

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.02.
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ТАЛИПОВ РУСТАМ МИРКАБИЛОВИЧ

**КЕКСАЛАР МИОКАРД ИНФАРКТИНИ ЎТКАЗГАНЛАРИДАН СЎНГ
ТЕРАПЕВТИК ЧОРА-ТАДБИРЛАРНИНГ САМАРАДОРЛИГИ**

14.00.05 – Ички касалликлар

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Талипов Рустам Миркабилович

Кексалар миокард инфарктини ўтказганларидан сўнг терапевтик чор-
тадбирларнинг самарадорлиги.....

5

Талипов Рустам Миркабилович

Эффективность терапевтических мероприятий после перенесенного
инфаркта миокарда у лиц пожилого
возраста.....

27

Talipov Rustam Mirkabilovich

Effectiveness of therapeutic measures after myocardial infarction in elderly
people.....

52

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works.....

55

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.02.
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ТАЛИПОВ РУСТАМ МИРКАБИЛОВИЧ

**КЕКСАЛАР МИОКАРД ИНФАРКТИНИ ЎТКАЗГАНЛАРИДАН СЎНГ
ТЕРАПЕВТИК ЧОР-ТАДБИРЛАРНИНГ САМАРАДОРЛИГИ**

14.00.05 – Ички касалликлар

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2023.3.PhD/Tib32 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.bsmi.uz) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Тулабоева Гавхар Мирокборовна тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Нуриллаева Наргиза Мухтархановна тиббиёт фанлари доктори, профессор
	Фозилов Абдуқаҳҳор Воҳидович тиббиёт фанлари доктори профессор
Етакчи ташкилот:	Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.30.02 рақамли Илмий кенгашнинг 2024 йил «_____» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100109, Тошкент шаҳри, Олмазор тумани, Фаробий кўчаси 2-уй. Тел./факс: (+99878) 150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru).

Диссертация билан Тошкент тиббиёт академияси Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100109, Тошкент ш., Олмазор тумани, Фаробий кўчаси 2-уй. Тел./факс: (+99878) 150-78-14).

Диссертация автореферати 2024 йил «_____» _____ куни тарқатилди.
(2024 йил «_____» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

А.Г. Гадаев

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Д.А. Набиева

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

А.Л. Аляви

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор, академик

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра сўнгги 50 йил ичида юрак-кон томир касалликлари, хусусан, юрак ишемик касаллиги, иқтисодий жиҳатдан ривожланган мамлакатларнинг ёши катта аҳолиси ўлимининг барча сабаблари орасида биринчи ўринда туради. Европада у барча ўлимларнинг 49% ва 65 ёшгача бўлган ўлимларнинг 30% сабабчисидир. 2020 йилда дунёдаги барча мамлакатларда миокард инфарктининг умумий ўлим таркибидаги улуши ҳар қандай бошқа касалликларга қараганда 13 % ташкил этди. Миокард инфаркти қари ва кекса ёшдагилар орасида шунчалик кенг тарқаган ва улардаги ўлим ҳолатларига шунчалик кўп сабаб бўладиги, баъзи истиснолар билан, уни “қарилик касаллиги” деб атаса бўлади. Маҳаллий геронтологлар фикрига кўра, кўп сонли эпидемиологик тадқиқотлар ва клиник кузатувлар натижалари кексалар орасида юрак ишемик касаллиги анча кўп учрашига гувоҳлик беради. Шу билан бирга, улар кўпинча миокард инфарктининг мураккаб шаклларига эга бўлиб, юракнинг сурункали аневризмалари ва сурункали юрак етишмовчилигининг ривожланишига олиб келади, бу тирик қолганларда ногиронликни келтириб чиқаради, уларнинг ногиронлиги давлат учун ижтимоий муаммоларнинг кўпайишига сабаб бўлади.

Дунё миқёсида миокард инфаркти билан касалланган беморларда касаллик прогнози бир хил эмас ва у кўпгина омилларга боғлиқ. Юқори ёш гуруҳидаги инсонларда миокард инфаркти клиник манзараси қатор ўзига хосликка эга. Кўпгина муаллифлар фикрига кўра, қари беморларда касалликнинг атипик шакли кўпроқ учрайди. 65 ёшдан кейин “гунг” миокард инфаркти солиштирма улуши 2-2,5 баробарга ортади, кексаларда нафас қисиши, синкоп ва инсульт тури бўйича миокард инфаркти клиникасини кузатилади. Яққол намоён бўлган миокарднинг склероз ўзгаришлари фонид асосан чап қоринча субэндокардиал бўлимининг ва қоринчалараро тўсиқларнинг кенг некрози юзага келиши эҳтимолга яқиндир. Миокард инфарктни атипик кечиши туфайли, ташхис қўйишда инструментал ва лаборатория усулларига катта аҳамият берилади. Ноодатий клиник симптоматика, касалликнинг оғирроқ кечиши, асоратларнинг кўпроқ учраши ва нохушроқ прогноз – мана шулар кекса ёшли беморларда миокард инфаркти кечишининг бош хусусиятлардир. Сурункали юрак етишмовчилиги ва ўлимга олиб келадиган ҳолатларнинг кейинги ривожланиши ва унга ишончли таъсир кўрсатадиганларининг энг муҳимларини аниқлаш, шунингдек, сўнгги ўн йилликлар давомида уларни баҳолаш усулларини ишлаб чиқиш амалий тиббиётнинг долзарб йўналишларидан ҳисобланади.

Мамалакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш мақсадида касалликларни эрта ташхислаш ва даволаш усулларини жаҳон андозалари талабларига мос равишда ривожлантириш, аҳолини ҳар томонлама ижтимоий ҳимоялашга қаратилган чора-тадбирларни амалга ошириш каби бир қатор масалалар илгари сурилмоқда. Ушбу вазифалар аҳоли ўртасида миокард инфарктини ўтказган кекса ёшдаги беморларга тиббий хизмат кўрсатишни

юқори босқичларга олиб чиқиш ҳамда сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали касалликлар асорати натижасида юзага келадиган ногиронлик ва ўлим кўрсаткичини камайтиришга имкон беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2023-йил 11-сентябрдаги ПФ-158-сон билан тасдиқланган “Ўзбекистон - 2030” фоармонида белгиланган аҳоли саломатлигини таъминлаш бўйича ислохатларни ҳал этишга маълум даражада хизмат қилади. Президентнинг 2022-йил 22-январдаги ПҚ-60-сонли “2022-2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида”ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг Ўзбекистон Республикасида фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг V. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Кекса ёшдаги беморларда диагностика тадбирлар қариш жараёнида шаклланадиган физиологик ва патологик ўзгаришларнинг мураккаб мажмуаси туфайли касалликнинг бошланиши ва клиник кечишининг бир қатор ёшга боғлиқ хусусиятлари туфайли маълум қийинчиликлар билан боғлиқ. Катта ёшдаги гуруҳлардаги беморларда асосий касаллик деярли ҳар доим коморбид патология билан аниқланади. Адабиётлардаги маълумотларга кўра, кекса одамларнинг атиги 3-6% физиологик қарийди, яъни амалий соғломдир (Арева Г.Т., Советкина Н.В., Овсянникова Н.А., ва бошқ. 2011). 60 ёшга келиб одамда ўртача 2-3 та мустақил касаллик аниқланади ва 75 ёшдан кейин уларнинг сони 4-6 тагача кўпаяди (Бутуханова И.С., Содномова Л.Б. 2016 йил). Маълумки, кекса беморларда миокард инфаркти белгисиз ва атипик шакллари учраши билан ажралиб туради. Миокард инфарктининг атипик шакллари орасида энг кенг тарқалган вариантлари: коллаптоид (30,8%) ва астматик (22,4%) (Кочергина А. М. 2013, Ekerstad N, Swahn E, Janzon M, et al. 2014).

Аҳолини ўрганишда маълумот тўплаш, аҳолини сўров қилиш ва олинган натижаларни баҳолашнинг стандарт усулларида фойдаланиш муҳимдир. Ушбу турдаги тадқиқотларнинг классик намунаси сифатида ўтган асрнинг ўрталарида яратилган ва ханузгача ўз аҳамиятини йўқотмаган ЖССТнинг "Миокард инфаркти регистри" эпидемиологик дастури хисобланади (Тукиш О.В., Округин С.А., Юнусова Э.Ю. ва бошқалар 2016). GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) регистрига кўра, касалликнинг белгисиз клиник кўринишили беморлар типик инфарктгача бўлган беморларга қараганда 7 ёш катта эди. Шу билан бирга, NRMИ регистри маълумотига кўра (National Registry of Myocardial Infarction) 85 ёшдан ошган беморларнинг атиги 40% миокард инфаркти типик ангинал хуруж шаклида намоён бўлганлигини, 65 ёшгача бўлганларда эса бу кўрсаткични 77% ни ташкил этганлигини кўрсатди.

Замонавий тиббиёт сезиларли ютуқларга эришганига қарамай, юрак-қон томир касалликлари ҳали ҳам илмий ва амалий тиббиётнинг энг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда ва барча демографик кўрсаткичлар - касалланиш, ўлим, ногиронлик, аҳолининг ўртача умр кўриш давомийлигига тасири нафақат мамлакатимизда, балки глобал миқёсда аниқланади (Vylegzhanina AV, Kogan AE, Katrukha IA, et al. 2017). Миокард инфарктининг юқори тиббий-ижтимоий аҳамияти республикаимизда бир қанча регистрлар юритилишини олдиндан белгилаб берди (Регистрлар 1981, 1991, 2001, 2011, «ACCORS-UZ», «РЕКОРД – 2 АН», «РОКСИМ-Уз»). Ҳозирги вақтда миокард инфарктини ўрганиш учун мустақил эпидемиологик тадқиқотлар ўтказиш зарурати мавжуд. Бу, биринчи навбатда, ривожланган мамлакатларда кузатилган маълум демографик силжишлар, хусусан, аҳолининг қариши ва натижада миокард инфаркти бўлган беморларнинг ёш таркибидаги ўзгаришлар билан боғлиқ деган нуқтаи назар мавжуд (Малай Л.Н. , Солохина Л.В., Бухонкина Ю.М., ва бошқалар 2016).

Эпидемиологик тадқиқотлар, самарали даволаш-профилактика тадбирларини ўтказиш ва ўткир коронар патологияси бўлган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишни яхшилаш учун муҳим асосдир, чунки улар миокард инфаркти билан касалланиш, унинг намоён бўлишининг турли шакллари ва клиник кечишини аниқ ҳисобга олишни таъминлайди (Оганов Р.Г., Денисов И.Н., Симаненков В.И., ва бошқалар 2017). Ҳозирги вақтда “аҳолини ўрганиш” деб аталадиган умумий қабул қилинган усул, миокард инфарктини ўрганишнинг энг аниқ ва ўзига хос усули ҳисобланади. Фақат “аҳолини ўрганиш”да касалликнинг ривожланиши ва кечишини энг аниқ ўрганиб, этиологик гипотезаларни шакллантириш ва текшириш мумкин (Мартынов А.И., Спасский А.А., Арутюнов Г.П., ва бошқ. 2015).

Диссертация мавзусининг бажарилаётган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Ушбу тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг 011800229-сонли илмий йўналиши бўйича «Ички касалликларни ташҳислаш ва даволаш самарадорлигини оширишнинг янги йўллари қидириш. Профилактиканинг рационал йўллари» мавзуси (2019 -2023 йй) доирасида амалга оширилди.

Тадқиқот мақсади миокард инфаркти ўтказган кекса беморларни регистрини яратиш ва узоқ кузатув босқичида “миокард инфаркти мактаби”нинг самарадорлигини баҳолашдан иборат.

Тадқиқот вазифалари:

миокард инфарктини ўтказган кекса ёшдаги беморларнинг регистрини тузиш ва асосий ҳавф омилларини ёшига кўра таҳлил қилиш;

миокард инфаркти ўтказган кекса беморларнинг клиник-гемодинамик кўрсаткичларини таҳлил қилиш;

миокард инфарктини ўтказган кекса ёшдаги беморларда фармакотерапия хусусиятларини ўрганиш;

миокард инфарктини ўтказган кексаларда кузатувнинг узоқ босқичида “миокард инфаркти мактаби”нинг терапевтик самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот объекти сифатида 2012, 2013 ва 2014 йиллар давомида Тошкент шаҳридаги 7-сонли шаҳар клиник касалхонасида ўтказилган миокард инфаркти ташҳиси қўйилган беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида физикал текширув, клиник-гемодинамик кўрсаткичлар, лаборатор асбобий текшириш натижалари, ҳаёт сифати, беморларнинг даволанишга бўлган мойиллик кўрсаткичлари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Ушбу илмий тадқиқотда клиник ва эпидемиологик тавсифлар, анамнез маълумотлари, лаборатория ва биокимийвий натижалар, инструментал текширувлар ва тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

ретроспектив ва проспектив қисмлардан иборат бўлган, миокард инфарктини ўтказган кекса беморларнинг стационар шароитда ёзилган касаллик тарихи маълумотларини таҳлилини ўз ичига олган тиббий регистр яратилган;

миокард инфарктини ўтказган кекса ёшдаги беморларнинг узок муддатли кузатув натижасида ҳаёт сифатига салбий таъсир этувчи асосий хавф омиллари бўлиб коморбид ҳолатлардан қандли диабет 58,5%, бош миёда қон айланишини ўткир бузилиши 78%, артериал гипертония 48,5% ва сурункали юрак етишмовчилиги аниқланган;

миокард инфаркти ўтказган кекса беморларнинг фармако-эпидемиологик таҳлили улар томонидан дори-дармонларни қабул қилишни унутилгани, мустақил равишда дориларнинг дозаларини ва ҳатто уларни қабул қилиш частотасини ўзгартириши каби юзага келган ҳолатлар билан ҳаёт сифати кўрсаткичлари орасидаги боғлиқлик аниқланган;

миокард инфаркти ҳасталигига учраган беморларнинг клиник ва функционал ҳолатини яхшилаш, комплаенс ва касалликнинг прогнозини кузатиш учун индивидуал хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда турмуш тарзини ўзгартиришга мўлжалланган “миокард инфаркти” мактаби ташкил этиш асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

миокард инфарктини ўтказган кекса беморларда даволашнинг самарадорлигини оширишга қаратилган чора-тадбирлар стратегияси ишлаб чиқилган;

ўткир миокард инфаркти ривожланишига олиб келадиган асосий хавф омилларни ҳамда узок муддатли ўлимни башоратлаш имконини яратилган;

миокард инфаркти ўтказган беморларнинг диагностикасида лаборатор ва инструментал текшириш усуллари ретроспектив таҳлили уларга ташҳис қўйишда етарли натижаларни бермаганлиги аниқланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада материал танланганлиги, беморлар сонининг етарлилиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган клиник, биокимийвий, инструментал ва статистик усуллар асосида фойдаланиб халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан

таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколати тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқотнинг илмий аҳамияти миокард инфарктини ўтказган кекса беморлар учун шаҳар клиник касалхонаси шароитида регистр яратилиб узоқ муддатли даврида ҳаётнинг ноқулай прогнозининг асосий омиллари аниқланиб, диагностика, фармако-эпидемиология чуқур таҳлил қилинди ҳамда беморлар учун “миокард инфаркти мактаби” ташкил этилди, бу уларнинг хавф омиллари ва турмуш тарзидаги ўзгаришлар тўғрисида хабардорлигини мувофиқлаштирди ва узоқ муддатли кузатув босқичида асоратларни олдини олишда бир омил бўлиб хизмат қилиши билан изоҳланди.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти миокард инфарктини ўтказган кекса беморларда даволашнинг самарадорлиги ва уни оширишга қаратилган чоратадбирлар стратегиясини ишлаб чиқишга имкон беради, олинган натижалар ўткир миокард инфаркти ривожланишига олиб келадиган асосий омилларни ҳамда узоқ муддатли ўлимни башоратлаш имконини яратиши билан изоҳланади

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Кексаларда ўткир коронар синдром ва миокард инфарктини даволаш ҳамда профилактик чоратадбирларини мувофиқлаштириш бўйича олиб борилган тадқиқот натижалари Республика шошилини тез тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали 09.10.2023 йилдаги 224/1-сонли буйруқ ҳамда Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникаси 10.10.2023 йилдаги 110-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган.

Олинган натижаларга кўра миокард инфарктини ўтказган кекса беморлар учун яратилган регистр, қайта миокард инфаркти ривожланиши хавфининг асосий омилларини аниқлаш, самарали даволаш-профилактика тадбирларини ўтказиш ва ўткир коронар патологияси бўлган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишни яхшилаш учун муҳим асосдир, чунки улар миокард инфаркти билан касалланиш, унинг намоён бўлишининг турли шакллари ва клиник кечишини аниқ ҳисобга олишни таъминлайди.

Олинган натижаларга кўра икки хиссалик антиагрегант терапияси миокард инфарктининг узоқ муддатли даврида ҳаётнинг ноқулай прогнозининг асосий омилларига ўз самарадорлигини кўрсатди. Бу самарадорлик миокард инфарктининг қайталанувчи клиник кўринишини, оғир ишемия турларини, ўлим кўрсаткичларини частотасини камайиши билан изоҳланди. Икки хиссалик антиагрегант терапияси беморларда жиддий асоратларга олиб келмади.

Миокард инфаркти билан оғриган беморларни стационар шароитида даволаш борсида бир қатор камчиликлар кузатилди. Бу камчиликларни бартараф этиш билан кекса ёшдаги беморларда узоқ кузатув босқичида жиддий асоратларни, яъни ўлим кўрсаткичини пасайтиришга эришиш мумкиндир. Узоқ кузатув босқичида касаллик келтириб чиқарадиган асоратларининг профилактикасида беморларнинг шифокор тавсияларига бўлган мойиллик даражасини юқори даражаларга кўтариш лозимдир.

Иккинчи юрак хуружининг олдини олиш учун шифокорнинг барча тавсияларига амал қилиш, қандай ва қай шаклда соғлом турмуш тарзини олиб боришда беморлар учун ташкил этиладиган индивидуал ўқув дастурлари лозимдир. Беморларнинг касаллик ҳақида билим даражасини оширибгина узок кузатув босқичида унинг ҳаёт учун хавфли бўлган асоратларини камайтира олишимиз мумкин.

Талипов Рустам Миркабиловичнинг “Ўткир коронар синдром ва миокард инфарктини даволашда икки хиссалик ва уч хиссалик антиагрегант терапиянинг самарадорлиги” Тошкент тиббиёт академиясининг 2024 йил 7 февралдаги 09-13516-сонли хати соғлиқни сақлаш вазирлигига ушбу мавзу бўйича илмий янгиликларни жорий этиш бўйича юборилган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари 5 халқаро ва 2 республика миқёсидаги илмий-амалий анжуманларда муҳокама қилинган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 28 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан, Ўзбекистон Республикаси Олий Аттестация Комиссияси асосий илмий натижалари чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 13 та мақола, жумладан 11 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, асосий қисм 4 боб, хулоса, амалий тавсиялар, қисқартмалар рўйхати, фойдаланган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 119 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва унинг зарурияти асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсади, вазифалари, объекти ва предмети шакллантирилган, тадқиқотнинг Ўзбекистон Республикаси фан ва техника тараққиётининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, илмий янгилиги, назарий ва амалий аҳамияти ёритилган, олинган натижалардан тадқиқот натижаларини амалиётга татбиқ этиш, нашр этилган ишлар ва диссертациянинг тузилиши тўғрисида маълумот берилган.

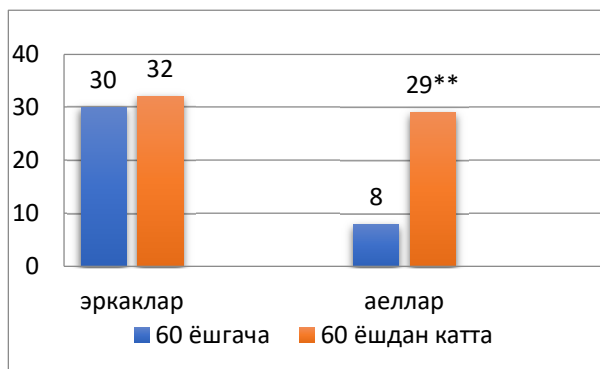
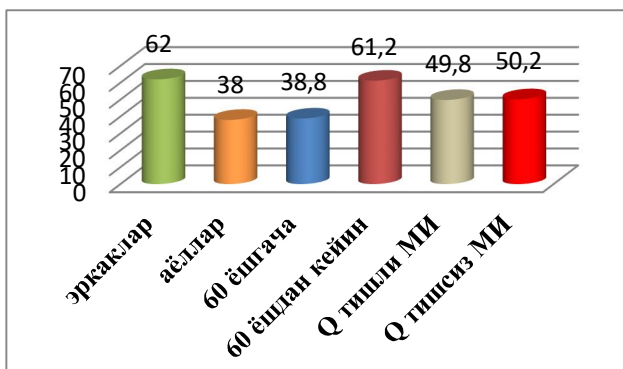
Диссертациясининг биринчи боби Диссертациянинг биринчи бобида мазкур мавзуга бағишланган адабиётлар таҳлил қилинган ва ўрганилаётган мавзунинг долзарблиги асосланган. Бунда юрак ишемик касаллигининг эпидемиологияси, уни юзага келишида ва авжланишида ҳамда миокард инфаркти ривожланишида аҳамиятга эга бўлган хавф омиллари, коморбид ҳолатлар, касалликни даволашда қўланиладиган дори воситалари тўғрисида маълумотлар келтирилган. Шу билан бир қаторда миокард инфаркти ривожланишида хар бир хавф омилининг аҳамияти алоҳида таҳлил қилинган ва баҳоланган. Кекса ёшдаги аҳоли орасида миокард инфарктининг учраши, клиник кечиши ва унинг оқибатига таъсир этувчи хавф омиллар аҳамияти ёритиб берилган.

