

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

ГАНИЕВ УЛУҒБЕК ШУХРАТОВИЧ

**ЎТКИР ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН
ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМЛИ БЕМОРЛАРНИ САМАРАЛИ
ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ АНИҚЛАШ**

14.00.40 – Шошилинч тиббиёт

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

ТОШКЕНТ–2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии(PhD)

Contents of the abstract of the dissertation of the doctor of philosophy (PhD)

Ганиев Улуғбек Шухратович

Ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган
ўткир коронар синдромли беморларни самарали
даволаш тактикасини аниқлаш..... 3

Ганиев Улуғбек Шухратович

Определение оптимальной тактики лечения больных
острым коронарным синдромом,осложнившимся острой
сердечной недостаточностью..... 27

Ganiev Ulugbek Shukhratovich

Determine of optimal treatment the patients with acute
coronary syndrome, complicated with acute heart failure..... 49

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 53

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

ГАНИЕВ УЛУҒБЕК ШУХРАТОВИЧ

**ЎТКИР ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН
ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМЛИ БЕМОРЛАРНИ САМАРАЛИ
ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ АНИҚЛАШ**

14.00.40 – Шошилинч тиббиёт

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

ТОШКЕНТ–2021

Фалсафа фанлари доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2019.4.PhD/Tib30 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифаси (www.emerg-centre.uz) ҳамда «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Кенжаев Мажид Латипович тиббиёт фанлари доктори
Расмий оппонентлар:	Тулабаева Гавхар Миракбаровна тиббиёт фанлари доктори, профессор Шарипова Висолатхон Хамзаевна тиббиёт фанлари доктори
Етакчи ташкилот:	Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий –амалий тиббиёт маркази

Диссертация ҳимояси Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 рақамли илмий кенгашнинг 2021 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100115 Тошкент, Чилонзор тумани, Кичик халқа йўли кўчаси 2-уй. Тел/факс: (+99878) 150-46-00, e-mail: uzmedicine@mail.ru).

Диссертация билан Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент ш., Чилонзор тумани, Кичик халқа йўли кўчаси, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05.

Диссертация автореферати 2021 йил «___» _____ куни тарқатилди.
(2021 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

А.М.Хаджибаев

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

Х.Э.Анваров

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, фалсафа доктори (PhD)

Б.К.Алтиев

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

КИРИШ (Фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда юрак ишемик касаллиги (ЮИК), ўткир миокард инфаркти (ЎМИ)ни ташхислаш ва даволашдаги сезиларли муваффақиятларга қарамасдан, касалланиш ва ўлим даражаси етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Сўнгги ўн йилликда «...ўткир коронар синдромли беморларда ўлим ҳолатини 90% пасайишига қарамасдан, ўткир юрак етишмовчилиги (ЎЮЕ) билан асоратланган ўткир коронар синдром (ЎКС) беморларни, ўткир юрак етишмовчилигисиз ўткир коронар синдром беморларга нисбатан солиштирганда, касалхонадаги ўлим ҳолати ушбу беморларда бир неча марта ортишига олиб келади...»¹. ЎКС-ЎЮЕ беморларини клиник тавсифи, даволаш усуллари ва уларни касалхонада бўлиш давомийлиги, ЎКС-ЎЮЕни даволаш реестри контекстида яхши баён этилган бўлса ҳам, бирламчи ноинвазив ва инвазив тактика контекстида ушбу беморларни даволаш натижаси тўғрисида етарли даражада илмий манбалар мавжуд эмас. Шу сабабли ўткир коронар синдромли ўткир юрак етишмовчилиги мавжуд беморларда хавфни юқори даражада бўлишига қарамасдан, бу беморлар ЎЮЕсиз ЎКС беморлари билан солиштириш бўйича етарли даражада ташхислаш ва даволашни оптималлаштириш замонавий шошилишч клиник кардиологиянинг мураккаб ва долзарб муоммоларидан бири ҳисобланади.

