шудани фраксияи партоб, ки аз 52,0% то 61,5% расидааст, то $30,4 \pm 4,0$ мл/м² кам шудааст.

Ҷадвали 6. – Таҳлили муқоисии нишондиҳандаҳои гемодинамикаи дохилидидӣ тибқи маълумотҳои эхокардиография дар заминаи санчиши добутамин дар беморони мубтало ба БИД.

Гурӯҳҳои беморонемодинамикаи	БИД(п = 8)	
	То санчиш	Пас аз санчиш
ФШ сист., мм сут. сим.	135,0 ± 2,0	165 ± 3,0*
ФШ диаст., мм сут.сим..	85,0 ± 2,0	105,0 ± 5,0*
БКД, зарба.дақ.	81,5 ± 2,0	117,3 ± 3,0*
АНСМЧ, см	4,1 ± 0,3	3,2 ± 0,3*
АНДМЧ, см	5,6 ± 0,3	6,0 ± 0,2
ТМд, см	0,93 ± 0,03	0,88 ± 0,05
МР, см	3,1 ± 0,2	3,1 ± 0,2
АО, см	2,8 ± 0,05	2,8 ± 0,05
ТМс, см	1,11 ± 0,06	1,34 ± 0,07*
ШҲСМЧ, мл/м ²	51,8 ± 4,5	30,4 ± 4,0 *
ШҲДМЧ, мл/м ²	105,0 ± 5,5	111,0 ± 3,0
МЖПд, см	0,94 ± 0,04	0,88 ± 0,03
МЖПс. см	0,99 ± 0,03	1,14 ± 0,03*
ФП (%)	52,0 ± 3,5	61,5 ± 2,0*
ШҲЗ, мл/м ²	55,5 ± 2,5	85,5 ± 3,0*
ШКМЧ	1,12 ± 0,06	1,51 ± 0,07*

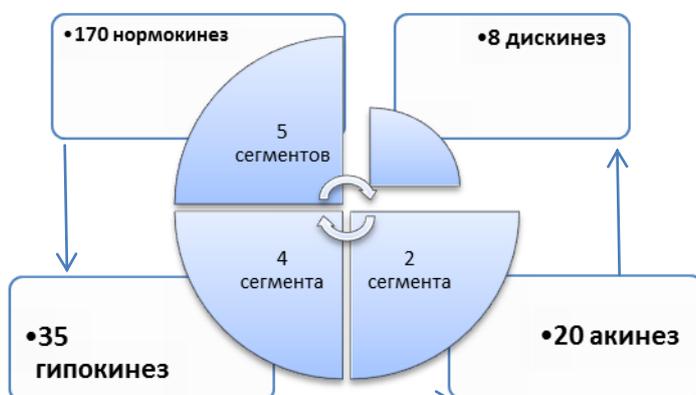
Эзоҳ: * эътимоднокӣ то ва пас аз санчиш.

Дар ин маврид андозаи ростхатаи МЧ дар диастола (АНД) ва шохиси ҳаҷм дар диастола ба зиёд шудан майл доштанд. Пас аз санчиши сарборӣ бо добутамин дар беморони мубтало ба БИД камшавии аз ҷиҳати оморӣ муҳимми ($p < 0,05$) андозаи ростхатаи МЧ дар систола ва камшавии ШҲСМЧ муқаррар карда шуд.

Шохиси ҳаҷми хун дар муқоиса аз ҳолати оромӣ ($56,4 \pm 2,6$ мл/м²) то $85,5 \pm 3,0$ мл/м² ($p < 0,05$) зиёд шудааст. Дар байни ҳама нишондодҳои эхокардиографӣ аз ҷиҳати ташхиси тафриқӣ ҳангоми иҷро кардани санчиши сарборӣ бо добутамин ШКМЧ (шохиси кашишхӯрии меъдачаи чап) нисбатан маълумтар ва сериттилоътар буд. Шохиси кашишхӯрии меъдачаи чап дар маҷмӯъ дараҷаи вайроншавии кашишхӯрии регионариро

инъикос мекунад. Сарбории добутамин дар беморони мубтало ба БИД шохиси кашишхӯрии меъдачаи чапро то $1,51 \pm 0,07$ воҳиди андозагирӣ зиёд кард, ки ин аз зиёдшавии микдори сегментҳои кашишхӯриашон вайроншуда ва қувват гирифтани дараҷаи ихтилолҳо дар минтақаҳои сегментарии қаблан вайроншуда гувоҳӣ медиҳад.

