

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК: 616.12:616.379-008.64

Раджабова Гулноз Маруфходжаевна

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА
МИОКАРДА И КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ**

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук**

по специальности 14.01.04 – Внутренние болезни

Душанбе-2024

Диссертация выполнена на кафедре терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Научный руководитель: **Шукурова Сурайё Максудовна** – член корреспондент НАНТ, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Официальные оппоненты: **Одинаев Шухрат Фарходович** – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Рофиева Халима Шарифовна кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой внутренних болезней НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».

Оппонирующая организация: Самаркандский государственный медицинский университет (г. Самарканд, Республика Узбекистан)

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2024 г. в «_____» часов на заседании диссертационного совета 6D.КОА-008 при ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, г. Душанбе, район Сино, улица Сино 29-31, www.tajmedun.tj +992918724088.

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

Автореферат разослан «_____» _____ 2024 г.

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

Р.Дж. Джамолова

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются одной из ведущих причин смертности и заболеваемости, что делает их важной медицинской и социальной проблемой. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ССЗ в течение последних двух десятилетий являются основной причиной около 32% всех случаев смерти в мире [Самородская И.В. и др., 2018; WHO, 2021] и эквивалентно примерно 17,9 миллионам человек ежегодно [Cosentino F. et al., 2020; Collet J.P. et al., 2021]. В РФ от ССЗ умирает один миллиона человек в год – это в 2 раза выше, чем в европейских странах (в перерасчете на 100 тысяч населения) [Аверков А.А. и др., 2020; Хадарцев А.А. и др., 2021].

Инфаркт миокарда (ИМ) является основной причиной смертности от всех ССЗ. Многочисленные известные факторы риска ИМ включают курение, артериальную гипертензию, дислипидемию, диабет, ожирение, неправильное питание и отсутствие физических упражнений, что существенно влияет на качество жизни [Нозиров Дж.Х. и др., 2015; Раджабзода М.Э. и др., 2019; Муроткобилов О.А. и др., 2021].

В последнее время внимание ученых и врачей всё больше привлекает проблема мульти- и коморбидности [Митьковская Н.П., 2018; Оганов Р.Г. и др., 2019]. Бремя сопутствующих заболеваний является мощным предиктором смертности от ИМ и его распространённость увеличивается по мере старения населения [Чичкова М.А. и др., 2019; Хлынова О.В. и др., 2020]. Население стареет, и все больше пациентов живут дольше с множественными хроническими заболеваниями (мультиморбидность). Частота и характер сопутствующих заболеваний у больных ИМ весьма разнообразен и к ряду наиболее частых входят артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД) 2 типа, хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), хроническая болезнь почек (ХБП), анемия [Остроумова О.Д. и др., 2018; Муроткобилов О.А. и др., 2021; Шарипова Х.Ё. и др., 2022; Зацепина М.Н. и др., 2023]. Существует взаимосвязь количества сопутствующих состояний с возрастом. Так, исследования показали, что 36% пациентов с ИМ в возрасте 50-59 лет имеют 2-3 заболевания, а в возрастной категории 60-69 лет у 40,2% 4- 5. Более пяти сопутствующих заболеваний почти 66% больных находятся в возрастной категории в возрасте 75 лет и выше. [Королева Н.С. и др., 2019; Щинова А.М. и др., 2021]. Наличие сопутствующих заболеваний у больных с ИМ приводят к сложному переплетению симптомов болезни, тем самым затрудняя раннюю диагностику, увеличивают сроки пребывания больного в стационаре и ухудшают прогноз заболевания [Чичкова М.А. и др., 2019; Щинова А.М. и др., 2021; Teng S. et al., 2020]. Высокая коморбидность влечет за собой полипрагмазию, присоединению системных побочных эффектов, что диктует контроль и подбор адекватной терапии. Необходимо повышенное внимание к лечению пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с множественными сопутствующими ССЗ [Зыков М.В. и др., 2019; Щинова А.М. и др., 2021; Шарипова Х.Ё. и др., 2022; Baechli C.KD. et al., 2020].

Половые различия в клинической картине и исходах у пациентов, госпитализированных по поводу ОИМ, были задокументированы на протяжении десятилетий и подтверждены в последние годы [Королева Н.С. и др., 2019; Седых Д.Ю. и др., 2023; Teng C. et al., 2020]. Женщины как правило, имеют большее бремя сопутствующих заболеваний и чаще чем мужчины имеют атипичные симптомы. У них также наблюдается более длительная задержка реперфузии, больше неблагоприятных событий, таких, как кровотечения и осложнения, связанные с сосудистым доступом, и реже проводится катетеризация сердца [Аникин В.В. и др., 2020; Рофиева Х.Ш. и др., 2020; Соловьева А.В. и др., 2021; Majidi M. et al., 2021]. Несмотря на общую более высокую распространённость ССЗ у мужчин, гендерный разрыв в ССЗ сокращается с возрастом, особенно в постменопаузе [Аникин В.В. и др., 2020; Wang C. et al., 2019]. Потенциальные объяснения многочисленны и варьируются от снижения уровня защитного эстрогена в период менопаузы до некоторых сопутствующих заболеваний, более сильно влияющих на женщин [Рофиева Х.Ш., 2023; Vallabhajosyula S. et al., 2020]. Однако в настоящее время неясно, представляют ли эти результаты просто неподтверждённые данные или намекают на систематическое развитие, при котором, учитывая определенные факторы риска, женщины получают все более высокий риск ССЗ, чем мужчины [Аникин В.В. и др., 2020; Vallabhajosyula S. et al., 2020].

В республике Таджикистан в последние годы проблеме коморбидности при хронических неинфекционных заболеваниях повышенное внимание в виду существования ряда факторов, которые способствуют поздней диагностике и ранней инвалидизации больных. В перечень факторов входят полипрагмазия, слабые знания врачей о подборе терапии коморбидным пациентам, отсутствие единого взгляда на проблему сочетанной патологии и др.

В связи с вышеизложенным, постоянные исследования в области диагностики и лечения коморбидных состояний ССЗ на основе междисциплинарного подхода, открывают новые горизонты и позволит улучшить исходы терапии и качество жизни пациента. Разработка оптимизированных подходов диагностики и лечения ОИМ с учетом сопутствующих заболеваний, позволит практикующему врачу принять правильное решение по введению этой категории больных.

Степень изученности научной проблемы

Растущая распространённость хронических заболеваний и, как следствие, растущая распространённость полиморбидности (наличие множественных сопутствующих заболеваний) является серьёзной глобальной проблемой, стоящей перед системами здравоохранения [Оганов Р.Г. и др., 2019]. В настоящее время, по оценкам, около двух третей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями имеют по крайней мере одно хроническое заболевание [Митьковская Н.П., 2018; Оганов Р.Г. и др., 2019]. С улучшением показателей выживаемости после ОИМ, а также старением населения, больше пациентов живут дольше с мультиморбидностью, что связано со снижением качества жизни, увеличением нагрузки на здравоохранение и увеличением смертности [Чичкова М.А. и др., 2019; Щинова А.М. и др., 2021; Baechli C.KD.

et al., 2020]. Бремя сопутствующих заболеваний является сильным предиктором смертности от ИМ. Несмотря на тенденцию к снижению частоты ОИМ, 30-дневный риск смертности от ИМ в целом остаётся около 15% и увеличивается почти до 30% среди пациентов с индексом коморбидности по Чарлсону (CCI) ≥ 3 . Важно подчеркнуть, что распространённость высокого бремени сопутствующих заболеваний у пациентов с ИМ увеличивается по мере старения населения.

Множеством публикаций отечественных и зарубежных исследователей подчёркиваются многогранность и многоликость ИМ, раскрываются вопросы коморбидности и гетерогенности детерминантов риска, разнонаправленность в терапевтических подходах в зависимости от сопутствующих заболеваний, разработки маркеров диагностики и низкой приверженности к лечению [Олимзода Н.Х. и др., 2018; Шарипова Х.Ё. и др., 2022; Щинова А.М. и др., 2022]. Основное внимание в исследованиях уделено изучению масштабов кардиометаболических сопутствующих заболеваний у пациентов, госпитализированных с ОИМ [Зыков М.В. и др., 2019; Шарипова Х.Ё. и др., 2022; Teng C. et al., 2020]. Подавляющее большинство (>80%) пациентов страдают по крайней мере одним из исследуемых сопутствующих заболеваний, а более половины страдают двумя или более сопутствующими заболеваниями [Митьковская Н.П., 2018; Зыков М.В. и др., 2019]. Несмотря на ограниченные данные по этой теме, ряд наблюдений подтверждают клиническое впечатление о том, что сердечно-сосудистая «мультиморбидность» является правилом, а не исключением у пациентов, госпитализированных с ОИМ.

Связь исследований с программами (проектами), научной тематикой. Профилактика и организация эффективной помощи пациентам с ССЗ являются приоритетными направлениями деятельности в деле охраны здоровья Республики Таджикистан (РТ). Это связано с их бременем, приводящим к преждевременной смертности и стойкой потере трудоспособности. Анализ ситуации по причинам смерти населения республики показал, что кардиоваскулярные заболевания (КВЗ) в структуре общей смертности взрослого населения продолжают лидировать. Сравнительный анализ высокого уровня бремени в разрезе 30 лет (1990-2020 гг.) показал, что, ИБС лидирует и составляет 9,9% и 10,2% соответственно. 2023 год является итоговым по Постановлению Правительства РТ «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Таджикистане на период 2012-2023 годы», которое было принято 3 декабря 2012 г, №676. Цель принятого Постановления направлена на решение вопросов повышения приоритета, контроля неинфекционных заболеваний и на разработку эффективной инфраструктуры для профилактики ССЗ. В рамках настоящего документа сегодня проводятся десятки научно-исследовательских проектов и программ. Результаты исследований находят свое активное внедрение в практическое здравоохранение. Настоящая инициативная диссертационная работа является частью данного документа и послужит руководством к дальнейшему использованию в целях своевременной диагностики и разработки тактики ведения больных с ОИМ с учётом коморбидности.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Изучить влияние коморбидности на клиническое течение и исходы инфаркта миокарда, а также определить ключевые факторы, способствующие ухудшения состояния в данной группе.

Задачи исследования:

1. Представить распространенность различных вариантов ОИМ в структуре больных с неотложными состояниями на стационарном этапе и их половозрастные особенности.
2. Изучить структуру и частоту сопутствующей патологии у больных с ОИМ в зависимости от пола и возраста;
3. Оценить прогностические исходы и характер терапии у пациентов ОИМ с коморбидной патологией и их взаимосвязь с количеством сопутствующих состояний;
4. Изучить клинико-биохимическую и коронароангиографическую картину ИМ в ассоциации с СД 2 типа и на основании частоты осложнений и повторной реваскуляризации представить результаты реперфузии коронарных сосудов.

Объект исследования. Материалом для исследования послужил ретроспективный анализ медицинской документации госпитализированных больных в кардиореанимационное отделение ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», г. Душанбе, за период 2018-2019 гг. Кроме того, обобщение и анализ собственных клинических исследований (n=160) больных с установленным диагнозом ИМ. Все наблюдаемые больные с ОИМ прошли комплекс клинических, биохимических, гемодинамических, статистических методов исследования.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение основных диагностических предикторов больного с неотложной кардиоваскулярной патологией (анамнез, болевой синдром, симптомы недостаточности кровообращения, аускультация, артериальное давление (АД), гемодинамические и функциональные маркеры, коронароангиография (КАГ) сосудов). Ключевым объектом была когорта с ОИМ, которым подсчитывались индексы коморбидности Чарлсона, гемодинамические маркеры, биохимические и морфофункциональные параллели и сопутствующие состояния. Детальному анализу подверглась группа ОИМ в ассоциации с СД, результаты чрескожных вмешательств (ЧКВ) и прогностические маркеры. Результаты сопоставления клинико-функциональных и инструментальных методов исследования ОИМ и сопутствующих состояний позволили определить причину прогрессирования неотложных состояний с целью разработки лечебных мероприятий с учетом коморбидности.

Научная новизна исследования. Данная диссертационная работа, посвящённая проблеме коморбидности ИБС, впервые проведена в республике, где представлена частота и структура сопутствующих заболеваний, разработан диагностический поиск, включая клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Проведен ретроспективный анализ (n=1134) медицинской документации пролеченных больных в отделении кардиореанимации, изучены частота и характер неотложных состояний, среди которых ИБС заняла лидирующие позиции и частым первичным диагнозом был ИМ с подъемом сегмента ST, на который приходилась почти треть (32,3%) всех госпитализаций. Анализ дебюта заболевания раскрыл половозрастные особенности, локализации и вариантов ОИМ.

На примере достаточного количества больных охарактеризована сопутствующая патология у пациентов с ОИМ и результаты показали, что из 160 у 146 (91,3%) пациентов было одно или несколько коморбидных состояний. Так, у 36 (22,5%) было диагностировано одно, у 41 (25,6%) – два, у 58 (36,25%) – три и у 11 (6,9%) – четыре и более важных сопутствующих заболеваний. При этом, наиболее частым кластером коморбидных заболеваний были АГ и диабет, которые встречались у каждого второго пациента, госпитализированного с ОИМ.

Установлен половой диморфизм в структуре и частоте сопутствующих состояний при ОИМ, а также прямая корреляция с возрастом.

Охарактеризованы сопутствующие заболевания и в тройку лидерства среди сопутствующих состояний ИМ (n=160) входят АГ – 86,9%, СД 2 типа – 33,8% и ХБП – 33,1%. Расчет коморбидности в группе в целом установил высокую частоту среднего уровня коморбидности – 63,8% среди женщин и 69,6% у мужчин. Установлены взаимосвязи риска смерти в течение 30 дней после госпитализации по поводу ОИМ и характера терапии с количеством имеющихся сопутствующих заболеваний.

Комплексная оценка ИМ в ассоциации с СД 2 типа показала особенности клиники, половозрастных и биохимических параллелей с количеством сопутствующих заболеваний. Так, результаты биохимических параллелей свидетельствуют значительно о более высоких уровнях общего холестерина, триглицеридов (ТГ) и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП); низкий уровень липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) у больных ИМ+СД 2 типа, свидетельствующей о важной роли атерогенной дислипидемии. При этом повышенный уровень тропонина, С-реактивного белка (СРБ) и АсАТ указывает на некроз кардиомиоцитов.

Представлены результаты КАГ у больных ИМ с СД 2 типа, где было выявлено ряд особенностей. Это преобладание тяжелого (55,0%) и среднего (40,0%) коронарного стеноза, а также многососудистое и двух сосудистое поражения в 55,0% и 20,0% соответственно, против 34,9% и 18,6% в группах без СД 2 типа. Оценка результатов ЧКВ по частоте сердечно-сосудистых осложнений и повторной реваскуляризации нецелевого коронарного русла, выявила ряд различий. Так, в группе ОИМ с СД 2 типа число сердечно-сосудистых осложнений было выше, чем в группе сравнения (15,0% против 7,9%; $p<0,05$), а повторное вмешательство на нецелевом сосуде выполнилось в 15,0% случаев против 5,3% ($p<0,05$).

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и

рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы при подготовке клинических протоколов для практикующих врачей, а также в учебном процессе для студентов и курсантов медицинских ВУЗов республики. С практической точки зрения результаты исследований позволяют врачу на ранних этапах сформулировать портрет больного с ОИМ и структуры наиболее часто встречаемых сопутствующих заболеваний, определить дизайн обследования и разработать терапевтические подходы с учетом коморбидности.

Основные научно-практические ценности исследований:

- выявлены структура и частота сопутствующих заболеваний у больных с ОИМ на госпитальном этапе;
- на основании подсчёта индекса коморбидности оценены характер и течение ключевых параметров ОИМ;
- установлены морфофункциональные и биохимические параллели ОИМ и сопутствующих заболеваний в зависимости от пола;
- выявлены при помощи КАГ тяжесть стеноза коронарных артерий и их исходы;
- использование современных инвазивных методов диагностики коронарных артерий у больных ОИМ и СД 2 типа позволит своевременно предупредить о нарастающей угрозе кардиальных событий;
- для практической кардиологии разработаны критерии прогноза и детерминанты риска ОИМ в зависимости от коморбидности.

Положения, выносимые на защиту:

1. Среди множества неотложных состояний у лиц, обратившихся за медицинской помощью в кардиологическое отделение, ОИМ был наиболее частым диагнозом в структуре ИБС. Наблюдалась поло-возрастная ассоциация вариантов ОИМ и их локализация. Чрескожным вмешательствам подвергся каждый третий больной с ОИМ.

2. Анализ бремя прогностических факторов и сопутствующих заболеваний позволяет рассматривать ОИМ, как заболевание с высокой коморбидностью. Большинство пациентов с ОИМ имели 3 и 4 сопутствующих заболеваний, характеризующихся поло-возрастным диморфизмом.

3. В структуре сопутствующих состояний ОИМ лидирующие позиции занимают АГ, СД 2 типа и ХБП. Риск смерти ОИМ в течение 30 дней напрямую связан с количеством сопутствующих заболеваний. Характер медикаментозной терапии больных ОИМ в ассоциации с сопутствующими заболеваниями определил тройку лидерства, в которую включены бета-блокаторы, аспирин и антикоагулянты. Частота же ЧКВ имеет прямую зависимость от индекса коморбидности.

4. ИМ в ассоциации с СД 2 типа имел поло-возрастную зависимость, особенности клинического течения, исходы и биохимические (липидограмма, кардиоспецифические маркеры) параллели.

5. Тяжесть сосудистых поражений (при использовании КАГ) у больных с ОИМ имела тесную взаимосвязь с сопутствующим СД 2 типа, что свидетельствует о выраженных нарушениях васкуляризации миокарда.

Степень достоверности результатов подтверждается репрезентативной базой исходящих материалов: первичная медицинская документация

(медицинские истории болезни пациентов, индивидуальные карты на каждого пациента, письменное соглашение на проведение ряда инструментальных методов исследования). Результаты полученных исследований представлены (общеклинические, лабораторные, инструментальные) в письменном реестре, а также в электронном формате в виде компьютерной базы данных и картотеками. Лабораторные данные представлены также в реестре журнала в виде электронного носителя. Достоверность результатов обусловлена и подкреплена достаточным объёмом 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.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Диссертационная работа посвящена научным проблемам кардиологии и соответствует паспорту Высшей аттестационной комиссией (ВАК) при Президенте РТ по специальности 14.01.04. - Внутренние болезни: подпункт III.4. Этиология и патогенез, факторы риска, генетика заболеваний внутренних органов; подпункт III.7. Расстройства функций внутренних органов как у больного, так и у здорового человека; подпункт III.8. Клинические проявления заболеваний внутренних органов.

Исследования отражают основные разделы внутренней медицины – кардиологию. Содержание работы полностью отражает исследования по кардиологии, в частности клинико-функциональные и гемодинамические изменения при ИМ в ассоциации с сопутствующими патологиями. Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации отражают поставленные задачи, обоснованы и логически вытекают из результатов проведенных исследований.

Личный вклад соискателя ученой степени. Личный вклад автора состоит в самостоятельно выбранном научном направлении, проведении анализа литературных данных, посвященных исследуемой проблеме. Совместно с научным руководителем определены цель работы, задачи и пути их достижения.

Клиническое, инструментальное обследование пациентов, заполнение соответствующих и специально разработанных для данного исследования учетных форм и клинических карт проводились автором самостоятельно. Оценка и интерпретация биохимических и инструментальных методов исследования осуществлялись с врачами лабораторий и функциональных кабинетов ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» (г. Душанбе). Интерпретация полученных результатов, описание выводов и рекомендаций проводились совместно с научным руководителем.

Апробация и реализация результатов диссертации. Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены на ежегодных научных конференциях ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет (ТГМУ) имени Абуали ибни Сино» (2020-2023 гг.), ГОУ «Институт

последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан (ИПО в СЗ РТ)» (2019-2023 гг.), Первый международный медицинский конгресс Евроазиатских стран (2022 г), на заседании межкафедральной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам ГОУ «ИПО в СЗ РТ» (протокол №2/1 от 07.05.2024).

Результаты исследования внедрены в клиническую и лечебную работу кардиологического и кардиореанимационного отделения ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» и кардиологического отделения ГУ «Городской медицинский центр №1 имени К. Ахмедов». Материалы работ используются в учебном процессе на кафедре терапии и кардиоревматологии ГОУ «ИПО в СЗРТ».

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликованы 9 печатных работ, из них 4 статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Президенте РТ для публикации результатов диссертационного исследования.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 156 страницах, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы материала и методов исследования, 3 глав, посвященных результатам собственных исследований, обсуждения полученных данных, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов, списка литературы. Список используемой литературы включает 105 отечественных и 113 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 26 таблицами и 16 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Наше исследование проведено в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», в отделении кардиореанимации за период 2018-2019 гг., когда поток больных по сравнению с последующими годами был немногочислен в связи с малым сроком открытия центра. Исследование проводилось в два этапа.

