

**ГОУ «ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК 616.12.008;615:616-085;616.1/4.

Файзуллоев Абуали Исуфджонович

**ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ЧАСТОТА,
ТЕЧЕНИЕ, ХАРАКТЕР ТЕРАПИИ И КОМОРБИДНОСТЬ НА
ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

АВТОРЕФЕРАТ

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

по специальности 14.01.04 – Внутренние болезни

Душанбе-2023

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

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

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

Рофиева Халима Шариповна кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой терапии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана».

Оппонирующая организация: Государственное учреждение **Республиканский научно-практический центр «Кардиология»**, (г. Минск, Республика Беларусь)

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2023 г. в «_____» часов на заседании диссертационного совета 6D.КОА-008 при ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". Адрес: 734003, г. Душанбе, район Сино, улица Сино 29-31, www.tajmedun.tj +992918724088.

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

Автореферат разослан «_____» _____ 2023 г.

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

Р.Дж. Джамолова

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. У пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями (КСЗ) в долгом пути «финалом» является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), которая имеет тенденцию к быстрому росту и является ведущей проблемой современной медицины во всем мире [Канорский С.Г., 2020; Anderson K., 2020]. Наряду со старением общества во всем мире быстро растет число пациентов с сердечной недостаточностью (СН). Частота ХСН I–IV функционального класса (ФК) по NYHA в популяции Российской Федерации (РФ) составляет 7-10% случаев, а абсолютное число больных ХСН по состоянию на 2018 год составляет 12,35 млн. человек [Мареев В.Ю., 2018; Фомин И.В., 2018]. Распространенность СН в западных странах можно оценить от 1% до 2%, а заболеваемость приближается к 5-10 случая на 1000 человек в год. В перечень причин высокой распространенности СН наряду со старением населения, также относят достигнутые успехи в первичной и вторичной профилактике коронарных событий и разработки современных методов лечения [Bertero E., 2018; Dunlay S.M., 2019; Anderson K., 2020; Armstrong P.W., 2020]. Независимо от причины и ФК смертность от ХСН остается очень высокой в течение года относительно постоянной, составляя 10%; при этом 5-летняя смертность в год - около 62% [Vasan R.S., 2018]. За последние десятилетия в структуре заболеваний, приводящих к ХСН, произошли изменения и гораздо реже встречаются классические причины (клапанные поражения сердца ревматического и неревматического генеза, миокардиты). По данным ряда крупных эпидемиологических исследований развитие СН в большинстве (до 75% случаев) связано с ишемической болезнью сердца (ИБС) и ее осложнениями, на втором месте как ведущая причина ХСН выступает артериальная гипертензия (АГ) [Мареев В.Ю., 2017; Шарипова Х.Ё., 2017; Еремина Ю.Н., 2020; Митьковская Н.П., 2020].

Вопросы половой избирательности при ХСН широко обсуждается в литературе [Dunlay S.M., 2019; Mauro G., 2020]. Анализируя патогенетические механизмы ХСН в половом аспекте, выявляются ключевые различия, оказывающие влияние не только на симптоматику и течение заболевания, но и на его исход. Так, у женщин чаще отмечаются формирование ХСН с сохраненной фракцией выброса (ХСН-сФВ), в основе которого лежит концентрическое ремоделирование левого желудочка (КРЛЖ). У мужчин же более характерно формирование ХСН с низкой фракцией выброса (ХСН-нФВ) [Поляков Д.С., 2019; Buckley L.F., 2019]. Кроме того, наблюдается различия в этиологических причинах формирования ХСН и сердечно-сосудистых факторов риска [Негматова Г.М., 2017; Гаврюшина С.В., 2018].

Сопутствующие заболевания довольно часто встречаются у пациентов, страдающих СН и представляют собой серьезную проблему, которая часто осложняет лечение болезни [Токмачев Р.Е., 2018; Correale M., 2020]. Наличие множественных сердечно-сосудистых и не сердечно-сосудистых сопутствующих заболеваний, по сути, влияет на диагностическое и терапевтическое ведение пациентов с СН и может привести к плохому исходу,

увеличению частоты госпитализаций и смертности [Гусейнова Э.Т., 2020; Канорский С.Г., 2020; Митьковская Н.П., 2020].

В перечень приоритетных проблем здравоохранения Республики Таджикистан (РТ) входят болезни системы кровообращения с долей более 50% в ряду причин смертности. В республике в настоящее время недостаточно данных о госпитальной заболеваемости ХСН с учетом фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ), о роли коморбидных состояний на течение и исход СН. В разработке протоколов лечения больных ХСН огромная роль принадлежит установлению причин госпитализаций и определение факторов прогрессирования заболевания, которые будут служить платформой минимизации затрат на лечение больных.

Таким образом, несмотря на многолетний период накопления знаний о ХСН, до сих пор остается множество нерешенных, спорных вопросов, и поиск путей их решения, безусловно, является актуальным для современной медицины. Раннее распознавание ассоциированных патологических состояний у пациентов с СН имеет большое значение, поскольку позволяет проводить строгое наблюдение, чтобы избежать или отсрочить эпизод острой декомпенсированной сердечной недостаточности (ОДСН), способствует быстрому применению целевых препаратов для каждого состояния и ускоряет включение несколько медицинских специалистов по ведению болезни.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Современная кардиология рассматривает ХСН как нарастающую эпидемию и, несмотря на успехи в терапии, по-прежнему несет зловещий прогноз и значительное социально-экономическое бремя [Мареев В.Ю., 2018; Канорский С.Г., 2020]. В результате старения населения планеты и достижений медицины, приводящих к снижению смертности от ИБС, частота СН, вероятно, будет продолжать расти в ближайшие годы. Частота новых случаев СН составляет 10 на 1000 человек в возрасте старше 65 лет [Фролова Е.В., 2018; Ларина В.Н., 2019]. Помимо значительной заболеваемости СН также связана с неблагоприятным прогнозом и, следовательно, с высокой смертностью от болезней. В целом 52,3% всех пациентов с СН умирают в течение пяти лет после их первоначального диагноза [Виноградова Н.Г., 2019; Поляков Д.С., 2019].

Множество публикаций отечественных и зарубежных исследователей раскрывают важные аспекты нозологической многогранности ХСН, гендерных и возрастных различий, вопросы коморбидности и гетерогенности факторов прогрессирования СН, разнородность в терапевтических подходах в зависимости от ФВЛЖ, разработки диагностических маркеров и низкой приверженности к лечению [Шарипова Х.Ё., 2017; Токмачев Р.Е., 2018; Полозова Э.И., 2020; Dzyurich T.A., 2019]. Результаты множества научных исследований рассматривают СН как гемодинамическое расстройство, при этом параметры сердечной деятельности и симптомы, вызванные заболеванием, протекают асинхронно [Мареев В.Ю., 2018; Kawel-Boehm N., 2019]. Так, у пациентов с очень низким ФВЛЖ заболевание протекает бессимптомно, тогда как пациенты со слегка сниженным ФВЛЖ могут иметь тяжелые клинические проявления [Агеев Ф.Т., 2018; Lund L.H., 2018].

Ранняя повторная госпитализация при СН представляет собой серьезную и постоянную проблему общественного здравоохранения. Увеличение повторных госпитализаций по причинам, не связанным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), а также расходящиеся тенденции по группам населения означают, что пути сокращения повторных госпитализаций требуют тщательного учета факторов пациента и междисциплинарного подхода к специализированной несердечно-сосудистой помощи. Несмотря на всестороннее обсуждение вопросов СН при различных ССЗ, существует множество нерешенных сторон, касающихся особенностей клинимо-морфофункционального течения ХСН в сочетании с сопутствующей патологией, гендерных различий, фармакотерапии и др.

Связь исследований с программами (проектами) научной тематики. Приоритетными направлениями деятельности в деле охраны здоровья РТ является профилактика и организация эффективной помощи с ССЗ в виду их тяжелейшего бремени в результате преждевременной смертности и стойкой потери трудоспособности. Анализ ситуации по причинам смерти населения республики показал, что ССЗ продолжают оставаться основной причиной смертности в структуре общей смертности населения РТ. Если сравнивать в разрезе 30 лет (1990-2020 гг.) первой причиной высокого уровня бремени является ИБС и составляет 9,9 % и 10,2% соответственно. Неслучайно, Постановлением Правительства РТ от 3 декабря 2012 г, №676 утвержден проект «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний (НИЗ) и травматизма в Таджикистане на период 2012-2023 годы». Цель разработки настоящих Перспектив направлены на решение повышение приоритета и контроля НИЗ и разработка эффективной инфраструктуры для профилактики ССЗ. В рамках настоящего документа проведены десятки научно-исследовательских проектов и программ с активным внедрением результатов в практическое здравоохранение. Настоящая инициативная диссертационная работа является частью данного документа и послужит руководством к дальнейшему использованию в целях своевременной диагностики и разработки тактики введения больных с ХСН.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Совершенствовать раннюю диагностику хронической сердечной недостаточности в структуре сердечно-сосудистой патологии путем изучения клинимо-функциональных и гемодинамических особенностей.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту, причины повторных госпитализаций, этиологическую структуру в ассоциации с полом и характер терапии у больных с ХСН;
2. Изучить клинические проявления в зависимости от функционального класса ХСН и сопутствующую патологию;
3. Исследовать клинические и морфофункциональные особенности ХСН в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа);

4. Определить структурно-функциональное состояние левого желудочка (ЛЖ) и клиничко-гемодинамические особенности течения ХСН в зависимости от ФВ и оценить состояние коронарного кровотока по результатам чрескожных вмешательств (ЧКВ).

Объект исследования. Материалом для исследования послужило истории болезни 650 пациентов с ССЗ осложненной ХСН, госпитализированных в кардиологическое отделение ГУ «Республиканский клинический центр кардиология (РКЦК)» Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗ СЗН РТ) за период 2018-2020 гг. По данным медицинской документации и анамнеза проводился сбор информации о этиологии ХСН, факторов риска, гендерных различий, ФК ХСН, сопутствующая патология, характер используемой терапии (до госпитализации), кратность госпитализации, также анализа исходов пациентов с ХСН именно при фибрилляции предсердий (ФП), а не экстраполяция данных пациентов с синусовым ритмом. Параллельно проводилось проспективное исследование 105 пациентов с ХСН в ассоциации с СД 2 типа госпитализированных в кардиологическое отделение ГУ «РКЦК» МЗ СЗН РТ за период 2020-2021 гг.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение основных клинических параметров кардиологического больного (расспрос, симптомы, аускультация, артериальное давление (АД), функциональные тесты (6-минутная ходьба), гемодинамические маркеры, коронароангиография (КАГ) сосудов). Оценивались гемодинамические маркеры ХСН и особенности ФВ в ассоциации с СД 2 типа. Изучалось состояние коронарного кровотока у больных ХСН ишемического генеза. Результаты сопоставления клиничко-функциональных и инструментальных методов исследования позволили определить причину прогрессирования ХСН с целью разработки лечебных мероприятий с учетом коморбидности.

Научная новизна исследования. Представленная диссертационная работа является одной из первых в РТ, посвященных проблеме диагностики СН у взрослых больных с различной кардиологической патологией с учетом коморбидности и состояния ФВЛЖ.

На примере достаточного ($n=1200$) количества ретроспективного анализа медицинской документации пролеченных больных, изучена этиологическая структура и частота ХСН в кардиологических отделениях стационара. Результаты анализа показали, что каждый второй больной с КВЗ имел ту или иную степень ХСН. Установлено, что главными этиологическими факторами формирования ХСН в популяции республики Таджикистан являлась ИБС (44,0%) и АГ (34,0%), что в сумме составили 78,0%. В меньшей степени причинами формирования ХСН является клапанные пороки сердца – 12,7% и 6,0% - дилатационная кардиомиопатия (ДКМП).

Впервые изучена этиология СН в зависимости от пола. Выявлено, что у мужчин среди причин формирования ХСН является ИБС – 58,4%, а ведущей причиной развития ХСН у женщин служит АГ – 50,7%. Частота кардиомиопатии (ДКМП) у мужчин составила 16,2%, клапанные пороки сердца – 2,8%, а у женщин – 9,3% и 9,9% соответственно.

Установлены частота и основные причины повторных госпитализаций больных с СН. Характеристика больных ХСН с повторными госпитализациями показал, что 35,5% больные были с III-IV ФК (по NYHA), у каждого третьего больного 31,6% была ФП, у 29,6 % - сопутствовал СД 2 типа, наличие инфаркта миокарда – 21,8%. На вопрос анкеты о причинах повторных госпитализаций у 8,3% отсутствовало амбулаторное наблюдение, прекращение прием препаратов -14,6%, неэффективность проводимой терапии 11,3% и др.

Оценены сопутствующие заболевания СН, в структуре которых хроническая болезнь почек (ХБП), СД 2 типа и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимают лидирующие позиции. Установлены клиническо-биохимические и морфофункциональные особенности ХСН в ассоциации с СД 2 типа.

Детально изучены клинические особенности ХСН в зависимости от ФВЛЖ и впервые представлен вариант ХСН с промежуточной фракцией выброса (ХСН-прФВ), при котором выявлены принципиальные различия ХСН-сФВ в сравнение с ХСН-прФВ и ХСН-нФВ в плане этиологии и пола: у женщин с АГ и ожирением в возрастной категории >60 лет чаще встречается ХСН-сФВ. У больных с ХСН-сФВ часто наблюдается ремоделирования миокарда по типу концентрической гипертрофии, при этом состояние ФВ ЛЖ не влияет на тяжесть течения.

Дано научное обоснование целесообразности проведения ЧКВ для исследования коронарного кровотока у больных ХСН. Результаты КАГ свидетельствуют о наиболее выраженных нарушениях васкуляризации у лиц с ХСН со сниженной и промежуточной ФВЛЖ. Наблюдалась положительная динамика клинико-эхокардиографических параметров у пациентов ХСН-прФВ после проведения ЧКВ в результате 6-месячного наблюдения.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов. С практической точки зрения результаты исследований позволяет врачу на ранних этапах выявить КВЗ, осложнившиеся ХСН с применением высокоинформативных и доступных методов исследования.

Основные научно-практические ценности исследований:

- выявлены наиболее часто встречающиеся болезни сердца и сосудов, факторы риска и характер сопутствующих патологий, влияющих на прогрессировании ХСН;
- для практической кардиологии разработаны критерии прогноза и оценки типов ремоделирования и формы ХСН в зависимости от ФВЛЖ, что позволяет использовать эти критерии для ранней диагностики и разработки адекватной терапии;
- установлено, что наиболее ранними и высокоинформативными маркерами прогноза ХСН являются показатели ФВЛЖ и его разновидности;
- использование современных инвазивных методов диагностики коронарных артерий позволят своевременно предупредить о нарастающей угрозе кардиальных событий.

Положения, выносимые на защиту:

1. Диапазон этиологических причин формирования ХСН широк и отличается половой и возрастной избирательностью. Анализ факторов риска и сопутствующих заболеваний позволяет рассматривать ХСН как гетерогенное заболевание с высокой морбидностью;

2. В ходе научного исследования выявлено, что в большинстве этиологией формирования ХСН являются ИБС и АГ, при этом больные повторными госпитализациями с ХСН ассоциированы III-IV ФК (по NYHA);

3. Степень выраженности клинических симптомов у больных с ХСН находится в прямой ассоциации с функциональным классом ХСН и сопутствующей патологией. В структуре сопутствующих состояний лидирующей позиции занимают ХБП, СД 2 типа и ХОБЛ. Наличие СД 2 типа отрицательно отражаются на выраженности клинических симптомов по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) и достоверном снижении дистанции 6-минутной ходьбы;

4. Состояние ФВЛЖ находится в тесной ассоциации с этиологией ХСН и полом. Наряду с сохраненной и низкой ФВЛЖ не надо сбрасывать со счетов и промежуточный вариант ФВЛЖ, который играет роль в исходе заболевания. Анализ вариантов геометрического ремоделирования сердца у коморбидных больных показали преобладание КГЛЖ и ЭГЛЖ, что указывает на прогрессирование ХСН;

5. Использование коронароангиографии (КАГ) у больных с ишемическим генезом ХСН позволит уточнить тяжесть сосудистых поражений, а результаты ЧКВ свидетельствуют о наиболее выраженных нарушениях васкуляризации у лиц с ХСН со сниженной и промежуточной ФВЛЖ.

Степень достоверности результатов подтверждается репрезентативной базой исходящих материалов: первичная медицинская документация (медицинские истории болезни пациентов, индивидуальные карты на каждого пациента, письменное соглашение на проведение ряда инструментальных методов исследования). Результаты полученных исследований представлены (общеклинические, лабораторные, инструментальные) в письменном реестре, а также в электронном формате в виде компьютерной базы данных и картотеками. Лабораторные данные представлены также в реестре журнала в виде электронного носителя. Достоверность результатов обусловлена и подкреплена достаточным объёмом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов исследования и обеспечены представительностью выборки, обширностью первичного материала, тщательностью его качественного и количественного анализа, системностью исследовательских процедур, применением современных методов статистической обработки информации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (формуле и области исследования). Диссертационная работа посвящена научным проблемам кардиологии и соответствует паспорту Высшей аттестационной комиссией (ВАК) при Президенте РФ 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; Исследование отражают основные разделы внутренней медицины – кардиологию. Содержание работы полностью отражает исследования по кардиологии, в частности клинико-функциональным и гемодинамическим изменениям при ХСН. Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации отражают поставленные задачи, обоснованы и логически вытекают из результатов проведенных исследований.

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

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

Апробация и реализация результатов диссертации. Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены на ежегодных научных конференциях ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет (ТГМУ) имени Абуали ибни Сино» (2020, 2021, 2022 гг.), ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан (ИПО в СЗ РТ)» (2020, 2021, 2022 гг.), Первый международный медицинский конгресс Евроазиатских стран (2022 г), заседании межкафедральной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам ГОУ «ИПО в СЗ РТ» (протокол №5/1 от 15 декабря 2022 г).

Результаты исследования внедрены в клиническую и лечебную работу кардиологических отделений ГУ «РКЦК» МЗ СЗН РТ г. Душанбе, отделений кардиологии ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» и терапевтических отделений Национального медицинского центра (НМЦ) «Шифобахш» РТ. Материалы работ используются в учебном процессе на кафедре внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и кафедре терапии и кардиоревматологии ГОУ «ИПО в СЗРТ».

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 12 печатных работ, из них 5 статей в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Президенте РТ для публикации результатов диссертационного исследования.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 153 страницах, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы материала и методов исследования, 3 глав, посвященных

результатам собственных исследований, обсуждения полученных данных, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов, списка литературы. Список используемой литературы включает 100 отечественных и 128 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 33 таблицами и 17 рисунками.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материал и методы исследования. Исследования проводилось на базе кафедры кардиологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ» и специализированных отделений ГУ «РКЦК» МЗ СЗН РТ за период 2018 – 2021 гг. Исследование проводилось в два этапа.

На первом этапе исследования (ретроспективный), с целью изучения ХСН в структуре госпитализированных пациентов с различными ССЗ включались пациенты отделений стационара, которые находились на лечении и обследовании по поводу ССЗ при наличии у них в истории болезни установленного диагноза ХСН. Всего было проанализировано $n=1200$ историй болезней и из них отобраны 650 пациентов, которые полностью соответствовали критериям отбора. Критерии включения были: возраст ≥ 18 лет; наличие у больного, находившегося на стационарном лечении КВЗ в сочетании с ХСН; по данным медицинской документации и анамнеза проводился сбор информации о этиологии ХСН, факторов риска, гендерных различий, ФК ХСН, сопутствующая патология, характер используемой терапии (до госпитализации), кратность госпитализации. Из общего количества больных $n=650$ большую часть составляли мужчины 55,1% ($n=358$), женщин 44,9% ($n=292$).

Второй этап исследования проводился в режиме сравнительного проспективного исследования 105 больных с верифицированным диагнозом ХСН в ассоциации с СД 2 типа, которые находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГУ «РКЦК» МЗ СЗН РТ за период 01.09.2020 – 01.08.2021 гг. Больные с ХСН в ассоциации с СД 2 типа ($n=105$) были разделены на 3 группы: I гр. – больные ХСН+СД 2 типа с АГ ($n=30$); II гр. – больные ХСН+СД 2 типа с ИБС ($n=48$); III гр. – больные ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС ($n=27$). Для изучения вариантов ФВЛЖ, а также характер ремоделирования ЛЖ в зависимости от типа ФВЛЖ была выделена подгруппа больных ($n=80$) с ХСН в ассоциации с СД 2 типа, которые разделены на 3 группы: I с сохраненная ФВЛЖ – 30; II с низкой ФВЛЖ – 25; III с промежуточная ФВ ЛЖ – 25. С целью изучения эффективности ЧКВ была выделена подгруппа $n=45$ больных с ХСН в ассоциации с СД 2 типа с III-IV ФК по NYHA. Далее мы сочли необходимым изучить динамику клинических и ЭхоКГ параметров у пациентов с СН после проведения ЧКВ со стентированием коронарных артерий. С этой целью в исследование включены больные ХСН-прФВ ($n=20$).

На основании данных медицинской документации в первой части исследования проводилась клиничко-демографическая характеристика пациентов с ХСН. Кроме того, проводилась оценка полноты проведенных инструментально-лабораторных данных больного в соответствии с принятыми рекомендациями по диагностике и лечению ХСН (2018 год), являющийся

основополагающими документами в практическом здравоохранении. Оценка назначения лекарственных средств проводилась на основании разработанных протоколов диагностики и лечения ССЗ, адаптированных в республике Таджикистан. Больные, которые вошли на второй этап исследования (n=105) с диагнозом ХСН в ассоциации с СД 2 типа прошли стандартное обследование (опрос, общий осмотр, антропометрические данные, АД, инструментальные и биохимические исследования).

Диагноз ХСН устанавливался в соответствии с Национальными рекомендациями РКО 2018 г, ESC 2016-2017 гг. и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) и с учетом Национальных рекомендаций ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). Тяжесть симптомов ХСН классифицировался в соответствии с Нью-Йоркской кардиологической ассоциацией (NYHA) и Американским колледжем кардиологов/Американской кардиологической ассоциацией (ACC/AHA). Функциональная классификация NYHA является независимым предиктором смертности и широко используется в клинической практике и основана на симптомах пациента и его способности выполнять физические упражнения.