Ҷамин тавр, сарбории добутамини мушаки дил аз мавқеи зиёд шудани талаботи миокард ба оксиген, ба баландшавии глобалии қобилияти миокард оварда мерасонад, ки дар навбати худ ин минбаъд боиси пайдо шудани ишемия ва зиёд гаштани сегментҳои меъдачаи чапи қобилияти кашишхӯриаш вайроншуда мегардад. Ин вазъият бо паҳншавии ишемия аз ибтидо дар минтақаи бо шарёнҳои коронарӣ ба таври муносиб бо хун таъмин нашуданашон маънидод карда мешавад. Натиҷаҳои нишондиҳандаҳои стресс-эхокардиография гувоҳӣ медиҳанд, ки пас аз сарбории добутаминӣ дар беморони гирифтори БИД аз 170 сегменти бе ихтилоли кашишхӯрии маҳдуд (локалӣ), яъне нормокинез 5 сегмент қобилияти кашишхӯрии муътадилро аз даст медиҳанд ва ба ҳолати гипокинез гузаштани онҳо ба мушоҳида мерасад. Аз 35 сегменти дорои гипокинез то санҷиши сарборӣ 4 сегмент ба сегментҳои акинетикӣ мегузаранд. Аз 20 сегментҳои дорои акинез 2 сегмент ба дискинезияи устувор мегузарад (расми 4).



Расми 4.- Схемаи тағйироти кашишхӯрии сегментарии МЧ ҳангоми сарбории добутамин дар беморони мубтало ба БИД.

Дар маҷмӯъ, дар заминаи қобилияти кашишхӯрии сарбории стресс-эхокардиография бо добутамин дар беморони дорои манзараи ҳақиқии патогенетикии протсессҳои ишемикӣ дар миокард ҳангоми сердобутаминӣ шиддат гирифтани қобилияти кашишхӯрии миокардро ба вучуд меорад, ки дар зиёдшавии ФП, кам шудани ИКСО ва КСРЛЖ дар заминаи то $1,51 \pm 0,07$, зиёд шудани ИСЛЖ ифода мешавад ва қобилияти кашишхӯрии сегментариро инъикос мекунад. Ин вазъият аз зиёд шудани сегментҳо аз минтақаи ишемия дар минтақаҳои дар ҳолати оромӣ ба таври муносиб бо хун таъмин нашудан гувоҳӣ медиҳад. Таҳлили қобилияти умумии кашишхӯрии миокарди МЧ дар беморони гирифтори БҒМ дар ҳамаи таҳқиқшудагони ин гурӯҳ бартарӣ доштани шахсони дорои минтақаҳои асинергиро нишон дод. Бо мақсади баҳогузори кардан ба кашишхӯрии маҳдуди (локалии) МЧ дар беморони мубтало ба БҒМ дар маҷмӯъ кинетикаи 240 сегмент таҳлил карда шуд.



Расми 5.- Кашишхӯрии сегментарии МЧ ҳангоми ЭхоКГ ҳангоми оромӣ дар беморони мубтало ба БҒМ.

Ба монанди он ки дар беморони гирифтори БИД дида шуд, қисми бештари сегментҳо бо амплитуда ва қувваи муътадил— 159 (66,2%) кашиш меҳӯрданд; дар ҳолати гипокинез 61 (25,4%); дар ҳолати акинез – 12 сегмент (5,0%); дар ҳолати дискинез – 8 (3,3%) сегмент қарор доштанд (расми 5). Дар муқоиса бо гурӯҳи беморони мубтало ба БИД қисми зиёди сегментҳо дар ҳамин гурӯҳи беморон дар ҳолати гипокинез меистоданд. Аз 16 сегменти умумикабулшудаи МЧ вайроншавии 1 сегмент ба мушоҳида нарасид; ихтилоли кашишхӯрии 2 сегмент – 1 (6,6%); 3 сегмент – дар 2 (13,3%); 4 сегмент – дар 1 (26,6%); 6 сегмент – дар 3 (20,0%); 12 сегмент – дар 1 (6,6%); 13 сегмент – дар 1 (6,6%) ба қайд гирифта шуд. Ҳамин тавр, дар 81 сегмент (33,7%) ихтилоли қобилияти кашишхӯрӣ дар ҳолати оромӣ ба назар расид. Аз ҷиҳати миқдор бартарӣ доштани осебҳои сегментҳои миокард дар байни беморонидорои БҒМ бо он маънидод мешавад, ки дар онҳо вайроншавии қобилияти кашишхӯрии дил бештар аст. Маълум аст, ки вайроншавии умумии кашишхӯрии локалӣ кашишхӯрии глобалии миокардро ташкил медиҳад.