Первым этапом было ретроспективное исследование с использованием данных последовательных госпитализаций 1134 больных в отделение кардиореанимации ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» в течение 2-х лет (2018 г – 526 больных; 2019 г – 606 больных) с целью изучения клинических характеристик и результатов госпитализации пациентов. После тщательного изучения доступной информации (от больного или родственников) определялся основной диагноз для каждой госпитализации. Из общего количества больных 750 (66,7%) были с неотложными сердечно-сосудистыми состояниями (мужчины 478 (63,7%), женщины 272 (36,3%)). Предварительный анализ направленных больных с неотложной сердечно-сосудистой патологией показал, что первичные диагнозы при госпитализации в отделение кардиореанимации были весьма разнообразны, хотя ОИМ (особенно ИМпСТ) по-прежнему оставался наиболее частым. Пациенты, которые были госпитализированы с предварительным диагнозом ОКС, подверглись дополнительным методам исследования (ЭКГ, анализ крови на маркеры некроза миокарда, ЭхоКГ), после которого был выставлен диагноз ОИМ.

На втором проспективном этапе исследования более детальному анализу подверглись 160 больных с диагнозом ОИМ, поступивших в отделение кардиореанимации за период 2018-2019 гг. Из них 58 (36,25%) женщин и 102 (63,75%) мужчины. Большинство госпитализаций произошло посредством машины скорой помощи 79 (49,4%) и самообращения 76 (47,5%). В специально разработанную карту из истории болезни были получены следующие данные: возраст, пол пациента, наличие осложнений ОИМ, длительность болевого синдрома, сроки госпитализации, исход лечения.

У всех больных, включённых в проспективное исследование (n=160) была рассчитана Оксфордская шкала острой тяжести заболевания (OASIS) и подсчитан индекс коморбидности Чарлсона. Чтобы определить частоту и прогностическое влияние количества сопутствующих заболеваний на течение острого инфаркта миокарда, также нами изучена риск 30-дневной смертности больных по шкале GRACE.

Более тщательному анализу подверглась группа больных ОИМ в ассоциации с СД 2 типа (n=54), и в качестве группы сравнения были выбраны 106 больных ОИМ без СД 2 типа.

По результатам лабораторных и инструментальных исследований у пациента выявлены сопутствующие патологии. Диагноз основных нозологических форм устанавливался в соответствии с действующими рекомендациями. Диагноз ИБС установлен по классификации ВОЗ (1979 г) с дополнениями ВНЦК (Всесоюзный научный центр кардиологов) 1984 год. Для диагностики острого инфаркта миокарда (ОИМ) использовались различные критерии, включая симптомы, изменения на электрокардиограмме (ЭКГ) и уровень биомаркеров. Верификация диагноза АГ осуществлялась согласно критериям ВОЗ (1999) при уровне САД ≥ 140 мм рт.ст. и/или ДАД ≤ 90 мм рт.ст. [Cannon P., 1966]. Диагноз СД установлен на основе лабораторных показателей, соответствующих диагностическим критериям ВОЗ (1999-2013 гг.). Диагноз ожирения выставлялся в соответствии с классификацией ИМТ по ВОЗ: ИМТ 25–29,9 кг/м² характеризовал избыточную массу тела, 30 кг/м² и более – ожирение. Диагноз острая и хроническая сердечная недостаточность (ОСН и ХСН) устанавливался в соответствии с Рекомендациями ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2021г.

Результаты лабораторных тестов включали - показатели периферической крови (соотношение нейтрофилов/лимфоцитов, соотношение тромбоцитов/лимфоцитов, ширину распределения эритроцитов, средний объем тромбоцитов), высокочувствительный С-реактивный белок (СРБ), высокочувствительный тропонин Т (вч-сТnТ), общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), креатинин, мочевины, аспартатаминотрансферазу (АсАТ), аланинаминотрансферазу (АлАТ), глюкоза крови натощак и гликированный гемоглобин (HbA1C). Все лабораторные исследования выполнены в лабораторном отделении ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» (зав. лабораторией Бобоев Дж.А).

Электрокардиография выполнена в кардиореанимационном отделении ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» на аппарате «CONTECTM Electrocardiograph», Model: ECG300G, год выпуска 2017. Пациенты были диагностированы как ИМпST, если у них была типичная ишемическая боль в груди продолжительностью ≥ 20 минут и подъем сегмента ST $0,25$ мВ или более в точке J у мужчин в возрасте до 40 лет, $\geq 0,2$ мВ у мужчин старше 40 лет или $\geq 0,15$ мВ у женщин в отведениях V2–V3 и/или $\geq 0,1$ мВ в других отведениях (у лиц без гипертрофии левого желудочка или блокады левой ножки пучка Гиса), при поступлении ЭКГ с/без повышения концентрации сердечных ферментов (тропонина I).

Рентгенография грудной клетки выполнена всем больным на аппарате «Brivo XR385» год выпуска 2011, выполнен в диагностическом отделении ГУ «Комплекс здоровья Истиклол».

Ультразвуковое исследование выполнено всем больным для выявления сопутствующих патологий на аппарате NM70A Samsung (врач Пайков И.А.), в диагностическом отделении ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Эхокардиография. Все эхокардиографические исследования с использованием ультразвуковой системы (TOSHIBA), оснащенной датчиками S5-1 и X5-1, выполнены в функциональном отделении ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» (врач Бобоева Ф.И.).

Чрескожные коронарные вмешательства. Коронароангиографию выполняли 63 больным (из них 58 больным с ангиопластикой). ОКС определяли, как наличие $>50\%$ стеноза в любой коронарной артерии или левой главной артерии. Модифицированная шкала Gensini использовалась для оценки тяжести поражения коронарных артерий. Эта оценка была классифицирована следующим образом: 1 балл, если стеноз был $<25\%$; 2 балла при стенозе от 26% до 50% ; 4 балла при стенозе от 51% до 75% ; 8 баллов при стенозе от 76% до 90% ; 16 баллов при стенозе от 91% до 99% ; и 32 балла при стенозе 100% . КАГ выполнена на аппарате «TOSHIBA Diagnostic X-RAY Apparatus», год выпуска 2016, с участием соискателя, в отделении рентген-эндоваскулярной хирургии ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» (врач Шарипов У.).

Статистические методы исследования. Статистический анализ собранных данных осуществлялся с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics 21 (IBM Corp., 2012, США). Для оценки нормальности распределения использовались критерии Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Рассчитывались общие характеристики для количественных данных, включая среднее значение (M) и стандартную ошибку среднего ($\pm SE$). Для сравнения количественных данных между двумя независимыми группами применялся U-критерий Манна-Уитни, а для множественных сравнений использовался H-критерий Крускала-Уоллиса. При сравнении качественных показателей между двумя независимыми группами использовался критерий χ^2 , включая поправку Йетса для малых выборок (менее 10 наблюдений) и точный критерий Фишера для очень малых выборок (менее 5 наблюдений). Значения считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В отделение кардиореанимации за 2018-2019 гг. госпитализирован 1134 больных (2018 г – 526 больных; 2019 г – 606 больных) с различными ССЗ. Первые три наиболее распространённых сердечно-сосудистых диагноза в отделении были следующими: ИБС (72,5%), сердечная недостаточность (59,5%) и АГ (51,7%). Из них 750 (66,7%) больных были с неотложными сердечно-сосудистыми состояниями (мужчины 478 (63,7%), женщины 272 (36,3%)). Наиболее распространённым первичным диагнозом был ИМпСТ, на который приходилась почти треть (32,3%) всех госпитализаций. Другие виды ИБС, в том числе ИМбпСТ (15,2%), нестабильная стенокардия (11,7%) и стабильная ИБС (11,1%), требующая особого внимания после сложных интервенционных вмешательств, были частыми причинами госпитализации в отделение кардиореанимации. При этом доля больных с первичным диагнозом нестабильной стенокардии ИБС составила примерно треть. Аритмии были относительно распространёнными первичными причинами. Кроме того, в популяции отделения кардиореанимации наряду с ССЗ были и несердечно-сосудистые заболевания, которые включены в рубрику «другие» 17 (2,3%) (хронические и острые несердечно-сосудистые критические заболевания). Средняя продолжительность пребывания в отделении кардиореанимационной терапии составила 5,1 дня.

Более детальному анализу подверглись 160 больных с диагнозом ОИМ, поступивших в отделение кардиореанимации за период 2018-2019 гг. Из них 58 (36,25%) женщин и 102 (63,75%) мужчины, со средним возрастом $62,1 \pm 0,8$ года. Исходные характеристики больных с ОИМ представлены в таблице 1.

Таблица 1. - Характеристика пациентов с острым инфарктом миокарда

Параметр	Количество больных (n=160)	
	Abs	%
Мужчина	102	63,75
Женщина	58	36,25
Средний возраст, лет (M±m)	62,1±0,8	
ИМТ, кг/м ² (M±m)	28,2±0,4	
Машиной скорой помощи	79	49,4
Самообращение	76	47,5
Перевод из другого отделения	5	3,1
Интервенционные процедуры	63	39,4
Индекс Чарлсона (M±m)	2,9±1,7	
OASIS, (M±m)	27,5±8,4	

Большинство (87,5%) больных с ОИМ находились в возрастной категории 51 год и старше, и только 12,5% составили лица до 50 лет. Средний возраст женщин $63,3 \pm 1,4$ лет, мужчин – $61,4 \pm 1,0$ лет. В возрастной категории до 60 лет преобладал мужской пол (52,0%), тогда как среди больных в возрасте 61 год и

старше число женщин с ОИМ превышало число мужчин: 60,3% и 48,0% соответственно.

Дебют ОИМ у мужчин отмечается в возрастной категории до 40 лет (29-39,5). При этом у женщин симптомы появлялись на 10-12 лет позже. Это можно интерпретировать, как раннее развитие атеросклероза у мужчин, объясняющийся большим количеством факторов риска ИМ (ожирение, стресс, курение, малоподвижный образ жизни и др.). Наоборот, у женщин прогрессировали ИБС с возрастом, связаны с метаболическими отклонениями гомеостаза и дефицитом эстрогенов. Вариант ИМпСТ как у мужчин, так и у женщин преобладал и составил 77,5% против 56,9% соответственно. По локализации передний ИМ у лиц обоих полов (у 57,8% мужчин и у 67,2% женщин; $p>0,05$) встречался с одинаковой частотой, ИМ задней локализации диагностирован соответственно у 37,3% и 24,1% ($p>0,05$), при этом в 8,6% случаев у женщин и в 4,9% случаев у мужчин встречался циркулярный ИМ. При сборе анамнеза выявлено, что эпизод ранее перенесенного ИМ чаще отмечался у женщин (18,9% против 12,7%; $p>0,05$), а частота ОНМК в анамнезе была выше у лиц мужского пола (14,7% против 6,9%; $p>0,05$).

У мужчин и женщин наиболее частой формой дебюта ИМ был типичный ангинозный приступ и наблюдался у 124 (77,5%) больных от общей группы. Атипичные варианты ОИМ в зависимости от пола имели свои особенности. Так, у 3,1% пациентов ИМ протекал по типу «немой ишемии» и, как правило, развитию безболевого формы способствуют сахарный диабет, артериальная гипертензия, увлечение алкоголем и курением, ожирение и стрессовые ситуации. В наших исследованиях данный вариант ИМ встречался чаще у мужчин (3,9%), против (1,7%) у женщин. Астматический вариант ИМ, напротив, чаще встречался у женщин (10,3%), против (6,9%) у мужчин.

Большинство больных 72 (45,0%) с ОИМ госпитализированы в пределах более суток от начала первых признаков (боли) и почти с одинаковой частотой у мужчин 47 (46,1%) и женщин 25 (43,1%), при этом каждый третий больной (мужчины – 38,2% и женщины – 22,4%) были госпитализированы до 12 часов, а 6,9% мужчины и 32,7% женщин до 24 часов от начала боли. В первый час наименьшее число больных 10 (6,25%) с ОИМ обратились в приемное отделение кардиореанимации – 8,8% мужчин и 1,7% женщин. Средняя продолжительность болевого синдрома у женщин достоверно ($p<0,05$) чаще у женщин по сравнению с мужчинами $126,5\pm 45,1$ мин и $111,2\pm 31,5$ мин соответственно. Уровни тропонина в сыворотке крови у мужчин и у женщин не различались и находились выше нормальных цифр – $5,8\pm 4,9$ и $6,6\pm 3,6$ нг/мл соответственно. Из общего количества больных с ОИМ в различные сроки проведено ЧКВ 63 больным (42 (66,7%) мужчины, 21 (33,3%) женщина), из них почти в 2 раза чаще у мужчин.

Анализ больных с неотложными состояниями в целом на предмет коморбидности с использованием индекса Чарлсона показал высокую коморбидность ($2,9\pm 1,7$) и послужил мотивацией более детальному исследованию сопутствующих состояний у больных с ОИМ ($n=160$). Среди больных с ОИМ мужчины составляли – 102 (63,75%), женщины – 58 (36,25%). При сопоставлении исследуемых групп отмечено, что мужчины были моложе

женщин, с низким ИМТ 27,3 против 29,4 кг/м², соответственно. Признаки ХСН в сравниваемых группах наблюдались почти с одинаковой частотой – 95,1% и 96,6% соответственно. а ФП достоверно чаще сопутствовала женщинам 15,5% против 9,8% соответственно. Женщины чаще мужчин страдали АГ – 94,8% и 82,4% (p<0,05). По наличию в анамнезе реваскуляризации миокарда и инсульта в анамнезе группы не имели различий (p>0,05). Мы сочли необходимым представить коморбидность в зависимости от возраста. Частота и характер сопутствующих заболеваний в общей группе пациентов с ИМ в зависимости от возраста представлена на рисунке 1.

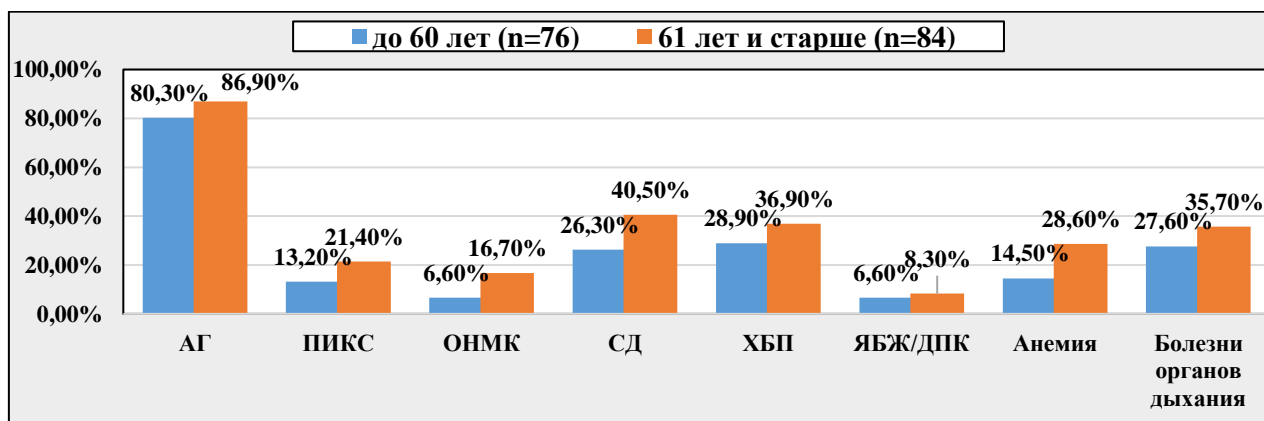


Рисунок 1.-Частота и структура коморбидной патологии в общей группе пациентов с инфарктом миокарда в зависимости от возраста

Как видно из представленного графика в тройку лидерства сопутствующих состояний ИМ входят – АГ 139 (86,9%), СД 2 типа 54 (33,8%) и ХБП 53 (33,1%). При этом у больных в возрастной категории 61 год и старше вышеназванные сопутствующие заболевания встречались чаще (86,9%, 36,9% и 45,2%) по сравнению с больными в возрасте ≤60 лет (80,3%, 28,9% и 31,6% соответственно).

Характер и частота коморбидной патологии у больных с острым инфарктом миокарда в зависимости от пола наглядно показана в (таблица 2). Согласно полученным нами данным, в структуре сопутствующих заболеваний АГ регистрировалась у подавляющего большинства пациентов с ИМ как у мужчин 83 (82,4%), так и у женщин 51 (94,8%). В структуре коморбидных состояний немаловажное место занимает сахарный диабет. В нашем исследовании СД 2 типа наиболее часто встречался у женщин 43,1% против 28,4% у мужчин. Оценивая патологию мочевыделительной системы отмечено, что у мужчин в сравнении с женщинами преобладала МКБ (15,7% и 5,2%), при этом хронический пиелонефрит наблюдался у каждой третьей женщины (34,5%) и реже (22,3%) у мужчин. Анализ больных с МКБ выявил наличие подагры у 4 (3,9%) мужчин. Варикозная болезнь и патология щитовидной железы превалировали в группе женщин (19,0% и 15,5% соответственно) по сравнению с мужчинами (5,9% и 2,9% соответственно; p<0,001). Межполовые различия наблюдались в частоте ХОБЛ и у мужчин почти в два раза патология встречалась чаще (14,7% против 6,9% у женщин). Данные по частоте ХОБЛ среди наших пациентов с ОИМ являются, на наш взгляд, возможно заниженной оценкой, из-

за гиподиагностики ХОБЛ в целом. В основе взаимосвязи между ХОБЛ и ИБС лежат несколько патологических механизмов. Во-первых, ХОБЛ и ИБС имеют общие факторы риска, наиболее важными из которых являются курение и пожилой возраст. Кроме того, распространенность других сердечно-сосудистых факторов риска, таких как диабет и гипертония, по-видимому, выше у пациентов с ХОБЛ по сравнению со здоровыми людьми.

Таблица 2. - Характер и частота коморбидной патологии у больных с острым инфарктом миокарда в зависимости от пола (n=160)

Показатель	Женщина (n=58)		Мужчина (n=102)		p
	Abs	%	Abs	%	
СД	25	43,1	29	28,4	>0,05
АГ	51	87,9	83	81,4	>0,05
Язвенная болезнь желудка / двенадцатиперстной кишки	5	8,6	7	6,9	>0,05**
Хронический гепатит	1	1,7	4	3,9	>0,05**
ЖКБ	5	8,6	5	4,9	>0,05**
Заболевания щитовидной железы	9	15,5	3	2,9	<0,01**
Хронический пиелонефрит	20	34,5	23	22,5	>0,05
Мочекаменная болезнь	3	5,2	16	15,7	<0,05**
Бронхиальная астма	2	3,4	2	2,0	>0,05**
ХОБЛ	4	6,9	15	14,7	<0,05**
Варикозная болезнь	11	19,0	6	5,9	<0,001
Подагра	-	-	4	3,9	
Другие	6	10,3	8	7,8	<0,05*

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между мужчинами и женщинами (по критерию χ^2 ; *с поправкой Йетса, **по точному критерию Фишера)

Нами произведён расчёт уровня коморбидности по широко используемому методу- индексу (индекс Чарлсона). а результаты представлены в баллах: низкий уровень (0-1 балл); средний уровень (2-3 балла); высокий уровень (4 балла и более). Расчет коморбидности в группе в целом установил высокую частоту среднего уровня коморбидности – 63,8% среди женщин и 69,6% у мужчин (рисунок 2).

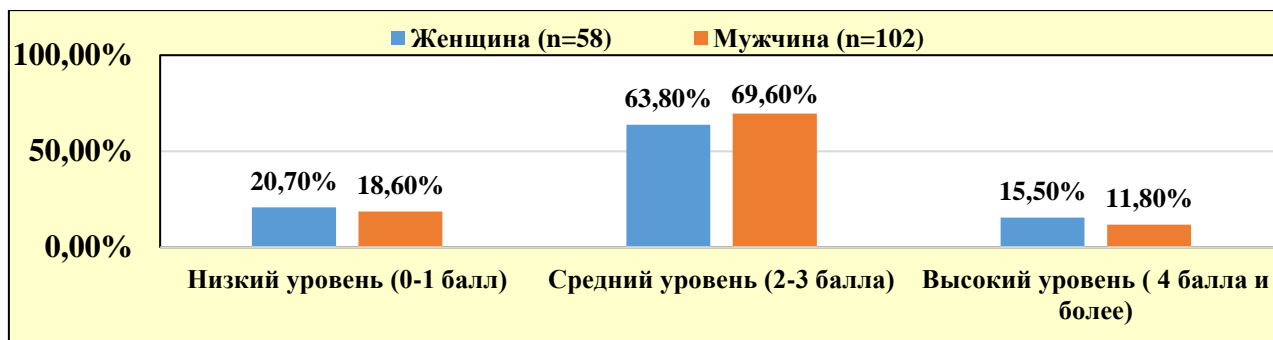


Рисунок 2. Результаты расчета индекса коморбидности Чарлсона в зависимости от пола

У 36 (24,7%) больных было диагностировано одно, у 41 (28,1%) – два, у 58 (39,7%) – три и у 11 (7,5%) – четыре и более коморбидных патологий.