Наиболее распространенная классификация СН относится к ФВЛЖ. Соответственно, ХСН подразделяется на три группы: с сохраненной ФВЛЖ $\geq 50\%$ – ХСН-сФВ, со сниженной ФВ $<40\%$ – ХСН-нФВ, и пациенты со средней ФВ находятся между этими двумя группами ФВЛЖ 40%-49% – ХСН-прФВ.

Диагноз основных нозологических форм устанавливался в соответствии с действующими рекомендациями. АГ у пациентов была подтверждена в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов (2013 г.) по данным офисного АД, САД, данных амбулаторных карт, выписок из стационара. Диагноз ИБС установлен по классификации ВОЗ (1979 г) с дополнениями ВКНЦ (Всесоюзный научный центр кардиологов) 1984 год. Диагноз кардиомиопатии установлен в соответствии с критериями ВОЗ (1995 г).

Диагноз СД установлен по критериям ВОЗ (1999-2013 гг.) диагностические критерии сахарного диабета и других нарушений гликемии. Диагноз ожирения выставлялся в соответствии с классификацией ИМТ по ВОЗ: ИМТ 25–29,9 кг/м² характеризовал избыточную массу тела, 30 кг/м² и более – ожирение.

Шкала оценки клинического состояния (ШОКС): выраженность клинических проявлений ХСН определяется по ШОКС в модификации В.Ю. Мареева и измерялся в баллах. Нагрузочные тесты: тест с 6-минутной ходьбой использовался в рутинной клинической практике для оценки функционального статуса и эффективности лечения.

Согласно разработанному опроснику рассчитывали индекс коморбидности по Charlson (1987, Mary Charlson), который представляет собой систему оценки по баллам (от 0 до 40) наличия сопутствующих заболеваний и применим для учета прогноза летальности. Достоинством индекса Charlson является возможность оценки возраста больного и прогнозирования смертности больных. Так, при отсутствии коморбидности летальность составляет 12%, при 1-2 баллах 26%, при 3-4 баллах 52%, а более 5 баллов он достигает 85%. В ряд недостатков

индекса включены отсутствие учета тяжести многих заболеваний и отсутствие ряд прогностических важных заболеваний.

Электрокардиография (ЭКГ) рекомендована руководством ESC 2021 года в качестве одного из показателей для оценки состояния людей с подозрением на острую или хроническую СН и имеющимися симптомами и/или признаками. Регистрация ЭКГ проводилась в 12 стандартных отведениях на портативном приборе Marquette Hellige (EC-1200) в отделении функциональной диагностики ГУ «РКЦК» МЗ СЗН РТ.

Эхокардиография (ЭхоКГ) – простой, безопасный и недорогой неинвазивный диагностический метод, дающий не только обширную информацию о структуре и этиологии, но и прогностическую информацию, которая широко используется в диагностике и оценке состояния и прогноза ХСН. ЭхоКГ проводилась трансторакальным методом на аппарате ЭхоКГ «Mindry DC-60exр», год выпуска 2018 (врач Навджувонова Г.С.). ФВЛЖ рассчитывали по формуле Тейхгольца или по методу Симпсона, в зависимости от ситуации. Мы оценили ГЛЖ и ЛЖ у каждого пациента в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографии (ASE).

Рентгенография грудной клетки выполнена всем больным на аппарате «Brivo XR385» год выпуска 2011.

Чрескожные вмешательства (Коронароангиография (КАГ)) выполнена на аппарате «General electric innova 2100», год выпуска 2014 (врач Рахматов Б.).

Обработка статистических данных. Непрерывные переменные выражались как среднее \pm стандартная ошибка либо стандартное отклонение. Парные сравнения количественных независимых переменных проводились с помощью U-критерия Манна-Уитни, множественные - с помощью H-критерия Крускала–Уоллиса. Категориальные переменные выражались в виде числа с процентным соотношением и сравнивались с помощью критерия χ^2 и точного критерия Фишера, для множественных сравнений использовался критерий χ^2 для произвольных таблиц. Для всех этапов двусторонний $p < 0,05$ считался статистически значимым. Все статистические анализы были выполнены с помощью программного обеспечения для статистических вычислений Statistica 10.0 (StatSoft, USA).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего изучено ($n=1200$) историй болезни за 2018-2020 год (по всем отделениям). Из общего количества историй болезней в окончательный список вошли ($n=650$) больные, отвечающих критериям включения, что составило 54,2% от общего количества пациентов с наличием установленного диагноза ХСН. Из общего количества больных $n=650$ большую часть составляли мужчины 55,1% ($n=358$), женщин 44,9% ($n=292$). Средний возраст на момент госпитализации $63,7 \pm 9,9$ лет, у женщин средний возраст больше, чем у мужчин – $66,9 \pm 9,9$ и $62,1 \pm 9,8$ лет соответственно. Исследование ИМТ у пациентов с ХСН составил $29,2 \pm 5,4$ кг/м². У 29,1% больных интервал ИМТ составил 18,7 до 24,9 кг/м², при этом большинства (70,9%) имели ИМТ $>25,0$ кг/м². У женщин ИМТ оказался статистически значимо выше, чем у мужчин $31,5 \pm 3,6$ кг/м² против

28,6±4,6 кг/м² (p<0,05). Мужчины чаще имели в анамнезе ЧКВ (35,8% против 21,2%, p =0,021), АКШ (12,3% против 5,5%, p = 0,021), а также холестеринемиию (41,6 % против 31,2 %, P= 0,020). Наиболее частой причиной развития ХСН являлась ИБС у n=286 (44,0%) больных и АГ n=221 (34,0%), что в сумме составило 78,0%. В меньшей степени причинами формирования ХСН являлись ДКМП у 85 (13,1%) и клапанные пороки сердца у 39 (6,0%). В рубрике «другие» включены (миокардиты, перикардиты, гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) - у 19 (2,9%). Характеристика больных ХСН в зависимости от этиологии и пола представлены в таблице 1.

Таблица 1. - Характеристика больных в соответствии с этиологией ХСН у мужчин и женщин

Причина	Всего n=650	Мужчины n=358		Женщины n=292	
		Abs	%	Abs	%
ИБС:	286	209	58,4	77	26,4
(в том числе ОИМ)	32	24	11,5	8	10,4
АГ	221	73	20,4	148	50,7
Клапанные пороки сердца	39	10	2,8	29	9,9
Кардиомиопатии (ДКМП)	85	58	16,2	27	9,3
Другие (миокардиты, перикардиты...)	19	8	2,2	11	3,8

Характеристика больных в зависимости от причины свидетельствуют об имеющихся половых различиях в этиологии ХСН. В целом у мужчин ХСН регистрируется чаще, чем у женщин 55,1% и 44,9% соответственно. У мужчин среди причин формирования ХСН является ИБС – 58,4%, а ведущей причиной развития ХСН у женщин служит АГ – 50,7%. АГ, как причина ХСН у мужчин встречается в 20,4% случаев. Частота кардиомиопатии (ДКМП) у мужчин составила 16,2%, клапанные пороки сердца – 2,8%, а у женщин – 9,3% и 9,9% соответственно.

Возраст входит в число предикторов основных прогнозов ХСН. Значительные половые различия в частоте ХСН встречаются при распределении ХСН по возрастным категориям. Мужчины с высокой частотой госпитализируются в возрастной категории 50-59 и 60-69 лет (трудоспособного и раннего пенсионного возраста) с признаками ХСН, тогда как у женщин, наоборот, в более пожилом возрасте (60 лет и выше). Формирования и прогрессирования ХСН напрямую зависит от факторов риска. Среди факторов риска наследственность ССЗ, ожирение и малоподвижный образ жизни наблюдался с частотой – 51,1% и 42,9%, злоупотребления алкоголем 30,2% и реже курение – 12,2%.

Клинически выраженная ХСН (II-III-IV ФК по NYHA) была диагностирована в 89% случаев, а этиологической причиной является ИБС - 44,0% и АГ - 34,0%. Есть различия у мужчин и женщин. В диагностике ХСН клинические симптомы играют большую роль, а степень их проявлений находится в ассоциации с длительностью и ФК ХСН. Анализ клинических

симптомов больных показал, что с наибольшей частотой наблюдается одышка (93,7%), сердцебиение (73,2%), слабость (57,5%), перебои и кашель встречаются в 50,7% и 25,4% соответственно. Такие симптомы, как пастозность голеней, отеки, гепатомегалия, хрипы в легких наиболее чаще установлены у больных высоких ФК ХСН.

Частая повторная госпитализация является признаком ХСН и является наиболее частой причиной госпитализации пожилых людей. Анализ анамнеза больных по данным медицинской документации показал, что из 650 больных с ХСН 301 (46,3%) в течении года госпитализировались повторно в стационары. Характеристика больных ХСН с повторными госпитализациями показал, что 35,5% больные были с III-IV ФК (по NYHA), у каждого третьего больного 31,6% была ФП, у 29,6 % - сопутствовал СД 2 типа, наличие инфаркта миокарда – 21,8%. На вопрос анкеты о причинах повторных госпитализаций у 8,3% отсутствовало амбулаторное наблюдение, прекращение прием препаратов – 14,6%, неэффективность проводимой терапии – 11,3% и др.

На основании представленных историй болезни, мы сочли необходимым провести анализ используемых групп препаратов на момент госпитализации. Среди ЛС пальма лидерства принадлежит иАПФ (74,9%); β – блокаторы и диуретики принимали 46,9% и 47,8% соответственно. Антиагреганты 48,3% и статины 24,9% принимали больные с ИБС, АГ и каждый четвертый больной принимал антагонист кальция (26,6%), и реже сартаны (11,1%) (рисунок 1).

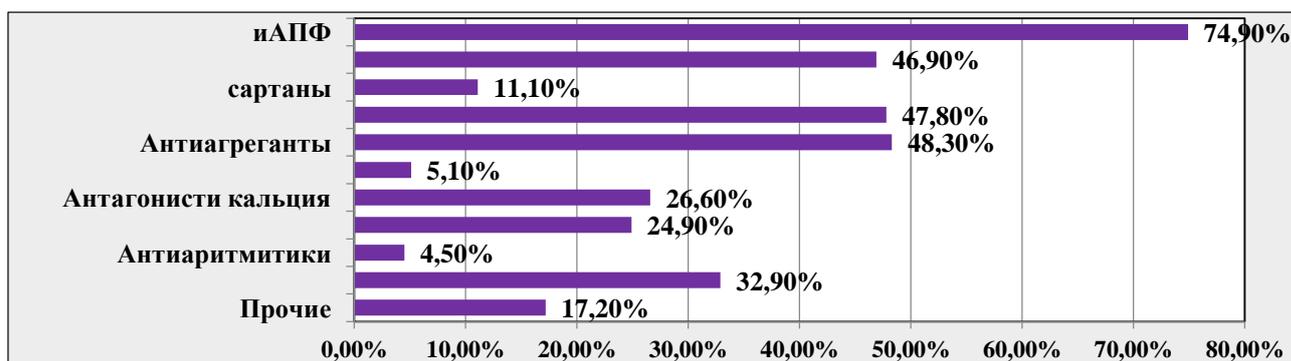


Рисунок 1. - Частота использования лекарственных средств больными ХСН

Согласно задачам исследования, нами проведен анализ сопутствующей патологии у больных ХСН (рисунок 2).

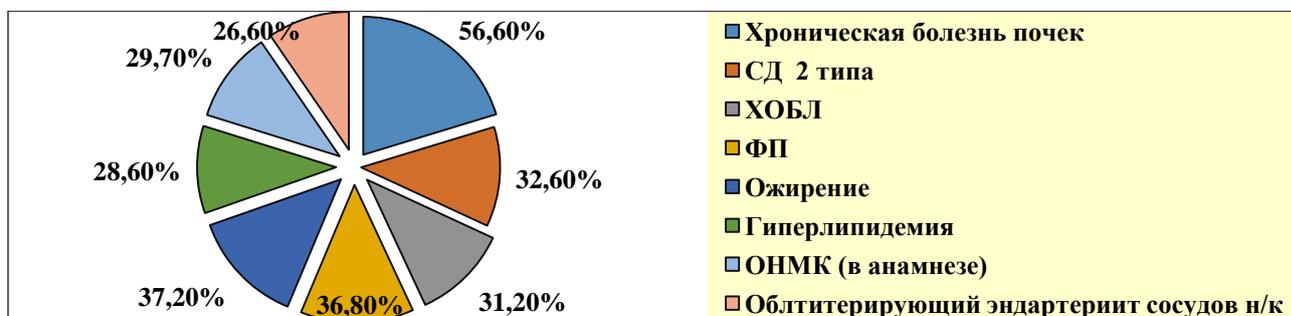


Рисунок 2. - Структура коморбидности у больных с ХСН

Цифры свидетельствуют о лидирующей позиции ХБП (56,6%), СД 2 типа (32,6%), ХОБЛ (31,2%) и ФП (36,8%). Ожирение и гиперлипидемия наблюдались

в 37,2% и 28,6% соответственно, а острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) (в анамнезе) сопутствовала с частотой – 29,7%. При проведении расчета индекса коморбидности и частота сопутствующих патологий у 93,7% больных наблюдалось 3 и более сопутствующих патологий. Сопутствующая патология в зависимости от возраста имеет некоторые особенности. Так, наличие трех и более заболеваний чаще встречались в возрасте до 70 лет – 95,0%, а в возрастной категории 70 и старше этот показатель ниже – 91,8%. СД 2 типа и ожирение в первой возрастной группе (до 70 лет) встречался в 35,1% и 40,8% случаев, тогда как в возрастной группе 70 и старше в 29,1% и 32,1% случаев соответственно. ХБП с возрастом имела тенденцию к росту 45,8% и 72,0%, что связано с прогрессированием диабетической нефропатии и других ХБП.

Далее мы сочли необходимым изучить ХСН в ассоциации с ФП. Как было ранее отмечено ФП наблюдалось у 239 больных из общей группы и составила 36,8%. Все больные (n=239) в зависимости от ФВЛЖ были разделены на три группы (рисунок 3).

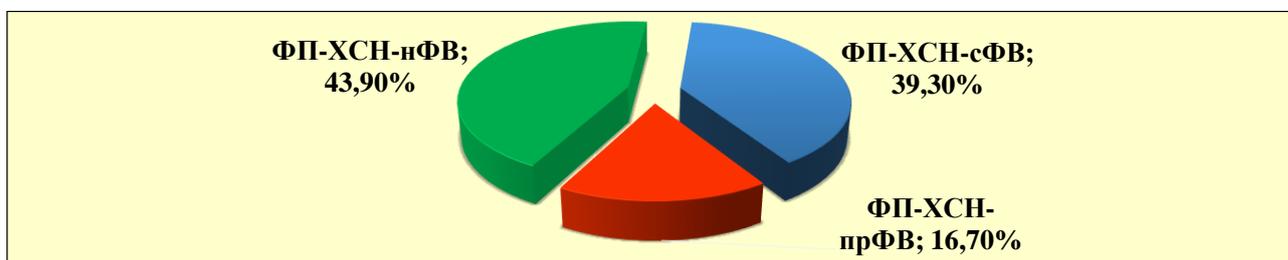


Рисунок 3. – Характер распределение больных с больных ХСН в ассоциации с ФП в зависимости от ФВ

С наибольшей частотой (43,9%) наблюдалась ФП у больных с ХСН-нФВ, при этом ХСН-прФВ встречалась всего лишь у 16,7% случаев. В группе с сохраненной ФВЛЖ больные были старше (ср. возраст-72 года), а процент женщин был высокий (64,9%) в подгруппе с ФП – ХСН-сФВ против 42,5% и 27,5% в группе ФП – ХСН-прФВ и ФП – ХСН-нФВ соответственно. Так, в группах сравнения частота встречаемости сахарного диабета и нарушение функции почек были сопоставимы – 22,3%, 27,5% и 25,7% для СД 2 типа и 11,7%, 15% и 16,2% для нарушения функции почек. Во всех трех группах наличие инсульта в анамнезе были сопоставимы по частоте – 14,9%, 15% и 16,2%. При этом наблюдались достоверные различия в группах по частоте перенесенного в анамнезе ИМ ($p < 0,001$) и с наиболее высокой частотой (47,6%) перенесенного ИМ наблюдалась в группе ФП – ХСН-нФВ. Почти каждый второй пациент с ФП независимо от вида ФВЛЖ был повторно госпитализирован, а сердечно-сосудистая смертность по частоте превалировала в группе пациентов с ХСН-нФВ – 12,4%.

Таким образом, ХСН в содружестве с ФП в ассоциации с ФВ ЛЖ имеет свои особенности, а низкая ФВЛЖ прогностически неблагоприятна у больных с ФП и связана с увеличением риска смертности от ССЗ.

В проспективное исследование включены 105 больных в возрасте от 45 до 75 лет, которым при поступлении в клинику был выставлен диагноз ХСН в сочетании с СД 2 типа (гликированный гемоглабин (HbA1c) – $7,5 \pm 1,8\%$)

длительностью от 3 до 15 лет, ХСН – I-IV ФК по NYHA – средний ФК в исследуемой когорте больных ХСН и СД 2 типа составил $2,6 \pm 1,2$. Признаки ХСН I ФК наблюдались у – 4; II ФК – 56; III ФК – 31 и IV ФК по NYHA у 14 больных. Все больные имели верифицированные диагнозы ИБС, АГ II-III степени. На момент исследования 72% больных принимали комбинацию пероральных гипогликемических препаратов, антигипертензивных, мочегонных и антиагрегантов. Средний возраст $61,2 \pm 6,8$ лет, мужчин 45,7%, женщин 54,3%. Большинство больных 101 (96,2%) имели метаболическую субкомпенсацию углеводного обмена, $HbA1c > 7\%$. Причиной развития ХСН были ИБС – 45,7%, АГ – 28,6% и ИБС+АГ – 25,7%, а дислипидемия наблюдалась у 85 (80,9%) больных. Средний ФК ХСН по NYHA составил $2,6 \pm 1,2$ с продолжительностью $4,3 \pm 1,9$ лет. Средний балл по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) – $6,9 \pm 3,7$; среднее проходимое расстояние в тесте 6-минутной ходьбы $289,3 \pm 14,6$ м. Анализ сопутствующих заболеваний выявил частое сочетание ХСН в ассоциации с СД 2 типа с ожирением (55,2%) и ХБП (38,1%).

На следующем этапе больные с ХСН и СД 2 типа были разделены на 3 группы: I гр. – больные ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30); II гр. – больные ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48); III гр. – больные ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27). Длительность СД в сравниваемых группах в среднем составила $7,1 \pm 2,4$, при этом в III группе она была статистически значимо выше ($8,7 \pm 2,3$, $p < 0,05$), чем в I и II группах – $6,1 \pm 1,2$ и $6,5 \pm 1,3$, соответственно (таблица 2).

Таблица 2. - Клиническая характеристика больных ХСН и СД 2 типа (M±m)

Показатель	I группа ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30)	II группа ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48)	III группа ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27)	P
Возраст	$57,2 \pm 3,9$	$53,7 \pm 4,1$	$55,9 \pm 4,2$	$> 0,05$
Муж, n (%)	9 (30,0%)	25 (52,1%)	14 (51,9%)	$> 0,05^{**}$
Жен, n (%)	21 (70,0%)	23 (47,9%)	13 (48,2%)	$> 0,05^{**}$
Длительность СД, годы	$6,1 \pm 1,2$	$6,5 \pm 1,3$	$8,7 \pm 2,3$	$< 0,05$
Длительность АГ, годы	$13,4 \pm 3,4$	–	$13,7 \pm 3,5$	$> 0,05^*$
Длительность ИБС, годы	–	$5,1 \pm 2,4$	$5,9 \pm 3,5$	$> 0,05^*$
ИМТ	$32,1 \pm 2,7$	$34,5 \pm 3,2$	$32,8 \pm 3,7$	$> 0,05$

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса, *по U-критерию Манна-Уитни, **по критерию χ^2 для произвольных таблиц).

Далее мы сочли необходимым представить сравнительную характеристику некоторых биохимических показателей больных ХСН и СД 2 типа в сравниваемых группах. Уровень глюкозы ($9,4 \pm 2,6$ ммол/л) и показатели гликемоглобина ($9,1 \pm 1,4\%$) достоверно выше в третьей группе больных ($p > 0,05$) по сравнению с первой (глюкоза в крови – $9,1 \pm 2,1$ ммол/л; гликемоглобин – $8,6 \pm 0,9\%$) и второй (глюкоза в крови – $9,2 \pm 2,4$ ммол/л; гликемоглобин – $8,7 \pm 1,7\%$) группы. Обращает на себя внимание показатели креатинина в крови: в подгруппе больных ХСН+СД 2 типа с АГ+ИБС наблюдалось его достоверное

увеличение ($127,3 \pm 13,4$) по сравнению с I – II группами - $119 \pm 12,8$ и $124,9 \pm 13,1$ соответственно ($p < 0,05$).

Клинические проявления ХСН в сочетании с СД 2 типа имело место во всех группах, среди которых – одышка (96,2%), отеки на нижних конечностях у (55,2%), гепатомегалия (41,9%) и др. Анализ клинических симптомов ХСН в сравниваемых группах представлен по ШОКС и значение теста 6-минутной ходьбы (таблица 3).

Таблица 3. - Показатели ШОКС и тест 6-минутной ходьбы

Показатель	I группа ХСН+СД 2 типа с АГ (n=30)	II группа ХСН+СД 2 типа с ИБС (n=48)	III группа ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС (n=27)	P
Значение ШОКС М±m, балл	$5,4 \pm 3,2$	$6,5 \pm 3,4$ $p_1 > 0,05$	$7,8 \pm 3,2$ $p_1 < 0,01; p_2 < 0,01$	$< 0,01$
Дистанция 6-минутной ходьбы, М±m, м	$337,33 \pm 13,41$	$286,9 \pm 13,6$	$215,37 \pm 13,55$	$> 0,05$

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по Н-критерию Крускала-Уоллиса), p_1 - статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в I группе, p_2 - по сравнению с таковыми во II группе (по U-критерию Манна-Уитни).