Дилататсияи ковокии миокарди МЧ дар беморони таҳқиқшудаи мубтало ба БҒМ зиёдтар буд, ин бо возеҳии кардиомиопатияи дилататсионӣ (КМПД) дар як қисми беморон маънидод карда мешавад, ки ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳои эхокардиографӣ мо дар боби қаблӣ ҷудо карда будем. Андозаи ниҳой- систоликии МЧ дар онҳо аз 4,7 то 8,85 см буда, андозаи ниҳой-диастоликии МЧ бошад, аз 5,5 то 9,9 см буд. Ҳангоми инфузия дозаи миёнаи дору ($19,2 \pm 5$ мг/дақ./кг добутамин) дар беморони мубтало ба БҒМ сатҳи фишори шарёнии диастоликӣ дар муқоиса аз гурӯҳи беморони мубтало ба БИД каме баланд шудааст ($p < 0,05$).

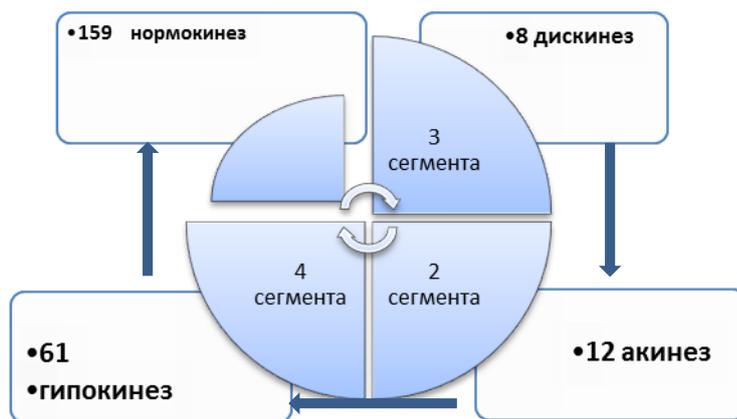
Барои шарҳи ин далел, тавре ки қаблан гуфтем, эҳтимол дорад асоси онро саҳтии девораи аорта ташкил диҳад, ки дар асари осеби атеросклерозии беморони мубтало ба БИД ба вучуд омадааст. Қутри дарунии АО то ва пас аз санҷиш бо добутамин $3,2 \pm 0,04$ буда, ба тағйироти назаррас дучор нагаштааст. Андозаи ростхатаи МР дар давоми санҷиши сарборӣ тағйир наёфта, ба ҳисоби миёна $2,8 \pm 0,3$ см. –ро ташкил дод.

Саҳеҳан дар заминаи инфузияи добутаминдар гурӯҳҳо аз $6,5 \pm 0,2$ см то $5,7 \pm 0,3$ см паст шудани АНСМЧ (андозаи ниҳоии систоликии меъдачаи чап) диққатро ҷалб мекунад, пастшавии возеҳтари сарборӣ ба миокарди МЧ назар ба беморони мубтало ба БҒМ дар беморони мубтало ба БИД ба назар расид. Ин вазъият бо он маънидод карда мешавад, ки ҳангоми БИД танҳо ихтилолҳои локалии кашишхӯрӣ ва захираҳои нисбатан возеҳтари мутобиқшавӣ вучуд дорад. Дар беморони мубтало ба БИД андозаи ростхатаи МЧ дар диастола (АНСМЧ) ва шохиси ҳаҷм дар диастола (ШХД) ба баландшавӣ майл доштанд, дар беморони гирифтори БҒМ бошад, АНСМЧ пас аз санҷиш $7,1 \pm 0,3$ см-ро ташкил дод.