В таблице 3 больные с ОИМ представлены в различных возрастных категориях и оценены количество сопутствующих заболеваний

Таблица 3. – Характеристика больных по количеству сопутствующих заболеваний у больных с острым инфарктом миокарда

Показатель	Сопутствующие заболевания (количество)				
	0 (n=14)	1 (n=36)	2 (n=41)	3 (n=58)	4 и > (n=11)
Возраст, лет					
- <50	7 (50,0%)	9 (25,0%)	4 (9,8%)	-	-
- 51-60	4 (28,6%)	20 (55,6%)	21(51,2%)	11 (19,0%)	-
- 61-70	3 (21,4%)	7 (19,4%)	9 (21,9%)	32 (55,2%)	2 (18,2%)
- 71-80	-	-	7 (17,1%)	14 (24,1%)	4 (36,4%)
- ≥81	-	-	-	1 (1,7%)	5 (45,4%)
≤60	11 (78,6%)	29 (80,6%)	25 (61,0%)	11 (19,0%)	0
>60	3 (21,4%)	7 (19,4%)	16 (39,0%)	47 (81,0%)	11 (100%)
p_1	<0,01	<0,001	<0,05	<0,001	
Мужчина	9 (64,3%)	25 (69,4%)	27 (65,9%)	37 (63,8%)	4 (36,4%)
Женщина	5 (35,7%)	11 (30,6%)	14 (34,1%)	21 (36,2%)	7 (63,6%)
p_2	>0,05	<0,001	<0,01	<0,01	>0,05

Примечание: p_1 – статистическая значимость различия показателей между возрастными группами до 60 и старше 60 лет; p_2 – между мужчинами и женщинами (по критерию χ^2)

Исходя из этого, можно сделать вывод, что среди больных с ОИМ преобладали больные с двумя и тремя сопутствующими патологиями как среди женщин, так и среди мужчин. Также, если рассматривать по возрасту, пациенты в возрастной категории 60 лет и старше чаще имели 3 и 4 и больше сопутствующих патологий.

Таким образом, количество сопутствующих состояний прямо пропорционально возрасту, а также имеет половой диморфизм. В наших исследованиях пожилые люди, женский пол чаще имели множественные сопутствующие заболевания по сравнению с людьми среднего возраста, мужчинами.

Анализ лабораторных данных в исследуемой группе в зависимости от количества сопутствующих патологий показали значительное увеличение параметров липидов (общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), ЛПВП, ЛПНП и СРБ в течение 12 часов после появления боли в груди у пациентов с коморбидностью. Анализы лабораторных данных в сравниваемых группах показали, что имеются половые различия по уровням глюкозы и липидов, и показателей почечной недостаточности. Так, у женщин медиана уровня глюкозы и дислипидемия была выше (<0,001), а уровни креатинина и СКФ были достоверно выше в группе мужчин (<0,001). Наше исследование указывает на значимость атеросклероза и связанных с ним осложнений, таких как дислипидемия и воспаление, у пациентов с ОИМ и коморбидностью.

Наиболее часто назначаемыми препаратами у больных с ОИМ с сопутствующей патологией являлись бета-блокаторы, аспирин и замыкают тройку лидерства антикоагулянты. Почти половине пациентов было проведено ЧКВ. Пациенты значительно реже подвергались ЧКВ с увеличением бремени сердечной и сопутствующей внесердечной патологии.

Анализ взаимосвязи между количеством сопутствующих заболеваний и смертностью от всех причин, наличия множественных сопутствующих заболеваний, ранее диагностированных до поступления в стационар по поводу ОИМ, установлено, что данные факты значительно связаны с более низкой краткосрочной выживаемостью. Риск 30-дневной смертности больных по шкале GRACE после госпитализации по поводу ОИМ был напрямую связан с количеством имеющихся сопутствующих заболеваний.

Согласно задачам исследования, нами более тщательному анализу подверглась группа больных с СД 2 типа. В данном проспективном исследовании всего обследовано 54 больных ИМ с СД 2 типа и в качестве группы сравнения 106 больных ИМ без СД 2 типа. Пациенты с СД 2 типа были старше по возрасту ($65,9 \pm 10,5$ и $58,3 \pm 11,2$ соответственно) и мужчин в I группе было меньше (46,3% и 72,6% соответственно). Больные с СД 2 типа чаще в анамнезе имели ИБС, АГ и ХБП. Кроме того, у больных с СД 2 типа почти в 2 раза чаще определялся ИМ в анамнезе (20,4% против 12,3%). Что касается ЧКВ в анамнезе в сравниваемых группах, то их частота не отличалась и была почти на одном уровне (3,7% и 3,8% соответственно). Каждый третий больной с СД 2 типа получал инсулин в различных дозировках.

Длительность болевого синдрома различалась в зависимости от наличия или отсутствия СД у больных с ИМ. Так, у больных ОИМ с СД 2 типа длительность болевого синдрома составила (145 (90; 248,5) мин.) по сравнению с группой больных с ИМ без СД 2 типа (120 (76; 225) мин.).

Типичное течение ОИМ наблюдалось у 72,2% больных первой группы (ИМ+СД 2 типа) против 80,2% второй (ИМ без СД 2 типа) группы больных. ОИМ в ассоциации с СД 2 типа достоверно чаще демонстрировал безболевого вариант- 7,4% против 0,9%. У больных I группы (ИМ с СД) чаще наблюдается повторный – 20,4% . В группе больных ИМ с СД 2 типа по данным ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка при поступлении составила $45,1 \pm 3,4\%$, при выписке $50,2 \pm 2,9\%$. У больных ИМ без СД 2 типа аналогичные показатели составили $50,2 \pm 2,9$ и $56,1 \pm 2,1$ соответственно.

У больных ИМ с СД 2 типа чаще наблюдался повторный – 20,4% по сравнению с пациентами без СД 2 типа (II группа) – 12,3%, при этом в группе пациентов с СД 2 типа в большинстве случаев (24,1%) встречался субэндокардиальный ИМ –против 15,1% - у больных без СД 2 типа.

Характер ранних осложнений ИМ в группе больных с СД 2 типа, таких как отёк лёгких, кардиогенный шок и фибрилляция желудочков наблюдается с частотой 16,7%, 14,8% и 3,7% соответственно, против 6,6%, 5,7% и 1,9% в группе больных ИМ без СД 2 типа.

Нами проведен анализ спектра липидов у больных ОИМ в зависимости от наличия или отсутствия СД. Результаты оценочного сравнения свидетельствуют,

что в группе пациентов с СД 2 типа наблюдается значительное увеличение уровней общего холестерина ($6,3 \pm 2,1$ ммоль/л), ТГ ($2,7 \pm 1,3$ ммоль/л), ЛПНП ($4,6 \pm 1,1$ ммоль/л) по сравнению с группой без СД 2 типа для холестерина ($5,4 \pm 1,9$ ммоль/л), ТГ ($2,7 \pm 1,3$ ммоль/л), ЛПНП ($3,4 \pm 0,9$ ммоль/л) соответственно. Принимая во внимание, что группа ИМ+СД 2 типа показала значительно более низкий уровень ЛПВП ($0,97 \pm 0,8$ ммоль/л) по сравнению с группой ИБС без СД 2 типа ($1,06 \pm 0,6$ ммоль/л). Кроме того, субъекты с ИМ+СД 2 типа показали более высокие значения соотношения «хорошего» и «плохого» холестерина, индекса атерогенности $4,2 \pm 2,2$ против $3,6 \pm 1,9$ без СД 2 типа.

У пациентов с ИМ+СД 2 типа уровень СРБ был значительно выше ($7,8 \pm 2,3$ мг/л) по сравнению с пациентами с ИМ без СД 2 типа ($4,4 \pm 1,6$ мг/л). Уровень тропонина также был выше у пациентов с ИМ+СД 2 типа ($6,3 \pm 4,2$ нг/мл), чем в группе ИМ без СД 2 типа ($5,8 \pm 3,9$ нг/мл). Также у пациентов с ИМ+СД 2 типа наблюдалось значительное повышение аспартатаминотрансферазы (АСАТ – $102,0 \pm 3,6$ МЕ/л) по сравнению с пациентами с ИМ без СД 2 типа ($62,3 \pm 14,6$ МЕ/л).

С целью проведения сравнительного анализа была сформирована I группа (основная) больных ИМ с установленным СД 2 типа (20 человек, средний возраст – $67,3 \pm 8,9$ лет (11 (55%) мужчин, 9 (45%) женщин) и 2-я группа – 43 больных без сахарного диабета, средний возраст – $68,08 \pm 7,7$ лет (31 (72,1%) мужчина, 12 (27,9%) женщин), которым проведено КАГ.

Одной из важных характеристик поражения коронарного русла является количество коронарных поражений, что определяет дальнейшую тактику интервенционного вмешательства. Данные КАГ о характере поражения коронарных сосудов представлены в таблице 4.

Таблица 4. - Характер поражения коронарных сосудов по данным коронароангиографии

Группа	Характер поражения							
	Стволовые поражения		1 сосудистое		2 сосудистое		3 сосудистое	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
ИМ+ СД 2 типа (n=20)	4	20,0	1	5,0	4	20,0	11	55,0
ИМ без СД 2 типа (n=43)	1	2,3	19	44,2	8	18,6	15	34,9
ОШ	10,5		0,07		0,77		2,8	
95% ДИ	1,09-101,2		0,01-0,54		0,18-3,29		0,94-8,35	

Примечание: ОШ – отношение шансов, 95% ДИ – 95% доверительный интервал

Как видно из данных таблицы, поражения ствола наблюдались у 4 (20,0%) больных ИМ с СД 2 типа против 1 (2,3%) больного без СД 2 типа, а многососудистое и 2-сосудистое поражения в 55,0% и 20,0%, против 34,9% и 18,6% соответственно в сравниваемых группах.

Из общей группы (63) пациентов, включенных в исследование 58 (92,1%) больные (ИМ+СД 2 типа (n=20) и ИМ без СД 2 типа (n=38)) были подвергнуты чрескожным вмешательствам с ангиопластикой (стенты с лекарственным

покрытием). До выполнения ЧКВ все больные получали аспирин (100 мг в сутки), клопидогрель 75 мг/сутки, в/в болюсно вводили нефракционированный гепарин – 70-100 ед/кг. После первичной реперфузии (ЧКВ) в группах сравнения полная реваскуляризация миокарда в основной группе (ИМ+СД 2 типа) достигалась реже – 28,3% и 59,5% (p=0,05) соответственно, а среднее количество стентов на 1 больного (1,17 и 1,28/стента соответственно, p=0,21).

Далее нами в сравниваемых группах изучались результаты чрескожных манипуляций в ближайшие (до 30 суток) сроки. В перечень включены совокупная оценка сердечно-сосудистых осложнений, а также частота повторной реваскуляризации нецелевого коронарного русла. Сбор информации налажен путем телефонного контакта, а также создан регистрационный протокол обращения к кардиологу (таблица 5).

Таблица 5. - Результаты чрескожных вмешательств в ближайшие сроки (до 30 суток) в исследуемых группах

Показатель	ИМ+ СД 2 типа (n=20)		ИМ без СД 2 типа (n=38)		P
	Abs	%	Abs	%	
Сердечно-сосудистые осложнения	3	15,0	3	7,9	<0,05
Смерть	1	5,0	2	5,3	>0,05
Нефатальный ИМ	1	5,0	1	2,6	>0,05
Повторная реваскуляризация нецелевого коронарного стеноза	3	15,0	2	5,3	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Анализ информации показал, что такие параметры, как сердечно-сосудистые осложнения и повторные вмешательства на нецелевом коронарном русле имели достоверные различия. Так, в группе ИМ в ассоциации с СД (основная группа) количество кардиоваскулярных осложнений были выше, по сравнению с группой ИМ без СД (15,0% против 7,9%; p<0,05), а повторные вмешательства на нецелевом сосуде выполнены у 3-х пациентов (15,0%) против 5,3% (p<0,05). Частота развития летального исхода, нефатального ИМ в сравниваемых группах не различалась.

ВЫВОДЫ

1. Диапазон неотложных состояний больных при поступлении широк и наиболее распространенными неотложными состояниями в госпитальном регистре были ИБС, сердечная недостаточность и артериальная гипертензия. Большинство госпитализаций произошло посредством машины скорой помощи 79 (49,4%) и самообращения 76 (47,5%). Среди больных с ИБС наиболее частым первичным диагнозом был ИМ с подъемом сегмента ST, на который приходилась почти треть (32,3%) всех госпитализаций. Другие виды ИБС, в том числе ИМ без подъема сегмента ST (15,2%), нестабильная стенокардия (11,7%) и стабильный ИБС (11,1%) [1-А, 2-А, 5-А, 7-А].
2. Лица, госпитализированные по поводу ОИМ, имели половозрастные и клинические особенности. Так, мужчин - 63,75% со средним возрастом

- 61,4±1,0 лет против 63,3±1,4 лет у женщин, и большинство (87,5%) больных находились в возрастной категории 50 лет и старше, и только 12,5% составили лица до 50 лет. Как у мужчин, так и у женщин преобладал вариант ИМпСТ и составил 77,5%. По локализации передний ИМ у лиц обоих полов (у 57,8% мужчин и у 67,2% женщин; $p>0,05$), а задней локализации диагностирован соответственно у 37,3% и 24,1% ($p>0,05$). Наиболее частой формой дебюта ИМ был типичный ангинозный приступ у 124 (77,5%) больных от общей группы, а у 3,1% пациентов ИМ протекал по типу «немой ишемии», при этом чаще у мужчин (3,9%), против (1,7%) у женщин. Интервенционные процедуры проведены 63 (39,4%) больным [1-А, 2-А, 5-А, 6-А, 7-А, 9-А].
3. У больных с ОИМ из 160 у 146 (91,3%) пациентов были одно или несколько коморбидных состояний. Так, у 36 (22,5%) было диагностировано одно, у 41 (25,6%) – два, у 58 (36,25%) – три и у 11 (6,9%) – четыре и более важных сопутствующих заболеваний. При этом, наиболее частым кластером коморбидных заболеваний были АГ и диабет, которые встречались у каждого второго пациента, госпитализированного с ОИМ. Характер и частота сопутствующих состояний при ОИМ прямо-пропорциональны возрасту, а также имеют половой диморфизм. При сопоставлении исследуемых групп отмечено, что мужчины были моложе женщин с низким ИМТ 27,3 против 29,4 кг/м² соответственно. В тройку лидерства среди сопутствующих состояний ИМ (n=160) входят АГ – 86,9%, СД 2 типа – 33,8% и ХБП – 33,1%. Расчет коморбидности группы в целом установил высокую частоту среднего уровня коморбидности – 63,8% среди женщин и 69,6% у мужчин [1-А, 4-А, 5-А, 6-А, 8-А, 9-А].
4. 30-дневный риск смерти после госпитализации по поводу ОИМ имел прямую ассоциацию с количеством сопутствующих заболеваний. Пациенты с ОИМ имели более высокий риск смерти с наиболее распространенными кластерами сопутствующих заболеваний в течение 30 дней. Наиболее часто назначаемыми препаратами у больных с ОИМ с сопутствующей патологией были бета-блокаторы, аспирин и замыкает тройку лидерства антикоагулянты. Препараты из группы ИАПФ/БРА широко используются у больных с ИБС, по мере нарастания количества сопутствующих заболеваний частота их использования растет – 71,4%, 72,2%, 73,2%, 75,9% и 81,8%. Почти половине пациентов были проведены ЧКВ, а по мере роста коморбидности их частота уменьшается – от 50,0% (0-сопутствующих заболеваний) до 18,2% (4 и более) [1-А, 3-А, 4-А, 9-А].
5. Комплексная оценка ИМ в ассоциации с СД показала, что пациенты с СД были старше по возрасту (65,9±10,5 против 58,3±11,2 без диабета) и преобладали женщины (53,7% против 46,3% мужчин). Больные с СД чаще в анамнезе имели ИБС, АГ и ХБП, и перенесенный инфаркт миокарда. ОИМ в ассоциации с СД 2 типа достоверно чаще демонстрировал безболевого вариант – 7,4% против 0,9%. У больных I группы (ИМ с СД) чаще наблюдается повторный – 20,4% по сравнению с пациентами без СД (II группа) – 12,3%, при этом в группе пациентов с СД большой процент составляют субэндокардиальный ИМ – 24,1%, против 15,1% - у больных без СД 2 типа [1-А, 3-А, 4-А, 5-А, 8-А].

6. Результаты биохимических параллелей свидетельствуют о значительно высоких уровнях ОХ, ТГ и ЛПНП; низкий уровень ЛПВП у больных ИМ+СД 2 типа, что свидетельствует о важной роли атерогенной дислипидемии в развитии ОИМ у больных сахарным диабетом. У пациентов с ОИМ+СД 2 типа были обнаружены значительно повышенный уровень тропонина, СРБ, ЛДГ и АсАТ по сравнению с пациентами с ОИМ без СД 2 типа, что указывает на то, что у больных ОИМ в ассоциации с СД некроз кардиомиоцитов наблюдается с высокой частотой, по сравнению с пациентами ОИМ без СД 2 типа [1-А, 3-А, 6-А, 8-А, 9-А].
7. Результаты КАГ у больных ИМ с СД 2 типа выявили достоверно частую встречаемость тяжелого (55,0%) и среднего (40,0%) коронарного стеноза, а также многососудистое и 2-сосудистое поражение в 55,0% и 20,0% соответственно, против 34,9% и 18,6% в группе без СД 2 типа. Динамический контроль в группе больных ОИМ с СД 2 типа показал, что сердечно-сосудистые осложнения были выше, чем в группе сравнения (15,0% против 7,9%; $p < 0,05$), а повторное вмешательство на нецелевом сосуде выполнилось в 15,0% случаев против 5,3% ($p < 0,05$). При этом частота развития летального исхода и нефатального ИМ в сравниваемых группах не различалась [1-А, 3-А, 8-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Гетерогенность сопутствующих заболеваний, высокая степень коморбидности, поло-возрастной диморфизм у больных с ОИМ диктует персонализированный подход в подборе характера терапии;
2. В перечне стандартных методов диагностики больных с ОИМ необходимо обязательное дополнительное исследование на предмет наличия сахарного диабета, артериальной гипертензии и ХБП;
3. Расчет индекса коморбидности по Чарлсону удобен и прост в применении и может быть использован у больных ИМ в повседневной практике кардиологов;
4. Метод реперфузии в виде чрескожного вмешательства эффективен и безопасен у больных ОИМ с сопутствующим СД 2 типа и позволяет получать непосредственные результаты по снижению неблагоприятных событий.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Раджабова Г.М. Некоторые аспекты коморбидности при инфаркте миокарда [текст] /Г.М. Раджабова, С.М. Шукурова, А.И. Файзуллоев, М.А. Маллаева// Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. – 2020. – №4. – Стр.99-106.

[2-А]. Раджабова Г.М. Структура неотложной кардиоваскулярной патологии на госпитальном этапе [текст] / Г.М. Раджабова// Ж. Медицинский вестник академии наук Таджикистана. – 2022. – №4. – С. 46-54.

[3-А]. Раджабова Г.М. Выбор современной стратегии лечения острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST [текст] /С.М. Шукурова, Р.Х. Кабирзода, Г.М. Раджабова, Х.Ф. Рахматуллоев, А.И. Файзуллоев// Ж. Здравоохранения Таджикистана. – 2022. – №3. – С. 119-127.

[4-А]. Раджабова Г.М. Поло-возрастной диморфизм коморбидной патологии у больных острым инфарктом миокарда [текст] /Г.М. Раджабова, С.М. Шукурова// Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2023. – №1. – С. 67-83.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

[5-А]. Раджабова Г.М. Коморбидные состояния у больных с ишемической болезнью сердца [текст] /С.М. Шукурова, Г.М. Раджабова, Р.Х. Файзалиев// Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний». – 2019. – С. 476

[6-А]. Раджабова Г.М. Гендерные особенности течения острого инфаркта миокарда [текст] /Г.М. Раджабова, С.М. Шукурова// Материалы ежегодной XXVI научно-практической конференции ИПО СЗРТ «Новые направления развития медицинской науки и образования». – 2020. – С. 47.

[7-А]. Раджабова Г.М. Ремоделирование сердца у больных с ожирением при коморбидной кардиальной патологии [текст] /Г.М. Раджабова, Р.Х. Кабирзода, С.М. Шукурова// Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием. – 2022. – С.65-66.

[8-А]. Раджабова Г.М. Оценка ишемической болезни сердца с сахарным диабетом 2 типа [текст] /И.Б. Гайратова, Г.М. Раджабова, З.Т. Акабирова// Материалы ежегодной XXIX научно-практической конференции с международным участием. – 2023. – С.74.