Диссертациянинг иккинчи бобида Илмий изланишнинг “Тадқиқот материали ва усуллари” деб номланган 2-бобида анамнезида миокард инфаркти ўтказган беморлар учун регистр яратиш, жумладан уларнинг

умумий характеристикаси, клиник-лаборатор ва асбобий текшириш усуллари батафсил ёритиб берилган. Назоратга олинган беморларнинг касаллик тарихларида қайд этилган кўрсаткичлар ҳамда кейинги кузатув натижалари киритилиб борилган электрон база ташкил қилинган. Энг аввало 631 нафар бемордан ҳар биттасининг ҳаётдаги ўрнини аниқлаш мақсадида улар билан алоқа ўрнатишга ҳаракат қилинди. Бемор ёки унинг қариндоши билан алоқа ўрнатилган ва бемор тирик бўлган ҳолларда уни юқорида кўрсатилган касалхонага такрорий текширувга таклиф қилинган. Бемор текширувга келган ҳолда уни стандарт текширувдан ўтказиш билан чекланмасдан, хавф омили, ўтган давр мобайнидаги ҳолатининг динамикаси, аввал олган ва айни пайтда олаётган муолажалари ҳақидаги маълумотлар аниқланган. Бемор мазкур касаллик туфайли ҳаётдан кўз юмган ҳолатларда эса тиббий хужжатлар ва марҳумнинг қариндошлари орқали ўлимнинг аниқ сабаблари ва тафсилотларини билишга ҳаракат қилдик. Баъзи беморларнинг алоқа телефонлари топилмади, бошқаларининг телефон рақамлари шифохонадан чиққандан кейин ўзгариб кетганлиги маълум бўлди. Шу сабабдан бундай беморлар қўлимизда мавжуд усуллар - турли маълумот базалари, кўрсатилган манзилга шифокорнинг шахсан ташриф буюриши – орқали қўшимча равишда қидирилди. Баъзи ҳолларда беморларнинг кейинги ҳаёт тарзини аниқлаш имкони бўлмади. Шу тариқа, ретроспектив тадқиқотлар Тошкент шаҳридаги 7-сонли шаҳар клиник шифохонасида ўтказилиб, ўтказилган миокард инфаркти бўйича шифохонада даволанган беморларнинг 631 касаллик тарихи таҳлил қилинди. Режали тадқиқот доирасида беморнинг бир хил намунадаги индивидуал картаси тўлдириб борилди, бу картага анамнез хусусиятларини ретроспектив баҳолаш, хатар омиллари, коморбид ҳолатлар (гипертония касаллиги, қандли диабет, сурункали юрак етишмовчилиги, бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши, семириш) га оид саволлар киритилди. Аниқланишича, 75% (n=473) ҳолатда беморлар касалхонага “тез ёрдам” машиналарида, 24,7% (n=156) ҳолатда бошқа воситаларда келтирилган ва 0,3% (n=2) ҳолатда мазкур клиниканинг бошқа бўлимларидан ўтказилган(неврология бўлимидан n=1 ва терапия бўлимидан n=1). Беморларнинг ўртача ёши $63,7 \pm 11,7$ ташкил қилди. 21,2% (n=134) ҳолатда оғирлашган ирсийлик аниқланган. Тадқиқотга жалб қилинган беморларнинг 58,8% (n=371)ни нафақахўрлар, 13,8% (n=87)ни ишсизлар, 17,4% (n=110)ни иш билан бандлар, 8% (n=48)ни касаллик бўйича ногиронлар ва 2,2% (n=14)ни номаълум мақомдаги кишилар ташкил қилишди. Ретроспектив тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатди-ки, шифохона шароитида даволанишда тропонин текшируви беморларнинг 15,8% (n=100)да, коагулограмма текшируви - 99,7% (n=629)да, липидлар текшируви - 16% (n=101)да ва ЭхоКГ текшируви - 81,8% (n=516)да ўтказилган. Тадқиқот натижаларини статистик таҳлил қилиш усуллари. MEDIOSTAT статистик амалий дастурлар пакети ёрдамида амалга оширилди. Вариацион статистиканинг стандарт усуллари қўлланди: ўртача, стандарт чекиниш ($M \pm m$), Стьюдент мезонлари ($p < 0,05$).

Диссертациянинг учинчи боби - “Шахсий текшириш натижалари” га бағишланган. Олинган натижаларга кўра беморларимизнинг 314 тасида Q

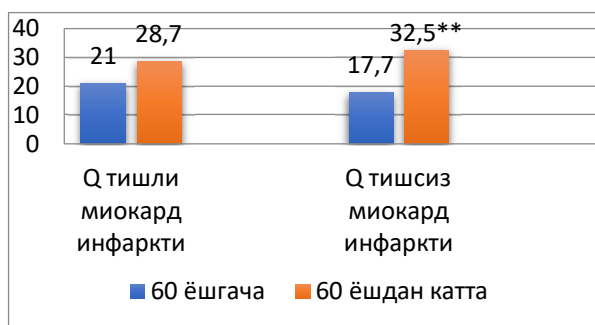
тишли (49,8%) ва 317 тасида эса Q тишсиз (50,2%) ўтказилган миокард инфаркти кузатилди, уларнинг иккала клиник турининг учраши ўртасида сезиларли фарқ кузатилмади. Тадқиқотга киритилган беморлар орасида эркеклар 62,3% (n=393), аёллар 37,7% (n=238). Эркекларда МИ учраш кўрсаткичи аёлларга нисбатан ишонарли равишда 60,6% (p<0,001) юқори эканлиги исботланди. Аёлларда ўртача ёш эркекларникидан каттароқ бўлиб, $64,7 \pm 6,3$, эркекларда $60,4 \pm 7,5$ ёшни ташкил этди. Эркеклар орасида 60 ёшдан катта беморлар 32% (n=201) га тенг бўлди, ушбу ёшдаги аёллар кўрсаткичи 29,3% (n=185) ни ташкил этди (1, 2-расмлар).



Изоҳ: ** - P<0,001 статистик ишонарли фарқлар

1 – расм. Миокард инфарктини ўтказган беморларнинг ёшига, жинсига ва шикастланиш ўчоғига кўра таҳлили (%)

Ўтказилган миокард инфарктини учраши ҳолатини беморларнинг ёшига нисбатан таҳлил қилар эканмиз, хасталикни 60 ёшгача бўлган беморларда учраш ҳолати 38,8% (n = 245) ни ташкил этса, 60 ёшдан катта бўлган беморларда эса 61,2% (n = 386) га тенг бўлди, яъни 60 ёшдан катта бўлган беморларда миокард инфаркти учраши 63,3% (p<0,001) қийматда 60 ёшгача бўлган беморларга нисбатан юқори экан. Q тишли миокард инфаркти 60 ёшгача бўлган беморларда 21% (n = 133), 60 ёшдан катталарда 28,7% (n = 181) ни ташкил этса, Q тишсиз миокард инфаркти 60 ёшгача бўлган беморларда 17,7% (n = 112), 60 ёшдан катталарда 32,5% (n = 205) да кузатилди (3-расм).

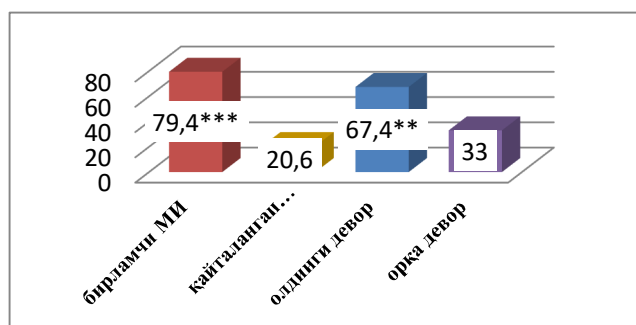


Изоҳ: ** - P<0,001 статистик ишонарли фарқлар

3 – расм. Ўтказган миокард инфарктининг ўлчамига кўра ёшга нисбатан таҳлил (%)

Изоҳ: ** - P<0,001 статистик ишонарли фарқлар

2 - расм. Беморларни жинсига қараб ёш гуруҳлари бўйича тақсимлаш(%)



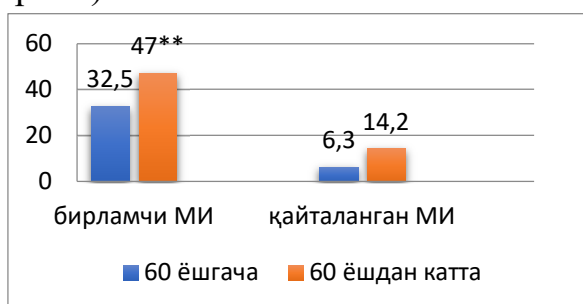
Изоҳ: ** - P<0,001, *** - P<0,001 статистик ишонарли фарқлар

4 - расм. Миокард инфаркти частотаси, жойлашуви ва кечишига кўра таҳлил (%)

Олинган натижаларга кўра бирламчи миокард инфаркти 79,4% (n=501) ни, қайталанган миокард инфаркти 20,6% (n=130) ташкил этди. Демак бирламчи миокард инфаркти қайталанган миокард инфарктига нисбатан ишонарли равишда 26% (P<0,0001) Ўтказилган миокард инфарктининг жойлашувига кўра таҳлил натижалари, 67,4% беморда (n=425) миокард инфаркти олдинги ён деворида аниқланган бўлса, орқа пастки деворда бу кўрсаткич 33% ни (n=206) ташкил этди. Шунини таъкидлаш лозимки, миокард инфарктининг чап қоринча олди деворида жойлашуви орқа деворда жойлашувига нисбатан 48,5% га (P<0,001) юқори эканлигини кузатдик (4-расм).

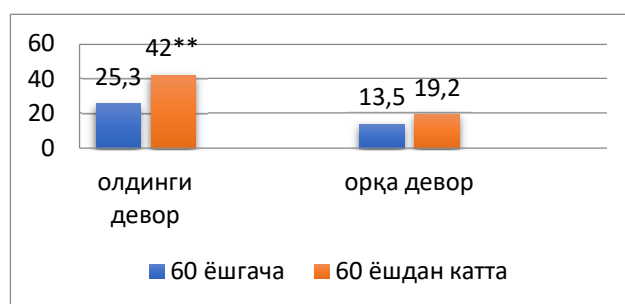
Бирламчи миокард инфарктини беморларнинг ёшига нисбатан таҳлил қилар эканмиз, 60 ёшгача бўлган беморларда 32,5% (n = 205) ни ташкил этган бўлса, 60 ёшдан катта бўлган беморларда 47% (n = 296) га тенг бўлди. Бу дегани бирламчи миокард инфарктини 60 ёшдан катта бўлган беморларда 60 ёшгача бўлган беморларга нисбатан 69%га (P<0,001) юқори. Қайталанган миокард инфаркти 60 ёшгача бўлган беморларда 6,3% (n = 40), 60 ёшдан катталарда 14,2% (n = 90) ни ташкил этди (5-расм).

Ўтказилган миокард инфарктининг олдинги ён деворида учраши 25,3% (n=160) 60 ёшгача бўлса, 42% (n=265) 60 ёшдан катталарда аниқланди. 60 ёшгача бўлган беморларимизда, 60 ёшдан катта бўлган беморларга нисбатан миокард инфарктининг олди деворида жойлашуви 60,4% (P<0,001) ишонарли равишда паст экан. Орқа деворида жойлашуви ёшга қараб таҳлили қуйидагича: 13,5% (n=85) 60 ёшгача, 19,2% (n=121) 60 ёшдан катталарда (6-расм).



Изоҳ: ** - P<0,001 статистик ишонарли фарқлар

5 - расм. Бирламчи ва қайталанган миокардинфаркти ёшга қараб таҳлил (%)

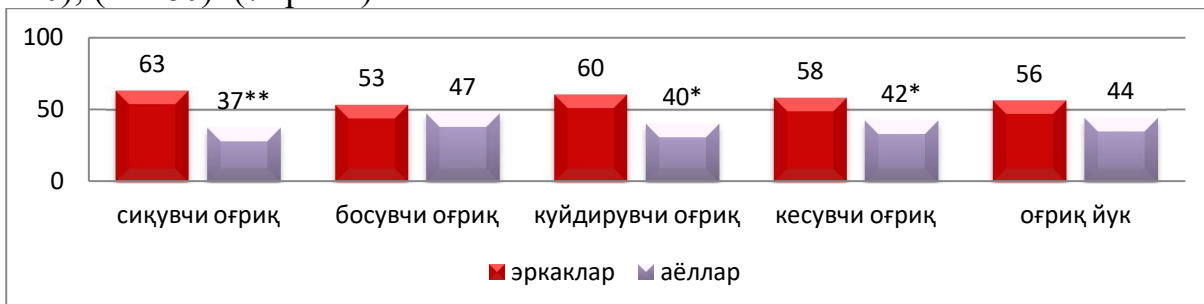


Изоҳ: ** - P<0,001 статистик ишонарли фарқлар

6 -расм. Ўтказилган миокард инфаркти локализациясини ёшга қараб таҳлили (%)

Таъқиқот натижалари шунини кўрсатдики, 23,1% (n = 146) беморда сиқувчи оғриқ, 14,4% (n = 91) да босувчи оғриқ, 26,1% (n = 165) беморда ёнувчи оғриқ, 30,1% (n = 190) ҳолатлар кесувчи оғриқ, 6,2% (n = 39) беморларда атипик вариантлар (абдоминал тури 31% (n = 12), церебрал тури 13% (n = 5), оғриқни елка ва бўйин қисмига узатилиши 23% (n = 9), оғриқсиз тури 33% (n = 13) қайд этилди. Олинган натижаларга кўра, беморларимизда кардиалгиянинг атипик турлари ҳам кузатилди. 31% ҳолатда абдоминал, 13% церебрал, 33% оғриқсиз тури кузатилган бўлса, 23% ҳолатда беморларда оғриқ бўйин ва елка соҳаларига берган. Илмий изланишимизда кардиалгия ҳолатини

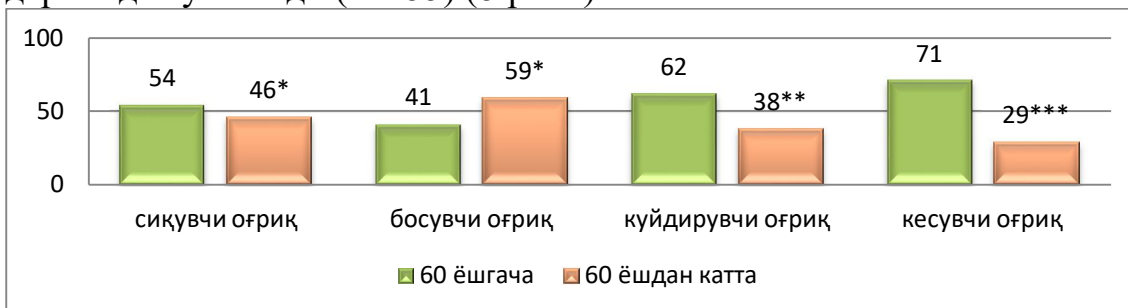
беморларнинг жинсига кўра таҳлил қилдик. Эркакларда сиқувчи оғриқ ($n = 92$) аёлларга қараганда 17% кўпроқ ($n = 54$) кузатилди. Эркаклардаги босувчи оғриқ аёлларга қараганда 11,2% кўпроқ ($n = 48$); ($n = 43$). Куйдирувчи оғриқ аёлларга қараганда эркакларда 15% ($P < 0,05$) кўп ($n = 99$); ($n = 66$) учради. Кесувчи оғриқ эса аёлларга қараганда эркакларда 13,8% ($P < 0,05$) кўпдир ($n = 110$); ($n = 80$). (7- расм).



Изоҳ: * - $P < 0,05$, ** - $P < 0,001$ статистик ишонarli фарқлар

7 - расм. Кардиялгиянинг жинсига қараб таҳлили (%)

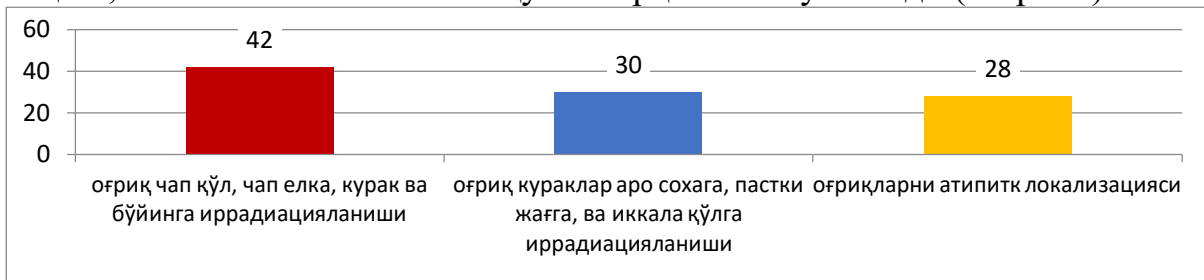
Кейинги босқичда юрак соҳасидаги оғриқнинг ёшга қараб ўрганилди. 60 ёшгача бўлган беморларда ($n = 79$) сиқувчи оғриқ 60 ёшдан катта беморларга қараганда 11,8% ($P < 0,05$) кўпроқ кузатилган ($n = 67$). 60 ёшдан ошган беморларда босувчи оғриқ ($n = 54$) 60 ёшгача бўлган беморларга қараганда 14,6% ($P < 0,05$) кўплиги кузатилди ($n = 37$). 60 ёшгача бўлган беморларда куйувчи оғриқ ($n = 103$) 60 ёшдан ошганларга қараганда 16,6%га ($P < 0,05$) юқори эканлиги намоён бўлди ($n = 62$). Кесувчи оғриқ 60 ёшгача бўлган беморларда ($n = 135$) 60 ёшдан катта беморларга қараганда 24,5% юқори даражада кузатилди ($n = 55$) (8-расм).



Изоҳ: * - $P < 0,05$, ** - $P < 0,001$, *** - $P < 0,0001$ статистик ишонarli фарқлар

8 - расм. Кардиялгиянинг ёшига қараб хусусиятлари (%)

Текширув натижаларига кўра, кардиялгиянинг локализациялари бўйича бир қатор фарқлар аниқланди, жумладан: 42% ($n=249$) ҳолатларда оғриқ чап қўл, чап елка, курак, бўйнига тарқалди, 30% ($n=178$) ҳолатда эса кураклар аро соҳага, пастки жағга ва иккала қўлга тарқалиши кузатилди (9 - расм).



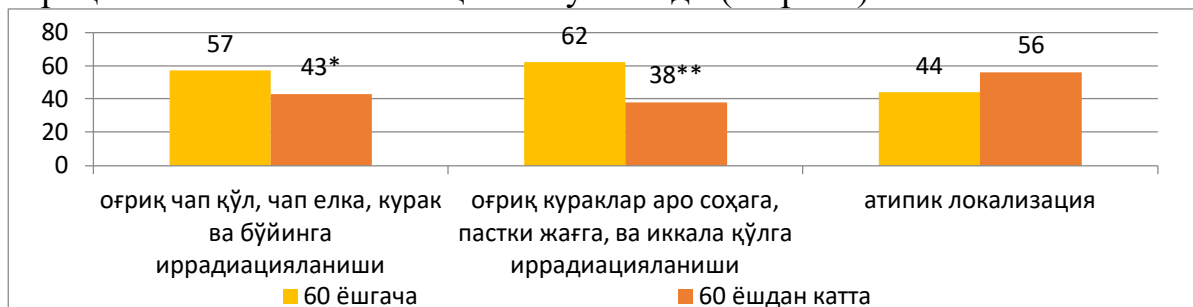
9 - расм. Кардиялгиянинг хусусиятлари (%)

Кардиалгиянинг жойлашуви беморларнинг жинсига ҳам боғлиқлиги илмий изланишимизда ўз исботига эга бўлди. Эркакларда 52% (n=130), аёлларда 48% (n=119) да оғриқ чап қўл, чап елка, курак, бўйнига иррадиацияланиши кузатилди. Кураклар аро соҳага, пастки жағга ва иккала қўлга иррадиацияланувчи оғриқлар эркакларда 57% (n=102), аёлларда 43% (n=76) ҳолатларда кузатилди. Эркакларда оғриқнинг атипик локализация 55% (n=91) ни, аёлларда 45% (n=74) ни ташкил этди (10 -расм).



10 - расм. Кардиалгиянинг локализациясини жинсга қараб фарқи (%)

Ёши жиҳатидан 60 ёшгача бўлган беморларда чап қўл, чап елка, куракга, бўйнига тарқалган оғриқ 57% (n=141) ҳолатларда, 60 ёшдан ошганларда 43% (n=108) ҳолатларда кузатилди. 60 ёшгача бўлган беморларда кураклар аро соҳага, пастки жағга ва иккала қўлга иррадиацияланувчи оғриқлар 62% (n=111) ҳолатларда, 60 ёшдан ошганларда 38% (n=67) ҳолатларда кузатилди. 60 ёшгача 44% (n=73) ҳолатда, 60 ёшдан ошганларда, 56% (n=92) ҳолатда оғриқнинг атипик локализацияси кузатилди (11-расм).