Средний балл оценки клинических симптомов по ШОКС в III группе пациентов ХСН составил $7,8 \pm 3,2$, что оказалось статистически значимо выше ($p < 0,01$), чем в I и II гр. – $5,4 \pm 3,2$ и $6,5 \pm 3,4$, соответственно.

Анализ результатов ЭхоКГ параметров свидетельствовали о различиях систолической дисфункции в сравниваемых подгруппах. Так, у пациентов I группы у большинства (74%) систолическая функция ЛЖ была сохранена ($ФВ > 49\%$). Во второй подгруппе $ФВ$ находилась в диапазоне 41% - 49% ($45,1 \pm 3,2$) и по современной классификации, можно расценить как ХСН-прФВ (промежуточный вариант). Средние значения $ФВ$ у пациентов III группы – $39,2 \pm 3,3$ (в 58% случаев), что на 23% и 16% ($p < 0,05$) ниже по сравнению с пациентами I и II группы соответственно. Одним из неблагоприятных предикторов сердечно-сосудистых осложнений считается гипертрофия ЛЖ, колебания которой имело место у наблюдаемых нами больных. Так, у 100% больных I и III группы и у (83,3%) II группы была выявлена гипертрофия ЛЖ

У больных I группы (ХСН+СД 2 типа и АГ) с достоверной частотой встречалась концентрическое ремоделирование левого желудочка (КРЛЖ) по сравнению с другими вариантами ремоделирования, так и в сравнении с пациентами II и III групп ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно). У пациентов II группы с частотой 47,9% превалировал вариант концентрическое гипертрофия левого желудочка (КГЛЖ), нормальная геометрия встречалась с частотой 25% и эксцентрическое гипертрофия левого желудочка (ЭГЛЖ) – в 14,6% случаев. У больных III группы (ХСН+СД 2 типа с АГ и ИБС) наблюдались наиболее выраженные отклонения, в которой не было зафиксировано нормальной геометрии миокарда, а другие варианты (КРЛЖ, КГЛЖ и ЭГЛЖ) встречались

приблизительно с одинаковой частотой. Выявленные структурно-функциональные изменения сердца при ХСН с СД 2 типа обусловлены целым рядом механизмов, среди которых гипергликемия, инсулинорезистентность, гиперинсулинемия и окислительных стресс доминируют и приводят к активации САС и РААС с развитием эндотелиальной дисфункции в итоге приводящей к КГЛЖ.

С целью изучения характеристики больных ХСН в зависимости от ФВЛЖ нами были исследованы 80 больных с ХСН I-III ФК. Среди них 30 пациентов имели сохраненную ФВ (37,5%), 25 – промежуточную (31,25%) и 25 – низкую (31,25%). Средний возраст больных составил $62,6 \pm 8,6$ лет. Пациенты в сравниваемых подгруппах были с АГ, ИБС и АГ в сочетании с ИБС. В группе больных ХСН-сФВ преобладают женщины старше 60 лет в ассоциации с АГ и избыточной массой тела. Во второй группе (ХСН-нФВ) чаще встречаются мужчины 60+ и без ожирения. Необходимо отметить, что у больных с ХСН-нФВ часто наблюдается ПИКС, а АГ, как причинный фактор встречается редко. В группе больных ХСН-нФВ преобладают мужчины (76%) с АГ+ИБС (52%) и ПИКС (40%). Морфофункциональная характеристика у больных ХСН в зависимости от ФВ представлена в таблице 4.

Таблица 4. - Морфофункциональная характеристика у больных ХСН в зависимости от ФВЛЖ

Показатель	ХСН-сФВ (n=30)	ХСН-прФВ (n=25)	ХСН-нФВ (n=25)	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
	1	2	3			
ФВ, %	55,8±4,5	44,1±5,4	31,9±3,6	<0,01	<0,001	<0,01
ПП, мм	50,3±4,4	52,4±7,6	54,9±7,6	0,41	<0,05	0,19
ЛП, мм	51,3±6,7	53,8±10,6	58,6±12,3	0,27	<0,05	0,24
КДР, мм	51,7±4,7	62,3±7,8	67,1±8,3	<0,01	<0,01	0,02
КСР, мм	32,9±5,2	49,1±5,4	55,8±8,2	<0,01	<0,001	<0,01
МЖП, мм	13,5±1,3	11,9±2,2	11,1±1,8	<0,05	<0,05	0,18
ЗС ЛЖ, мм	11,9±1,5	10,5±1,6	9,2±1,8	<0,05	<0,01	<0,05
ОТС ЛЖ	0,48±0,06	0,37±0,07	0,30±0,05	<0,01	<0,01	<0,05
КДО, мл	130,3±26,8	199,1±54,3	240,0±65,0	<0,01	<0,01	<0,05
КСО, мл	47,0±16,8	114,1±29,4	154,0±49,8	<0,001	<0,001	<0,01
УО, мл	85,0±15,1	85,1±41,8	81,2±18,7	0,07	0,08	0,09
ММЛЖ, г	274,1±59,7	314,1±96,4	313,9±73,7	<0,01	<0,01	0,89
ИММЛЖ, г/м ²	142,0±25,6	163,0±31,1	162,9±36,1	<0,01	<0,01	0,88

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

Морфофункциональные параметры миокарда у больных ХСН в зависимости от ФВ имеет свои особенности. Так, у больных со сниженной ФВ дилатация полостей сердца наиболее выражена, а у больных с ХСН-прФВ и ХСН-сФВ этот показатель не отличается, за исключением меньшей дилатации ЛЖ. Между группами нами отмечены достоверные различия в показателях

конечный диастолический объем (КДО) и конечный систолический размер (КСР).

Типы ремоделирования, основанные на результаты расчета ОТС ЛЖ и ИММ ЛЖ, играют ключевую роль в прогнозе ХСН (таблица 5).

Таблица 5. - Типы ремоделирования ЛЖ у больных с ХСН в зависимости от ФВ ЛЖ (n=80)

Тип ремоделирования	ХСН-сФВ (n=30)		ХСН-прФВ (n=25)		ХСН-нФВ (n=25)		P
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	
КГЛЖ	22	73,3	4	16,0	2	8,0	<0,001
ЭГЛЖ	5	16,7	19	76,0	21	84,0	<0,001
КРЛЖ	2	6,7	2	8,0	2	8,0	>0,05
НГЛЖ	1	3,3	0	0,0	0	0,0	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

Как видно из данных таблицы в подгруппе больных с ХСН-сФВ в большинстве случаев (73,3%) встречалось ремоделирование по типу концентрической гипертрофии, которая является доказательством диастолической дисфункции. У больных с ХСН-прФВ и ХСН-нФВ с наибольшей частотой имели эксцентрическую гипертрофию – 76% и 84% соответственно. Данный тип ремоделирования характеризуется дилатацией полостей сердца и большим объемом.

Из 105 пациентов по экстренным показаниям была выполнена КАГ n=45 больным, 68,9% имели III ФК по NYHA, а 31,1% IV ФК по NYHA. Из них мужчин 38 (84,4%), женщин 7 (15,6%), средний возраст $61,5 \pm 0,62$ года. В зависимости от ФВ ЛЖ все больные были разделены на 3 группы. Результаты КАГ в зависимости от ФВ представлена в рисунке 4.

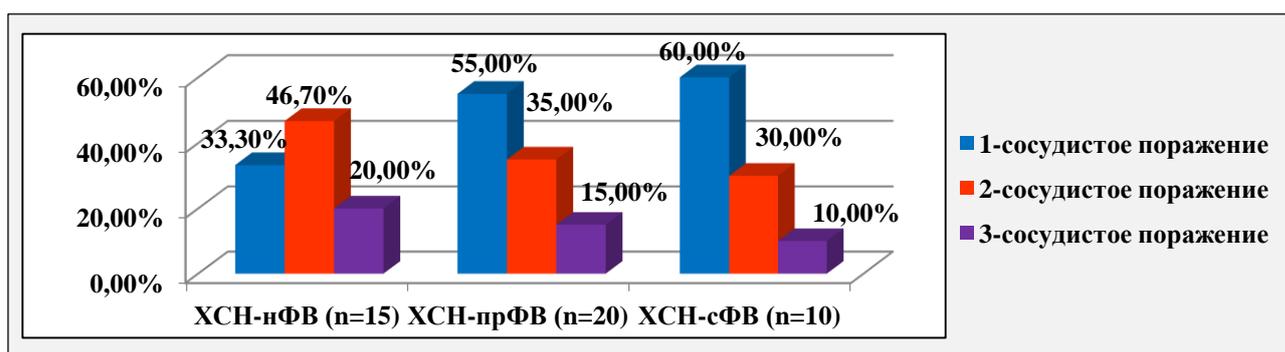


Рисунок 4.-Характеристика сосудистых поражений у больных ХСН в зависимости от ФВЛЖ

Как видно из данных рисунка 1-сосудистое поражение с наибольшей частотой наблюдалось у больных с ХСН-прФВ и ХСН-сФВ – 55,0% и 60,0% соответственно. Аналогичная ситуация наблюдалась и с распространенностью 2- и 3- сосудистого поражения среди пациентов ХСН-прФВ (35,0% и 15,0%) и ХСН-сФВ (30,0% и 10,0%) соответственно. У больных со ХСН-нФВ преобладало

2-сосудистое поражение (46,7%) при этом 1- и 3-сосудистое поражение наблюдалось с частотой 33,3% и 20,0% соответственно. Таким образом, по результатам КАГ наиболее выраженные нарушения васкуляризации наблюдались у лиц с ХСН-нФВ и ХСН-прФВ ЛЖ.

Результаты подсчета шкалы Syntax показал, что больные с ХСН-прФВ имели большое количество баллов (19) в сравнении с пациентами I и III групп, что свидетельствует о выраженных нарушениях васкуляризации миокарда во II группе. Поражение ствола левых коронарных артерий (ЛКА) свыше 50% позволяет включить пациентов к категории высокого риска внезапной смерти, а в ассоциации с ФВ позволяет дать более точную оценку риска неблагоприятных исходов. Так, мы сочли необходимым оценить распространенность стеноза ствола ЛКА в зависимости от ФВЛЖ. Результаты продемонстрировали гемодинамический значимый стеноз ЛКА у больных с ХСН-прФВ (II группа) в сравнении с ХСН-сФВ (III группа).

Далее мы сочли необходимым изучить динамику клинических и ЭхоКГ параметров у пациентов с СН после проведения ЧКВ со стентированием коронарных артерий. С этой целью в исследование включены больные ХСН-прФВ (n=20). Все пациенты получали медикаментозную терапию, индивидуально скорректированную лечащим врачом - после проведения ЧКВ. Все пациенты принимали ингибиторы блокаторы РААС, статины, антагонисты альдостерона в индивидуально подобранных дозировках. После проведения реваскуляризации всем пациентам был назначен клопидогрел для ежедневного приема в дозировке 75 мг. Сбор жалоб и анамнеза, физикальный осмотр, тест 6-минутной ходьбы (тест 6-минутной ходьбы) и ЭхоКГ проводились пациентам перед процедурой ЧКВ и спустя 6 месяцев после вмешательства. Клиническое состояние пациента оценивалось в баллах по ШОКС (в модификации В. Ю. Мареева). Из 20 пациентов с ХСН-прФВ 18 (90%) были мужчины и до проведения ЧКВ 12 человек (60%) имел ИМ в анамнезе и у 25% пациентов наблюдалось многососудистое поражение коронарного русла (стенозы двух и более коронарных артерий). У 7 пациентов (35%) по результатам предварительной КАГ был обнаружен стеноз левой КА (менее 70% просвета сосуда). У всех пациентов была диагностирована АГ средняя длительность ее течения составила 11 (9; 17) лет. У одного пациента установлен диагноз ХОБЛ и у 2-х установлено наличие постоянной формы ФП.

В исследуемой группе пациентов через 6 месяцев после проведения ЧКВ наблюдалось статистически значимое улучшение клинических параметров (уменьшение баллов ШОКС - 9 (8:10) и 7 (6:8) соответственно, увеличение средней пройденной дистанции тест 6-минутной ходьбы 330 (290; 390), уменьшение ФК ХСН. Динамический анализ ЭхоКГ параметров свидетельствовал о статистически значимых улучшениях линейных (КДР, КСР) и объемных (КДО, КСО) параметров ЛЖ. Тем не менее среднее значение ФВ ЛЖ в результате 6 месячного наблюдения в данной группе не изменилось.

Таким образом, несмотря на многообразие диагностических технологий, ФВЛЖ до сих пор остается одним из ключевых параметров, оцениваемых вовремя ЭхоКГ у больных с ХСН. Для пациентов с различными вариантами ФВ

ЛЖ свойствен этиологические, половые различия, а также ассоциация со степенью нарушения васкуляризации. Использование ЧКВ как метода реваскуляризации миокарда при ИБС, осложненной развитием ХСН, улучшает клиническое состояние и параметры центральной гемодинамики пациентов с сердечной недостаточностью с промежуточной фракцией выброса и позволяет в значительной части наблюдений повысить качество жизни пациентов и увеличить ее продолжительность.

ВЫВОДЫ

1. Анализ частоты ХСН I-IV ФК в структуре болезней сердца и сосудов в условиях кардиологических отделений стационара республиканского значения показал, что каждый второй больной имел ту или иную степень СН, а максимальные значения (81,4%) признаков ХСН наблюдались в возрастной группе 60-89 лет. Характеристика больных ХСН с повторными госпитализациями показал, что 35,5% больные были с III-IV ФК (по NYHA), у каждого третьего больного (31,6%) была мерцательная аритмия, у 29,6% - сопутствовал СД 2 типа, наличие инфаркта миокарда – 21,8%. На вопрос анкеты о причинах повторных госпитализаций у 8,3% отсутствовало амбулаторное наблюдение, прекращение прием препаратов -14,6%, неэффективность проводимой терапии 11,3% и др. [1-А, 2-А, 9-А, 11-А, 12-А].
2. Главными этиологическими факторами формирования ХСН в популяции республики Таджикистан являлась ИБС (44,0%) и АГ (34,0%), что в сумме составили 78,0% и которые имеют ряд особенностей в половом аспекте. У мужчин среди причин формирования ХСН является ИБС – 58,4%, а ведущей причиной развития ХСН у женщин служит АГ – 50,7%. АГ, как причина ХСН у мужчин встречается в 20,4% случаев. Частота кардиомиопатии (ДКМП) у мужчин составила 16,2%, клапанные пороки сердца – 2,8%, а у женщин – 9,3% и 9,9% соответственно. В меньшей степени причинами формирования ХСН является клапанные пороки сердца – 12,7% и 6,0% - ДКМП. Результаты анализа характера терапии на момент госпитализации показал, что пальма лидерства принадлежит иАПФ (74,9%); β – блокаторы и диуретики принимали 46,9% и 47,8% соответственно. Антиагреганты 48,3% и статины 24,9% принимали больные с ИБС, АГ и каждый четвертый больной принимал антагонист кальция (26,6%), и реже сартаны (11,1%) [2-А, 3-А, 6-А, 7-А, 8-А, 9-А].
3. Анализ клинических симптомов больных показал, что с наибольшей частотой наблюдается одышка (93,7%), сердцебиение (73,2%), слабость (57,5%), перебои и кашель встречаются в 50,7% и 25,4% соответственно. а степень их выраженности напрямую зависит от длительности и функционального класса ХСН. В структуре сопутствующих состояний лидирующей позиции занимают хроническая болезнь почек, СД 2 типа и ХОБЛ. Ожирение и гиперлипидемия наблюдались в 37,2% и 28,6% соответственно, а острое нарушение мозгового кровообращения (в анамнезе) сопутствовала с частотой – 29,7% [2-А, 9-А].

4. Характеристика больных ХСН с СД 2 типа выявила ряд особенностей. Так, в подгруппе больных ХСН с СД 2 типа и АГ и ХСН с СД 2 типа и ИБС имело место выраженность клинических симптомов по ШОКС, достоверное снижение дистанции 6-минутной ходьбы, а степень их выраженности и частота наблюдалась в подгруппе с ХСН с СД 2 типа и АГ+ИБС [1-А, 4-А, 12-А].
5. Результаты внутрисердечной гемодинамики в сравниваемых подгруппах выявил снижение ФВ у больных ХСН и СД 2 типа в сочетании с АГ и ИБС, а у пациентов ХСН с АГ сохранение систолической функции ЛЖ в 74% случаев. Анализ вариантов геометрического ремоделирования сердца у коморбидных больных показали преобладание КГЛЖ и ЭГЛЖ, что указывает на прогрессирование ХСН [1-А, 4-А, 5-А, 10-А].
6. При изучении ХСН в зависимости от ФВ выявил принципиальные различия ХСН-сФВ в сравнении с ХСН-прФВ и ХСН-нФВ в плане этиологии и пола: у женщин с АГ и ожирением в возрастной категории >60 лет чаще встречается ХСН-сФВ. У больных с ХСН-сФВ часто наблюдается тип ремоделирования миокарда по типу концентрической гипертрофии., при этом состояние ФВ ЛЖ не влияет на тяжесть течения. Результаты КАГ свидетельствуют о наиболее выраженных нарушениях васкуляризации у лиц с ХСН со сниженной и промежуточной ФВЛЖ. Наблюдалась положительная динамика клинико-эхокардиографических параметров у пациентов ХСН-прФВ после проведения ЧКВ в результате 6-месячного наблюдения [1-А, 5-А, 10-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Гетерогенность этиологических факторов, высокая коморбидность, недостаточный объем терапии и диагностики у больных с ХСН способствует прогрессированию степеней тяжести, которая увеличивает частоту госпитализаций. У больных с ХСН и сопутствующих СД, мерцательной аритмии, ИМ повышают вероятность повторных госпитализаций и наличие указанных предикторов необходимо принимать во внимание при выписке и последующего активного амбулаторного наблюдения.
2. У больных с ХСН в перечень методов стандартного кардиологического пациента необходимо обязательное исследование морфофункциональных параметров, включая типы геометрического ремоделирования и ЧКВ
3. Пациенты с ХСН с сопутствующими состояниями, включая СД 2 типа нуждаются в детализации вариантов ФВ ЛЖ, подсчет индекса коморбидности, учет которых позволяет практикующему врачу подобрать адекватную терапию.
4. Одним из современных трендов в прогнозировании результатов реваскуляризации миокарда и течения ИБС является количественная оценка тяжести поражения коронарных сосудов. Такой оценочной шкалой является шкала SYNTAX (Synergy between PCI with Taxus and Cardiac Surgery) Score (SS), по которой определяют количественную оценку поражения коронарного русла и общую прогностическую значимость, и высокий балл

по шкале SYNTAX Score служит показателем повышенного риска развития типичных осложнений.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Файзуллоев А.И. Хроническая сердечная недостаточность: современные проблемы и пути их решения [Текст] / А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова, И.М. Рашидов, Г.М. Раджабова // Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». - 2021. - №2. - С.93-100.

[2-А]. Файзуллоев А.И. Характеристика хронической сердечной недостаточности на госпитальном этапе [Текст] / А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова, Ф.М. Зоидова // Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». – 2021. - №1. - С. 79-86.

[3-А]. Файзуллоев А.И. Роль сопутствующих заболеваний в прогнозе сердечной недостаточности [Текст] / А.И. Файзуллоев // Ж. «Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана». - 2021. - Том XI, №4. - С. 113-121.

[4-А]. Файзуллоев А.И. Хроническая сердечная недостаточность в ассоциации с сахарным диабетом [Текст] / А.И. Файзуллоев // Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - 2022. - №1 (352). - С. 96-103.

[5-А]. Файзуллоев А.И. Клинико-гемодинамические параллели хронической сердечной недостаточности в зависимости от фракции выброса левого желудочка [Текст] / А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова, Р. Кабирзода // Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». - 2022. - №2. - С.75-83.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

[6-А]. Файзуллоев А.И. Организация профилактической и лечебной помощи населению с учётом рисков по сердечно-сосудистым заболеваниям [Текст] / А.И. Файзуллоев, О.М. Собирова, Г.И. Сафаралиева// Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества независимых государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний». – Душанбе, 2019. – С. 373.

[7-А]. Файзуллоев А.И. Сердечно-сосудистые осложнения COVID-19 [Текст] / А.И. Файзуллоев, О.М. Собирова, Х.Т. Файзуллоев // Материалы научно-практической конференции на тему: «Коронавирусная инфекция в Республике Таджикистан: эпидемиология, диагностика и современные возможности лечения». – Душанбе, 2020. – С.257.

[8-А]. Файзуллоев А.И. Выявляемость миокардита у больных, перенесших COVID-19 в Республике Таджикистан [Текст] / А.И. Файзуллоев, М.Э. Раджабзода, Т.Т. Комилов // Материалы научно-практической конференции на тему: «Коронавирусная инфекция в Республике Таджикистан: эпидемиология, диагностика и современные возможности лечения». – Душанбе, 2020. – С.216-217.