[9-А]. Раджабова Г.М. Характеристика сопутствующей патологии у больных острым инфарктом миокарда в зависимости от пола [текст] /С.М. Шукурова, Г.М. Раджабова, М.И. Махмудова// Материалы ежегодной XXIX научно-практической конференции с международным участием. – 2023. – С.112.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

АКШ – аорто-коронарное шунтирование

БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ИАПФ – ингибиторы ангиотензин превращающего фермента

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМ – инфаркт миокарда

ИМбпST – инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST

ИМпST – инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST
ИМТ – индекс массы тела
КАГ – коронароангиография
КВЗ – кардиоваскулярные заболевания
КСО ЛЖ – конечно-систолический объем
КФК – креатининфосфаткиназа
ЛЖ – левый желудочек
ЛПНП – липопротеины низкой плотности
ЛПВП – липопротеины высокой плотности
ЛПОНП – липопротеины очень низкой плотности
ТГ - триглицериды
ОИМ – острый инфаркт миокарда
ОФВ – объем форсированного выдоха
ПЖ – правый желудочек
РТ – Республика Таджикистан
СД – сахарный диабет
СКФ – скорость клубочковой фильтрации
СРБ – С-реактивный белок
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ФВ – фракция выброса
ХБП – хроническая болезнь почек
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЧКВ – чрескожные вмешательства
ЭКГ – электрокардиография
ЭхоКГ – эхокардиография

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ
СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

ВБД: 616.12:616.379-008.64

Раҷабова Гулноз Маруфхочаевна

**ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ-ФУНКЦИОНАЛИИ САКТАИ ДИЛ ВА
ҲОЛАТҲОИ КОМОРБИДӢ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиббӣ

аз рӯйи ихтисоси 14.01.14 – Бемориҳои дарунӣ

Душанбе-2024

Диссертатсия дар кафедраи бемориҳои дарунӣ ва кардиоревматологияи МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” иҷро шудааст.

Роҳбари илмӣ:

Шукурова Сурайё Мақсудовна – узви вобастаи АМИТ, д.и.т., профессор, мудири кафедраи бемориҳои дарунӣ ва кардиоревматологияи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Муқарризи расмӣ:

Одинаев Шуҳрат Фарҳодович – доктори илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи бемориҳои дарунии №1-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон номи Абӯалӣ ибни Сино»

Рофиева Халима Шарифовна – номзади илмҳои тиб, мудири кафедраи бемориҳои дарунии МТҒ «Донишкадаи тиббӣ-ичтимоии Тоҷикистон»

Муассисаи пешбар:

Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд (ш. Самарқанд, Ҷумҳурии Узбекистон)

Ҳимояи рисола рӯзи «_____» _____ соли 2024 соати «_____» дар чаласаи Шурои диссертатсионии 6D.KOA-008 дар назди МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” баргузор мегардад. Суроға: 7340026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, к. Сино 29-31, www.tajmedun.tj +992918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” дар нишони 7340026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, к. Сино 29-31 ва дар сомонаи расмӣ www.tajmedun.tj шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ соли 2024 тавзеъ шудааст.

Котиби илмӣ
Шурои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тибб, дотсент

Р.Ҷ. Ҷамолова

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Бемории дилу рағҳо (БДР) яке аз сабабҳои асосии фавтнокӣ ва беморшавиҳо боқӣ мемонад ва онҳоро мушкилоти муҳимми тиббӣ ва иҷтимоӣ низ мегардонад. БДР, тибқи маълумоти Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ (ТУТ), муддати ду даҳсолаи охир сабаби асосии тақрибан 32 %-и тамоми ҳодисаҳои маргумир дар ҷаҳон маҳсуб меёбад [Самородская И.В. ва диг., 2018; WHO, 2021] ва ҳамасола тақрибан 17,9 миллион мефавтанд [Cosentino F. et al., 2020; Collet J.P. et al., 2021]. Ҳар сол дар ҶР аз БДР як миллион нафар вафот мекунад, ки дар қиёс ба кишварҳои аврупоӣ ду баробар зиёд аст (аз ҳисоби ба 100 000 аҳоли) [Аверков А.А. и др., 2020; Хадарцев А.А. ва диг., 2021].

Сактаи дил (СД) сабаби асосии фавтнокӣ аз БДР ба ҳисоб меравад. Сигоркашӣ, фишорбандии шарёӣ, дислипидемия, диабет, фарбеҳӣ, тағзияи нодуруст ва набудани машқҳои ҷисмонӣ аз чумлаи омилҳои бешумори маълуми хатари СД ба ҳисоб мераванд ва ба сифати умр таъсири ҷиддӣ мерасонанд [Нозиров Ч.Х. ва диг., 2015; Раҷабзода М.Э. ва диг., 2019; Муротқобилов О.А. ва диг., 2021].

Вақтҳои охир ҳар чи бештар мушкилоти мулти- ва коморбиднокӣ таваҷҷуҳи донишмандону табибонро ҷалб намудааст [Митьковская Н.П., 2018; Оганов Р.Г. ва диг., 2019]. Бори бемориҳои ҳамроҳ моқабли пуриктидори фавтнокӣ аз СД ба маҳсуб меёбад ва паҳншавии он бо ҳадди пиршавии аҳоли боло меравад [Чичкова М.А. ва диг., 2019; Хлынова О.В. ва диг., 2020]. Аҳоли пир мешавад ва беморон ҳар чи бештар бо амрози бешумори музмин (мултиморбиднокӣ) умр ба сар мебаранд. Басомад ва хусусияти бемориҳои ҳамроҳ дар мавриди гирифтори СД хеле гуногун аст ва фишорбандии шарёӣ (ФШ), диабетиканд (ДҚ)-и навъи 2, бемории музмини инсидодии шушҳо (БМИШ), бемории музмини гурда (БМГ), камхунӣ ба шумори амрози нисбатан бештар дучоршаванда шомил мебошанд [Остроумова О.Д. ва диг., 2018; Муротқобилов О.А. ва диг., 2021; Шарипова Х.Ё. ва диг., 2022; Зацепина М.Н. ва диг., 2023]. Робитаи дучонибаи теъдоди ҳолатҳои ҳамроҳ бо синну сол ба қайд гирифта шудааст. Ҳамин тавр, таҳқиқот нишон дод, ки 36 %-и беморони мубтало ба СД дар синни 50-59-сола 2-3 беморӣ, 40,2 %-и 60-69-солаҳо бошад, 4-5 беморӣ доранд. Зиёда аз панҷ бемории ҳамроҳ қариб дар мавриди 66 %-и бемороне мушоҳида мешавад, ки дар синни 75-сола ва калонтар қарор доранд [Королева Н.С. ва диг., 2019; Щинова А.М. ва диг., 2021]. Мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳ дар беморони гирифтोर ба СД боиси печдарпечии мураккаби симптомҳои беморӣ гардида, ба ҳамин восита ташхиси барвақтиро душвор, муҳлати будубоши бемориро дар статсионар зиёд ва пешгӯиҳои бемориро нохуб менамояд [Чичкова М.А. ва диг., 2019; Щинова А.М. ва диг., 2021; Teng C. et al., 2020]. Коморбиднокии баланд аз паси худ полипрагмазия, ҳамроҳ шудани таъсирҳои иловагии мунтазамро ҷалб мекунад, ки назорат ва интиҳоби муолиҷаи комилан мувофиқро тақозо менамояд. Ба муолиҷаи беморони мубтало ба сактаи шадиди дил (СШД), ки БДР-и бешумори ҳамроҳ доранд, таваҷҷуҳи зиёде зарур аст [Зыков М.В. ва диг., 2019; Щинова А.М. ва диг., 2021; Шарипова Х.Ё. ва диг., 2022; Baechli C.KD. et al., 2020].

Фарқияти чинсӣ дар манзараи клиникӣ ва оқибатҳои беморӣ ҳангоми беморони аз хусуси СШД бистаришуда, муддати даҳсолаҳо бо хуччат асоснок ва солҳои охир тасдиқ шудааст [Королева Н.С. ва диг., 2019; Седых Д.Ю. ва диг., 2023; Teng C. et al., 2020]. Маъмулан занҳо бори гарони бемориҳои ҳамроҳро ба душ доранд, ки дар муқоиса ба мардҳо бештар симптомҳои ғайримуқаррарӣ доранд. Дар онҳо таъхири нисбатан бештари реперфузия, ҳодисаҳои носозгори зиёде ба монанди хунравӣ ва оризаҳои бо дастарасии рағҳо алоқаманд ба назар мерасад ва гоҳо қастаракунонии дил ба амал оварда мешавад [Аникин В.В. ва диг., 2020; Рофиева Х.Ш. ва диг., 2020; Соловьева А.В. ва диг., 2021; Majidi M. et al., 2021]. Бо вучуди паҳншавии умумӣ ва дараҷаи нисбатан баланди БДР дар мавриди мардҳо фарқи гендерии БДР бо гузашти син, хусусан дар постменоуза коҳиш меёбад [Аникин В.В. ва диг., 2020; Wang C. et al., 2019]. Шарҳҳои эҳтимолӣ бешуморанд ва аз коҳиш ёфтани сатҳи эстерогени ҳифозатӣ дар давраи постменопауза то баъзе бемориҳои ҳамроҳе тағйир меёбанд, ки ба занҳо нисбатан таъсири сахтаре доранд [Рофиева Х.Ш., 2023; Vallabhajosyula S. et al., 2020]. Вале то ҳол маълум нест, ки ин натиҷаҳо маълумотҳои тасдиқнашудаанд ё ба инкишофи мунтазаме ишорат мекунанд, ки ҳангоми онҳо бо дарназардошти омилҳои муайяни хатар занҳо қиёсан ба мардҳо ҳар чӣ бештар ба хатари БДР мубтало мегарданд [Аникин В.В. ва диг., 2020; Vallabhajosyula S. et al., 2020].

Солҳои охир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мушкilotи коморбиднокӣ ҳангоми бемориҳои музмини ғайрисироятӣ бо дарназардошти як зумра омилҳои таҳти таваҷҷуҳи махсус аст, ки ба ташҳиси таъхирафта ва маъюбшавии барвақтии беморон мусоидат менамоянд. Полипрагмазия, дониши ками табибон доир ба интиҳоби муолиҷаи беморони коморбидӣ, мавҷуд набудани андешаи ягона ба мушкilotи бемориҳои якҷоя ва ғ. ба номгӯйи омилҳо шомиланд.

Дар иртибот бо нуктаҳои зикргардида таҳқиқоти доимӣ дар соҳаи ташҳису муолиҷаи ҳолатҳои коморбидии БДР ба асоси муносибатҳо байнифанӣ андешаҳои нав пайдо шуда, беҳтар сохтани оқибати муолиҷа ва сифати умри беморонро имконпазир мегардонад. Таҳияи шеваҳои мувофиққунонидашудаи ташҳис ва муолиҷаи СШД бо дарназардошти бемориҳои ҳамроҳ ба табиби амалия оид ба мувоқабати ин қабил беморон барои қарори дуруст қабул кардан шароит фароҳам меорад.

Дараҷаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш

Паҳншавии рӯ ба афзоишдоштаи бемориҳои музмин ҳамчун натиҷаи паҳншавии болоравандаи поликоморбиднокӣ (мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳи бешумор) мушкilotи чиддии глобалӣ ба шумор меравад, ки системаи тандурустӣ бо он рӯ ба рӯ аст [Оганов Р.Г. ва диг., 2019]. Алҳол мувофиқи арзёбиҳо тақрибан аз се ду ҳиссаи беморони мубтало ба амрози дилу рағҳо ҳадди ақал ба як бемории музмин гирифта мебошанд [Митковская Н.П., 2018; Оганов Р.Г. ва диг., 2019]. Бо беҳ гардидани нишондиҳандаҳои зиндамонӣ баъди сактаи шадиди дил (СШД), инчунин пиршавии аҳоли аксари беморон бо мултиморбиднокӣ бештар умр ба сар мебаранд, ки бо коҳиш ёфтани сифати умр, афзудани сарборӣ ба ҳифзи тандурустӣ ва болоравии фавтнокӣ алоқаманд мебошад [Чичкова М.А. ва диг., 2019; Щинова А.М. ва диг., 2021; Vaechli C.KD. et al., 2020]. Бори бемориҳои ҳамроҳ пешгуии чиддии фавтнокӣ аз СД ба ҳисоб

меравад. Бо вучуди тамоюли коҳишёбии басомади СШД хатари 30-рӯзаи фавт аз СД дар маҷмуъ тақрибан 15 % боқӣ монда, тибқи Чарлсон (CCI) дар байни беморони гирифтор ба шохиси коморбиднокӣ то 30 % боло меравад ≥ 3 . Қайд кардан хеле муҳим аст, ки дараҷаи зиёди паҳншавии бемориҳои ҳамроҳ дар мавриди беморони гирифтор ба СД бо ҳадди пиршавии аҳолии рӯ ба афзуданро дорад.

Бештари интишороти муҳаққиқони ватаниву хориҷӣ гуногунпаҳлуӣ ва мухталифӣ СД-ро қайд намуда, зимни пажӯҳишҳои худ ба масъалаи коморбиднокӣ ва гетерогеннокии детерминантҳои хатар, гуногунсамтии шеваи муолиҷа вобаста ба бемориҳои ҳамроҳ, таҳияи маркерҳои таҳхис ва ихлосмандии камтар ба муолиҷа доштан таваҷҷуҳ зоҳир намудаанд [Олимзода Н.Х. ва диг., 2018; Шарипова Х.Ё. ва диг., 2022; Шцинова А.М. ва диг., 2022]. Зимни пажӯҳишҳо ба омӯзиши андозаи кардиометаболии бемориҳои ҳамроҳ дар мавриди беморони аз хусуси СШД бистаришуда таваҷҷуҳи махсус зоҳир шудааст [Зыков М.В. ва диг., 2019; Шарипова Х.Ё. ва диг., 2022; Teng C. et al., 2020]. Қисмати аксар (>80%)-и беморон ҳадди ақал ба яке аз бемориҳои ҳамроҳи тахти таҳқиқ гирифторанд ва зиёда аз нисфи беморон бошанд, аз ду ва ё зиёда бемориҳои ҳамроҳ ранҷ мекашанд [Митьковская Н.П., 2018; Зыков М.В. ва диг., 2019]. Бо вучуди дар ин мавзӯ маълумотҳо маҳдуд будан, як зумра мушоҳидаҳо дар бораи он ки “мултиморбиднокӣ”-и дилу рағҳо қоида ба шумор меравад, на рад кардани беморони бистаришуда аз хусуси СШД, тасдиқи худ пайдо кардааст.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Пешгири ва ташкили ёрии самаранок ба беморони мубтало ба БДР самти афзалиятноки фаъолияти нигоҳдории тандурустӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (ҶТ) ба шумор меравад. Нуктаи мазкур бо мушкилоте алоқамандӣ дорад, ки сабаби фавтнокии барвақтӣ ва талафёбии ноустувори қобилияти қорӣ мегардад. Таҳлили ҳолатҳои оид ба фавтнокии аҳолии ҷумҳури алоқаманд нишон дод, ки амрози кардиоваскулярӣ (БКВ) дар сохтори маргумири аҳолии қалонсол ҳанӯз ҳам пешсафиро аз даст надодааст. Таҳлили муқоисавии сатҳи баланди масъалаи мазкур тайи 30 сол (солҳои 1990-2020) нишон дод, ки БИД дар ин ҷода пешсаф буда, мутаносибан 9,9 % ва 10,2 %-ро ташкил медиҳад. Соли 2023 мувофиқи Қарори Ҳукумати ҶТ доир ба «Дурнамои пешгири ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ (БҒС) ва травматизм дар Тоҷикистон дар давраи солҳои 2012-2023» соли чамбастӣ ба ҳисоб меравад, ки 3-юми декабри сол 2012 тахти рақами 676 қабул карда шуда буд. Ҳадафи Қарор ба ҳалли масоили боло додани афзалият, назорати амрози ғайрисироятӣ ва ба таҳияи инфрасохтори самаранок барои пешгирии БДР равона шуда буд. Дар доираи ҳуҷҷати мазкур дахҳо лоиҳа ва барномаҳои илмӣ-таҳқиқотӣ амалӣ мешаванд. Натиҷаҳои пажӯҳиш татбиқи фаъоли худро дар амалияи тандурустӣ пайдо мекунанд. Кори диссертатсионии ташаббусии мазкур як ҷузъи ин ҳуҷҷат ба шумор рафта, барои дар оянда ба мақсади таҳхиси саривақтӣ ва таҳияи шеваҳои мувоқабати беморони гирифтор ба СШД бо дарназардошти коморбиднокӣ ҳамчун дастур хизмат карда метавонад.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши таъсири бемориҳои ҳамради ба чараҳои клиникӣ ва оқибатҳои сақтаи дил, инчунин муайян кардани омилҳои асосие, ки ба бадшавии ҳолат дар гурӯҳи мазкур мусоидат мекунад.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Нишон додани паҳншавии вариантҳои гуногуни СШД дар сохтори беморони мубтало ба ҳолатҳои таъхирнопазир дар марҳалаи стационарӣ ва хусусиятҳои ҷинсӣ ва синну солии онҳо.
2. Омӯзиши сохтор ва басомади бемориҳои ҳамроҳ дар беморони мубтало ба СШД вобаста ба ҷинс ва син;
3. Арзёбӣ намудани хусусият ва пешгӯиҳои оқибатҳо дар беморони гирифтор ба СШД бо патологияи коморбидӣ ва робитаи дучонибаи онҳо бо теъдоди ҳолатҳои ҳамроҳ;
4. Омӯзиши манзараи клиникӣ-биохимиявӣ ва коронароангиографии СД дар якҷоягӣ бо ДҚ-и навъи 2 ва ба асоси басомади оризаҳо ва реваскуляризацияи такрорӣ пешниҳод намудани натиҷаҳои реперфузияи рағҳои икклилӣ.

Объекти таҳқиқот. Таҳлили ретроспективии ҳуҷҷатҳои тиббии бемороне, ки тайи солҳои 2018-2019 дар шуъбаи МД “Маҷмааи тандурустии Истиқлол” -и ш. Душанбе бистарӣ шуда буданд, барои таҳқиқот ҳамчун маводи пажӯҳишӣ хизмат мекунад. Илова бар ин, ҳулоса ва таҳлили клиникӣ шахсии (n=160) беморони гирифтор ба ташҳиси муайяншудаи СД маводи таҳқиқот маҳсуб меёбанд. Дар мавриди тамоми беморони таҳти муоинаи мубтало ба СШД, усулҳои маҷмуии клиникӣ, биохимиявӣ, гемодинамикӣ, омории таҳқиқ татбиқ шудааст.

Мавзӯи (предмет) таҳқиқ. Омӯзиши пешгуиҳои асосии ташҳиси беморони гирифтор ба амрози таъхирнопазирӣ кардиоваскулярӣ (анамнез, синдроми дард, симптомҳои гардиши нокифояи хун, аускултатсия, фишори шарёнӣ (ФШ), маркерҳои гемодинамикӣ ва функционалӣ, коронароангиография (КАГ)-и рағҳо) мавзӯи таҳти таҳқиқ маҳсуб меёбанд. Гурӯҳи мубтало ба СШД мавзӯи асосӣ буда, шохиси коморбиднокии Чарлсон, маркерҳои гемодинамикӣ, биохимиявӣ ва тавъамҳои морфофункционалӣ ва ҳолатҳои ҳамроҳ ҳисоб карда шуданд. Гурӯҳе, ки аз СШД дар якҷоягӣ бо ДҚ ранҷ мекашанд, натиҷаҳои амалиёти тавассути пӯстӣ (АТП) амалишаванда ва маркерҳои пешгӯйикунанда муфассал таҳлил карда шуданд. Натиҷаҳои муқоисаи усулҳои клиникӣ-функционалӣ ва абзори таҳқиқи СШД ва ҳолатҳои ҳамроҳ муайян кардани сабабҳои авҷ гирифтани ҳолатҳои таъхирнопазирро ба мақсади таҳияи чорабиниҳои муолиҷавӣ бо дарназардошти коморбиднокӣ имконпазир гардониданд.

Навгонии илмӣ таҳқиқот. Кори диссертатсионӣ мазкур ба мушкилоти коморбиднокии БИД бахшида шудааст, ки бори аввал дар ҷумҳурӣ ба амал оварда мешавад. Зимни пажӯҳиш басомад ва сохтори бемориҳои ҳамроҳ пешниҳод гардида, ҷустуҷӯи ташҳисӣ, бар шумули усулҳои клиникӣ-лабораторӣ ва абзори таҳқиқ таҳия шудаанд.

Таҳлили ретроспективии (n=1134) ҳуҷҷатҳои тиббии беморони табобатшуда дар шуъбаи кардиореаниматсия амалӣ гардида, басомад ва хусусиятҳои ҳолатҳои таъхирнопазир мавриди омӯзиш қарор дода шуданд, ки

БИД дар байни онҳо мавқеи асосиро касб менамуд ва СД бо болоравии сегменти ST ташхиси аввалияи бештар дучоршаванда махсуб ёфта, қариб сеяки (32,3 %) - и бистаришудагонро ташкил меод. Таҳлили дебюти беморӣ хусусиятҳои ҷинсӣ ва синусолии беморӣ, мавзегирӣ ва вариантҳои СШД-ро ошкор намуд.