Изоҳ: * - $P < 0,05$, ** - $P < 0,001$ статистик ишонarli фарқлар

11 - расм. Кардиалгиянинг локализациясини ёшга қараб фарқи (%)

Шундай қилиб ёши улуғ беморларда ўрта ёшли беморларга нисбатан кардиалгия турининг атипик кўриниши кўпроқ намоён бўлди.

Ҳозирги кунда кўплаб сурункали касалликларда ҳаёт сифатини ўрганишга тобора кўпроқ аҳамият берилмоқда. Юрак ишемик касаллиги, хусусан, миокард инфаркти, комплекс назорат ва даволаш режимини, шунингдек кўплаб соматик намоёнларни ҳисобга олган ҳолда, ҳаёт сифатига аниқ таъсир кўрсатади. Ҳаёт сифати ўз навбатида касалликнинг прогнозига сезиларли таъсир кўрсатишини ҳисобга олиш муҳимдир.

Ушбу тадқиқот доирасида ҳаёт сифатининг турли жиҳатларини аниқлаш учун SF-36 универсал сўровномаси ёрдамида анкета ўтказилди (1-жадвал). Сўровномада 36 та савол мавжуд бўлиб, улар 8 та сарлавҳа бўйича бирлаштирилган. Миокард инфарктини ўтказган беморларда ўрганилган барча жиҳатлар учун ўртача балл анча паст бўлганлиги аниқланди. Беморларни ёшига қараб тақсимланганда икки гуруҳда ҳам жисмоний фаолияти, ижтимоий фаолияти бўйича йиғилган баллар бир хил, қолган кўрсаткичлар

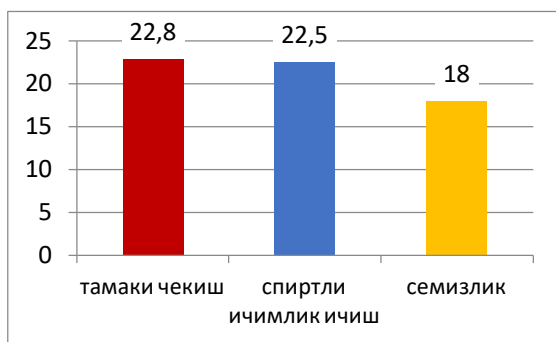
оғриқнинг кучи, умумий соғлиғи, ҳаёт сифати, ҳиссий фаолият ва 2 та якуний кўрсаткич - жисмоний ва руҳий компонентлар 60 ёшдан ошган беморларда 60 ёшгача бўлган беморларга нисбатан пастроқ эди.

1- жадвал

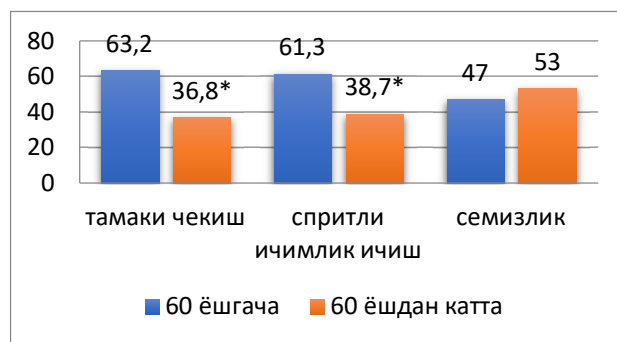
Миокард инфарктини ўтказган беморларда ёшга қараб SF-36 ҳаёт сифатининг кўрсаткичлари (балларда)

Кўрсаткичлар	60 ёшдан катта (n=386)	60 ёшгача (n=245)
Жисмоний фаолият	33,7±12,7	34,7±12,7
Жисмоний муаммоларнинг роли	35,7±11,6	38,7±15,8
Оғриқ	32±11,9	38,0±14,8
Умумий соғлиқ	36,9±11,0	42,0±12,7
Ҳаёт сифати	31,0±11,0	38,0±11,7
Ижтимоий фаолият	38,0±13,0	39,0±15
Эмоционал фаолият	30,0±8,9	42,0±11,9
Психологик соғлиқ	34,8±20,0	43±12,9

Юрак-қон томир касалликлари асосий хавф омиллари гиперхолестеринемия, артериал гипертензия, чекиш бўлиб қолмоқда. Шу билан бирга, сўнгги йилларда олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, классик хавф омиллари билан бир қаторда аҳолининг турмуш тарзи билан боғлиқ психосоциал стресс ҳам миокард инфаркт ривожланишига сабабчи бўлади. Биз текширувга олган беморларимизда мавжуд бўлган хавф омилларини таҳлил қилар эканмиз миокард инфарктини ўтказган беморларнинг хавф омилларини ўрганиш натижасида 144 (22,8%) та беморда тамаки қарамлиги аниқланди, кунига 1 дан 20 тагача сигарет чекилган, шулардан 53 (37%) та бемор ўтмишда (чекиш тажрибаси 10 дан 20 йилгача) ва 91 (63%) таси ҳозирги пайтда чекишни давом эттирмоқдалар. 60 ёшдан катталарда 36,8% (n=53), 60 ёшгача 63,2% (n=91) ташкил этди (11-расм). Спиртли ичимликларга қарамлик 142 (22,5%) беморда аниқланди, шулар орасида 80 (56,3%) та бемор ўтмишда спиртли ичимликларни истеъмол қилган (12 йилдан 22 йилгача бўлган тажрибага эга) ва 62 (43,7%) та беморлар текширув вақтида спиртли ичимликларни истеъмол қилишни давом эттирдилар. 60 ёшдан катталарда 38,7% (n= 55), 60 ёшгача 61,3% (n=87) ташкил этди (12 - расм). Семизлик фонида 18% (n = 111), ушбу беморларда тана массаси индекси $25 \pm 4,5$ кг / м² дан юқори) ҳолларда миокард инфаркти аниқланган. Миокард инфарктини ўтказган бемор касалхонада даволанаётганда бел ҳажми қийматлари 64 см дан 120 см гача ўзгариб турди, ўртача қийматлари 84.12 ± 13.19 см эди. 60 ёшдан катталарда 53% (n= 59), 60 ёшгача 47% (n=52) ташкил этди (12- расм).



11- расм. Хавф омиллари (%)



Изоҳ: * - $P < 0,05$ статистик ишонарли фарқлар

12 - расм. Хавф омиллари ёшга қараб таҳлили (%)

Миокард инфарктини ўтказган беморларни ЭхоКГ текширув қилинганда, юрак геометрик модели, ишемик ремоделланиш жараёни фониди сезиларли ўзгарганлиги аниқланди: ҳажм индексининг катталашishi, чап қоринчанинг якуний диастолик ўлчамлари (ЧҚЯДЎ), ўнг қоринча диаметри ва миокард массасининг ортиши (чап қоринчадаги миокард оғирлиги (ЧҚМО) индекси, $p < 0.001$). 60 ёшдан ошган ва 60 ёшгача бўлган беморларнинг ЭхоКГ кўрсаткичлари таҳлили натижалари орасида фарқ йўқ

2 - жадвал

Миокард инфарктини ўтказган беморларни ЭхоКГ кўрсаткичлари

		n=516	60 ёшгача n=214	60 ёшдан ката n=302
1	ЧҚОрДҚ	1,1±0,2	1,1±0,2	1,1±0,1
2	ҚАДҚ	1,1±0,2	1,1±0,2	1,2±0,2
3	ЧҚЯДЎ	5,4±0,6	5,4±0,7	5,8±0,6
4	ЧҚЯСЎ	4,0±0,7	3,9±0,7	4,6±0,6
5	ЧФ	50,6±8,3	50,2±8,7	46,5±7,1
6	ЧБ	4,1±2,6	3,9±2,1	4,1±2,8
7	ЎҚ	2,9±1,2	3,03±1,8	2,9±0,3

Илова: ЧҚОрДҚ - чап қоринча орқа девори қалинлиги, ҚАДҚ – қоринчалар аро девор қалинлиги, ЧҚЯДЎ – чап қоринча якуний диосталик ўлчами, ЧҚЯСЎ – чап қоринча якуний систолик ўлчами, ЧФ – чиқариш фракцияси, ЧБ – чап бўлмача, ЎҚ – ўнг қоринча

Маълумки, коморбид касалликлар сони ёш ўтиши билан сезиларли даражада ошади. Адабиётларда қайд этилишича, 36% беморларда 50-59 ёшда 2-3 та, 40,2% беморларда 60-69 ёшгача 4-5 тагача, 65,9 % беморларда эса 75 ёш ва ундан катта ёшдаги 5 дан ортиқ касаллик бор. Коморбид патология касалликнинг клиник кечишини ўзгартириши, ташхис қўйишни қийинлаштириши ва асосий касалликнинг прогнозини ёмонлаштириши мумкин. Кекса ва қари беморларда миокард инфаркти фониди коморбид патологиясининг мавжудлиги беморнинг холати оғирлаштиради, бу эса бу тоифадаги беморлар учун ташхис қўйиш ва даволаш тактикасини оптималлаштиришда янги ёндашувларни излашни талаб қилади.

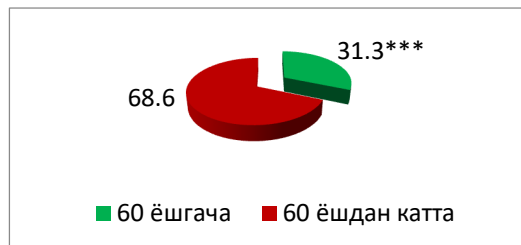
Тадқиқотлар натижасида сурункали юрак етишмовчилиги бўлган 488 (77.33%) бемордан (II ФС-304;62%, IIIФС-184;38%) миокард инфаркти

ривожланди. Миокард инфарктдан кейин тескари пропорция кузатилади, яъни ФС юқори бўлган беморлар сони кўпаяди (III ФС -298; 61%), (IV ФС -10; 2%) ва II ФС билан беморлар сони камаяди (II ФС -182;37%). Икки беморда (0.32%) сурункали юрак етишмовчилиги ўткир миокард инфарктдан кейин ривожланган (3.6.1-расм). 60 ёшдан ошган беморларда сурункали юрак етишмовчилиги касалланиш даражаси 60 ёшгача бўлган беморларга нисбатан 21,9% га (n= 335; 68,6% 60 ёшдан катта, ва n=153; 31,3% 60 ёшгача) юқори бўлади.



Изоҳ: *** - $P < 0,0001$ статистик ишонарли фарқлар

13 – расм. Миокард инфаркти ўтказган беморларда сурункали юрак етишмовчилиги юзага келиши таҳлили (%)



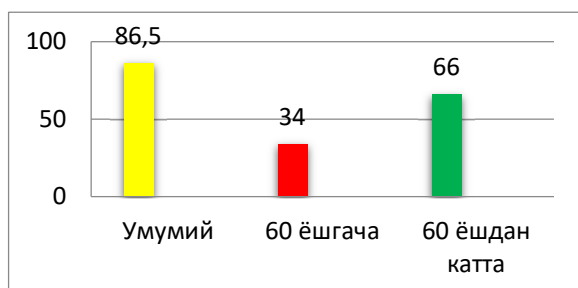
Изоҳ: *** - $P < 0,001$ статистик ишонарли фарқлар

14 – расм. Миокард инфаркти ўтказган беморларда ёшга қараб сурункали юрак етишмовчилигини юзага келишини таҳлили (%)

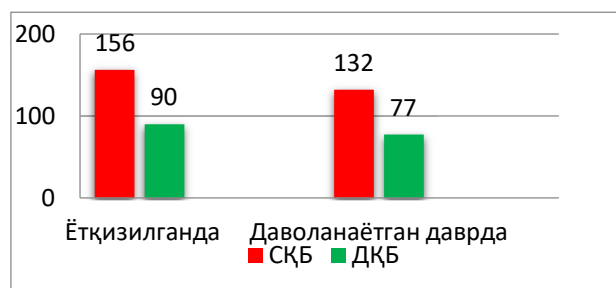
Юрак-қон томир касалликларининг юқори ижтимоий аҳамияти туфайли юрак томирлари касаллигида коморбидлик муаммосига доимо катта этибор қаратилиб келинмоқда. Бироқ, кўпинча бу муаммони ҳал қилиш юрак патологиясини у ёки бу қўшма касаллик билан биргаликда ўрганишдан иборат эди (қандли диабет, ўпка, буйрақлар патологияси ва бошқалар), бу эса мавжуд бўлган барча коморбид касалликларни ҳисобга олган ҳолда, комплекс ёндашув эмас. Ёндашувларни шахсийлаштиришнинг муҳим омили, шунингдек, мавжуд бўлган жинс хусусиятлари бўлиб, улар ўзларини коморбидликнинг турли частоталарида ва маълум бир қатор шароитларда турли хил мойилликларда намоён қилиши мумкин. Гипертония касаллиги касалхонага ётқизилган ва миокард инфарктдан вафот этган беморларнинг аксариятида фон касаллиги эканлиги аниқланди. Статистик ҳисоботларнинг маълумотларини ва беморларнинг касаллик тарихини таҳлил қилиш натижаларини таққослаш асосида шифохона амалиётида гипертония касаллигининг ҳақиқий тарқалишини сезиларли даражада кам кўрсатилиши аниқланди. Бизнинг илмий тадқиқотимизда касалхонага ётқизилган пайтда миокард инфарктини ўтказган беморларнинг 86,5% (n = 546) гипертония фониди ривожланган, касаллик давомийлиги $7,3 \pm 4,5$ йилни ташкил қилган. 60 ёшдан катталарда 66% (n= 360), 60 ёшгача бўлган беморларда 34% (n=186) ташкил этди (15-расм). Хулоса қилиб шуни такидлаш мумкинки, АГ фониди МИ нинг ривожланиши 60 ёшдан катта бўлган беморларда, 60 ёшгача бўлган беморларга нисбатан 52% ($P < 0,001$) юқори экан

Беморлар шифохонага систолик қон босим (СҚБ) 156 ± 45 мм.см.уст., ва диастолик қон босим (ДҚБ) 90 ± 12 мм.см.уст. тенг бўлган қийматда мурожат қилган. Даволаниш жараёнида эса СҚБ $132 \pm 4,3$ мм.см.уст., ва ДҚБ $77 \pm 5,5$

мм.см.уст. тенг бўлди, яъни бирламчи кўрсаткичларга нисбатан СҚБ 18% ($P<0,05$), ДҚБ эса 17% ($P<0,05$) кам кўрсаткичга эга бўлди (16-расм).



15 - расм. Миокард инфарктини ўтказган беморларнинг гипертония негизда ривожланишини ёшга қараб тахлили (%)



16- расм . Миокард инфарктини ўтказган беморларнинг артериал қон босими кўрстакичлари

Миокард инфаркти ва қандли диабетни 2 типи кенг тарқалган ва кўпинча бирга учрайдиган касалликлардир. Миокард инфарктини ўтказган беморларда қандли диабетнинг 2 типи 20% ҳолларда кузатилади, бу унинг бутун аҳоли орасида тарқалишидан анча юқори, миокард инфарктини ўтказган беморлар орасида углевод метаболизмини бузилмаган одамларнинг ярмидан камроғини ташкил этади. Қандли диабет 2 типидида миокард инфаркти 3 барабар кўпроқ ривожланади ва оғир кечиши билан ажралиб туради, ёш беморларда кўпроқ учрайди, бу бир қатор омилларга боғлиқ. Бизнинг текширувдаги беморларимизда қандли диабет фонида ўтказилган миокард инфаркти 140 (22,2%) беморда қайд этилган, 60 ёшдан катталарда 70,7% ($n=99$), 60 ёшгача бўлганларда 29,3% ($n=41$) ташкил этди, қонда ўртача қанд миқдори $6,14 \pm 2,5$ ммоль/л бўлган. Ушбу беморларнинг 121 нафари (86,4%) гипогликемик дориларни, 19 нафари (13,6%) инсулин терапиясини олган (17-расм). Бош миядан қон айлиниши ўткир бузилиши фонида миокард инфаркти 12,2% ҳолатда рўйхатга олинган ($n=77$). 60 ёшдан катталарда 82% ($n=63$), 60 ёшгача 18% ($n=14$) ташкил этди (18-расм).



Изоҳ: *** - $P<0,0001$ статистик ишонарли фарқлар

17 - расм. Миокард инфарктини ўтказган беморларнинг қандли диабет негизда ривожланишини ёшга қараб тахлили (%)



Изоҳ: *** - $P<0,0001$ статистик ишонарли фарқлар

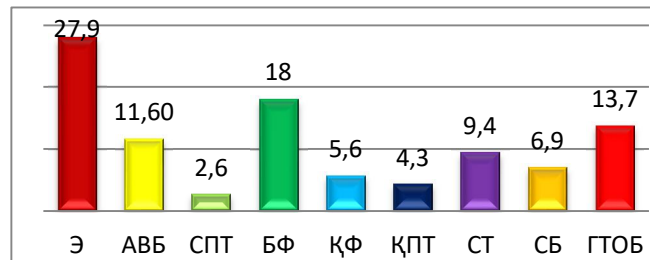
18 - расм. Миокард инфарктини ўтказган беморларнинг бош миядан қон айлиниши ўткир бузилиши негизда ривожланишини ёшга қараб тахлили (%)

Шуни таъкидлаш керакки, 21.4% ($n=135$) ҳолатларда миокард инфаркти юрак ишемик касаллигига стабил зўриқиш стенокардияси II ва III ФС фонида ривожланган. Кекса одамларда 55,5% ($n=75$) ҳолатлар стабил зўриқиш стенокардия III ФС фонида кузатилган. Кекса беморларда миокард инфаркти

юқори ўлим курсаткичи гипертония касаллиги, бош мия қон айланишини ўткир бузилиши, сурункали юрак етишмовчилигининг III ФС билан комбинацияли ҳолатларида кузатилади. 85,7% (n = 541) ҳолатда миокард инфарктининг қўйидаги асоратлари аниқланди: 83 (13,2%) та кардиоген шок, 223 (35,3%) та ўпка шиши, аритмия 233 (36,9%) (19 - расм), шу жумладан 65 (27,9%) та экстрасистола, тўлиқ АВ блокада 27 та (11,6%), супровентрикуляр пароксизмал тахикардия 6 (2,6%) та, булмача фибриляцияси 42 (18%) та, қоринча фибриляцияси 13 (5,6%) та, қоринча пароксизмал тахикардия 10 (4,3%) та, синусли тахикардия 22 (9,4%) та, синусли брадикардия 16 (6,9%) та, 32 (13,7%) та беморда Гис тутами оёқчалари блокадаси (20 - расм).



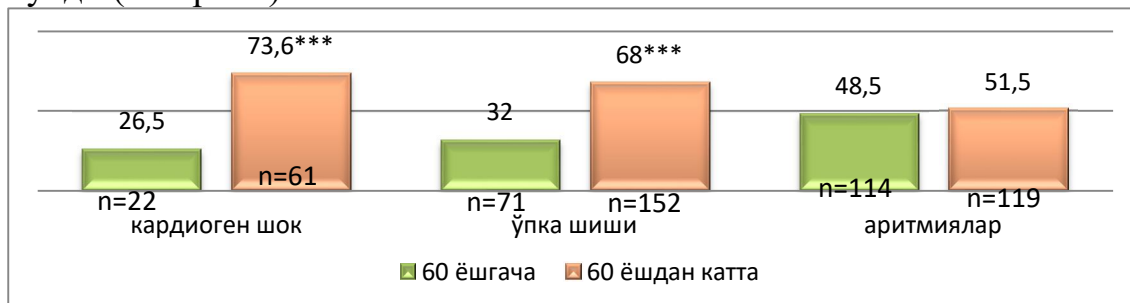
19 – расм. Ўтказилган миокард инфарктининг асоратларини таҳлили (%)



Изоҳ: Э- экстрасистолия, АВБ- тўлиқ атреовентрикуляр блокада, СПТ- супровентрикуляр пароксизмал тахикардия, БФ-бўлмача фибриляцияси, ҚФ-қоринча фибриляцияси, ҚПТ-қоринча пароксизмал тахикардия, СТ- синусли тахикардия, СБ - синусли брадикардия, ГТОБ- Гис тутами оёқчалари блокадаси

20 – расм. Ўтказилган миокард инфарктининг аритмия асоратларини таҳлили (%)

Асоратланмаган миокард инфаркти вариантлари 14,3% (n = 90) ҳолатда қайд этилган. Олинган натижаларга кўра, 60 ёшдан улуғ бўлган беморларда ўтказилган миокард инфарктини келтириб чиқарувчи асоратларни сезиларли равишда юқори кўрсаткичга эга бўлди, яъни ёши улуғ беморларда кардиоген шок 27,8% га ($P < 0,0001$), ўпка шиши 21,3% га ($P < 0,0001$) ва юрак аритмиялари 10,6 % га 60 ёшгача бўлган беморларга нисбатан юқори бўлганлиги намоён бўлди (21 - расм).



