

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.12-002.772

КУРБОНОВА ФАРЗОНА УБАЙДУЛЛОЕВНА

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ
РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ
ТАДЖИКИСТАН**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.04 –Внутренние болезни

Душанбе - 2021

Работа выполнена на кафедре пропедевтики внутренних болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

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:

Раджабзода Музафар Эмом – доктор медицинских наук, директор ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗ и СЗН РТ

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

Оппонирующая организация:

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

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

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» и на сайте www.tajmedun.tj

Автореферат разослан «___» _____ 2021 г.

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

Р.Дж. Джамолова

Введение

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации. Охрана здоровья населения, снижение заболеваемости, смертности и инвалидности, улучшение демографической ситуации на сегодняшний день являются приоритетными направлениями социальной политики Республики Таджикистан (РТ) [Постановление правительства РТ от 2.08.2010 Об утверждении Национальной стратегии здоровья населения РТ на период 2010-2020 годы].

В структуре причин смертности в РТ от неинфекционных заболеваний сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают лидирующие позиции, опережая аналогичный показатель смертности от болезней органов дыхания (в 3,5 раза), онкологии (в 6,8 раз), травм, отравлений, инфекционных и паразитарных заболеваний (более 7 раз). Смертность от сердечно-сосудистой патологии в РТ в 2010 году составляла 206, а в 2012 году 212,9 на 100 тыс. населения [Постановление о Перспективах профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в РТ на 2013-2023 гг.].

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ), по – прежнему, эндемична в ряде регионов мира, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода Южного полушария и в некоторых районах Азии, где она остаётся одной из важнейших причин преждевременной смерти [Кузьмина Н.Н., 2017; Watkins D.A., 2017]. ОРЛ поражает в основном детей в возрасте от 5 до 14 лет, но рецидивирующие эпизоды ОРЛ остаются относительно распространёнными у подростков и у молодых, вплоть до возраста 30-40 лет [Белов Б.С. 2016; Oliveira S.G. et al., 2020]. Реальная заболеваемость ОРЛ в этих странах до сих пор неизвестна, поскольку это в значительной степени запущенное и недостаточно диагностируемое неинфекционное заболевание. С другой стороны, развитые страны Северного полушария, где эта болезнь была еще широко распространена в 50-60-е годы XX века, сейчас практически свободны от новых случаев [Antunes M.J. et al., 2020].

Хотя распространенность ОРЛ в значительной степени снизилась в развитых странах несколько десятилетий назад из-за улучшения социально-экономических условий, но нереально надеяться на её искоренение. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно ревматической лихорадкой заболевает 500 тыс. человек, у 300 тыс. из них исходом ОРЛ является формирование порока сердца, что до сих пор является основной причиной инвалидизации молодого населения [71-сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 2018]. Современное течение ОРЛ отличается умеренной и минимальной степенью активности, моносиндромным, стёртым и затяжным течением, значительным уменьшением частоты вовлечения в патологический процесс серозных оболочек, низкой информативностью лабораторных тестов [Dougherty S., 2017; Кузьмина Н.Н. и др., 2017]. Несмотря на существенные успехи в лечении и профилактике, проблема ОРЛ сохраняет актуальность. Устойчивое социально-экономическое развитие в сочетании с программами профилактики и лечения способно снизить бремя болезней до уровня, наблюдаемого в странах с высоким уровнем дохода в ближайшие десятилетия.

У примерно 60% пациентов с ОРЛ болезнь прогрессирует и формируется хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС). По оценкам глобального бремени ревматических заболеваний сердца [GBD, 2020], в мире насчитывается более 33 миллионов случаев ХРБС и 300 000 смертей в год. Высокая заболеваемость ХРБС сохраняется в странах СНГ [Омурзакова Н. А., 2017; Шукурова С.М., 2018].

ХРБС входит по международной классификации болезней (МКБ) в класс “Болезни системы кровообращения” и, по данным ВОЗ остаются наиболее частой причиной летальных исходов в структуре болезней системы кровообращения в возрасте до 35 лет, превышая показатели смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) [ВОЗ, 2018]. Однако важно подчеркнуть, что в большинстве стран распространённость ХРБС недооценивается, поскольку она рассчитывается на основе эпизодических и отраслевых наблюдений, а не на основе крупных систематических и всесторонних эпидемиологических исследований. Усилия по борьбе с этой болезнью в её корне являются неотложными и необходимыми. Раннее выявление ОРЛ и ХРБС с помощью скрининговых программ способствует снижению заболеваемости, а также частоты необходимых хирургических вмешательств [Leal M.T. et al., 2019; Ralph A.P. et al., 2021].

Хирургическое лечение приобретённых пороков сердца повышает выживаемость, улучшает качество жизни, позволяет сохранить социальную и экономическую активность больных и увеличивает продолжительность их жизни [Krishna Moorthy P.S., 2019; Kim W.K., 2018; Горлова И.А., 2016]. Однако коррекция нарушенной гемодинамики не всегда останавливает прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН), что требует уяснения причин её возникновения. Особые затруднения вызывают повторные обострения ревматического процесса с минимальными клинико-лабораторными изменениями, которые нивелируются проявлениями декомпенсации [Белов Б.С. и др., 2016]. Итогом всех органических заболеваний сердца и сосудов является развитие ХСН, что определяет её высокую медико-социальную и экономическую значимость [Riaz A., 2018; Пузин С.Н., 2014]. Значимость ревматических пороков сердца (РПС) в этиологической структуре ХСН имеет тенденцию к росту и колеблется от 4 до 14% [Karthikeyan G., 2017; Петров В.С., 2018].

В РФ особенности распространения ХРБС, факторы риска и клинико-гемодинамические особенности мало изучены. Крайне низкая осведомлённость и настороженность врачей первичной медико-санитарной помощи, низкая обеспеченность врачей-ревматологов, включая детских ревматологов, отсутствие скрининговых исследований по выявлению лиц с повышенным риском и др. способствует росту и поздней выявляемости РПС среди лиц молодого возраста, прогрессированию недостаточности кровообращения и высокой летальности. Не случайно в РФ в 2011 году была принята национальная программа «Национальная программа профилактики, диагностики и лечения больных с врождёнными и ревматическими пороками сердца в РФ на 2011-2015 гг.».

В нашей республике до настоящего времени не выполнялась комплексная оценка РПС, эхокардиографический (ЭхоКГ) анализ ремоделирования сердца при РПС и эффективности хирургической коррекции клапанных пороков сердца, что и определяет актуальность данного исследования.

Степень изученности научной задачи

Ревматическая лихорадка и ревматическая болезнь сердца (РБС) по-прежнему являются серьёзной угрозой для здоровья в большинстве развивающихся стран, а также спорадически в развитых странах [Кузьмина Н.Н. и др. 2017; Watkins D.A., 2018].

В публикациях отечественных и зарубежных исследователей нашли своё отражение важные аспекты РПС, такие как распространенность, профилактика, осложнения, лечение, включая хирургическую коррекцию и др. [Абдуллоев М.Ф., 2013; Шукурова С.М., 2014; Кузьмина Н.Н., 2017; Watkins D.A., 2017; Gewitz M.H., 2015].

Результаты множества исследований подтверждают факт, что РПС часто представляет собой мультиваскулярное заболевание с тяжёлым течением (63,9%), сопутствуемый сердечной недостаточностью (33,4%), лёгочной гипертензией (ЛГ) (28,8%), фибрилляцией предсердий (ФП) (21,8%), инсультом (7,1%) и инфекционным эндокардитом (4%). Поражение клапанного аппарата – одна из частых причин развития ХСН. По данным литературы, ХСН вследствие клапанных повреждений сердца составляет от 4 до 14% [Калягин А.Н., 2010, Karthikeyan G., 2017].

Несмотря на наличие убедительных данных эпидемиологии ОРЛ и взаимосвязи стрептококка группы А патогенез этих заболеваний имеет больше вопросов, чем ответов [Bright P.D. et al., 2016]. Например, мы не знаем, почему только 2/3 пациентов с ОРЛ имеют в анамнезе ангину; почему только 40-60% случаев ОРЛ переходит в РПС и почему 75% детей с пороками не имеют картину суставного синдрома [Carapetis J.R. et al., 2016].

Теоретические и методологические основы исследования

Диагностика РПС на ранних стадиях сопряжена с трудностями из-за атипичности течения начальных клинических проявлений, отсутствия яркой клинической картины, редкости наличия в анамнезе ОРЛ и др. В связи с чем, зачастую детские ревматологи и кардиологи сталкиваются с поздней диагностикой РПС. В связи с этим, сегодня РПС рассматривается не только как нерешенная медицинская проблема, но и как социально-экономическая.

Помиморутинных диагностических методов исследования РПС (общий анализ крови, С-реактивный белок (СРБ), антистрептолизин – О (АСЛ-О), ЭхоКГ, электрокардиография (ЭКГ), общий анализ мочи и др.), также широко используются общедоступные и высокотехнологичные (магнитно-резонансная томография (МРТ) сердца и сосудов, вентрикулография, катетеризация полостей сердца, контрастная ЭхоКГ, 3D-ЭхоКГ и др.) для диагностики сложных комбинаций клапанных поражений сердца. Систематический скрининг с помощью ЭхоКГ позволяет выявить высокую распространённость латентного

течения РПС по сравнению с оценками, основанными на клинически манифестном заболевании.

В РТ, к сожалению, нет возможности проведения скрининговых ЭхоКГ исследований населения, включая детей. Однако в нашей республике на сегодняшний день широко внедрены методы выявления клапанных поражений сердца и их кардиохирургической коррекции.

Методы исследования, используемые в нашей работе, общедоступны, высокоинформативны и малозатратны. Мероприятия по обследованию пациентов осуществлялись по плану ведения кардиоревматологического больного, которые включали СРБ, АСЛ-О, печёночные ферменты, креатинин, липиды, ЭКГ, ЭхоКГ и, по необходимости, ультразвуковые исследования (УЗИ) внутренних органов и рентгенография лёгких. В диагностике РПС «золотым стандартом» является ЭхоКГ, которая определяет структурные изменения клапанного аппарата, сочетанные поражения клапанов, вид и степень порока, а также его осложнения.

Таким образом, комплексный подход к изучению РПС и его последствий на научной основе позволит оптимизировать расходы на ревматологическую службу республики, улучшить раннюю диагностику, исходы терапии и качество жизни пациента. Это, в свою очередь, в будущем сможет помочь определить стратегию развития системы здравоохранения республики в этом направлении.

Общая характеристика работы

Цель: совершенствовать раннюю диагностику ХРБС путём изучения распространённости, клинико-гемодинамических особенностей и целесообразности включения в комплекс лечения методов хирургической коррекции.

Объект исследования. Объектом исследования были 110 пациентов с ХРБС, которым проводилось комплексное обследование, изучались провоцирующие факторы, особенности клинического течения (ХСН, ЛГ, ФП) и внутрисердечная гемодинамика методом ЭхоКГ. Параллельно проводился ретроспективный анализ истории болезни 352 пациентов с ХРБС, госпитализированных в кардиоревматологическое отделение ГУ «Городской медицинский центр №2 (ГМЦ №2) им. академика К.Т. Таджиева», в ревматологическое отделение Национального медицинского центра (НМЦ) «Шифобахш» РТ и кардиологическое отделение Республиканского клинического центра кардиологии (РКЦК) за период 2013-2015 гг.

Предмет исследования. Предметом исследования стало изучение клинико-инструментальных параметров ревматологического больного, оценивалась структура РПС, клинико-функциональная характеристика, осложнения и их влияние на внутрисердечную гемодинамику, в том числе у больных с митральными пороками (МП) сердца до и после операции.

Результаты сопоставления клинико-функциональных и инструментальных методов исследования позволили определить структуру и частоту РПС, провоцирующие факторы, коморбидное состояние, осложнения, а также характер используемой медикаментозной терапии.

Задачи исследования:

1. Изучить распространённость ХРБС с учётом пола, возраста и места проживания населения РТ.
2. Выявить особенности клинического течения болезни и предикторы неблагоприятного исхода РПС на современном этапе.
3. Изучить внутрисердечную гемодинамику у больных с РПС, в том числе у больных с митральными пороками сердца до и после операции.

Методы исследования. Основу методологического исследования представленной диссертационной работы составило множество научных трудов отечественных и зарубежных авторов по современным аспектам диагностики и терапии ХРБС.

Ретроспективный анализ медицинской документации пациентов проводился на базах кардиоревматологического отделения ГУ «ГМЦ №2 им. академика К.Т. Таджиева», НМЦ «Шифобахш» РТ и РКЦК за период 2013-2015 гг. Проспективное исследование выполнялось на базе кардиоревматологического отделения ГУ «ГМЦ №2 им. академика К.Т. Таджиева», кардиохирургического отделения Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ) и амбулаторно в студенческой поликлинике ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». В процессе диагностического поиска в работе наряду со сбором жалоб, анамнеза, объективных данных, оценивали функциональный класс (ФК) ХСН, проводился общеклинический анализ крови и мочи; осуществлялись биохимические исследования крови (СРБ, ревматоидный фактор, коагулограмма, креатинин, мочеви́на, аланинаминотрансфераза (АлАТ), аспаратаминотрансфераза (АсАТ), холестерин), титры АСЛ-О, а также инструментальные исследования (ЭхоКГ, ЭКГ и, по необходимости, рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов). Детально изучены внутрисердечная гемодинамика и ремоделирование сердца при РПС, в том числе у больных с МП до и после операции.

Отрасль исследования

Диссертационная работа посвящена научным проблемам ревматологии, кардиологии и соответствует паспорту высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Президенте РТ по специальности 14.01.04. - Внутренние болезни: подпункт 3.4. Этиология и патогенез, факторы риска, генетика заболеваний внутренних органов; подпункт 3.7. Расстройства функций внутренних органов как у больного, так и у здорового человека; подпункт 3.8. Клинические проявления заболеваний внутренних органов. Содержание работы полностью отражает исследования по кардиоревматологии, в частности, клинико-функциональные и гемодинамические изменения при ХРБС и РПС. Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации отражают поставленные задачи, обоснованы и логически вытекают из результатов проведённых исследований.

Этапы исследования

В процессе исследования поддерживалась традиционная этапность научной работы. На начальном пути исследования проводился литературный поиск с целью формирования темы и цели научной работы. Для написания обзора

литературы нами проведён анализ современной литературы по вопросам кардиоревматологии как в Таджикистане, так и за его пределами. Это позволило правильно сформулировать цель и задачи исследования и закончить обзор литературы.

Далее определение методик по теме диссертации, ретроспективный и проспективный анализ медицинской документации пациентов и написание глав диссертации. Исследования пациентов проводились на примере стационарных и амбулаторных больных. Из общей структуры больных с ХРБС отбирались, согласно протоколу, исключения и включения больные с РПС. Следующим звеном исследования явилась оценка провоцирующих факторов, сопутствующих состояний, наличие ХСН и осложнения, что позволило нам распределить их в зависимости от вида порока сердца. Кроме того, детально изучена демографическая характеристика населения различных регионов страны. В последующем, на основе проспективного наблюдения пациентов с РПС, проведены углубленные лабораторные и инструментальные обследования. Следующим этапом исследования являлась оценка внутрисердечных параметров РПС в зависимости от наличия ФП и ЛГ. Детально изучены ЭхоКГ параметры подгруппы больных с МП, которым проведена оперативная коррекция митрального клапана (МК). Заключительным этапом исследования явилось обсуждение полученных результатов и анализ современной литературы по данной проблеме.

Результаты научного поиска позволили определить характер клапанных поражений в структуре РПС и разработать методы их диагностики с целесообразностью последующего кардиохирургического вмешательства.

Основная информационная и исследовательская база

В диссертационной работе подробно изучены основные научные труды, посвященные различным аспектам ревматологии и кардиологии. Изучены материалы научных конференций и научных трудов по различным проблемам ХРБС и РПС ученых Российской Федерации (РФ) и стран ближнего зарубежья. Проведён анализ научных исследований и трудов диссертаций, защищенных в РТ. Исследование проводилось на базе кардиоревматологического отделения ГУ «ГМИЦ №2 им. академика К.Т. Таджиева», ревматологического отделения НМИЦ «Шифобахш» РТ, кардиологического отделения РКЦК, кардиохирургического отделения РНЦССХ и амбулаторно в студенческой поликлинике ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Достоверность диссертационных 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 (общеклинические, лабораторные, инструментальные) представлены 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 представительной выборкой, обширностью первичного материала, тщательностью его качественного и количественного анализа, системностью исследовательских процедур, применением современных методов статистической обработки информации.

Научная новизна исследования. Представленная научно-исследовательская работа является одной из первых в РТ, посвященных проблеме диагностики ХРБС и РПС, которые проведены в соответствии с международными протоколами и национальными рекомендациями научного общества ревматологов и согласно МКБ 10-го пересмотра, подготовленной ВОЗ, Женева, 1992 (пересмотренной в 2003 году Ассоциацией ревматологов России) и кардиологов России (2001 г).

- Изучена структура и частота ХРБС пролеченных больных в ревматологическом стационаре, отягощающие факторы течения ХРБС на основе анамнеза, клинических симптомов, ЭКГ и показателей ЭхоКГ. Представлена половозрастная характеристика, частота сопутствующих патологий, наличие ХСН и других осложнений.

- Данные анамнеза показали крайне редкое наличие развернутой картины ОРЛ, которая предшествовала формированию РПС. Нередко наличие РПС явилось случайной находкой у новобранцев, призванных в ряды национальной военной службы РТ и беременных. Анализ факторов риска показал наличие высокой частоты ангин и переохлаждений, а также отягощенный наследственный анамнез по ревматическим болезням.

- Впервые в РТ изучены ЭхоКГ параметры РПС в ассоциации с ФП и ЛГ, которые выявили их негативное влияние на показатели внутрисердечной гемодинамики и прогноз заболевания.

- Впервые в РТ прослежена ЭхоКГ динамика у оперированных больных по поводу РПС, где установлено улучшение внутрисердечной гемодинамики в позднем послеоперационном периоде, включая нормализацию параметров, отражающих степень ЛГ.

Теоретическая ценность исследования заключается в том, что научно-теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов. Результаты исследования внедрены в практику госпитальной службы ревматологических отделений НМЦ «Шифобахш» РТ, ГУ «ГМЦ №2 им. академика К.Т. Таджиева», а также используются в учебном процессе кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и на кафедре терапии и кардиоревматологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ».

Практическая ценность исследования. Результаты исследований в повседневной практике позволяют врачу своевременно выявить клапанное поражение сердца при ХРБС с применением высокоинформативных и доступных методов исследования.

Основные практические ценности исследований:

- Выявлены предикторы неблагоприятного прогноза, характер сопутствующих заболеваний, а также наличие ХСН, влияющие на прогрессирование РПС.
- Для практической медицины разработаны прогностические критерии клапанного поражения сердца, что позволяет использовать эти критерии для ранней диагностики и своевременной терапии.
- Установлено, что наиболее доступными и высокоинформативными методами ранней диагностики РПС являются ЭхоКГ.
- Установлены критерии нарушения внутрисердечной гемодинамики при ЛГ и ФП методом ЭхоКГ.

Таким образом, ранняя диагностика РПС будет способствовать предотвращению прогрессирования ХСН, аритмий и других кардиоваскулярных катастроф, а также своевременному направлению больных на оперативную коррекцию.

Положения, выносимые на защиту:

1. Частота ХРБС в структуре ревматических заболеваний (РЗ) на госпитальном этапе составляет 8,5% и 10-летний динамический анализ показал колебания частоты РПС по годам (от 12,9% - в 2011 году, до 6,7% - в 2015 г.). Половозрастной анализ за 2013-2015 гг. выявил преобладание женщин (69,3% против 30,7%) со средним возрастом $51,6 \pm 0,5$. Преобладали жители села - 215 против 137 жителей города. Анализ структуры РПС показал преобладание больных с поражением МК – 53,4% (n=188).