Дар намунаи теъдоди кофии беморон бемориҳои ҳамроҳ дар мавриди беморони мубтало ба СШД тавсифи худро пайдо намуд ва натиҷаҳо нишон доданд, ки аз 160 бемор дар мавриди 146 (91,3 %) нафар як ва якчанд ҳолати коморбидӣ мавҷуд аст. Ҳамин тавр, дар 36 (22,5%) нафар як, зимни 41 (25,6%) бемор ду, ҳангоми 58 (36,25%) мариз се ва дар мавриди 11 (6,9%) кас чор ва зиёда бемориҳои ҳамроҳи муҳим ташхис карда шуд. Зимнан ФШ ва диабет кластери нисбатан бештар дучоршавандаи бемориҳои коморбидӣ ба шумор мерафтанд, ки дар ҳар бемори дувуми аз хусуси СШД бистаришуда ба қайд гирифта шуда буд.

Дар сохтор ва басомади ҳолатҳои ҳамроҳ ҳангоми СШД диморфизм, инчунин ҳамбастагии мустақим бо син муайян гардид.

ФШ - 86,9 %, Қ-и навъи 2 – 33,8 % ва БМГ – 33,1 % аз ҷумлаи бемориҳои ҳамроҳи тавсифёфтае мебошанд, ки ба сегонаи пешсаф дар байни ҳолатҳои ҳамроҳи СД (n=160) шомиланд. Нишондиҳандаи коморбиднокӣ зимни гурӯҳ дар маҷмуъ басомади баланди сатҳи миёнаи коморбиднокӣ – 63,8 %-ро дар байни занҳо ва дар байни мардҳо бошад, 69,9 %-ро нишон дод. Робитаи дучонибаи хатари маргумир муддати 30 рӯзи баъди бистарикунонӣ аз хусуси СШД ва хусусияти муолиҷа бо теъдоди бемориҳои ҳамроҳи мавҷуда муқаррар карда шуданд. Бемориҳои ҳамроҳ ва сегонаи пешсаф дар байни ҳолатҳои ҳамроҳи СД тавсиф ёфтанд.

Арзёбии маҷмуии СД дар якҷоягӣ бо ДҚ-и навъи 2 хусусиятҳои клиникӣ, фарқҳои ҷинсу синро бо теъдоди бемориҳои ҳамроҳ нишон дод. Ҳамин тавр, натиҷаҳои қиёсии биохимиявӣ аз сатҳи нисбатан баланди холестерин, триглитсеридҳо (ТГ) ва липопротеинҳои зичии паст (ЛПЗП); сатҳи пасти липопротеинҳои зичии баланд (ЛПЗБ) дар мавриди беморони мубтало ба СД+БҚ-и навъи 2 аз нақши муҳим доштани дислипидемияи атерогенӣ дарак медиҳад. Зимнан сатҳи баланди тропонин, сафедаи реактивии С (СРС) ва АсАТ аз некроз кардиомиотсит далолат менамояд.

Натиҷаи КАГ дар мавриди беморони гирифтӣ ба СД бо ДҚ-и навъи 2 нишон дода шудааст, ки дар он як қатор хусусиятҳо ошкор шудаанд. Инҳо бартарияти тангшавии вазнин (55,0%) ва миёнаи (40,0%) икклилӣ, инчунин иллатнокшавии бисёррагӣ ва ду рагӣ мутаносибан зимни 55,0% ва 20,0% муқобили 34,9% ва 18,6% дар гурӯҳе мебошад, ки дар онҳо ДҚ-и навъи 2 ба қайд гирифта нашудааст. Арзёбии натиҷаҳои АТП аз рӯи басомади оризаҳои дилу рағҳо ва ресакуляризатсияи такрорӣ мақсадноки маҷрои икклилӣ як зумра фарқиятҳоро ошкор намуд. Ҳамин тавр, дар СШД гирифтӣ ба ДҚ-и навъи 2 теъдоди оризаҳои дилу рағҳо дар қиёс ба гурӯҳи муқоисавӣ (15,0% ба муқобили 7,9%; $p<0,05$) бештар буда, амалиёти такрорӣ ба раги таҳти мақсад зимни 15 %-и ҳодисаҳо ба муқобили 5,3 % ба амал оварда шудааст ($p<0,05$).

Аҳамияти назариявӣ ва амалии таҳқиқот аз он иборат аст, ки муқаррароти назариявӣ ва методологӣ, хулосаву тавсияҳои дар рисола

пешниҳодгардидаро ҳангоми тайёр кардани протоколҳои клиникӣ барои табибони амалия, инчунин дар раванди таълим барои донишҷӯёну курсантҳои муассисаҳои олии тиббии ҷумҳурӣ ба қор бурдан мумкин аст. Натиҷаҳои таҳқиқот аз нуқтаи назари амалӣ ба табиб дар марҳалаҳои барвақтӣ барои сохтани портрети бемори мубтало ба СШД ва сохтори бемориҳои ҳамроҳи бештар дучоршаванда, нақшаи муоина ва таҳияи шеваҳои муолиҷаро бо дарназардошти коморбиднокӣ имконпазир мегардонад.

Арзишҳои асосии илмию амалии таҳқиқот:

- ошқор кардани сохтор ва басомади бемориҳои ҳамроҳ дар беморони мубтало ба СШД дар марҳалаи госпиталӣ;
- ба асоси ҳисоб кардани шохиси коморбиднокӣ хусусият ва чараҳои қисматҳои асосии СШД арзёбӣ шудаанд;
- вобаста ба ҷинс фарқияти морфофункционалӣ ва биохимиявии СШД ва бемориҳои ҳамроҳ муайян карда шуданд;
- дараҷаи вазнинии тангшавии шарёнҳои иклили ва оқибатҳои онҳо ба воситаи КАГ зоҳир карда шуданд;
- истифодаи усулҳои муосири олоишии таъхиси шарёнҳои иклили дар мавриди беморони гирифтор ба СШД ва ДҚ-и навъи 2 барои сари вақт пешгирӣ намудани хатарӣ афзоиандаи ҳодисаҳои кардиалӣ шароит фароҳам меорад;
- барои кардиологияи амалӣ вобаста ба коморбиднокӣ меъёрҳои пешгӯӣ ва детерминантҳои хатари СШД таҳия карда шуданд.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Онҳое, ки барои ёрии тиббӣ ба шӯъбаи кардиология муроҷиат намуданд, СШД дар байни аксари ҳолатҳои таъхирнопазир дар сохтори БИД бештар таъхис мегардид. Яқояшавии ҷинсу син дар вариантҳои СШД ва мавзъгирии онҳо ба назар мерасид. АТП дар мавриди ҳар бемори сеюми гирифтор ба СШД татбиқ мегардид.

2. Таҳлили нишондиҳандаҳои омилҳои пешгӯӣ ва бемориҳои ҳамроҳ СШД-ро барои ҳамчун бемории дараҷаи коморбиднокии баланд баррасӣ намудан шароит фароҳам меорад. Аксари гирифторони СШД аз 3 то 4 бемориҳои ҳамроҳ доштанд, ки бо диморфизми ҷинсу син тавсиф меёфт.

3. ФШ, ДҚ-и навъи 2 ва БМГ дар сохтори ҳолатҳои ҳамроҳи СШД мавқеи асосиро ишғол мекунанд. Хатари фавт аз СШД муддати 30 рӯз мустақиман бо теъдоди бемориҳои ҳамроҳ вобастагӣ дорад. Хусусияти ёрии доруй ба беморони мубтало ба СШД дар яқоягӣ бо бемориҳои ҳамроҳ се пешсафро муайян намуд, ки ба ин қатор бета-блокаторҳо, аспирилин ва антикоагулянтҳо шомиланд. Басомади АТП бевосита ба шохиси коморбиднокӣ бастагӣ дорад.

4. СД яқоя бо ДҚ-и навъи 2 ба ҷинсу син, хусусиятҳои чараҳои клиникӣ, оқибат ва тавъамҳои биохимиявӣ (липидограмма, маркерҳои махсуси кардиологӣ) вобастагӣ дошт.

5. Иллатҳои вазнини рагӣ (ҳангоми истифодаи КАГ) дар мавриди беморони гирифтор ба СШД бо ДҚ-и ҳамроҳи навъи 2 робитаи дучонибаи ногустастанӣ дошта, аз ихтилолоти ошқорои васкуляризиатсияи миокард далолат менамояд.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо бо пойгоҳи репрезентативии маводи содиршаванда тасдиқ меёбад: ҳуччатҳои аввалияи тиббӣ (таърихи бемории

беморон, варақаҳои шахсӣ барои ҳар бемор, розигии хатгӣ барои амалинамоии як қатор усулҳои абзории муоина). Натиҷаҳои ҳосилшуда аз таҳқиқот дар номгӯи хатгӣ (умумиклиникӣ, лабораторӣ, абзорӣ), инчунин ба тартиби электронӣ дар шакли пойгоҳи компютери маълумот ва картатекаҳо пешниҳод шудааст. Маълумоти лабораторӣ низ дар рӯйхати дафтарҳо дар шакли ҳомили электронӣ пешниҳод шудааст. Саҳеҳияти натиҷаҳо бо ҳаҷми кофии маводҳои таҳқиқ, бозбинии омории натиҷаҳои таҳқиқ ва интишорот асоснок ва устувор карда шудааст. Хулосаву тавсияҳо тавассути таҳлили илмии натиҷаҳои таҳқиқ асоснок ва бо намунаҳои интиҳоб, вусъати маводи ибтидоӣ, таҳлили бодикқати сифату миқдори он, системанокии илочиҳои таҳқиқотӣ, истифодаи усулҳои муосири коркарди омории маълумотҳо таъмин карда шудаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Кори диссертатсионӣ ба мушкилоти илмии кардиология бахшида шуда, ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионӣ (КОА) дар назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.04 – Бемориҳои дарунӣ: зербанди III.4 Этиология ва патогенез, омилҳои хатар, генетикаи бемориҳои узвҳои дарунӣ; зербанди III.7. Ихтилолоти вазифаҳои узвҳои дарунӣ ҳам дар бемор ва ҳам дар шахси солими калонсол; зербанди III.8. Зухуроти клиникаи бемориҳои узвҳои дарунӣ мувофиқат мекунад.

Таҳқиқот фаслҳои асосии тибби дохилӣ – кардиологияро инъикос менамояд. Муҳтавои рисола пурра таҳқиқотро оид ба кардиология, хусусан дигаргуниҳои клиникӣ-функционалӣ ва гемодинамикиро ҳангоми СД дар якҷоягӣ бо бемориҳои ҳамроҳ инъикос менамояд. Тамоми муқаррароти илмӣ, хулоса ва тавсияҳои амалӣ вазифаҳои гузошташударо инъикос мекунад ва онҳо асоснок буда, мантқан аз натиҷаҳои таҳқиқоти амалишуда бармеоянд.

Саҳми шахсии унвонҷӯи дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Саҳми шахсии муаллиф аз мустақилона интиҳоб намудани самти илмӣ, амалинамоии таҳлили маълумот аз адабиётҳои иборат мебошад, ки ба мушкилоти таҳти таҳқиқ бахшида шудаанд. Мақсади кор, вазифа ва роҳҳои расидан ба онҳо дар якҷоягӣ бо роҳбари илмӣ муайян карда шуданд.

Муоинаи клиникӣ, абзорӣ, пур кардани варақаҳои баҳисобгирӣ ва картаҳои клиникаи дахлдор ва махсусан барои пажӯҳиши мазкур таҳияшуда мустақилона аз ҷониби муаллиф ба амал оварда шуданд. Арзёбӣ ва шарҳи усулҳои биохимиявӣ ва абзории таҳқиқ бо табибони лаборатория ва ҳуҷраҳои функционалии МД “Маҷмааи тандурустии Истиқлол” (ш. Душанбе) ба амал оварда шуданд. Шарҳи натиҷаҳои ҳосилшуда, тавсифи хулосаву тавсияҳо якҷоя бо роҳбари илмӣ анҷом дода шудааст.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Матолиби кори диссертатсионӣ дар конференсияҳои илмии солонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон (ДДТТ) ба номи Абуалӣ ибни Сино» (солҳои 2020-2023), МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (ДТБКСТ ҶТ)» (солҳои 2019-2023), Конгресси аввалини байналмилалии тиббии кишварҳои Аврупову Осиё (с. 2022), дар ҷаласаи комиссияи проблемавии байникафедравӣ оид ба фанҳои терапевтии МДТ

“ДТБКСТ ҚТ” (суратчаласаи №2/1 аз 07.05 соли 2024) пешниҳод ва муҳокима шудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот дар клиника ва кори муолиҷавии шуъбаи кардиологӣ ва кардиореаниматсионии МД “Маҷмааи тандурустии Истиклол” ва шуъбаи кардиологии “Маркази тиббии шахрии рақами 1 ба номи К.Аҳмадов” татбиқ шудаанд. Маводи кор зимни раванди таълим дар кафедраи бемориҳои дарунӣ ва кардиоревматологияи МДТ “ДТБКСТ ҚТ” ба кор бурда мешаванд.

Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Аз рӯи маводи рисола 9 асари чопӣ, аз ҷумла 4 мақола дар маҷаллаҳои шомил ба рӯйхати тавсияшавандаи ҚОА дар назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки барои нашри натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ мебошанд, нашр шудаанд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 156 саҳифа иборат буда, аз муқаддима, тавсифи умумии кор, шарҳи адабиёт бобҳои бахшида ба мавод ва усулҳои таҳқиқ, чор боби таҳқиқ, се боби ба натиҷаҳои таҳқиқоти шахсӣ бахшидашуда, муҳокимаи маълумоти ҳосилшуда, хулоса ва тавсияҳои амалӣ оид ба истифодаи натиҷаҳо ва рӯйхати адабиёт иборат мебошад. Рӯйхати адабиёт аз 105 манбаи ватанӣ ва 113 сарчашма аз муаллифони хориҷӣ иборат мебошад. Рисола бо 26 ҷадвал ва 16 расм ороиш дода шудааст.

МУНДАРИҶАИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Пажӯҳиши мо дар МД “Маҷмааи тандурустии Истиклол” дар шуъбаи дил ва наҷот тайи солҳои 2018-2019, замоне теъдоди гурӯҳи беморон дар қиёс ба солҳои баъдина бо сабаби дар муҳлати андак боз шудани марказ камтар буд, амалӣ шудааст. Таҳқиқот дар ду марҳала анҷом дода шудааст.

Марҳалаи аввал аз таҳқиқи ретроспективӣ бо истифода аз маълумоти бистришавии мурағабӣ 1134 бемор дар шуъбаи дил ва наҷоти МД “Маҷмааи тандурустии Истиклол” дар муддати 2 сол (соли 2018-526 бемор ва соли 2019 бошад, 606 бемор) ба мақсади омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва натиҷаҳои бистарикунонии беморон иборат буд. Баъди бодикқат омӯхтани маълумоти дастрас (аз бемор ё наздикон) ташҳиси асосӣ барои ҳар бистарикунонӣ муайян карда шуд. Аз теъдоди умумии беморон 750 (66,7%) нафар бо ҳолати таъхирнопазири дилу рағҳо (мардҳо - 478 (63,7%) нафар, занҳо 272 (36,3%) нафар) гирифтور буданд. Таҳлили пешакии беморони роҳхатдодашудаи гирифтор ба амрози дилу рағҳо нишон дод, ки ташҳиси аввалӣ ҳангоми бистарикунонӣ дар шуъбаи кардиореаниматсия ниҳоят гуногун будааст, бо вучуди он ки СШД (хусусан СДбСТ) мисли пешина бе тағйир, яъне бештар дучоршаванд боқӣ мондааст. Бемороне, ки бо ташҳиси пешакии алоими шадиди коронарӣ (АШК) бистарӣ шуда буданд, ҳангоми онҳо усулҳои иловагии таҳқиқ (СБД, таҳлили хун барои маркери некрози миокард, ЭхоКГ) татбиқ шуда, баъдан дар мавриди онҳо СШД ташҳис гузошта шуд.

Дар марҳалаи дуюми таҳқиқоти проспективӣ 160 мариз бо ташҳиси СШД, ки ба шуъбаи кардиореаниматсия дар давраи солҳои 2018-2019 муроҷиат карда буданд, нисбатан муфассалтар мавриди таҳлил қарор гирифтанд. Аз ин миён 58 (36,25%) зан ва 102 (63,75%) нафарро мардҳо ташкил медоданд. Аксари

беморони бистаришуда - 79 (49,4%) нафарро автомашинаи ёрии таъчилӣ оварда буд ва боқимонда 76 (47,5%) бемор, худашон мурочиат карда, бистарӣ кунонида шуда буданд. Дар варақаи махсуси таҳияшуда аз таърихи беморӣ маълумотҳои зерин гирифта шуданд: син, ҷинси бемор, мавҷудияти оризаҳои СШД, давомнокии синдроми дард, муҳлати госпитализатсия, оқибатҳои муолиҷа.

Дар мавриди тамоми бемороне, ки ба таҳқиқи проспективӣ шомил карда шуда буданд (n=160) шкалаи Оксфордӣ вазнинии шадиди беморӣ (OASIS) ва шохиси коморбиднокии Чарлсон ҳисоб карда шуд. Барои муайян кардани басомад ва пешгӯиҳои таъсири теъдоди бемориҳои ҳамроҳ ба чараёни сактаи дил, аз ҷониби мо хатари муҳлати 30-рӯзаи беморон аз рӯи шкалаи GRACE мавриди омӯзиш қарор дода шуд.

Гурӯҳи беморони гирифта ба СШД якҷоя бо ДҚ-и навъи 2 (n=54) бодикқаттар таҳлил карда шуданд ва ба сифати гурӯҳи муқоисавӣ 102 бемори мубтало ба СШД, ки ба ДҚ-и навъи 2 гирифта набуданд, интихоб карда шуданд.

Мувофиқи натиҷаҳои лабораторӣ ва абзорӣ таҳқиқ дар беморон бемориҳои ҳамроҳ ошкор карда шуд. Ташҳиси нозологияи шаклҳои асосӣ мувофиқи тавсияҳои амалкунандаи ТУТ муайян карда шуд. Ташҳиси БИД тибқи таснифоти ТУТ (1979) бо иловаҳои МУИК (Маркази умумииттифоқии илмӣ кардиологҳо) (1984) муайян карда шуд. Барои ташҳиси сактаи шадиди дил (СШД) меъёрҳои гуногун, бар шумули симптомҳо, дигаргуниҳо дар сабти барқии дил (СБД) ва сатҳи биомаркерҳо ба қор бурда шуданд. Тасдиқи ташҳиси ФШ мувофиқи меъёрҳои ТУТ (1999) ҳангоми ФШС ≥ 140 мм сут.сим. ва ё ФШД ≤ 90 мм сут.сим. [Cannon P., 1966] будан, ба амал оварда шуд. Ташҳиси ДҚ ба асоси нишондиҳандаҳои лабораторӣ муайян карда шуд, ки ба меъёрҳои ташҳисии ТУТ (солҳои 1999-2013) мувофиқат менамуд. Ташҳиси фарбеҳӣ мувофиқи таснифоти ШВБ тибқи ТУТ гузошта шуд: ШВБ 25–29,9 кг/м² аз вазни зиёдатии бадан, 30 кг/м² ва зиёда аз он бошад, аз фарбеҳӣ дарак меод. Ташҳиси нокифоягии шадид ва музмини дил (НШД ва НМД) ба асоси Тавсияҳои ESC мувофиқи ташҳис ва муолиҷаи нокифоягии шадид ва музмини дил дар соли 2021 муқаррар карда шуд.

Натиҷаи тестҳои лабораторӣ фарогири нишондиҳандаҳои хуни қанорӣ (таносуби нейтрофил/лимфоситҳо, таносуби тромбоцит/лимфоситҳо, паҳноӣ тақсимшавии эритроцитҳо, ҳаҷми миёнаи тромбоцитҳо), сафедаи реактивии С-и дараҷаи ҳассосияташ баланд, тропини Т (вч-сТnТ)-и дараҷаи ҳассосияташ баланд, холестерини умумӣ, триглитсеридҳо, холестерини липопротеинҳои дараҷаи зичиашон паст (ЛПЗП), холестерини липопротеинҳои дараҷаи зичиашон баланд (ЛПЗБ), креатинин, мочевина, аспартатаминотрансферазу (АсАТ), аланинаминотрансферазу (АлАТ), қанди трарқибӣ хун дар дили наҳор ва гемоглабини гликишуда (HbA1C) буд. Тамоми таҳқиқоти лабораторӣ дар озмоишгоҳи МД «Маҷмааи тандурустии Истиклол» (муд. озмоишгоҳ Бобоев Ҷ.А) ба амал оварда шуд.

Сабти барқии дил дар шубҳаи дил ва наҷоти МД «Маҷмааи тандурустии Истиклол» дар дастгоҳи «CONTEC™ Electrocardiograph», Model: ECG300G, соли барорайиш 2017 иҷро карда шуд. Агар дар мавриди мардҳои синни то 40 сола дарди муқаррарии сина ба муддати ≥ 20 дақиқа ва болоравии сегменти ST 0,25

мА ё зиёда аз он дар нуқтаи J бошад ва $\geq 0,2$ мВ дар мардҳои аз 40-сола боло ё $\geq 0,15$ мВ дар занҳо бо бариши V2–V3 ва ё $\geq 0,1$ мВ дар баришҳои дигар (дар ашхосе, ки гипертрофияи меъдачаи чап дида намешавад ё инҳисори пояки чапи дастаи Гиса) бошад, ҳангоми воридшавӣ СБД бо ё бе баланд будани консентратсияи ферментҳои дил (тропонини I) бақайд гирифта шуда бошад, пас беморон ҳамчун СДбСТ ташхис шуданд.