Изоҳ: *** - $P < 0,0001$ статистик ишонарли фарқлар

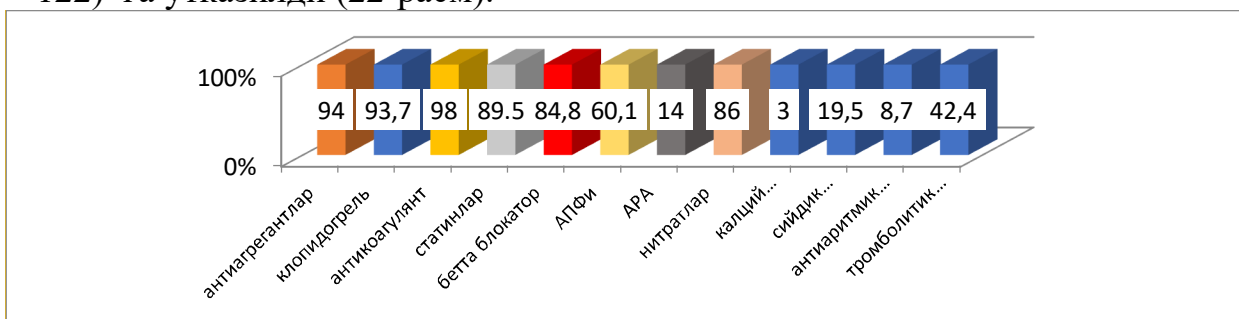
21- расм. Ўтказилган миокард инфарктини ёшга нисбатан асоратларини таҳлили. (%)

Шундай қилиб, миокард инфаркти ёши улуғ беморларда 60 ёшгача бўлган беморларга нисбатан учраш ҳолати юқори бўлиши исботланди. Текширув натижаларига кўра бирламчи миокард инфарктининг асоратлари ва

миокард инфарктининг чап коринча олди девори учраши хам айни шу беморларда юқори бўлди. Ёши улуғ беморларда бирламчи миокард инфаркти ўрта ёшли беморларга нисбатан яна устунлик килди.

Тадқиқот натижаларига кўра миокард инфарктига ёндош бўлган энг кўп тарқалган касаллик гипертония касаллиги эканлиги аниқланди - 86,5%. Олинган бир қатор илмий ишлар натижаларига асосланиб, кекса ёшдаги беморларда миокард инфаркти коморбид касалликлар - гипертония касаллиги, бош мия қон айланишини ўткир бузилиши, сурункали юрак етишмовчилигининг III ФС билан биргаликда келиши, ўлим кўрсаткичининг ортиб боришида катта аҳамиятга эга деб тахмин қилиш мумкин.

Диссертациянинг тўртинчи - “Касалхона шароитида ва узок муддатли кузатув босқичида миокард инфарктининг фармакоэпидемиологик хусусиятлари” деб номланган бобида миокард инфаркти билан оғриган беморларнинг шифохона шароитида қабул қилган дори воситаларининг таҳлили ва узок муддатли тадқиқотлар кузатувлари баён этилган. Ретроспектив таҳлиллар натижасига кўра, клиникага ётқизилган беморларга антиагрегантлар 94% (n = 593), клопидогрель 93,7% (n=591) антикоагулянтлар 98% (n = 616), статинлар 89,5% (n = 567), бетта блокаторлар 84,8% (n=536), ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибиторлари 60,1% (n = 379), ангиотензин 2 рецепторлари антагонистлари 14% (n = 85), нитратлар 86% (n=541), кальций антагонистлари 3% (n=19), сийдик ҳайдовчи воситалар 19,5% (n=123), антиаритмик препаратлар 8,7% (n=55) тавсия этилган. Тромболитик терапия ST сегментини кўтарилиши билан ётқизилган беморларнинг 42,4% (n = 122) га ўтказилди (22-расм).



22 - расм. Шифохона шароитида беморларнинг қабул қилган дори воситаларининг таҳлили (%).

Шифохона шароитида 591 (93,7%) беморда икки ҳиссали антиагрегант терапияси ўтказилди (аспирин 150 мг ва клопидогрел 300 мг, сўнг 75 мг аспирин ва 75 мг клопидогрель). Касалхонага ётқизилган пайтда ҳам, узок муддатли кузатув босқичида ҳам миокард инфаркти ўтказган беморларда антиагрегант терапиясини буюришнинг юқори частотаси ижобий фактдир.

3- жадвал

Антиагрегантлар ўртача миқдори таҳлили

№	Дори воситаси гурухи	n	%	Бошланғич доза(мг)	Ушлаб турувчи доза (мг)
1	Ацетил салициловая кислота	593	94	153,4±12,69	76,7±6,3
2	Клопидогрель	591	93,7	192,89±67,8	75,5±6,15

В-адреноблокаторлар касалхонада 84,8% (n = 535) беморлар томонидан қабул қилинган. Касалхона шароитида миокард инфарктни ўтказган беморларда в-блокаторлар орасида энг кўп буюрилган дори 80,2% (n = 506) ҳолатларда бисопролол бўлган.

4- жадвал

Бета блокаторлар ўртача миқдори таҳлили

№	Дори воситаси гуруҳи	n	%	Ўртача миқдори (мг)
1	Лабеталол	1	0,1	100
2	Метопролол	3	0,5	66,6±28,8
3	Небивалол	5	0,8	7±2,7
4	Атеналол	20	3,2	57,5±18,3
5	Бисопролол	506	80,2	4,7±1,3

Ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибиторлари 60 % (n = 378) беморларга тавсия этилган. Касалхона шароитида беморларга Ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибиторлари орасида энг кўп буюрилган дори 28,8% (n = 182) ҳолатларда рамиприл бўлган.

5 - жадвал

Ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибиторларининг ўртача миқдори таҳлили

№	Дори воситаси гуруҳи	n	%	Ўртача миқдори (мг)
1	Каптоприл	1	0,1	25
2	Лизиноприл	40	6,3	6,1±2,7
3	Периндоприл	57	9	4,9±2,4
4	Эналаприл	98	15,5	7,7±2,5
5	Рамиприл	182	28,8	5,1±1,3

Ангиотензин 2 рецепторлари антоганистлари касалхонада жуда яхши толерантлик ва хавфсизликка қарамай, миокард инфарктини (n = 85) ўтказган беморларнинг атиги 13,5% га тайинланган.

6 - жадвал

Ангиотензин 2 рецепторлари антоганистлари ўртача миқдори таҳлили

№	Дори воситаси гуруҳи	n	%	Ўртача миқдори (мг)
1	Азилсартан	4	0,6	60±23,1
2	Вальсартан	6	0,9	73,3±14,9
3	Ирбисартан	9	1,4	158,3±58,6
4	Лазартан	66	10,5	61,9±32,5

Статинлар 89,5% (n = 565) ҳолатларда буюрилган. Липидни камайтирувчи терапия сифатида бошқа гуруҳлардан олинган дорилар: никотиник кислота препаратлари, фибратлар, эзетемиб гуруҳлари, қабул қилиш учун тавсия этилмаган.

7 - жадвал

Статинларнинг ўртача қабул миқдори

№	Дори воситаси гуруҳи	n	%	Бошланғич доза(мг)	Ушлаб турувчи доза (мг)
1	Ловостатин	21	3,3	42,8±9,5	24,4±4,8
2	Розувостатин	30	4,7	22±6,1	11±3,05
3	Симвостатин	34	5,4	28,8±9,9	14,4±4,9

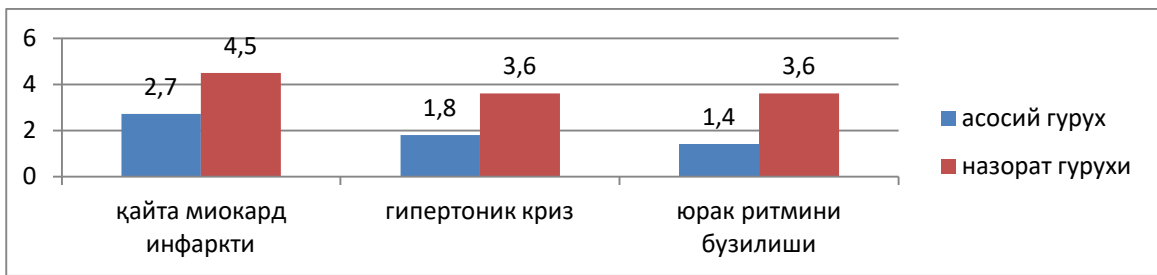
4	Аторвостатин	480	76,1	32,8±9,6	16,4±4,8
---	--------------	-----	------	----------	----------

Касалхона шароитида миокард инфарктини ўтказган беморларнинг 86% (n = 543) га нитратлар буюрилган.

Ҳозирги вақтда беморларнинг амбулатор назорати бўйича турли дастурларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш тиббиётнинг муҳим йўналишига айланди. Бундай дастурларнинг асосий мақсади касалликнинг иккиламчи профилактикасини яхшилашдан иборат бўлиб, бу асосан асоратлар ривожланишининг олдини олишга қаратилган. Ўз-ўзига ёрдам ва ўз-ўзини назорат қилиш каби тушунчаларни хорижий адабиётларда тобора кўпроқ топиш мумкин, чунки улар турли хил соматик патологиялари, шу жумладан миокард инфарктини ўтказган беморлар учун ўқув дастурларининг ажралмас қисми ҳисобланади. Миокард инфарктини ўтказган беморлар ўз-ўзини даволаш ва ўз-ўзини назорат қилишнинг асосий вазифаси клиник барқарорлигини сақлашдир.

“Миокард инфаркти” мактаби дастурини асосий гуруҳни 109 нафар бемор ташкил этган. Дастурни ўтмаган 111 нафар бемор назорат гуруҳи сифатида кузатилди. Ушбу машғулотлар беморлар билан 8 кун давомида ҳар куни бир соат давомида ўтказилди. Шу билан бирга, беморларга буклет ва рисолалар кўринишидаги тарқатма материаллар тарқатилди. Машғулот давомида дафтар юритиш ва дарсларнинг мазмунини қисқача ёзиб бориш талаб қилинди. Беморлар шифохонадан чиқарилгандан сўнг, улар телефон алоқалари орқали кузатилган. Бир йилдан кейин такрорий режали назорат кўриги ва маслаҳатлар ўтказилди. Бир йиллик кузатув давомида 71 бемор (24,3%) (иштирок этишдан бош тортди, худудий омил, алоқа етишмаслиги) билан алоқа узилди. Шу муносабат билан, тадқиқот натижалари қолган 220 беморда таҳлил қилинди. 1 йиллик кузатувдан сўнг беморларнинг тақсимланиши таҳлили шуни кўрсатдики, кузатувда бўлган 220 нафар бемордан 29 нафари (13,2%) ассоциирланган ҳолатнинг ривожланиши туфайли вафот этган. Бир йил кузатувлар натижаси шуни кўрсатдики 4(1,8%) та беморда аорта-коронар шунтлаш операцияси, 15(6,8%) та беморда коронароангиография ва стентлаш амлиёти ўтказилди. 18(8,2%) та бемор қайта миокард инфаркти ташхиси билан, 12 (5,4%) та бемор гипертоник криз хисобига шифохонага ётқизилди. Шу билан бирга 11 (5%) та беморда пароксизмал тахикардия кузатилган бўлса, 21 (9,5%) та беморда қандли диабетнинг декомпенсация босқичи кузатилди. Сурункали юрак етишмовчилиги 58(26,3%) та беморда қайд этилди.

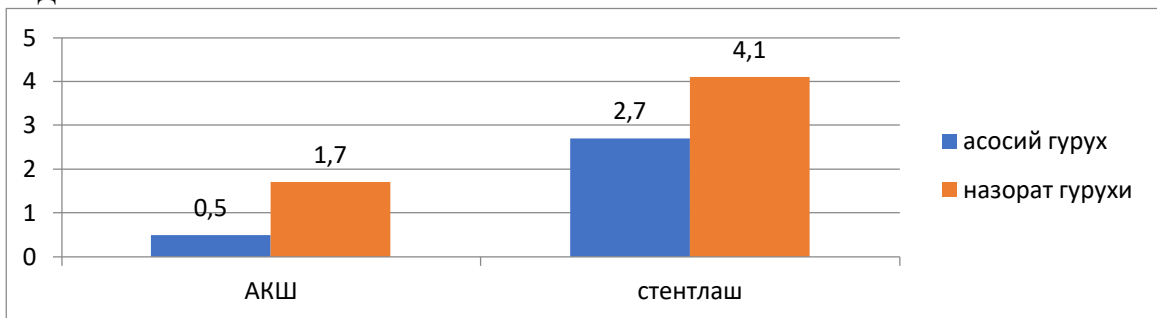
Кузатишлар натижалари шуни кўрсатдики, асосий гуруҳда (n=100) назорат гуруҳига (n=91) нисбатан 1 йил давомида касалхонага ётқизилган беморлар камроқ бўлган. Асосий гуруҳда қайта миокард инфаркти билан 6 нафар бемор (2,7%), назорат гуруҳида 9 нафар бемор (4,1%) шифохонага ётқизилган бўлса, гипертоник криз билан асосий гуруҳдан 4 нафар бемор (1,8%), назорат гуруҳидан 8 нафар бемор (3,6%) қайта шифохонага ётқизилди. Юрак ритминини бузилиши билан асосий гуруҳдан 3 нафар бемор (1,4%) қайта шифохонага ётқизилган бўлса, назорат гуруҳидан 8 нафар бемор (3,6%) қайта ётди (23-расм).



23 - расм. Бир йил ичида қайта қабул қилиш сабаблари (%).

Кейинги босқичда юқоридаги ўрганилган кўрсаткичларни беморларнинг ёшига кўра таҳлил қилинди. Унга кўра аорта коронар шунтлаш амалиёти 60 ёшгача бўлган беморларда 4,2% (n=3) ни 60 ёшдан катталарда 1,5% (n=1) ташкил этди. Коронароангиография ва стентлаш амалиёти 60 ёшгача 5,5% (n=4) ни, 60 ёшдан катталарда 16,4% (n=11)ни ташкил этди. Миокард инфаркти ташхиси билан қайта госпитализация қилинган беморлар ёшга кўра таҳлил қилинганда 60 ёшгача бўлганлар 6,9% (n=5), 60 ёшдан катталар эса 19,4% (n=13). Гипертония касаллиги гипертоник криз асоратлари билан 60 ёшгача 9,7% (n=7), 60 ёшдан катталарда 7,4% (n=5) беморни қайта госпитализация қилинди. Қандли диабет декомпенсация босқичи 60 ёшгача булган беморларда 20,8% (n=15) ни, 60 ёшдан катталарда 8,9% (n=6) ни ташкил этди. Юрак ритмини бузилиши пароксизмал тахикардия қоринча усти шакли 4,2% (n=3) 60 ёшгача бўлган беморларда учраган бўлса, 11,9% (n=8) ҳолатда қоринча шакли 60 ёшдан катталарда қайд этилди. Сурункали юрак етишмовчилиги 48,6% (n=35) ҳолатда 60 ёшгача булган беморларда кузатилган бўлса, 34,3% (n=23) ҳолатда 60 ёшдан катталарда қайд этилди.

24 -расмда тадқиқот гуруҳларида интервенцион ва жарроҳлик аралашув турига қараб беморларнинг динамикасини кўрсатилган. Расмдан кўришиб турибтики 1 йиллик кузатувдан кейин асосий гуруҳда аорта коронар шунтлаш амалиёти 0,5% (n=1) беморда ўтказилган бўлса, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 1,7% (n=3) ни ташкил этди. Коронар қон томирларни стентлаш амалиёти асосий гуруҳда 2,7% (n=6), назорат гуруҳида 4,1% (n=9) ни ташкил этди.



24 - расм. Миокард инфарктини ўтказган беморларда амалга оширилган интервенцион ва жарроҳлик аралашувлари (%).

8 - жадвалда тадқиқот гуруҳларидаги беморларда асосий гемодинамик кўрсаткичлар (юрак қисқаришлар сони, систолик қон босим ва диастолик қон босим) динамикаси кўрсатилган. Жадвал шуни кўрсатадики, асосий гуруҳда ўртача юрак уриш тезлиги тадқиқот бошида кўрсатилган кўрсаткичларга нисбатан сезиларли даражада камайди. Шуниси эътиборга лойиқки, назорат гуруҳидаги беморларда бир йиллик кузатувдан сўнг юрак қисқаришлар сони,

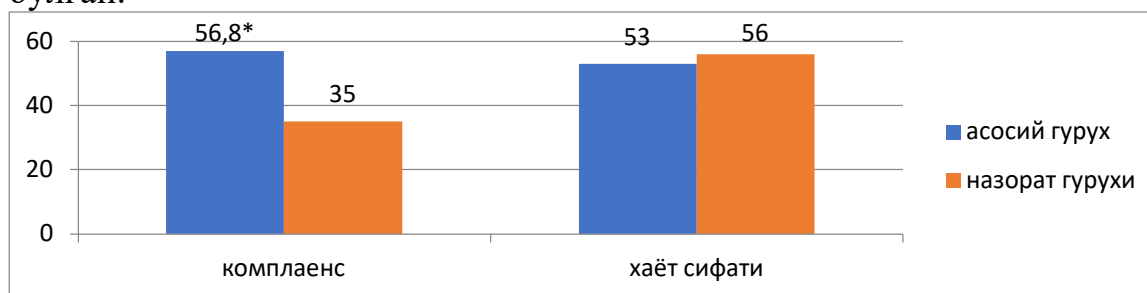
систолик қон босим ва диастолик қон босимнинг ўртача қийматларида ўсиш кузатилди.

8-жадвал

Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда асосий гемодинамик кўрсаткичларнинг динамикаси.

Гуруҳлар	кўрсаткич	Бирламчи кузатув	Иккиламчи кузатув
		М±м	М±м
Асосий гуруҳ	ЮҚС	76,52±10,7	71,4±9,8
	СҚБ	156±45	132±4,3
	ДҚБ	90±12	77,0±5,5
Назорат гуруҳи	ЮҚС	74,4±9,9	76,0±11,6
	СҚБ	140,7±18,1	149,8±20,4
	ДҚБ	82±11,8	84,7±10,6

25 - расмда бир йиллик кузатув давомида беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичлари ва комплаенс динамикаси кўрсатилган. Комплаенс асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан ишонарли ($P<0,05$) ижобий натижага эга бўлган.



Изоҳ: * - $P<0,05$ статистик ишонарли фарқлар

25-расм. Таққосланган гуруҳлардаги беморларнинг бир йил давомида комплаенс ва ҳаёт сифатини баҳолаш маълумотлари (%).

Узоқ кузатув жараёнида беморлар атиги 18% ($n = 60$) ҳолатларда антиагрегант терапияни (аспирин 75 мг + клопидогрел 75 мг) олди. 82% ($n = 275$) ҳолатларда беморлар мустақил равишда антиагрегант монотерапия (Аспирин 82% ($n = 225$)) ва клопидогрел 18% ($n = 50$) сифатида қабул қилишди. Узоқ муддатли кузатув босқичида 21,1% ($n = 71$) бемор бетта блокаторларни қабул қилди. Ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибиторлари узоқ муддатли кузатув босқичида буюрилиш частотаси 30% ($n = 101$) ни ташкил этади. Ангиотензин 2 рецепторлари антогонистлари узоқ муддатли кузатув босқичида қабул қилиш частотаси атиги 2% ($n = 8$) бўлган. Узоқ муддатли босқичда статинларни юрак қон томир хасталикларининг иккиламчи профилактикаси сифатида кенгроқ қўллашнинг ижобий ҳақиқати мавжуд. Бизнинг тадқиқотларимизда, беморларнинг даъволарига кўра, фақатгина 29,6% ($n = 99$) ҳолатлар статинларни қабул қилган. Узоқ муддатли босқичда 64,74% ($n = 217$) бемор нитратларни қабул қилди. Энг кўп буюриладиган мононитратлар 45% ($n = 151$), камроқ динитратлар 6,41% ($n = 21$). Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, 11,7% ҳолларда ($n = 39$) беморлар дори-дармонларни қабул қилишни унутган ва уларни қабул қилиш частотасини бузган. 47,9% ҳолларда ($n = 161$) белгиланган даволаш режимида қонун бузарликлар бўлмаган. Аммо шуни таъкидлаш керакки, беморларнинг

40,4% (n = 135) мустақил равишда дориларнинг дозаларини ва ҳатто уларни қабул қилиш частотасини ўзгартирган.

Шундай қилиб, миокард инфарктидан кейин беморлар учун таълим дастури беморларнинг клиник ва функционал ҳолатини яхшилаш, комплаенс ва касалликнинг прогнозини кузатиш нуқтаи назаридан самаралидир. Шу билан бирга, таклиф этилаётган таълим дастури иқтисодий жиҳатдан арзон ва алоқа воситалари туфайли замонавий воқеликда осонлик билан амалга оширилади.

Шу муносабат билан, миокард инфарктини ўтказган беморлар учун тавсия этилган ўқув дастури тиббиётнинг бирламчи бўғинда, амбулатор ёрдам сифатида ва стационарларда татбиқ этилиши мумкин.

ХУЛОСА

1. Олиб борилган таҳлиллар натижаси 60 ёшдан катта бўлган беморларда миокард инфарктининг учраш ҳолати 60 ёшдан кичик бўлган беморларга нисбатан 36,6 % юқори кўрсаткичга эга эканлиги ва таҳлил қилинаётган гуруҳда эркак жинсига мансуб беморлар қисман бўлса-да, аёлларга нисбатан ортик эканлиги исботланди.

2. Беморларнинг ёшига кўра миокард инфарктининг клиник турлари таҳлили 60 ёшдан катта беморларда Q тишсиз миокард инфарктини 45,5% (p<0,002) га, бирламчи миокард инфаркти 30,8% (p<0,001) га ва олд девори миокард инфаркти 39,7% (p<0,001) га юқори кўрсаткичда намоён бўлиши аниқланди.