- [9-А]. Файзуллоев А.И. Комплексная оценка хронической сердечной недостаточности на госпитальном этапе [Текст] /А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова, С.З. Касиров// Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». – Душанбе. – 2021. – С.97-98.
- [10-А]. Файзуллоев А.И. Особенности течения ХСН в зависимости от фракции выброса левого желудочка [Текст] / А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова// Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». – Душанбе, 2021. – С.96-97.
- [11-А]. Файзуллоев А.И. Прогностическое значение фибрилляции предсердий у пациентов с сердечной недостаточностью с разной фракцией выброса левого желудочка [Текст] / А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова, Х.Ф. Рахматуллоев// Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием. – 2022. – С. 77.
- [12-А]. Файзуллоев А.И. Факторы риска сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом 2 типа [Текст] / А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова // Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием. – 2022. – С.89-90.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АГ** – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
АлАТ – аланинаминотрансфераза
АсАТ – аспаратаминотрансфераза
ГКМП – гипертрофическая кардиомиопатия
ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка
ДАД – диастолическое артериальное давление
ДКМП – дилатационная кардиомиопатия
ИАПФ – ингибиторы ангиотензин - превращающий фермент
ИБС- ишемическая болезнь сердца
ИМ – инфаркт миокарда
ИММ ЛЖ – индекс массы миокарда левого желудочка
ИМТ – индекс массы тела
КАГ – коронароангиография
КВЗ – кардиоваскулярные заболевания
КГЛЖ – концентрическая гипертрофия левого желудочка
КРЛЖ – концентрическое ремоделирование левого желудочка
ЛЖ – левый желудочек
ЛС – лекарственные средства
НГЛЖ – нормальная геометрия левого желудочка
НУП – натрийуретический пептида
ОТС ЛЖ – относительная толщина стенки левого желудочка
РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система

САД – систолическое артериальное давление
САС – симпатoadренaловaя система
СД – сахарный диабет
СКФ – скорость клубочковой фильтрации
СН – сердечная недостаточность
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ФВ – фракция выброса
ФК – функциональный класс
ФП – фибрилляция предсердий
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ХСН-нФВ – хроническая сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса
ХСН-прФВ – хроническая сердечная недостаточность с промежуточной фракцией выброса
ХСН-сФВ – хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса
ЧКВ – чрескожные вмешательства
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭГЛЖ – эксцентрическая гипертрофия левого желудочка
ЭКГ – электрокардиография
Эхо-КГ – эхокардиография
HbA1c – гликизированный гемоглобин
NYHA – Нью-Йоркская ассоциация кардиологов

**МДТ «ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ
КОРМАНДОНИ СОҶАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ
ТОҶИКИСТОН»**

УДК 616.12.008;615:616-085;616.1/4.

Файзуллоев Абуалӣ Исуфҷонович

**НОРАСОИИ МУЗМИНИ ДИЛ: БАСОМАД, ҶАРАЁН, ХУСУСИЯТҶОИ
ТАБОБАТ ВА БЕМОРИҶОИ ҶАМРОҶ ДАР МАРҶАЛАИ
БЕМОРҶОНАГӢ**

АВТОРЕФЕРАТИ

**диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҶои тиб**

аз рӯи ихтисоси 14.01.04 –БемориҶои дарунӣ

Душанбе-2023

Таҳқиқот дар кафедраи терапия ва кардиоревматология МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Шукурова Сурайё Мақсудовна** – узви вобастаи АМИТ, д.и.т., профессор, мудири кафедраи терапия ва кардиоревматология МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Муқарризони расмӣ: **Одинаев Шухрат Фарходович** – доктори илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон номи Абуалӣ ибни Сино»

Рофиева Халима Шариповна номзади илмҳои тиб, мудири кафедраи терапияи МТҒ «Донишкадаи тиббӣ-ичтимоии Тоҷикистон»

Муассисаи пешбар: **Муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-амалии «Кардиология»,** (ш. Минск, Ҷумҳурии Белорус)

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ соли 2023 соати _____ дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-008 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734003, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кучаи Сино 39-41, www.tajmedun.tj +992918724088.

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

Автореферат «_____» _____ соли 2023 ирсол гардид.

Котиби илмии
Шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб, дотсент

Р.Ҷ. Ҷамолова

МУҚАДДИМА

Мубрамияти мавзуи таҳқиқот. Дар беморони гирифтори бемориҳои кардиоваскулярӣ (БКВ) натиҷаи роҳи тӯлонии тайкардаи беморӣ норасоии музмини дил (НМД) мебошад, ки ба афзоиши босуръат майл дошта, проблемаи асосии тибби муосир дар тамоми дунё ба шумор меравад [Канорский С.Г., 2020; Anderson K., 2020]. Дар баробари пир шудани ҷомеа миқдори беморони гирифтори норасоии дил (НД) низ босуръат меафзояд. Басомади БМД синфи функционалии (СФ) I–IV мувофиқи NYHA дар популятсияи Федератсияи Россия (ФР) 7-10%-и ҳолатҳоро ташкил медиҳад, миқдори мутлақи беморони дорои НМД дар соли 2018 12,35 млн. одамро ташкил дод [Мареев В.Ю., 2018; Фомин И.В., 2018]. Паҳншавии НД дар кишварҳои ғарбӣ аз 1% то 2%, беморшавӣ бошад, 5-10 ҳолат ба 1000 нафар дар як сол баробар аст. Дар феҳристи сабабҳои паҳншавии баланди НД дар баробари пиршавии аҳоли, инчунин муваффақиятҳои ба даст овардашуда дар самти профилактикаи аввалин ва дувумии ҳодисаҳои коронарӣ ва коркарди усулҳои муосири табобатро низ дохил кардан мумкин аст [Bertero E., 2018; Dunlay S.M., 2019; Anderson K., 2020; Armstrong P.W., 2020]. Новобаста аз сабабҳо ва СФ фавтият аз НМД дар давоми сол хеле баланд боқӣ мемонад ва 10%ро ташкил медиҳад; дар ин маврид фавти 5-сола дар як сол тақрибан 62% аст [Vasan R.S., 2018]. Дар даҳсолаҳои охир дар сохтори бемориҳои, ки ба НМД боис мегарданд, тағйирот ба амал омад ва сабабҳои классикӣ (осебҳои генезашон ревматикӣ ва ғайривревматикӣ клапанҳои дил, миокардит) хеле кам ба чашм мерасанд. Тибқи маълумоти як қатор таҳқиқотҳои эпидемиологӣ пайдошавии НД дар бештари ҳолатҳо (то 75%) вай бо бемории ишемикии дил (БИД) ва оризаҳои он алоқаманд аст, дар ҷои дуҷум сабаби НМД фишорбаландии шарёнӣ (ФШ) меистад [Мареев В.Ю., 2017; Шарипова Х.Ё., 2017; Еремина Ю.Н., 2020; Митьковская Н.П., 2020].

Масъалаи интиҳоби ҷинсӣ ҳангоми НМД дар сарчашмаҳои илмӣ мавриди баҳси густурда қарор дорад [Dunlay S.M., 2019; Mauro G., 2020]. Механизмҳои патогенетикии НМД-ро дар ҷанбаи ҷинсӣ таҳлил намуда, фарқиятҳои калидӣ, ки на танҳо ба симптоматика ва ҷараёни беморӣ, балки ба натиҷаи он низ таъсир мерасонад, муайян карда мешаванд. Ҷунончи, дар занҳо бештар ташаккулёбии НМД бо нигоҳ доштани фраксияи партоиш (НМД-нФП) ба назар мерасад, ки асоси онро бозсозии муттаҳимаркази меъдаҷаи чап (БММЧ) ташкил медиҳад. Дар мардҳо ташаккул ёфтани НМД бо фраксияи партоиши паст (НМД-пФП) хос аст [Поляков Д.С., 2019; Buckley L.F., 2019]. Ғайр аз ин, фарқият дар сабабҳои этиологии ташаккулёбии НМД ва омилҳои хатари кардиоваскулярӣ низ ба мушоҳида мерасад [Негматова Г.М., 2017; Гаврюшина С.В., 2018].

Бемориҳои ҳамроҳшуда аксаран дар бемороне дида мешаванд, ки аз НД азият мекашанд ва масъалаҳои ҷиддиро тасвир мекунанд, ки аксар вақт ҷараёни бемориро мураккаб мегардонанд [Токмачев Р.Е., 2018; Correale M., 2020]. Мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшудаи зиёди дилу рағҳо ва ғайри дилу рағҳо, моҳиятан ба мувоқибати ташхисӣ ва табобатии беморони дорои НД таъсир мерасонанд ва метавонанд, ки ба оқибати нохуб, зиёд шудани

басомади бистарикунонӣ ва фавт оварда расонанд [Гусейнова Э.Т., 2020; Канорский С.Г., 2020; Митьковская Н.П., 2020].

Дар феҳристи масъалаҳои афзалиятноки нигоҳдории тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (ҶТ) бемориҳои системаи гардиши хун бо ҳиссаи зиёда аз 50% -и сабаби фавт дохил мешаванд. Дар ҷумҳурӣ айни замон дар бораи беморшавии госпиталии НМД бо назардошти фраксияи партоиши меъдачаи чап (ФПМЧ), дар бораи нақши ҳолатҳои коморбидӣ дар чараён ва натиҷаи НД маълумоти кофӣ дастрас нест. Дар таҳия намудани протоколҳои табобати беморони дорои НМД муайян кардани сабабҳои бистарикунонӣ ва сабабҳои пешравии беморӣ нақши асосиро доранд, ки онҳо ҳамчун платформаи ба ҳадди минимум расонидани хароҷоти табобати бемор хизмат мекунанд.

Ҳамин тавр, ба донишҳои солҳои тӯлонӣ андухташуда оид ба НМД нигоҳ накарда, то имрӯз масъалаҳои зиёди ҳалношуда ва баҳснок боқӣ мемонад, ки ҷустуҷӯи роҳҳои ҳалли онҳо, бешак, барои тибби муосир мубрам мебошанд. Барвақт шинохтани бемориҳои муттаҳидшуда дар беморони дорои НД аҳамияти бузург доранд, чунки имконият медиҳанд таҳқиқоти ҷиддӣ гузаронида шавад, то ин ки пайдо шудани лаҳзаҳои норасоии шадиду ҷуброннашавандаи дил (НШҶД) пешгирӣ карда ё ба таъхир андохта шавад, барои истифодаи зудии препаратҳои мақсаднок барои ҳар як ҳолат мусоидат мекунад ва барои муҳофизат суръати дохил намудани якҷанд мутахассисони соҳаи тибро метезонад.

Дарачаи коркарди илмӣ мавзӯи таҳқиқот. Кардиологияи муосир НМД-ро ҳамчун эпидемияи дар ҳоли рушд баррасӣ намуда, ба дастовардҳои соҳаи терапия нигоҳ накарда, ҳанӯз ҳам пешгӯиҳои нохуб ва зиёнҳои ниҳоят бузурги иҷтимоӣ-иқтисодиро ба бор меоварад [Мареев В.Ю., 2018; Канорский С.Г., 2020]. Дар натиҷаи пиршавии аҳолии сайёра ва дастовардҳои тиб, ки боиси фавт аз БИД, басомади НД, эҳтимол дорад, ки дар солҳои наздик низ зиёдшавиашонро идома медиҳанд. Басомади ҳолатҳои нави НД 10 ба 1000 нафарро дар синну соли калонтар аз 65-соларо ташкил медиҳад [Фролова Е.В., 2018; Ларина В.Н., 2019]. Бар иловаи он, ки бемории НД зиёд шуда истодааст, вай бо пешгӯии нохуб ва фавти баланд аз беморӣ низ алоқаманд аст, дар маҷмӯъ 52,3%-и ҳамаи беморони мубтало ба НД дар давоми 5 соли баъди ташҳиси аввалин вафот мекунанд [Виноградова Н.Г., 2019; Поляков Д.С., 2019].

Маводи зиёди аз тарафи муҳаққиқони ватанӣ ва хориҷӣ нашршуда ҷанбаҳои муҳимму бисёрпаҳлуи нозологияи НМД, фарқиятҳои гендерӣ ва синнусолӣ, масъалаҳои бемориҳои ҳамроҳшуда ва ноҳамгунии омилҳои пешравии НД, гуногунрангии равишҳои табобатӣ вобаста аз ФПМЧ, коркарди маркерҳои ташҳисӣ ва тамоюли кам нисбат ба табобатро инъикос менамоянд [Шарипова Х.Ё., 2017; Токмачев Р.Е., 2018; Полозова Э.И., 2020; Dzyurich T.A., 2019]. Натиҷаҳои бисёр таҳқиқотҳои илмӣ НД-ро ҳамчун ихтилоли гемодинамикӣ баррасӣ мекунанд, дар ин ҳолат параметрҳо ва симптомҳои фаъолияти дил, ки беморӣ ба вучуд овардааст, батаври асинхронӣ чараён мегиранд [Мареев В.Ю., 2018; Kawel-Boehm N., 2019]. Ҳамин тавр, дар беморони дорои ФПМЧ беморӣ бе симптом мегузарад, дар

беморони дорои ФПМЧ-и каме паст метавонанд, ки зухуроти вазнини клиникӣ дошта бошанд [Агеев Ф.Т., 2018; Lund L.H., 2018].

Бистарикунони такрорӣ барвақт ҳангоми НД проблемаи чиддӣ ва доимии нигоҳдории тандурустии чамъиятӣ мебошад. Зиёд шудани бистарикунони такрорӣ барвақт, ки ба бемориҳои дилу рағҳо (БДР) алоқаманданд, ҳамчунин равандҳои мутафовит дар гурӯҳҳои аҳоли ин маъноро доранд, ки роҳҳои кӯтоҳ сохтани бистарикунони такрорӣ барвақт чиддӣ ба ҳисоб гирифтани омилҳои бемор ва равиши байниҷаҳсонии ёрии ғайри дилу рағҳо тақозо мекунад. Ба баррасии ҳамҷонибаи масъалаҳои НД ҳангоми БДР-и гуногун нигоҳ накарда, тарафҳои зиёди ҳалнашудаи хусусиятҳои клиникӣ-морфофункционалии ҷараёни НМД дар якҷоягӣ бо бемориҳои ҳамроҳшуда, фарқиятҳои гендерӣ, фармакотерапия ва ғайра мавҷуданд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо)-и мавзӯи илмӣ. Самтҳои афзалиятноки фаъолият дар қисми тандурустии ҚТ ин профилактика ва ташкили ёрии самаранок ба БДР мебошад, ки аз бори сангини он натиҷаи фавти бармаҳал ва талафоти устувори қобилияти қорӣ вобаста аст. Таҳлили ҳолати сабабҳои фавти аҳолии ҷумҳурӣ нишон дод, ки дар сохтори фавти умумии аҳолии ҷумҳурӣ БДР сабаби асосии фавт боқӣ мемонад. Агар давоми 30 (1990-2020) соли охириро таҳлил намоем, сабаби аввалини сатҳи баланди бори сангин БИД буда, мутаносибан 9,9 % ва 10,2% -ро ташкил медиҳад. Тасодуфӣ нест, ки бо Қарори Ҳукумати ҚТ аз 3-юми декабр с. 2012, таҳти №676 лоихаи «Дурнамои пешгирӣ ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва травматизм дар Тоҷикистон дар давраи солҳои 2012-2023» тасдиқ карда шудааст. Мақсади таҳияи ин Дурнамоҳо ба ҳаллу фасли баланд бардоштани афзалиятнокии ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва қорқарди инфрасохтори самаранок барои пешгирӣ намудани БДР нигаронида шудааст. Дар доираи ин санад даҳҳо лоихаҳо ва барномаҳои илмӣ-таҳқиқотӣ гузаронида ва натиҷаҳои онҳо дар нигоҳдории тандурустии амалӣ татбиқ шуда истодаанд. Таҳқиқоти ташаббусии мазкур як ҷузъи ин санад буда, барои истифодаи минбаъдаи он бо мақсади ташҳиси саривақтӣ ва қорқарди тактикаи муҳофизати беморони гирифтори НМД хизмат мекунад.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Такмил додани ташҳиси барвақтии норасоии музмини дил дар сохтори бемориҳои дилу рағҳо бо роҳи омӯхтани хусусиятҳои клиникӣ-функционалӣ ва гемодинамикӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯхтани басомад, сабабҳои бистарикунони такрорӣ, сохтори этиологӣ дар ҳамбастагӣ бо чинс ва хусусиятҳои таъбири беморони дорои НМД;
2. Омӯхтани зухуроти клиникӣ вобаста аз синфи функционалии НМД ва бемориҳои ҳамроҳшуда;
3. Таҳқиқоти хусусиятҳои клиникӣ ва функционалии НМД дар ҳамбастагӣ бо диабет қанди навъи 2 (ДҚ навъи 2);

4. Муайян кардани ҳолати сохторӣ-функционалии меъдачаи чап (МЧ) ва хусусиятҳои клиникӣ-гемодинамикии чараёни НМД вобаста аз ФП ва баҳодиҳии ҳолати маҷрои хуни коронарӣ мувофиқи натиҷаҳои амалиётҳои тавассути пусти (АТП).

Объекти таҳқиқот. Маводи таҳқиқот таърихи бемории 650 беморони дорои БДР-и оризанок бо НМД-ро буд, ки дар шӯъбаи кардиологияи МД «Маркази ҷумҳуриявии клиникаи кардиология» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ (ВТ ва ҲИА ҚТ) дар давраи солҳои 2018-2020 бистарӣ буданд. Тибқи маълумоти ҳуҷҷатҳои тиббӣ ва анамнез дар бораи этиологияи НМД, омилҳои хатар, тафовутҳои гендерӣ, СФ НМД, бемориҳои ҳамроҳшуда, хусусиятҳои табобати истифодашуда (то госпиталӣ), миқдори бистаришавӣ, ҳамчунин таҳлили натиҷаҳои беморони гирифтори НМД танҳо ҳангоми фибриллятсияи даҳлезҳо (ФД), ба ҷои экстраполятсияи маълумот аз беморони дорои ритми синусӣ гузаронида шуд. Ҳамзамон таҳқиқоти проспективии 105 беморони дорои НМД дар якҷоягӣ бо ДҚ навъи 2 гузаронида шуд, ки дар МД «МЧКК» ВТ ва ҲИА ҚТ дар давраи солҳои 2020-2021 бистарӣ буданд.

Мавзуи таҳқиқот. Мавзуи таҳқиқот омӯхтани параметрҳои асосии клиникии бемори кардиологӣ (пурсиш, симптомҳо, аускултатсия, фишори шараёнӣ (ФШ), тестҳои функционалӣ (6-дақиқа роҳгардӣ), маркерҳои гемодинамикӣ, коронароангиографияи (КАГ) рағҳо) буд. Маркерҳои гемодинамикии НМД ва хусусиятҳои ФП дар якҷоягӣ бо ДҚ навъи 2 баҳодиҳӣ карда шуд. Ҳолати маҷрои хуни коронарӣ дар беморони дорои НМД бо генези ишемикӣ омӯхта шуд. Натиҷаҳои муқоиса кардани усулҳои клиникӣ-функционалӣ ва инструменталии таҳқиқот имконият доданд, ки сабабҳои пешрабии НМД бо мақсади коркарди чорабинӣҳои табобатӣ бо назардошти бемориҳои ҳамроҳшуда муайян карда шавад.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Таҳқиқоти диссертатсионии пешниҳодшуда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон яке аз аввалин пажӯҳишҳо, ки ба масъалаи ташҳиси НД дар байни беморони калонсоли дорои патологияҳои гуногуни дил бо назардошти бемориҳои ҳамроҳ ва ҳолати ФПМЧ бахшида шудааст.

Дар мисоли миқдори кофии (n=1200) таҳлили ретроспективии ҳуҷҷатҳои тиббии беморони табобатшуда, сохтори этиологӣ ва басомади НМД дар шӯъбаҳои кардиологияи беморхона омӯхта шуд. Натиҷаҳои таҳлил нишон доданд, ки ҳар як бемори дуюм гирифтори БКВ ин ё он дараҷаи НМД-ро дорад. Муайян карда шуд, ки омилҳои асосии этиологӣ ташаккули НД дар аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон БИД (44,0%) ва ФШ (34,0%) мебошанд, ки дар маҷмӯъ 78,0%-ро ташкил медиҳанд. Ба андозаи камтар, сабабҳои ташаккули НМД бемории клапанҳои дил мебошанд - 12,7% ва 6,0% - кардиомиопатияи дилататсионӣ (КМПД).

Бори аввал этиологияи НД вобаста ба ҷинс омӯхта шуд. Муайян карда шуд, ки дар мардон дар байни сабабҳои пайдоиши НМД, БИД - 58,4% ва сабаби асосии НМД дар занон ФШ - 50,7% мебошанд. Басомади КМПД дар мардон 16,2%, бемории клапанҳои дил - 2,8% ва дар занон - 9,3% ва 9,9% мутаносибан буд.

Басомад ва сабабҳои асосии дар беморхона такроран бистаришавии беморони НД муайян карда шудаанд. Хусусиятҳои беморони НМД, ки дар беморхона такрорӣ бистарӣ гаштаанд, нишон дод, ки 35,5%-и беморон бо СФ III-IV (мувофиқи NYHA), ҳар як бемори сеюм (31,6%) бо ФД, 29,6% бо ДҚ навъи 2, ва 21,9% бо мавҷудияти сактаи миокард буданд. Ҳангоми пурсидани сабабҳои бистаришавии такрорӣ, 8,3% дар муоинаи амбулаторӣ набуданд, 14,6% истеъмоли доруҳо қатъ карданд, 11,3% табобатро бенатиҷа анҷом доданд ва ғайра.

Бемориҳои ҳамроҳи НД арзёбӣ карда шуданд, ки дар сохтори онҳо бемории музмини гурда (БМГ), ДҚ навъи 2 ва бемории музмини обструктивии шушҳо (БМОШ) мавқеи пешсафро ишғол мекунанд. Хусусиятҳои клиникӣ, биохимиявӣ ва морфофункционалии НМД дар робита бо ДҚ навъи 2 муайян карда шудаанд.

Хусусиятҳои клиникӣ НМД вобаста ба ФПМЧ муфассал омӯхта шуданд ва бори аввал варианти НМД бо мобайни ФП (НМД-мФП) пешниҳод карда шуд, ки дар он фарқиятҳои бунёдии НМД-нФП дар муқоиса бо НМД-мФП ва НМД-пФП аз ҷиҳати этиология ва ҷинс ошкор карда шуданд: дар занони гирифтори ФШ ва фарбеҳӣ дар категорияи синну сол >60-сола НМД-нФП бештар вомерхурд. Дар беморони гирифтори НМД-нФП, аксар вақт намуди гипертрофияи консентрикӣ ремоделсозии миокард мушоҳида мешавад, дар ҳоле ки ҳолати ФПМЧ ба шиддати курс таъсир намерасонад.

Асоси илмӣ ба мақсад мувофиқ будани АТП барои омӯзиши гардиши хуни коронарӣ дар беморони гирифтори НМД оварда шудааст. Натиҷаҳои КАГ вайроншавии возеҳтарини васкуляризатсия дар беморони гирифтори НМД бо паст ва миёнаравии ФПМЧ-ро нишон медиҳанд. Динамикаи мусбати параметрҳои клиникӣ ва эхокардиографӣ дар беморони гирифтори НМД-мФП пас аз АТП дар натиҷаи муоинаи 6 моҳа мавҷуд буд.