Агар дар беморони гирифтори БИД андозаи ростхатаи МЧ дар диастола (АНД) ва шохиси ҳаҷм дар диастола ба баландшавӣ майл дошта бошанд, дар беморони мубтало ба БҒМ АНДМЧ пас аз санҷиш $7,1 \pm 0,3$ см, шохиси ҳаҷм дар диастола бошад, $150,5 \pm 6,1$ мл/м²-ро ташкил дод, яъне, қобилияти пасти кашишхӯрии миокардро инъикос карданд. Ин ҳамчунин бо нишондиҳандаҳои гемодинамикаи дохилидилии шохиси ҳаҷми систоликӣ тасдиқ мегардад, ки аз $90,5 \pm 5,5$ мл/м² то $72,0 \pm 4,5$ мл/м² паст шудааст. Нишондиҳандаҳои асосии махсуси пешгӯйӣҳои нохуби зиндамонии беморон шохиси ҳаҷми диастоликӣ ва пастшавии ФП ба ҳисоб мераванд. Динамикаи ин нишондиҳандаҳо бехтаршавии онҳоро дар заминаи санҷиши сарборӣ инъикос мекунад. Ҳамин тавр, шохиси ҳаҷми диастоликӣ дар гурӯҳи беморони мубтало ба БҒМ дар ҳолати оромӣ $175,0 \pm 7,2$ мл/м², ва дар заминаи санҷиши сарборӣ то $150,5 \pm 6,1$ мл/м² паст шудааст. Баландшавии ФП низ то 49,5% ба қайд гирифта шудааст, гарчанде дар муқоиса аз гурӯҳи беморони БИД зиёдшавиро камтар ҳисоб кардан мумкин аст. Инро протсессҳои умумии диффузӣ-дистрофии миокард ҳангоми БҒМ тасдиқ мекунанд, ки онҳо қобилияти

кашишхӯрии миокардро умуман паст мекунад. Агар дар беморони мубтало ба БИД инфузияи добутоамин ҳамроҳ бо қувват гирифтани кори дил ва талаботи баланди миокард ба оксиген бо пайдо шудани ишемияи мушакҳои дил ва минбаъд паҳншавии минтақаи ихтилоли локалии кашишхӯрӣ дар сегментҳои ҳамсоя, ки бо шарёнҳои коронарӣ хунтаъминкунии номуносиб доранд, чараён дошта бошад, пас дар беморони мубтало ба БҒМ, самти мутақобил дида мешавад.

Дар ҳолатҳои оромӣ ИСЛЖ дар беморони дорои БҒМ $1,30 \pm 0,06$ -ро ташкил дод ва аз ИСЛЖ дар ҳолати оромии беморони БИД фарқияти назаррас надошт, дар заминаи инфузияи добутоамин бошад, нишондиҳандаи ИСЛЖ дар беморони гирифтори БҒМ то $1,05 \pm 0,03$ кам мешавад, ки ин аз камшавии миқдори сегментҳои дорои кашишхӯрии вайроншудаи маҳдуд ва дараҷаи возеҳии ихтилолҳои сегменталӣ, ки то гузаронидани санҷиши сарбории добутоамин гувоҳӣ медиҳад.



Расми 6. – Схеми тағйироти кашишхӯрии сегментарии МЧ ҳангоми сарбории добутоамин дар беморони БҒМ.

Гузаронидани санҷиши добутоамин дар беморони дорои БҒМ нишон дод, ки дар ҳолати оромӣ 159 сегмент дар нормокинез ба қайд гирифта шуд, ҳангоми гузаронидани намуна аз 61 сегменти дорои гипокинез 57 сегменти гипокинез ба қайд гирифта шуд, ки 163 нормокинезро ташкил дод. Аз 8 сегменти дискинери устувор 3 сегменти ба акинез гузашт, 2 сегменти акинез бошад, ба гипокинез гузашт (расми 6).

Ҳамин тавр, ҳангоми як хел будани дараҷаи ихтилоли кашишхӯрии маҳдуд, дар беморони мубтало ба БИД ва БҒМ таъсири гуногуни добутоамин ба дисфунксиаи сегментарӣ ба мушоҳида мерасад. Таъсири инотропии добутоамин, қисман ихтилоли кашишхӯрии сегментариро ҷуброн мекунад. Таъсири муқобили добутоамин дар беморони мубтало ба БИД ва БҒМ ба кашишхӯрии сегментарии миокард метавонад, ки дар гузаронидани ташҳиси тафриқии ин беморихо дар шароити клиникӣ ёриӣ чиддӣ расонад.