3. Клиник гемодинамик кўрсаткичлар таҳлили 60 ёшдан катта бўлган беморларда ўрта ёшли беморларга нисбатан кардиалгиянинг атипик ҳолатлари 21,4% га юқори бўлиб, шу билан бирга SF 36 сўровномасига асосан айти шу гуруҳ беморларида ҳаёт сифати паст эканлигини кўрсатди.

4. Миокард инфаркти билан хасталанган беморларда ЭХОКГ текширув усули чап қоринча қон отиш фракциясининг пасайиши, унинг сўнги диастолик ва систолик ўлчамининг юқори кўрсаткичга эга бўлишини исботлади.

5. Миокард инфарктига коморбид бўлиб келган ёндош касалликларнинг учраш ҳолатлари таҳлили ёши улуғ беморларда 60 ёшгача бўлганларга нисбатан қандли диабетнинг 58,5% (p<0,0001), бош миёда қон айланишини ўткир бузилиши 78% (p<0,0001), артериал гипертония 48.5% ва сурункали юрак етишмовчилиги 54.3% юқори эканлиги кузатилди.

6. Миокард инфаркти мактаби самарадорлиги қайта миокард инфаркти учраш сонини 40% га, гипертония инқирозини 50% га, юрак аритмияларининг 61.1% га камайиши, шунингдек даволанишга бўлган мойиллик кўрсаткичи 38.3% га ва беморларнинг ҳаёт сифати 5.4% га ортиб бориши билан ифодаланди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc 04/30.12.2019.Tib 30.02 ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ТАЛИПОВ РУСТАМ МИРКАБИЛОВИЧ

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ
ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА**

14.00.05 - Внутренние болезни

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ
ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2024

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, и инноваций Республики Узбекистан за № В2023.3.PhD/Tib32

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии. Автореферат диссертации на трех языках (узбекском, русском, английском (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.tma.uz) и на информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziynet.uz.)

Научный руководитель: Тулабаева Говхар Мирокборовна
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: Нуриллаева Наргиза Мухтархановна
доктор медицинских наук, профессор
Фозилов Абдукаххор Вохидович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: Ташкентский педиатрический медицинский институт

Защита диссертации состоится «__» _____ 2024 г. в __ часов на заседании Научного совета 04/30.12.2019.Tib.30.02 при Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100109, г.Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби, 2. Тел/факс: (+99878) 150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентской медицинской академии (зарегистрирован № ____). Адрес: 100109, г. Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби, 2. Тел./Факс: (+99878) 150-78-14).

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2024 года.
(Протокол рассылки № _____ от «__» _____ 2024 года.)

А.Г. Гадаев

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Д.А. Набиева

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

А.Л. Аляви

Председатель Научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор, академик

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения, в последние 50 лет сердечно-сосудистые заболевания, особенно ишемическая болезнь сердца, являются ведущей причиной смертности пожилого населения экономически развитых стран. В Европе он является причиной 49% всех смертей и 30% смертей в возрасте до 65 лет. В 2020 году доля инфаркта миокарда в общей смертности во всех странах мира оказалась на 13% больше, чем любых других заболеваний. Инфаркт миокарда настолько распространен и является причиной такого количества смертей среди пожилых людей, что, за некоторыми исключениями, его можно назвать «болезнью старости». По мнению местных геронтологов, результаты большого количества эпидемиологических исследований и клинических наблюдений свидетельствуют о высокой заболеваемости ишемической болезнью сердца среди пожилых людей. В то же время у них нередко наблюдаются сложные формы инфаркта миокарда, которые приводят к развитию хронических аневризм сердца и хронической сердечной недостаточности, что приводит к инвалидизации выживших, их инвалидность вызывает увеличение социальных проблем для государства.

Во всем мире прогноз больных инфарктом миокарда неодинаков и зависит от многих факторов. Клиническая картина инфаркта миокарда у лиц старшей возрастной группы имеет ряд особенностей. По данным многих авторов, атипичная форма заболевания чаще встречается у пациентов пожилого возраста. После 65 лет относительный процент «немного» инфаркта миокарда увеличивается в 2-2,5 раза, у пожилых людей клиника инфаркта миокарда наблюдается по типу одышки, обморока, инсульта. На фоне выраженных склерозирующих изменений миокарда вероятно возникновение обширного некроза субэндокардиального отдела левого желудочка и межжелудочковых барьеров. В связи с атипичным течением инфаркта миокарда большое значение в диагностике имеют инструментальные и лабораторные методы. Необычная клиническая симптоматика, более тяжелое течение заболевания, большее количество осложнений и худший прогноз – вот основные характеристики инфаркта миокарда у больных пожилого возраста. Определение важнейших факторов, достоверно влияющих на дальнейшее развитие хронической сердечной недостаточности и фатальных состояний, а также разработка методов их оценки на протяжении последних десятилетий является одним из актуальных направлений практической медицины.

В нашей стране в целях совершенствования системы здравоохранения решается ряд вопросов, таких как развитие ранней диагностики и лечения заболеваний в соответствии с требованиями мировых стандартов, реализация мер, направленных на комплексную социальную защиту населения. выдвигать. Выполнение этих задач позволит снизить уровень инвалидности и смертности от осложнений заболеваний за счет совершенствования использования современных технологий при оказании качественных медицинских услуг пожилым больным инфарктом миокарда среди населения.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит решению задач о реформах по обеспечению здоровья населения, определенных в Указе Президента Республики Узбекистан от 11 сентября 2023 года № УП-158 «Узбекистан – 2030». Для реализации задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан от 22 января 2022 года №УП-60 «О стратегии развития нового Узбекистана на 2022-2026 годы» и других нормативно-правовых документах настоящее исследование может способствовать значительному увеличению продолжительности и повышению качества жизни пациентов, оказанию полноценного медицинского обслуживания.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационная работа выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии республики V. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Диагностические мероприятия у пациентов пожилого и старческого возраста сопряжены с определенными трудностями, обусловленными рядом возрастных особенностей возникновения и клинического течения заболевания вследствие сложного комплекса физиологических и патологических изменений, формирующихся в процессе старения организма. У пациентов старших возрастных групп основное заболевание практически всегда отягощено коморбидной патологией. По данным литературы, лишь 3-6% людей пожилого и старческого возраста являются физиологически стареющими, то есть практически здоровыми (Арьева Г.Т., Советкина Н.В., Овсянникова Н.А., и др. 2011). К возрасту 60 лет у человека накапливается, в среднем, 2-3 самостоятельных заболевания, а после 75 лет их количество увеличивается до 4-6 (Бутуханова И.С., Содномова Л.Б. 2016). Как известно, для пожилых пациентов характерна высокая частота стертых и атипичных форм инфаркта миокарда. В структуре атипичных форм инфаркта миокарда наиболее часто встречаются коллаптоидный (30,8%) и астматический (22,4%) варианты (Кочергина А. М. 2013, Ekerstad N, Swahn E, Janzon M, et al. 2014).

При проведении популяционных исследований важно использование стандартных методов сбора информации, обследования контингента и оценки полученных результатов. Классическим примером исследований такого рода является эпидемиологическая программа ВОЗ «Регистр инфаркта миокарда», созданная еще в середине прошлого столетия и до сих пор не утратившая своей актуальности (Тукиш О.В., Округин С.А., Юнусова Е.Ю., и др. 2016). Так, по данным регистра GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) больные, имеющие стертую клиническую картину заболевания, были на 7 лет старше пациентов с типичным предынфарктным состоянием. Наряду с этим, регистр NRMI (National Registry of Myocardial Infarction) показал, что лишь у 40% пациентов старше 85 лет инфаркт миокарда манифестировал в виде типичного ангинозного приступа, в то время как в возрасте до 65 лет этот данный показатель составлял 77%.

Несмотря на значительный прогресс современной медицины, сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются наиболее актуальной проблемой медицинской науки и практики, решающим образом влияя на все ведущие медико-демографические показатели - заболеваемость, смертность, инвалидность, продолжительность жизни населения не только в нашей стране, но и в мировом масштабе (Vylegzhanina AV, Kogan AE, Katrukha IA, et al. 2017). Высокая медико-социальная значимость инфаркта миокарда предопределила проведение нескольких регистров в нашей республике (Регистры 1981, 1991, 2001, 2011 годов, «ACCORS-UZ», «РЕКОРД – 2 АН», «РОКСИМ-Уз»). В настоящее время назрела необходимость в самостоятельных эпидемиологических исследованиях по изучению инфаркта миокарда. Существует точка зрения, согласно которой это в первую очередь связано с определенными демографическими сдвигами, наблюдаемыми в промышленно развитых странах, в частности с постарением населения и как следствие с изменениями в возрастной структуре больных с инфарктом миокарда (Малай Л.Н., Солохина Л.В., Бухонкина Ю.М., и др. 2016).

Эпидемиологические исследования являются важной основой для проведения эффективных лечебно-профилактических мероприятий и совершенствования медицинской помощи больным с острой коронарной патологией, поскольку обеспечивают точный учет заболеваемости инфаркта миокарда, различных форм его проявления и клинического течения (Оганов Р.Г., Денисов И.Н., Симаненков В.И., и др. 2017). В настоящее время общепризнанным, наиболее точным и высокоспецифичным методом изучения заболеваемости инфаркта миокарда считаются так называемые популяционные исследования. Только в популяционных исследованиях возможны наиболее точное изучение естественного развития и течения заболевания, формирование и проверка этиологических гипотез (Мартынов А. И., Спасский А.А., Арутюнов Г.П., и др. 2015).

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Данное исследование сделано в соответствие с научным направлением Ташкентской медицинской академии № 011800229 в рамках темы «Поиск новых путей повышения эффективности диагностики и лечения внутренних болезней» (2019-2023 гг.).

Целью исследования является создание регистра пожилых больных с перенесенным инфарктом миокарда и оценка эффективности «школы инфаркта миокарда» на отдаленном этапе наблюдения.

Задачи исследования:

создание регистра пожилых больных, перенесших инфаркт миокарда, и анализ основных факторов риска по возрасту;

анализ клинико-гемодинамических показателей пациентов пожилого возраста, перенесших инфаркт миокарда;

изучение особенностей фармакотерапии пожилых больных инфарктом миокарда;

изучение терапевтической эффективности «школы инфаркта миокарда» в отдаленном этапе наблюдения у перенесших инфаркт миокарда лиц пожилого возраста.

Объектом исследования являлись пациенты перенесших инфаркт миокарда в Городской клинической больнице №7 г. Ташкента с 2012 по 2014 годах.

Предмет исследования взяты результаты физикального осмотра изучались клинико-гемодинамические показатели, результаты лабораторно-инструментального обследования, качество крови, склонность больного к лечению.

Методы исследований. В данной научной работе были использованы клинико-эпидемиологическое описание, данные анамнеза, лабораторные и биохимические результаты, инструментальные исследования и методы статистической обработки результатов исследований.

Научная новизна исследования заключается в следующих аспектах:

создан медицинский регистр, состоящий из ретроспективной и проспективной частей, включающий анализ данных анамнеза пожилых пациентов, у которых в стационаре был зафиксирован инфаркт миокарда;

В результате длительного наблюдения за пациентами пожилого возраста, перенесшими инфаркт миокарда, основными факторами риска, отрицательно влияющими на качество жизни, были сахарный диабет 58,5%, острое нарушение мозгового кровообращения 78%, артериальная гипертензия 48,5% и хроническая сердечная недостаточность;

фармако-эпидемиологический анализ больных пожилого возраста с инфарктом миокарда выявил связь между показателями качества жизни и возникновением таких случаев, как забывание приема лекарств, самостоятельное изменение доз лекарств и даже частоты их приема;

создание «школы инфаркта миокарда», призванной изменить образ жизни с учетом индивидуальных особенностей, улучшить клинико-функциональное состояние больных инфарктом миокарда, контролировать комплаентность и прогноз заболевания.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

разработана стратегия мероприятий, направленная на повышение эффективности лечения больных пожилого возраста, перенесших инфаркт миокарда;

удалось спрогнозировать основные факторы риска, приводящие к развитию острого инфаркта миокарда и отдаленной смертности;

Установлено, что ретроспективный анализ лабораторных и инструментальных методов обследования при диагностике больных инфарктом миокарда не дал достаточных результатов в их диагностике.

Достоверность результатов исследования подтверждает использованные во время исследования актуальные, проверенные дополняющими друг друга клинико-эпидемиологическими, лабораторными, инструментальными и статистическими методами, приемлемым набором пациентов, полученные результаты адекватны к теоретическим и

практическим рассуждениям, сопоставимостью их с зарубежными и отечественными результатами, выводами обоснованием полученных результатов государственными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость исследования заключается в том, что в условиях городской клинической больницы создан регистр больных пожилого возраста, перенесших инфаркт миокарда, определены основные факторы неблагоприятного прогноза жизни в отдаленном этапе, был проведен углубленный анализ диагностики и фармако-эпидемиологии, а для больных была организована «школа инфаркта миокарда», которая учитывала их факторы риска и образ жизни на отдаленном этапе наблюдения.

Практическая значимость исследования позволяет разработать стратегию мероприятий, направленных на повышение эффективности лечения и его улучшение у больных пожилого возраста, перенесших инфаркт миокарда, полученные результаты объясняются тем, что позволяют прогнозировать основные факторы, приводящие к его развитию острого инфаркта миокарда и отдаленной смертности.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования по координации лечебно-профилактических мероприятий острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда у пожилых людей внедрены в практику в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи Наманганского филиала на основании приказа № 224/1 от 09.10.2023 года и в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии на основании приказа № 110 от 10.10.2023 года.

Согласно полученным результатам, созданный регистр пациентов пожилого возраста, перенесших инфаркт миокарда, является важной основой для выявления основных факторов риска развития повторного инфаркта миокарда, проведения эффективных лечебно-профилактических мероприятий и улучшения медицинской помощи больным, при острой коронарной патологии, поскольку они склонны к инфаркту миокарда, его проявлениям, обеспечивает точное рассмотрение различных форм и клинического течения заболевания.

Согласно полученным результатам, двухкомпонентная антиагрегантная терапия показала свою эффективность в отношении основных факторов неблагоприятного прогноза жизни в отдаленном периоде инфаркта миокарда. Такая эффективность объяснялась снижением частоты повторных клинических проявлений инфаркта миокарда, видов тяжелой ишемии и смертности. Двойная антиагрегантная терапия не вызвала у пациентов серьезных осложнений.

Ряд недостатков отмечен при стационарном лечении больных инфарктом миокарда. Устраняя эти недостатки, можно добиться снижения частоты тяжелых осложнений, то есть летальных исходов, в отдаленном периоде наблюдения у пациентов пожилого возраста. В целях профилактики осложнений, вызванных заболеванием, на длительном этапе наблюдения

необходимо поднять на высокий уровень приверженность пациентов рекомендациям врача.

Чтобы предотвратить повторный инфаркт, необходимо соблюдать все рекомендации врача, а также, как и в какой форме вести здоровый образ жизни, организованные индивидуальные образовательные программы для пациентов. Только повышая уровень знаний пациентов о заболевании, мы можем снизить его опасные для жизни осложнения на длительном этапе наблюдения.

С целью внедрения в другие лечебно-профилактические учреждения результатов исследования и научной новизны «Эффективность двухкомпонентной и трехкомпонентной антиагрегантной терапии в лечении острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда» Талипова Рустама Миркабиловича, в Министерство здравоохранения направлено письмо №09-13516 Ташкентской медицинской академии от 7 февраля 2024 года.

Апробация результатов исследования. Основные результаты данного исследования были обсуждены на пяти международных научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертационной работы опубликовано 28 научных работ, в том числе и 13 статей в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных результатов диссертацией, из них 11 в республиканских и 2 в зарубежных журналах.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, список сокращений, список цитируемой литературы. Объем диссертации составляет 119 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ.

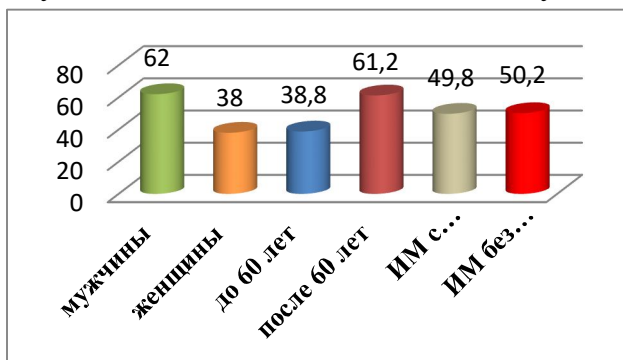
Во введении обосновывается актуальность темы диссертации и ее необходимость, формируются цель, задачи, объект и предмет исследования, соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и техники Республики Узбекистана. Показана его научная новизна, теоретическая и практическая значимость, результаты исследований применяются на практике, даны сведения об опубликованных работах и структуре диссертации.

Первая глава диссертации анализируется литература, посвященная данной теме, и обосновывается актуальность изучаемой темы. Содержит информацию об эпидемиологии ишемической болезни сердца, факторах риска, коморбидных состояниях и препаратах, применяемых при лечении заболевания, имеющих значение при его возникновении и обострении, а также в развитии инфаркта миокарда. Кроме того, проанализировано и оценено значение каждого фактора риска в развитии инфаркта миокарда отдельно. Подчеркнута значимость факторов риска, влияющих на возникновение, клиническое течение и исход инфаркта миокарда среди населения пожилого возраста.

Во второй главе диссертации «**Материал и методы исследования**» подробно изложено создание регистра больных, перенесших инфаркт миокарда, включая их общую характеристику, клинико-лабораторные и инструментальные методы обследования. Создана электронная база данных, куда заносятся показатели, зафиксированные в историях болезни находящихся под контролем пациентов, и результаты наблюдения. После создания базы данных началась работа по формированию проспективной части регистра. Прежде всего мы попытались установить контакт с каждым из 631 пациента, чтобы определить его место в жизни. В случаях, когда обращались к пациентам или его родственникам и пациент был жив, его приглашали в больницу для повторного обследования. При обращении пациента на обследование, не ограничивающееся стандартным осмотром, определяли фактор риска, динамику его состояния за прошедший период, информацию о лечении, которое он получал ранее и в настоящее время. В тех случаях, когда пациент умер из-за этого заболевания, мы пытались выяснить точные причины и подробности смерти через медицинские документы и родственников умершего. Контактные телефоны некоторых пациентов не были найдены, а оказалось, что телефоны других изменились после выписки из больницы. По этой причине таких пациентов дополнительно искали доступными методами - различными базами данных, личным визитом врача по указанному адресу. В ряде случаев не удалось определить дальнейший образ жизни больных. Так, в городской клинической больнице №7 города Ташкента проведены ретроспективные исследования и проанализированы истории болезни 631 пациента, находившегося на лечении в больнице по поводу перенесшего инфаркта миокарда. В рамках планового исследования заполнялась индивидуальная карта больного того же образца, в которую включались вопросы о ретроспективной оценке особенностей анамнеза, факторов риска, сопутствующих состояний (артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, ожирение). Установлено, что в 75% (n=473) случаев больных доставляли в больницу на машинах «скорой помощи», в 24,7% (n=156) случаях другими способами, а в 0,3% (n=2) случаях были переведены из других отделений этой клиники (из отделения неврологии n=1 и n=1 из терапевтического отделения). Средний возраст больных составил 63,7±11,7 лет. В 21,2% (n=134) случаев выявлено отягощенная наследственность. 58,8% (n=371) пациентов, включенных в исследование, были пенсионерами, 13,8% (n=87) были безработными, 17,4% (n=110) работали, 8% (n=48) инвалидами и 2,2% (n=14) неизвестного статуса. Результаты ретроспективных исследований показали, что на стационарном лечении тропониновое исследование проводилось у 15,8% (n=100) больных, исследование коагулограммы - у 99,7% (n=629), липидное исследование - у 16% (n=101) и ЭхоКГ-обследование выполнено 81,8% (n=516). Методы статистического анализа результатов исследований. Это было выполнено с использованием пакета статистических прикладных программ MEDIOSTAT. Использовали стандартные методы

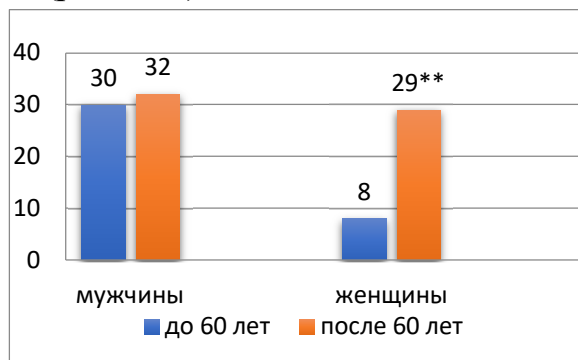
вариационной статистики: среднее значение, стандартное отклонение ($M \pm m$), критерии Стьюдента ($p < 0,05$).