2. Больные с РПС, нуждающиеся в стационарном лечении, в большинстве случаев имели ту или иную стадию ХСН, в прогрессировании которой существенное значение имело наличие коморбидной патологии. Среди сопутствующих заболеваний у больных РПС преобладали АГ (17,3%), гастропатии (8,5%) и анемии (3,6%). Среди причин обращения больных за стационарной помощью, помимо ХСН, были аритмии (32,7%) и кардиалгии (5,5%).

3. Сбор анамнестических данных показал крайне низкую частоту эпизодов ОРЛ, а наличие частых ангин и переохлаждение имело место в 79,1 % и 23,6% случаев соответственно. Среди факторов риска не надо сбрасывать со счетов и наследственную предрасположенность по РЗ, которая имела место у 15,4% наблюдаемых нами больных.

4. Гемодинамические исследования у больных с РПС выявили ряд особенностей в виде ремоделирования левых и правых отделов сердца, а наличие ФП и ЛГ негативно влияли на показатели внутрисердечной гемодинамики.

5. Из общего количества больных с РПС, которые нуждались в хирургической коррекции, лишь у 39,1% пациентов были проведены операции, среди которых преобладало протезирование клапанов различной степени сложности. ЭхоКГ картина после проведённых хирургических вмешательств показала положительную динамику в виде уменьшения объёмов полостей сердца, снижения систолического давления легочной артерии (СДЛА) и улучшения фракции выброса (ФВ) желудочков.

Личный вклад соискателя. Автор, будучи клиницистом и имея опыт работы в сфере функциональной диагностики кардиологических больных, самостоятельно определила научное направление предстоящей диссертационной

работы. Лично автором проведён поиск и анализ литературных данных, посвящённых проблеме клапанных поражений сердца при ревматологической патологии. Совместно с научным руководителем определены цель работы, задачи и пути их достижения.

Ретроспективный анализ медицинской документации ревматологического больного, клинико-функциональное и инструментальное обследование пациентов, разработка и заполнение соответствующих и специально разработанных для данного исследования анкет и клинических карт проводилось автором самостоятельно.

Оценка и интерпретация биохимических и инструментальных методов исследования осуществлялась с врачами лабораторий и отделения функциональной диагностики РНЦССХ и ГУ «ГМЦ № 2 им. академика К. Т. Таджиева» (г. Душанбе).

Интерпретация полученных результатов, описание выводов и рекомендаций проводилась совместно с научным руководителем.

Апробация диссертации и информация об использовании её результатов. Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на ежегодных научно-практических конференциях ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (2016-2017 гг.), Международном семинаре Азиатско-Тихоокеанской лиги против ревматизма (Душанбе, 2018 г), конгрессе кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ (Душанбе, 2019 г), Симпозиуме Сообщество Ревматологов (Сеул, 2019 г), ежегодной научно-практической конференции ГОУ «ИПО в СЗ РТ» (Душанбе, 2020 г), заседании межкафедральной проблемной комиссии терапевтическим дисциплинам ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (06.03.2021 г., №1).

Результаты исследования внедрены в клиническую и лечебную работу кардиоревматологического отделения ГУ «ГМЦ № 2 им. академика К. Т. Таджиева» г. Душанбе, ревматологического отделения НМЦ «Шифобахш» РТ. Материалы работ используются в учебном процессе на кафедре пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и кафедре терапии и кардиоревматологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ».

Опубликование результатов диссертации

По теме диссертации опубликовано 15 работ, в том числе 6 в журналах, рецензируемых ВАК при Президенте РТ для публикации результатов диссертационного исследования и трое тезисов за пределами СНГ.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 117 страницах, состоит из введения, общей характеристики работы, 5 глав (обзор литературы, материал и методы исследования, 2 глав, посвященных результатам собственных исследований, обсуждения полученных данных), заключения и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 18 таблицами и 14 рисунками. Список используемой литературы включает 230 источников, из них 95 отечественных и 135 зарубежных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Характеристика обследованных лиц и методы исследования

Исследование проводилось в 2 этапа. **Первый этап** – ретроспективный анализ 352 историй болезни пациентов с ХРБС, находившихся на стационарном наблюдении в кардиоревматологическом отделении ГУ «ГМЦ №2 им. академика К.Т. Таджиева» (n=30), ревматологического отделения НМЦ «Шифобахш» (n=116) и РКЦК (n=206) за период 2013-2015 годы, на предмет распространённости ХРБС с учетом пола, возраста, места проживания и предикторы неблагоприятного прогноза. По специально-разработанной карте у 352 больных изучались демографическая характеристика, структура РПС, провоцирующие факторы, сопутствующие заболевания и осложнения. Также с целью изучения ХРБС в структуре РЗ нами изучались статистические отчеты терапевтических отделений НМЦ «Шифобахш» (n=4716) (2006-2011 годы). **Второй этап** включал углублённое исследование больных с ХРБС (n=110) в кардиоревматологическом отделении ГУ «ГМЦ №2 им. академика К.Т. Таджиева» (n=23), кардиохирургическом отделении РНЦССХ (n=39) и амбулаторно в студенческой поликлинике ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (n=48) за период 2016-2018 гг., где проводилось комплексное обследование на предмет РПС, их структура и частота, изучались анамнестические данные, факторы риска, особенности клинического течения, осложнения, а также проводился анализ ЭхоКГ данных в подгруппе больных с ФП и без ФП, в подгруппе больных с ЛГ и без ЛГ, также у оперированных пациентов до и после операции. Проводилось клиничко-лабораторное и инструментальное исследование (общеклиническое, биохимическое, иммунологическое, ЭхоКГ и ЭКГ исследовании).

Клиничко-функциональное исследование. Верификация диагноза РПС устанавливалась согласно диагностическим критериям [Калягин А.Н. и соавт., 2009]. Формулировка диагноза проводилась согласно МКБ 10-го пересмотра, подготовленной ВОЗ, Женева, 1992 (пересмотренной в 2003 году Ассоциацией ревматологов России). С целью верификации ревматического генеза порока сердца нами составлен опросник: - наличие в анамнезе хронического и рецидивирующего тонзиллита и другие инфекции стрептококкового генеза; - диагностические критерии ОРЛ включая лихорадку и суставной синдром; - клапанное поражение сердца; - инструментальные методы (ЭхоКГ и др.) и заключения специалистов;

Критерии включения больных в исследование:

1. Возраст (старше 15 лет).
2. Определённый диагноз РПС.

По специально – разработанному вопроснику больным выполнялся анализ факторов риска: - наличие частых острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) – при появлении не реже 2 раза в год; - случаи обострений – тонзиллиты с частотой не реже 1 раза в 2 года; - причины отмены препаратов и изменения их режима; - режим бициллинопрофилактики; - переохлаждение; - наличие структурных изменений клапанного аппарата, недостаточности клапанов и

давления в ЛА оценивалось по ЭхоКГ; - наличие нарушений сердечного ритма оценивалось по данным ЭКГ;

Верификация диагноза ХСН и её стадии проводилась в соответствии с классификацией NYHA(1994), при которой определялись 4 ФК. ЭхоКГ диагноз ЛГ выставлялся при наличии среднего давления в легочной артерии (ЛА) более 25 мм рт.ст. в покое и/или 30 мм рт.ст. при физической нагрузке.

Инструментальные методы исследования

ЭхоКГ исследование. Всем пациентам проводили ЭхоКГ исследование на аппарате Siemens Acuson X300 RSCCVS (Германия) с помощью секторного датчика частотой 3,5 МГц. Определяли конечный диастолический размер (КДР), конечный систолический размер (КСР), конечно-диастолический объём (КДО), конечно-систолический объём (КСО) и ФВ левого желудочка (ЛЖ), размер левого предсердия (ЛП), а также размеры правого предсердия (ПП), правого желудочка (ПЖ) и ЛА. Вычисляли систолическое давление в ЛА. Оценивали состояние МК и аортального клапана (АК), определяли площадь открытия митрального отверстия и степень регургитации в клапанах. Оценка клапанной регургитации проводилась при помощи цветного доплеровского исследования.

Электрокардиография. Регистрация ЭКГ проводилась в 12 стандартных отведениях на приборе Marquette Hellige (EC-1200) в отделении функциональной диагностики РНЦССХ и на портативном приборе Cardiocare (CTG-1106, Spiropro Biocare Electronics, Co., Ltd.) на базе ГУ «ГМЦ №2 им. академика К.Т. Таджикиева» в отделении функциональной диагностики.

Лабораторные методы исследования

В процессе работы были использованы следующие лабораторные тесты: клинический анализ крови и мочи; биохимические исследования крови: СРБ, ревматоидный фактор, коагулограмма, креатинин, мочевины, холестерин, АлАТ и АсАТ; иммунологические методы диагностики стрептококковой инфекции: определение антистрептококковых антител (АСЛ-О) с помощью иммуноферментного анализа проводилось на базе лаборатории Diamed.

Статистическая обработка результатов

Количественные переменные описывались следующими статистиками: числом пациентов, средним арифметическим значением, стандартным отклонением среднего. Качественные переменные описывались абсолютными и относительными частотами (процентами). Различия считались статистически значимыми при уровне ошибки $p < 0,05$. Для первоначального анализа количественных переменных проводился тест на нормальность распределения при помощи критерия Шапиро-Уилка. Для сравнения нормально распределенных количественных данных между собой использован критерий Стьюдента. Для сравнения количественных данных, распределение которых отличалось от нормального, использовали непараметрические методы: критерии Манна-Уитни и Вилкоксона для независимых и зависимых выборок, соответственно. Для оценки количественных данных проводилось построение таблиц сопряжённости с дальнейшим анализом при помощи критериев Фишера (анализ таблиц 2x2) и χ^2 -критерий Пирсона (для других таблиц сопряжённости). Расчёт выполнен на

персональном компьютере с использованием приложения Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corp., USA) и пакета статистического анализа данных Statistica 8.0 for Windows (Stat Soft Inc., USA).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В последние годы ХРБС в структуре РЗ занимает не последнее место, уступая лишь СЗСТ, а предварительный анализ стационарных больных показал, что из года в год их частота находится на одном уровне. С целью изучения ХРБС в структуре РЗ нами изучались статистические отчеты терапевтических отделений НМЦ «Шифобахш» РТ (2006-2011 годы). Рисунок 1.

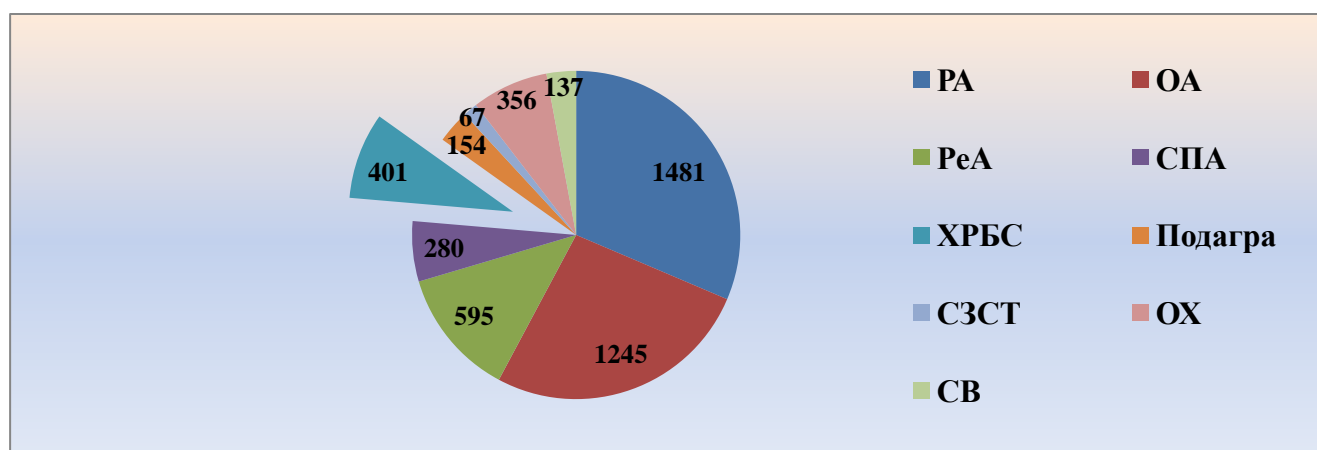


Рисунок 1.-ХРБС в структуре РЗ (n=4716)

Как видно из данных рисунка, больные с ХРБС составили 8,5% (n=401) от общего количества больных с РЗ.

Динамика численности больных с ХРБС (n=612) за 10-летний период, находившихся на стационарном лечении, представлена в рисунке 2.

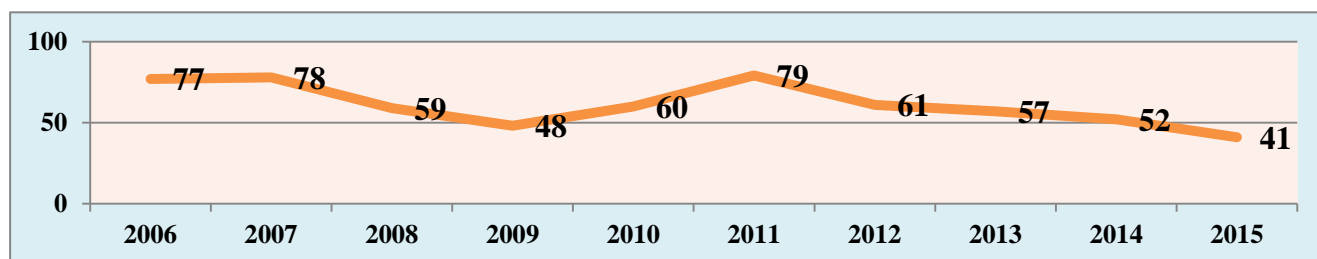


Рисунок 2. - Динамика ХРБС по годам

Число больных с ХРБС за исследуемый период находились на одном уровне, и лишь в 2009 и 2015 гг. отмечалась снижения их количества.

Нами проведен также ретроспективный анализ медицинской документации (n=352) пациентов с РПС за период 2013-2015 гг. Из них женщин 244 (69,3%), мужчин 108 (30,7%), средний возраст $51,6 \pm 0,5$ лет; преобладали жители села - 215, против 137 жителей города. Поражение МК имело место у 188 больных, из них митральный стеноз (МС) - 69, митральная недостаточность (МН) у 47 и комбинированное поражение МК у 72 больных, в сумме составили 188 больных.

У 141 больного наблюдались сочетанные поражения митрального и аортального клапанов и у 23 больных выявлено комбинированное поражение АК.

Анализ провоцирующих факторов развития заболевания у больных с РПС выявил ряд особенностей: лидирующие позиции занимали ангина (65%), переохлаждение (50%) и ОРВИ (47%). В 38% случаев больные связывали начало заболевания с физическим переутомлением, а в 25,6% случаев с родами, обострениями сопутствующих заболеваний.

ХСН признана ведущей причиной осложнений и повторной госпитализации пациентов с РПС, особенно с прогрессирующим течением РПС, которая может не поддаваться хирургическому вмешательству. Все больные, находящиеся на стационарном лечении, имели клиническую картину той или иной стадии ХСН. Подразделение больных по ФК представлено в таблице 1.

Таблица 1. - Характеристика больных РПС по степеням ХСН (n=340)

| Вид порока | Стадии ХСН (n=340) | | | |
|---|--------------------|------------|-----------|----------|
| | I | II | III | IV |
| Митральный стеноз (n=69) | 30 | 35 | 4 | - |
| Митральная недостаточность (n=41) | 12 | 27 | 2 | - |
| Комбинированный митральный порок (n=71) | 14 | 49 | 8 | - |
| Митрально-аортальный порок (n=140) | 33 | 86 | 20 | 1 |
| Комбинированный аортальный порок (n=19) | 4 | 13 | 2 | - |
| Всего (n=340) | 93 | 210 | 36 | 1 |

У 340 наблюдаемых больных (96,5%) наблюдалась та или иная стадия ХСН. Больные со второй стадией – 210 (61,7 %) и первой стадией 93 (27,3 %), в сумме составили 303 (89 %). С третьей стадией выявлено 36 больных и лишь у одного больного наблюдалась IV стадия ХСН. Больные с III и IV стадиями ХСН представляли РПС с сочетанными поражениями клапанов - митрального и аортального.

В последние десятилетия особый интерес исследователей направлен к коморбидным состояниям и их влиянием на течение и прогноз конкретного заболевания, а также трудности в выборе тактики его лечения. При ХРБС лидирующие позиции среди сопутствующих состояний занимают болезни органов дыхания (28,1%), АГ (17,3%) и пиелонефриты (10,7%). Данный факт можно объяснить особенностями гемодинамики у больных с пороками сердца, осложненными ХСН.

Характеристика осложнений у n=274 больных выявил, что с наибольшей частотой –59,4 % наблюдались нарушения ритма по типу ФП и желудочковые экстрасистолы, а также ЛГ (50,7%), которые в большинстве случаев сопровождали МП. Компоненты ХСН, такие как сердечная астма, фиброз печени, гидроторакс и асцит встречались у каждого третьего больного с РПС (39,4%).

Динамическое наблюдение (2006-2015 гг.) реальной практики назначения лекарственных средств у больных с ХРБС выявило ряд изменений, в пользу увеличения частоты использования лекарственных средств из группы

ингибиторов ангиотензин превращающего фермента (АПФ) (71,7% против 88,3%) и β -адреноблокаторов (β -АБ) (63% против 73,4%). Аналогичная ситуация и с назначением антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА II). Частота их приёма в 2006 году - 8,9%, а в 2015 году – 19,7%, то есть рост составил 2 раза. Частота приёма диуретиков находится примерно на одном и том же уровне (86,3 и 83,7 соответственно). Отмечается рост (от 59,2% до 73,4%) приверженности к назначению антиагрегантной терапии в комплексе лечения больных РПС.

Согласно задачам проспективного исследования проведена комплексная характеристика клинического течения и выявление предикторов неблагоприятного исхода МП сердца. Обследовано всего – 110 больных с ХРБС, мужчин 30 (27,3%); женщин – 80 (72,7%); средний возраст = 50,8 лет \pm 12. По данным ЭхоКГ структура и частота пороков сердца представлена в таблице 2.

Таблица 2. - Структура и частота ревматических пороков сердца (n=110)

| Вид порока | Пол | | Сред. возр. | ХСН | | | | |
|---|------|------|----------------|-----|----|----|-----|----|
| | Жен. | Муж. | | 0 | I | II | III | IV |
| МС (n=6) | 5 | 1 | 50,5 | - | 1 | 4 | 1 | - |
| МН (n=7) | 5 | 2 | 44,8 | 1 | 2 | 4 | - | - |
| Комбинированный МП (n=44) | 36 | 8 | 52,9 | 1 | 18 | 24 | - | 1 |
| Митрально-аортальный порок (n=35) | 23 | 12 | 51,9 | - | 11 | 16 | 6 | 2 |
| Митрально-аортально-трикуспидальный порок (n=8) | 7 | 1 | 41 | - | 1 | 4 | 3 | - |
| Митрально-трикуспидальный порок (n=1) | - | 1 | 59 | - | - | - | 1 | - |
| Аортальный порок (n=9) | 4 | 5 | 49,3 | - | 3 | 4 | 1 | 1 |

Как видно из данных таблицы, среди пациентов преобладали женщины - 72,7% против 27,3% мужчин. Анализ структурной характеристики пороков сердца показал преобладание МП – 57 (51,8%), среди которых изолированный МС – 6 (10,5%), МН - 7 (12,2%) и у 44 (77,2%) выявлен комбинированный МП. У 53 (48,1%) были выявлены сочетанные митрально-аортальные 35 (31,8%), митрально–аортально–трикуспидальные 8 (7,2%), митрально-трикуспидальный 1 (0,9%) и у 9 больных установлен изолированный аортальный порок (8,1%).