Аҳамияти назариявӣ ва амалии таҳқиқот аз он иборат аст, ки нуқтаҳои назариявӣ, методологӣ ва тавсияҳо и дар диссертатсия пешниҳодшуда метавонанд, ки дар раванди таълими донишгоҳи олии тиббӣ мавриди истифода қарор дода шаванд. Аз нуқтаи назари амалӣ натиҷаҳои таҳқиқот барои табибон имконият медиҳанд, ки дар марҳалаҳои барвақти БКВ, НМД- и оризанокро бо истифода аз усулҳои серитилоъ ва дастраси таҳқиқот муайян намоянд.

Арзишҳои асосии илмӣ-амалии таҳқиқот:

- бемориҳои нисбатан зиёд дучоршавандаи дилу рағҳо, омилҳои хатар ва хусусиятҳои бемориҳои ҳамроҳшуда, ки ба пешравии НМД таъсир мерасонанд, муайян карда шуданд;
- барои кардиологияи амалӣ критерияҳои пешгӯӣ ва баҳодихӣ ба типҳои ремоделсозӣ ва шаклҳои НМД вобаста аз ФПМЧ таҳия карда шуд, ин имконият медиҳад, ки ин критерияҳо барои ташҳиси барвақт ва коркарди табобати муносиб истифода шаванд;

- муқаррар карда шуд, ки маркерҳои нисбатан барвақт ва сермаълумот пешгӯии НМД нишондиҳандаҳои ФПМЧ ва намудҳои он ба шумор мераванд;
- истифодаи усулҳои муосири инвазивии таъхиси шарёнҳои коронарӣ имконият медиҳанд, ки хатари пешравандаи ҳодисаҳои кардиалӣ пешгирӣ карда шаванд.

Нуқтаҳои барои ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Диапазони сабабҳои этиологияи ташаккули НМД васеъ аст ва бо интиҳоби ҷинсиву синнусолӣ фарқ мекунад. Таҳлили омилҳои хатар ва бемориҳои ҳамроҳшуда имконият медиҳанд, ки НМД ҳамчун бемории гетерогенӣ бо дардмандии оӣ баррасӣ карда шавад;

2. Дар равиши таҳқиқоти илмӣ муайян карнда шуд, ки дар байни бештарин этиологияҳои ташаккули НМД, БИД ва ФШ ба ҳисоб мераванд, ки дар ин маврид беморони гирифтори НМД-и такроран бистаришуда бо СФ III-IV ФК (тибқи NYHA) якҷоя шудаанд;

3. Дарачаи возеҳии симптомҳои клиникӣ дар беморони дорои НМД дар ҳамбастагии имустақим бо СФ НМД ва бемориҳои ҳамроҳшуда қарор дорад. Дар сохтори бемориҳои ҳамроҳшуда мавқеи асосиро БМГ, ДҚ навъи 2 ва БМОШ ишғол мекунанд. Мавҷуд будани ДҚ навъи 2 ба возеҳии симптомҳои клиникӣ тибқи шкалаи баҳогузории ҳолати клиникӣ (ШБҲК) ва эътимоднокии кам шудани фосолаи роҳгардии б-дақиқагӣ таъсири манфӣ мерасонад;

4. Ҳолати ФПМЧ бо этиологияи НМД ва ҷинс ҳамбастагии зич дорад. Дар қатори ФПМЧ-и нигоҳдошташуда ва ФПМЧ –и паст варианти мобайниро низ аз хотир дур кардан мумкин нест, ки дар оқибати беморӣ нақши бузург дорад. Таҳлили вариантҳои ремоделсозии дил дар беморони коморбидӣ бартарии гипертрофияи консентрикии меъдачаи чап (ГКМЧ) ва гипертрофияи эксцентрикии меъдачаи чап (ГЭМЧ)-ро нишон доданд, ки аз пешравии НМД дарак медиҳад;

5. Истифодаи коронароангиография (КАГ) дар беморони ишемикии табиаташ НМД имконият дод, ки вазнинии осебҳои дил дақиқ карда шавад, натиҷаҳои АТП (амалиёти тавассути пӯстӣ) аз ихтилолҳои нисбатан возеҳи васкуляризатсия дар одамони гирифтори НМД бо ФПМЧ –и паст ва мобайнӣ гувоҳӣ медиҳад.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳоро пойгоҳи репрезентативии маводи хориҷшаванда тасдиқ мекунанд: асноди аввалияи тиббӣ (таърихи беморӣ, картаҳои инфиродии ҳар як бемор, розигии хаттӣ барои гузаронидани як қатор усулҳои инструменталии таҳқиқот). Натиҷаҳои ба даст овардашудаи таҳқиқот дар реестри хаттӣ (умумиклиникӣ, лабораторӣ, инструменталӣ), ҳамчунин дар формати электронӣ дар шакли пойгоҳи компютери маълумотҳо ва картотекаҳо пешниҳод шудаанд. Маълумотҳои лабораторӣ низ дар реестри журнал дар шакли ноқили электронӣ пешниҳод карда шудаанд. Эътимоднокии натиҷаҳоро ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳо, ва нашри мақолаҳо тасдиқ мекунанд. Хулоса ва тавсияҳо дар заминаи таҳлили илмӣ натиҷаҳои таҳқиқот бунёд шуда, бо намунаҳои муносиб, густурда будани маводи аввалия, таҳлили дақиқ ва

сифативу микдории протседураҳои таҳқиқот, истифодаи усулҳои муосири коркарди омории иттилоот таъмин карда шудаанд.

Мутобиқати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо шарҳ ва соҳаи таҳқиқот). Таҳқиқоти диссертатсия ба масъалаҳои илмии кардиология бахшида шуда, ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионӣ (КОА) назди Президенти ҶТ аз рӯи ихтисоси 14.01.04 – Бемориҳои дарунӣ, зербандҳои зерин мувофиқат мекунад: 3.4. Этиология ва патогенез, омилҳои хатар, генетикаи бемориҳои узвҳои дарунӣ; 3.7. Ихтилолҳои функсияҳои узвҳои дарунӣ ҳам дар беморон ва ҳам дар шахсони солим; 3.8. Аломатҳои клиникаи бемориҳои узвҳои дарунӣ; Таҳқиқот фаслҳои асосии тибби дарунӣ- кардиологияро инъикос мекунад. Муҳтавои пажӯҳиш пурра ба таҳқиқоти кардиология, аз ҷумла тағйироти клиникӣ-функционалӣ ва гемодинамикӣ ҳангоми НМД бахшида шудааст. Ҳама нуктаҳои илмӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои амалии диссертатсия вазифаҳои дар пеш гузошташударо инъикос намуда, асосноканд ва мантиқан аз натиҷаҳои таҳқиқоти анҷомдодашуда бармеоянд.

Саҳми шахсии довталаби дараҷаи илмӣ. Саҳми шахсии довталаб аз он иборат аст, ки муаллиф самти таҳқиқоти илмиро мустақилона интиҳоб намудааст, таҳлили маълумотҳои адабиётҳои илмии ба мавзӯи таҳқиқот бахшидашударо анҷом додаст. Ҳамроҳ бо роҳбари илмӣ мақсад, вазифаҳо ва роҳҳои расидан ба мақсадро муайян намудаанд.

Таҳқиқотҳои клиникӣ ва инструменталии беморон, пур кардани формаҳои баҳисобгирии махсус барои ин таҳқиқот коркардшуда мустақилона аз тарафи муаллифи рисола анҷом пазируфтааст. Баҳодихӣ ва шарҳи усулҳои биохимиявӣ ва инструменталӣ ҳамроҳ бо табибони лаборатория ва ҳуҷраҳои функционалии МД «МҶКК» ВТ ва ҲИА ҶТ (ш. Душанбе) иҷро карда шудааст. Шарҳу тафсири натиҷаҳои ҳосилшуда, навиштани ҳулосаҳо ва тавсияҳо ҳамроҳ бо роҳбари илмӣ сурат гирифтааст.

Тавсиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсия дар конференсияи илмӣ- амалии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” (солҳои 2020, 2021, 2022), МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ВТ ва ҲИА ҶТ (солҳои 2020, 2021, 2022), Конгресси якумини байналмилалии тиббии кишварҳои Авруосиё (соли 2022), ҷаласаи комиссияи экспертии байникафедравии фанҳои терапевтии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (ДТБДКСТ ҶТ)» ВТ ва ҲИА ҶТ (протоколи №5/1 аз 15 декабри соли 2022 г) гузориш, таҳлил, баррасӣ ва муҳокима шудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот дар фаъолияти амалии клиникӣ ва муолиҷавии МД «МҶКК» ВТ ва ҲИА ҶТ ш. Душанбе, шуъбаи кардиологияи МД «Маҷмааи тандурустии “Истиклол” ва шуъбаи терапевтии Маркази миллии тиббии (ММТ) «Шифобахш» ҶТ татбиқ шудаанд. Маводи диссертатсия дар раванди таълими кафедраи бемориҳои дарунии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” ва кафедраи терапия ва кардиоревматологияи МДТ «ДТБКСТ ҶТ» ВТ ва ҲИА ҶТ мавриди истифода қарор гирифтаанд.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Вобаста ба мавзӯи диссертатсия 12 мақолаи илмӣ, аз ҷумла 5 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Маводи диссертатсия дар ҳаҷми 153 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз шарҳи адабиёти илмӣ, боби мавод ва усулҳои таҳқиқот, 3 боби натиҷаҳои таҳқиқоти ҳуди муаллиф, муҳокимаи маълумотҳои ба даст овардашуда, тавсияҳои барои истифодаи амалии натиҷаҳо, х ва рӯйхати адабиёт иборат аст. Рӯйхати адабиёт аз 100 сарчашмаи муаллифони ватанӣ ва 128 сарчашмаҳои хориҷӣ иборат мебошад. Дар рисола 33 ҷадвал ва 17 расм оварда шудааст.

ҚИСМИ АСОСИИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар пойгоҳи кафедраи кардиологияи МДТ «ДТБДКСТ ҚТ» ВТ ва ҲИА ҚТ ва шуъбаи махсуси МД «МЧКК» ВТ ва ҲИА ҚТ дар давраи солҳои 2018 – 2021 гузаронида шудааст. Таҳқиқот дар ду марҳала анҷом ёфтааст.

Дар марҳалаи якуми таҳқиқот (ретроспективӣ), бо мақсади омӯختани НМД дар сохтори беморони бистарибудаи дорои БДР-и гуногун беморони шуъбаи статсионаре, ки оид ба БДР таҳти муоина ва муолиҷа қарор доштанд ва дар таърихи бемориашон ташҳиси НМД гузошта шуда буд, дохил карда шуданд. Ҳамагӣ $n=1200$ таърихи беморӣ таҳқиқ карда шуд, аз онҳо 650 бемор, ки ба критерияҳои интиҳоб пурра мувофиқат мекарданд, интиҳоб карда шуданд. Критерияҳои интиҳоб инҳо буданд: синну сол ≥ 18 сол; бемороне, ки дар статсионар барои табобати БКВ дар якҷоягӣ бо НМД қарор доранд; тибқи маълумоти асноди тиббӣ ва анамнез ҷамъоварии иттилоот дар бораи этиологияи НМД, омилҳои хатар, фарқиятҳои гендерӣ, СФ, НМД, бемориҳои ҳамроҳшуда, хусусиятҳои табобати истифодашаванда (то бистаришавӣ), такроршавии бистарикунонӣ гузаронида шуд. Аз миқдори умумии беморон $n=650$ қисми бештарро мардҳо 55,1% ($n=358$) ташкил медоданд, занҳо 44,9% ($n=292$) буданд.

Марҳалаи дууми таҳқиқот дар речаи таҳқиқоти проспективии муқоисавии 105 бемор бо ташҳиси тасдиқшудаи НМД дар ҳамбастагӣ бо ДҚ навъи 2 баргузор шуд, ки дар давраи солҳои 01.09.2020 – 01.08.2021 дар табобати статсионарии шуъбаи махсуси кардиологияи МД «МЧКК» ВТ ва ҲИА ҚТ қарор доштанд. Беморони дорои НМД дар ҳамбастагӣ бо ДҚ навъи 2 ($n=105$) ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи I – беморони дорои НМД+ ДҚ навъи 2 бо ФШ ($n=30$); гурӯҳи II - беморони дорои НМД+ ДҚ типи 2 бо БИД ($n=48$); гурӯҳи III – беморони дорои НМД+ ДҚ навъи 2 бо ФШ ва БИД ($n=27$). Бо мақсади омӯختани вариантҳои ФПМЧ, ҳамчунин хусусияти ремоделсозии МЧ вобаста аз типи ФПМЧ зергурӯҳи беморон ҷудо карда шуда буд ($n=80$) бо НМД ва дар ҳамбастагӣ бо ДҚ навъи 2, ки ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд: I ФПМЧ-и нигоҳдошташуда – 30; II ФПМЧ-и паст – 25; III ФПМЧ-и мобайнӣ – 25. Бо мақсади омӯختани самаранокии АТП зергурӯҳи $n=45$ беморони дорои НМД дар ҳамбастагӣ бо ДҚ типи 2 СФ III-IV мувофиқи NYHA ҷудо карда шуд. Дар идома мо омӯختани динамикаи параметрҳои клиникӣ ва ЭхоКГ-ро дар беморони

дорои НД пас аз гузаронидани АТП бо стентгузори шарёнҳои коронарӣ зарур донистем. Бо ин мақсад дар таҳқиқот беморони дорои НМД-мФП (n=20) дохил карда шуданд.

Дар асоси маълумотҳои асноди тиббӣ дар қисми аввали таҳқиқот хусусиятҳои клиникӣ-демографии беморони дорои НМД тавсиф шудааст. Ғайр аз ин, мукаммалии маълумотҳои инструменталӣ-лаборатории ин беморон мувофиқи тавсияҳои қабулшуда оид ба ташхис ва табобати беморони гирифтори НМД (соли 2018), ки ҳуҷҷати асосии нигоҳдории тандурустии амалӣ мебошад, баҳогузори карда шуд. Баҳогузори оид ба таъйин намудани воситаҳои доругӣ дар асоси протоколҳои таҳиянамудаи табобати БДР, ки ба шароити ҶТ мутобиқ гардонида шудаанд ва ба марҳалаи дуҷуми таҳқиқот (n=105) бо ташхиси НМД дар ҳамбастагӣ бо ДҚ типии 2 дохил шуда, аз таҳқиқоти стандартӣ (пурсиш, муоинаи умумӣ, маълумотҳои антропометрӣ, ФШ, таҳқиқотҳои инструменталӣ ва биохимиявӣ) гузаштаанд, анҷом дода шуд.

Ташхиси НМД мувофиқи Тавсияҳои миллии ҶҚР с.2018, ESC солҳои 2016-2017 ва ҶНДР оид ба ташхис ва табобати НМД (бознигарии сеюм) азардошти Тавсияҳои миллии ҶНДР, ҶҚР ва ҶИТТР оид ба ташхис ва табобати НМД (бознигарии чорум) иҷро карда шуд. Вазнинии симптомҳои НМД мувофиқи Ассотсиатсияи кардиологҳои Нйю-Йорк (НҶНА) ва Коллеҷи америкоии кардиологҳо/Ассотсиатсияи кардиологҳои Америка (АСС/АНА) тасниф карда шуд. Таснифи функционалии НҶНА предиктори мустақили ғавт аст ва дар амалияи клиникӣ васеъ ба кор бурда мешавад ва дар заминаи симптомҳои бемор ва қобилияти машқҳои ҷисмониро иҷро кардани он бунёд шудааст.

Таснифи нисбатан паҳншудатари НД ба ФПМЧ тааллуқ дорад. Мутаносибан, НМД ба 3 гурӯҳ ҷудо карда мешавад: бо нигоҳ доштани ФПМЧ $\geq 50\%$ – НМД-нФП, бо ФП паст $<40\%$ – НМД-пФП, ва беморони дорои ФП миёна дар байни ин ду гурӯҳи ФПМЧ $40\%-49\%$ – НМД-мФП қарор доранд.

Ташхиси шаклҳои асосии нозологӣ мувофиқи тавсияҳои амалкунанда муқаррар карда мешаванд. ФШ дар беморон мувофиқи тавсияҳои Ҷамъияти Аврупоии кардиологҳо (2013 с.) тибқи маълумоти ФШ, ФШС, маълумотҳои картаҳои амбулаторӣ, иқтибосҳо аз статсионар тасдиқ шуда буд. Ташхиси БИД тибқи таснифи ТУТ (1979 с) бо иловаи МИУК (Маркази илмӣ умумиттифоқии кардиологҳо) соли 1984 муайян карда шуд. Ташхиси кардиомиопатия мувофиқи меъёрҳои ТУТ (1995 с.) муайян карда шуд.

Ташхиси ДҚ мувофиқи меъёрҳои ТУТ (солҳои 1999-2013) критерияҳои ташхисии диабети қанд ва дигар ихтилолҳои гликемия муайян карда шуд. Ташхиси фарбеҳӣ мувофиқи таснифи шохиси массаи бадан (ШМБ) тибқи ТУТ гузошта мешавад: ШМБ $25-29,9$ кг/м² аз вазни барзиёди бадан дарак медиҳад, 30 кг/м² ва бештар аломати фарбеҳӣ аст.

Шкалаи баҳогузори ҳолати клиникӣ (ШБҲК): возеҳии аломатҳои клиникӣ НМД мувофиқи ШБҲК дар модификатсияи В.Ю. Мареев муайян ва бо балл чен карда мешавад. Тестҳои сарборӣ: тест бо роҳгардии б-дақиқагӣ дар амалияи муқаррарии клиникӣ барои баҳодихӣ ба статуси функционалӣ ва самаранокии табобат истифода мешавад.

Мувофиқи пурсишномаи таҳияшуда шохиси бемориҳои ҳамроҳшуда тибқи Charlson (1987, Mary Charlson) ҳисоб карда шуд, ки аз системаи баҳодихӣ бо балл (аз 0 то 40) мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшударо нишон медиҳад ва барои ҳисоб кардани натиҷаи фавтият қобили қабул мебошад. Бартарии шохиси Charlson ин имконпазир будани баҳо додан ба синну соли беморон ва пешгӯӣ кардани фавти беморон аст. Ҳамин тавр, дар сурати набудани бемориҳои ҳамроҳшуда фавтият 12% аст, хангоми 1-2 балл 26%, хангоми 3-4 балл 52%, зиёда аз 5 балл вай ба ҳадди 85% мерасад. Ба норасоии шохис набудани баҳисобгирии вазнинии бемориҳои зиёд ва набудани бемориҳои аз ҷиҳати пешгӯӣ муҳим мебошад.

Электрокардиография (ЭКГ) аз тарафи ESC дар соли 2021 ба сифати яке аз нишондиҳандаҳо барои баҳодихӣ ба ҳолати беморони шубҳаноки гирифтори норасоии шадид ё музмини дил, ки симптомҳо ё аломатҳоро доранд, пешниҳод шудааст. Сабти ЭКГ дар 12 ҳолати стандартӣ дар дастгоҳи саёри Marquette Hellige (EC-1200) дар шуъбаи ташхиси функционалии МД «МЧКК» ВТ ва ҲИА ҶТ сурат гирифт.

Эхокардиография (ЭхоКГ) – усули оддӣ, бехатар ва арзони ғаринвазивии ташхис мебошад, ки на танҳо дар бораи сохтор ва этиология иттилооти васеъ медиҳад, балки итилооти пешгӯӣ низ медиҳад, ки дар ташхис ва баҳогузорӣ ба функсияи дил дар беморони дорои НМД ба таври васеъ истифода карда мешавад. ЭхоКГ бо усули трансторакалӣ дар дастгоҳи ЭхоКГ «Mindry DC-60exp», соли истеҳсолаш 2018 (табиб Навҷувонова Г.С.) гузаронида шуд. ФПМЧ вобаста аз ҳолат бо формулаи Тейхголтс ё бо усули Симпсон ҳисоб карда шуд. Мо ГМЧ ва МЧ –и ҳар як беморро мувофиқи тавсияҳои Ҷамъияти Америкоии эхокардиография (ASE) баҳогузорӣ кардем.

Рентгенографияи қафаси сина дар ҳамаи беморон дар дастгоҳи «Brivo XR385» соли истеҳсолаш 2011 иҷро карда шуд.

АТП (амалиёти тавассути пӯстӣ) (КАГ) дар дастгоҳи «General electric innova 2100», соли истеҳсолаш 2014 (табиб Раҳматов Б.) иҷро карда шуд.