Третья глава диссертации посвящена «Собственным результатам исследования». В ней проведен анализ перенесенного инфаркта миокарда с учетом его встречаемости, локализации и размера, клинических особенностей заболевания у больных с ним, продолжительности жизни, факторов риска, центральной и внутрисердечной гемодинамики в зависимости от возраста, коморбидной патологии у больных пожилого возраста, проанализировано и описано осложнение. Кроме того, установлено, что атипичная форма инфаркта миокарда чаще наблюдается у лиц пожилого возраста, течение заболевания более тяжелое, чаще встречаются осложнения, а качество жизни оценивалось с помощью специального опросника. У этой группы больных проанализирована возрастная внутрисердечная гемодинамика. По результатам у 314 обследованных нами больных был инфаркт миокарда с зубцом Q (49,8%) и у 317 без зубца Q (50,2%), достоверной разницы между двумя клиническими типами не наблюдалось. Среди пациентов, включенных в исследование, 62,3% составляли мужчины ($n=393$), 37,7% - женщины ($n=238$). Средний возраст женщин был старше мужчин — $64,7 \pm 6,3$ года, мужчин - $60,4 \pm 7,5$ года. Среди мужчин пациенты старше 60 лет были равны 32% ($n=201$), доля женщин этого возраста составила 29,3% ($n=185$). Распространенность инфаркта миокарда у мужчин была на 60% выше, чем у женщин (рис. 1, 2).



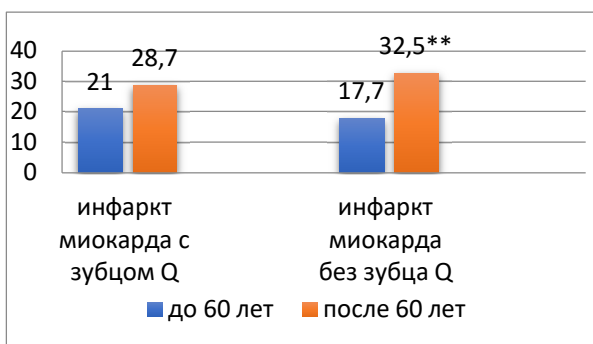
Примечание: ** - $P < 0,001$ статистически значимые различия.

1 – рисунок. Анализ больных инфарктом миокарда по возрасту, полу и очагу поражения (%)



2 – рисунок. Распределение по возрастным группам по полу (%)

Анализируя частоту инфаркта миокарда в зависимости от возраста больных, частота заболевания у больных до 60 лет составила 38,8% ($n = 245$), а у больных старше 60 лет - 61,2% ($n = 245$). = 386). Инфаркт миокарда с зубцом Q составляет 21% ($n=133$) у больных до 60 лет, 28,7% ($n=181$) у больных старше 60 лет, тогда как инфаркт миокарда без зубца Q составляет 17,7% ($n=112$) у больных до 60 лет, наблюдалась 32,5% ($n = 205$) у лиц старше 60 лет (рис. 3).

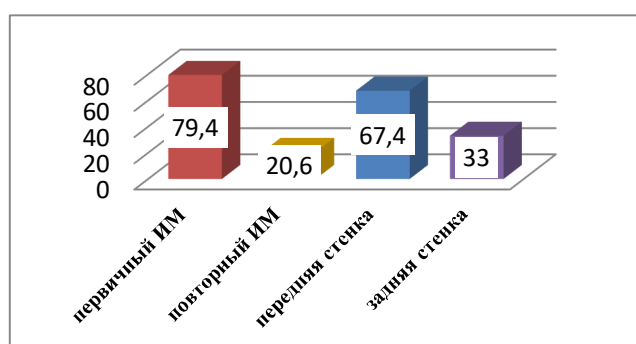


Примечание: ** $p < 0,001$ статистически значимых различий.

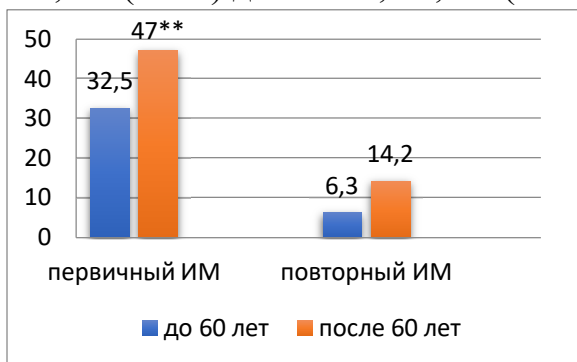
3 – рисунок. Анализ по возрасту (%) размера инфаркта миокарда

По результатам первичный инфаркт миокарда составил 79,4% (n=501), повторный инфаркт миокарда - 20,6% (n=130). По результатам анализа по локализации инфаркта миокарда у 67,4% больных (n=425) инфаркт миокарда имелся в передне-боковой стенке, тогда как в задне-нижнестенке этот показатель составил 33% (n=206) (рис. 4). При анализе первичного инфаркта миокарда в зависимости от возраста больных он составил 32,5% (n=205) у больных до 60 лет и 47% (n=296) у больных старше 60 лет. Рецидивирующий инфаркт миокарда составил 6,3% (n=40) у больных до 60 лет, 14,2% (n=90) у больных старше 60 лет (рис. 5).

По локализации инфаркта миокарда в передней боковой стенке при анализе по возрасту 25,3% (n=160) были моложе 60 лет, 42% (n=265) были старше 60 лет, анализ локализации задней стенки по возрасту следующий: 13,5% (n=85) до 60 лет, 19,2% (n=121) старше 60 лет (рис. 6).



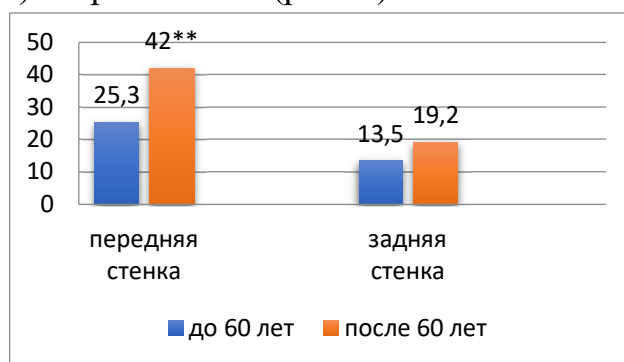
4 – рисунок. Анализ по частоте, локализации и течению инфаркта миокарда (%)



Примечание: ** - $P < 0,001$ статистически значимые различия.

5 – рисунок. Анализ первичного и повторного инфаркта миокарда по возрасту (%)

Результаты исследования показали, что у 23,1% (n=146) больных наблюдалась сжимающая боль, у 14,4% (n=91) давящая боль, у 26,1% (n=165) жгучая боль, у 30,1% (n=190) случаев режущей боли, 6,2% (n=39) больных с атипичными вариантами (абдоминальный тип 31% (n=12), церебральный тип 13% (n=5), передача боли в плечо и шею 23% (n= 9), безболевого тип зарегистрирован у 33% (n = 13).

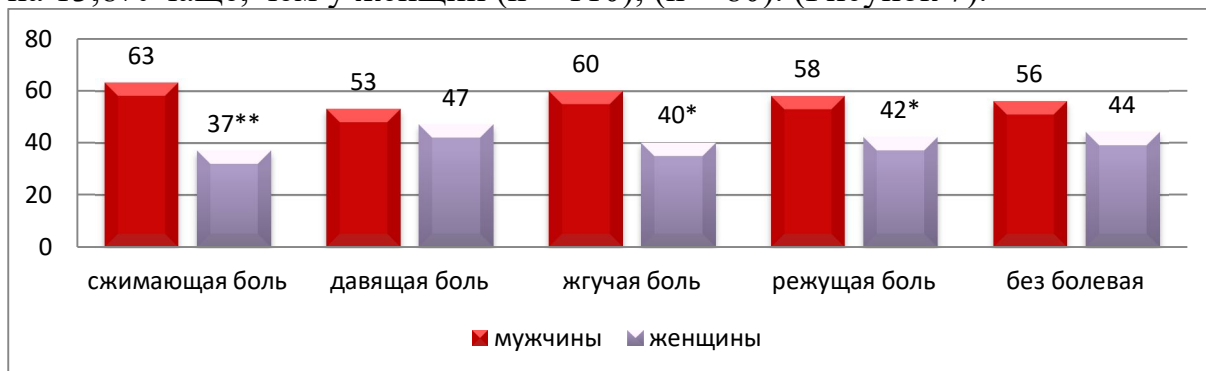


Примечание: ** - $P < 0,001$ статистически значимые различия.

6 - рисунок. Анализ локализации инфаркта миокарда по возрасту (%)

Согласно полученным результатам, у наших пациентов также наблюдались атипичные виды кардиалгий. Абдоминальный тип - в 31% случаев, церебральный - в 13%, безболевого тип - в 33%, при этом в 23% случаев у больных наблюдались боли в шейно-плечевой области.

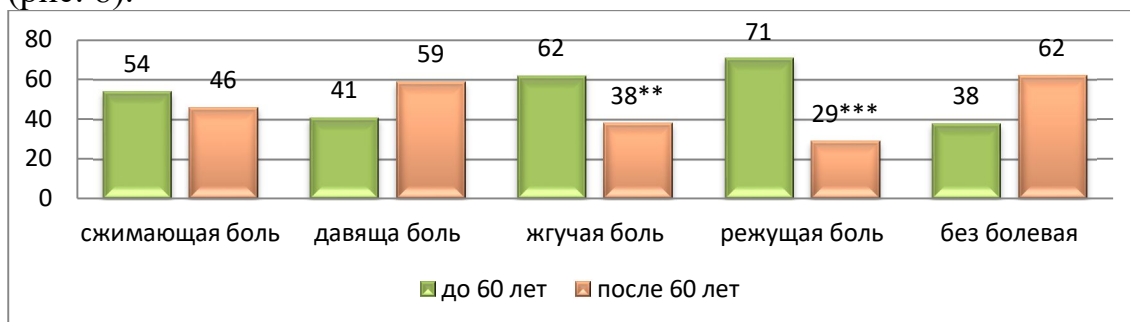
В нашем исследовании мы проанализировали состояние кардиалгии в зависимости от пола пациентов. Мужчины (n = 92) испытывали сжимающие боли на 17% чаще, чем женщины (n = 54). Давящая боль у мужчин на 11,2% больше, чем у женщин (n = 48); (n = 43). Жгучая боль встречалась на 15% чаще у мужчин, чем у женщин (n = 99); (n = 66). Режущая боль у мужчин встречается на 13,8% чаще, чем у женщин (n = 110); (n = 80). (Рисунок 7).



Примечание: * - $P < 0,01$, ** - $P < 0,001$ статистически значимые различия.

7 – рисунок. Характеристика кардиалгии в зависимости от пола (%)

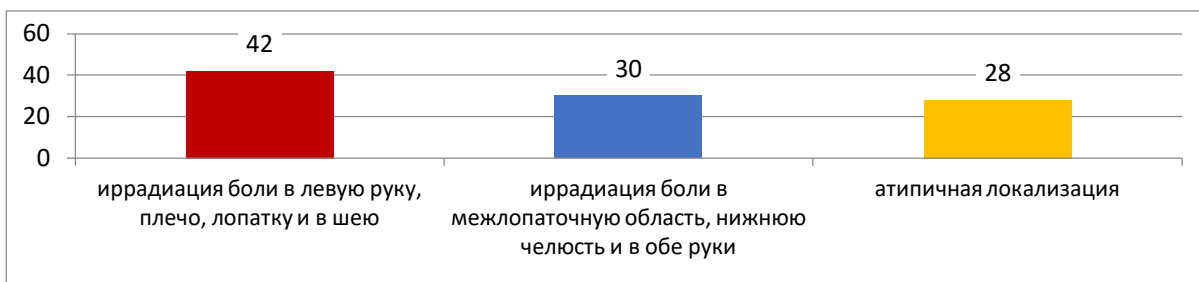
На следующем этапе изучались боли в области сердца в зависимости от возраста. У пациентов до 60 лет (n=79) сжимающая боль наблюдалась на 11,8% чаще, чем у пациентов старше 60 лет (n=67). У пациентов старше 60 лет давящая боль (n=54) наблюдалась на 14,6% чаще, чем у пациентов до 60 лет (n=37). Показано, что жгучая боль была на 16,6% выше у пациентов до 60 лет (n = 103), чем у лиц старше 60 лет (n = 62). Режущая боль была на 24,5% выше у пациентов моложе 60 лет (n = 135), чем у пациентов старше 60 лет (n = 55) (рис. 8).



Примечание: * - $P < 0,01$, ** - $P < 0,001$, *** - $P < 0,0001$ статистически значимые различия.

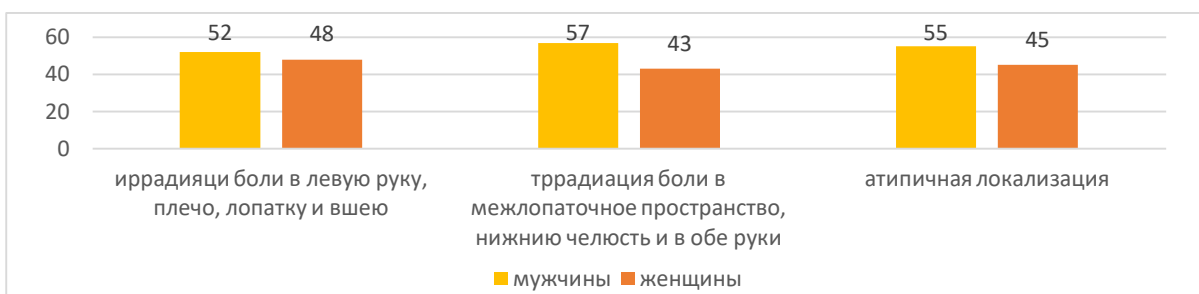
8 – рисунок. Особенности кардиалгии в зависимости от возраста (%)

По результатам обследования выявлен ряд различий в локализации кардиалгий, в том числе: в 42% (n=249) случаев боль распространялась в левую руку, левое плечо, лопатку и шею, в 30% (n=178) случаев наблюдалось распространение боли в межреберье, нижнюю челюсть и на обе руки (рис. 9).



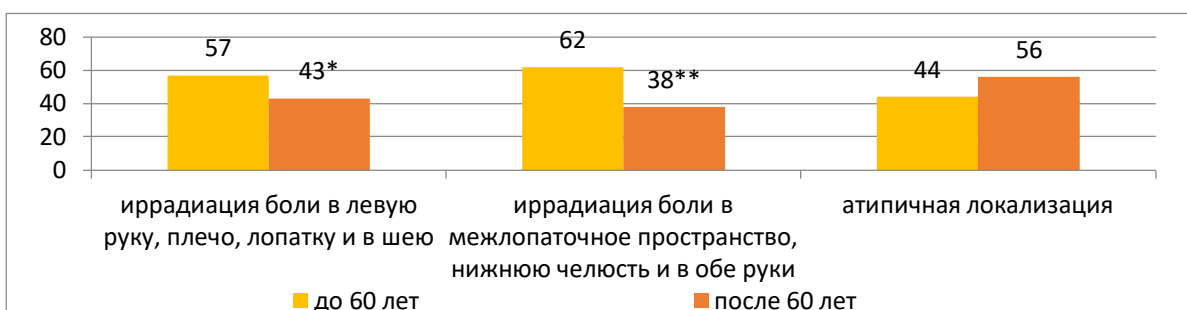
9 – рисунок. Характеристика кардиалгии (%)

В наших научных исследованиях доказано, что локализация кардиалгий зависит от пола больных. 52% мужчин (n=130) и 48% женщин (n=119) испытывали боль, иррадиирующую в левую руку, левое плечо, лопатку и шею. У 57% мужчин (n=102) и 43% женщин (n=76) отмечались боли, иррадиирующие в межлопаточную область, нижнюю челюсть и обе руки. Атипичная локализация боли у мужчин составила 55% (n=91), у женщин 45% (n=74) (рис. 10).



10 –рисунок. Разница локализации сердечной боли по полу (%)

У пациентов до 60 лет распространение боли в левую руку, левое плечо, лопатку и шею наблюдалось в 57% (n=141) случаев, а у пациентов старше 60 лет - в 43% (n=108) случаев. У пациентов до 60 лет боль, иррадиирующая в межлопаточную область, нижнюю челюсть и обе руки, наблюдалась в 62% (n=111) случаев, в 38% (n=67) случаев у пациентов старше 60 лет. Атипичная локализация боли наблюдалась в 44% (n=73) случаях в возрасте до 60 лет и в 56% (n=92) случаях в возрасте старше 60 лет (рис. 11).



Примечание: * - P<0,01, ** - P<0,001 статистически значимые различия.

11 – рисунок. Разница локализации сердечной боли в зависимости от возраста (%)

Таким образом, у пациентов старшего возраста наблюдалась более атипичная форма проявления кардиалгии по сравнению с пациентами среднего возраста. В настоящее время все больше внимания уделяется

изучению качества жизни при многих хронических заболеваниях. Ишемическая болезнь сердца, в частности инфаркт миокарда, оказывает явное влияние на качество жизни, учитывая сложный режим контроля и лечения, а также многие соматические проявления. Важно учитывать, что качество жизни, в свою очередь, оказывает существенное влияние на прогноз заболевания. В данном исследовании применялся универсальный опросник SF-36 для определения различных аспектов качества жизни (табл. 1). Анкета содержит 36 вопросов, сгруппированных по 8 рубрикам. Установлено, что средний балл по всем изученным аспектам был достоверно ниже у больных, перенесших инфаркт миокарда. При распределении больных по возрасту обе группы имеют одинаковые баллы по физической активности и социальной активности, остальные показатели - это сила боли, общее состояние здоровья, качество жизни, эмоциональная активность и 2 итоговых показателя - физический и психический компоненты в у больных старше 60 лет по сравнению с пациентами до 60 лет было ниже.

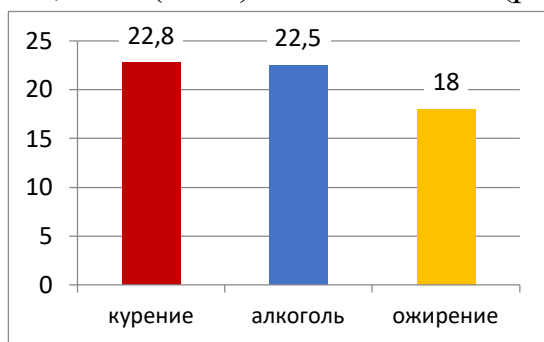
Таблица 1

Показатели качества жизни SF-36 по возрасту у больных инфарктом миокарда (в баллах)

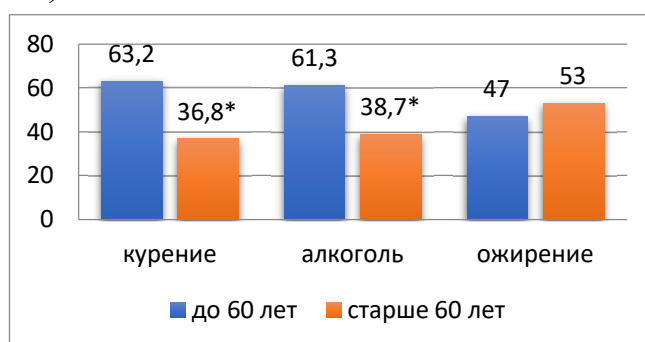
Показатели	Старше 60 лет (n=386)	До 60 лет (n=245)
Физическое функционирование	33,7±12,7	34,7±12,7
Ролевое функционирование	35,7±11,6	38,7±15,8
Боль	32±11,9	38,0±14,8
Общее здоровье	36,9±11,0	42,0±12,7
Жизнеспособность	31,0±11,0	38,0±11,7
Социальное функционирование	38,0±13,0	39,0±15
Эмоциональное функционирование	30,0±8,9	42,0±11,9
Психологическое здоровье	34,8±20,0	43±12,9

Основными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний являются гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия и курение. В то же время исследования, проведенные в последние годы, показали, что, помимо классических факторов риска, развитие инфаркта миокарда вызывает и психосоциальный стресс, связанный с образом жизни. Анализируя факторы риска, имеющиеся у наших обследованных больных, в результате изучения факторов риска больных инфарктом миокарда у 144 (22,8%) больных выявлена зависимость от табакокурения, выкуривание от 1 до 20 сигарет в день, из которых 53 (37%) пациента курили в прошлом (стаж курения от 10 до 20 лет) и 91 (63%) курят в настоящее время. Оно составило 36,8% (n=53) старше 60 лет, 63,2% (n=91) моложе 60 лет (рис. 11). Алкогольная зависимость выявлена у 142 (22,5%) пациентов, из них 80 (56,3%) пациентов употребляли алкоголь в прошлом (стаж от 12 до 22 лет) и 62 (43,7%) пациента во время

обследования продолжали употреблять алкоголь. У лиц старше 60 лет она составила 38,7% (n=55), до 60 лет — 61,3% (n=87) (рис. 12). Инфаркт миокарда выявлен в 18% (n=111) случаев на фоне ожирения, индекс массы тела у этих больных был выше $25 \pm 4,5$ кг/м². За время лечения больного инфарктом миокарда в стационаре значения объема талии варьировали от 64 см до 120 см, среднее значение составило $84,12 \pm 13,19$ см. Это было 53% (n=59) старше 60 лет, 47% (n=52) моложе 60 лет (рис. 12).



11- рисунок. Факторы риска (%)



Примечание: * - $P < 0,01$ статистически значимые различия.

12 – рисунок. Анализ факторов риска по возрасту (%)

При ЭхоКГ-обследовании больных инфарктом миокарда выявлены существенные изменения геометрической модели сердца на фоне процесса ишемического ремоделирования: увеличение индекса объема, конечно-диастолических размеров (КДЛ) левого желудочка, диаметра правого желудочка и массы миокарда (массы левого желудочка). индекс, индекс массы левого желудочка, $r < 0,001$). Разницы между результатами анализа показателей ЭхоКГ пациентов старше 60 лет и моложе 60 лет нет.