Жаҳонда ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни самарали даволаш тактикасини баҳолаш аҳамиятини такомиллаштиришга қаратилган илмий-тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли/ўткир миокард инфарктининг клиник кечишини ўзига хослиги, касалликни асоратли кечишини асосий предикторлари, ўткир юрак етишмовчилиги ривожланганда NSTEMI (non ST elevation myocardial infarction) ва STEMI (ST elevation myocardial infarction)ни аҳамияти, беморларда интервенцион аралашувларини қўлламасдан дори воситалари билан даволаш, ўткир юрак етишмовчилигида беморларда қутқарувчи ва/ёки бирламчи тери ости аралашуви самарасиз тромболитик терапия (ТЛТ)дан сўнг, миокарднинг жарроҳлик ревазуляризациясини аҳамияти ҳамда беморларда нохуш яқунни юзага келишини энг аҳамиятли предикторларини баҳолаш орқали оғир тоифали беморларида мажмуавий даволаш натижаларини яхшилаш бўйича тавсияларни шакллантириш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини ривожлантириш тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, хируругик касалликларини камайтиришга қаратилган вазифалар белгиланган. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатиш қулайлиги ҳамда сифатини ошириш, тез ва шошилишч тиббий ёрдам

¹ Al Faleh H, Elasarfar A A, Ullah A, et. al. Acute heart failure with and without acute coronary syndrome: clinical correlates and prognostic impact (From the HEARTS registry). BMC Cardiovasc Disord. – 2016.- Vol ;16:98. Published 2016 May 20. doi:10.1186/s12872-016-0267-6

тизимини янада ислоҳ қилиш, ногиронликнинг олдини олиш... »² каби вазифалар қўйилган. Ушбу вазифалар ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни самарали даволаш тактикасини амалга ошириш долзарб илмий йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида» 2017 йил 16 мартадаги ПҚ–2838-сон «Тез тиббий ёрдам тизими фаолиятини ташкил этиш ава келгусида моддий-техник базасини мустаҳкамлаш бўйича чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланиши–нинг устувор йўналишларга мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Адабиёт маълумотларининг таҳлили кўрсатдики, ўткир коронар синдроми билан асоратланган ўткир юрак етишмовчилигининг олдинги тадқиқотлари STEMIли ҳолатларда ўтказилди. Мазкур контекстда Киллип (Killip) таснифи кенг ўрганилди ва кекса ёш, диабет, ўтказилган миокард инфаркти ва юрак етишмаслиги киритилган ҳолда юқори хавфли якуний тасниф билан боғлиқдир (Моисеев В.С. 2018; Терещенко С.Н. 2018; Bennett J. 2018; Voersma E. 2010;). ЎКСни баҳоловчи башоратлаш тўғрисида фақат иккита тадқиқотлар нашр этилган. Mehta et. al, OASIS-2 тадқиқотларида (2016) (ишемик синдромни даволаш стратегиясини баҳолаш бўйича ташкилот) ЎКСдан кейин юрак етишмаслиги ривожланган беморларда частота, предикторлар ва клиник яқунлар ўрганилди. Юрак етишмаслик касаллигини кумулятив кўрсаткичлари 24 соатдан кейин 2,7%, 7 кундан кейин 4,9% ва 6 ойдан сўнг 6,3%ни ташкил этади, бу GRACE регистрга нисбатан сезиларли даражада паст, бунда юрак етишмовчилиги бўлган беморлар юрак етишмовчилигисиз бўлган беморларга нисбатан OASIS-2 тадқиқотларида миокард инфарктига ёки ўлимнинг янада сезиларли хавфига эга бўлдилар (Аронов Д.М., 2016; Арутюнов Г. П., 2018; Бокарев И.Н., 2019 Antman E.M. et al. 2019;). Мазкур тадқиқотларда ЎКСли беморлар бизнинг тадқиқотларимиздаги ЎКСли беморлар ЎКСли STEMIли беморлар билан юқори хавфнинг умумий тавсифига эга бўлади (яъни улар катта ёшли, кўпроқ аёллар оғриган, асосан

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947 сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