Данные анамнеза и результаты частоты факторов риска выявил, что у 13 (11,8%) больных диагноз РПС был установлен в детском или подростковом возрасте. Из них у 3 больных была развернутая картина ОРЛ, а у 10 больных наличие клапанного поражения сердца установлено на основании аускультации сердца. В 88,2 % случаев при сборе анамнеза не удалось определить признаки ОРЛ и средний возраст установления РПС составлял 43,7 \pm 3,3 года. Случайные находки РПС наблюдались во время прохождения службы в рядах национальной армии у 6 человек и у 4-х пациенток во время беременности. Наследственная отягощённость имела место у 17 (15,4%) больных.

Наши данные показали, что причинами обращения больных к врачу в большинстве случаев были клинические симптомы ХСН – 68 человек (61,8%), реже аритмия – 36 (32,7%), кардиалгия – 6 (5,5%).

Из общего количества наблюдаемых больных лишь у 2 не было признаков сердечной недостаточности. Преобладали больные с I и II ФК недостаточности кровообращения: I ФК - 32,7% (n=36), II ФК – 50,9 % (n=56), что в сумме составило 83,6%. На долю больных с III и IV ФК приходится 14,5% (III ФК – 10,9% (12) IV ФК – 3,6% (4)). Больные с ХРБС наиболее часто предъявляли следующие жалобы: одышка (85,5%), сердцебиение (61,9%), перебои в работе сердца (57,9%), боли в области сердца (39%), головные боли (54,1%), головокружение (49,8%), тяжесть в правом подреберье (21,9%).

Нами проведен анализ ЭхоКГ показателей ремоделирования сердца с целью оценки тяжести ХСН. Выделена n=57 больных с изолированным поражением МК: женщин – 46, мужчин – 11; средний возраст составил 51,7 лет. 13 больных с изолированным поражением МК (МС - 6 (10,5%) и МН - 7 (12,2%)), 44 (87%) больные с комбинированными поражениями МК. Всем больным проведено ЭхоКГ исследования при спокойном дыхании (таблица 3).

Таблица 3. -ЭхоКГ признаки ремоделирования у больных МП сердца (n=57)

| Показатель | Частота обнаружения | | Нормальные значения |
|------------|---------------------|----|---------------------|
| | Abs. | % | |
| ЛП, мм | 55 | 96 | <40 |
| ПП, мм | 29 | 50 | <38 |
| КДР ПЖ, мм | 25 | 43 | <30 |
| КДО ЛЖ, мл | 15 | 26 | Ж:59-138; М:96-157 |
| КДР ЛЖ, мм | 9 | 15 | <56 |
| КСО ЛЖ, мл | 12 | 21 | Ж:18-65; М:33-68 |
| КСР ЛЖ, мм | 6 | 10 | <43 |

Данные ЭхоКГ исследования свидетельствуют о высокой частоте ремоделирования ЛП (96%) и правых отделов сердца: расширение ПП (50%) и КДР ПЖ (43%). Частота ремоделирования ЛЖ, по показателям КДР и КСР встречается в 15% и 10% соответственно у данной категории больных.

У 19 (17,2%) из 110 больных с РПС был выявлен тромб в ЛП. При этом в ранее проведенном ретроспективном анализе больных с РПС (n=352) тромб в ЛП был выявлен лишь в 3,6% случаев.

С наибольшей частотой у больных с РПС наблюдалась ФП– 39,1 % (n=43). С целью изучения влияния ФП на течение ХСН пациенты были разделены на две группы. Средний возраст больных с ФП был достоверно ($p>0,05$) выше, чем больных без ФП и колебался в пределах $52,3\pm 1,3$ и $49,9\pm 1,71$ г. соответственно (таблица 4).

Таблица 4. - Гемодинамические признаки больных с ФП и без ФП

| Показатель ЭхоКГ | с ФП (n=43) | Без ФП (n=67) | P |
|------------------------|-------------|---------------|--------|
| ЛП (мм) | 59,6±3,1 | 48,6±2,9 | <0,001 |
| ПП (мм) | 47,6±2,8 | 36,9±2,2 | <0,001 |
| ПЖ (мм) | 31,7±2,4 | 27,4±1,9 | <0,01 |
| КДР (мм) | 50,2±3,8 | 48,01±3,2 | >0,05 |
| КСР (мм) | 35,9±2,9 | 32,04±2,6 | >0,05 |
| SMo (см ²) | 1,5±0,04 | 1,9±0,06 | <0,001 |
| СДЛА мм.рт.ст. | 53,04±3,6 | 42,3±3,1 | <0,001 |
| ФВ% | 54,02±3,7 | 58,5±3,8 | >0,05 |

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Как видно из данных таблицы, у больных с ФП размеры ЛП оказались больше, чем в подгруппе без ФП - 59,6±3,1 и 48,6±2,9, соответственно (p<0,001). В подгруппе больных с ФП отмечалось достоверное сужение атриовентрикулярного отверстия (SMo) - 1,5±0,04 и 1,9±0,06, соответственно.

Нами изучены особенности клинического и гемодинамического течения ЛГ у больных МП сердца. Оценка степени тяжести ЛГ у больных с МП сердца определялась по нижеследующей классификации: I ст.-СДЛА >30< 50 мм.рт.ст., II ст.-СДЛА >50< 80 мм.рт.ст., III ст.-СДЛА – более 80 мм.рт.ст. Из общего количества больных у 17 больных (29,9%) не были признаки ЛГ, а у 40 (70,1%) наблюдалась ЛГ различной степени: I ст.-21 больных; II ст.-16 больных; III ст.-4 больных. У всех больных с ЛГ отмечена одышка (100%), на втором месте больные жаловались на утомляемость, которая увеличивалась со степенью тяжести ЛГ. Кардиалгии наблюдались реже (50%). Акцент второго тона над ЛА выслушивался с высокой частотой 89,4% и 100% при ЛГ второй и третьей степени.

Нами проведен ЭхоКГ анализ больных с ЛГ (n=40) и без ЛГ (n=17), результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5. - Показатели ремоделирования сердца в группах пациентов с наличием \ отсутствием инструментальных признаков ЛГ

| ЭхоКГ показатель | Пациенты с ЛГ (n=40) | Пациенты без ЛГ (n=17) | P |
|------------------|----------------------|------------------------|--------|
| ЛП, мм | 58,25±3,7 | 46,6±3,2 | <0,01 |
| ПП, мм | 44,9±3,1 | 33,8±2,8 | <0,01 |
| КДР ПЖ, мм | 30,8±2,6 | 25,5±2,4 | <0,05 |
| СДЛА мм.рт.ст. | 57,6±3,1 | 25,2±2,1 | <0,001 |
| КДР ЛЖ, мм | 47,1±3,4 | 51,8±3,6 | >0,05 |
| КСР ЛЖ, мм | 33,3±2,4 | 34,8±2,5 | >0,05 |
| КДО ЛЖ, мл | 106,3±7,6 | 133,0±8,2 | <0,01 |
| КСО ЛЖ, мл | 47,9±3,4 | 52,8±3,9 | >0,05 |
| ФВ ЛЖ, % | 55,6±4,1 | 60,0±4,7 | >0,05 |

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Как видно из данных таблицы, размеры ЛП были статистически значимо выше ($p < 0,01$) у пациентов с ЛГ ($58,25 \pm 3,7$ против $46,6 \pm 3,2$), а также размеры ПП ($44,9 \pm 3,1$ против $33,8 \pm 2,8$, $p < 0,01$), чем в группе больных без ЛГ. В подгруппе больных с ЛГ наблюдалось статистически значимое ($p < 0,001$) увеличение показателя СДЛА ($57,6 \pm 3,1$ против $25,2 \pm 2,1$).

Современные возможности кардиохирургии позволили существенно снизить показатели дооперационной и послеоперационной летальности больных с клапанными поражениями сердца. Из 110 больных только 43 (39,1%) пациента были прооперированы: у 8 выполнена закрытая чрескожная митральная комиссуротомия (ЗЧМК), у 35 - протезирование: 4 протезирование АК, 5 протезирование аортального и МК, а у 26 пациентов было произведено протезирование МК.

Выделена подгруппа больных ($n=26$) с поражениями МК, где детально изучена ЭхоКГ картина до и после протезирования МК. Средний возраст составил $50,1 \pm 7,7$ года. Из общего количество больных у 2 (7,7%) – отмечалось изолированный стеноз МК; у 4 (15,3 %) – недостаточность МК и у 20 (77%) комбинированное поражения МК. По данным ЭхоКГ параметры ЛП и ПП оказались выше у больных с комбинированными МП сердца ($60,0 \pm 4,2$ и $47,0 \pm 3,2$ мм, соответственно). Показатели СДЛА были выше у больных с МС ($68,5 \pm 4,8$ мм). КДР и КСР ЛЖ был выше у больных с МН ($60,75 \pm 5,2$ и $45,25 \pm 3,3$ мм соответственно). Всем 26 больным в условиях искусственного кровообращения была выполнена операция протезирования МК. Период наблюдения составил 1 год, и трижды больные приходили на ЭхоКГ обследование: до операции, в раннем послеоперационном периоде (10-14 дней) и через 6-12 месяцев после операции. Динамика гемодинамических показателей представлена в таблице 6.

Таблица 6. - Динамика параметров ЭхоКГ до операции, в раннем послеоперационном периоде и в позднем послеоперационном периоде ($n=26$)

| Параметр | До операции | В раннем п/о периоде | В позднем п/о периоде | Критерий Фридмана |
|-----------------|-----------------|---------------------------------|---|-------------------|
| ЛП, мм | $59,0 \pm 3,2$ | $53,5 \pm 3,1$ $p_1 > 0,05$ | $47,33 \pm 2,8$ $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,05$ | $< 0,001$ |
| ПП, мм | $46,5 \pm 2,7$ | $42,6 \pm 2,5$ $p_1 > 0,05$ | $37,2 \pm 2,2$ $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,05$ | $< 0,001$ |
| КДР ПЖ, мм | $31,5 \pm 2,1$ | $29,8 \pm 1,9$ | $27,7 \pm 2,3$ | $> 0,05$ |
| СДЛА, мм.рт.ст. | $54,1 \pm 3,7$ | $43,03 \pm 3,1$ $p_1 < 0,01$ | $35,8 \pm 2,6$ $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,05$ | $< 0,001$ |
| КДР ЛЖ, мм | $48,6 \pm 3,2$ | $49,5 \pm 3,3$ | $48,6 \pm 3,1$ | $> 0,05$ |
| КСР ЛЖ, мм | $34,3 \pm 2,6$ | $35,6 \pm 2,8$ | $33,04 \pm 2,4$ | $> 0,05$ |
| КДО ЛЖ, мл | $112,9 \pm 8,4$ | $116,6 \pm 9,1$ | $109,2 \pm 7,8$ | $> 0,05$ |
| КСО ЛЖ, мл | $50,3 \pm 4,1$ | $55,03 \pm 4,3$ | $45,5 \pm 3,9$ | $> 0,05$ |
| ФВ ЛЖ % | $55,8 \pm 4,2$ | $53,2 \pm 3,9$ | $59,5 \pm 4,6$ | $> 0,05$ |

Примечание: p_1 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми до операции, p_2 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в раннем п/о периоде (по Т-критерию Вилкоксона)

Как видно из данных таблицы, размеры ЛП в раннем и позднем послеоперационном периоде умеренно уменьшаются (от 59 мм до 47,33 мм), но не нормализуются. Правые отделы в динамике выглядят следующим образом: размеры ПП 46,5 мм; 42,6 мм; 37,2 мм и ПЖ- 31,5 мм; 29,8 мм и 27,7 мм соответственно. СДЛА достоверно ($p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,05$) снижается в позднем послеоперационном периоде от 54,1; 43,03 до 35,8 мм рт.ст.. Также отмечается положительная динамика ФВ ЛЖ в позднем послеоперационном периоде (от 55,8% в дооперационном периоде до 59,5% в позднем послеоперационном периоде).

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. 10-летний анализ медицинской документации пролеченных больных показал, что в структуре РЗ стационара больные с ХРБС составили 8,5% от общего количества, а динамика в разрезе лет демонстрирует стабильную их частоту. Выборка за период 2013-2015 гг. в трех медицинских учреждениях г. Душанбе выявила 352 больных с РПС, при этом женщины 244 (69,3%), составили большинство (средний возраст- 51,6±0,5 лет) с преобладанием жителей села (61,1%). Стабильность частоты ХРБС в республике раскрывает масштабы проблемы и не позволяет рассматривать РБС как решенную исчезающую нозологию [2-А, 4-А, 5-А, 6-А, 7-А, 11-А].
2. Изучая структуру клапанных поражений, в лидирующие позиции включены больные с МП – 53,4% (n=188) и большинство больных (96,5%), которые были госпитализированы в стационар, имели ту или иную стадию ХСН, в прогрессировании которой существенное значение имело наличие у больных сопутствующей патологии. Анализ структуры сопутствующих заболеваний у наблюдаемых нами больных показал, что лидирующие позиции занимают АГ (17,3%), ИБС (1,4%), гастропатии (8,5%) и анемии (3,6%). Основными причинами обращения пациентов к врачу были симптомы ХСН у 68 человек (61,8%), нарушения ритма – 36 (32,7%), боли в области сердца (кардиалгия) – 6 (5,5%) [2-А, 9-А, 10-А, 12-А].
3. Данные анамнеза и анализ факторов риска выявил ряд особенностей их частоты и структуры. Так, лишь у 13 (11,8%) больных диагноз РПС был установлен в детском возрасте. У 3 из них наблюдалась развернутая картина ОРЛ, а в 88,2% случаев в анамнезе не удалось выявить клинику ОРЛ. Данную картину можно объяснить низкой обеспеченностью детскими врачами - ревматологами в регионах и городах республики и отсутствием скрининга детского населения на предмет РПС. В перечне провоцирующих факторов ХРБС частые ангины (79%) и переохлаждение (23,6%) преобладали, а отягощенный наследственный анамнез по ревматическим болезням имел место у 17 (15,4%) больных [1-А, 3-А, 8-А, 13-А, 15-А].
4. По данным ЭхоКГ, у 57 пациентов с изолированным поражением МК признаки ремоделирования левого, правого предсердия и правого желудочка

диагностированы у 96, 50 и 43% случаев соответственно. У 39,1% пациентов имела место фибрилляция предсердий, по клинико-эхокардиографическим показателям у 68,1% были проявления лёгочной гипертензии. Наличие фибрилляции предсердий и лёгочной гипертензии у больных РПС негативно влияло на показатели внутрисердечной гемодинамики [3-А, 12-А, 14-А].

5. Из 110 больных только 43 (39,1%) прошли кардиохирургическую коррекцию, из них 26 пациентам было произведено протезирование митрального клапана. Динамический эхокардиографический контроль в раннем и позднем послеоперационном периоде у 26 оперированных больных выявил улучшение ЭхоКГ показателей в виде уменьшения размеров ЛП от 59 до 47 мм, правых отделов сердца: ПП от 46 до 37 мм, ПЖ от 31 до 27 мм и снижения СДЛА от 54 до 35 мм.рт.ст. Однако результаты хирургического вмешательства по-прежнему зависят от контроля ревматического процесса и предотвращения рецидивов РПС, при которых необходима профилактика и дальнейшее наблюдение у ревматолога [3-А, 14-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Отсутствие яркой клинической симптоматики ОРЛ и ревматического анамнеза у больных с ХРБС способствует прогрессированию и присоединению ХСН, аритмий, лёгочной гипертензии, которые негативно влияют на клиническое течение и снижают эффективность проводимой терапии. Это, в конечном итоге, приводит к необратимым последствиям поражения сердца, что диктует проведения длительного консервативного лечения и сложных оперативных вмешательств.
2. В протоколы стандартного диагностического поиска больных с РПС, помимо ревматического анамнеза, необходимо включить результаты функционального состояния внутренних органов, с акцентом на эхокардиографическое обследование.
3. Терапия больных РПС требует взаимодействия между врачами различных специальностей (кардиологи, ревматологи, кардиохирурги) и своевременного направления на хирургическую коррекцию.
4. Наличие атипичной и зачастую стёртой клинической картины ОРЛ у больных с РПС, что является основной причиной их ранней инвалидизации и летальности, диктует необходимость своевременного их выявления и контроль предикторов неблагоприятного прогноза.
5. Диспансеризация и периодическое проведение эхокардиографического скрининга больных с ХРБС способствует раннему выявлению, профилактике, своевременной комплексной терапии, снижению инвалидизации и улучшению качества жизни больных.

Список публикации соискателя ученой степени кандидата медицинских наук

Статьи в рецензируемых журналах:

- [1-А] Курбонова Ф.У. Острая ревматическая лихорадка и ХРБС: современное состояние вопроса /Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Т.Н. Зиёев //Журнал «Вестник АМН».- Душанбе.- 2018.-Т.-8.- №2.-С.- 278-285.
- [2-А] Курбонова Ф.У. Комплексная оценка ревматических пороков сердца на стационарном этапе/Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Г.М. Раджабова//Журнал «Вестник АМН».- Душанбе.-2019.-Т.-32.- №4.- С.- 380-386.
- [3-А] Курбонова Ф.У. Предикторы неблагоприятного прогноза ревматических пороков сердца/Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Р.М. Раджабов, Г.М. Раджабова//Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2020.-№2.-С.-32-40.
- [4-А] Курбонова Ф.У. Остеоартроз в ассоциации с кардиоваскулярной патологией иметаболической патологией/Ф.У. Курбонова, Н.Т. Ахунова, Г.Н. Каримова, С.М. Шукурова//Журнал «Вестник АМН».- Душанбе.-2017.-№1(21).-С.-107-113.
- [5-А] Курбонова Ф.У. Современный взгляд на коморбидность при ревматоидном артрите/Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев, Х.М. Алиев//Журнал «Вестник АМН».- Душанбе.-2017.-Т.-33.- №3.- С.-114-119.
- [6-А] Курбонова Ф.У. Характеристика сопутствующей патологии при ревматических заболеваниях/Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев, М.Ф. Абдуллоев//Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.- 2019.- №4.-С.-91-97.

Статьи и тезисы в сборниках конференций:

- [7-А] Курбонова Ф.У. Распространенность ревматических жалоб среди взрослого населения Республики Таджикистан /Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Н.Т. Ахунова, З.Д. Хамроева, Б.Р. Шодиев //Журнал «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана».- Душанбе.- 2015. -№3 -С.-46-53.
- [8-А] Курбонова Ф.У. ХРБС в структуре ревматических заболеваний на госпитальном этапе /Ф.У. Курбонова, З.Т. Диярова //Материалы научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука: достижения и перспективы».- 2016.-С.- 53.
- [9-А] Курбонова Ф.У. Сопутствующая патология у больных ревматическими заболеваниями /Ф.У. Курбонова, Б.Р. Шодиев, Ф.Б. Шарифзода //Материалы научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука: достижения и перспективы».- 2016.-С.- 109.
- [10-А] Kurbanova F.U.Chronic rheumatic heart disease place in rheumatic disorders structure at the hospital level/F.U. Kurbonova, M.F. Ishankulova, S.M. Shukurova //7-й съезд ревматологов, Москва.-2017.- 55.-Р.-141-142.
- [11-А] Курбонова Ф.У. Клинико-демографическая характеристика болезней костно-мышечной системы/Ф.У. Курбонова, М.Ф. Абдуллоев, С.М. Шукурова//Журнал «Вестник АМН».- Душанбе.- 2018.-С.-19-22.

[12-A] Курбонова Ф.У. Современный взгляд на лечение и профилактику хронической ревматической болезни сердца и острой ревматической лихорадки/Ф.У. Курбонова, М.Б. Асомудинова, С.М. Шукурова//Журнал «Вестник АМН».- Душанбе.-2018.- С.-51-55.

[13-A] Qurbonova F.U. Features of joint syndrome and treatment specifics in the population of Tajikistan/F.U. Qurbonova, Z.D. Namroeva, S.M. Shukurova//Tokyo-Moscow International Medical Forum.-2018.-P.-91.

[14-A] Курбонова Ф.У. Возможности эхокардиографической диагностики при ревматических пороках сердца/Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Г.М. Раджабова, М. Эшонкулова//Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний»-2019.-С.- 239.