Таблица 2

Показатели ЭхоКГ у больных, перенесших инфаркт миокарда

		n=516	До 60 лет n=214	После 60 лет n=302
1	ТЗСЛЖ	1,1±0,2	1,1±0,2	1,1±0,1
2	ТМС	1,1±0,2	1,1±0,2	1,2±0,2
3	КДРЛЖ	5,4±0,6	5,4±0,7	5,8±0,6
4	КСРЛЖ	4,0±0,7	3,9±0,7	4,6±0,6
5	ФВ	50,6±8,3	50,2±8,7	46,5±7,1
6	ЛП	4,1±2,6	3,9±2,1	4,1±2,8
7	ПЖ	2,9±1,2	3,03±1,8	2,9±0,3

Приложение: ТЗСЛЖ - толщина задней стенки левого желудочка, ТМС - толщина межжелудочковой стенки, КДРЛЖ - конечный диастолический размер левого желудочка, КСРЛЖ - конечный систолический размер левого желудочка, ФВ - фракция выброса, ЛП - левый предсердие, ПЖ - правый желудочек

Известно, что количество коморбидных заболеваний значительно увеличивается с возрастом. В литературе отмечается, что 36% больных в возрасте 50-59 лет имеют 2-3 заболевания, 40,2% больных до 60-69 лет имеют 4-5 заболеваний, а в возрасте 75 лет и старше - 65,9% больных имеют более 5 заболеваний. Коморбидная патология может изменить клиническое течение заболевания, затруднить диагностику и ухудшить прогноз основного заболевания.

Наличие коморбидной патологии на фоне инфаркта миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста усугубляет состояние больных, что требует поиска новых подходов к диагностике и оптимизации тактики лечения данной категории больных.

В результате исследования у 488 (77,33%) больных хронической сердечной недостаточностью (ФК II-304; 62%, ФК III-184; 38%) развился инфаркт миокарда. После инфаркта миокарда наблюдается обратная пропорция: увеличивается количество больных с высоким ФК (ФС III-298; 61%), (ФК IV-10; 2%) и снижается число больных с ФК II (ФС II-298; 61%) ФК II-182;37%). У двух больных (0,32%) после острого инфаркта миокарда развилась хроническая сердечная недостаточность (рис. 14). Заболеваемость хронической сердечной недостаточностью у больных старше 60 лет на 21,9% выше, чем у больных до 60 лет (n=335 (68,6%) старше 60 лет, n=153 (31,3%) моложе 60 лет).



Примечание:*** - P<0,0001 статистически значимые различия.

13 – рисунок. Анализ встречаемости хронической сердечной недостаточности у больных инфарктом миокарда (%)

В связи с высокой социальной значимостью сердечно-сосудистых заболеваний, проблеме коморбидности сердечно-сосудистых заболеваний всегда уделяется большое внимание. Однако зачастую решением этой проблемы было изучение патологии сердца совместно с тем или иным заболеванием (сахарным диабетом, патологией легких, почек и т. д.), что не является комплексным подходом, учитывающим все существующие коморбидные заболевания. Важным фактором персонализации подходов являются также имеющиеся гендерные особенности, которые могут проявляться в различной частоте коморбидности и различных тенденциях в определенном ряде состояний.

Установлено, что артериальная гипертензия является фоновым заболеванием у большинства госпитализированных и умерших от инфаркта



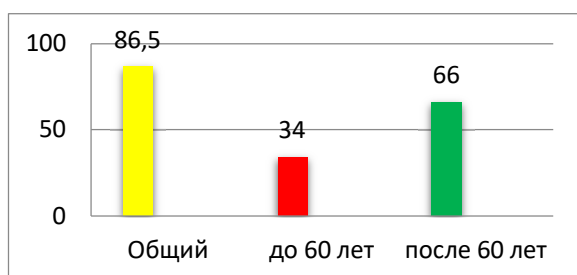
Примечание: *** - P<0,001 статистически значимые различия.

14 – рисунок. Анализ встречаемости хронической сердечной недостаточности по возрасту у больных инфарктом миокарда (%)

миокарда пациентов. На основании сравнения данных статистической отчетности и результатов анализа анамнеза пациентов установлено, что реальная распространенность артериальной гипертензии в госпитальной практике существенно занижена.

В нашем научном исследовании у 86,5% (n=546) больных, перенесших инфаркт миокарда во время госпитализации, развился на фоне артериальной гипертензии, длительность заболевания составила $7,3 \pm 4,5$ года. Она составила 66% (n=360) у больных старше 60 лет, 34% (n=186) у больных до 60 лет (рис. 15).

На момент госпитализации среднее систолическое артериальное давление (САД) составляло 156 ± 45 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) — 90 ± 12 мм рт. ст. был равным. За время лечения средний САД $132 \pm 4,3$ мм.см.с., ДАД $77 \pm 5,5$ мм.см.с. (рис. 16).



15 – картинка. Анализ развития артериальной гипертензии у больных инфарктом миокарда по возрасту (%)

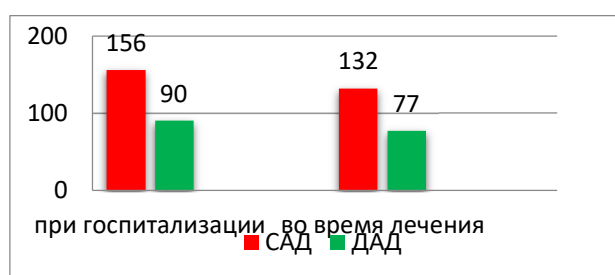
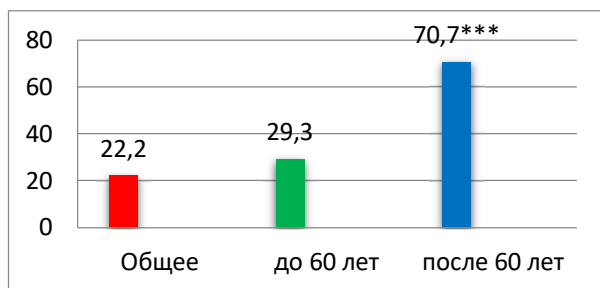


Рисунок 16. Показатели артериального давления у больных инфарктом миокарда

Инфаркт миокарда и диабет 2 типа являются распространенными и часто сосуществующими заболеваниями. Сахарный диабет 2 типа наблюдается в 20% случаев у больных, перенесших инфаркт миокарда, что значительно превышает его распространенность в общей популяции, а среди больных, перенесших инфаркт миокарда, это менее половины лиц с интактным углеводным метаболизмом. При сахарном диабете 2 типа инфаркт миокарда развивается в 3 раза чаще и характеризуется тяжелым течением, чаще встречается у молодых пациентов, что зависит от ряда факторов.

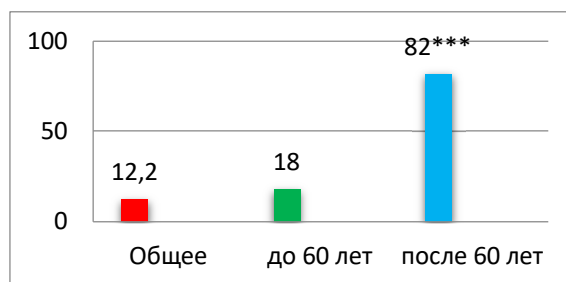
Инфаркт миокарда на фоне сахарного диабета у наших больных зарегистрирован у 140 (22,2%) больных, у 70,7% (n=99) у больных старше 60 лет, у 29,3% (n=41) у больных до 60 лет, при среднем количестве сахара в крови 6 составило $14 \pm 2,5$ ммоль/л. Из этих пациентов 121 (86,4%) получали сахароснижающие препараты, 19 (13,6%) получали инсулинотерапию (рис. 17).

Инфаркт миокарда зарегистрирован в 12,2% случаев (n=77) на фоне острого нарушения мозгового кровообращения. У лиц старше 60 лет она составила 82% (n=63), до 60 лет — 18% (n=14) (рис. 18).



Примечание: *** - $P < 0,0001$ статистически значимые различия.

17- рисунок. Анализ развития сахарного диабета у больных инфарктом миокарда по возрасту (%)



Примечание: *** - $P < 0,0001$ статистически значимые различия.

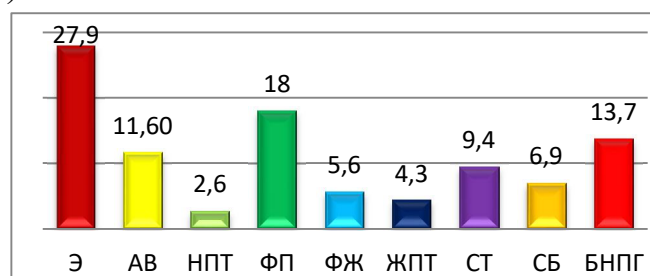
18 – рисунок. Возрастной анализ развития острых нарушений мозгового кровообращения у больных инфарктом миокарда (%)

Следует отметить, что в 21,4% ($n = 135$) случаев инфаркт миокарда развивался на фоне стабильной стенокардии напряжения II и III ФК с ишемической болезнью сердца. У лиц пожилого возраста 55,5% ($n=75$) случаев наблюдались на фоне стабильной стенокардии напряжения III типа. Высокая смертность от инфаркта миокарда у больных пожилого возраста наблюдается в сочетании с гипертонической болезнью, острым нарушением мозгового кровообращения и хронической сердечной недостаточностью III функционального класса.

В 85,7% ($n=541$) случаев встречались следующие осложнения инфаркта миокарда: кардиогенный шок - в 83 (13,2%), отек легких - в 223 (35,3%), аритмии - в 233 (36,9%) (рис. 19), в том числе в 65 (27,9%) - экстрасистолы, 27 (11,6%) полная АВ-блокада, 6 (2,6%) наджелудочковая пароксизмальная тахикардия, 42 (18%) мерцательная аритмия, 13 фибрилляция желудочков (5,6%), желудочковая пароксизмальная тахикардия 10 (4,3%), синусовая тахикардия 22 (9,4%), синусовая брадикардия 16 (6,9%), 32 (13,7%) блокада ножки пучка Гиса у больного (рис. 20).



19 - рисунок. Анализ осложнений инфаркта миокарда (%)

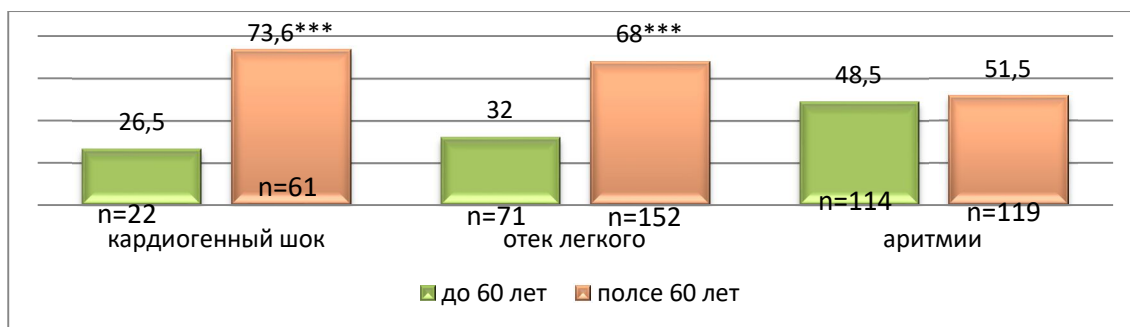


Примечание: Э-экстрасистолия, АВ-полная атриовентрикулярная блокада, НПТ- наджелудочковая пароксизмальная тахикардия, ФП- фибрилляция желудочков, ФЖ- фибрилляция желудочков, ЖПТ- желудочковая пароксизмальная тахикардия, СТ- синусовая тахикардия, СБ - синусовая брадикардия, БНПГ - блокада пучка Гисса.

20 – картинка. Анализ аритмических осложнений инфаркта миокарда (%)

Варианты неосложненного инфаркта миокарда отмечены в 14,3% (n = 90) случаев.

По полученным результатам у больных старше 60 лет достоверно выше частота осложнений инфаркта миокарда: кардиогенный шок у пожилых больных на 27,8%, отек легких на 21,3%, нарушения сердечного ритма на 10,6%⁶⁰ было показано, что он был выше по сравнению с пациентами в возрасте до 21 года (рис. 21).



Примечание: *** - $P < 0,0001$ статистически значимые различия.

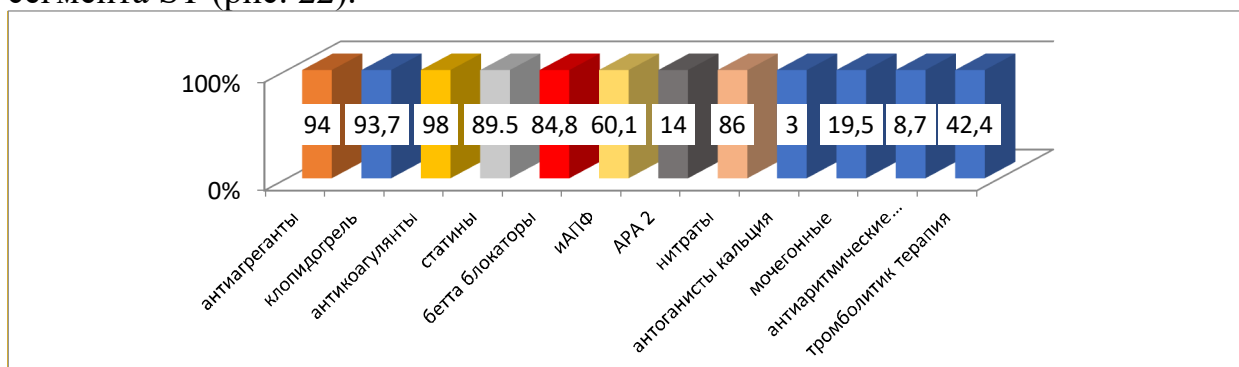
21 - рисунок. Анализ осложнений инфаркта миокарда в зависимости от возраста. (%)

Таким образом, доказано, что частота возникновения инфаркта миокарда у пожилых пациентов на 32% выше. По результатам обследования первичный инфаркт миокарда также осложнен и высока частота инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка. У пациентов пожилого возраста по сравнению с пациентами среднего возраста преобладал первичный и инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка.

По результатам исследования установлено, что наиболее частым заболеванием, связанным с инфарктом миокарда, является артериальная гипертензия – 86,5%. На основании результатов ряда научных исследований можно предположить, что инфаркт миокарда у пожилых пациентов сопровождается коморбидными заболеваниями - гипертонической болезнью, острым нарушением мозгового кровообращения, хронической сердечной недостаточностью III функционального класса, а уровень смертности напрямую возрастает.

В четвертой главе диссертационной работы под названием «Фармакоэпидемиологические особенности инфаркта миокарда в стационарных условиях и отдаленное наблюдение» изложен анализ препаратов, принимаемых больными инфарктом миокарда в стационарных условиях, и наблюдения отдаленных исследований. В результате 1-летнего наблюдения за больными инфарктом миокарда проведены коронарография, аорто-коронарное шунтирование и стентирование, установлен диагноз повторного инфаркта миокарда, обострения заболевания и повторной госпитализации по поводу гипертонической болезни. проанализированы кризис и темпы развития хронической сердечной недостаточности. Кроме того, оценивались виды препаратов, принимаемых пациентами в стационаре и в течение длительного времени, и их эффективность.

По результатам ретроспективного анализа антиагреганты были назначены госпитализированным пациентам 94% (n=593), клопидогрель 93,7% (n=591), антикоагулянты 98% (n=616), статины 89,5% (n=567), бета-блокаторы 84,8% (n=536), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента 60,1% (n=379), антагонисты рецепторов ангиотензина 2 14% (n=85), нитраты 86% (n=541), антагонисты кальция 3 % (n=19), диуретики рекомендовали 19,5% (n=123), антиаритмические препараты - 8,7% (n=55). Тромболитическая терапия была назначена 42,4% (n = 122) пациентам, поступивших с подъемом сегмента ST (рис. 22).



22 – рисунок. Анализ лекарств, принимаемых пациентами в больнице (%).

В стационарных условиях 591 (93,7%) пациент получал двойную антиагрегантную терапию (аспирин 150 мг и клопидогрель 300 мг, затем аспирин 75 мг и клопидогрель 75 мг). Положительным фактом является высокая частота назначения антиагрегантной терапии больным инфарктом миокарда как на момент госпитализации, так и в отдаленном периоде наблюдения.

Таблица 3

Анализ среднего количества антиагрегантов

№	Группа препарата	n	%	Начальная доза (мг)	Поддерживающая доза (мг)
1	Ацетил салициловая кислота	593	94	153,4±12,69	76,7±6,3
2	Клопидогрель	591	93,7	192,89±67,8	75,5±6,15

В стационаре В-адреноблокаторы принимали 84,8% (n = 535) больных. Бисопролол оказался наиболее назначаемым препаратом среди в-адреноблокаторов в 80,2% (n = 506) случаев у больных инфарктом миокарда.

Таблица 4

Анализ среднего количества бета-блокаторов

№	Группа препарата	n	%	Поддерживающая доза (мг)
1	Лабеталол	1	0,1	100
2	Метопролол	3	0,5	66,6±28,8
3	Небивалол	5	0,8	7±2,7
4	Атеналол	20	3,2	57,5±18,3
5	Бисопролол	506	80,2	4,7±1,3

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента были назначены 60% (n = 378) больных. Среди ингибиторов АПФ, назначаемых пациентам в

стационаре, наиболее часто назначаемым препаратом был рамиприл в 28,8% (n=182) случаев.

Таблица 5

Анализ средней дозы ингибитора ангиотензинпревращающего фермента

№	Группа препарата	n	%	Поддерживающая доза (мг)
1	Каптоприл	1	0,1	25
2	Лизиноприл	40	6,3	6,1±2,7
3	Периндоприл	57	9	4,9±2,4
4	Эналаприл	98	15,5	7,7±2,5
5	Рамиприл	182	28,8	5,1±1,3

Антагонисты рецепторов ангиотензина 2 были назначены лишь 13,5% больных инфарктом миокарда (n = 85), несмотря на отличную переносимость и безопасность в условиях стационара.

Таблица 6

Анализ средней дозы антагонистов рецепторов ангиотензина 2

№	Группа препарата	n	%	Поддерживающая доза (мг)
1	Азилсартан	4	0,6	60±23,1
2	Вальсартан	6	0,9	73,3±14,9
3	Ирбисартан	9	1,4	158,3±58,6
4	Лазартан	66	10,5	61,9±32,5

Статины были назначены в 89,5% (n = 565) случаев. Лекарственные средства других групп в качестве гиполипидемической терапии: препараты никотиновой кислоты, фибраты, группы эзетимиба к приему не рекомендуются.

Таблица 7

Среднее потребление статинов

№	Группа препарата	n	%	Начальная доза (мг)	Поддерживающая доза (мг)
1	Ловостатин	21	3,3	42,8±9,5	24,4±4,8
2	Розувостатин	30	4,7	22±6,1	11±3,05
3	Симвостатин	34	5,4	28,8±9,9	14,4±4,9
4	Аторвостатин	480	76,1	32,8±9,6	16,4±4,8

Нитраты были назначены 86% (n = 543) госпитальных больных инфарктом миокарда.

В настоящее время важным направлением медицины стала разработка и внедрение различных программ амбулаторного наблюдения за больными. Основной целью таких программ является улучшение вторичной профилактики заболевания, которая направлена главным образом на предотвращение развития осложнений. В целом, образовательные программы включают улучшение донесения информации об их заболевании до пациентов и их семей.

Такие понятия, как самопомощь и самоконтроль, все чаще можно встретить в зарубежной литературе, поскольку они являются неотъемлемой частью образовательных программ для больных с различной соматической патологией, в том числе с инфарктом миокарда. Основной задачей

самопомощь и самоконтроля больных, перенесших инфаркт миокарда, является сохранение клинической стабильности.

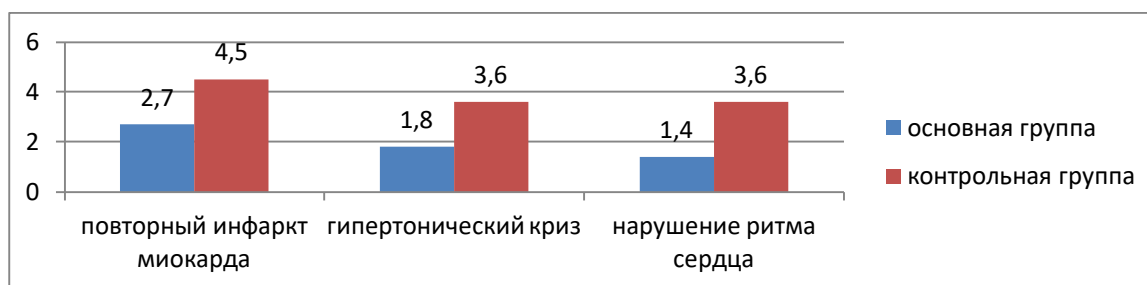
Таким образом, практика зарубежных специалистов показывает, что благодаря программам обучения пациентов можно улучшить качество жизни пациентов и снизить потребность в повторной госпитализации.