диабетдан, ҳафақон касаллигидан азият чеккан ва охир оқибат ЎМИ га олиб келган). GRACE регистри ҳисоботида ЎЮЕ/ЎКС шароитида юрак етишмаслиги билан боғлиқ бўлган омиллар ва уларни натижалари билан ўзаро алоқаси баҳоланди (Nikus K. 2018; Omland T. 2018; Ramasamy I. 2019; Roffi M. 2020;). Таъкидлаш жоизки, беморлар популяцияси шунингдек, STEMI беморларни қамраб олди. Муаллифларнинг хабар беришича, юрак етишмовчилигининг умумий сони 13%ни ташкил этди ва STEMI беморларда (15,6%) ва NSTEMI беморларда (14,7%) бир хилда, аммо нотурғун стенокардияли беморларда (8,2%) икки марта кам бўлди (Бойцов С.А. 2018; Куликов А.Н. 2018; Searle J. 2018; Silva Marques J.2019;).

GRACE тадқиқотларида юрак етишмовчилиги бўлган беморлар юрак етишмовчилигисиз беморларга нисбатан ёш жиҳатдан катта бўлди, улар орасида аёл жинсидаги беморлар кўпчиликини ташкил этди ва улар кам чекадилар. Юрак етишмовчилигисиз беморларга нисбатан юрак етишмовчилиги бўлган беморларда қандли диабет (ҚД) ва артериал гипертензия (АГ) ўтказилган миокард инфаркти ёки транзитор ишемик атаклар (ТИА) инсулт ва юзага келувчи юрак етишмовчилигининг мавжудлиги кўпроқ учрайди (Орлов Ф.В. 2020; Чичкова М.А. 2020; Aurauma C. 2018; Naruchorn K. 2018; Nijasri C. 2018;).

Ҳозирги кунда мамлакатимизда соҳа олимлари томонидан юракнинг турли касалликларни самарали тапхислаш ва даволаш борасида қатор илмий тадқиқот олиб борилмоқда (Р.Д.Қурбонов, 2020; Н.М.Нуруллаева, 2018; 2020; А.Г.Гадаев, 2020), бироқ, ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни самарали даволаш тактикасини аниқлаш аҳамиятини такомиллаштирилмаган.

Шу билан бир вақтда шуни таъкидлаш жоизки, ҳозирги вақтга қадар фақат дори воситалари билан даволаш ва ноинвазив реваскуляризация усулларининг самараси пастлиги ишончли омили бўлиб ҳисобланади. Тадқиқот иши жараёнида олинган маълумотлар шундай хулоса қилишга имкон берадики, ўткир коронар синдромни даволашга ёндошувни яхшиланишига қарамасдан ўткир коронар синдром билан асоратланган ўткир юрак етишмаслиги нохуш яқун билан бирга кузатилади. Шифохонага ётқишида ўткир юрак етишмаслиги айниқса юқори хавфдаги беморларнинг кичик гуруҳини идентификациялайди.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг илмий-амалий ишлари режасига мувофиқ ПЗ- 2014-09092145 «Кардиопульмонал ва церебрал патологияли юракнинг ишемик ва ноишемик шикастланишли беморларнинг олиб бориш комплексини ишлаб чиқиш» мавзусидаги (2014-2017 йй) амалий лойиҳаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади хавф стратификация шкаласини башоратлаш аҳамиятини баҳолаш ва нохуш яқуннинг алоҳида предикторларини ҳисобга олиш билан ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратлаган ўткир коронар синдромли беморларни даволаш тактикасини оптималлаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли клиник кечишини ўзига хосликларини, касалликни асоратли кечишини асосий предикторларини баҳолаш;

ўткир коронар синдромли беморларда ўткир юрак етишмовчилиги ривожланганда ST кўтарилиши билан ўКС ва ST кўтарилишисиз ўКСни аҳамиятини баҳолаш;

ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларда интервенцион аралашувларини қўлламасдан дори воситалари билан даволаш натижаларини баҳолаш;

ўткир юрак етишмовчилиги синдромли беморларда қутқарувчи ва/ёки бирламчи ТОА (самарасиз ТЛТдан сўнг) шунингдек миокарднинг жарроҳлик ревазуляризациясини аҳамиятини баҳолаш;

ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларда нохуш яқунни юзага келишини энг аҳамиятли предикторларини аниқлаш, бунинг асосида эса ушбу оғир тоифа беморларида мажмуавий даволаш натижаларини яхшилаш бўйича тавсияларни шакллантириш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2016 йилдан 2018 йилгача бўлган муддатида Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказида стационар даволанишда бўлган ST сегментини кўтарилиши ва кўтарилишисиз бўлган ўткир коронар синдромли 450 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни самарали даволаш тактикасини баҳолаш аҳамиятини такомиллаштиришда электрокардиография, эхокардиография ёрдамида юрак хажмининг қисқариш, кучи, клапанларининг ҳолати, коронароагнография тож томирларнинг сиқилиш, торайиши, ёпилиш ҳамда қондаги креатинфосфаткиназа МВ фракцияси материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни самарали даволаш тактикасини такомиллаштиришда клиник, инструментал, эхокардиографик, юрак томирларини ангиографияси ва биокимёвий ва статистик тадқиқот усулларида фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгиллиги қуйидагилардан иборат:

илк бор ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ST кўтарлиши билан ўткир коронар синдром ва ST кўтарилишисиз ўткир коронар синдромли беморлар гуруҳида нохуш яқунларни алоҳида башоратловчи аҳамиятли предикторлари аниқланган;

GRACE баҳоловчи шкаласи ва замонавий стратификацион усулларини қўллаш натижасида биринчи марта кўрсатилган беморлар гуруҳида мазкур шкалани башоратловчи қиймати асосланган;

логистик регрессион таҳлил йўли билан ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдром беморларини ноинвазив даволаш самарадорлиги асосланган;

ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларнинг ёшини 65 дан юқорилиги, чиқариш фракциясининг пастлиги,

Killip-3 бўйича ўткир юрак етишмовчилиги, GRACE шкаласи бўйича юқори хавф миокард реваскуляризацияси интервенцион усуллари янада фаол ва эрта қўллашни талаб этиши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ўткир коронар синдромли беморлар келиб тушганида барча беморларга ЧФни, миокард некрозининг маркерлари КФК ва тропонин ва ЭКГни усулда аниқлашда физикал текширувлар ва анамнестик маълумотлар билан биргаликда GRACE шкаласи бўйича беморларни стратификациялаш тавсия этилган;

ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратлаган ўткир коронар синдромли беморларни даволаш башорати учун GRACE шкаласига қўшимча равишда, уларни кузатишлар динамикасида чап қоринчанинг чиқарув фракцияси амалга ошириш тавсия этилган;

беморларни, айниқса ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни даволашда ЎЮЕ Killip 3 билан асоратланган ST кўтарилиши билан ЎКС тоифа беморларини киритган холда реваскуляризациянинг бирламчи инвазив тактикасини қўллашни ошириш асосланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги. Тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир-бирини тўлдирувчи клиник, лаборатор, инструментал, тиббий-биологик ва статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, катта ёш тоифасидаги ўткир коронар синдроми бўлган беморларда ишлаб турган юракда аорта-коронар шунтлаш амалиётини имкониятларидан фойдаланишда халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланди.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларини илмий аҳамияти ST кўтарилишисиз билан ЎКС/ST кўтарилиши билан ЎКСли беморлар гуруҳида нохуш яқуннинг алоҳида предикторларини аниқланишини клиник аҳамияти намойиш этилиши, беморларнинг алоҳида гуруҳида нохуш яқунларни юзага келиши алоҳида хавф омиллари хавфи стратификациясини қўлланилиши беморларни даволаш стратегиясини тезда белгилаш, шу билан асоратларни ривожланиш хавфини сезиларли камайтириш, бунда кам хавфли беморларда қимматбаҳо даволашни қўллашга бўлган молиявий харажатлар сезиларли камайиши, дори воситалари билан алоҳидалашган даволаш ва реваскуляризациянинг ноинвазив усуллари самарадорлигини етишмаслигини намойиш этишини назарий асослари яратилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларини амалий аҳамияти логистик регрессион таҳлил қилиш йўли билан ST кўтарилишисиз билан ЎКС ва ST кўтарилиши билан ЎКСли беморлар гуруҳида даволашни инвазив тактикасини афзалликлари, инвазив даволаш тактикасини айниқса ЎКС ва ST кўтарилиши билан ЎКСли ва юрак етишмовчилиги юқори синфи билан хасталанган беморларида янада фаол қўлланилиши, турғун бўлмаган стенокардия ёки миокард инфаркти сабабли