ХУЛОСАҲО

НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАТСИЯ

1. Омилҳои этиологии зиёд дучоршавандаи БҒМ сироятҳои бактериологӣ ва вирусӣ ба ҳисоб меравад. Манзараи микробӣ аз флораи граммусбат (штаммҳои стрептококк, тафилококк) ва флораи грамманфӣ (энтеробактерия, қаламчаи рӯдаҳо, қаламчаи синегной) иборат аст. Сарбории вирусии антигении организм беморони мубтало ба БҒМ дар 24 бемор муайян кард шуд: ба антигени вируси гриппи А (H1N1) дар 3 бемор дида шуд, ҳамчунин бо аденовирус [1-М, 2-М].
2. Меъёрҳои клиникӣ-муваққатии ташҳиси тафриқии БИД ва БҒМ синну соли зухуроти беморӣ ($49, 2 \pm 1,4$ ва $34,6 \pm 1,2$ мутаносибан) ба ҳисоб меравад, муҳлати пайдо шудани норасогии меъдаи чап аз оғози беморӣ ($35,5 \pm 9,2$ ва

19,8±,9), муҳлати пайдо шудани меъдачаи рост (37,5± ва 23,0±2,5), ҳангоми ДКМП бошад, ин нишондиҳандаҳо боз ҳам зиёдтар кӯтоҳ мешаванд ва 0,8±0,08 ва 1,7±0,3 моҳро ташкил медиҳанд [6-М, 7-М].

3. Нишондиҳандаҳои эхокардиографии ПФ, ИММЛЖ, ТЗС, МЧ, КДР МЧ меъёри муҳимми тафриқӣ-ташхиси байни БИД ва БҒМ дар беморони дорои симптомҳои норасоии дил ба ҳисоб мераванд, ҳангоми набудани зухуроти клиникӣ-лабораторӣ норасоии дил ва кардиомегамияи аломатҳои тафриқавӣ танҳо дар нишондиҳандаҳои андозаи ростхатаи аорта нигоҳ дошта мешавад [3-М, 4-М].
4. Санҷишҳои добутаминӣ бо баҳогузори тағйироти ИСЛЖ то ва пас аз гузаронидани санҷиши сарборӣ меъёри серитилои ташхисӣ-тафриқии байни беморони БҒМ ва БИД ба ҳисоб меравад. Ҳангоми баланд шудани нишондиҳандаҳои ИСЛЖ ва пайдо шудани ихтилолҳои кашишхӯрии сегментарӣ ташхиси имконпазиртар БИД ба ҳисоб мераванд, ҳангоми кам шудани нишондиҳандаҳои ИСЛЖ ва зиёд шудани кашишхӯрии умиумии миокард ташхиси имконпазир БҒМ ба ҳисоб меравад [5-М, 6-М].
5. Ҳангоми мавҷуд будани кардиомегамия ва зухуроти клиники норасоии дили андозаи ростхатаи МР ва ИҚДО имконият медиҳад, ки беморони ДБИ ва ДКМП фарқ карда шаванд. Ҳангоми мавҷуд набудани кардиомегамия ва норасоии дили андозаи ростхатаи МР наметавонад, ки меъёри тафриқавии маҳдудсозии беморони БИД ва МК бошад [8-М, 9-М].