Основную группу школьной программы «Инфаркт миокарда» составили 109 пациентов. В качестве контрольной группы находились 111 пациентов, не участвовавших в программе. Эти занятия проводились с пациентами по одному часу каждый день в течение 8 дней. Одновременно пациентам раздавались раздаточные материалы в виде буклетов и брошюр. Во время обучения требовалось вести блокнот и кратко записывать содержание занятий. После выписки пациентов из больницы за ними следили по телефону. Через год были проведены повторные плановые контрольные осмотры и консультации.

За год наблюдения у 71 пациента (24,3%) был потерян контакт (отказ от участия, региональный фактор, отсутствие общения). В связи с этим были проанализированы результаты исследования у остальных 220 пациентов. Анализ распределения пациентов через 1 год наблюдения показал, что из 220 пациентов, находившихся под наблюдением, 29 (13,2%) умерли вследствие развития сопутствующего состояния.

По результатам годичного наблюдения установлено, что 4 (1,8%) пациентам проведено аортокоронарное шунтирование, 15 (6,8%) пациентам выполнена коронарография и стентирование. 18 (8,2%) больных были госпитализированы с диагнозом повторный инфаркт миокарда, 12 (5,4%) больных были госпитализированы по поводу гипертонического криза. При этом пароксизмальная тахикардия наблюдалась у 11 (5%) больных, а стадия декомпенсации сахарного диабета – у 21 (9,5%) больного. Хроническая сердечная недостаточность отмечена у 58 (26,3%) больных.

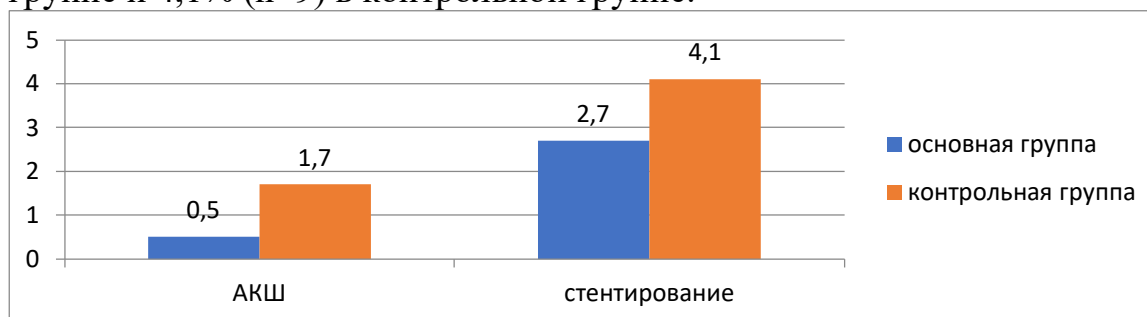
Результаты наблюдения показали, что в основной группе (n=100) было меньше пациентов, госпитализированных в течение 1 года, по сравнению с контрольной группой (n=91). В основной группе госпитализированы 6 больных (2,7%) с повторным инфарктом миокарда, в контрольной группе - 9 (4,1%), в основной группе с гипертоническим кризом - 4 (1,8%), контрольной группе - 8 больных (3,6%) снова была госпитализирована. Из основной группы 3 пациента (1,4%) были повторно госпитализированы с нарушениями сердечного ритма, а из контрольной группы - 8 пациентов (3,6%) (рис. 23).



23 – рисунок. Причины повторной госпитализации в течение года (%).

На следующем этапе были проанализированы вышеизученные показатели в зависимости от возраста пациентов. По его данным, операция аортокоронарного шунтирования составила 4,2% (n=3) у пациентов до 60 лет и 1,5% (n=1) у пациентов старше 60 лет. Коронарографии и стентирования составила 5,5% (n=4) в возрасте до 60 лет и 16,4% (n=11) среди лиц старше 60 лет. При анализе по возрасту среди пациентов, госпитализированных повторно с диагнозом инфаркт миокарда, 6,9% (n=5) были моложе 60 лет и 19,4% (n=13) были старше 60 лет. С осложнениями гипертонического криза были повторно госпитализированы 9,7% больных в возрасте до 60 лет (n=7), 7,4% (n=5) больных в возрасте старше 60 лет. Стадия декомпенсации сахарного диабета составила 20,8% (n=15) у больных до 60 лет, 8,9% (n=6) у больных старше 60 лет. Пароксизмальная тахикардия наджелудочковой формы выявлена у 4,2% (n=3) больных до 60 лет, а желудочковая форма отмечена у больных старше 60 лет в 11,9% (n=8). Хроническая сердечная недостаточность наблюдалась у 48,6% (n=35) пациентов в возрасте до 60 лет и у 34,3% (n=23) пациентов старше 60 лет.

На рисунке 24 представлена динамика больных в исследовательских группах в зависимости от вида интервенционного и оперативного вмешательства. Как видно из рисунка, через 1 год наблюдения операция аортокоронарного шунтирования была выполнена у 0,5% (n=1) пациентов основной группы, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 1,7% (n=3). Коронарное стентирование составило 2,7% (n=6) в основной группе и 4,1% (n=9) в контрольной группе.



24 - рисунок. Интервенционные и хирургические вмешательства, выполненные у больных инфарктом миокарда (%).

В табл. 8 представлена динамика основных показателей гемодинамики (числа сердечных сокращений, систолического артериального давления и диастолического артериального давления) у больных исследуемых групп. Из таблицы видно, что средняя частота сердечных сокращений в основной группе значительно снизилась по сравнению с показателями, показанными в начале исследования. Примечательно, что через год наблюдения у пациентов контрольной группы наблюдалось увеличение числа сердечных сокращений, средних значений систолического артериального давления и диастолического артериального давления.

Таблица 8

Динамика основных показателей гемодинамики у пациентов основной и контрольной групп.

Группы	показатель	Первичное наблюдение	Вторичное наблюдение
		М±м	М±м
Основная группа	ЧСС	76,52±10,7	71,4±9,8
	САД	140,9±15,4	138,8±15,05
	ДАД	85,5±10,6	83,5±8,2
Контрольная группа	ЧСС	74,4±9,9	76,0±11,6
	САД	140,7±18,1	149,8±20,4
	ДАД	82±11,8	84,7±10,6

На рис. 25 представлены показатели качества жизни и динамика комплаентности пациентов за год наблюдения. Как видно на рисунке, в основной группе оба показателя значительно улучшились, тогда как в контрольной группе они показали незначительные изменения или отрицательную динамику.

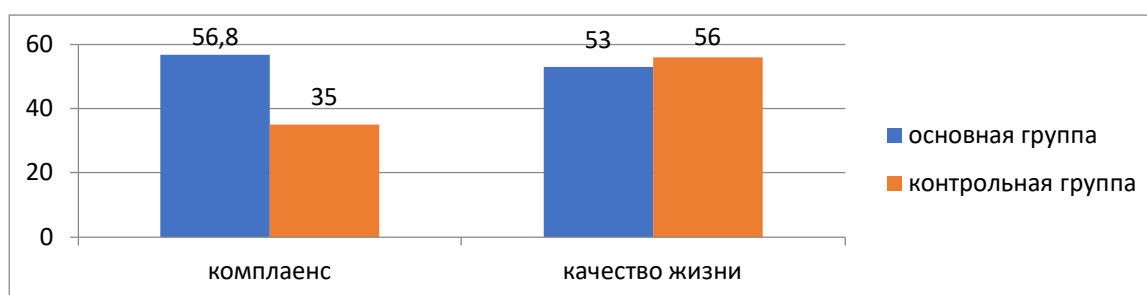


Рисунок 25. Данные о комплаентности и оценке качества жизни пациентов сравниваемых групп за один год (%).

В отдаленном этапе пациенты получали антиагрегантную терапию (аспирин 75 мг + клопидогрел 75 мг) лишь в 18% (n = 60) случаев. В 82% (n=275) случаев пациенты самостоятельно получали антиагрегантную монотерапию (аспирин 82% (n=225)) и клопидогрел 18% (n=50). В течение длительного периода наблюдения 21,1% (n = 71) пациентов получали бета-блокаторы. Частота назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента в отдаленном периоде наблюдения составляет 30% (n = 101). Частота приема антагонистов рецепторов ангиотензина 2 в отдаленном периоде наблюдения составила всего 2% (n = 8). В отдаленном этапе существует положительная реальность более широкого использования статинов в качестве вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В нашем исследовании только 29,6% (n = 99) пациентов сообщили о приеме статинов. В отдаленном периоде нитраты получали 64,74% (n=217) пациентов. Наиболее часто назначались моонитраты – 45% (n=151), реже – динитраты – 6,41% (n=21). Результаты исследования показали, что в 11,7% случаев (n = 39) пациенты забывали принимать лекарства и нарушали кратность их приема. В 47,9% случаев (n=161) нарушений назначенного режима лечения не было.

Однако следует отметить, что 40,4% больных (n=135) самостоятельно меняли дозы препаратов и даже кратность их приема.

Таким образом, образовательная программа для больных, перенесших инфаркт миокарда, эффективна с точки зрения улучшения клинико-функционального статуса больных, контроля комплаентности и прогноза заболевания. При этом предлагаемая образовательная программа доступна и легко реализуется в современной действительности благодаря средствам связи.

В связи с этим рекомендуемая программа обучения больных, перенесших инфаркт миокарда, может быть реализована в условиях первичной звена, как амбулаторно, так и в стационаре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Результаты анализа показали, что частота возникновения инфаркта миокарда у больных старше 60 лет на 36,6% выше, чем у больных до 60 лет, причем в анализируемой группе больных мужского пола несколько больше, чем больных женского пола.
2. Анализ клинических типов инфаркта миокарда в зависимости от возраста больных показал, что у больных старше 60 лет инфаркт миокарда без зубца Q составил 45,5% ($p < 0,002$), первичный инфаркт миокарда - 30,8% ($p < 0,001$), а инфаркт миокарда передней стенки оказался выше и составил 39,7 % ($p < 0,001$).
3. Анализ клинических гемодинамических показателей показал, что у пациентов старше 60 лет частота атипичных случаев кардиалгий на 21,4% выше, чем у пациентов среднего возраста, при этом у этой же группы пациентов качество жизни ниже по опроснику SF 36.
4. У больных инфарктом миокарда методом ЭхоКГ исследования установлено уменьшение фракции выброса левого желудочка с последующим увеличением диастолического и систолического размера.
5. Анализ сопутствующей патологии инфаркта миокарда показал, что сахарный диабет составил 58,5% ($p < 0,0001$), острое нарушение мозгового кровообращения 78% ($p < 0,0001$), артериальная гипертензия 48,5% и хроническая сердечная недостаточность наблюдалась на 54,3%.
6. Эффективность школы инфаркта миокарда выражалась в снижении количества повторных инфарктов миокарда на 40%, гипертонических кризов на 50%, нарушений сердечного ритма на 61,1%, а также индекса склонности к лечению на 38,3% и качества лечения. здоровья пациентов на 5,4%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.30.02 ON
AWARDING OF ACADEMIC DEGREES AT
TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

TALIPOV RUSTAM MIRKABILOVICH

**EFFECTIVENESS OF THERAPEUTIC MEASURES AFTER
MYOCARDIAL INFARCTION IN ELDERLY PEOPLE**

14.00.05 – internal diseases

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION DOCTOR OF PHILOSOPHI (PhD)
IN MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT-2024

The topic of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) was registered in the Higher Attestation Commission under the Ministry of the Higher Education and Innovation of the Republic of Uzbekistan for B2023.3.PhD/Tib32.

The dissertation was completed at the Tashkent Medical Academy.

Abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) posted on the website of the Scientific Council (www.tma.uz) and on the information and education portal "ZiyoNet" www.ziyo.net.

Scientific consultant:

Tulaboeva Gavhar Mirokborovna
Doctor of medical sciences, professor

Official opponents:

Nurillaeva Nargiza Mukhtarkhanovna
Doctor of medical sciences, professor

Fozilov Abdukakhkhor Vokhidovich
Doctor of medical sciences, professor

Leading organization:

Tashkent Pediatric Medical Institute

The dissertation defense will take place "_____" _____ 2024 at _____ hours at the meeting of the Scientific Council 04/30.12.2019.Tib.30.02 at the Tashkent Medical Academy (Address: 100109, Tashkent, Almazarsky district, Farobi str., 2 Tel./fax: (99878) 150-78-25, e-mail: tta 2005 @ mail.ru).

The dissertation can be found in the Information Resource Center of the Tashkent Medical Academy (registered, № _____). (Address: 2, Farobi str., Almazar district, Tashkent, 100109. Tel./fax: (99878) 150-78-14).

The abstract of the dissertation has been sent out "_____" _____ 2024 year.
(Mailing protocol № _____ from "_____" _____ 2024).

A.G.Gadaev

Chairmen of the Scientific Council for awarding
Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences,
Professor

D.A.Nabieva

Scientific Secretary of the Scientific Council for
Awarding Academic Degrees, Doctor of Medical
Sciences, Professor

A.L. Alyavi

Chairman of the scientific seminar at the Scientific
Council for awarding Academic Degrees, Doctor of
Medical Science, Professor, Academician

INTRODUCTION (abstract of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD))

The aim of the study is to create a register of elderly patients with myocardial infarction and evaluate the effectiveness of the “myocardial infarction school” at the long-term follow-up stage.

The subjects of the study were patients who had myocardial infarction at the City Clinical Hospital No. 7 of Tashkent from 2012 to 2014.

The scientific novelty of the study lies in the following aspects:

a register of elderly patients who have suffered a myocardial infarction has been created at the city clinical hospital;

the main factors of unfavorable prognosis of life in the late stage of myocardial infarction were identified;

the diagnosis, pharmaco-epidemiology of patients with myocardial infarction were analyzed in detail;

a “myocardial infarction school” was created for patients, which helped to increase their awareness of risk factors and lifestyle changes, and also served as a factor in the prevention of complications in the long-term follow-up stage;

Implementation of research results. A methodological recommendation has been approved on the topic “Efficacy of two- and three-component antiplatelet therapy in the treatment of acute coronary syndrome and myocardial infarction” (certificate of the Ministry of Health dated August 20, 2021, 8 n-r/758). The implementation of scientific research has shown the positive effectiveness of using the “myocardial infarction school” at the level of outpatient observation.

The implementation of research results into practice contributed to early diagnosis and re-hospitalization, reduced mortality, improved quality of life, improved clinical status of patients and susceptibility to treatment.

The results obtained were applied in the healthcare sector, in particular, in the activities of the multidisciplinary clinic of the Namangan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care of the Tashkent Medical Academy (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan March 31, 2022 No. 8H-3/149).

Publication of research results. 28 scientific papers have been published on the topic of the dissertation, including 13 articles in journals recommended by the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for publication of the main results of the dissertation, of which 11 in republican and 2 in foreign journals.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations, a list of abbreviations, and a list of cited literature. The volume of the dissertation is 119 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Толипова Ю.Ш. Особенности течения инфаркта миокарда у лиц пожилого и старческого возраста // Кардиология Узбекистана. – 2015. – №3.– С. 149-153.(14.00.00; №10)
2. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Маманазарова Д.К., Толипова Ю.Ш. Клинико-эпидемиологические особенности прогнозирования пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда // Терапевтический вестник Узбекистана научно-практический журнал. – 2015. – №4.– С. 49-52. (14.00.00; №7)
3. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Маманазарова Д.К., Толипова Ю.Ш. Особенности фармакотерапии инфаркта миокарда у лиц пожилого возраста // Терапевтический вестник Узбекистана научно-практический журнал. – 2015. – №4.– С. 172-175. (14.00.00; №7)
4. Talipov R.M., Tulaboeva G.M. Pharmacological and epidemiologic features of myocardial infarction in stationary condition and in the remote monitoring phase // European science review. – 2016. – №3-4. – P. 183-185. (14.00.00; №19)
5. Talipov R.M., Tulaboeva G.M. The effectiveness of ACE inhibitors and sartans patients with acute myocardial infarction in the elderly on a distant stage monitoring // European science review. – 2016. – №5-6. – P. 120-122. (14.00.00; №19)
6. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Маманазарова Д.К., Миокард инфарктининг фармако-эпидемиологик хусусиятлари// Терапевтический вестник Узбекистана научно-практический журнал. – 2016. – №2-3.– С. 198-203. (14.00.00; №7)
7. Талипов Р.М., Адизова Д, Тулабаева Г.М. Значимость психосоциальных факторов в становлении сердечно сосудистых заболеваний // Терапевтический вестник Узбекистана научно-практический журнал. – 2016. – №4.– С. 125-128. (14.00.00; №7)
8. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М. Сравнительное изучение эффективности ингибиторов АПФ и сартанов у больных с острым инфарктом миокарда на фоне артериальной гипертензии// Терапевтический вестник Узбекистана научно-практический журнал. – 2017. – №1.– С. 32-38. (14.00.00; №7)
9. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Турсунбоев Р.С. Психологический статус у больных с инфарктом миокарда // Неврология Узбекистана научно-практический журнал. – 2017. – №2.– С. 22-23. (14.00.00; №4)
10. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Абдукодирова Н.М., Толипова Ю.Ш. Миокард инфаркти билан оғриган беморларнинг клиник ва демографик хусусиятлари // Терапевтический вестник Узбекистана научно-практический журнал. – 2021. – №2.– С. 49-55. (14.00.00; №7)
11. Talipov R.M., Tulaboeva G.M., Tolipova Y.Sh. Features of pharmacoepidemiology in hospital conditions and at the remote stage of observation

in patients who have suffered a myocardial infarction// Евразийский вестник педиатрии.-2022.-№2(13) P.-86-91. (14.00.00; №2)

II бўлим (II часть; II part)

1. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Сагатова Х.М. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с инфарктом миокарда в условиях городской клинической больницы по данным регистра // Тезисы Республиканской научно-практической конференции “Метаболический синдром: проблемы и достижения” 11.04.2014,- С.144.
2. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Маманазарова Д.К. Эпидемиологическая характеристика инфаркта миокарда в условиях городской клинической больницы // Материалы I-Республиканской научно-практической конференции «ВАЛЕОЛОГИЯ и пути ее интеграции в здравоохранения», 2014, - С.60.
3. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Маманазарова Д.К., Сагатова Х.М. Оценка эффективности тромболитической терапии при инфаркте миокарда на госпитальном этапе // Тезисы VII всероссийского форума «вопросы неотложной кардиологии 2014: от науки к практике» 2014,- С.8.
4. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Маманазарова Д.К. Регистр пациентов с инфарктом миокарда в условиях городской клиники // Тезисы VII всероссийского форума «вопросы неотложной кардиологии 2014: от науки к практике» 2014,-С. 9.
5. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Маманазарова Д.К. Клинические особенности течения инфаркта миокарда у лиц пожилого возраста // Материалы II Всероссийской XIII Межрегиональной с международным участием научной сессии молодых ученых и студентов современные решения актуальных научных проблем в медицине 2015,-С.118.
6. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Хусанов А.А. Эффективность карведилола в комплексной терапии больных с инфарктом миокарда // Тезисы научно-практической конференции «всемирный день сердца» Ашхабад 29.09.2015, - С.35-36.
7. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Алиев М.Э. Клинико-эпидемиологические особенности инфаркта миокарда по данным регистра в условиях городской клиники // Кардиология Узбекистана 2015,№2, С.78.
8. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Толипова Ю.Ш. Сравнительное изучение эффективности ингибиторов АПФ и сартанов у больных с острым инфарктом миокарда на фоне артериальной гипертензии // Кардиология Узбекистана 2016, №1-2, С.265-266.
9. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Маманазарова Д.К. Изучение эффективности двойной антиагрегантной терапии в лечении инфаркта миокарда у лиц старшего возраста // «Кардиология 2016: итоги и перспективы» Всероссийская научно-практическая конференция г. Москва 02-03.06.2016,-С.19-20.
10. Талипов Р.М., Отамирзаев Н.Р., Тулабаева Г.М., Абдукадирова Н.М. Уткир коронар синдром ва миокард инфарктини даволашда икки хиссалик ва

уч хиссалик антиагрегант терапиянинг самарадорлиги // Услубий тавсиянома, 8н-р/758, 2021,-20с.

11. Talipov R.M., Nurmetov H.T., Abzalova D.A., Rashidova M.A., Azadaeva K.E. Cardialgia in myocardial infarction depending on age and gender // Uzbek medical journal 2020, №-3, P.17-21.

12. Talipov R.M., Tulabaeva G.M., Sagatova H.M., Nurmetov H.T., Khudayberganova N.H Peculiarities of comorbidity in elderly patients with myocardial infarction // Uzbek medical journal 2021, №-3, P.48-51.

13. Талипов Р.М., Нурметов Х.Т., Худайберганова Н.Х Functional state of the kidneys in elderly patients after myocardial infarction // Сборник тезисов международной научно-практической конференции «актуальные проблемы диагностики и лечения заболеваний внутренних органов» Ташкент 17.05.2022,- С.27.

14. Талипов Р.М., Нурметов Х.Т. The effectiveness of sartans and ace inhibitors in acute myocardial infarction on the background of hypertension disease // Galaxy international interdisciplinary research journal (GIIRJ) ISSN (E): 2347-6915 Vol. 11, Issue 2, 2023, P.138-145.

15. Талипов Р.М. Эпидемиологическая характеристика острого инфаркта миокарда в условиях городской клинической больницы // Новый Узбекистан: инновации, наука и образование часть-18, 2023,-С.24.