Рентгенографияи қафаси сина ҳангоми тамоми беморон дар дастгоҳи «Brivo XR385» соли барориши 2011, дар шуъбаи ташхиси МД «Маҷмааи тандурустии Истиклол» татбиқ шуд.

Таҳқиқи ултрасадоӣ дар мавриди тамоми беморон барои ошкор кардани бемориҳои ҳамроҳ дар дастгоҳи NM70A Samsung (табиб Пайков И.А.), дар шуъбаи ташхиси МД «Маҷмааи тандурустии Истиклол» ба амал оварда шуд.

Эхокардиография. Тамоми таҳқиқоти эхокардиографӣ бо истифода аз системаи ултрасадо (TOSHIBA) иҷро гардид, ки бо амалнамои S5-1 ва X5-1 таҷҳизонида шуда буд. Таҳқиқоти мазкур дар шуъбаи функсоналии МД «Маҷмааи тандурустии Истиклол» (табиб Бобоева Ф.И.) амалӣ карда шуд.

Амалиёти тавассути пустӣ. Коронароангиография дар мавриди 63 бемор (аз ин миён 58 бемор бо ангиопластика) ба амал оварда шуд. АШК ҳамчун мавҷудияти $>50\%$ тангшавӣ дар дилхоҳ шарёни иклили ё шарёни чапи асосӣ муайян карда шуд. Шкалаи амсилашуда Gensini барои арзёбии вазнинии иллат дар шарёни иклили ба кор бурда шуд. Арзёбии мазкур чунин тасниф карда шуд: 1 бал, тангшавӣ $<25\%$; 2 бал ҳангоми тангшавӣ аз 26% то 50% ; 4 бал ҳангоми тангшавӣ аз 51% то 75% ; 8 бал дар ҳолати тангшавӣ аз 76% то 90% ; 16 бал ҳангоми тангшавӣ аз 91% то 99% ва 32 бал дар ҳолати тангшавӣ 100% будан. КАГ дар дастгоҳи «TOSHIBA Diagnostic X-RAY Apparatus», соли барориш 2016, бо иштироки унвонҷӯй дар шуъбаи ҷарроҳии рентген-эндоваскулярии МД «Маҷмааи тандурустии Истиклол» (табиб Шарипов У.) ба амал оварда шуд.

Усулҳои омории таҳқиқ. Таҳлили омории маълумотҳои гирдовардашуда бо истифода аз таъминоти барномавии IBM SPSS Statistics 21 (IBM Corp., 2012, ИМА) ба амал оварда шуд. Барои арзёбии муътадилнокии тақсимот меъёри Шапиро-Уилка ва Колмогоров-Смирнов ба кор бурда шуд. Барои маълумоти миқдорӣ, бар шумули қимати миёна (M) ва хатогии стандартии миёна ($\pm SE$) хусусиятҳои умумӣ ҳисоб карда шуданд. Барои муқоиса кардани маълумоти миқдорӣ байни ду гурӯҳҳои мустақил меъёри U Манна-Уитни ва барои муқоисаҳои бешумор бошад, меъёри Н-и Крускал-Уоллис ба кор бурда шуданд. Барои муқоиса кардани маълумоти миқдорӣ байни ду гурӯҳҳои мустақил меъёри U Манна-Уитни ва барои муқоисаҳои бешумор меъёри Н-и Крускал-Уоллис ба кор бурда шуд. Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳои сифати байни ду гурӯҳи мустақил меъёри χ^2 , бар шумули ислоҳи Йетса барои интиҳоби кам (камтар аз 10 мушоҳида) ва меъёри дақиқи Фишер барои интиҳоби ниҳоят кам (камтар аз панҷ мушоҳида) истифода шуданд. Қиматҳо аз ҷиҳати омории муҳим доништа шуданд.

НАТИЧАҲОИ ТАҲКИҚОТ

Дар шуъбаи дил ва начот тайи солҳои 2018-2019, 1134 бемор (соли 2018 – 526 бемор; соли 2019 – 606 бемор) бо бемориҳои гуногуни дилу рағҳо бистарӣ карда шуд. Се ташхиси нисбатан паҳншудаи дилу рағҳо бори аввал дар шуъба ба қарори зер буд: БИД (72,5%), нокифоягии дил (59,5%) ва ФШ (51,7%). Аз ин миён 750 (66,7%) бемор ба ҳолати таъхирнопазири дилу рағҳо (478 (63,7%) мард ва 272 (36,3%) зан) гирифтور буд. СДбСТ аввалин ташхиси нисбатан паҳншуда буд, ки қариб сеяк (32,3%)-и бистаришудагон тахти ин ҳисса буданд. Навъҳои дигари БИД, аз ҷумла СДббСТ (15,2%), стенокардияи ноустувор (11,7%) БИД-и устувор (11,1%) буданд, ки пас аз амалиёти мураккаби интервенсионӣ таваҷҷуҳи махсусро тақозо менамуданд ва сабаби асосии бештари бистаришавӣ низ дар шуъбаи кардиореаниматсия ба шумор мерафтанд. Зимнан ҳиссаи беморони мубтало ба ташхиси аввалияи стенокардияи ноустувори БИД тақрибан сеякро ташкил медод. Беназмӣ таносубан сабаби аввалияи паҳншавӣ ба ҳисоб мерафт. Илова бар ин дар популятсияи шуъбаи кардиореаниматсия дар баробари БДР бемори ғайридилу рағҳо низ буданд, ки фасли “дигарҳо” 17 (2,3%) (бемориҳои бухронии музмин ва шадиди ғайридилу рағҳо) шомил карда шудааст. Давомнокии миёнаи будубош дар шуъбаи кардиореаниматсионӣ 5,1 рӯзро ташкил менамуд.

160 бемори мубтало ба ташхиси СШД, ки тайи солҳои 2019-2019 ба шуъбаи кардиореаниматсионӣ мурочиат намудаанд, нисбатан муфассалтар мавриди таҳлил қарор дода шуданд. Аз ин теъдод 58 (36,25%) нафарро зан ва 102 (63,75%) нафари дигарро мардҳо ташкил медоданд, ки синни миёнаи ашхоси тахти таҳлил $62,1 \pm 0,8$ солро ташкил медод. Хусусиятҳои ибтидоии беморони мубтало ба СШД дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Ҷадвали 1. – Хусусиятҳои беморони гирифтور ба сактаи шадиди дил

Қимат	Теъдоди беморон (n=160)	
	Abs	%
Мард	102	63,75
Зан	58	36,25
Синни миёна, сол (M±m)	62,1±0,8	
ИМТ, кг/м ² (M±m)	28,2±0,4	
Бо автомашинаи ёрии таъҷилӣ	79	49,4
Худмурочиат	76	47,5
Интиқол аз шуъбаи дигар	5	3,1
Амалиётҳои интервенсионӣ	63	39,4
Шохиси Чарлсона (M±m)	2,9±1,7	
OASIS, (M±m)	27,5±8,4	

Аксари беморони (87,5%) гирифтور ба СШД ба категорияи 51-сола ва калонсолон шомил буда, фақат 12,5 % то 50-соларо ташкил медод. Синни миёнаи занҳо $63,3 \pm 1,4$ лет ва мардҳо бошад, $61,4 \pm 1,0$ солро ташкил менамуд. Дар категорияи синнусолии 60-солаҳо мардҳо бартарият (52,0%) доштанд, дар ҳоле ки дар миёни беморон занҳои гирифтори СШД-и синни 61-сол ва аз он болотар дар муқоиса ба мардҳо бештар буданд: мутаносибан 60,3% ва 48,0%.

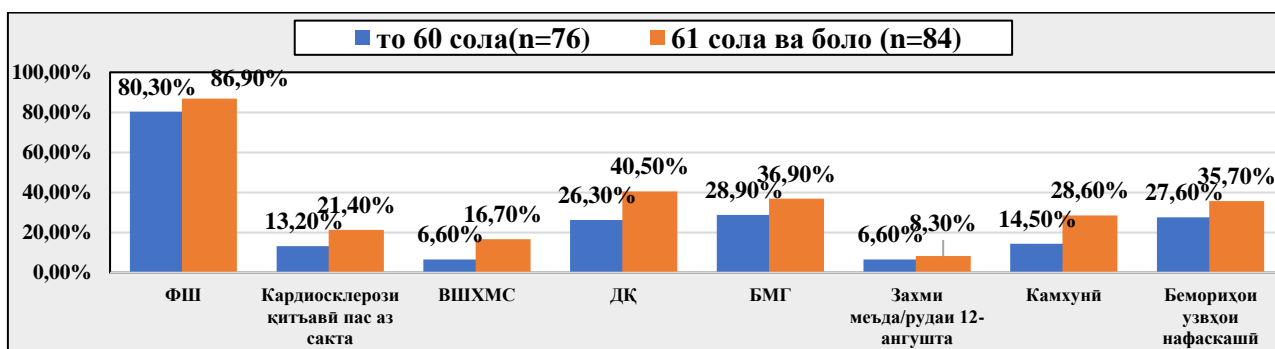
Зухуроти аввалини СШД дар мардҳо зимни категорияи синнусолии 40-солагӣ (29-39,5) мушоҳида мешавад. Зимнан симптомҳои дар мавриди занҳо 10-12 сол дертар пайдо шудаанд. Ин ҳолатро ҳамчун инкишофи атеросклероз дар мардҳо шарҳ додан мумкин аст, ки бо теъдоди зиёди омилҳои хатари СД (фарбеҳӣ, стресс, тамокукашӣ, тарзи камҳаракати умр ва ғ.) ифода меёбад. Баръакс БИД дар занҳо бо гузашти син авҷ мегирад, ки бо инҳирофи метаболии гемостаз ва камбудии эстерогенҳо иртибот дорад. Варианти СДбСТ ҳам дар мавриди мардҳо ва ҳам занҳо бартарият дошта, мутаносибан 77,5% муқобили 56,9%-ро ташкил медед. СД-и пеш аз рӯйи мавзегирӣ дар ҳар ду ҷинс (57,8% дар мардҳо ва 67,2% дар занҳо; $p>0,05$) бо басомади якхела мушоҳида мегардид. СД-и мавзегирӣ ақиб мутаносибан дар мавриди 37,3% ва 24,1% ($p>0,05$) ба қайд гирифта шуд, зимнан дар 8,6%-и ҳолатҳо ҳангоми занҳо ва дар 4,9%-и ҳолатҳо зимни СД-и даврзананда ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми ҷамъовариҳои анамнез ошкор шуд, ки лаҳзаҳои СД-и пешаки аз сар гузаронида бештар дар занҳо (18,9% муқобили 12,7%; $p>0,05$) ба назар мерасид, басомади ВШХМС бошад, дар анамнез дар мардҳо зиёдтар буд (14,7% муқобили 6,9%; $p>0,05$).

Хуруҷи муқаррариҳои ангинозӣ зухуроти аввалини шакли нисбатан бештар дучоршавандаи СД дар мавриди марду занҳо ба ҳисоб рафта, зимни 124 (77,5%) -и беморон аз теъдоди умумӣ ба назар мерасид. Вариантиҳои ғайримуқаррариҳои СШД вобаста ба ҷинс хусусиятҳои худро дорад. Ҳамин тавр, СД дар мавриди 3,1%-и беморон мувофиқи навъи “ишемияи лол” ҷараён гирифта, маъмулан инкишофи шакли бедард ба диабет қанд, фишорбаландии шарёнӣ, афзудани машрубот ва тамокукашӣ, фарбеҳӣ ва ҳолати стрессӣ мусоидат менамояд. Дар таҳқиқоти мо ин варианти СД бештар дар мардҳо (3,9%) қиёсан ба занҳо (1,7%) бештар ба мушоҳида мерасад. Варианти астмавии СД баръакс дар занҳо (10,3%), нисбат ба мардҳо (6,9%) бештар ба қайд гирифта шудааст.

Аксари беморон 72 (45,0%) -и гирифтор ба СШД дар ҳудуди зиёда аз як шабонарӯз аз аввали нишонаҳои аввалин (дард) ва қариб бо басомади якхела бо мардҳо 47 (46,1%) ва занҳо 25 (43,1%) бистарӣ шуданд. Зимнан ҳар бемори сеюм (мардҳо – 38,2% ва занҳо – 22,4%) то 12 соат, 6,9%-и мардҳо ва 32,7% занҳо то 24 соат аз оғози беморӣ бистарӣ шудаанд. Дар соати аввал теъдоди камтарин - 10 (6,25%) бемори гирифтор ба СШД – 8,8% мардҳо ва 1,7% занҳо ба шуъбаи қабули кардиореаниматсия муроҷиат кардаанд. Давомнокии миёнаи синдроми дард дар занҳо саҳеҳан ($p<0,05$) бештар ҳангоми занҳо қиёсан ба мардҳо мутаносибан $126,5\pm 45,1$ дақиқа ва $111,2\pm 31,5$ дақиқа буд. Сатҳи тропонин дар зардоби хуни мардҳо ва занҳо фарқ намекард ва мутаносибан болотар аз ададҳои муътадил – $5,8\pm 4,9$ ва $6,6\pm 3,6$ нг/мл қарор дорад. Аз теъдоди умумии беморони гирифтор ба СШД дар муҳлати гуногун ҳангоми 63 бемор (42 (66,7%) ва 21 (33,3%) зан) АТП татбиқ гардид, ки мардҳо аз ин миқдор ду баробар бештар буданд.

Таҳлили беморони мубтало ба ҳолатҳои таъхирнопазир дар маҷмуъ ба предмети коморбиднокӣ бо истифода аз шохиси Чарлсон сатҳи коморбиднокии баланд ($2,9\pm 1,7$)-ро нишон дод, ки барои таҳқиқоти нисбатан муфассалтари ҳолатҳои ҳамроҳ дар мавриди беморони гирифтор ба СШД ба сифати мотиватсия хизмат карда метавонад. Мардҳо дар байни беморони гирифтор ба СШД 102 (63,75%) нафар ва занҳо бошанд, 58 (36,25%) нафарро ташкил медеданд.

Ҳангоми муқоиса кардани гурӯҳҳои таҳти таҳқиқ мушоҳида гардид, ки мардҳои аз занҳо ҷавонтар бештар гирифтори шохиси пасти вазни бадан буданд: мутаносибан 27,3 муқоибили 29,4 кг/м². Нишонаҳои НМД дар гурӯҳҳои таҳти муқоиса қариб бо басомади якхела – мутаносибан 95,1% ва 96,6% ба қайд гирифта шуд. ФП саҳеҳан бештар ба занҳо – мутаносибан 15,5% муқоибили 9,8% ҳамроҳ буд. Занҳо дар муқоиса ба мардҳо аз ФШ бештар ранҷ мекашиданд: 94,8% ва 82,4% ($p < 0,05$). Мувофиқи дар анамнез мавҷуд будани реваскуляризацияи мокард ва сакта гурӯҳҳо аз ҳам фарқ намекарданд ($p > 0,05$). Мо пешниҳод кардани коморбиднокиро вобаста ба син зарур донистем. Басомад ва хусусияти бемориҳои ҳамроҳ дар гурӯҳи умумии беморони гирифтोर ба СД вобаста ба син дар расми 1 нишон дода шудааст.



Расми 1.–Басомад ва сохтори амрози коморбидӣ дар гурӯҳи умумии беморони сактаи дил вобаста ба синну сол

Тавре аз ҷадвали пешниҳодгардида маълум мегардад, ФШ 139 (86,9%), ДҚ-и навъи 2 54 (33,8%) ва БМГ 53 (33,1%) ба сегонаи пешсафи ҳолатҳои ҳамроҳ ҳангоми СД шомиланд. Зимнан дар беморони категорияҳои синнусолии 61-солаҳо ва аз он болотар бемориҳои ҳамроҳ (86,9%, 36,9% ва 45,2%) дар муқоиса ба беморони синни ≤ 60 сола (мутаносибан 80,3%, 28,9% ва 31,6%) бештар ба назар мерасад.

Хусусият ва басомади амрози коморбидӣ дар мавриди беморони мубтало ба сактаи шадиди дил вобаста ба ҷинс возеҳ нишон дода шудааст (ҷадвали 2). Мувофиқи маълумотҳои ҳосилшуда дар сохтори ФШ дар сохтори бемориҳои ҳамроҳ дар мавриди аксарияти мутлақи гирифтोरони СД, ҳам мардҳо 83 (82,4%) ва ҳам занҳо 51 (94,8%) ба қайд гирифта шуд. Дар сохтори ҳолатҳои коморбидӣ диabetи қанд низ мақоми муҳим дорад. Ҳангоми таҳқиқоти мо ДҚ-и навъи 2 бештар дар мавриди занҳо (43,1%) қиёсан ба мардҳо (28,4%) ба қайд гирифта шуд. Амрози системаи пешобу таносулиро арзёбӣ намуда, ба чунин ҳулоса омадан мумкин аст, ки БСГ (15,7% ва 5,2%) ҳангоми мардҳо дар муқоиса ба занҳо афзалият дошта, пиелонефрити музмин дар ҳар зани сеюм (34,5%) ва аҳёнан (22,3%) дар мардҳо ба назар мерасид. Таҳлили беморони мубтало ба БСГ дар мавриди 4 (3,9%) мард мавҷудияти никрисро ошкор намуд. Бемории варикоз ва ғадуди сипаршакл дар гурӯҳи занҳо (мутаносибан 19,0% ва 15,5%) қиёсан ба мардҳо (мутаносибан 5,9% ва 2,9%; $p < 0,001$) аз ҳади зиёд тағйир меёфт. Фарқияти байниҷинсӣ дар басомади БМИШ ба қайд гирифта шуд, беморӣ дар мавриди мардҳо ду баробар бештар ба қайд гирифта шуд (14,7% муқоибили 6,9% дар занҳо). Маълумотҳои оид ба басомади БМИШ дар байни беморони гирифтोर ба СД-и таҳти назорати мо бо сабаби гипоташҳиси БМИШ ва дар маҷмуъ ба

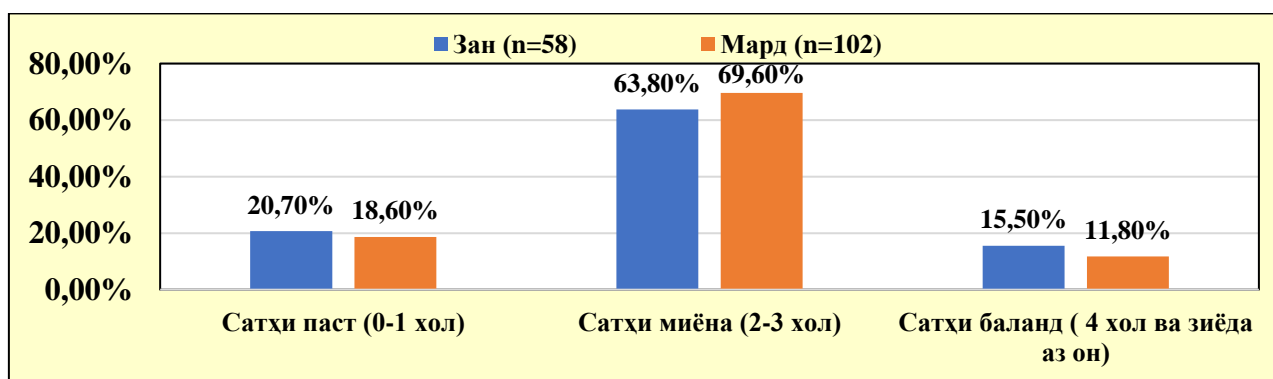
андешаи мо, ба таври мукамал арзёбӣ нагардидааст. Асоси робитаи дучониба байни БМИШ ва БИД-ро якчанд механизмҳои патологӣ ташкил медиҳанд. Аввалн, БМИШ ва БИД омилҳои хатари умумие доранд, ки тамокукашӣ ва миёнсолӣ дар ин миён муҳимтарин ба шумор мераванд. Илова бар ин, паҳншавии дигар омилҳои хатари дилу рағҳо ба монанди диабет ва фишорбалиндӣ, чунин ба назар мерасад, ки дар беморони гирифта ба БМИШ қиёсан ба одамони солим бештар аст.