Коркарди маълумотҳои оморӣ. Тағйирёбандаҳои бефосила ҳамчун ғалати миёнаи стандартӣ \pm ва ё тағйироти стандартӣ ифода шуданд. Муқоисаҳои чуфти миқдории тағйирёбандаҳои мустақил бо ёрии U-критерияи Манн-Уитни, сершумор – бо ёрии H-критерияи Крускала–Уоллис иҷро карда шуд. Тағйирёбандаҳои категориалӣ дар шакли миқдор аз таносуби ғоизӣ ҳисоб карда шуданд ва бо ёрии критерияи χ^2 ва критерияи дақиқи Фишер муқоиса карда шуданд, барои муқоисаҳои сершумор аз критерияи χ^2 барои ҷадвалҳои озод истифода карда шуд. Барои ҳама марҳалаҳои дутарафа $p < 0,05$ аз ҷиҳати оморӣ муҳим арзёбӣ карда шуд. Ҳама таҳлилҳои оморӣ бо ёрии таъминоти барномавӣ барои ҳисобкуниҳои оморӣ Statistica 10.0 (StatSoft, USA) иҷро карда шуданд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Ҳамагӣ ($n=1200$) таърихи беморӣ дар давраи солҳо 2018-2020 (дар ҳамаи шуъбаҳо) омӯхта шудааст. Аз миқдолри умумии таърихҳои беморӣ дар рӯйхати ниҳой ($n=650$) бемороне дохил шуданд, ки ба меъёрҳои

дохилкунӣ чавобгӯ буданд, онҳо аз миқдори умумии бемороне, ки дар онҳо НДМ ташхис шудааст, 54,2%-ро ташкил доданд. Аз миқдори умумии беморон $n=650$ қисми зиёдро мардҳо 55,1% ($n=358$), ва камро занҳо 44,9% ($n=292$) ташкил доданд. Синну соли миёна дар бистарикунонӣ $63,7 \pm 9,9$ сол буд, синну соли занҳо назар ба мардҳо калонтар – мутаносибан $66,9 \pm 9,9$ ва $62,1 \pm 9,8$ сол буд. Таҳқиқоти ШМБ дар беморони дорои НМД $29,2 \pm 5,4$ кг/м²-ро ташкил дод. Дар 29,1% беморон фосилаи ШМБ аз 18,7 то 24,9 кг/м²-ро ташкил дод, дар бештари онҳо (70,9%) ШМБ $> 25,0$ кг/м². У женщин ИМТ оказался статистически значимо выше, чем у мужчин $31,5 \pm 3,6$ кг/м² дар муқобили $28,6 \pm 4,6$ кг/м² буд ($p < 0,05$). Мардҳо дар анамнезашон бештар АТП (35,8% дар муқобили 21,2%, $p = 0,021$) доштанд, ШАК (шунти аортокоронарӣ) (12,3% дар муқобили 5,5%, $p = 0,021$), ҳамчунин холестеринемия (41,6% дар муқобили 31,2% буд, $P=0,020$). Сабаби нисбатан зиёд дучоршавандаи пайдошавии НМД ин БИД буд, ки дар $n=286$ (44,0%) бемор ба қайд гирифта шуд, беморони дорои ФШ $n=221$ (34,0%) буданд, ки дар маҷмӯъ 78,0%-ро ташкил доданд. Ба андозаи камтар сабабаи ташаккул ёфтани НМД, КМПД дар 85 (13,1%) ва нуқсонҳои клапанҳои дил дар 39 (6,0%) буданд. Таҳти рубрикаи «дигарон» (миокардит, перикардит, КМПГ) - дар 19 (2,9%) нафар фаҳмида мешавад. Хусусиятҳои беморони дорои НМД вобаста аз этиология ва чинс дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Ҷадвали 1. – Хусусиятҳои беморон вобаста аз этиологияи НМД дар мардҳо ва занҳо.

Сабаб	Ҷамагӣ $n=650$	Мардҳо $n=358$		Занҳо $n=292$	
		Abs	%	Abs	%
БИД:	286	209	58,4	77	26,4
(аз ҷумла СМ)	32	24	11,5	8	10,4
ФШ	221	73	20,4	148	50,7
Нуқсони клапанҳои дил	39	10	2,8	29	9,9
Кардиомиопатия (ДКМП)	85	58	16,2	27	9,3
Дигар (миокардит, перикардит...)	19	8	2,2	11	3,8

Хусусиятҳои беморон вобаста аз сабабҳо аз фарқиятҳои мавҷудбудаи чинсӣ дар этиологияи НМД гувоҳӣ медиҳанд. Дар маҷмӯъ дар мардҳо НМД бештар ба қайд гирифта мешавад, назар ба занҳо мутаносибан 55,1% ва 44,9%. Дар мардҳо дар байни сабабҳои ташаккулёбии НМД асосан БИД – 58,4% аст, сабаби асоситарини пайдошавии НМД дар занҳо ин ФШ – 50,7% аст. ФШ ҳамчун сабаби пайдошавии НМД дар мардҳо дар 20,4% ҳолат дида мешавад. Басомади кардиомиопатия (ДКМП) дар мардҳо 16,2%, нуқсони клапанҳои дил – 2,8% буда, мутаносибан дар занҳо – 9,3% ва 9,9% мебошад.

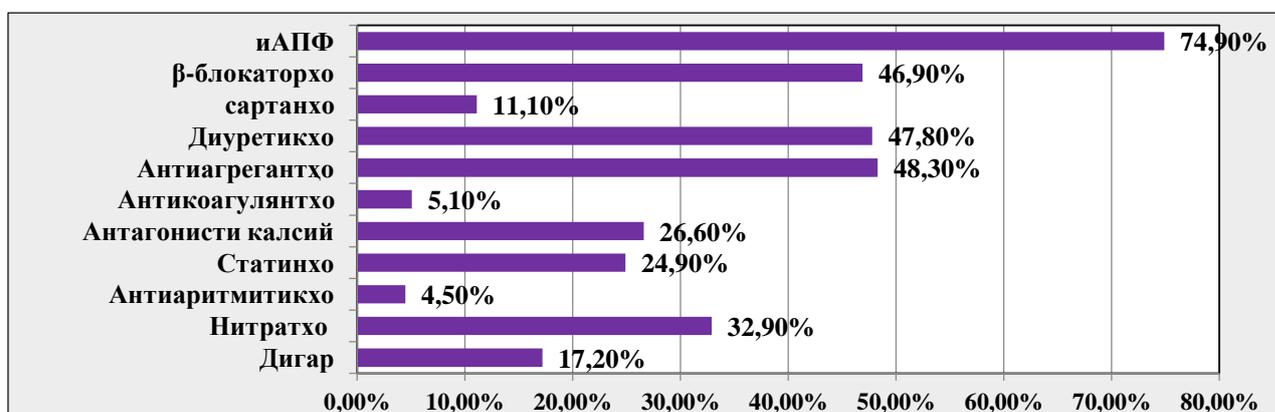
Синну сол ба қатори пешхабарҳои пешгӯӣҳои асосии НМД дохил мешавад Фарқиятҳои муҳимтари чинсӣ дар басомади НМД ҳангоми тақсим кардан аз рӯи категорияи синну сол ба мушоҳида мерасад. Мардҳои дорои басомади баланди бистаришавӣ дар категорияи синнусолии 50-59 ва 60-69-сола (қобилияти қорӣ ва синни нафақа) бо аломатҳои НМД ба мушоҳида

мерасад, дар занҳо баръакс, дар синну соли калонтар (болотар аз 60-сола) дида мешавад. Ташаккулёбӣ ва пешравиӣ НМД мустақиман аз омилҳои хатар вобаста аст. Дар байни омилҳои хатар ирсӣ будани БДР, фарбеҳӣ, тарзи ҳаёти камҳаракат бо басомади – 51,1% ва 42,9%, истифодаи барзиёди машруботи спиртӣ 30,2% ва камтар сигоркашӣ – 12,2% ба қайд гирифта шудааст.

НМД-и аз ҷиҳати клиникӣ возеҳ (СФ II-III-IV мувофиқи NYHA) дар 89 % ҳолат ташхис қарда шуд, сабабҳои этиологӣ БИД – 44,0% ва ФШ - 34,0% мебошанд. Байни занҳо ва мардҳо фарқият ҳаст. Дар ташхиси НМД симптомҳои клиникӣ нақши муҳим доранд, дараҷаи зови онҳо бошад, дар ҳамбастагӣ бо давомнокӣ ва СФ НМД қарор дорад. Таҳлили симптомҳои клиники беморон нишон дод, ки басомади бештаринро нафастангӣ (93,7%), дилзанӣ (73,2%), сустӣ (57,5%) доро ҳастанд, номурааттабӣ ва сулфа мутаносибан дар 50,7% ва 25,4% ҳолат дида мешавад. Чунин симптомҳо, ба монанди варамидагии соқҳо, омомсҳо, гепатомегалия, хир-хирҳо дар шушҳо бештар дар беморони дорои СФ НМД дида шуданд.

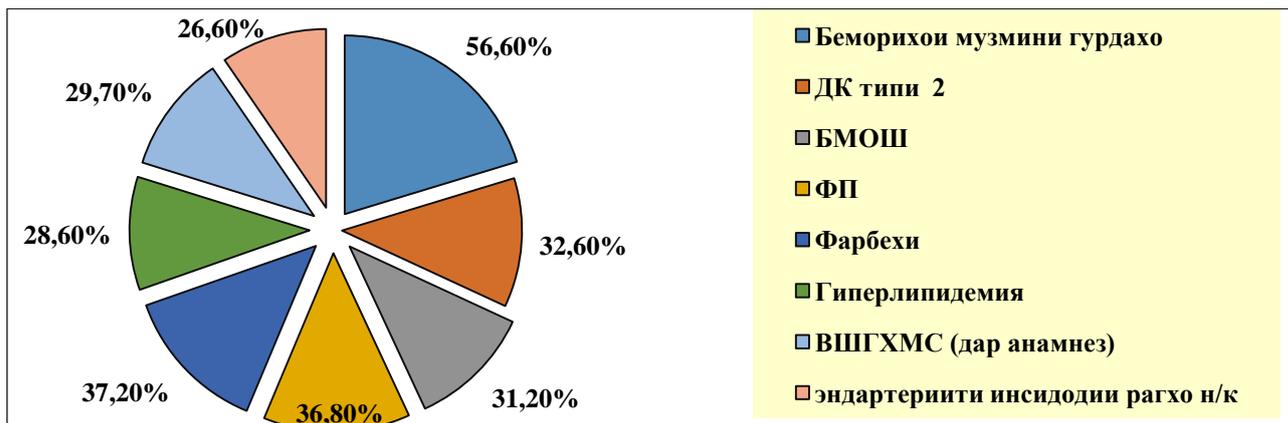
Зуд-зуд бистарӣ шудан аломати НМД мебошад ва сабаби нисбатан зиёд дучоршавандаи бистарикунии пиронсолон маҳсуб мешавад. Таҳлили таърихи беморон аз рӯи маълумотномаи тиббӣ нишон дод, ки аз 650 нафар беморони гирифтори НМД 301 нафар (46,3%) дар давоми сол боз дар беморхона бистарӣ шудаанд. Хусусиятҳои беморони НМД, ки дар беморхона такрорӣ бистарӣ гаштаанд, нишон дод, ки 35,5%-и беморон бо СФ III-IV (мувофиқи NYHA), ҳар як бемори сеюм (31,6%) бо ФД, 29,6% бо ДҚ навъи 2, ва 21,9% бо мавҷудияти сактаи миокард буданд. Ҳангоми пурсидани сабабҳои бистаришавии такрорӣ, 8,3% дар муоинаи амбулаторӣ набуданд, 14,6% истеъмоли доруҳоро қатъ карданд, дар 11,3% табобати гирифташуда бенатича буд ва ғайра.

Дар асоси таърихҳои бемории пешниҳодшуда мо зарур донистем, ки истифодаи доруҳои ҳангоми бистарӣ будан истифодашударо таҳлил кунем. Дар байни воситаҳои дооругӣ иАПФ (74,9%) пешсаф буд; β – блокаторҳо ва диуретикҳо мутаносибан дар 46,9% ва 47,8% истеъмол шудаанд. Антиагрегантҳо 48,3% ва статинҳо 24,9% и беморони дорои БИД ва ФШ истифода кардаанд, ҳар як бемори чорум антагонисти калсий (26,6%), ва хеле кам сартанҳо (11,1%) истеъмол шудаанд (расми 1).



Расми 1.- Басомади истифодаи воситаҳои дооругӣ дар беморони гирифтори НМД

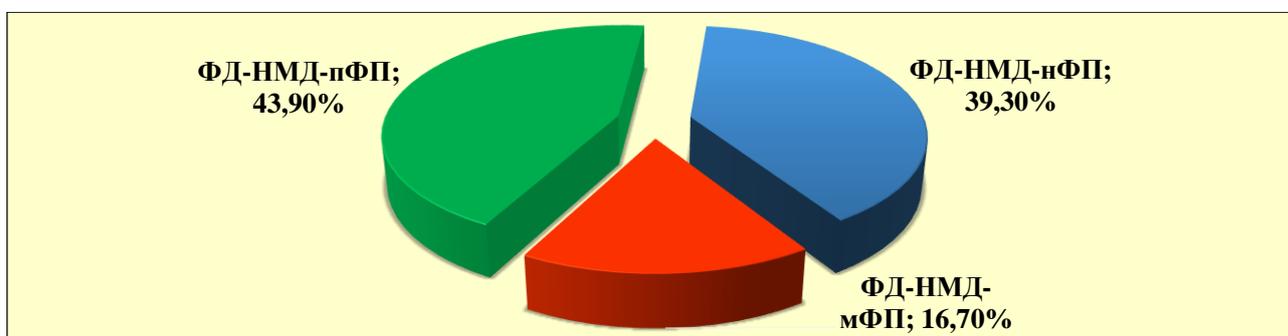
Мувофиқи вазифаҳои таҳқиқот, мо бемориҳои ҳамроҳшударо дар беморони дорои НДМ таҳлил намудем (расми 2).



Расми 2. – Сохтори бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони дорои НМД

Рақамҳо мавқеи пешсафро ишғол кардани БМГ (56,6%), ДҚ навъи 2 (32,6%), БМОШ (31,2%) ва ФД (36,8%) -ро нишон медиҳанд. Фарбеҳӣ ва гиперлипидемия мутаносибан дар 37,2% ва 28,6%, вайроншавии шадидаи гардиши хуни майнаи сар (ВШГХМС дар анамнез) бо басомади-29,7% дида шуд. Ҳангоми ҳисоб кардани шохиси бемориҳои ҳамроҳшуда ва басомади онҳо дар 93,7%-и беморон 3 ва бештар бемориҳои ҳамроҳшуда ба қайд гирифта шуд. Бемориҳои ҳамроҳшуда вобаста аз синну сол дорои баъзе хусусиятҳо ҳастанд. Масалан, мавҷуд будани 3 ё зиёд беморӣ дар синну соли то 70 -сола – 95,0%, дар категорияи синнусолии 70 ва калон камтар аз – 91,8% буд. ДҚ навъи 2 ва фарбеҳӣ дар гурӯҳи якуми синнусоли (то 70-сола) дар 35,1% ва 40,8% ҳолат дида шуд, ҳол он ки дар гурӯҳи синнусолии 70-сола ва калон мутаносибан дар 29,1% ва 32,1% ҳолат мавҷуд буд. БМГ бо гузашти солҳо майл ба афзоиш дорад 45,8% ва 72,0%, ки ин аз пешравиҳои нефропатияи диабетӣ ва дигар БМГ вобаста аст.

Минбаъд мо омӯзиши НМД-ро дар якҷоягӣ бо ФД зарур шуморидем. Тавре ки дар боло зикр кардем, ФД дар 239 бемор аз гурӯҳи умумии беморон 36,8%-ро ташкил дод. Ҳамаи беморон (n=239) вобаста аз ФПМЧ ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд (расми 3).



Расми 3. – Хусусиятҳои тақсим кардани беморони дорои НМД дар якҷоягӣ бо ФД вобаста аз ФП.

Бо басомади баланди ФД (43,9%) дар беморони дорои НМД-нФП дида шуд, Дар ин маврид НМД-мФП танҳо дар 16,7% ҳолат ба қайд гирифта

шуд. Дар гурӯҳи бо нигоҳ доштани ФПМЧ беморон калонтар буданд (синну соли миёна-72 сол), фоизи занҳо (64,9%) дар зергурӯҳи ФП – НДМ-нФП дар муқобили 42,5% ва 27,5% дар гурӯҳи ФП – НМД-мФВ ва ФП – НМД-пФВ мутаносибан бештар буд. Ҳамин тавр, дар гурӯҳҳои муқоисашаванда басомади дучоршавии диабети қанд ва ихтилоли функцияи гурдаҳо муқоисашаванда буданд – 22,3%, 27,5% ва 25,7% барои ДҚ навъи 2 ва 11,7%, 15% ва 16,2% барои ихтилоли функцияи гурдаҳо. Дар ҳар се гурӯҳ дар анамнез вучуд доштани инсулт аз ҷиҳати басомад муқоисашаванда буд – 14,9%, 15% ва 16,2%. Дар ин ҳолат фарқиятҳои боэътимод дар гурӯҳҳо оид ба басомади беморихҳои аз сар гузаронида дар СМ ($p < 0,001$) ва бо басомади бештар (47,6%) СМ-и аз сар гузаронидашуда дар гурӯҳи ФД – НМД-пФП дида шуд. Тақрибан ҳар як бемори дуҷуми гирифтори ФД новобаста аз намуди ФПМЧ такроран бистарӣ карда шуда буд, фақат аз беморихҳои дилу рағҳо аз рӯйи басомад дар гурӯҳи беморони дорои НМД-пФП – 12,4% буд.

Ҳамин тавр, НМД дар ҳамбастагӣ бо ФД дар якҷоягӣ бо ФПМЧ хусусиятҳои хоси худро дорад, ФПМЧ-и паст аз ҷиҳати пешгӯӣ дар беморони дорои ФД нохуб доништа мешавад ва ба зиёд шудани хатари фақт аз БДР вообаста аст.

Ба таҳқиқоти проспективӣ 105 бемори синну соли аз 45 то 75-сола дохил шуданд, ки ҳангоми ба беморхона бистари шудан ташҳиси НМД дар якҷоягӣ бо ДҚ навъи 2 (геолабини гликинӣ (HbA1c) – $7,5 \pm 1,8\%$) бо давомнокии аз 3 то 15 сол, НМД – СФ I-IV тибқи NYHA – СФ миёна дар гурӯҳи таҳқиқшавандаи беморони НМД ва ДҚ навъи 2 $2,6 \pm 1,2$ –ро ташкил дод. Аломатҳои НМД СФ I дар – 4; СФ II – дар 56; СФ III – дар 31 ва СФ IV тибқи NYHA дар 14 бемор ба мушоҳида расид. Ҳамаи беморон ташҳиси верификатсионии БИД, ФШ дараҷаҳои II-III доштанд. Дар лаҳзаҳои таҳқиқот 72%-и беморон комбинатсияи доруҳои пероралии гипогликемӣ, антигипертензивӣ, пешоброн ва антиагрегантҳо истеъмол намуданд. Синну соли миёна $61,2 \pm 6,8$ сол, мардҳо 45,7%, занҳо 54,3%. Бештари беморон 101 (96,2%) дорои мубодилаи метаболикии субкомпенсатсионии карбогидрид, $HbA1c > 7\%$ буданд. Сабаби пайдо шудани НМД ин БИД – 45,7%, ФШ – 28,6% ва БИД+АГ – 25,7% буда, дислипидемия дар 85 (80,9%) бемор ба назар расид. СФ-и миёнаи НМД тибқи NYHA $2,6 \pm 1,2$ -ро ташкил дода, давомнокиаш $4,3 \pm 1,9$ сол. Балли миёна тибқи шкалаи баҳогузорӣ ба ҳолати клиникӣ – $6,9 \pm 3,7$; фосилаи миёнаи гузаштан дар тести роҳгардии 6-дақиқагӣ $289,3 \pm 14,6$ м. Таҳлили беморихҳои ҳамроҳшуда зиёд якҷоя шудани НМД дар ҳамбастагии ДҚ навъи 2 бо фарбеҳӣ (55,2%) ва БМГ (38,1%)-ро нишон дод.

Дар марҳалаи минбаъда беморони НМД ва ДҚ навъи 2 ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи I – беморони НМД+ДҚ навъи 2 бо ФШ ($n=30$); гурӯҳи II – беморони НМД+ДҚ навъи 2 бо БИД ($n=48$); гурӯҳи III – беморони НМД+ДҚ навъи 2 бо ФШ ва БИД ($n=27$). Давомнокии ДҚ дар гурӯҳҳои муқоисашаванда ба ҳисоби миёна $7,1 \pm 2,4$ -ро ташкил дод, дар ин маврид дар гурӯҳи III вай аз ҷиҳати оморӣ ($8,7 \pm 2,3$, $p < 0,05$) буд, назар ба гурӯҳҳои I ва II - мутаносибан хеле баланд буд $6,1 \pm 1,2$ и $6,5 \pm 1,3$ (ҷадвали 2).

Чадвали 2. - Хусусиятҳои клиники беморони НМД дар якҷоягӣ бо ДҚ навъи 2 ($M \pm m$)

Нишондиҳанда	Гурӯҳи I НМД + ДҚ навъи 2 бо ФШ (n=30)	Гурӯҳи II НМД + ДҚ навъи 2 бо БИД (n=48)	Гурӯҳи III НМД + ДҚ навъи 2 бо ФШ ва БИД (n=27)	p
Синну сол	57,2±3,9	53,7±4,1	55,9±4,2	>0,05
Мард, n (%)	9 (30,0%)	25 (52,1%)	14 (51,9%)	>0,05**
Зан, n (%)	21 (70,0%)	23 (47,9%)	13 (48,2%)	>0,05**
Давомнокии ДҚ, сол	6,1±1,2	6,5±1,3	8,7±2,3	<0,05
Давомнокии ФШ, сол	13,4±3,4	–	13,7±3,5	>0,05*
Давомнокии БИД, сол	–	5,1±2,4	5,9±3,5	>0,05*
ШМБ	32,1±2,7	34,5±3,2	32,8±3,7	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои байни нишондиҳандаҳо дар гурӯҳҳо (тибқи Н-критерияи Крускала-Уоллис, *тибқи U-критерияи Манн-Уитни, **тибқи критерияи χ^2 барои чадвалҳои озод).

Баъдан мо зарур донистем, ки хусусиятҳои муқоисавии баъзе нишондиҳандаҳои биохимиявии беморони дорои НМД ва ДҚ навъи 2-ро дар гурӯҳҳои муқоисашаванда пешниҳод намоем. Сатҳи қанди хун ($9,4 \pm 2,6$ ммол/л) ва нишондиҳандаҳои гликгеоглобин ($9,1 \pm 1,4\%$) ба таври эътимоднок дар гурӯҳи сеюми беморон ($p > 0,05$) назар ба гурӯҳи якум (қанди хун - $9,1 \pm 2,1$ ммол/л; гликгеоглобин - $8,6 \pm 0,9\%$) ва гурӯҳи дуум (қанди хун - $9,2 \pm 2,4$ ммол/л; гликгеоглобин - $8,7 \pm 1,7\%$) баланд буд. Нишондиҳандаҳои креатинин дар хун диққатҷалбкунандаанд: дар зергурӯҳи беморони НМД+ДҚ типҳои 2 бо ФШ+БИД саҳеҳан зиёд будани он ($127,3 \pm 13,4$) назар ба гурӯҳҳои I – II – мутаносибан $119 \pm 12,8$ ва $124,9 \pm 13,1$ ба мушоҳида расид ($p < 0,05$).