[15-A] Qurbonova F. Clinical Features of Rheumatic Heart Diseases in Population of Tajikistan/F. Qurbonova, S. Shukurova//Journal of Rheumatic Diseases Vol. 26, Suppl. 1, May, 2019 Official Journal of Korean College of Rheumatology S 456.

Список сокращений и условных обозначений

АГ – артериальная гипертония
АК – аортальный клапан
АСЛ-О – антистрептолизин О
ИБС – ишемическая болезнь сердца
КДО ЛЖ – конечно-диастолический объём левого желудочка
КДР ЛЖ – конечно-диастолический размер левого желудочка
КСО ЛЖ – конечно-систолический объём левого желудочка
КСР ЛЖ – конечно-систолический размер левого желудочка
ЛА – лёгочная артерия
ЛГ – лёгочная гипертензия
ЛЖ – левый желудочек
ЛП – левое предсердие
МК – митральный клапан
МН – митральная недостаточность
МП – митральный порок
МС – митральный стеноз
ОА - остеоартроз
ОРЛ – острая ревматическая лихорадка
ОХ - остеохондроз
ПЖ – правый желудочек
ПП – правое предсердие
РА - ревматоидный артрит
РеА - реактивный артрит
РБС – ревматическая болезнь сердца
РЗ – ревматические заболевания
РПС – ревматический порок сердца
СВ - системные васкулиты
СДЛА – систолическое давление лёгочной артерии
СЗСТ – системные заболевания соединительной ткани
СПА - спондилоартрит
СРБ – с-реактивный белок
ФВ – фракция выброса
ФК – функциональный класс
ФП – фибрилляция предсердий
ХРБС - хроническая ревматическая болезнь сердца
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЭКГ – электрокардиография
ЭхоКГ- эхокардиография
GBD – Global Burden of Disease
NYHA – New York Heart Association

**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ
АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.12-002.772

ҚУРБОНОВА ФАРЗОНА УБАЙДУЛЛОЕВНА

**ҶАНБАҲОИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛИИ БЕМОРИИ МУЗМИНИ
ТАРБОДИИ ДИЛ ДАР СОКИНОНИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

АВТОРЕФЕРАТИ

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

Душанбе – 2021

Таҳқиқот дар кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ:

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

Муқарризони расмӣ:

Раҷабзода Музафар Эмом – доктори илмҳои тиб, директори МД «Маркази ҷумҳуриявии клиникии бемориҳои дил»-и ВТ ва ҲИА ҶТ

Нозиров Чамшед Ҳочиевич – доктори илмҳои тиб, дотсент, директори ҶДММ Маркази табобату таъхиси «Парастор-2014», ш. Ваҳдат

Муассисаи тақриздиханда:

МТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Беларуссия»

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ соли 2021 соати _____ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-038 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға:734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, www.tajmedun.tj. +992918724088

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

Автореферат «___» _____ соли 2021 ирсол гардид.

Котиби илмии

**шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб, дотсент**

Р.Ҷ. Ҷамолова

Муқаддима

Мубрамӣ ва зарурияти гузаронидани таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Ҳифзи саломатии аҳоли, коҳиш додани беморӣ, ғавт ва маъюбӣ, беҳбудии вазъи демографӣ дар айни замон самтҳои афзалиятноки сиёсати иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон (ҶТ) мебошанд (Қарори Ҳукумати ҶТ аз 2.08.2010 дар бораи тасдиқи Стратегияи миллии солимии ҶТ барои давраи солҳои 2010-2020).

Дар сохтори сабабҳои марг дар ҶТ аз бемориҳои сироятӣ, бемориҳои дилу раг (БДР) мавқеи асосиро ишғол намуда, нишондоди ғавти онҳо аз нишондоди ғавти бемориҳои роҳҳои нафас (3,5 маротиба), онкологӣ (6,8 маротиба), осеб, захролудшавӣ, бемориҳои сироятӣ ва паразитӣ (зиёда аз 7 маротиба) бештар мебошад. Сатҳи ғавт аз бемориҳои дилу раг дар ҶТ дар 100 ҳазор аҳоли дар соли 2010-2016 ва дар соли 2012-2021,9 нафарро ташкил дод [Қарор дар бораи Дурнамои пешгирӣ ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва травматизм дар ҶТ барои солҳои 2013-2023].

Табларзаи шадиди тарбодӣ (ТШТ) то ҳол дар якҷанд минтақаҳои ҷаҳон, хусусан дар кишварҳо бо даромади кам ва миёнаи нимкураи ҷанубӣ ва дар баъзе минтақаҳои Осиё, маъмул аст, ки он ҷо яке аз муҳимтарин сабабҳои марги бармаҳал боқӣ мемонад [Кузмина Н.Н., 2017; Watkins D.A., 2017]. Ба ТШТ асосан кӯдакони аз 5 то 14 сола гирифта мешаванд, аммо эпизодҳои такроршавандаи ТШТ дар наврасон ва ҷавонони то 30-40 сола то ҳол маъмул боқӣ мемонанд [Белов Б.С., 2016; Oliveira S.G. ва диг., 2020]. Сатҳи воқеии ТШТ дар ин кишварҳо то ҳол номаълум аст, зеро ин як бемории аз мадди назар дуршуда ва комилан ташхиснашаванда мебошад. Аз ҷониби дигар, кишварҳои пешрафтаи нимкураи шимолӣ, ки ин беморӣ ҳанӯз дар солҳои 50-60-уми асри XX паҳн шуда буд, ҳоло амалан аз ҳолатҳои нави беморӣ ҳолӣ ҳастанд [Antunes M.J. ва диг., 2020].

Ғарҷанде ки паҳншавии ТШТ дар даҳсолаҳо пеш бо сабаби беҳтар шудани шароити иҷтимоию иқтисодӣ дар кишварҳои мутараққӣ ба таври назаррас коҳиш ёфт, аммо умед ба решакан кардани он дар марҳилаи ҳозира ғайривоқеӣ аст. Тибқи маълумоти Созмони Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (СУТ), ҳар сол дар ҷаҳон 500 ҳазор нафар ба ТШТ гирифта мешаванд, ки дар 300 ҳазор нафари онҳо аворизи нуқсонҳои пайдошудаи дил ба вучуд меояд, ки ин то ҳол сабаби асосии маъюбшавии ҷавон мебошад [Ҷаласаи 71-уми Ассамблеяи Умумиҷаҳонии Тандурустӣ, 2018].

Раванди муосири ТШТ бо дараҷаи фаъолнокии мӯътадилу минималӣ, ҷараёни моносиндромӣ, пӯшидагӣ ва дарозмуддат, коҳиши назарраси басомади ҷалби пардаҳои луобӣ ба раванди патологӣ ва иттилоотнокии пасти таҳлилҳои озмоишӣ фарқ мекунад [Dougherty S., 2017; Кузмина Н.Н. ва диг., 2017].

Сарфи назар аз пешрафтҳои назаррас дар табобат ва пешгирӣ, мушкилоти ТШТ актуалӣ боқӣ мемонад. Рушди устувори иҷтимоию иқтисодӣ дар якҷоягӣ бо барномаҳои пешгирӣ ва табобат имкон дорад, ки нишондоди бемориҳоро то он дараҷае, ки дар даҳсолаҳои наздик дар кишварҳои даромади зиёд дида мешавад, коҳиш диҳад.

Тақрибан дар 60% беморони гирифтори ТШТ беморӣ фаъол гардида, ба бемории музмини тарбодии дил (БМТД) авориз мешавад. Тибқи баҳодиҳии глобалии бемории тарбодии дил [GBD, 2020] ҳамасола дар саросари ҷаҳон зиёда аз 33 миллион ҳолатҳои БМТД ва зиёда аз 300,000 ҳолати ғавт ба қайд гирифта мешавад. Сатҳи баланди БМТД дар кишварҳои ИДМ боқӣ мемонад [Омурзакова Н. А., 2017; Шукурова С.М., 2018].

БМТД мувофиқи таснифи байналмилалии бемориҳо (ТББ) ба синфи "Бемориҳои системаи узвҳои хунгузар" дохил карда шудааст ва тибқи нишондоди СУТ сабаби асосии ғавт дар сохтори бемориҳои системаи хунгузар то синни 35 боқӣ монда, басомади он аз сатҳи ғавти бемориҳои ишемияи дил (БИД) ва фишорбаландии шараёни баландтар мебошад [СУТ, 2018]. Бо вучуди ин, таъкид кардан муҳим аст, ки паҳншавии БМТД дар аксари кишварҳо ба қадри зарура баҳо дода намешавад, зеро он на аз таҳқиқоти калони систематикӣ ва ҳамачонибаи эпидемиологӣ, балки аз мушоҳидаҳои эпизодикӣ ва соҳавӣ ҳисоб карда мешавад ва бо назардошти ин, талошҳо барои мубориза бо ин беморӣ аз решаи он ғаврӣ ва зарурӣ мебошанд. Ташҳиси барвақтии ТШТ ва БМТД бо истифода аз барномаҳои скринингӣ ба коҳиш ёфтани беморӣ ва инчунин басомади амалиётҳои ҷарроҳӣ мусоидат мекунад [Leal M.T. ва диг., 2019; Ралф А.П. ва диг., 2021].

Таботати ҷарроҳии нуқсонҳои пайдошудаи дил басомади зинда мондани беморонро афзоиш медиҳад, сифати зиндагиро беҳтар мекунад ва имкон медиҳад, ки фаъолияти иҷтимоию иқтисодии беморон нигоҳ дошта шуда, давомнокии умрашон беҳтар гардад [Krishna Moorth P.S., 2019; Ким ВК, 2018; Горлова И.А., 2016]. Аммо бартарафкунии норасоии гемодинамика на ҳамеша фаъолшавии норасоии музмини кори дил (НМКД) -ро бозмедорад, ки таҳлили сабабҳои пайдоиши онро талаб мекунад.

Алалхусус, мушкилот дар такроран авҷ гирифтани раванди тарбод бо тағиротҳои минималии клиникӣ ва озмоишӣ, ки бо зӯхуроти декомпенсатсия баробаранд, ба вучуд меоянд [Белов Б.С. ва диг., 2016]. Натиҷаи ҳама бемориҳои органикии дил ва рағҳои хунгард рушди НМКД мебошад, ки аҳамияти баланди тиббӣ, иҷтимоӣ ва иқтисодии онро муайян мекунад [Риаз А., 2018; Пузин С.Н., 2014]. Мавқеи нуқсони тарбодии дил (НТД) дар сохтори этиологии НМКД тамоюл ба афзоиш дорад ва аз 4 то 14% -ро ташкил медиҳад [Karthikeyan G., 2017; Петров В.С., 2018].

Дар ҶТ хусусиятҳои паҳншавии БМТД, омилҳои хавф, хусусиятҳои клиникӣ ва гемодинамикии он комилан омӯхта нашудааст. Маълумотнокӣ ва огоҳии ниҳоят пасти табибони кумаки аввалияи тиббию санитарӣ, дастрасии пасти ревматологҳо, аз ҷумла ревматологҳои бачагона, набудани таҳқиқоти скринингӣ чихати ошкор кардани гуруҳи хавф ва ғайра омили афзоиш ва дер ошкор шудани НТД дар байни ҷавонон ва фазниншавии норасоии гардиши хун ва баландшавии басомади ғавт мегардид. Бо назардошти ин, соли 2011 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон «Барномаи миллии пешгирӣ, ташҳис ва муолиҷаи беморони гирифтори нуқсонҳои модарзодӣ ва тарбодии дил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2011-2015» -ро қабул карда шудааст.

То ба имрӯз, дар ҷумҳурии мо арзёбии ҳамаҷонибаи НТД, таҳлили тағйирёбии нишонаҳои эхокардиографии (ЭхоКГ) дил дар НТД ва самаранокии бартарарфкунии ҷарроҳии нуқсонҳои дарғотии дил гузаронида нашудааст, ки ин гувоҳи актуалӣ будани таҳқиқот мебошад.

Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ. ТШТ ва бемории тарбодии дил (БТД) ҳанӯз ҳам дар аксари кишварҳои рӯ ба тараққӣ ва ҳатто дар кишварҳои пешрафта таҳдиди ҷиддӣ дорад [Кузмина Н.Н. ва диг., 2017; Watkins D.A., 2018].

Дар нашрияҳои муҳаққиқони ватанию хоричӣ ҷанбаҳои муҳими БТД, аз қабилӣ паҳншавӣ, пешгирӣ, ҷанбаҳои ташхис ва табобат, аз ҷумла табобати ҷарроҳӣ инъикос гардидаанд [Абдуллоев М.Ф., 2013; Шукурова С.М., 2014; Кузмина Н.Н., 2017; Watkins D.A., 2017; Gewitz M.H., 2015].

Натиҷаҳои аксари таҳқиқот далели онанд, ки БТД аксар вақт бемории бисёрваскулярии дорои ҷараёни вазнин (63.9%) буда, дар ҳамрадифӣ бо норасоии кори дил (33,4%), фишорӣяландии шушӣ (ФШ) (28,8%), фибриллятсияи даҳлезҳо (ФД) (21,8 %), инсулт (7,1%) ва эндокардитҳои сироятӣ (4%) ба мушоҳида мерасад. Тибқи нишондоди адабиёт басомади НМКД бо осеббинии дарғотҳои дил аз 4 то 14% -ро ташкил медиҳад [Калягин А.Н., 2010; Karthikeyan G., 2017].

Сарфи назар аз мавҷудияти маълумоти мӯътамад дар бораи эпидемиологияи ТШТ дар ҳамбастагӣ бо стрептококки гуруҳи А патогенези ин бемориҳо нисбат ба ҷавобҳо саволҳои бештар доранд [Bright P.D. et al., 2016]. Масалан, мо намедонем, ки ҷаро танҳо 2/3 беморони ТШТ собиқаи ангина доранд; ҷаро танҳо дар 40-60% ҳолатҳо ТШТ ба НТД мубаддал мешаванд ва ҷаро 75% кӯдакони нуқсон алоими буғуми надоранд [Carapetis J.R. et al., 2016].

Асосҳои назариявӣ ва методологияи таҳқиқот. Ташхиси НТД дар марҳилаҳои аввал аз сабаби ҷараёни атипӣи зухуроти ибтидоии клиникӣ, набудани аломатҳои возеҳи клиникӣ, кам будани ТШТ дар анамнез душвор мебошад. Вобаста ба ин, ревматологҳо ва кардиологҳои кӯдакон аксар вақт бо ташхиси дер гузошташуда дучор меоянд. Бо назардошти ин, имрӯз НТД на танҳо ҳамчун мушкilotи ҳалношудаи тиббӣ, балки ҳамчун мушкilotи иҷтимоию иқтисодӣ баррасӣ карда мешавад.

Илова ба усулҳои ташхиси маъмулӣ оид ба омӯзиши НТД (ташхиси умумии хун, сафедаи С-реактивӣ (ССР), антистрептолизин-О (АСЛ-О), ЭхоКГ, сабти барқии дил (СБД), ташхиси умумии пешоб ва ғ. усулҳои дастраси умум ва технологияи баланд (томографияи магнитӣ-резонансии (ТМР) дил ва рағҳои хунгузар, вентрикулография, катетеризатсияи ковоқиҳои дил, эхокардиографияи контрастӣ, 3D-эхокардиография ва ғ.) барои ташхиси нуқсонҳои мураккаби дарғотҳои дил истифода бурда мешаванд. Скрининги систематикӣ бо ЭхоКГ паҳншавии баланди НТД-и ноаёнро дар муқоиса бо шубҳаҳо дар асоси бемории аз ҷиҳати клиникӣ намоён нишон медиҳад.

Дар ҚТ, мутаассифона, имкони гузаронидани таҳқиқоти скринингии ЭхоКГ дар байни аҳоли, аз ҷумла кӯдакон вучуд надорад. Аммо, имрӯз дар ҷумҳурии мо усулҳои ошкор кардани осеби дарғоти дил ва бартарарфкунии нуқсонҳои ҷойдошта комилан ба роҳ монда шудааст.

Усулҳое, ки дар таҳқиқот истифода шудаанд, дастрас, маълумотнок ва арзон мебошанд. Тадбирҳо барои муоинаи беморон тибқи нақшаи муоинаи бемори кардиоревматологӣ гузаронида шуда, аз таҳлили ССР, АСЛ-О, ферментҳои чигар, креатинин, липидҳо, СБД, ЭхоКГ ва дар ҳолати зарурӣ ташҳиси ултрасадоӣ (ТУС) ва рентгенографияи шуш иборат мебошанд. Дар ташҳиси НТД "стандартӣ тиллоӣ" ин ЭхоКГ мебошад, ки тағйироти сохториро дар дарғотҳои дил, нуқсонҳои ҳамчояи дарғотҳо, намуд ва дараҷаи нуқсон, инчунин аворизи онро муайян мекунад.

Ҳамин тариқ, муносибати комплексӣ ба омӯзиши НТД ва оқибатҳои он дар асоси илмӣ харочоти хадамоти ревматологиро дар ҷумҳурӣ танзим намуда, ташҳиси саривақтӣ, натиҷаҳои таъобат ва сифати зиндагии беморонро беҳтар мекунад ва дар оянда метавонад ба муайян кардани стратегияи рушди соҳаи тандурустии ҷумҳурӣ дар ин самт мусоидат кунад.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Мукамалкунии ташҳиси бармаҳали БМТД бо роҳи омӯзиши паҳншавӣ, хусусиятҳои клинико-гемодинамикӣ ва мақсаднокии ба комплекси таъобат ворид намудани усулҳои амалиёти ҷарроҳӣ.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот 110 нафар беморони гирифтори БМТД буданд, ки ба онҳо таҳқиқоти комплексӣ гузаронида шуда, омилҳои афзоишдиҳанда, хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ (НМКД, ФШ, ФД) ва гемодинамикаи дохили дил тавассути эхокардиография омӯхта шуданд. Ҳамзамон, таҳлили ретроспективии таърихи бемории 352 нафар беморони гирифтори БМТД, ки ба шӯъбаи кардиоревматологияи МД «Маркази тиббии шаҳрии №2 (МТШ №2) ба номи академик К.Т. Тоҷиев», шӯъбаи бемориҳои тарбоди МД Маркази миллии тиббии (ММТ) «Шифобахш»-и ҚТ ва шӯъбаи кардиологияи Маркази ҷумҳуриявӣи клиникӣи кардиология (МЧКК) дар давраи солҳои 2013-2015 қарор гирифтаанд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши параметрҳои клиникӣ ва асбобии беморони тарбод, сохтори НТД, хусусиятҳои клиникӣ ва функционалӣ, авориз ва таъсири онҳо ба гемодинамикаи дохили дил, аз ҷумла дар беморони нуқсонҳои дил дар давраи пеш ва пас аз амалиёти ҷарроҳӣ мебошад.

Натиҷаҳои муқоисаи усулҳои тадқиқоти клиникӣ-функционалӣ ва асбобӣ имкон доданд, ки сохтор ва басомади НТД, омилҳои барангезанда, ҳамбастагӣ, авориз, инчунин хусусияти таъобати доругӣ муайян карда шавад.

Вазифаҳои тадқиқот:

1. Омӯзиши паҳншавии БМТД бо назардошти чинс, синну сол ва ҷои истиқомати аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.
2. Муайян кардани хусусиятҳои ҷараёни клиникӣи беморӣ ва пешгӯиҳои омилҳои номусоиди НТД дар марҳилаи ҳозира.
3. Омӯзиши гемодинамикаи дохили дил дар беморони НТД, аз ҷумла дар беморони гирифтори нуқсонҳои дарғоти митралии дил дар давраи пеш ва пас аз амалиёти ҷарроҳӣ.

Методҳои тадқиқот. Асоси омӯзиши методологии таҳқиқоти пешниҳодшударо асарҳои илмии муаллифони ватанию хориҷӣ дар самтҳои муносири ташхис ва терапияи БМТД ташкил медиҳанд.