ТАВСИЯҶО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҶО

1. Синну соли зухуроти клиникии беморон дар вақти БИО аз 44 ва бештар аз онро ташкил медиҳад. Синну соли оғози беморӣ дар беморони гирифтори БҒМ бисёри вақтҳо аз 25 то 35 сол аст.
2. Андозаи ростхатаи АО, ки дар сатҳи клапанҳои аорта чен карда мешавад, зиёд аз 3,0 см ва бештар аз он барои беморони гирифтори БИД хос мебошад.
3. Андозаи ростхатаи МР, ки аз 2,5 см ва бештар аз он аз гипертензияи шушҳо гувоҳӣ медиҳанд ва шахсони дорои БИД ва ДКМП ҳангоми оризаҳои беморӣ кардиомегамия ва норасоии дил маҳдуд карда мешаванд.
4. Санҷиши дубутаминӣ-усуле мебошад, ки дар статсионарҳои бо таҷҳизоти эхокардиографӣ таҷҳизонидашуда, усули серитилои чудокунандаи беморони БИД ва БҒМ ҳангоми душворихои ташхиси тафриқӣ дар беморони мураккаб ва номаҳфуми БИД ва БҒМ ба ҳисоб мераванд.
5. Нишондиҳанда барои истифодаи сарбории добутаминӣ метавонад: таъсири ихтилоли кашишхӯрии сегментарӣ дар ҳолати оромӣ, нишондиҳандаи пости ИСЛЖ, синдроми дарди генезаш номаълум дар қафаси сина, чараёни атипии классикии БИД ва БҒМ бошанд.
6. Пайдошудани ихтилолҳои ритм ва гузаронандагии дил, ҳамчунин Q патологӣ бидуни кардиалгия, зиёдтар аз осебҳои диффузии ғайрикоронарогении миокард бо протсесси некрозшавандаи «миокардити некрозӣ» ва пешгӯйии нохуб дар беморони гирифтори БҒМ ва ҳисоб меравад.
7. Баландшудани ИСЛЖ ҳангоми иҷро кардани санҷиши добутаминӣ аз эҳтимоли барзиёди гувоҳӣ дода, нишондиҳандаи бевоситаи гузаронидани каронаро-антиография ба ҳисоб меравад.

8. Бо мақсади верификацияи омили этиологӣ дар беморони мубтало ба БҒМ гузаронидани таҳқиқотҳои бактериологӣ ва вирусологӣ, чустуҷӯ ва санатсияи лонаҳои сирояти музмин, бо минбаъд дар назар доштани табобат зарур аст. Барои табиби амалӣ гузаронидани чамъоварии чиддии анамнези беморӣ, инчунин саршавии бемориҳо ва бемориҳои бактериалӣ ва вирусии аз сар гузаронидашуда зарур мебошанд.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

- [1-М] Вильданшин Д.К.. Особенности этиологической структуры воспалительно-дистрофических заболеваний миокарда / С.М. Бобоалиев, Д.К. Вильданшин, Ш.Ф. Одинаев, А.И. Табаров // Ж. Вестник академии медицинских наук.- 2018.- Т.VIII.№3-С. 307-312.
- [2-М] Вильданшин Д.К. Показатели внутрисердечной гемодинамики в оценке сократительной способности миокарда/Д.К. Вильданшин, Ш.Ф. Одинаев, Ф.И. Одинаев//Ж. Здравоохранение Таджикистана, 2018.-№3 с 20-27.
- [3-М] Вильданшин Д.К. Функциональное состояние сердечной мышцы у больных некоронарогенными заболеваниями миокарда и ишемической болезнью сердца /[Д.К. Вильданшин, Ф.И. Одинаев, М.Э. Раджабзода, А.И. Табаров](#) // Ж. Вестник академии медицинских наук.- 2018.- Т.VIII.№ 4(28).- С. 413-418.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда:

- [4-М] [Вильданшин Д.К. Эндокринный миокард и гормоны щитовидной железы/Д.К. Вильданшин, Ф.И. Одинаев, М.Э. Раджабзода, А.И. Табаров// Ж. Вестник Академии наук Таджикистана, Бюллетень-28-29 июня.- 2018.- С. 38-40.](#)
- [5-М] Вильданшин Д.К. Бактериальная микрофлора организма у больных с миокардитами /[Д.К. Вильданшин, Ф.И. Одинаев, М.Э. Раджабзода, А.И. Табаров// Ж. Вестник Академии наук Таджикистана, Бюллетень-28-29 июня.- 2018.- С. 35-37.](#)
- [6-М] Вильданшин Д.К., Раджабзода М.Э., Одинаев Ш.Ф., Солиев Ф.Г., Саидова Калликреин - кининовая система крови у больных ишемической болезнью сердца жителей низкогорья Таджикистана/М.Э.Раджабзода и др. // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии содружества независимых Государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний» 26-27 апреля, Душанбе, 2019. С. 318.
- [7-М] Вильдашин Д.К., Табаров А., Одинаев Ф.И. Состояние гормонов щитовидной железы у больных с кардиомиопатиями Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии содружества независимых Государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний» 26-27 апреля, Душанбе, 2019.с. 136.
- [8-М] Вильдашин Д.К., Каримова Ф.А., Солиев Ф.Г. Электромагнитные поля как фактор дестабилизации миокарда Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии содружества независимых Государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний» 26-27 апреля, Душанбе, 2019.с. 135.
- [9-М] [Вильданшин Д.К., Курбанов А.Ч., Табаров А., Одинаев Ф.И. Гормональный миокард Евразийский кардиологический журнал «Кардиология Узбекистана» №2 \(59\), Ташкент, 2019 г.- Материалы VII-го Евразийского конгресса кардиологов.- С. 374.](#)