Ҷадвали 2. – Хусусият ва басомади бемориҳои коморбидӣ дар беморони мубтало ба сактаи шадиди дил вобаста ба ҷинс (n=160)

Нишондиҳанда	Зан (n=58)		Мард (n=102)		p
	Abs	%	Abs	%	
ДҚ	25	43,1	29	28,4	>0,05
ФШ	51	87,9	83	81,4	>0,05
Бемории захми меъда / рӯдаи дувоздаҳангушта	5	8,6	7	6,9	>0,05**
Гепатити музмин	1	1,7	4	3,9	>0,05**
БСТ	5	8,6	5	4,9	>0,05**
Бемории ғадуди сипаршакл	9	15,5	3	2,9	<0,01**
Пиелонефрити музмин	20	34,5	23	22,5	>0,05
Бемории санги гурда	3	5,2	16	15,7	<0,05**
Астмаи бронхҳо	2	3,4	2	2,0	>0,05**
БМИШ	4	6,9	15	14,7	<0,05**
Бемории варикоз	11	19,0	6	5,9	<0,001
Никрис	-	-	4	3,9	
Дигарҳо	6	10,3	8	7,8	<0,05*

Эзоҳ: p – фарқи аз ҷиҳати омили муҳими нишондиҳандаҳо байни мард ва занҳо (мувофиқи меъёри χ^2 ; *бо ислоҳи Йетса, **мувофиқи меъёри аниқи Фишер)

Мо сатҳи коморбиднокиро ба воситаи усул-шоҳиси маъруф (шоҳиси Чарлсон) ҳисоб карда, натиҷаҳо ба балл пешниҳод намудем: сатҳи паст (0-1 балл); сатҳи миёна (2-3 балл); сатҳи баланд (4 балл ва зиёда аз он). Ҳисоби коморбиднокӣ зимни гурӯҳ дар маҷмуъ басомади баланди сатҳи миёнаи коморбиднокиро муайян намуд, ки нишондиҳандаҳо ба чунин қароранд: дар байни занҳо 63,8% ва дар байни мардҳо бошад, ба 69,6% мерасад (расми 2).



Расми 2. Натиҷаҳои ҳисоби шоҳиси коморбиднокии Чарлсон вобаста ба ҷинс

Ҳангоми 36 (24,7%) бемор як, дар мавриди 41 (28,1%) нафар ду, зимни 58 (39,7%) мариз се ва дар 11 (7,5%) бемор чор ва зиёда амрози коморбидӣ ба қайд гирифта шуд.

Дар чадвали 3 беморони мубтало ба СШД дар категорияҳои гуногуни синусоли оварда ва теъдоди бемориҳои ҳамроҳ арзёбӣ шудааст.

Чадвали 3. – Тавсифи беморон мувофиқи теъдоди бемориҳои ҳамроҳ дар мавриди гирифтгори сактаи шадиди дил

Нишондиҳанда	Бемориҳои ҳамроҳ (теъдод)				
	0 (n=14)	1 (n=36)	2 (n=41)	3 (n=58)	4 ва > (n=11)
Син, сол					
- <50	7 (50,0%)	9 (25,0%)	4 (9,8%)	-	-
- 51-60	4 (28,6%)	20 (55,6%)	21 (51,2%)	11 (19,0%)	-
- 61-70	3 (21,4%)	7 (19,4%)	9 (21,9%)	32 (55,2%)	2 (18,2%)
- 71-80	-	-	7 (17,1%)	14 (24,1%)	4 (36,4%)
- ≥81	-	-	-	1 (1,7%)	5 (45,4%)
≤60	11 (78,6 %)	29 (80,6 %)	25 (61,0 %)	11 (19,0 %)	0
>60	3 (21,4 %)	7 (19,4%)	16 (39,0%)	47 (81,0%)	11 (100%)
p_1	<0,01	<0,001	<0,05	<0,001	
Мард	9 (64,3%)	25 (69,4%)	27 (65,9%)	37 (63,8%)	4 (36,4%)
Зан	5 (35,7%)	11 (30,6%)	14 (34,1%)	21 (36,2%)	7 (63,6%)
p_2	>0,05	<0,001	<0,01	<0,01	>0,05

Эзоҳ: p_1 – фарқи аз ҷиҳати омили муҳими нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳои синусолии то 60-сола ва аз 60-сола боло; p_2 – байни марду занҳо (мувофиқи меъёри χ^2)

Аз ин ҷо чунин натиҷагирӣ кардан мумкин аст, ки дар байни гирифтгори СШД беморони мубтало ба ду ва се бемориҳои ҳамроҳ ҳам дар мавриди мардҳо ва ҳам занҳо бартарият доранд. Инчунин, агар мувофиқи син баррасӣ шавад, беморони категорияи 60-сола ва аз он болоатар бештар се ва чор бемориҳои ҳамроҳ доранд.

Ҳамин тавр, теъдоди ҳолатҳои ҳамроҳ муस्ताқиман ба син мутаносиб аст, инчунин диморфизми ҷинсӣ мушоҳида мешавад. Зимни пажӯҳишҳои мо солхӯрдаҳо, занҳо дар муқоиса ба миёнсолон ва мардҳо бештар бемориҳои ҳамроҳ доштанд.

Таҳлили маълумотҳои лабораторӣ дар гурӯҳҳои тахти таҳқиқ вобаста ба теъдоди бемориҳои ҳамроҳ хеле баланд будани кимати липидҳо (холестерини умумӣ (ХУ), триглитсеридҳо (ТГ), ЛПЗБ, ЛПЗП ва СРС-ро муддати 12 соати аввали ошкор намудани дард дар сина ҳангоми беморони мубтало ба коморбиднокӣ нишон дод. Таҳлили маълумотҳои лабораторӣ дар гурӯҳҳои тахти муқоиса нишон дод, ки аз рӯйи сатҳи глюкоза ва липидҳо ва нишондиҳандаҳои нокифоягии гурда фарқияти ҷинсӣ мушоҳида мешавад. Ҳамин тавр, дар занҳо медианаи сатҳи глюкоза ва дислипидемия баландтар (<0,001) ва сатҳи креатинин ва СФТ дар гурӯҳи мардҳо саҳеҳан зиёд буд (<0,001). Пажӯҳиши мо дар мавриди беморони гирифтгори ба СШД ва коморбиднокӣ ба муҳимияти атеросклероз ва оризаҳои бо он алоқаманде монанди дислипидемия ва илтиҳоб далолат менамояд.

Бета-блокаторҳо, аспирин ҳангоми беморони мубтало ба СШД бо бемориҳои ҳамроҳ препаратҳои бештар таъйиншаванда ба шумор рафта, сегонаи пешсафи антикоагулянтҳоро ба охир мебаранд. Қариб дар мавриди нисфи беморон АТП татбиқ шудааст. АТП ҳангоми беморони гирифта ба болоравии бори амрози дил ва ҳамроҳи ғоричидилӣ бештар амалӣ мегардид.

Таҳлили робитаи дучониба байни теъдоди бемориҳои ҳамроҳ ва маргумир аз ҳамаи сабабҳо, мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳи бешумор, барвақттар ташхисшудаҳо то ба беморхона аз хусуси СШД мурочиат кардан муқаррар намуд, ки ин далелҳо бо зиндамони нисбатан ками кӯтоҳмуддат хеле алоқамандӣ дорад. Хатари фавтнокӣ 30-рӯзаи беморон аз рӯйи шкалаи GRACE баъди госпитализатсия аз хусуси СШД мустақиман бо теъдоди бемориҳои ҳамроҳ алоқамандӣ дорад.

Мувофиқи вазифаҳои таҳқиқ мо беморони гурӯҳи мубтало ба ДҚ-и навъи 2-ро бодикқат таҳлил намудем. Зимни ин пажӯҳиши проспективӣ ҳамагӣ 54 бемори СШД бо ДҚ-и навъи 2 ва ба сифати гурӯҳи муқоиса 106 бемори СД бе ДҚ-и навъи 2 муоина карда шуд. Беморони мубтало ба ДҚ-и навъи 2 мувофиқи син калонтар (мутаносибан $65,9 \pm 10,5$ ва $58,3 \pm 11,2$) ва мардҳо дар гурӯҳи I камтар (мутаносибан 46,3% ва 72,6%) буданд. Дар анамнези беморони гирифта ба ДҚ-и навъи 2 бештар БИД, ФШ ва БМГ мушоҳида мегардид. Илова бар ин, дар анамнези бемороне, ки аз ДҚ-и навъи 2 ранҷ мекашиданд, СД қариб ду баробар бештар (20,4% муқобили 12,3%) муайян мегардид. Басомади АТП бошад, дар анамнези гурӯҳҳои муқоисашаванда фарқ намекард ва қариб дар як сатҳ (мутаносибан 3,7% ва 3,8%) қарор дошт. Ҳар бемори сеюми гирифта ба ДҚ-и навъи 2 ба вояи гуногун инсулин қабул менамуд.

Давомнокии синдроми дард вобаста ба мавҷуд будан ва набудани ДҚ дар беморони гирифта ба СД фарқ мекард. Ҳамин тавр, дар беморони мубтало ба СШД бо ДҚ-и навъи 2 давомнокии синдроми дард (145 (90; 248,5) дақ.) дар муқоиса бо гурӯҳи беморони гирифта ба СД бе ДҚ-и навъи 2 (120 (76; 225) дақ.)-ро ташкил менамуд.

Чараёни муқаррарии СШД дар мавриди 72,2% беморони гурӯҳи аввал (СД+ ДҚ-и навъи 2) муқобили 80,2%-и гурӯҳи дуюм (СД бе ДҚ-и навъи 2)-и беморон мушоҳида мегардид. СШД дар якҷоягӣ бо ДҚ-и навъи 2 саҳеҳан варианти бедардро нишон дод - 7,4% муқобили 0,9%. Дар беморони гурӯҳи I (СД бо ДҚ) бештар такрорӣ мушоҳида мешавад 20,4%. Дар гурӯҳи беморони гирифта ба СД бо ДҚ-и навъи 2 аз рӯйи маълумоти ЭхоКГ фраксияи ихроҷи меъдачаи чап ҳангоми воридшавӣ $45,1 \pm 3,4\%$ ва ҳангоми аз беморхона ҷавоб додани бемор бошад, $50,2 \pm 2,9\%$ -ро ташкил меод. Дар беморони мубтало ба СД бе ДҚ-и навъи 2 нишондиҳандаҳои ҳамсон мутаносибан $50,2 \pm 2,9$ ва $56,1 \pm 2,1$ -ро ташкил меод.

Дар беморони мубтало ба СД бо ДҚ-и навъи 2 (20,4%) қиёсан ба беморони бе ДҚ-и навъи 2 (гурӯҳи II) 12,3 % бештар такрор ба назар мерасид. Зимнан дар гурӯҳи беморони мубтало ба ДҚ-и навъи 2 дар аксари ҳолатҳо (24,1%) СД-и субэндокардиалӣ муқобили 15,1% дар мавриди бе ДҚ-и навъи 2 ба қайд гирифта шуд.

Хусусияти оризаҳои барвақтии СД дар гурӯҳи беморони гирифта ба ДҚ-и навъи 2 ба монанди омоси шуш, шоки кардиогенӣ ва фибриллятсияи меъдаҷаҳо мутаносибан бо басомади 16,7%, 14,8% ва 3,7% муқобили 6,6%, 5,7% ва 1,9% дар гурӯҳи беморони мубтало ба СД бе ДҚ-и навъи 2 ба қайд гирифта шуд.

Аз ҷониби мо таҳлили спектри липидҳо дар беморони мубтало ба СШД вобаста ба мавҷуд будан ё набудани ДҚ ба амал оварда шуд. Натиҷаи арзёбии муқоисавӣ аз он шаҳодат медиҳад, ки дар гурӯҳи беморони мубтало ба ДҚ-и навъи 2 хеле баланд будани сатҳи холестерини умумӣ ($6,3 \pm 2,1$ ммол/л), ТГ ($2,7 \pm 1,3$ ммол/л), ЛПЗП ($4,6 \pm 1,1$ ммол/л) дар муқоиса ба гурӯҳи бе ДҚ-и навъи 2 ба мушоҳида мерасад, ки нишондиҳандаҳо мутаносибан барои холестерин ($5,4 \pm 1,9$ ммол/л), ТГ ($2,7 \pm 1,3$ ммол/л) ва ЛПЗП ($3,4 \pm 0,9$ ммол/л) чунин буд. Дар назар бояд дошт, ки гурӯҳи СД+ ДҚ-и навъи 2 сатҳи нисбатан пасти ЛПЗБ ($0,97 \pm 0,8$ ммол/л)-ро дар муқоиса ба гурӯҳи СШД бе ДҚ-и навъи 2 ($1,06 \pm 0,6$ ммол/л) нишон дод. Илова бар ин, беморони мубтало ба СД+ ДҚ-и навъи 2 таносуби нисбатан баландтари холестерини “хуб” ва “бад”, шохиси атерогеннокии $4,2 \pm 2,2$ муқобили $3,6 \pm 1,9$ бе ДҚ-и навъи 2-ро нишон доданд.

Дар беморони гирифта ба СД+ ДҚ-и навъи 2 сатҳи СРС ($7,8 \pm 2,3$ мг/л) нисбат ба беморони гирифта ба СД бе ДҚ-и навъи 2 ($4,4 \pm 1,6$ мг/л) хеле баланд буд. Сатҳи тропонин низ дар беморони гирифта ба СД+ ДҚ-и навъи 2 ($6,3 \pm 4,2$ нг/мл) дар муқоиса ба СД бе ДҚ-и навъи 2 ($5,8 \pm 3,9$ нг/мл) баланд буд. Инчунин дар мавриди беморони гирифта ба СД+ ДҚ-и навъи 2 хеле баланд будани аспартатаминотрансфераз (АСАТ – $102,0 \pm 3,6$ МЕ/л) нисбат ба беморони гирифта ба СД бе ДҚ-и навъи 2 ($62,3 \pm 14,6$ МЕ/л) ба қайд гирифта шуд.

Ба мақсади амалинамоии таҳлили қиёсӣ гурӯҳи 1 (асосӣ) беморони гирифта ба СД бо ташҳиси муайяншудаи ДҚ-и навъи 2 (20 нафар, синни миёна – $67,3 \pm 8,9$ сол (11 (55%) мард, 9 (45%) зан) ва гурӯҳи 2 ташкил карда шуд, ки аз 43 беморӣ бе диabetи қанд иборат буда, синни миёнаи он $68,08 \pm 7,7$ сол (31 (72,1%) мард, 12 (27,9%) зан)-ро ташкил карда, дар мавриди онҳо КАГ татбиқ карда шуд.

Теъдоди иллатҳои иклили, яке аз хусусияти муҳимии иллатнокшавии маҷрои иклили ба шумор меравад, ки шеваи баъдинаи амалиёти интервенсиониро муайян мекунад. Маълумоти КАГ дар бораи хусусияти иллатҳои рағҳои иклили дар чадвали 4 оварда шудааст.

Чадвали 4. – Хусусиятҳои зарарёбии шараёни коронарӣ дар асоси маълумоти коронароангиография

Гурӯҳ	Хусусият иллат							
	Зарарёбии пояи ш. коронарӣ		Зарарёбии 1 шараён		Зарарёбии 2 шараён		Зарарёбии 3 шараён	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
СД+ ДҚ-и навъи 2 (n=20)	4	20,0	1	5,0	4	20,0	11	55,0
СД бе ДҚ-и навъи 2 (n=43)	1	2,3	19	44,2	8	18,6	15	34,9
МИ	10,5		0,07		0,77		2,8	
95% ФЭ	1,09-101,2		0,01-0,54		0,18-3,29		0,94-8,35	

Эзоҳ: МИ – муносибати имконот, 95% ФЭ – 95% фосилаи эътимоднок

Тавре аз маълумоти чадвал маълум аст, илллати тана дар мавриди 4 (20,0%) бемори гирифтор СД бо ДҚ-и навъи 2 муқобил ба 1 (2,3%) маризи бе ДҚ-и навъи 2 аст, илллати бисёррагӣ ва дурагӣ дар 55,0% ва 20,0%, мутаносибан муқобили 34,9% ва 18,6% дар гурӯҳҳои муқоисашаванда ба қайд гирифта шуд.

Аз гурӯҳи умуми (63)-и беморон, ки ба таҳқиқ 58 (92,1%) бемори бо СД+ ДҚ-и навъи 2 (n=20) ва СД бе ДҚ-и навъи 2 (n=38) ворид карда шудааст, дар мавриди онҳо амалиёти таҳтипӯстӣ бо ангиопластика (стентгузорӣ бо пӯшиши доруӣ) татбиқ гардид. То амалиномаи АТП тамоми беморон аспирин (100 мг дар шабонарӯз), клопидогрел 75 мг/шабонарӯз истеъмол мекарданд, д/в ба таври болюсӣ гепаринтаҷзиянашуда – 70-100 воҳ./кг ворид карда мешуд. Баъди реперфузияи аввалия (АТП) дар гурӯҳи муқоисавӣ реваскуляризатсияи пурраи миокард дар гурӯҳи асосӣ (СД+ДҚ-и навъи 2) мутаносибан гоҳо ба 28,3% ва 59,5% (p=0,05) ба теъдоди миёнаи стентҳо ба 1 бемор (мутаносибан 1,17 ва 1,28/стент, p=0,21) мерасид.

Баъдан мо дар гурӯҳҳои таҳти омӯзиш натиҷаҳои дастамали таҳтипӯстиро дар муҳлати наздиктарин (то 30 шабонарӯз) мавриди омӯзиш қарор додем. Ба номгӯӣ маҷмуи арзёбии оризаҳои дилу рағҳо, инчунин басомади реваскуляризатсияи тавкрории маҷрои ғайримақсадноки иклили ворид карда шуданд. Чамъварии маълумот бо роҳи тамос гирифтани ба воситаи маълумот, инчунин протоколи бақайдгирандаи мурочиат ба кардиолог тартиб дода шуд (чадвали 5).

Чадвали 5. – Натиҷаҳои амалиётҳои тавассути пӯстӣ дар муҳлати наздиктарин (то 30 шабонарӯз) дар гурӯҳҳои таҳти муқоиса

Нишондиҳанда	СД+ ДҚ-и навъи 2 (n=20)		СД бе ДҚ-и навъи 2 (n=38)		P
	Abs	%	Abs	%	
Оризаи дилу рағҳо	3	15,0	3	7,9	<0,05
Фавтнокӣ	1	5,0	2	5,3	>0,05
СД-и ғайримарговар	1	5,0	1	2,6	>0,05
Реваскуляризатсияи таҷроии ғайримақсадноки тангшавии иклили	3	15,0	2	5,3	<0,05

Эзоҳ: p – фарқи аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри аниқи Фишер)

Таҳлили маълумотҳо нишон доданд, ки қиматҳои чун оризаи дилу рағҳо ва амалиёти таҷроӣ ба маҷрои иклили ғайримақсаднок фарқияти саҳеҳ доштанд. Ҳамин тавр, дар гурӯҳи мубтало ба СД якҷоя бо ДҚ-и навъи 2 (гурӯҳи асосӣ) теъдоди оризаҳои кардиоваскулярӣ дар муқоиса бо гурӯҳи гирифтор ба СД бе ДҚ-и навъи 2 (15,0% муқобили 7,9%; p<0,05) зиёдтар буд, ҷарроҳии таҷроӣ ба раги ғайримақсаднок бошад, дар мавриди 3 (15,0%) мариз муқобили 5,3% (p<0,05) ба амал оварда шуд. Басомади инкишофи оқибати марганҷомии СД ғайримарганҷомӣ дар гурӯҳҳои таҳти муқоиса фарқ намекард.