Таҳлили ретроспективӣ дар шӯъбаи кардиоревматологияи МД «МТШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев», шӯъбаи бемориҳои тарбодии МД ММШ «Шифобахш»-и ҚТ ва шӯъбаи кардиологияи МЧКК дар давраи солҳои 2013-2015 ва таҳқиқоти проспективӣ дар шӯъбаи кардиоревматологияи МД «МТШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев», шӯъбаи ҷарроҳии дили Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо (МҶИЧДР) ва ба таври амбулаторӣ дар дармонгоҳи донишҷӯёни МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино" гузаронида шудааст.

Дар раванди ҷустуҷӯи ташхисӣ дар баробари ҷамъовариҳои шикоятҳо, анамнез, маълумоти объективӣ, баҳодиҳии синфи вазифавии (СВ)-и НМКД, инчунин, таҳлили биохимиявии хун (ССР, омили тарбодӣ, коагулограмма, креатинин, мочевина, аланинаминотрансфераза (АлАТ), аспартатаминотрансфераза (АсАТ), холестерин), титрҳои АСЛ-О, инчунин таҳқиқоти асбобӣ (ЭхоКГ, СБД ҳангоми зарурат, рентгенографияи қафаси сина, ТУС-и узвҳои дохилӣ) гузаронида шудааст. Гемодинамикаи дохили дил ва тағйирёбии сохтори морфофункционалии дил ҳангоми НТД, аз ҷумла дар беморони нуқсонҳои дарғоти митралии дил дар давраи то ва пас аз амалиёти ҷарроҳӣ ба таври муфассал омӯхта шуданд.

Соҳаи таҳқиқот. Таҳқиқот ба масъалаҳои илмии ревматология ва кардиология бахшида шудааст ва ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии (КОА)-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, бо ихтисоси 14.01.04-Бемориҳои дарунӣ, зербанди 3.4. мувофиқат мекунад. Этиология ва патогенез, омилҳои хавф, генетикаи бемориҳои узвҳои дарунӣ; зербанди 3.7. Вайроншавии вазифаи узвҳои дарунӣ дар беморон ва ҳам дар одами солим; зербанди 3.8. Зухуроти клиникаи бемориҳои узвҳои дарунӣ.

Мазмуни рисола таҳқиқотро дар соҳаи кардиоревматология, алахусус тағйироти клиникӣ, функционалӣ ва гемодинамикии БМТД ва НТД пурра инъикос мекунад. Ҳама муқаррароти илмӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои амалии таҳқиқот вазифаҳои ба миён гузошташударо инъикос мекунанд, асосноканд ва мантиқан аз натиҷаи таҳқиқот бармеоянд.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Дар раванди таҳқиқот, марҳилаи анъанавии таҳқиқотҳои илмӣ нигоҳ дошта шуд. Дар марҳилаи ибтидоии таҳқиқот бо мақсади интиҳоби мавзӯ ва ҳадафи кори илмӣ ҷустуҷӯи адабӣ гузаронида шуд. Барои навиштани шарҳи адабиёт мо адабиёти муосирро оид ба масъалаҳои кардиоревматология ҳам дар Тоҷикистон ва ҳам берун аз он таҳлил кардем. Ин имкон дод, ки ҳадаф ва вазифаҳои омӯзиш дуруст таҳия карда шуда, баррасии адабиёт ба итмом расад.

Ғайр аз он, муайян кардани усулҳо оид ба мавзӯи таҳқиқот, таҳлили ретроспективӣ ва перспективии ҳуҷҷатҳои тиббии беморон ва навиштани бобҳои рисола гузаронида шуд. Тадқиқоти беморон дар мисоли беморони бистаришуда ва амбулаторӣ гузаронида шудаанд. Аз сохтори умумии беморони гирифтори БМТД беморони гирифтори НТД тибқи протокол ба тариқи истисно ё фарогирӣ интиҳоб

карда шуданд. Марҳилаи навбатии таҳқиқот баҳодихии омилҳои ангишидихандаи беморӣ, ҷой доштани НМКД ва аворизи он буд, ки ба мо имкон дод, ки онҳоро вобаста ба навъи нуқсони дил тақсим кунем. Ғайр аз ин, хусусиятҳои демографии аҳолии минтақаҳои гуногуни кишвар муфассал омӯхта шуданд. Баъдан, дар асоси мушоҳидаи дурнамои беморони НТД ташҳиси амиқи лабораторӣ ва асбобӣ гузаронида шуд. Марҳилаи навбатии таҳқиқот арзёбии нишондихандаҳои гемодинамикаи ҳангоми НТД вобаста ба мавҷудияти ФД ва ФШ буд. Омӯзиши параметрҳои ЭхоКГ дар як зергурӯҳи беморон бо нуқсони дарғоти митралӣ (НДМ), ки дар онҳо бартарарфкунии НДМ гузаронида шуданд, муфассал омӯхта шуданд. Марҳилаи ниҳоеи таҳқиқот муҳокимаи натиҷаҳои бадастомада ва таҳлили адабиёти муосир оид ба ин масъала буд.

Натиҷаҳои ҷустуҷӯи илмӣ имкон доданд, ки характери нуқсонҳои дарғотӣ дар сохтори НТД муайян карда шуда, усулҳои ташҳиси онҳо бо имконпазирии бартарарфкунии онҳо бо усули ҷарроҳӣ таҳия карда шаванд.

Пойгоҳҳои асосии иттилоотӣ ва озмоишии таҳқиқот. Дар таҳқиқот асарҳои асосии илмӣ ба ҷанбаҳои гуногуни ревматология ва кардиология бахшидашуда муфассал омӯхта шудаанд. Маводи конфронсҳои илмӣ ва маърузаҳои илмӣ оид ба масъалаҳои гуногуни БМТД ва НТД-и олимони Федератсияи Россия ва кишварҳои ҳамсоя омӯхта шуданд. Таҳлили таҳқиқоти илмӣ ва корҳои рисолаҳои дар ҶТ Ҳимояшуда гузаронида шуданд. Таҳқиқот дар заминаи шӯъбаи кардиоревматологияи МД «МТШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев», шӯъбаи бемориҳои тарбодии МД ММТ “Шифобахш“-и ҶТ ва шӯъбаи кардиологияи МЧКК, шӯъбаи ҷарроҳии дили МЧИҚДР ва ба таври амбулаторӣ дар дармонгоҳи донишҷӯёни МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино" гузаронида шудааст.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқотро пойгоҳи репрезентативии маводҳои содиротӣ тасдиқ мекунанд: ҳуҷҷатҳои аввалияи тиббӣ (таърихи беморон, қорҳои инфиродӣ барои ҳар як бемор, созишномаи ҳатгӣ барои гузаронидани як қатор усулҳои таҳқиқоти асбобӣ). Натиҷаҳои таҳқиқоти бадастомада (умумиклиникӣ, лабораторӣ, асбобӣ) дар феҳристи ҳатгӣ, инчунин дар шакли электронӣ дар пойгоҳи компютерӣ ва картотекаҳо пешниҳод карда шудаанд. Маълумоти лабораторӣ, инчунин дар феҳристи маҷалла дар шакли интиқолдихандаи электронӣ пешниҳод карда шудаанд. Эътимоднокии натиҷаҳоро ҳаҷми кофии маводи таҳқиқотӣ, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо муқаррар ва асоснок мекунанд. Хулосаҳо ва тавсияҳо ба таҳлили илмӣ натиҷаҳои таҳқиқот асос ёфта, бо интиҳоби намунавӣ, фарохнокии маводи аввалия, дақиқии таҳлили сифатӣ ва миқдорӣ, хусусияти систематикӣ расмиёти таҳқиқот ва истифодаи муосири усулҳои коркарди иттилооти оморӣ пешниҳод карда мешаванд.

Навгонии илмӣ таҳқиқотӣ. Таҳқиқоти пешниҳодшудаи илмӣ дар ҶТ яке аз таҳқиқотҳои аввалинест, ки ба мушкилоти ташҳиси БМТД ва НТД бахшида шудааст, ки тибқи Протоколҳои байналмилалӣ ва тавсияҳои миллии Ҷамъияти илмӣ тарбодшиносон ва тибқи ТББ, ислоҳи 10-уми аз ҷониби СУТ

пешниҳодгардида, Женева, 1992 (соли 2003 аз ҷониби Ассотсиатсияи ревматологҳои Русия таҳрир карда шудааст) ва кардиологҳои Русия (2001 с.) пешниҳод гардидааст.

- Сохтор ва басомади БМТД-и беморони табобатшуда дар беморхонаи ревматологӣ, омилҳои вазнинкунандаи БМТД дар асоси анамнез, нишонаҳои клиникӣ, параметрҳои СБД ва ЭхоКГ омӯхта шуданд. Хусусиятҳои ҷинсӣ ва синну сол, басомади бемориҳои ҳамрадиф, мавҷудияти НМКД ва аворизи дигар оварда шудаанд.

- Маълумоти анамнез мавҷудияти тасвири муфассали ТШТ-ро, ки омили ташаккули НТД буд, ниҳоят кам нишон медиҳад. Аксар вақт, мавҷудияти НТД бозёфти тасодуфӣ дар байни наваскароне, ки ба хидмати ҳарбии миллӣ даъват мешуданд ё дар занони ҳомила буд. Таҳлили омилҳои хавф мавҷудияти басомади зиёди ангина ва сармохӯрдагӣ ё анамнези вазнини ирсии тарбодиро нишон дод.

- Аввалин маротиба дар ҚТ параметрҳои ЭхоКГ-и НТД дар якҷоягӣ бо ФД ва ФШ омӯхта шуданд, ки таъсири манфии онҳоро ба параметрҳои гемодинамикаи дохили дил ва оқибатҳои беморӣ муайян менамояд.

- Аввалин маротиба дар ҚТ динамикаи нишондодҳои ЭхоКГ дар беморони ҷарроҳишуда бо НТД таҳлил карда шуд ва беҳтаршавии гемодинамикаи дохили дил дар давраи дури баъдичарроҳӣ, аз ҷумла ба эътидол омадани параметрҳои инъикоскунандаи дараҷаи ФШ муайян карда шуд.

Аҳамияти назариявӣ таҳқиқот дар он аст, ки муқаррароти илмӣ, назариявӣ, методӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои дар рисола пешниҳодшуда метавонанд, дар раванди таълимии донишгоҳҳои тиббӣ истифода шаванд. Натиҷаҳои таҳқиқот дар амалияи хадамоти госпиталии шӯъбаи бемориҳои тарбодии МД ММТ “Шифобахш”-и ҚТ, шӯъбаи кардиоревматологияи МД «МТШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев”, ҳамчунин дар ҷараёни таълими кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дурунии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” ва кафедраи терапия ва кардиоревматологияи МДТ “ДТБКСТ ҚТ” метавонанд мавриди истифода қарор гиранд.

Аҳамияти амалии таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқот дар амалияи ҳаррӯза ба духтурон имкон медиҳанд, ки бо истифода аз усулҳои дақиқи иттилоотӣ ва дастрас таҳқиқотӣ саривақт иллатҳои дарғоти дил муайян карда шаванд.

Аҳамияти асосии амалии таҳқиқот:

- Нишондиҳандаҳои натиҷаи ноҳуш, хусусияти бемориҳои ҳамрадиф, ҳамчунин ҷой доштани НМКД, ки ба фаъолшавии НТД таъсир мерасонад, муайян карда шуданд.

- Барои тибби амалӣ, меъёрҳои пешгӯии иллатҳои дарғотии дил таҳия шудаанд ва ин имкон медиҳад, ки ин меъёрҳо барои ташҳиси барвақт ва табобати саривақтӣ истифода шаванд.

- Муайян карда шуд, ки усулҳои дастрастарин ва хеле иттилоотӣ барои ташҳиси барвақтии НТД ЭхоКГ маҳсуб меёбад.

- Меъёрҳои ташаннучи гемодинамикии дил ҳангоми ФШ ва ФД муқаррар карда шуданд.

Ҳамин тариқ, ташҳиси барвақтии НТД ба пешгирии авҷи НМКД, аритмия ва дигар иллатҳои дилу рағҳо, инчунин сари вақт фиристодани беморон ба амалиёти ҷарроҳӣ мусоидат мекунад.

Нуқтаҳои асосии ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Басомади БМТД дар сохтори бемориҳои тарбодӣ (БТ) дар марҳилаи беморхонагӣ 8,5% -ро ташкил медиҳад ва таҳлили динамикаи 10-сола тағйирёбии басомади НТД-ро дар тӯли солҳо нишон дод (аз 12,9% соли дар 2011 то 6,7% дар соли 2015). Таҳлили синну сол ва ҷинс барои солҳои 2013-2015 бартариии занонро (69,3% дар таносуби 30,7%) бо синни миёнаи $51,6 \pm 0,5$ ошкор кард. Басомади сокинони деҳа- 215 нисбат ба шаҳр -137 бартариӣ дошт. Таҳлили сохтори НТД бартарияти беморони иллатҳои дарғоти митралиро (ДМ) - 53,4% ($n = 188$) -ро нишон дод.

2. Дар беморони гирифтори НТД, ки ба табобати стационарӣ эҳтиёҷ доштанд, дар аксари ҳолатҳо, ин ё он марҳилаи НМКД ба мушоҳида мерасид, ки дар вазниншавии ҳолаташон ҷой доштани бемории ҳамрадиф муҳим буд. Дар байни бемориҳои ҳамрадифӣ фишорбаландии шараёнӣ (17,3%), гастропатия (8,5%) ва анемия (3,6%) бештар ба қайд гирифта шудаанд. Дар байни сабабҳои мурочиати беморон, ба ғайр аз НМКД, аритмия (32,7%) ва кардиалгия (5,5%) буданд.

3. Ҷамъоварии маълумотҳои анамнезӣ басомади ниҳоят ками ҳолатҳои ТШТ-ро нишон доданд ва мавҷудияти зуд-зуди ангина ва сармохӯрӣ мутаносибан дар 79,1% ва 23,6% ҳолатҳо ба амал омаданд. Дар байни омилҳои хавф, бояд тамоюли ирсии БТ-ро, ки дар 15,4% беморони мушоҳидаи мо ба амал омадааст, ба назар гирифта шавад.

4. Тадқиқоти гемодинамикӣ дар беморони НТД як қатор хусусиятҳоро дар шакли тағйирёбии сохтори қисми чап ва рости дил ошкор кард ва мавҷудияти ФД ва ФШ ба параметрҳои гемодинамикаи дохили дил таъсири манфӣ расонид.

5. Аз шумораи умумии беморони НТД, ки ба ислоҳи ҷарроҳӣ ниёз доштанд, танҳо 39,1% ҷарроҳӣ карда шуданд, ки дар байни онҳо амалиётҳои ҷарроҳии протезкунии дарғотҳо бо дараҷаи гуногуни мураккабӣ бартариӣ доштанд. ЭхоКГ дар давраи пас аз амалиёти ҷарроҳӣ динамикаи мусбиро дар шакли коҳиш ёфтани ҳаҷми дил, паст шудани фишори систоликии шараёни шушӣ (ФСШШ) ва бештар шудани фраксияи партоиши (ФП) меъдаҷаҳо нишон дод.

Саҳми шахсии муаллифи диссертатсия. Муаллиф духтури клиникавӣ ва дорои таҷриба дар соҳаи ташҳиси функционалии беморони дил мебошад, мустақилона самти илмии кори ояндаи диссертатсиониро муайян кардааст. Муаллиф шахсан ҷустуҷӯ ва таҳлили маълумотҳои адабиётро оид ба иллатҳои дарғотии дил ҳангоми бемориҳои тарбодӣ анҷом додааст. Дар ҳамҷоягӣ бо роҳбари илмӣ мақсади таҳқиқот, вазифаҳо ва усулҳои иҷроиши онҳо муайян намудааст.

Таҳлили ретроспективи хуччатҳои тиббии беморони мубталои тарбод, ташҳиси клиникӣ, функционалӣ ва асбобии беморон, таҳия ва пур кардани саволномаҳо ва қортҳои клиникии махсус барои таҳқиқот таҳияшуда аз ҷониби муаллиф мустақилона гузаронида шудааст.

Баҳодихӣ ва тафсири усулҳои биохимиявӣ ва инструменталии таҳқиқот бо табибони озмоишгоҳҳо ва шӯъбаи ташҳиси функционалии МҶИҶДР ва МД «МТШ №2 ба номи академик К.Т.Тоҷиев" (ш. Душанбе) гузаронида шудааст.

Тафсири натиҷаҳои бадастомада, тавсифи хулосаҳо ва тавсияҳо дар якҷоягӣ бо роҳбари илмӣ гузаронида шуданд.

Тасвиби диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он. Муқаррароти асосии рисола дар конфронси ҳарсолаи илмӣ ва амалии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” (солҳои 2016-2017), Семинари байналмилалӣ Лигаи Осиё ва Уқёнуси Ором бар зидди тарбод (Душанбе, 2018 с), Конгресси кардиологҳо ва терапевтҳои Осиё ва ИДМ (Душанбе, 2019 с), Симпозиуми ҷамъияти ревматологҳо (Сеул, 2019 с), конфронси ҳарсолаи илмӣ-амалии МДТ «ДТБКСТ ҚТ» (Душанбе, 2020 с), ҷаласаи комиссияи байникафедралӣ оид ба фанҳои терапевтии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” (06.03.2021, № 1) баррасӣ гардидаанд.

Ҷорикунии натиҷаи тадқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқот дар қори клиникӣ ва тиббии шӯъбаи кардиоревматологияи МД «МТШ №2 ба номи академик К.Т.Тоҷиев” ш. Душанбе, шӯъбаи бемориҳои тарбодии МД ММТ “Шифобахш”-и ҚТ қорӣ карда шудаанд. Маводи таҳқиқот дар раванди таълим дар кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” ва кафедраи терапия ва кардиоревматологияи МДТ «ДТБКСТ ҚТ» истифода бурда мешавад.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 117 саҳифа пешниҳод карда шудааст, аз муқаддима, тавсифи умумии асар, 5 боб (баррасии адабиёт, мавод ва тадқиқоти илмӣ, 2 боб, ки ба натиҷаҳои таҳқиқоти муаллиф бахшида шудаанд, муҳокимаи натиҷаҳои бадастомада), хулоса ва рӯйхати адабиётҳо иборат мебошад. Диссертатсия бо 18 ҷадвал ва 14 расм тасвир шудааст. Ба рӯйхати адабиёти истифодашуда 230 сарчашма, аз ҷумла 95 сарчашмаи ватанӣ ва 135 сарчашмаи хориҷӣ дохил карда шудааст.

Интишороти натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии диссертатсияи илмӣ дар 15 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 6 таълифот дар нашрияҳои аз тарафи ҚОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои таъбу нашри диссертатсияҳои илмӣ тавсиягардида ва 3 фишурда берун аз ИДМ ба ҷоп расидаанд.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар 2 марҳила гузаронида шудааст.

Марҳилаи аввал таҳлили ретроспективи таърихи 352 беморони гирифтори БМТД мебошад, ки дар шӯъбаи кардиоревматологияи МДТ «МТШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев» (n=30), шӯъбаи бемориҳои тарбодии МД ММТ “Шифобахш” (n=116) ва МЧКК (n=206) дар давраи солҳои 2013-2015 оид ба паҳншавии БМТД бо назардошти чинс, синну сол, ҷои истиқомат ва омилҳои номусоиди беморӣ гузаронида шудааст. Ба ин беморон бо истифода аз картаи махсус таҳияшуда, (352 бемор) хусусиятҳои демографӣ, соҳтори НТД, омилҳои барангезанда, бемориҳои ҳамрадиқ ва авориз омӯхта шудааст. Инчунин, бо

мақсади омӯзиши БМТД дар сохтори БТ мо ҳисоботи оморӣ шӯъбаҳои терапевтии МД ММТ “Шифобахш” -ро омӯхтем (n = 4716, солҳои 2006-2011).