Зухуроти клиники НМД дар якҷоягӣ бо ДҚ навъи 2 дар ҳамаи гурӯҳҳо дида шуд, ки дар байни онҳо – нафастангӣ ($96,2\%$), варами андомиҳои поёни дар ($55,2\%$), гепатомегалия ($41,9\%$) ва ғайра ба назар расид. Таҳлили симптомҳои клиники НМД дар гурӯҳҳои муқоисашаванда мувофиқи ШБХК ва қимати тести роҳгардии 6-дақиқагӣ шудааст (чадвали 3).

Чадвали 3. – Нишондиҳандаҳои ШБХК ва тести роҳгардии 6-дақиқагӣ.

Нишондиҳанда	Гурӯҳи I НМД + ДҚ навъи 2 бо ФШ (n=30)	Гурӯҳи II НМД + ДҚ навъи 2 бо БИД (n=48)	Гурӯҳи III НМД + ДҚ навъи 2 бо ФШ ва БИД (n=27)	P
Қимати ШБХК $M \pm m$, балл	5,4±3,2	6,5±3,4 $p_1 > 0,05$	7,8±3,2 $p_1 < 0,01; p_2 < 0,01$	<0,01
Фосилаи роҳгардии 6-дақиқагӣ, $M \pm m$, м	337,33±13,41	286,9±13,6	215,37±13,55	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои байни нишондиҳандаҳо дар гурӯҳҳо (тибқи Н-критерияи Крускала-Уоллис, p_1 - аҳамияти омории фарқиятҳои байни нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи I, p_2 - дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи II (тибқи U-критерияи Манн-Уитни).

Балли миёнаи баҳодиҳии симптомҳои клиникӣ мувофиқи ШБХК дар гурӯҳи III беморони дорои НМД $7,8 \pm 3,2$ -ро ташкил доданд, ки назар ба гурӯҳҳои I ва II аз ҷиҳати аҳамияти омӯрӣ баланд буд ($p < 0,01$), мутаносибан $- 5,4 \pm 3,2$ ва $6,5 \pm 3,4$.

Таҳлили натиҷаҳои ЭхоКГ-и параметрҳо аз фарқиятҳои дисфунксияи систолиқӣ дар зергурӯҳҳои муқоисашаванда гувоҳӣ медиҳад. Ҳамин тавр, дар беморони гурӯҳи I дар бештарашон (74%) функсияи систолиқии МЧ нигоҳдошташуда буд ($ФВ > 49\%$). Дар гурӯҳи дуюм $ФВ$ дар диапазони 41% - 49% ($45,1 \pm 3,2$) қарор дошт ва тибқи таснифи муосир, мумкин аст, ки ҳамчун НМД-мФП (варианти мобайнӣ) баҳогузори қарда шавад. Қимати миёнаи ФП дар беморони гурӯҳи III $- 39,2 \pm 3,3$ (дар 58% ҳолат) буд, ки дар муқоиса аз беморони гурӯҳҳои I ва II мутаносибан то 23% ва 16% ($p < 0,05$) паст буд. Яке аз пешхабарҳои нуговори оризаҳои дилу рағҳо ин гипертрофияи МЧ ба ҳисоб меравад, ки тағйирёбии вай дар беморони аз тарафи мо таҳқиқшаванда ба мушоҳида расид. Ҳамин тавр, дар 100%-и беморони гурӯҳҳои I ва III ва дар (83,3%-и гурӯҳи II гипертрофияи МЧ ба мушоҳида расид.

Дар беморони гурӯҳи I (НМД+ДҚ навъи 2 ва ФШ) ремоделсозии концентриқии меъдачаи чап (РКМЧ) дар муқоиса аз дигар вариантҳои ремоделизатсияи МЧ ва ҳам дар муқоиса бо беморони гурӯҳҳои II ва III (мутаносибан $p < 0,01$ ва $p < 0,05$) бо басомади саҳеҳ ба мушоҳида расиданд. Дар беморони гурӯҳи II бо басомади 47,9% варианти ГКМЧ бартарӣ дошт, геометрияи муътадил бо басомади 25% ва гипертрофия эксцентриқии МЧ (ГЭМЧ) $-$ дар 14,6% ҳолат ба қайд гирифта шуд. Дар беморони гурӯҳи III (НМД+ДҚ навъи 2 бо ФШ ва БИД) тағйиротҳои нисбатан возеҳ дида шуд, ки дар онҳо геометрияи муътадил ба қайд гирифта нашуда буд, вариантҳои дигар (РКМЧ, ГКМЧ ва ГЭМЧ) тақрибан бо басомади якхела дучор шуданд. Тағйиротҳои муайянкардаи сохторӣ-функционалии дил ҳангоми НМД+ДҚ навъи 2 ба як қатор механизмҳо вобастаанд, ки дар байни онҳо гипергликемия, инсулинорезистентнокӣ, гиперинсулинемия ва стресси оксидантӣ бартарӣ доранд ва боиси фаъолнокшавии ССА ва СРАА ва пайдошавии дисфунксияи эндотелиалӣ гашта, дар ниҳояти қор ба РКМЧ оварда мерасонанд.

Бо мақсади омӯختани хусусиятҳои беморони дорои НМД вобаста аз ФПМЧ мо 80 бемори дорои НМД СФ I-III-ро таҳқиқ намудем. Дар байни онҳо 30 бемор ФП-и нигоҳдошташуда (37,5%), 25 $-$ мобайнӣ (31,25%) ва 25 $-$ паст (31,25%) доштанд. Синну соли миёнаи беморон $62,6 \pm 8,6$ солро ташкил дод. Беморон дар зергурӯҳҳои таҳқиқшаванда дорои ФШ, БИД ва ФШ дар якҷоягӣ бо БИД буданд. Дар гурӯҳи беморони НМД-нФП занҳои аз 60-сола боло дар ҳамбастагӣ бо ФШ ва массаи барзиёди бадан бартарӣ доштанд. Дар гурӯҳи дуюм (НМД-пФП) бештар мардҳои 60 -сола $+$ ва бе фарбеҳӣ ба мушоҳида мерасанд. Қайд кардан зарур аст, ки дар беморони дорои НМД-пФП аксар вақт кардиосклерози баъдисактавӣ (КСБС) дида мешавад, ФШ бошад, ҳамчун омили сабабӣ кам дида мешавад. Дар гурӯҳи беморони дорои НМД-пФВ мардҳо (76,0%) бо ФШ+БИД (52,0%) ва КСБС 40,0%) бартарӣ доранд. Хусусиятҳои морфофункционалии беморони НМД вобаста аз ФП дар ҷадвали 4 оварда шудааст.

Чадвали 4. - Хусусиятҳои морфофункционалии беморони НМД вобаста аз ФПМЧ

Нишондиҳанда	НМД-нФП (n=30)	НМД-мФП (n=25)	НМД-пФП (n=25)	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
	1	2	3			
ФП, %	55,8±4,5	44,1±5,4	31,9±3,6	<0,01	<0,001	<0,01
ДР, мм	50,3±4,4	52,4±7,6	54,9±7,6	0,41	<0,05	0,19
ДЧ, мм	51,3±6,7	53,8±10,6	58,6±12,3	0,27	<0,05	0,24
АНД, мм	51,7±4,7	62,3±7,8	67,1±8,3	<0,01	<0,01	0,02
АНС, мм	32,9±5,2	49,1±5,4	55,8±8,2	<0,01	<0,001	<0,01
ДБМ, мм	13,5±1,3	11,9±2,2	11,1±1,8	<0,05	<0,05	0,18
ДАМЧ, мм	11,9±1,5	10,5±1,6	9,2±1,8	<0,05	<0,01	<0,05
ҒНД МЧ	0,48±0,06	0,37±0,07	0,30±0,05	<0,01	<0,01	<0,05
ҲНД, мл	130,3±26,8	199,1±54,3	240,0±65,0	<0,01	<0,01	<0,05
ҲНС, мл	47,0±16,8	114,1±29,4	154,0±49,8	<0,001	<0,001	<0,01
ҲУ, мл	85,0±15,1	85,1±41,8	81,2±18,7	0,07	0,08	0,09
МММЧ, г	274,1±59,7	314,1±96,4	313,9±73,7	<0,01	<0,01	0,89
ШМММЧ, г/м ²	142,0±25,6	163,0±31,1	162,9±36,1	<0,01	<0,01	0,88

Эзоҳ: р – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибки U-критерияи Манн-Уитни).

Параметрҳои морфофункционалии миокард дар беморони дорои НМД вобаста аз ФП хусусиятҳои хоси худро дорад. Чунончи, дар беморони дорои ФП-и паст дилататсияи ҷавфҳои дил возеҳтаранд, дар беморони дорои НМД-мФП ва НМД-нФП ин нишондиҳанда фарқ намекунад, ба истиснои дилабатсияи хурди МЧ. Мо дар байни гурӯҳҳо фарқиятҳои сахтҳо дар нишондиҳандаҳои ҳаҷми ниҳии диастоликӣ (ҲНД) ва андозаи ниҳии систоликӣ (АНС) мушоҳида кардем.

Типҳои ремоделизатсия, ки дар асоси натиҷаҳои ҳисоби ҒНД МЧ ва ШММ МЧ, дар тпешгӯии НМД нақши калидӣ доранд (чадвали 5).

Чадвали 5. - Типҳои ремоделизатсияи МЧ дар беморони дорои НМД вобаста аз ФПМЧ (n=80)

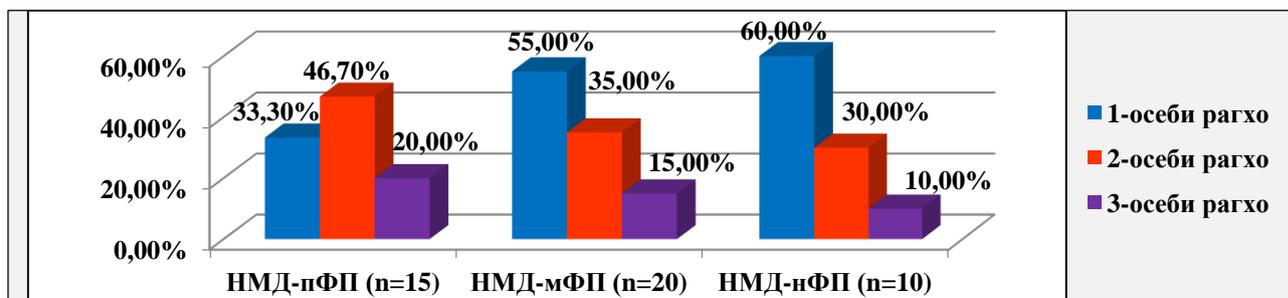
Намуди ремоделсозӣ	НМД-нФП (n=30)		НМД-мФП (n=25)		НМД-пФП (n=25)		p
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	
КГЛЖ	22	73,3	4	16,0	2	8,0	<0,001
ЭГЛЖ	5	16,7	19	76,0	21	84,0	<0,001
КРЛЖ	2	6,7	2	8,0	2	8,0	>0,05
НГЛЖ	1	3,3	0	0,0	0	0,0	

Эзоҳ: р – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибки критерияи χ^2 барои чадвалҳои озод).

Тавре ки аз маълумотҳои чадвал бармеояд, дар беморони зергурӯҳи дорои НМД-нФП дар бештари ҳолатҳо (73,3%) бозсозӣ бо намуди гипертрофияи муттаҳидмарказ дида мешавад, ки исботи дисфунксияи диастоликӣ махсуб мешавад. Дар беморони дорои НМД-мФП ва НМД-

пФП бо басомади зиёд мутаносибан – 76% ва 84% гипертрофияи муттаҳидмарказ доштанд. Ин намуди бозсозӣ дорои хусусиятҳои чудосозии чавфҳои дил ва ҳаҷми бузург аст.

Аз 105 бемор дар n=45 нафар тибқи нишондодҳои фаврӣ КАГ иҷро карда шуд, 68,9% СФ III тибқи NYHA, ва 31,1% СФ IV тибқи NYHA доштанд. Аз онҳо мардҳо 38 (84,4%), занҳо 7 (15,6%) буданд, бо синну соли миёна $61,5 \pm 0,62$. Вобаста аз ФПМЧ беморон ба 3 гурӯҳи чудо карда шуданд. Натиҷаҳои КАГ вобаста аз ФП дар расми 4 оварда шудаанд.



Расми 4.-Хусусиятҳои осеби рағҳо дар беморони дорои НМД вобаста аз ФПМЧ.

Тавре ки аз расм бармеояд, 1-осеби рағҳо бо басомади баланд дар беморони дорои НМД-мФП ва НМД-нФП – мутаносибан 55,0% ва 60,0% дида мешавад. Ҳамин гунна вазъият дар паҳншавии 2 ва 3 осеби рағҳо дар байни беморони НМД-мФП мутаносибан (35,00% ва 15,0%) ва НМД-нФП (30,0% ва 10,0%) ба мушоҳида расид. Дар беморони дорои НМД-пФП 2-осеби рағҳо (46,7%) бартарӣ дошт, 1 ва 3 осеби рағҳо мутаносибан бо басомади 33,3% ва 20,0% дида шуд. Ҳамин тавр, мувофиқи натиҷаҳои КАГ ихтилолҳои нисбатан возеҳ дар шахсони дорои НМД-пФП ва НМД-мФПМЧ ба қайд гирифта шуд.

Натиҷаҳои ҳисоб кардани шкалаи Syntax нишон дод, ки беморони дорои НМД-мФП балли зиёд (19) доштанд дар муқоиса аз беморони гурӯҳҳои I ва III, ки ин аз ихтилолҳои возеҳи васкулиризацияи миокард дар гурӯҳи II дарак медиҳад. Осеби танҳои шараёнҳои чапи коронарӣ (ШКЧ) болотар аз 50% имконият медиҳанд, ки беморонро ба категорияи хатари баланди фавти ногаҳонӣ дохил кунем ва дар ҳамабастагӣ бо ФП имконият медиҳад, ки ба хатари оқибатҳои ногувор баҳои нисбатан дақиқ дода шавад. Ҳамин тавр, мо зарур донистем, ки паҳншавии стенози танҳои рағҳои чапи коронарӣро вобаста аз ФПМЧ баҳогузорӣ намоем. Натиҷаҳо стенози аз ҷиҳати гемодинамикӣ муҳимми ШКЧ-ро дар беморони дорои НМД-мФП (гурӯҳи II) дар муқоиса аз НМД-нФП (гурӯҳи III) нишон дод.

Баъдан мо омӯзиши динамикаи параметрҳои клиникӣ ва ЭхоКГ-ро дар беморони дорои стентгузори шарёнҳои коронарӣ муҳим арзёбӣ намудем. Бо ин мақсади ба таҳқиқот беморони дорои НМД-мФП (n=20) дохил карда шуданд. Ҳамаи беморон табобати медикаментозӣ гирифтанд, ки аз тарафи табибони муолиҷакунанда пас аз гузаронидани АТП ба таври инфиродӣ ислоҳ карда шуда буд. Ҳамаи беморон ингибиторҳои блокаторҳои системаи ренин-ангиотензин-алдостеронӣ, статинҳо, антагонистҳо, алдостеронро бо дозаи ба таври инфиродӣ интихобшуда

кабул карданд. Пас аз гузаронидани реваскуляризатсия барои ҳамаи беморон клопидогрел барои истеъмоли ҳаррӯз бо 75 мг таъйин карда шуд. Чамбоварии шикоятҳо ва анамнез, муоинаи физикалӣ, тести роҳгардии б-дақиқавӣ ва ЭхоКГ дар беморон пеш аз протседураи АТП ва баъди гузаштани 6 моҳи амалиёт таъйин карданд. Ҳолати клиникӣ беморон бо балл тибқи ШОКС (дар модификатсияи В.Ю. Мареева) баҳогузорӣ карда шуд. Аз 20 бемори дорои НМД-мФП 18 (90%) мардҳо буданд ва то гузаронидани АТП 12 (60%) нафар дар анамнезаш СМ дошт ва дар 25%-и беморон осебҳои рағҳои зиёди маҷрои коронарӣ (стеноз иду ё зиёда шарёнҳои коронарӣ) мавҷуд буд. Дар 7 бемор (35%) тибқи натиҷаҳои КАГ-и пешакӣ стенози ШК чап (камтар аз 70% -и ҷавфи рағҳо) муайян карда шуд. Дар ҳамаи беморон ФШ давомнокии миёнаи ҷараёнаш 11 (9; 17) сол ташхис карда шуд. Дар як бемор ташхиси БМОШ ва дар 2 нафар мавҷуд будани шакли доимии ФП ба қайд гирифта шуд.

Дар гурӯҳи таҳқиқшудаи беморон пас аз 6 моҳи гузаронидани АТП беҳтаршавии аз ҷиҳати оморӣ муҳимми параметрҳои клиникӣ (кам шудани баллҳои ШБХК – мутаносибан 9 (8:10) ва 7 (6:8), зиёд шудани фосилаи миёнаи тайшудаи тести роҳгардии б-дақиқавӣ 330 (290; 390), кам шудани СФ НМД ба амал омад. Таҳлили динамикии параметрҳои ЭхоКГ аз беҳтаршавиҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми параметрҳои ростхата (АНД, АНС) ва андозаи (ҲНД, ҲНС) МЧ дарак медиҳанд. Аммо қимати миёнаи ФПМЧ дар натиҷаи муоинаи 6-моҳа дар ин гурӯҳ тағйир наёфт.

Ҳамин тавр, ба гуногунии технологияҳои ташхисӣ нигоҳ накарда, ФПМЧ то ҳанӯз яке аз параметрҳои калидии ҳангоми ЭхоКГ дар беморони дорои НМД баҳогузоришаванда боқӣ мемонад. Барои беморони дорои вариантҳои гуногуни ФПМЧ фарқиятҳои этиологӣ ва ҷинсӣ, ҳамчунин ҳамбастагӣ бо дараҷаи ихтилоли васкуляризатсия хос аст. Истифодаи АТП ҳамчун усули реваскуляризатсияи миокард ҳангоми БИД, оризаҳои пайдошавии НМД, беҳтаршавии ҳолати клиникӣ ва параметрҳои гемодинамикаи марказиро дар беморони дорои норасоии дил бо фраксияи мобайнии партоб беҳтар месозад ва дар бештари муоинаҳо сифати ҳаёти беморонро баланд мебардорад ва давомнокии онро зиёд месозад.

ХУЛОСАҲО

1. Таҳлили басомади НДМ СФ I-IV дар сохтори бемориҳои дилу рағҳо дар шароити шуъбаи кардиологии статсионари дорои аҳамияти ҷумҳуриявӣ нишон дод, ки ҳар як бемори дуюм дорои ин ё он дараҷаи НД мебошад, қимати максималии (81,4%) аломатҳои НМД дар гурӯҳи синнусолии 60-89 сола ба қайд гирифта шуд. Хусусиятҳои беморони дорои НМД бо бистаришавии такрорӣ нишон дод, ки 35,5% бемор дорои СФ III-IV (тибқи NYHA) буданд, дар ҳар як бемори сеюм (31,6%) ФД, дар 29,6% - ҳамроҳ шудани ДҚ навъи 2 ва дар 21,8% сактаи миокард вучуд доштани. Ба саволи анкета дар бораи сабабҳои такроран бистарӣ шудан дар 8,3% муоинаи амбулаторӣ мавҷуд набудан, қатъ кардани истеъмоли доруҳо дар -14,6%, самаранок набудани табобати гузаронидашуда дар 11,3% ва ғайра ба қайд гирифта шуд. [1-М, 2-М, 9-М, 11-М, 12-М].

2. Омили асосии этиологии ташаккул ёфтани НМД дар популятсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон БИД (44,0%) ва ФШ (34,0%) буд, ки дар мучмуъ 78,0%-ро ташкил доданд ва аз ҷиҳати ҷинсӣ баъзе хусусиятҳои хосро доро ҳастанд. Дар мардҳо дар байни сабабҳои ташаккул ёфтани НМД ин БИД – 58,4% аст, сабаби муҳимтарини пайдошавии НМД дар занҳо ФШ ба ҳисоб меравад – 50,7%. ФШ амчун сабаби пайдо шудани НМД дар мардҳо дар 20,4% ҳолат дида мешавад. Басомади кардиомиопатия (КМПД) дар мардҳо 16,2%, нуқсони клапанҳои дил – 2,8%, дар занҳо – мутаносибан 9,3% ва 9,9% -ро ташкил доданд. Бо андозаи камтар сабаби пайдо шудани НМД нуқсони клапанҳои дил – 12,7% ва 6,0% - КМПД мебошад. Натиҷаҳои таҳлили хусусиятҳои таъобат дар давраи бистрӣ будан нишон дод, ки мавқеи пешсафиро иАФТ (74,9%) ишғол мекунад; β – блокаторҳо ва диуретикҳоро мутаносибан 46,9% ва 47,8% истеъмоли намуданд. Антиагрегантҳо 48,3% ва статинҳо ро 24,9%-и беморони дорои БИД, ФШ ва ҳар як бемори ҷорум антагонисти калсий (26,6%), ва камтар сартанро (11,1%) истеъмоли кардаанд [2-М, 3-М, 6-М, 7-М, 8-М, 9-М].
3. Таҳлили симптомҳои клиникӣ беморон нишон дод, ки басомади бештаринро нафастангӣ (93,7%), дилзанӣ (73,2%), сустӣ (57,5%) доро ҳастанд, номурааттабӣ ва сулфа мутаносибан дар 50,7% ва 25,4% ҳолат дида мешавад ва возеҳии онҳо мустақиман аз давомнокӣ ва СФ НМД вобаста аст. Дар сохтори бемориҳои ҳамроҳшуда мавқеи пешсафиро бемориҳои музмини гурдаҳо, ДҚ навъи 2, БМОШ ишғол кардаанд. Фарбеҳӣ ва гиперлипидемия мутаносибан дар 37,2% ва 28,6% ҳолат ва ихтилоли шади ди гардиши хуни майнаи сар (дар анамнез) бо басомади – 29,7% дида шуд [2-М, 9-М].
4. Хусусиятҳои беморони дорои НМД бо ДҚ навъи 2 як қатор махсусиятҳоро нишон дод. Чунончи, дар зергурӯҳи беморони НМД бо ДҚ навъи 2 ва ФШ ва НМД бо ДҚ навъи 2 ва БИД симптомҳои клиникӣ мувофиқи ШБХК возеҳ буданд, пастшавии боэътимоди фосилаи роҳгардии 6-дақиқай дида шуд, дараҷаи возеҳӣ ва басомади онҳо дар зергурӯҳҳои дорои НМД бо ДҚ навъи 2 ва ФШ +БИД ба мушоҳида расид [1-М, 4-М, 12-М].
5. Натиҷаҳои гемодинамикаи дохилиқалбӣ дар зергурӯҳҳои муқоисашаванда пастшавии ФП-ро дар беморони дорои НМД ДҚ навъи 2 дар якҷоягӣ бо ФШ ва БИД ва нигоҳ доштани функцияи систоликии МЧ ро дар 74%-и ҳолатҳо нишон дод. Таҳлили вариантҳои бозсозии геометрии дил дар беморони коморбидӣ бартарӣ доштани ГKMЧ ва ГЭMЧ –ро нишон дод, ки ин аз пешравии НМД дарак медиҳад [1-М, 4-М, 5-М, 10-М].
6. Ҳангоми омӯзиши НМД вобаста аз ФП фарқиятҳои принсипалии НМД-нФП дар муқоиса аз НМД-мФП ва НМД-пФП аз ҷиҳати этиология ва ҷинс муайян карда шуд: дар занҳои дорои ФШ ва фарбеҳӣ дар категорияи синнусолии >60 сол бештар НМД-нФП ба мушоҳида мерасад. Дар беморони дорои НМД-нФП бештар намуди бозсозии миокард бо типҳои гипертрофияи муттаҳидмарказ дида мешавад, дар ин маврид ФПМЧ ба вазнинии ҷараёни беморӣ таъсир намерасонад.