касалхонага такрорий тушиш сони ва ўлим даражасини камайишига имкон яратилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни самарали даволаш тактикасини баҳолаш бўйича олинган натижалар асосида:

ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни самарали даволаш тактикасини баҳолаш асосида ишлаб чиқилган «Ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларда ножўя асоратларни ривожлантирадиган тахлика омилларни баҳолаш» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 12 апрелдаги 8н-д/132-сон маълумотномаси). Натижада логистик регрессион таҳлил асосида ST кўтарилишисиз билан ЎКС/ST кўтарилиши билан ЎКСли беморлар гуруҳида даволашни инвазив тактикасини афзаллиги, беморларнинг касалхонага такрорий тушиш сони ва ўлим даражасини камайиши, касалликни даволаш тактикасини танлаш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган;

ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни самарали даволаш тактикасини имкониятларини такомиллаштиришга қаратилган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро ва Жиззах вилоятларининг филиаллари шошилиш хирургия бўлимлари амалий фаолиятига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 15 июлдаги 08-09/8325-сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши ўткир коронар синдромли беморларини даволаш дастурини танлаб олиш ва текшириш баённомасини оптималлаштириш, ўткир коронар синдромли беморлари учун таклиф этилган даволаш усуллари, шунингдек, бирламчи инвазив даволаш тактикаси, касалликни турли шаклларида олинган маълумотлар ST кўтарилиши билан ЎКСли беморлари учун ўрин-кун сонини 7,7 кундан дан 6,85 кунчага, ўлим кўрсаткичини 6,5% дан 5,8% гача камайтирди ва NSTEMI беморлари учун ўрин-кун сонини 8,1 кундан 7,85 кунгача ва ўлим кўрсаткичини 6 фоиздан 4,8 фоизгача камайтирди, ST кўтарилиши билан ЎКСли беморлар гуруҳидаги 25,3% ҳолатларда тромболитик терапия ТЛТни самарасизлиги кўринишида шошилиш қутқарувчи тери орқали аралашув талаб этиш ва беморларни касалхонада бўлиш давомийлигини камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 10 та мақола, жумладан, 6 таси республика ва 4 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 131 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисми ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва заруратини асослашга, текшириш мақсади ва вазифалари, объект ва предметларини тавсифлашга бағишланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологияларининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган. Тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Ўткир юрак етишмаслиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни юритишни замонавий талқини**» деб номланган биринчи боби тўртта кичик боблардан ташкил топган бўлиб уларда ЎКСнинг турли шакллари муаммоларини замонавий ҳолати тўғрисидаги маълумотлар келтирилган. Мазкур патология аҳоли ўртасидаги ўлимнинг етакчи омилларидан бири бўлиб ҳисобланади ва яъни бошиданок ЎКСга эга бўлган беморларда гарчи ЎКС/ЎЮЕнинг натижалари, клиник тавсифи ва даволаш усуллари ЎКСни даволаш реестрлари контекстида яхши баён этилган бўлсада, бирламчи ноинвазив ва инвазив тактика контекстида ушбу беморларни даволаш натижалари тўғрисида жуда кам маълумотлар маълумдир. Касалхонага келиб тушганида ЎКСли беморларда мавжуд бўлган қатор якуний омилларни башоратлаш аҳамияти ва нохуш яқунларининг ҳавф омиллари етарли даражада кенг ёритилган, бу мазкур тоифа беморларини даволашни оптимал тактикасини аниқлаш заруриятини белгилаб беради.