Марҳилаи дуюм таҳқиқи амиқи беморони гирифтори БМТД (n=110) -ро дар шӯъбаи кардиоревматологияи МД “МТШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев”(n=23), шӯъбаи кардиочарроҳии МЧИҚДР (n=39) ва беморони амбулаторӣ дар дармонгоҳи донишҷӯёни МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” (n=48) дар давраи солҳои 2016-2018, ки дар он ташҳиси ҳамаҷониба барои НТД, сохтор ва басомади онҳо, маълумотҳои анамнестикӣ, омилҳои хавф, хусусиятҳои клиникӣ, авориз омӯхта шуданд ва маълумотҳои эхокардиографӣ дар зергурӯҳи беморони бо ФД ва бе ФД, дар зергурӯҳи беморони бо ФШ ва бе ФШ, инчунин дар бемороне, ки ба онҳо амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шудааст, пеш ва пас аз амалиёти ҷарроҳӣ таҳлил карда шуданд. Ҳамчунин, таҳқиқоти клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ (таҳқиқоти умумии клиникӣ, биохимиявӣ, иммунологӣ, ЭхоКГ ва СБД) гузаронида шуданд.

Таҳқиқоти клиникӣ ва функционалӣ. Тасдиқи ташҳиси НТД аз рӯи меъёрҳои ташҳисӣ муқаррар карда шуд [Калягин А.Н. ва диг., 2009]. Асосноккунии ташҳис тибқи ислоҳи 10-уми ТББ, ки аз ҷониби СУТ, Женева, 1992 таҳия шудааст (дар соли 2003 аз ҷониби Ассотсиатсияи Ревматологҳои Русия таҳия шудааст) гузаронида шуд. Бо мақсади асосноккунии омилҳои тарбодии нуқсонҳои дил мо саволнома мурағаб намудем: - дар анамнез ҷой доштани тонзиллитҳои музмин ва такроршаванда ва дигар сироятҳои омилҳои стрептококк; - меъёрҳои ташҳиси ТШТ, аз ҷумла таб ва алоими бугумӣ; - нуқсонҳои дарғоти дил; - усулҳои дастгоҳӣ (ЭхоКГ ва ғ.) ва ҳулосаҳои коршиносон;

Меъёрҳои шомил кардани беморон ба таҳқиқот:

1. Синну сол (аз 15 сола боло). 2. Ташҳиси аниқи НТД.

Тибқи саволномаи махсус таҳияшуда ба беморон таҳлили омилҳои хавф гузаронида шудааст: - мавҷудияти сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ (СШВР) – ҳангоми пайдо шудани онҳо на камтар аз 2 маротиба дар як сол; - ҳолатҳои авҷ гирифтани тонзиллит бо басомади на камтар аз 1 маротиба дар 2 сол; - сабабҳои истеъмом накардани доруҳо ва тағирёбии низоми истемоли онҳо; - речаи пешгирӣ бо битсиллин; - сармохӯрдагӣ; - мавҷудияти тағйироти сохторӣ дар дарғотҳо, норасоии дарғот ва фишор дар шараёни шушӣ тавассути ЭхоКГ муайян карда шудааст; - ҷой доштани номураттабии кори дил тавассути СБД муайян карда шудааст.

Асосноккунии ташҳиси НМКД ва марҳилаи он мутобиқи таснифи NYHA (1994) гузаронида шуд, ки дар он 4 СВ ҷой дорад. Ташҳиси ФШ тавассути ЭхоКГ дар ҳолати фишори миёнаи шараёни шушӣ (ШШ) зиёда аз 25 мм сутунҷаи симобӣ дар ҳолати оромӣ ва / ё 30 мм сутунҷаи симобӣ ҳангоми фаъолияти ҷисмонӣ гузошта шудааст.

Усулҳои инструменталии таҳқиқот

Омӯзиши эхокардиография. Ба ҳамаи беморон тавассути дастгоҳи Siemens Acuson X300 RSCCVS (Олмон) ЭхоКГ бо истифода аз санҷандаи сектори 3,5

МГц гузаронида шудааст. Андозаи ниҳоии диастоликӣ (АНД), андозаи ниҳоии систоликӣ (АНС), ҳаҷми ниҳоии диастолавӣ (ҲНД), ҳаҷми ниҳоии систоликӣ (ҲНС) ва ФП меъдачаи чап (МЧ), андозаи дахлези чап (ДЧ), инчунин андозаи дахлези рост (ДР), меъдачаи рост (МР) ва ШШ муайян карда шуданд. Фишори систоликӣ дар ШШ ҳисоб карда шудааст. Ҳолати ДМ ва дарғоти шоҳраг арзёбӣ карда шуда, майдони кушодашавии ДМ ва дараҷаи регургитация дар дарғотҳо муайян карда шуданд. Регургитацияи дарғотӣ бо истифодаи таҳқиқоти рангаи доплерӣ баҳогузорӣ карда шудааст.

Сабти барқии дил. Бақайдгирии СБД дар дастгоҳи стандартии Marquette Hellige (EC-1200) дорои 12 хатти стандартӣ дар шӯъбаи ташҳиси функционалии МЧИҚДР ва дар дастгоҳи сайёри Cardiacare (CTG-1106, Spiropro Biocare Electronics, Co.) Ltd.) дар дар шӯъбаи ташҳиси функционалии МД «МТШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев» гузаронида шудааст.

Усулҳои таҳқиқоти озмоишӣ

Дар чараёни кор озмоишҳои зерини лабораторӣ истифода шуданд: таҳлилҳои клиниқии хун ва пешоб; ташҳиси биохимиявии хун: ССР, омили тарбодӣ, коагулограмма, креатинин, мочевина, холестерин, АЛАТ ва АсАТ; усулҳои иммунологӣ барои ташҳиси сирояти стрептококк: муайян кардани антителаҳои антистрептококкӣ (АСЛ-О) бо истифода аз таҳлили иммуносорбенти ферментӣ дар заминаи лабораторияи Диамед гузаронида шуд.

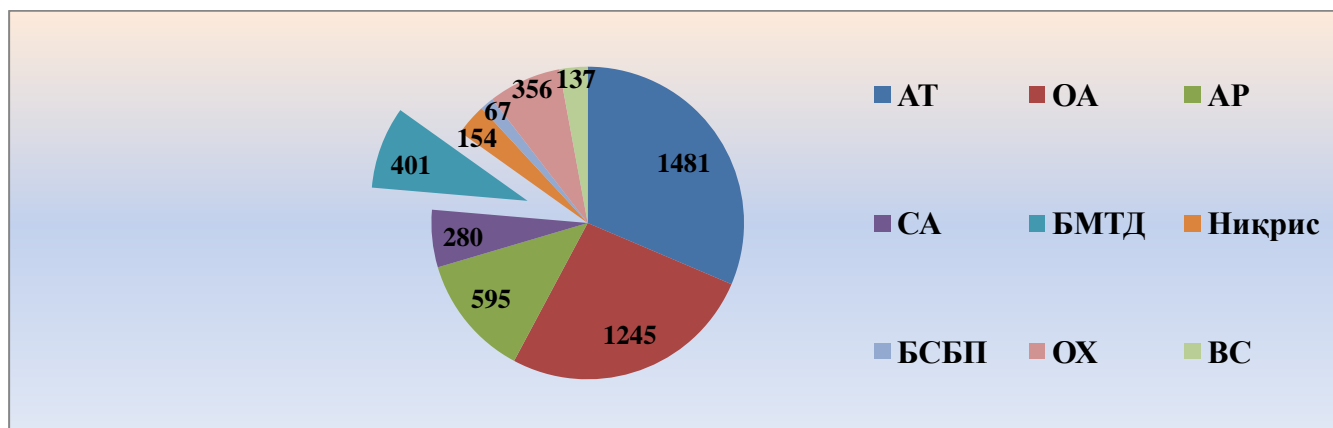
Коркарди оморӣ натиҷаҳо

Тағйирёбандаҳои миқдорӣ бо оморӣ зерин тавсиф карда шуданд: шумораи беморон, нишондиҳандаи миёнаи арифметикӣ, қавравии меъерии миёна. Тағйирёбандаҳои сифатӣ бо басомадҳои мутлақ ва нисбӣ (фоизҳо) тавсиф карда шуданд. Тафовутҳо дар сатҳи хатогии $p < 0.05$ аз ҷиҳати оморӣ муҳим доништа шуданд. Барои таҳлили ибтидоии тағйирёбандаҳои миқдорӣ, бо истифода аз озмоиши Шапиро-Уилк озмоиши муқаррарӣ гузаронида шуд. Барои муқоисаи маълумоти меъерии миқдорӣ тақсимшуда байни ҳамдигар аз меъери Студент истифода шудааст. Барои муқоисаи маълумотҳои миқдорӣ, ки тақсими онҳо аз усулҳои муқаррарӣ ғайримарбутӣ фарқ мекарданд, барои санҷишҳои интихобии мустақил ва вобаста, мутаносибан меъёрҳои Манна-Уитни ва Вилкоксон истифода шуданд. Барои арзёбии маълумоти миқдорӣ, ҷадвалҳои шадидият бо таҳлили минбаъда бо истифода аз меъёрҳои Фишер (таҳлили ҷадвалҳои 2x2) ва меъёрҳои Пирсон (барои ҷадвалҳои дигари шадидият) мурағат карда шудаанд. Ҳисобкунӣ дар компютери шахсӣ бо истифода аз Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corp., USA) ва баъдаи таҳлили маълумоти оморӣ Statistica 8.0 барои Windows (Stat Soft Inc., USA) гузаронида шуд.

НАТИҶАИ ТАҲҚИҚОТ

Солҳои охир БМТД дар сохтори БТ мавқеи намоёнро ишғол намуда баъд аз бемориҳои системавии бофтаи пайвастананда (БСБП) дар ҷои дуҷум меистанд ва таҳлили пешақии беморони бистаришуда нишон дод, ки сол то сол басомади онҳо дар як сатҳ қарор дорад. Бо мақсади омӯзиши БМТД дар сохтори БТ мо

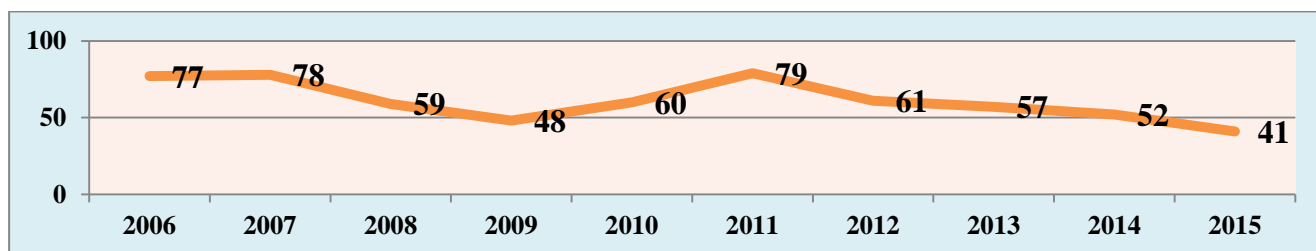
ҳисоботи омории шӯъбаҳои терапевтии ММТ "Шифобахш"- ҚТ (2006-2011) -ро таҳлил намудем.



Расми 1. -БМТД дар сохтори БТ (n=4716)

Тавре ки аз маълумотҳои расм дида мешавад, беморони гирифтори БМТД аз шумори умумии беморони БТ 8.5% (n = 401) -ро ташкил медиҳанд.

Динамикаи шумораи беморони гирифтори БМТД (n = 612) дар тӯли 10 сол, ки таъобати стационарӣ доштанд, дар расми 2 нишон дода шудааст.



Расми 2. – Динамикаи БМТД дар солҳои гуногун

Шумораи беморони гирифтори БМТД дар давраи таҳқиқотӣ дар ҳамон сатҳ буд ва танҳо дар солҳои 2009 ва 2015 кам шудани шумораи онҳо ба назар мерасид.

Мо инчунин таҳлили ретроспективии ҳуҷҷатҳои тиббии (n=352) беморони гирифтори НТД-ро дар давраи солҳои 2013-2015 гузаронидем. Аз ин шумора 244 нафар занон (69,3%), 108 нафар мардон (30,7%) ва синну соли миёна $51,6 \pm 0,5$ солро ташкил дод. Сокинони деҳа бартарӣ доштанд – 215 нафар бар зидди 137 нафар сокини шаҳр. Иллатёбии ДМ дар 188 нафар беморон рух додааст, ки аз шумори онҳо дар 69 нафар беморон стенози ДМ ва дар 47 нафар беморон норасоии ДМ, ҳамчунин нуқсонҳои омехта дар 72 нафар беморон ба қайд гирифта шудааст. Дар 141 нафар беморон нуқсонҳои ҳамҷояи ДМ ва аорталӣ ва дар 23 нафар беморон нуқсонҳои омехтаи дарғоти аорталӣ (ДА) ошкор карда шудааст.

Таҳлили омилҳои таҳриқдиҳандаи рушди беморӣ дар беморони гирифтори НТД як қатор хусусиятҳоро ошкор кард: мавқеи пешбарро ангина (65%), сармохӯрӣ (50%) ва СШВР (47%) ишғол карданд. Дар 38% -и ҳолатҳо, беморон сар задани бемориро бо ҳастагии ҷисмонӣ ва дар 25,6% -и ҳолатҳо бо шиддат гирифтани бемориҳои ҳамрадиқ марбут медонанд.

НМКД ҳамчун омили асосии пайдоиши авориз ва бистаришавии беморони гирифтори НТД эътироф шудааст, алахусус намуди фаъоли НТД, ки ҳангоми он метавонад амалиёти ҷарроҳӣ натиҷаи назаррас надихад. Ҳамаи беморони бистаришуда аломати клиникий ин ё он марҳилаи НМКД доштанд.

Тақсимои беморон аз рӯи СВ дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Ҷадвали 1. – Хусусияти беморони НТД аз рӯи марҳилаи НМКД (n=340)

| Намуди нуқсон | СВ НМКД (n=340) | | | |
|---------------------------------|-----------------|------------|-----------|----------|
| | I | II | III | IV |
| Стенози митралӣ (n=69) | 30 | 35 | 4 | - |
| Норасоғии митралӣ (n=41) | 12 | 27 | 2 | - |
| Нуқсони ҳамҷояи митралӣ (n=71) | 14 | 49 | 8 | - |
| Нуқсони митралӣ-аорталӣ (n=140) | 33 | 86 | 20 | 1 |
| Нуқсони ҳамҷояи аорталӣ (n=19) | 4 | 13 | 2 | - |
| Ҳамагӣ (n=340) | 93 | 210 | 36 | 1 |

Дар 340 нафар беморони таҳлилкардашуда ин ё он марҳилаи НМКД (96,5%) мушоҳида карда шуд. Беморони II СВ-210 (61,7%) ва I СВ-93 (27,3%), дар маҷмӯъ 303 (89%)-ро ташкил доданд. Бо III СВ 36 бемор муайян карда шуд ва танҳо як бемор IV СВ НМКД дошт. Дар беморони бо III ва IV СВ НМКД нуқсонҳои ҳамҷояи ДМ ва аорталӣ ба қайд гирифта шудаанд.

Дар даҳсолаҳои охир, муҳаққиқон махсусан ба бемориҳои ҳамрадиф ва таъсири онҳо ба ҷараён ва пешгуи як бемории мушаххас, инчунин мушкилот дар интиҳоби тактикаи табобати он таваҷҷӯҳи хоса доранд. Ҳангоми БМТД мавқеи пешсафро дар бемориҳои ҳамрадиф бемориҳои узвҳои нафаскашӣ (28,1%), фишорбаландии шараёнӣ (17,3%) ва пиелонефрит (10,7%) ишғол мекунанд. Ин далелро бо хусусиятҳои гемодинамикаи беморони дорои нуқсонҳои дил бо аворизи НМКД шарҳ додан мумкин аст.

Хусусиятҳои авориз дар 274 нафар беморон нишон доданд, ки номурагтабии кори дил бо намуди ФД ва экстрасистолаҳои меъдачагӣ, инчунин ФШ (50,7%), ки дар аксари ҳолатҳо аворизи НДМ доранд, бо басомади баландтарин –59,4% мушоҳида шудааст. Дар ҳар як бемори сеюми гирифтори НТД компонентҳои НМКД, аз қабилҳои астмаи дил, фибрози ҷигар, гидроторакс ва ассит пайдо шуданд (39,4%).

Мушоҳидаи динамикӣ (2006-2015) дар беморони гирифтори НМКД аз амалияи воқеии таъин кардани доруҳо як қатор тағиротҳо ба манфиати афзоиши басомади истифодаи доруҳо аз гурӯҳи ингибиторҳои ангиотензини табдилдиҳандаи фермент (71,7% дар таносуби ба 88,3%) ва β-блокаторҳо (63% дар таносуби 73,4%)-ро ошкор намуданд. Чунин нишондиҳандаҳо ҳангоми таъин кардани антагонистҳои ретсептори ангиотензини II ба қайд гирифта шудааст. Басомади истеъмоли онҳо дар соли 2006 8,9% ва дар соли 2015 - 19,7%, яъне 2 маротиба афзоиш ёфтааст. Басомади истеъмоли диуретикҳо тақрибан дар ҳамон сатҳ аст (мутаносибан 86,3 ва 83,7). Тамоюл ба афзоиш дар табобати беморони гирифтори НТД ҳангоми таъин намудани доруҳои антиагрегантӣ ба мушоҳида мерасад (аз 59,2% то 73,4%).

Мувофиқи ҳадафҳои таҳқиқоти перспективӣ арзёбии мукаммали чараёни клиникӣ ва муайянкунии пешгӯиҳои оқибатҳои номусоиди БМТД гузаронида шуданд. Дар маҷмӯъ, 110 беморони гирифтори НТД муоина шуданд, 30 нафар мардон (27,3%) ва 80 (72,7%) нафар занон; синну соли миёна = 50,8 сол ± 12-ро ташкил дод. Мувофиқи маълумоти ЭхоКГ сохтор ва басомади нуқсонҳои дил дар ҷадвали 2 оварда шудааст.

Ҷадвали 2. – Сохтор ва басомади нуқсонҳои тарбодии дил (n=110)

| Намуди нуқсон | Ҷинс | | Синну соли миёна | НМКД | | | | |
|--|------|------|------------------|------|----|----|-----|----|
| | Зан | Мард | | 0 | I | II | III | IV |
| Стенози ДМ (n=6) | 5 | 1 | 50,5 | - | 1 | 4 | 1 | - |
| Норасогии ДМ (n=7) | 5 | 2 | 44,8 | 1 | 2 | 4 | - | - |
| Нуқсони ҳамҷояи ДМ (n=44) | 36 | 8 | 52,9 | 1 | 18 | 24 | - | 1 |
| Нуқсони митралӣ-аорталӣ (n=35) | 23 | 12 | 51,9 | - | 11 | 16 | 6 | 2 |
| Нуқсони митралӣ-аорталӣ-трикуспидалӣ (n=8) | 7 | 1 | 41 | - | 1 | 4 | 3 | - |
| Нуқсони митралӣ-трикуспидалӣ (n=1) | - | 1 | 59 | - | - | - | 1 | - |
| Нуқсони аорталӣ (n=9) | 4 | 5 | 49,3 | - | 3 | 4 | 1 | 1 |

Тавре ки аз маълумоти ҷадвал дида мешавад, занон дар таносуби мардон бартарӣ доштанд - 72,7% ва 27,3%. Таҳлили хусусиятҳои сохтори нуқсонҳои дил бартари НДМ - 57 (51,8%) -ро нишон дод, ки дар байни онҳо басомад стенози ДМ - 6 (10,5%), норасогии ДМ - 7 (12,2%) ва нуқсони ҳамҷояи ДМ 44 (77,2%) мебошад. Аз 53 (48,1%) ҳолат- нуқсони омехтаи митралӣ-аорталӣ дар 35 (31,8%) ҳолат, митралӣ-аорталӣ-трикуспидалӣ дар 8 (7,2%) ҳолат, митралӣ-трикуспидалӣ дар 1 (0,9%) ҳолат ва дар 9 бемор нуқсони аорта (8,1%) ба қайд гирифта шуд.