АНДМЧ	-	андозаи ниҳоии диастоликии меъдачаи чап
АНСМЧ	-	андозаи ниҳоии систоликии меъдачаи чап
АО	-	аорта (андозаи ростхата)
БИД	-	бемории ишемикии дил
БҒМ	-	бемориҳои ғайриконорогении миокард
ҒДАМЧ	-	ғафсии девораи ақибӣ меъдачаи чап
ҒМДБМ	-	ғафсии миёндевори байнимеъдачавӣ
КМДМЧ	-	кардиомиопатияи дилататсионии меъдачаи чап
МД	-	миокардиодистрофия
МК	-	миокардит
МММЧ	-	массаи миокарди меъдачаи чап
МЧ	-	меъдачаи чап
НРД	-	норасоии рукуддори дил
ПЧ	-	пешдили чап
ФБШ	-	фишорбаландии шарёнӣ
ФП	-	фраксияи партоб
ФШ	-	фишори шарёнӣ
ФШД	-	фишори шарёнии диастоликӣ
ФШС	-	фишори шарёнии систоликӣ
ҲНДМЧ	-	ҳаҷми ниҳоии диастоликии меъдачаи чап
ҲНСМЧ	-	ҳаҷми ниҳоии систоликии меъдачаи чап
ШКМЧ	-	шохиси кашишхӯрии меъдачаи чап
ШНС	-	шиддати ниҳоии систоликӣ
ШҲДМЧ	-	шохиси ҳаҷми диастоликии меъдачаи чап
ШҲСМЧ	-	шохиси ҳаҷми систоликии меъдачаи чап

АННОТАЦИЯ

Вильданшин Дамир Кавыевич

Некоронарогенные заболевания миокарда, дифференциально-диагностические аспекты с ишемической болезнью сердца

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, некоронарогенные заболевания миокарда, гемодинамика, стресс-эхокардиография

Цель исследования. Изучить особенности этиологической структуры наиболее часто встречающихся диффузных некоронарогенных заболеваний миокарда, обосновать возможность использования определения параметров внутрисердечной гемодинамики, стресс-эхокардиографии в дифференциальной диагностики ИБС и НЗМ.

Методы исследования и использованная аппаратура. Объектом исследования диссертационной работы явились 120 пациентов с заболеваниями миокарда, которые были распределены на 2 группы 60 пациентов с ИБС и 60 пациентов с НЗМ различной этиологии. Все обследованные пациенты прошли обследование по кардиологическому плану. Из специальных методов исследования проведены бактериологические, исследования, измерение показателей геометрии сердца, стресс-эхокардиографии.

Полученные результаты и их новизна. Обращено внимание врачей кардиологов на дифференциально-диагностические критерии между истинной ишемией миокарда и некоронарогенными болями. Впервые даны основные и вероятные этиологические факторы миокардитов и других некоронарогенных факторов. На основании изучения показателей стресс эхокардиографии и показателей геометрии сердца установлены критерии для дифференциальной диагностики указанных заболеваний миокарда. Проведена сравнительная оценка клинической картины между ИБС и НЗМ.

Рекомендации по использованию. Предложена схема (алгоритм) тактики ведения пациентов с различными некоронарогенными заболеваниями миокарда, а также приведен пример лабораторного и бактериологического контроля для выявления этиологического фактора миокардитов, а также предложена оценка стресс-эхокардиографии и добутаминовой пробы для дифференциальной диагностики.

Область применения. Внутренние болезни, кардиология.