ХУЛОСА

1. Доираи ҳолатҳои таъхирнопазири беморон ҳангоми воридшавӣ калон буда, БИД, нокифоягии дил ва фишорбандии шарёӣ ҳангоми бақайдгирӣ дар беморхона нисбатан паҳншуда ба шумор мерафтанд. Асари бистарикунонӣ тавассути автомашинаи ёрии таъҷилӣ 79 (49,4%) анҷом пазируфта, худмурочиаткунӣ 76 (47,5%) нафарро ташкил меод. Дар байни гирифтгори БИД ташхиси бештари аввалия СД бо болоравии сегменти ST буд, ки қариб сеяк (32,3%)-и тамоми бистаришудагонро ташкил меод. Навъҳои дигари БИД, аз ҷумла СД бе болоравии сегменти ST (15,2%), стенокардияи ноустувор (11,7%) ва БИД-и устувор буданд (11,1%) [1-М, 2-М, 5-М, 7-М].
2. Ашхоси аз хусуси СШД бистаришуда хусусиятҳои ҷинсу синнусолӣ доштанд. Ҳамин тавр, 63,75 %-и мардҳо бо синни миёнаи $61,4 \pm 1,0$ сол муқобили занҳои $63,3 \pm 1,4$ соларо ташкил меоданд, аксари беморон (87,5%) дар категорияи 50-сола ва калонсолон қарор дошта, фақат 12,5 % то 50-солаҳоро ташкил менамуд. Ҳам дар байни мардҳо ва ҳам дар занҳо варианти СДбST бартарият дошта, 77,5 %-ро ташкил менамуданд. СД-и пеш аз рӯйи мавзёгирӣ дар ҳар ду ҷинс (мардҳо 57,8% ва занҳо 67,2%; $p > 0,05$) ва мавзёгирии ақиб бошад, мутаносибан дар мавриди 37,3% ва 24,1% ($p > 0,05$) ташхис шуд. Хуруҷи муқаррари ангинозӣ шакли нисбатан бештари аввалия СД буда, дар мавриди 124 (77,5%) бемор аз гурӯҳҳои асосӣ ба қайд гирифта шуд. СД мувофиқи навъи “ишепмияи лол” ҳангоми 3,1% маризони ҷараён гирифт ва нишондиҳандаҳо бештар дар мардҳо (3,9%) муқобили (1,7%) занҳо буд. Илҷияҳои интервенсионӣ дар мавриди 63 (39,4%) бемор татбиқ шуданд [1-М, 2-М, 5-М, 6-М, 7-М, 9-М].
3. Аз 160 беморони гирифтгор ба СШД ҳангоми 146 (91,3%) мариз як ё якчанд ҳолатҳои коморбидӣ ба назар мерасид. Ҳами тавр, зимни 36 (22,5%) нафар як, дар мавриди 41 (25,6%) мариз ду, ҳангоми 58 (36,25%) патсиент се ва дар 11 (6,9%) бемор чор ва зиёда бемориҳои ҳамроҳи муҳим ташхис карда шуд. Зимнан ФШ ва диабети қанд кластери бештари мушоҳидашавандаи амрози каморбидӣ буданд, ки дар ҳар бемори дуҷуми аз хусуси СШД бистаришуда ба қайд гирифта шуд. Хусусият ва басомади бемориҳои ҳамроҳ ҳангоми СШД ба син алоқамандии мустақими мутаносиб дошта, инчунин диморфизми ҷинсӣ низ дошт. Ҳангоми муқоиса кардани гурӯҳҳои тахти муқоиса мушоҳида гардид, ки мардҳо дар муқоиса ба занҳо ҷавонтар буда, шохиси пасти вазни бадан доштанд – мутаносибан 27,3 муқобили 29,4 кг/м². ФШ – 86,9%, ДҚ-и навъи 2 – 33,8% ва БМГ – 33,1% ба сегонаи пешсафи ҳолатҳои ҳамроҳи СД (n=160) шомиланд. Ҳисоб кардани коморбиднокӣ зимни гурӯҳҳо дар маҷмуъ басомади баланди сатҳи миёнаи коморбиднокиро муайян намуд, ки дар байни зану мардҳо бо ҷунин нишондиҳанда ҷудо шудаанд: 63,8% муқобили 69,6% [1-М, 4-М, 5-М, 6-М, 8-М, 9-М].
4. Хатари 30-рӯзаи фавт баъди бистаришавӣ аз хусуси СШД бо теъдоди бемориҳои ҳамроҳ якҷояшавии бевосита дорад. Беморони гирифтгор ба СШД муддати 30 рӯз хатари дараҷаи баландтари маргумирро бо кластери нисбатан паҳншудаи бемориҳои ҳамроҳро доранд. Бета-блокаторҳо ва аспиридин дар мавриди беморони гирифтгор ба СШД бо бемориҳои ҳамроҳ препаратҳои

бештар таъйиншаванда буда, сегонаи препаратҳои пешсафи антикоагулянтҳоро ба ақиб ҷой додааст. Препаратҳо аз гурӯҳи ИАФТ/БРА дар мавриди гирифтронии БИД ба таври васеъ ба кор бурда мешаванд. Бо ҳаққи афзудани теъдоди бемориҳои ҳамроҳ басомади истифодаи онҳо боло меравад – 71,4%, 72,2%, 73,2%, 75,9% ва 81,8%. Қариб дар мавриди зиёда аз нисфи беморон АТП татбиқ гардидааст ва бо ҳаққи афзудани коморбиднокӣ басомади онҳо аз 50,0% (0- бемориҳои ҳамроҳ) то 18,2% (зиёда аз 4) мекоҳад [1-М, 3-М, 4-М, 9-М].

5. Арзёбии маҷмуии СД якҷоя бо ДҚ нишон дод, ки беморони мубтало ба ДҚ аз рӯйи син калонтар буда ($65,9 \pm 10,5$ муқобили бе диабетҳо $58,3 \pm 11,2$), занҳо афзалият ($53,7\%$ муқобили $46,3\%$ мардҳо) доштанд. Гирифтронии ДҚ бештар дар анамнезашон БИД, ФШ ва БМГ доштанд ва сактаи дилро аз сар гузаронида буданд. СШД дар якҷоягӣ бо ДҚ-и навъи 2 саҳеҳан бештар варианти бедардро нишон дод – $7,4\%$ муқобили $0,9\%$. Дар беморони гурӯҳи I (СД+ДҚ) бештар такрорӣ – $20,4\%$ мушоҳида мешавад ва ин нишондиҳанда дар муқоиса ба беморони бе ДҚ (гурӯҳи II) $12,3\%$ -ро ташкил медиҳад. Зимнан дар гурӯҳи гирифтронии диабети қанд СД-и субэндокриналӣ $24,1\%$ -ро ба муқобили $15,1\%$ дар гурӯҳи бе ДҚ-и навъи 2 ташкил медиҳад [1-М, 3-М, 4-М, 5-М, 8-М].
6. Натиҷаҳои муқоиса биохимиявӣ аз сатҳи хеле баланди ОХ, ТГ ва ЛПЗП далолат менамояд; сатҳи пасти ЛПЗБ дар гирифтронии СД+ДҚ-и навъи 2 аз муҳим будани нақши дислипидемияи атерогенӣ дар инкишофи СШД ҳангоми беморони мубтало ба диабети қанд шаҳодат медиҳад. Дар мавриди гирифтронии СШД+ДҚ-и навъи 2 нисбат ба беморони мубтало ба СШД бе ДҚ-и навъи 2 сатҳи хеле баланди тропонин, СРС, ЛДГ ва АсАТ ошкор гардид ва нуктаи мазкур аз он шаҳодат медиҳад, ки некрози кардиомиотситҳо дар беморони мубтало ба СШД якҷоя бо ДҚ дар қиёс ба гирифтронии бе ДҚ-и навъи 2 бо басомади баланд мушоҳида мешавад [1-М, 3-М, 6-М, 8-М, 9-М].
7. Натиҷаҳои КАГ дар гирифтронии СД бо ДҚ-и навъи 2 дучоршавии саҳеҳи тангшавии иклилии вазнин ($55,0\%$) ва миёна ($40,0\%$), инчунин иллатнокшавии бисёррагӣ ва дурагиро мутаносибан дар $55,0\%$ ва $20,0\%$ муқобили $34,9\%$ ва $18,6\%$ дар гурӯҳи бе ДҚ-и навъи 2 зоҳир намуд. Назорати динамикӣ дар гурӯҳи беморони СШД бо ДҚ-и навъи 2 нишон дод, ки оризаҳои дилу рағҳо дар гурӯҳи муқоиса ($15,0\%$ муқобили $7,9\%$; $p < 0,05$) зиёдтар буда, ҷарроҳии такрорӣ ғайримақсадноки рагӣ дар мавриди $15,0\%$ -и ҳолатҳо муқобили $5,3\%$ ($p < 0,05$) татбиқ шудааст. Зимнан басомади инкишофи марганҷомӣ ва СД-и ғайрифаталӣ дар гурӯҳҳои таҳти муқоиса фарқ намекард [1-М, 3-М, 8-М].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Гетерогеннокии бемориҳои ҳамроҳ, дараҷаи баланди коморбиднокӣ, диморфизми чинсу синнусолӣ дар бемороне, ки аз СШД ранҷ мебаранд, шеваи инфиродии интиҳоби хусусияти муолиҷаро тақозо мекунад;

2. Дар номгӯи усулҳои стандартии таҳхиси гирифторони СШД ба таври ҳатмӣ таҳқиқоти иловагӣ ба предмети мавҷудияти диабети қанд, фишорбандии шарёнӣ ва БМГ зарур аст;
3. Ҳисоб кардани шохиси коморбиднокӣ тибқи Чарлсон кулай буда, дар истифода сода аст ва онро ҳангоми беморони гирифтор ба СД дар амалияи ҳаррӯзаи кардиологҳо ба қор бурдан мумкин аст;
4. Усули реперфузия зимни гирифторони СШД бо ДҚ-и навъи 2 дар шакли амалиёти таҳтипусти натиҷабахш ва беҳтар буда, ҳосил кардани натиҷаҳои бевоситаро оид ба коҳиш додани ҳодисаҳои номусоид имконпазир мегардонад.

ИНТИШОРОТ АЗ РҶҶИ МАВЗҶИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

- [1-М]. Раджабова Г.М. Некоторые аспекты коморбидности при инфаркте миокарда [текст] /Г.М. Раджабова, С.М. Шукурова, А.И. Файзуллоев, М.А. Маллаева// Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2020. – №4. – Стр.99-106.
- [2-М]. Раджабова Г.М. Структура неотложной кардиоваскулярной патологии на госпитальном этапе [текст] / Г.М. Раджабова// Ж. Медицинский вестник академии наук Таджикистана. – 2022. – №4. – С. 46-54.
- [3-М]. Раджабова Г.М. Выбор современной стратегии лечения острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST [текст] /С.М. Шукурова, Р.Х. Кабирзода, Г.М. Раджабова, Х.Ф. Рахматуллоев, А.И. Файзуллоев// Ж. Здравоохранения Таджикистана. – 2022. – №3. – С. 119-127.
- [4-М]. Раджабова Г.М. Поло-возрастной диморфизм коморбидной патологии у больных острым инфарктом миокарда [текст] /Г.М. Раджабова, С.М. Шукурова// Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2023. – №1. – С. 67-83.

Мақола ва фишурдаҳо дар маҷмуаи конференсияҳо

- [5-М]. Раджабова Г.М. Коморбидные состояния у больных с ишемической болезнью сердца [текст] /С.М. Шукурова, Г.М. Раджабова, Р.Х. Файзалиев// Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний». – 2019. – С. 476
- [6-М]. Раджабова Г.М. Гендерные особенности течения острого инфаркта миокарда [текст] /Г.М. Раджабова, С.М. Шукурова// Материалы ежегодной XXVI научно-практической конференции ИПО СЗРТ «Новые направления развития медицинской науки и образования». – 2020. – С. 47.
- [7-М]. Раджабова Г.М. Ремоделирование сердца у больных с ожирением при коморбидной кардиальной патологии [текст] /Г.М. Раджабова, Р.Х. Кабирзода, С.М. Шукурова// Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием. – 2022. – С.65-66.

[8-М]. Раджабова Г.М. Оценка ишемической болезни сердца с сахарным диабетом 2 типа [текст] /И.Б. Гайратова, Г.М. Раджабова, З.Т. Акабирова// Материалы ежегодной XXIX научно-практической конференции с международным участием. – 2023. – С.74.

[9-М]. Раджабова Г.М. Характеристика сопутствующей патологии у больных острым инфарктом миокарда в зависимости от пола [текст] /С.М. Шукурова, Г.М. Раджабова, М.И. Махмудова// Материалы ежегодной XXIX научно-практической конференции с международным участием. – 2023. – С.112.

ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҲО, АЛОМАТҲОИ ШАРТӢ

ФШ – фишорбаландии шарёнӣ

ФШ – фишори шарёнӣ

ШАК – шунткунони аорто-коронарӣ

БРА – блокаторҳои ретсепторҳои ангиотензин

ТУТ – Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ

ИАФТ – ингибиторҳои ангиотензин ферментро табдилдиҳанда

БИД – бемории ишемиявии дил

СД – сактаи дил

СДббST – сактаи дил бе болоравии сегменти ST

СДбST – сактаи дил бо болоравии сегменти ST

ШВБ – шохиси вазни бадан

КАГ – коронароангиография

БКВ – бемориҳои кардиоваскулярӣ

ҲНО ЛЖ – ҳаҷми ниҳонии систолий

КФК – креатининфосфаткиназа

МЧ – меъдачаи чап

ЛПЗП – липопротеинҳои зичии паст

ЛПЗБ – липопротеинҳои зичии баланд

ЛПЗНП – липопротеинҳои зичии ниҳоят паст

ТГ - триглитисеридҳо

СШД – сактаи шадид дил

ҲНБ – ҳаҷми нафасбарории босуръат

МЧ – меъдачаи чап

ҚТ – Қумхурии Тоҷикистон

ДҚ –диабети қанд

СФК – суръати филтратсияи калобачавӣ

СРС – сафедаи реактиви С

БДР – бемориҳои дилу рағҳо

ФП – фраксияи партоиш

БМГ – бемории музмини гурдаҳо

БМОШ – бемории музмини обструктивии шушҳо

НМД – норасогии музмини дил

АТП – амалиёти тавассути пустӣ

СБД – сабти барқии дил

ЭхоКГ – эхокардиография

АННОТАЦИЯ

Раджабова Гулноз Маруфходжаевна

Клинико-функциональные особенности инфаркта миокарда и коморбидных состояний

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда (ОИМ), электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), чрескожные вмешательства (ЧКВ), коморбидность, индекс Чарлсона.

Цель исследования: Изучить влияние коморбидности на клиническое течение и исходы инфаркта миокарда, а также определить ключевые факторы, способствующие ухудшению состояния в данной группе.

Методы исследования и использованная аппаратура: проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов, госпитализированных в кардиореанимационное отделение ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», г. Душанбе, за период 2018-2019 гг. Обобщены и проанализированы данные собственных клинических исследований (n=160) больных с диагнозом ИМ. Использовались клинико-лабораторные и инструментальные методы, включая ЧКВ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Полученные результаты и их новизна: среди пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение, ОИМ был наиболее частым состоянием в структуре ИБС. Варианты ОИМ и их локализация зависели от пола и возраста. Каждый третий больной с ОИМ подвергался интервенционным процедурам. Анализ факторов риска и сопутствующих заболеваний позволяет рассматривать ОИМ как гетерогенное заболевание с высокой коморбидностью. Большинство пациентов с ОИМ имели 3-4 сопутствующих заболевания, характеризующихся поло-возрастным диморфизмом. В структуре сопутствующих состояний ОИМ лидирующие позиции занимали АГ, СД 2 типа и ХБП. Риск смерти от ОИМ в течение 30 дней напрямую зависел от количества сопутствующих заболеваний. Характер медикаментозной терапии больных ОИМ в ассоциации с сопутствующими заболеваниями определил тройку лидеров: бета-блокаторы, аспирин и антикоагулянты. Частота ЧКВ зависела от индекса коморбидности. ОИМ в сочетании с СД 2 типа имел поло-возрастные особенности, влияющие на клиническое течение и исходы. Тяжесть сосудистых поражений, выявленных при КАГ, была связана с наличием СД 2 типа, что указывает на значительные нарушения васкуляризации миокарда.

Рекомендации по использованию: высокая коморбидность и поло-возрастной диморфизм у больных с ОИМ требуют персонализированного подхода к терапии. В стандартные методы диагностики следует включать исследование на наличие СД, АГ и ХБП. Расчет индекса коморбидности по Чарлсону удобен и может использоваться в повседневной практике. ЧКВ при ОИМ с СД 2 типа снижает неблагоприятные события, подтверждая эффективность и безопасность метода.

Область применения: внутренние болезни, кардиология.

АННОТАТСИЯ

Раҷабова Гулноз Маруфхочаевна

Хусусиятҳои клиникӣ-функционалии сактаи дил ва ҳолатҳои коморбидӣ

Калимаҳои калидӣ: сактаи шадид дил (СШД), сабти барқии дил (СБД), эхокардиография (ЭхоКГ), амалиёти тавассути пӯстӣ (АТП), коморбиднокӣ, шохиси Чарлсон.

Мақсади таҳқиқ: омӯзиши таъсири бемориҳои ҳамрадиф ба чараёни клиникӣ ва оқибатҳои сактаи дил, инчунин муайян кардани омилҳои асосие, ки барои бад шудани ҳолат дар гурӯҳи мазкур мусоидат мекунад.

Усулҳои таҳқиқ ва истифодаи дастгоҳҳо: таҳлили ретроспективи хуччатҳои тиббии бемороне ба амал оварда шуд, ки тайи солҳои 2018-2019 дар шӯбаи кардиореаниматсионии МД «Маҷмааи тандурустии Истиклол»-и ш. Душанбе бистарӣ буданд. Маълумотҳои таҳқиқоти шахсии клиники ($n=160$)-и беморони мубтало ба СД хулоса ва таҳлил карда шуданд. Усулҳои клиникӣ-лабораторӣ ва абзорӣ, бар шумули АТП ба кор бурда шуданд. Бозбинии омории маълумотҳо ба воситаи пакети Statistica 10.0 (StatSoft Inc., ИМА) ба амал оварда шуд.

Натиҷаҳои ҳосилшуда ва нағзониҳои онҳо: дар байни бемороне, ки дар шӯбаи кардиологӣ бистарӣ шуда буданд, СШД ҳолати бештар дучоршаванда зимни сохтори БИД ба шумор мерафт. Вариантҳои СШД ва мавзёгирии онҳо ба чинсу син алоқамандӣ дошт. Дар мавриди ҳар бемори сеюми гирифтӣ ба СШД илочиҳои интервенсионӣ татбиқ шуданд. Таҳлили омилҳои хатар ва бемориҳои ҳамроҳ СШД-ро ҳамчун бемори гетерогенӣ бо коморбиднокии дараҷаи баланд баррасӣ намуданро имконпазир гардонид. Аксари беморони мубтало ба СШД 3-4 бемориҳои ҳамроҳ доштанд, ки бо диморфизми чинсу син тавсиф меёфт. ФШ, ДҚ-и навъи 2, БМГ дар сохтори ҳолатҳои ҳамроҳи СШД мавқеи асосиро касб намудаанд. Хатари маргумир аз СШД муддати 30 рӯз мустақиман ба теъдоди бемориҳои ҳамроҳ алоқамандӣ дошт. Хусусияти муолиҷаи доруии беморони мубтало ба СШД дар якҷоягӣ бо бемориҳои ҳамроҳ пешсафони сегонаро муайян намуд: бета-блокаторҳо, аспирин ва антикоагулянтҳо. Басомади АТП ба шохиси коморбиднокӣ бастагӣ дошт. СШД якҷоя бо ДҚ-и навъи 2 хусусиятҳои чинсу синӣ дошта, ба чараёни клиникӣ ва оқибатҳои он таъсир мерасонад. Вазнинии иллатҳои рагӣ, ки ҳангоми ошкор гардид, бо мавҷудияти ДҚ-и навъи 2 алоқамандӣ дорад ва ба ихтилолотии зиёди васкуляризиатсияи миокард далолат менамояд.

Тавсияҳо оид ба истифода: дараҷаи баланди коморбиднокӣ ва диморфизми чинсу син дар мавриди беморони мубтало ба СШД барои муолиҷа шеваи инфиродиро тақозо менамояд. Ба усулҳои стандартии ташхис барои ошкор кардани ДҚ, ФШ ва БМГ ҳамроҳ кардани таҳқиқоти дигар зарур аст. ҳисоб кардани шохиси коморбиднокӣ тибқи Чарлсон қулай буда, дар амалияи ҳаррӯза истифода шудани он имконпазир аст. АТП ҳангоми СШД бо ДҚ-и навъи 2 ҳодисаҳои носозгорро коҳиш дода, натиҷабахшӣ ва бехатарии усулро тасдиқ мекунад.

Соҳаи истифода: бемориҳои дарунӣ, кардиология.

ABSTRACT

Rajabova Gulnoz Marufkhojaevna **Clinical and Functional Features of Myocardial Infarction and Comorbid Conditions**

Keywords: acute myocardial infarction (AMI), electrocardiography (ECG), echocardiography (EchoCG), percutaneous coronary intervention (PCI), comorbidity, Charlson index.

Objective: To study the impact of comorbidity on the clinical course and outcomes of myocardial infarction, and to identify key factors contributing to the deterioration of the condition in this group.

Methods and equipment used: A retrospective analysis of medical records of patients hospitalized in the cardiac intensive care unit of the State Institution “Istiklol Health Complex”, Dushanbe, for the period 2018-2019 was conducted. Data from clinical studies (n=160) of patients diagnosed with MI were summarized and analyzed. Clinical, laboratory, and instrumental methods, including PCI, were used. Statistical data processing was performed using the Statistica 10.0 software package (StatSoft Inc., USA).

Results and novelty: Among patients hospitalized in the cardiology department, AMI was the most common condition in the structure of ischemic heart disease (IHD). The variants and localization of AMI depended on gender and age. Every third patient with AMI underwent interventional procedures. Analysis of risk factors and comorbid conditions suggests that AMI is a heterogeneous disease with high comorbidity. Most patients with AMI had 3-4 comorbid conditions, characterized by gender and age dimorphism. The leading comorbid conditions in AMI were hypertension (HTN), type 2 diabetes mellitus (T2DM), and chronic kidney disease (CKD). The risk of death from AMI within 30 days was directly related to the number of comorbid conditions. The medication therapy for AMI patients with comorbid conditions identified three leading drugs: beta-blockers, aspirin, and anticoagulants. The frequency of PCI was dependent on the comorbidity index. AMI combined with T2DM had gender and age-specific features affecting clinical course and outcomes. The severity of vascular lesions, identified by coronary angiography (CAG), was associated with the presence of T2DM, indicating significant myocardial vascularization disorders.

Recommendations for use: High comorbidity and gender-age dimorphism in AMI patients require a personalized approach to therapy. Standard diagnostic methods should include screening for T2DM, HTN, and CKD. The Charlson comorbidity index is convenient and can be used in daily practice. PCI in AMI with T2DM reduces adverse events, confirming the effectiveness and safety of the method.

Field of Application: Internal medicine, cardiology.