Маълумоти анамнез ва натиҷаҳои басомади омилҳои хавф нишон доданд, ки дар 13 (11,8%) беморон ташҳиси НТД дар кӯдакӣ ё наврасӣ муқаррар карда шудааст. Аз ин шумор, 3 нафар беморон аломатҳои мукаммали ТШТ доштанд ва 10 нафар беморон нуқсони дарғоти дил дар асоси аускултатсияи дил гузошта шудааст. Дар 88,2% -и ҳолатҳо, ҳангоми ҷамъовариҳои анамнез, муайян кардани нишонаҳои ТШТ ғайриимкон буд ва синну соли миёнаи ташҳискунии НТД 43,7 ± 3,3 солро ташкил дод. Дарёфти тасодуфии НТД ҳангоми хидмат дар сафи Артиши миллӣ дар 6 нафар ва дар 4 бемор ҳангоми ҳомиладорӣ ба мушоҳида расидааст. Омилҳои ирсӣ дар 17 бемор (15,4%) ҷой доштанд.

Маълумоти мо нишон дод, ки сабабҳои мурочиати беморон ба духтурон дар аксари ҳолатҳо нишонаҳои клиникии НМКД буданд, 68 нафар (61,8%), камтар аз он номурааттабии кори дил - 36 нафар (32,7%), кардиалгия - 6 нафар (5,5%). Аз шумораи умумии беморони мушоҳидашуда танҳо 2 нафарашон ягон нишони норасоии кори дил надоштанд. Беморони гирифтори норасоии гардиши СВ I ва II бартарӣ доштанд: СВ I - 32,7% (n = 36), СВ II - 50,9% (n = 56), ки 83,6% -ро ташкил дод. Ҳиссаи беморони гирифтори СВ III ва IV 14,5% -ро ташкил медиҳад (СВ III - 10,9% (12), СВ IV - 3,6% (4)). Беморони гирифтори НМКД аксар вақт чунин шикоятҳо доштанд: норасогии нафаскашӣ (85,5%), дилзанӣ (61,9%),

ноҷӯрии кори дил (57,9%), дард дар мавзеи дил (39%), дарди сар (54,1%), сарчархзанӣ (49,8%), вазнинӣ дар зеркабурғаи рост (21,9%).

Мо бо мақсади баҳодиҳии вазнинии НМКД тағйирёбии нишондиҳандаҳои эхокардиографияи дилро таҳлил кардем. 57 нафар беморон бо НДМ чудо карда шудаанд: занон – 46 нафар, мардон – 11 нафар; синну соли миёна 51,7 солро ташкил дод. 13 нафар беморони гирифтори нуқсони танҳои ДМ (стенози ДМ - 6 нафар (10.5%) ва норасоии ДМ - 7 нафар (12.2%)), 44 нафар (87%) беморони гирифтори нуқсони ҳамҷояи ДМ. Ба ҳамаи беморон тадқиқоти ЭхоКГ ҳангоми нафаскашии ором гузаронида шуданд (Чадвали 3).

Чадвали 3.-Тағйирёбии нишондиҳандаҳои ЭхоКГ дар беморони НДМ (n=57)

| Нишондиҳанда | Басомади муайянкунӣ | | Меъёр |
|--------------|---------------------|----|--------------------|
| | Abs. | % | |
| ДЧ, мм | 55 | 96 | <40 |
| ДР, мм | 29 | 50 | <38 |
| АНД МР, мм | 25 | 43 | <30 |
| ҲНД МЧ, мл | 15 | 26 | 3:59-138; М:96-157 |
| АНД МЧ мм | 9 | 15 | <56 |
| ҲНС МЧ, мл | 12 | 21 | 3:18-65; М:33-68 |
| АНС МЧ, мм | 6 | 10 | <43 |

Маълумоти нишондодҳои эхокардиографӣ басомади баланди тағйирёбии ДЧ (96%) ва қисми рости дилро нишон медиҳад: калоншавии ДР (50%) ва АНД-и МР (43%). Басомади тағйирёбии МЧ, аз рӯи нишондоди АНД ва АНС мутаносибан дар ин гуруҳи беморон дар 15% ва 10% рух медиҳанд.

Дар 19 нафар (17,2%) аз 110 нафар беморони НТД тромб дар ДЧ ошкор карда шуд. Ҳамзамон, таҳлили ретроспективи қаблан гузаронидашудаи беморони гирифтори НТД (n =352) нишон дод, ки тромб дар ДЧ танҳо дар 3,6% ҳолатҳо муайян шуда буд.

ФД бо басомади баландтарин дар беморони НТД мушоҳида карда шуд - 39,1% (n = 43). Бо мақсади омӯзиши таъсири ФД ба чараёни НМКД беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд. Синну соли миёнаи беморон бо ФД нисбат ба беморони бе ФД хеле калон ($p>0.05$) ва мутаносибан 52.3 ± 1.3 ва 49.9 ± 1.71 буд (чадвали 4).

Чадвали 4. – Аломатҳои гемодинамикии беморон бо ФД ва бе ФД

| Нишондиҳандаи ЭхоКГ | Бо ФД (n=43) | Бе ФД (n=67) | P |
|------------------------|--------------|--------------|--------|
| ДЧ (мм) | 59,6±3,1 | 48,6±2,9 | <0,001 |
| ДР (мм) | 47,6±2,8 | 36,9±2,2 | <0,001 |
| МР (мм) | 31,7±2,4 | 27,4±1,9 | <0,01 |
| АНД (мм) | 50,2±3,8 | 48,01±3,2 | >0,05 |
| АНС (мм) | 35,9±2,9 | 32,04±2,6 | >0,05 |
| SMo (см ²) | 1,5±0,04 | 1,9±0,06 | <0,001 |
| ФСШШ мм.рт.ст. | 53,04±3,6 | 42,3±3,1 | <0,001 |
| ФП% | 54,02±3,7 | 58,5±3,8 | >0,05 |

эзоҳ: p – нишондоди омории фарқи нишондоди байни гуруҳҳо (аз рӯи U-меъёри Манна-Уитни)

Тавре ки аз маълумоти ҷадвал дида мешавад, дар беморон бо ФД, андозаи ДЧ нисбат ба зергурӯҳ бе ФД калонтар буданд - мутаносибан 59.6 ± 3.1 ва 48.6 ± 2.9 ($p < 0.001$). Дар зергурӯҳи беморон бо ФД, тангшавии назарраси майдони сӯроҳаи атриовентрикулярӣ (SMo) ба мушоҳида мерасид - мутаносибан $1,5 \pm 0,04$ ва $1,9 \pm 0,06$.

Мо хусусиятҳои клиникӣ ва гемодинамикии ФШ-ро дар беморони гирифтори НДМ омӯхтем. Баҳодиҳии вазнинии дараҷаи ФШ дар беморони гирифтори НДМ аз рӯи таснифоти зерин муайян карда шуд: I дар. - ФСШШ $>30 < 50$ мм сут.сим., II дар. - ФСШШ $>50 < 80$ мм сут.сим., III дар. - ФСШШ - зиёда аз 80 мм сут.сим. Аз шумораи умумии беморон, 17 нафар (29.9%) нишонаҳои ФШ надоштанд ва 40 нафар (70.1%) ФШ-и дараҷаи гуногун доштанд: I дар.-21 нафар беморон; II дар. - 16 нафар беморон; III дар. - 4 нафар беморон. Ҳамаи беморони гирифтори ФШ ба душвории нафаскашӣ (100%) шикоят доштанд; дар ҷои дуюм беморон аз тез мондашавӣ шикоят доштанд, ки басомади он бо вазнинии дараҷаи ФШ зиёдтар мешуд. Кардиалгия нисбатан камтар мушоҳида шуд (50%). Аксенти садои дуюми дил дар болои ШШ бо басомади баланд 89,4% ва 100% ҳангоми ФШ дараҷаи дуюм ва сеюм шунида мешуд. Мо таҳлили ЭхоКГ-и беморони гирифтори ФШ ($n=40$) ва бидуни ФШ ($n=17$) -ро анҷом додем, ки натиҷаҳо дар ҷадвали 5 оварда шудаанд.

Ҷадвали 5. - Тағйирёбии нишондодҳои ЭхоКГ-и дил дар беморон бо ҷой доштан ва надоштани аломатҳои фишорбаландии шушӣ

| Нишондиҳанда | Беморон бо ФШ ($n=40$) | Беморон бе ФШ ($n=17$) | P |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|
| ДЧ, мм | $58,25 \pm 3,7$ | $46,6 \pm 3,2$ | $< 0,01$ |
| ДР, мм | $44,9 \pm 3,1$ | $33,8 \pm 2,8$ | $< 0,01$ |
| АНД МР, мм | $30,8 \pm 2,6$ | $25,5 \pm 2,4$ | $< 0,05$ |
| ФСШШ мм.сут сим. | $57,6 \pm 3,1$ | $25,2 \pm 2,1$ | $< 0,001$ |
| АНД МЧ, мм | $47,1 \pm 3,4$ | $51,8 \pm 3,6$ | $> 0,05$ |
| АНС МЧ, мм | $33,3 \pm 2,4$ | $34,8 \pm 2,5$ | $> 0,05$ |
| ҲНД МЧ, мл | $106,3 \pm 7,6$ | $133,0 \pm 8,2$ | $< 0,01$ |
| ҲНС МЧ, мл | $47,9 \pm 3,4$ | $52,8 \pm 3,9$ | $> 0,05$ |
| ФП МЧ, % | $55,6 \pm 4,1$ | $60,0 \pm 4,7$ | $> 0,05$ |

эзоҳ: p – нишондоди статистикуи фарқи нишондоди байни гуруҳҳо (аз рӯи U-меъёри Манна-Уитни)

Тавре ки аз маълумотҳои ҷадвал дида мешавад, андозаи ДЧ аз ҷиҳати оморӣ ба таври назаррас дар беморони ФШ баландтар мебошад ($p < 0.01$) (58.25 ± 3.7 ва 46.6 ± 3.2), инчунин андозаи ДР (44.9 ± 3.1 ва 33.8 ± 2.8 , $p < 0.01$) нисбат ба гурӯҳи беморони бе ФШ баландтар мебошад. Дар зергурӯҳи беморони гирифтори ФШ афзоиши омории муҳим ($p < 0.001$) дар ФСШШ (57.6 ± 3.1 нисбат ба 25.2 ± 2.1) ба қайд гирифта шуд.

Имкониятҳои муосири ҷарроҳии дил имкон доданд, ки ҷавти пеш аз ҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори нуқсонҳои дил хеле кам карда шавад. Аз 110 нафар беморон танҳо ба 43 нафарашон (39,1%) амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шуд: ба 8 нафар комиссуротомияи тавассути меъдачагии пӯшидаи

митралӣ (КТПМ), ба 35 нафар - протезкуни: 4 протезкуни ДА, 5 протезкуни ДА ва ДМ ва ба 26 бемор протезкуни ДМ гузаронида шуд.

Як зергурӯҳи беморон ($n=26$) бо НДМ чудо карда шуда, дар онҳо нишондодҳои эхокардиография дар давраи пеш ва пас аз амалиёти ҷарроҳӣ ба таври муфассал омӯхта шуд. Синну соли миёнаи беморон $50,1 \pm 7,7$ сол буд. Аз шумораи умумии беморон, 2 нафар (7,7%) стенози ДМ доштанд; дар 4 нафар (15,3%) – норасоии ДМ ва дар 20 нафар (77%) нуқсони ҳамҷояи ДМ ба мушоҳида мерасид. Тибқи нишондоди ЭхоКГ нишондодҳои ДЧ ва ДР дар беморони нуқси ҳамҷояи ДМ нисбатан баландтар буданд (мутаносибан 60.0 ± 4.2 ва 47.0 ± 3.2 мм). Нишонҳои ФСШШ дар беморони стенози ДМ баландтар буданд (68.5 ± 4.8 мм). АНД ва АНС МЧ дар беморони норасоии ДМ (мутаносибан 60.75 ± 5.2 ва 45.25 ± 3.3 мм) баландтар буданд. Ба ҳамаи 26 нафар беморон дар шароити гардиши сунъии хун амалиёти ҷарроҳии протезкуни ДМ гузаронида шуд. Давраи назорат 1 сол буд ва ба беморон се маротиба муоинаи ЭхоКГ гузаронида шудааст: пеш аз амалиёти ҷарроҳӣ, дар давраи бармаҳали баъдиҷарроҳӣ (10-14 рӯз) ва пас аз 6-12 моҳи пас аз амалиёти ҷарроҳӣ. Динамикаи нишондиҳандаи гемодинамикӣ дар ҷадвали 6 оварда шудааст.

Ҷадвали 6. – Динамикаи нишондиҳандаҳои ЭхоКГ то амалиёти ҷарроҳӣ, дар давраҳои бармаҳал ва дери пас аз амалиёти ҷарроҳӣ ($n=26$)

| Нишондиҳанда | То амалиёти ҷарроҳӣ | Дар давраи бармаҳали пас аз амалиёти ҷарроҳӣ | Дар давраи дери пас аз амалиёти ҷарроҳӣ | Меъёри Фридман |
|--------------------|---------------------|--|--|----------------|
| ДЧ, мм | $59,0 \pm 3,2$ | $53,5 \pm 3,1$ $p_1 > 0,05$ | $47,33 \pm 2,8$ $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,05$ | $< 0,001$ |
| ДР, мм | $46,5 \pm 2,7$ | $42,6 \pm 2,5$ $p_1 > 0,05$ | $37,2 \pm 2,2$ $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,05$ | $< 0,001$ |
| АНД МР, мм | $31,5 \pm 2,1$ | $29,8 \pm 1,9$ | $27,7 \pm 2,3$ | $> 0,05$ |
| ФСШШ, мм.сут. сим. | $54,1 \pm 3,7$ | $43,03 \pm 3,1$ $p_1 < 0,01$ | $35,8 \pm 2,6$ $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,05$ | $< 0,001$ |
| АНД МЧ, мм | $48,6 \pm 3,2$ | $49,5 \pm 3,3$ | $48,6 \pm 3,1$ | $> 0,05$ |
| АНС МЧ, мм | $34,3 \pm 2,6$ | $35,6 \pm 2,8$ | $33,04 \pm 2,4$ | $> 0,05$ |
| ҲНД МЧ, мл | $112,9 \pm 8,4$ | $116,6 \pm 9,1$ | $109,2 \pm 7,8$ | $> 0,05$ |
| ҲНС МЧ, мл | $50,3 \pm 4,1$ | $55,03 \pm 4,3$ | $45,5 \pm 3,9$ | $> 0,05$ |
| ФП МЧ % | $55,8 \pm 4,2$ | $53,2 \pm 3,9$ | $59,5 \pm 4,6$ | $> 0,05$ |

эзоҳ: p_1 – фарқияти омории нишондиҳандаҳо дар таносуб то амалиёти ҷарроҳӣ, p_2 – фарқияти омории нишондиҳандаҳо дар таносуб дар давраи бармаҳали пас аз амалиёти ҷарроҳӣ (аз рӯи Т-меъёри Вилкоксон)

Тавре аз маълумоти дар ҷадвал дида мешавад, ба андозаи ДЧ дар давраи бармаҳал ва дери пас аз амалиёти ҷарроҳӣ коҳиш меёбад (аз 59 мм то 47,33 мм), вале ба эътидол намеояд. Динамикаи қисмҳои рости дил чунин аст: андозаи ДР-

46,5 мм; 42,6 мм; 37,2 мм ва МР - 31,5 мм 29,8 мм ва 27,7 мм. ФМШШ дар давраи пас аз чарроҳӣ ба таври назаррас ($p_1 < 0.001$; $p_2 < 0.05$) коҳиш меёбад аз 54.1; 43,03 то 35,8 мм сут.симоб. Дар давраи дери баъдичарроҳӣ низ динамикаи мусбии ФП МЧ ба назар мерасад (аз 55,8% дар давраи пеш аз амалиёти чарроҳӣ то 59,5% дар давраи пас аз амалиёти чарроҳӣ)

Хулоса

Натиҷаҳои асосии илмӣ диссертатсия

1. Таҳлили 10-солаи ҳуҷҷатҳои тиббии беморони табобатгирифта нишон дод, ки дар сохтори БТ-и беморхона, беморони гирифтори БМТД 8,5%-и аз шумораи умумӣ ташкил медиҳад ва динамика дар заминаи солҳо устувории басомади онҳоро нишон медиҳад. Ҳангоми омӯзиш дар давраи солҳои 2013-2015 дар се муассисаи тиббии шаҳри Душанбе 352 нафар беморони НТД таҳлил карда шуданд ва маълум гардид, ки занҳо аксариятро-244 нафар (69,3%) ташкил медиҳанд (синну соли миёна $51,6 \pm 0,5$ сол), ҳамчунин бартарияти сокинони деҳот (61,1%) муайян гардид. Устувории басомади БМТД дар ҷумҳурӣ миқёси мушкилотро ошкор мекунад ва имкон намедиҳад, ки БТД ҳамчун нозологияи азбайнраванда ва ҳалшуда баррасӣ карда шавад [2-М, 4-М, 5-М, 6-М, 7-М, 11-М].

2. Ҳангоми омӯзиши сохтори иллатҳои дарғотӣ бартарият ба беморони гирифтори НДМ - 53.4% ($n = 188$) дода шуд ва аксарияти беморон (96.5%), ки бистарӣ гардидаанд, ин ё он марҳилаи НМКД доштанд, ки дар вазниншавии ҳолаташон ҷой доштани бемории ҳамрадиф мавқеи муайян дошт. Таҳлили сохтори бемориҳои ҳамрадиф дар беморони таҳлилкардашуда нишон дод, ки мавқеи пешсафро фишорбаландии шараёнӣ (17,3%), БИД (1,4%), гастропатия (8,5%) ва анемия (3,6%) ишғол мекунанд. Сабабҳои асосии мурочиати беморон ҷой доштани аломатҳои НМКД дар 68 нафар (61,8%), вайроншавии назм – дар 36 нафар (32,7%), дарди дил (кардиалгия) – дар 6 нафар (5,5%) буданд [2-М, 9-М, 10-М, 12-М].

3. Маълумоти анамнез ва таҳлили омилҳои хавф як қатор хусусиятҳои басомад ва сохтори онҳоро ошкор карданд. Танҳо дар 13 кӯдакони (11,8%) гирифтори беморони гирифтори НТД дар кӯдакӣ ташхис гузошта шуда буд. Дар 3 нафари онҳо аломатҳои мукаммали ТШТ мушоҳида карда шуд ва дар 88,2% ҳолатҳо, муайян кардани аломатҳои ТШТ дар анамнез имконнопазир буд. Ин ҳолатҳо аз дастрасии пасти ревматологҳои кӯдакони дар минтақаҳо ва шаҳрҳои ҷумҳурӣ ва набудани скрининги кӯдакон барои ташхиси НТД шаҳодат медиҳад. Дар рӯйхати омилҳои таҳриқдиҳандаи БМТД зуд-зуд мубталошавӣ ба ангина (79%), сармохӯрдагӣ (23,6%) бартарӣ доштанд ва анамнези тӯлкашидаи ирсии тарбодӣ дар 17 нафар (15,4%) беморон ҷой дошт [1-М, 3-М, 8 - М, 13-М, 15-М].

4. Тибқи маълумоти ЭхоКГ, дар 57 нафар беморони гирифтори НДМ тағйирёбии нишондодҳои даҳлезҳои чап ва рост ва меъдачаи рост мутаносибан дар 96, 50 ва 43% ҳолатҳо ташхис карда шуданд. 39,1% беморон фибриллятсияи даҳлезҳо доштанд ва аз рӯи нишондодҳои клиникӣ ва эхокардиографӣ дар 68,1%

беморон ишонаҳои фишорбаландии шушӣ чой дошт. Мавҷудияти фибрилятсияи дахлезҳо ва фишорбаландии шушӣ дар беморони гирифтори НТД ба нишондодҳои гемодинамикаи дохили дил таъсири манфӣ мерасонад [3-М, 12-М, 14-М].