АННОТАТСИЯИ
ВИЛДАНШИН ДАМИР КАВИЕВИЧ
БЕМОРИҲОИ ҒАЙРИКОРОНАРОГЕНИИ МИОКАРД, ЧАНБАҲОИ ТАФРИҚӢ
– ТАШХИСӢ БО БЕМОРИИ ИШЕМИКИИ ДИЛ

Калимаҳои калидӣ: бемории ишемикии дил, гемодинамика, бемориҳои ғайрикоронарогени миокард, стресс-эхокардиография.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани хусусиятҳои сохторҳои этиологии бемориҳои ғайрикоронарогени диффузии зиёд дучоршаванда, асоснок кардани имкониятҳои истифодаи муайянкунии параметрҳои гемодинамикаи дохилидилӣ, стресс-эхокардиография дар ташхиси тафриқи БИД ва БҒМ.

Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда. Объекти пажӯҳиши диссертатсия 120 нафар беморони мубтало ба бемории миокард буд, ки ба ду гурӯҳ- 60 нафар беморони гирифтори БИД ва 60 нафар гурӯҳи беморони БҒМ-и этиологияи гуногун ҷудо карда шуданд. Ҳамаи беморон аз таҳқиқоти кардиологӣ гузаронида шуданд. Аз усулҳои махсуси таҳқиқот усулҳои таҳқиқоти **бактериологӣ, андозагирии** нишондиҳандаҳои геометрии дила, стресс-эхокардиография истифода шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва навгонии илмӣ. Таваҷҷуҳи табибон-кардиологҳо ба меъёрҳои ташхиси тафриқи байни ишемиаи ҳақиқии имиокард ва дардҳои ғайрикоронарогенӣ ба худ ҷалб кардааст. Бори нахуст омилҳои этиологии асосӣ ва эҳтимолии миокардитҳо ва дигар омилҳои ғайрикоронарогенӣ оварда шудааст. Дар асоси омӯзиши нишондиҳандаҳои стресс эхокардиография ва нишондиҳандаҳои геометрияи дил меъёрҳо барои ташхиси тафриқи бемориҳои зикршудаи миокард муқаррар карда шудааст. Баҳодиҳии муқоисавии манзараи клиниқии байни БИД ва БҒМ анҷом дода шудааст.

Тавсияҳо барои истифодабарӣ. Схема (алгоритм) –и тактикаи муҳоҷибати беморони дорои бемориҳои гуногуни ғайрикоронарогени миокард гузаронида шуд, ҳамчунин барои ошкор намудани омилҳои этиологии миокардит аз назорати лабораторӣ ва бактериологӣ мисолҳо оварда шудааст, инчунин баҳогузори стресс-эхокардиография ва санҷиши добутаминӣ барои ташхиси тафриқӣ пешниҳод карда шудааст.

Соҳаи истифода. Бемориҳои дарунӣ, кардиология.

ANNOTATION**Vildanshin Damir Kavyevich****Non-coronary myocardial diseases, differential diagnostic aspects with ischemic heart disease**

Key words: ischemic heart disease, non-coronary heart disease, hemodynamics, stress echocardiography

Purpose of the study. To study the features of the etiological structure of the most common diffuse non-coronary myocardial diseases, to substantiate the possibility of using the determination of the parameters of intracardiac hemodynamics, stress echocardiography in the differential diagnosis of IHD and Non-coronary myocardial diseases (nCMD).

Research methods and equipment used. The object of the research of the thesis was 120 patients with myocardial diseases which were divided into 2 groups, 60 patients with IHD and 60 patients with nCMD of various etiologies. All patients were examined according to the cardiological plan. From special research methods bacteriological research, measurement of heart geometry indicators and stress echocardiography were carried out.

Results and their novelty. The attention of cardiologists is drawn to the differential diagnostic criteria between true myocardial ischemia and non-coronary pain. The main and possible etiological factors of myocarditis and other non-coronary factors are given for the first time. Based on the study of the indicators of stress echocardiography and indicators of heart geometry, criteria for the differential diagnosis of these myocardial diseases have been established. A comparative assessment of the clinical picture between IHD and nCMD was carried out.

Recommendations for use. A scheme (algorithm) of tactics for managing patients with various non-coronary myocardial diseases is proposed, and an example of laboratory and bacteriological control for identifying the etiological factor of myocarditis is given, and an assessment of stress echocardiogram and dobutamine test for differential diagnosis is proposed.

Application area. Internal medicine, cardiology.