Натиҷаҳои КАГ аз возеҳтар будани ихтилолҳои васкуляризиатсия дар нафарони дорои ФПМЧ паст ва мобайнӣ дарак медиҳанд. Динамикаи мусбати параметрҳои клиникӣ-эхокардиографӣ дар беморони дорои НМД-мФП пас аз гузаронидани АТП дар натиҷаи муоинаи 6-моҳа муайян карда шуд [1-М, 5-М, 10-М].

ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Ноҳамгунии омилҳои этиологӣ, зиёд будани бемориҳои коморбидӣ, ҳаҷми нокифояи табобат ва ташхиси беморони дорои НМД барои пешравии дараҷаҳои вазнинӣ мусоидат менамоянд, ки ин миқдори бистрикунониро зиёд мегардонад. Дар беморони дорои НМД ва ДҚ-и ҳамроҳшуда, ФД, СМ, эҳтимоли бистаришавиҳои такрориро зиёд менамояд ва мавҷуд будани пешхабарҳои зикршуда бояд ҳангоми рухсат шудан ва муоинаи фаъоли минбаъдаи амбулаторӣ ба эътибор гирифта шаванд.
2. Дар беморони дорои НМД дар феҳристи усулҳои стандартии бемори кардиологӣ таҳқиқоти параметрҳои морфофункционалӣ, аз қабili бозсозии геометрӣ ва АТП истифода намудан ҳатмӣ ва зарурӣ аст.
3. Беморони дорои НМД бо бемориҳои ҳамроҳшуда, аз ҷумла ДҚ навъи 2 ба тафсили вариантҳои ФПМЧ, ҳисоб кардани шохиси коморбидӣ зарурат доранд, ки ҳисоб кардани онҳо имконият медиҳад, табиби амалӣ табобати муносибро интихоб намояд.
4. Яке аз тамоюлҳои муосир дар пешгӯӣ намудани натиҷаҳои реваскуляризиатсии миокард ва ҷараёни БИД баҳодихии миқдории вазнинии осеби рағҳои коронарӣ мебошад. Чунин шкалаи баҳодихӣ шкалаи SYNTAX (Synergy between PCI with Taxus and Cardiac Surgery) Score (SS) ба ҳисоб меравад, ки тибқи он баҳодихии миқдории осеби маҷрои коронарӣ ва аҳамияти уммумии пешгӯикунанда ва балли баланд бо шкалаи SYNTAX Score ба сифати нишондиҳандаи хатари баланди пайдошавии оризаҳои хос хизмат мекунад.

ИНТИШОРОТ АЗ РУЙИ МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-М]. Файзуллоев А.И. Хроническая сердечная недостаточность: современные проблемы и пути их решения [Текст] / А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова, И.М. Рашидов, Г.М. Раджабова // Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». - 2021. - №2. - С.93-100.

[2-М]. Файзуллоев А.И. Характеристика хронической сердечной недостаточности на госпитальном этапе [Текст] / А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова, Ф.М. Зоидова // Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». – 2021. - №1. - С. 79-86.

[3-М]. Файзуллоев А.И. Роль сопутствующих заболеваний в прогнозе сердечной недостаточности [Текст] / А.И. Файзуллоев // Ж. «Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана». - 2021. - Том XI, №4. - С. 113-121.

[4-М]. Файзуллоев А.И. Хроническая сердечная недостаточность в ассоциации с сахарным диабетом [Текст] / А.И. Файзуллоев // Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - 2022. - №1 (352). - С. 96-103.

[5-М]. Файзуллоев А.И. Клинико-гемодинамические параллели хронической сердечной недостаточности в зависимости от фракции выброса левого желудочка [Text] / А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова, Р. Кабирзода // Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». - 2022. - №2. - С.75-83.

Мақолаҳо ва фишурдаи мавод дар маҷмӯаҳои конференсияҳо

[6-М]. Файзуллоев А.И. Организация профилактической и лечебной помощи населению с учётом рисков по сердечно-сосудистым заболеваниям [Текст] / А.И. Файзуллоев, О.М. Собирова, Г.И. Сафаралиева// Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества независимых государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний». – Душанбе, 2019. – С. 373.

[7-М]. Файзуллоев А.И. Сердечно-сосудистые осложнения COVID-19 [Текст] / А.И. Файзуллоев, О.М. Собирова, Х.Т. Файзуллоев // Материалы научно-практической конференции на тему: «Коронавирусная инфекция в Республике Таджикистан: эпидемиология, диагностика и современные возможности лечения». – Душанбе, 2020. – С.257.

[8-М]. Файзуллоев А.И. Выявляемость миокардита у больных, перенесших COVID-19 в Республике Таджикистан [Текст] / А.И. Файзуллоев, М.Э. Раджабзода, Т.Т. Комилов //Материалы научно-практической конференции на тему: «Коронавирусная инфекция в Республике Таджикистан: эпидемиология, диагностика и современные возможности лечения». – Душанбе, 2020. – С.216-217.

[9-М]. Файзуллоев А.И. Комплексная оценка хронической сердечной недостаточности на госпитальном этапе [Текст] /А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова, С.З. Касиров// Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». – Душанбе. – 2021. – С.97-98.

[10-М]. Файзуллоев А.И. Особенности течения ХСН в зависимости от фракции выброса левого желудочка [Текст] / А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова// Материалы ежегодной XXVII научно-практической конференции «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости». – Душанбе, 2021. – С.96-97.

[11-М]. Файзуллоев А.И. Прогностическое значение фибрилляции предсердий у пациентов с сердечной недостаточностью с разной фракцией выброса левого желудочка [Текст] / А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова, Х.Ф. Рахматуллоев// Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием. – 2022. – С. 77.

[12-М]. Файзуллоев А.И. Факторы риска сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом 2 типа [Текст] / А.И. Файзуллоев, С.М. Шукурова // Материалы ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием. – 2022. – С.89-90.

ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҶО

- АлАТ – аланинаминотрансфераз
АсАТ – аспартатаминотрансфераз
АТП – амалиёти тавассути пӯстӣ
БДР – бемориҳои дилу рағҳо
БИД – бемории ишемикии дил
БКВ – бемории кардиоваскулярӣ
БКД – басомади кашишхӯрии дил
БММЧ – бозсозии муттаҳидмаркази меъдачаи чап
БМОШ – бемории музмини обструктивии шушҳо
ВД – воситаҳои доругӣ
ГЛЖ – гипертрофияи меъдачаи чап
ГММЧ – геометрияи муътадили меъдачаи чап
ГММЧ – гипертрофияи муттаҳидмаркази меъдачаи чап
ҒНДМЧ – ғафсии нисбии девораи меъдачаи чап
ГЭММ – гипертрофияи эксцентрикии меъдачаи чап
ДҚ – диабети қанд
ИАФТ – ингибиторҳои ангиотензин – ферментро табдилдиҳанда
КАГ – коронароангиография
КМПГ – кардиомиопатияи гипертрофӣ
КМПД – кардиомиопатия дилататсионӣ
МЧ – меъдачаи чап
НД – норасоии дил
НМД – норасоии музмини дил
НМД-мФП – норасоии музмини дил бо фраксияи миёнаи партоиш
НМД-нФН – норасоии музмини дил бо фраксияи партоиши нигоҳдошташуда
НМД-пФП – норасоии музмини дил бо фраксияи партоиши паст
ПНУ – пептиди натрийуриқӣ
СМ – сактаи миокарда
СРАА – системаи ренин-ангиотензин-алдостеронӣ
ССА – системаи симпатоадреналӣ
СФ – синфи функционалӣ
СФК – суръати филтратсияи калобачавӣ
ФД – фибриллятсияи даҳлезҳо
ФП – фраксияи партоиш
ФШ – фишорбаландии шараёнӣ
ФШ₁ – фишори шараёни
ФШД – фишори шарёнии диастоликӣ
ФШС – фишори шараёнии систоликӣ
ШМБ – шохиси массаи бадан
ШММ МЧ – шохиси массаи миокарди меъдачаи чап
ЭКГ – электрокардиография
Эхо-КГ – эхокардиография
НЬА1с – гемоглобини гликизиринӣ
НУНА – Ассотсиатсияи кардиологҳои Нью-Йорк

АННОТАЦИЯ

Файзуллоев Абуали Исфуджонович

Хроническая сердечная недостаточность: частота, течение, характер терапии и коморбидность на госпитальном этапе

Ключевые слова. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), фракция выброса (ФВ), эхокардиография (ЭхоКГ), чрескожные вмешательства (ЧКВ), коморбидность

Цель исследования. Совершенствовать раннюю диагностику хронической сердечной недостаточности в структуре сердечно-сосудистой патологии путем изучения клинико-функциональных и гемодинамических особенностей.

Методы исследования и использованная аппаратура. Объектом исследования были истории болезни 650 пациентов с ХСН. По данным медицинской документации и анамнеза проводился сбор информации о этиологии ХСН, факторов риска, гендерных различий, ФК ХСН, сопутствующая патология, характер используемой терапии (до госпитализации), кратность госпитализации, также анализа исходов пациентов с ХСН именно при ФП, а не экстраполяция данных пациентов с синусовым ритмом. Параллельно проводился проспективный анализ 105 пациентов с ХСН в ассоциации с СД 2 типа у которых изучена клинико-функциональная и гемодинамическая характеристика. В работе применялись клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая ЧКВ. Статистическая обработка проводилась с помощью прикладного пакета Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Полученные результаты и их новизна. Диапазон этиологических причин формирования ХСН широк и отличается половой и возрастной избирательностью. Анализ факторов риска и сопутствующих заболеваний позволяет рассматривать ХСН как гетерогенное заболевание с высокой морбидностью. В ходе научного исследования выявлено, что в большинстве этиологией формирования ХСН являются ИБС и АГ, при этом больные повторными госпитализациями с ХСН ассоциированы III-IV ФК (по NYHA). Степень выраженности клинических симптомов у больных с ХСН находится в прямой ассоциации с функциональным классом ХСН и сопутствующей патологией. В структуре сопутствующих состояний лидирующей позиции занимают ХБП, СД 2 типа и ХОБЛ. Наличие СД 2 типа отрицательно отражаются на выраженности клинических симптомов по ШОКС и достоверном снижении дистанции 6-минутной ходьбы. Состояние ФВЛЖ находится в тесной ассоциации с этиологией ХСН и полом. Наряду с сохраненной и низкой ФВЛЖ не надо сбрасывать со счетов и промежуточный вариант ФВЛЖ, который играет роль в исходе заболевания. Анализ вариантов геометрического ремоделирования сердца у коморбидных больных показали преобладание КГЛЖ и ЭГЛЖ, что указывает на прогрессирование ХСН. Использование КАГ у больных с ишемическим генезом ХСН позволит уточнить тяжесть сосудистых поражений, а результаты ЧКВ свидетельствуют о наиболее выраженных нарушениях васкуляризации у лиц с ХСН со сниженной и промежуточной ФВЛЖ.

Рекомендации по использованию. Гетерогенность этиологических факторов, высокая коморбидность, недостаточный объем терапии и диагностики у больных с ХСН способствует прогрессированию степеней тяжести, которая увеличивает частоту госпитализаций. У больных с ХСН в перечень методов стандартного кардиологического пациента необходимо обязательное исследование морфофункциональных параметров, включая типы геометрического ремоделирования и ЧКВ. Пациенты с ХСН с сопутствующими состояниями, включая СД 2 типа нуждаются в детализации вариантов ФВЛЖ, подсчет индекса коморбидности, учет которых позволяет практикующему врачу подобрать адекватную терапию. Использовать шкалу SYNTAX в количественную оценку поражения коронарного русла и общую прогностическую значимость реваскуляризации миокарда и течения ИБС.

Область применения. Внутренние болезни. Кардиология.

АННОТАТСИЯИ Файзуллоев Абуалӣ Исуфҷоновиҷ

Норасоии музмини дил: басомад, чараён, хусусиятҳои табобат ва бемориҳои ҳамроҳ дар марҳалаи беморхонагӣ

Калимаҳои калидӣ. Норасоии музмини дил (НМД), фраксияи партоиш (ФП), эхокардиография (ЭхоКГ), амалиёти тавассути пӯстӣ (АТП), бемориҳои ҳамроҳшуда.

Мақсади таҳқиқот: Такмил додани ташҳиси барвақти норасоии музмини дил дар сохтори бемориҳои дилу рағҳо бо роҳи омӯхтани хусусиятҳои клиникӣ-функционалӣ ва гемодинамикӣ.

Усулҳои таҳқиқот ва таҷдизоти истифодашуда. Объекти таҳқиқот таърихи бемории 650 нафар беморони дорои НМД буданд. Тибқи маълумоти асноди тиббӣ ва анамнез оид ба этиологияи НМД, омилҳои хатар, фарқиятҳои гендерӣ, СФ НМД, бемориҳои ҳамроҳшуда, хусусиятҳои табобати истифодашуда (то бистарӣ шудан), чанд маротиба бистарӣ шудан, инчунин таҳлили натиҷаҳои беморони дорои НМД маҳз хангоми ФД, ба ҷои экстраполятсияи маълумот аз беморони дорои ритми синусӣ чмъоварӣ карда шуд. Ҳамзамон таҳлили проспективии 105 бемори дорои НМД дар ҳамбастагӣ бо ДҚ навъи 2 гузаронида шуд, ки дар онҳо хусусиятҳои клиникӣ-функционалӣ ва гемодинамикӣ омӯхта шуд. Дар қор усулҳои тадқиқоти клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ, аз ҷумла АТП истифода шуд. Коркарди оморӣ бо ёрии бастаи амалии Statistica 10.0 (StatSoftInc., ИМА) анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои ҳосилшуда ва навоғии онҳо. Диапазони сабабҳои этиологии ташаккули НМД васеъ буда, бо ҷиҳатҳои интиҳоби ҷинсӣ ва синнусолӣ фарқ мекунад. Таҳлили омилҳои хатар ва бемориҳои ҳамроҳшуда икониат медиҳанд, ки НМД ҳамчун бемории гетерогении дорои бемориҳои зиёд баррасӣ карда шавад. Дар чараёни таҳқиқоти илмӣ муайян карда шуд, ки сабаби асосии пайдошавии НМД ин БИД ва ФШ мебошанд, дар ин маврид беморони гирифтори НМД, ки такроран бистарӣ шудаанд, ҳамроҳ бо СФ III-IV (тибқи NYHA) буданд. Дарачаи возеҳии симптомҳои клиникӣ беморони дорои НМД дар ҳамбастагии мустақим бо СФ НМД ва бемориҳои ҳамроҳшуда қарор дорад. Дар сохтори бемориҳои ҳамроҳшуда мавқеи асосиро БМГ, ДҚ навъи 2 ва БМОШ ишғол мекунанд. Мавҷуд будани ДҚ навъи 2 ба возеҳии симптомҳои клиникӣ тибқи ШОКС ва саҳеҳан кам шудани фосилаи роҳгардии 6-дақиқай таъсири манфӣ мерасонад. Ҳолати ФПМЧ дар ҳамбастагии зич бо этиологияи НМД ва ҷинс қарор дорад. Дар баробри ФПМЧ-и нигоҳдошташуда ва паст варианти миёнаи ФПМЧ-ро низ фаромӯш набояд кард, ки дар натиҷаи беморӣ нақши муҳим дорад. Таҳлили вариантҳои бозсозии геометрии дил дар беморони коморбидӣ бартарӣ доштани ГМЧ ва ГЭМЧ-ро нишон дод, ки ин аз пешравии НМД дарак медиҳад. Истифода намудани КАГ дар беморони НМД-и генезаш ишемӣ имкониат медиҳад, ки вазнинии осебҳои рағҳо дақиқ карда ва натиҷаи АТП аз ихтилолҳои нисбатан возеҳтари васкуляризатсия дар ашҳоси мубтало ба НМД бо ФПМЧ-и мобайнӣ ва паст гувоҳӣ медиҳад.

Тавсияҳо барои истифода. Ноҳамгунии омилҳои этиологӣ, зиёд будани бемориҳои ҳамроҳшуда, ҳаҷми нокифояи табобат ва ташҳиси беморони дорои НМД барои пешравии дарачаҳои вазнинӣ мусоидат менамоянд, ки ин миқдори бистрикунониро зиёд мегардонад. Дар беморони дорои НМД дар феҳристи усулҳои стандартии бемори кардиологӣ таҳқиқоти параметрҳои морфофункционалӣ, аз қабили бозсозии геометрӣ ва АТП истифода намудан хатмӣ ва зарурӣ аст. Беморони дорои НМД бо бемориҳои ҳамроҳшуда, аз ҷумла ДҚ навъи 2 ба тафсили вариантҳои ФПМЧ, ҳисоб кардани шохиси коморбидӣ зарурат доранд, ки ҳисоб кардани онҳо имкониат медиҳад, табиби амалӣ табобати муносибро интиҳоб намояд. Истифода намудани шкалаи SYNTAX дар баҳодихии миқдории осебҳои маҷрои коронарӣ ва аҳамияти умумии пешгуии реваскуляризатсияи миокард ва ҷаврени БИД.

Соҳаи ситифода. Бемориҳои дарунӣ. Кардиология.

ANNOTATION
Faizulloev Abuali Isufjonovich

Chronic heart failure: frequency, course, therapy features and comorbidity at the hospital stage

Key words. Chronic heart failure (CHF), ejection fraction (EF), echocardiography (EchoCG), percutaneous interventions (PCI), comorbidity

Aim. To improve the early diagnosis of chronic heart failure in the structure of cardiovascular pathology by studying clinical, functional and hemodynamic features.

Research methods and equipment used. The object of the study were the case histories of 650 patients with CHF. According to medical records and anamnesis, information was collected on the etiology of CHF, risk factors, gender differences, FC CHF, comorbidities, the nature of the therapy used (before hospitalization), the frequency of hospitalization, as well as an analysis of the outcomes of patients with CHF in AF, and not extrapolation of data sinus rhythm patients. In parallel, a prospective analysis of 105 patients with CHF in association with type 2 diabetes was carried out in which the clinical, functional and hemodynamic characteristics were studied. We used clinical, laboratory and instrumental research methods, including PCI. Statistical processing was carried out using the Statistica 10.0 application package (StatSoft Inc., USA).

The results obtained and their novelty. The range of etiological reasons for the formation of CHF is wide and differs in sex and age selectivity. Analysis of risk factors and comorbidities allows us to consider CHF as a heterogeneous disease with high morbidity. In the course of a scientific study, it was revealed that in most cases the etiology of the formation of CHF is coronary artery disease and hypertension, while patients with repeated hospitalizations with CHF are associated with III-IV FC (according to NYHA). The severity of clinical symptoms in patients with CHF is in direct association with the functional class of CHF and comorbidities. In the structure of concomitant conditions, CKD, type 2 diabetes and COPD occupy the leading positions. The presence of type 2 diabetes negatively affects the severity of clinical symptoms according to SHOKS and a significant decrease in the distance of a 6-minute walk. LVEF status is in close association with the etiology of CHF and gender. Along with the preserved and low LVEF, the intermediate variant of the LVEF, which plays a role in the outcome of the disease, should not be discounted. Analysis of variants of geometric remodeling of the heart in comorbid patients showed the predominance of CLHF and ELVH, which indicates the progression of CHF. The use of CAG in patients with ischemic genesis of CHF will make it possible to clarify the severity of vascular lesions, and the results of PCI indicate the most pronounced vascularization disorders in patients with CHF with reduced and intermediate LVEF.

Recommendations for use. Heterogeneity of etiological factors, high comorbidity, insufficient amount of therapy and diagnosis in patients with CHF contributes to the progression of severity, which increases the frequency of hospitalizations. In patients with CHF, the list of methods for a standard cardiology patient requires a mandatory study of morphofunctional parameters, including types of geometric remodeling and PCI. Patients with CHF with concomitant conditions, including type 2 diabetes, need to detail the options for LVEF, calculate the comorbidity index, the accounting of which allows the practitioner to select adequate therapy. Use the SYNTAX scale to quantify coronary disease and the overall predictive value of myocardial revascularization and the course of coronary artery disease.

Application area. Internal medicine. Cardiology.