5. Аз 110 нафар беморон танҳо ба 43 нафар (39,1%) амалиёти чарроҳӣ дар дил гузаронида шуд, аз он ҷумла ба 26 нафар беморон амалиёти чарроҳии протезкунии дарғоти митралӣ гузаронида шудааст. Назорати эхокардиографии динамикӣ дар давраи бармаҳал ва дери пас аз амалиёти чарроҳӣ дар 26 нафар беморони чарроҳишуда бехтаршавии нишондодҳои эхокардиографиро дар шакли коҳиш ёфтани андозаи ДЧ аз 59 то 47 мм, дар қисми рости дил: ДР аз 46 то 37 мм, МР аз 31 то 27 мм ва пастшавии ФСШШ аз 54 то 35 мм сут. симобиро нишон дод. Аммо, натиҷаҳои амалиёти чарроҳӣ ҳанӯз ҳам аз раванди тарбодӣ ва пешгирии такроршавии ТШТ вобастаанд, ки дар он пешгирӣ ва мушоҳидаи минбаъдаи ревматолог зарур аст [3-М, 14-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Набудани аломатҳои баръалои клиникии ТШТ ва анамнези тарбодӣ дар беморони гирифтори БМТД боиси афзоиш ва илова шудани НМКД, номурагтабии кори дил, фишорбаландии шушӣ мегарданд, ки ба рафти клиникӣ таъсири манфӣ расонида, самаранокии табобатро паст мекунад. Ин дар ниҳояти қор сабабгори аворизи бебозгашти дил гардида, табобати дарозмуддати консервативӣ ва амалиётҳои мураккаби чарроҳиро тақозо мекунад.
2. Дар протоколҳои таҳлили стандартии беморони НТД илова бар анамнези тарбодӣ ворид кардани натиҷаҳои ҳолати функционалии узвҳои дохилӣ бо тавачҷӯх ба таҳлили эхокардиографӣ қобили қабул мебошад.
3. Табобати беморони НТД ҳамкориҳои духтурони ихтисосҳои гуногун (кардиологҳо, ревматологҳо, чарроҳони дил) ва сари вақт барои муолиҷаи чарроҳӣ фиристодани онҳоро тақозо мекунад.
4. Мавҷудияти аломатҳои клиникии атипикӣ ва аксар номуайяни ТШТ дар беморони гирифтори НТД, ки сабаби асосии маъҷубии бармаҳал ва фавти онҳо мебошад, зарурати сари вақт ошкор ва назорати омилҳои номусоидро тақозо мекунад.
5. Диспансеризатсия ва скрининги даврии эхокардиографии беморони гирифтори БМТД омили ошкоркунии барвақтӣ, пешгирӣ, табобати мукаммали саривақтӣ, коҳиш додани маъҷубӣ ва баланд бардоштани сифати зиндагии беморонро мусоидат мекунад.

Фехристи интишороти довталаби дарёфти дарачаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризишаванда:

- [1-М] Курбонова Ф.У. Острая ревматическая лихорадка и ХРБС: современное состояние вопроса /Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Т.Н. Зиёев //Журнал «Вестник АМН».- Душанбе.- 2018.-Т.-8.- №2.-С.- 278-285.
- [2-М] Курбонова Ф.У. Комплексная оценка ревматических пороков сердца на стационарном этапе/Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Г.М. Раджабова//Журнал «Вестник АМН».- Душанбе.-2019.-Т.-32.- №4.- С.- 380-386.
- [3-М] Курбонова Ф.У. Предикторы неблагоприятного прогноза ревматических пороков сердца/Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Р.М. Раджабов, Г.М. Раджабова//Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2020.-№2.-С.-32-40.
- [4-М] Курбонова Ф.У. Остеоартроз в ассоциации с кардиоваскулярной патологией иметаболической патологией/Ф.У. Курбонова, Н.Т. Ахунова, Г.Н. Каримова, С.М. Шукурова//Журнал «Вестник АМН».- Душанбе.-2017.-№1(21).-С.-107-113.
- [5-М] Курбонова Ф.У. Современный взгляд на коморбидность при ревматоидном артрите/Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев, Х.М. Алиев//Журнал «Вестник АМН».- Душанбе.-2017.-Т.-33.- №3.- С.-114-119.
- [6-М] Курбонова Ф.У. Характеристика сопутствующей патологии при ревматических заболеваниях/Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев, М.Ф. Абдуллоев//Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.- 2019.- №4.-С.-91-97.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда:

- [7-М] Курбонова Ф.У. Распространенность ревматических жалоб среди взрослого населения Республики Таджикистан /Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Н.Т. Ахунова, З.Д. Хамроева, Б.Р. Шодиев //Журнал «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана».- Душанбе.- 2015. -№3 -С.-46-53.
- [8-М] Курбонова Ф.У. ХРБС в структуре ревматических заболеваний на госпитальном этапе /Ф.У. Курбонова, З.Т. Диярова //Материалы научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука: достижения и перспективы».- 2016.-С.- 53.
- [9-М] Курбонова Ф.У. Сопутствующая патология у больных ревматическими заболеваниями /Ф.У. Курбонова, Б.Р. Шодиев, Ф.Б. Шарифзода //Материалы научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука: достижения и перспективы».- 2016.-С.- 109.
- [10-М] Kurbanova F.U. Chronic rheumatic heart disease place in rheumatic disorders structure at the hospital level/F.U. Kurbonova, M.F. Ishankulova, S.M. Shukurova //7-й съезд ревматологов, Москва.-2017.- 55.-Р.-141-142.
- [11-М] Курбонова Ф.У. Клинико-демографическая характеристика болезней костно-мышечной системы/Ф.У. Курбонова, М.Ф. Абдуллоев, С.М. Шукурова//Журнал «Вестник АМН».- Душанбе.- 2018.-С.-19-22.

[12-М] Курбонова Ф.У. Современный взгляд на лечение и профилактику хронической ревматической болезни сердца и острой ревматической лихорадки/Ф.У. Курбонова, М.Б. Асомудинова, С.М. Шукурова//Журнал «Вестник АМН».- Душанбе.-2018.- С.-51-55.

[13-М] Qurbonova F.U. Features of joint syndrome and treatment specifics in the population of Tajikistan/F.U. Qurbonova, Z.D. Namroeva, S.M. Shukurova//Tokyo-Moscow International Medical Forum.-2018.-P.-91.

[14-М] Курбонова Ф.У. Возможности эхокардиографической диагностики при ревматических пороках сердца/Ф.У. Курбонова, С.М. Шукурова, Г.М. Раджабова, М. Эшонкулова//Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний»-2019.-С.- 239.

[15-М] Qurbonova F. Clinical Features of Rheumatic Heart Diseases in Population of Tajikistan/F. Qurbonova, S. Shukurova//Journal of Rheumatic Diseases Vol. 26, Suppl. 1, May, 2019 Official Journal of Korean College of Rheumatology S 456.

Фехристи ихтисораҳо

АНД МЧ – андозаи ниҳоии диастоликии меъдачаи чап
АНС МЧ – андозаи ниҳоии систоликии меъдачаи чап
АР – артрити реактивӣ
АСЛ-О – антистрептолизин О
АТ – артрити тарбодмонанд
БИД – бемории ишемиявии дил
БМТД – бемориҳои музмини тарбодии дил
БСБП – бемориҳои системавии бофтаҳои пайвастананда
БТ – бемориҳои тарбодӣ
БТД – бемории тарбодии дил
ВС – васкулити системиявӣ
ДА – дарғоти аорталӣ
ДМ – дарғоти митралӣ
ДР – даҳлези рост
ДЧ – даҳлези чап
МР – меъдачаи рост
МЧ – меъдачаи чап
НДМ – нуқсони дарғоти митралӣ
НМКД – норасогии музмини кори дил
НТД – нуқсонҳои тарбодии дил
ОА – остеоартроз
ОХ – остеохондроз
СА – спондилоартритҳо
СБД – сабти барқии дил
СВ – синфи вазифавӣ
ССР – сафедаи с-реактивӣ
ТШТ – табларзаи шадиди тарбодӣ
ФД – фибриллятсияи даҳлезҳо
ФП – фраксияи партоиш
ФСШШ – фишори систоликии шараёни шушӣ
ФШ – фишорбаланшии шушӣ
ҲНД МЧ – ҳаҷми ниҳоии диастоликии меъдачаи чап
ҲНС МЧ – ҳаҷми ниҳоии систоликии меъдачаи чап
ШШ – шараёни шушӣ
ЭхоКГ – эхокардиография
GBD – Global Burden of Disease
NYHA – New York Heart Association
WHF – World Heart Federation

АННОТАЦИЯ
Курбонова Фарзона Убайдуллоевна
Клинико-функциональные аспекты хронической ревматической болезни сердца у
жителей Республики Таджикистан

Ключевые слова. Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС), ревматические пороки сердца (РПС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), легочная гипертензия (ЛГ), эхокардиография (ЭхоКГ).

Цель исследования. Совершенствовать раннюю диагностику ХРБС путём изучения распространённости, клинико-гемодинамических особенностей и целесообразности включения в комплекс лечения методов хирургической коррекции.

Методы исследования и использованная аппаратура. Объектом исследования явились 110 пациентов с ХРБС, которым проводилось комплексное обследование, изучались провоцирующие факторы, особенности клинического течения и внутрисердечная гемодинамика методом ЭхоКГ. Параллельно проводился ретроспективный анализ историй болезней 352 пациентов с ХРБС, госпитализированных за период 2013-2015 гг. в трех медицинских учреждениях г. Душанбе. Также с целью изучения ХРБС в структуре ревматических заболеваний (РЗ) нами изучались статистические отчеты терапевтических отделений НМЦ «Шифобахш» за 2006-2011 гг. В работе применялись современные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования (СРБ, ревматоидный фактор, коагулограмма, АлАТ, АсАТ, титры АСЛ-О, ЭКГ, ЭхоКГ).

Полученные результаты и их новизна. Частота ХРБС в структуре РЗ на госпитальном этапе составляет 8,5%. Анализ структуры РПС показал преобладание больных с поражением митрального клапана – 53,4%. Большинство больных (96,5%), которые были госпитализированы в стационар, имели ту или иную стадию ХСН, в прогрессировании которой существенное значение имело наличие коморбидной патологии. Среди сопутствующих заболеваний у больных РПС преобладали артериальная гипертензия (17,3%), гастропатии (8,5%) и анемии (3,6%). Среди причин обращения больных за стационарной помощью, помимо ХСН, были аритмии (32,7%) и кардиалгии (5,5%). В перечне провоцирующих факторов ХРБС превалировали частые ангины (79%) и переохлаждение (23,6%), а отягощённый наследственный анамнез по ревматическим болезням имел место у 15,4% больных. Гемодинамические исследования у больных с РПС выявили ряд особенностей в виде ремоделирования левых и правых отделов сердца, а наличие фибрилляция предсердий и ЛГ негативно влияли на показатели внутрисердечной гемодинамики. ЭхоКГ картина после проведённых хирургических вмешательств показала положительную динамику в виде уменьшения объёмов полостей сердца, снижения систолического давления в легочной артерии и улучшения фракции выброса желудочков.

Рекомендации по использованию. В протоколы стандартного диагностического поиска больных с РПС, помимо ревматического анамнеза, необходимо включить результаты функционального состояния внутренних органов, с акцентом на ЭхоКГ обследование. Терапия больных РПС требует взаимодействия между врачами различных специальностей (кардиологи, ревматологи, кардиохирурги) и своевременного направления больных на хирургическую коррекцию. Наличие атипичной и зачастую стёртой клинической картины острой ревматической лихорадки у больных с РПС, что является основной причиной их ранней инвалидизации и летальности, диктует необходимость своевременного их выявления и контроль предикторов неблагоприятного прогноза. Диспансеризация и периодическое проведение эхокардиографического скрининга больных с ХРБС способствует раннему выявлению, профилактике, своевременной комплексной терапии, снижению инвалидизации и улучшению качества жизни больных.

Область применения. Кардиология. Ревматология. Внутренние болезни.

АННОТАТСИЯИ

Қурбонова Фарзона Убайдуллоевна

Чанбаҳои клинико-функционалии бемории музмини тарбодии дил дар сокинони Чумхурии Тоҷикистон

Калидвожаҳо: Бемории музмини тарбодии дил (БМТД), нуқсонҳои тарбодии дил (НТД), норасоии музмини кори дил (НМКД), фишорбандии шушӣ (ФШ), эхокардиография (ЭхоКГ).

Мақсади таҳқиқот. Мукамалкунии ташҳиси бармаҳали БМТД бо роҳи омӯзиши паҳншавӣ, хусусиятҳои клинико- гемодинамикӣ ва мақсаднокии ба комплекси табобат ворид намудани усулҳои амалиёти ҷарроҳӣ.

Методи таҳқиқот ва истифодаи таҷҳизот. Объекти таҳқиқот 110 нафар беморони гирифтори БМТД буданд, ки ба онҳо таҳқиқоти комплексӣ гузаронида шуда, омилҳои афзоишдиҳанда, хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва гемодинамикаи дохили дил тавассути эхокардиография омӯхта шуданд. Ҳамзамон, таҳлили ретроспективи таърихи бемории 352 нафар беморони гирифтори БМТД, ки дар давраи солҳои 2013-2015 дар 3 муассисаҳои тиббии шаҳри Душанбе бистарӣ гардидаанд, омӯхта шуд. Ҳамчунин, бо мақсади омӯзиши БМТД дар сохтори беморҳои тарбодӣ (БТ) ҳисоботи омории шӯъбаҳои терапевтии Маркази миллии тиббии “Шифобахш” дар давраи солҳои 2006-2011 омӯхта шудааст. Дар таҳқиқот методҳои клинико-лабораторӣ ва асбобӣ (ССР, омили тарбодӣ, коагулограмма, АлАТ, АсАТ, титрҳои антистрептолизин-О, СБД, ЭхоКГ) мавриди истифода қарор гирифтаанд.

Натиҷаҳои бадастомада ва нағони илмӣ. Басомади БМТД дар сохтори БТ 8.5%-ро ташкил медиҳад. Таҳлили сохтори НТД бартарияти беморони мубталои нуқсонҳои дарғоти митралоиро нишон медиҳад – 53,4%. Аксарияти беморони (96.5%) бистаригардида ин ё он марҳилаи НМКД доштанд, ки дар вазниншавии ҳолаташон ҷой доштани бемории ҳамрадиф мавқеи муайян дошт. Дар байни беморҳои ҳамрадиф мавқеи пешсафро фишорбандии шараёнӣ (17,3%), БИД (1,4%), гастропатия (8,5%) ва анемия (3,6%) ишғол мекунад. Дар байни сабаби мурочиати беморон барои табобати статсионарӣ илова бар НМКД аритмия (32,7%) ва кардиалгия (5,5%) низ буданд. Дар рӯйхати омилҳои таҳриқдиҳандаи БМТД зуд-зуд мубталошавӣ ба ангина (79%), сармохӯрдагӣ (23,6%) бартарӣ доштанд ва анамнези тӯлкашидаи ирсии тарбодӣ дар 17 нафар (15,4%) беморон ҷой дошт. Таҳқиқотҳои гемодинамикии беморони НТД як қатор хусусиятҳоро аз қабili тағйирёбии сохтори қисмҳои чап ва ростии дилро ошкор намуд ва муайян карда шуда, ки ҷой доштани фибриллятсия дахлезӣ ва ФШ ба нишондоди гемодинамикаи дохили дил таъсири манфӣ мерасонад. ЭхоКГ-нишондиҳандаҳо пас аз гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ динамикаи мусбиро ба монанди нисбатан кам шудани ҳаҷми ковокиҳои дил, паст шудани фишори систоликии шараёни шушӣ ва беҳтар шудани фраксияи партоиши меъдачаи чап-ро нишон дод.

Тавсияҳо оид ба истифода. Дар протоколҳои ташҳиси стандартии беморони НТД илова бар анамнези тарбодӣ ворид кардани натиҷаҳои ҳолати функционалии узвҳои дохилӣ бо таваҷҷӯҳ ба ташҳиси эхокардиографӣ қобили қабул мебошад.

Табобати беморони НТД ҳамкориҳои духтурони ихтисосҳои гуногун (кардиологҳо, ревматологҳо, ҷарроҳони дил) ва сари вақт барои муолиҷаи ҷарроҳӣ фирстодани онҳоро тақозо мекунад. Мавҷудияти аломатҳои клиникии атипикӣ ва аксар номуайяни ТШТ дар беморони гирифтори НТД, ки сабаби асосии маъҷубии бармаҳал ва фавти онҳо мебошад, зарурати сари вақт ошкор ва назорати омилҳои номусоидро талаб мекунад. Диспансеризатсия ва скрининги даври эхокардиографии беморони гирифтори БМТД ошкоркунии барвақтӣ, пешгирӣ, табобати мукаммали саривақтӣ, коҳиш додани маъҷубӣ ва баланд бардоштани сифати зиндагии беморонро мусоидат мекунад.

Соҳаи истифодабарӣ. Кардиология. Ревматология. Беморҳои дарунӣ.

ANNOTATION**Qurbonova Farzona Ubaydulloevna****Clinical and functional aspects of chronic rheumatic heart disease in residents of the Republic of Tajikistan**

Keywords: Chronic rheumatic heart disease (CRHD), rheumatic heart defects (RHD), chronic heart failure (CHF), pulmonary hypertension (PH), echocardiography (EchoCG).

Objectives of the study: To improve the early diagnosis of CRHD by studying the prevalence, clinical and hemodynamic features and the feasibility of surgical correction methods in to the treatment.

Research methods and equipment used: The object of the study were 110 patients with CRHD, in whom we completed comprehensive examination, studied provoking factors, features of the clinical course and intracardiac hemodynamics by EchoCG. In parallel, a retrospective analysis of the medical histories of 352 patients with CRHD hospitalized in three medical institutions in Dushanbe during the period 2013-2015 was carried out. Also, in order to study CRHD in the structure of rheumatic diseases (RD), we studied the statistical reports of the therapeutic departments of the National medical center "Shifobakhsh" for 2006-2011 years. Modern clinical, laboratory and instrumental research methods (CRP, rheumatoid factor, coagulogram, AIAT, AsAT, antistreptolysin - O titers, ECG, EchoCG) were used in the work.

Obtained results and their novelty. The frequency of CRHD in the structure of RD at the hospital level is 8.5%. The analysis of the RHD structure showed a predominance of patients with mitral valve damage-53.4%. The majority of patients (96.5%) who were hospitalized in the hospital had one or another stage of CHF, in the progression of which the presence of comorbid pathology was significant. Arterial hypertension (17.3%), gastropathy (8.5%) and anemia (3.6%) prevailed among the concomitant diseases in patients with RHD. Among the reasons for patients seeking inpatient care, in addition to CHF, there were arrhythmias (32.7%) and cardialgia (5.5%). Frequent tonsillitis (79%) and flue (23.6%) prevailed in the list of provoking factors together with family history of the disease in 15.4% of patients. Hemodynamic studies in patients with RHD revealed a number of features in the form of remodeling of the left and right parts of the heart, and the presence of atrial fibrillation and PH negatively affected the indicators of intracardiac hemodynamics. The EchoCG picture after the performed surgical interventions showed positive trend in the form of decrease in the volume of the heart cavities, a decreased systolic pressure of the pulmonary artery and an improvement in the ventricular ejection fraction.

Recommendations for use. In addition to the rheumatic history, it is necessary to include the results of the functional state of internal organs in the protocols of the standard diagnostic search for patients with RHD, with an emphasis on EchoCG examination. Therapy of patients with RHD requires interaction between doctors of various specialties (cardiologists, rheumatologists, cardiac surgeons) and timely referral of patients for surgical correction. The presence of an atypical and often erased clinical picture of acute rheumatic fever in patients with RHD, which is the main cause of their early disability and mortality, dictates the need for their timely detection and predictors control for possible unfavorable prognosis. Medical examination and periodic echocardiographic screening of patients with CRHD contributes to early detection and prevention.

Application area. Cardiology. Rheumatology. Internal diseases.