Диссертациянинг «**Ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни юритиш материал ва усуллари**» деб номланган иккинчи бобида текширилган беморларнинг умумий тавсифи ва текшириш усуллари келтирилган. Тадқиқот 2016-2018 йилларда РШТЁИМнинг кардиореанимация бўлимига ётқизилган ЎМИ жараёнига трансформацияланиш фонидаги ЎЮЕ билан асоратланган ЎКСли 450 нафар беморларни ташхислаш ва даволаш натижаларини таҳлиliga асосланган. ЎЮЕни ҳар хил типига 2 гуруҳ беморлари киритилди: юракни учинчи тони (S3) билан, ўпкаларда хириллашлар ва ошган бўйинтуруқ веноз босимини мавжудлигини тавсифловчи Киллип бўйича 2- синф ЎЮЕ; ўпкаларнинг бутун юзаси бўйлаб нам хириллашларнинг мавжудлиги билан ўпкаларнинг ўткир шиши (ЎЎШ) билан тавсифланувчи Киллип бўйича 3- синф ЎЮЕ.

Эркаклар 336 (74,7%) нафар, аёллар 114 (25,3%) нафар бўлди, текширилганларнинг ўртача ёши $62,3 \pm 2,75$ йилни ташкил этди, ўртача тана вазни $82,2 \pm 15,1$ кг, ўрта бўй баландлиги $170,4 \pm 10,8$ см, тана вазни индекси (ТВИ) $28,5 \pm 1,3$ ни ташкил этди.

Ўткир юрак етишмовчилиги (ЎЮЕ) кўринишидаги асоратлар даражасидан келиб чиққан ҳолда Killip бўйича ҳар бир гуруҳ беморлари 2 кичик гуруҳларга ажратилдилар. ЎЮЕ даражаси Killip таснифига кўра, 2012 йилдаги ESC/ACCF тавсияларига биноан аниқланган. Гуруҳлардаги асосий кўрсаткичлар қуйидагича тақсимланган. ST сегмент кўтарилишсиз ЎКС гуруҳида Killip 2 кичик гуруҳига 188 нафар (76,7%) беморлар, Killip 3 кичик гуруҳига – 57 нафар (23,3%) беморлар киритилди. Кичик гуруҳлардаги беморлар жинси, ёши ва ТВИ бўйича мос бўлган. Killip 2 кичик гуруҳида эркаклар 139 нафар (73,9%), аёллар эса – 49 нафар (26,1%) бўлди; уларнинг ўртача ёши 59 ± 12 ёшни ташкил қилди; ўртача ТВИ - $28,1 \pm 6,1$ кг/м². Killip 3 кичик гуруҳида эркаклар ва аёллар сони, ўртача ёш кўрсаткичи ва ТМИ мувофиқ ҳолда 42 нафар (73,7%); 15 нафар (26,3%); 61 ± 11 ёш ва $29,2 \pm 5,1$ кг/м² ташкил қилди. Хавф омиллари ҳам ўзаро мос бўлган. Killip 2 кичик гуруҳидан 87 нафар (46,3%) бемор, Killip 3 кичик гуруҳидан 27 нафар (47,%) бемор чеккан. Юрак-қон томир касалликлари бўйича мураккаб ирсийлик мувофиқ ҳолда 82 нафар (43,6%) ва 31 (54,4%) нафар беморда мавжуд бўлган. Дислипидемия, 2-типдаги типдаги ҚД, артериал гипертензия 3-даражаси мувофиқ ҳолда Killip 2 кичик гуруҳининг 51 нафар (27,1%); 108 нафар (57,4%) ва 92 нафар (48,9%) беморида ва Killip 3 кичик гуруҳининг 21 нафар (36,8%); 36 нафар (63,2%) ва 33 нафар (57,9%) беморида кузатилди. Беморларнинг шифохонага келишлари вақти ўртача ST сегмент кўтарилишсиз ЎКС гуруҳидаги беморлар учун $7,3 \pm 2,7$ соатни, ST сегмент кўтарилиши билан ЎКС гуруҳидаги беморлар учун $6,1 \pm 2,1$ соатни ташкил қилди ($p < 0,05$).

ST сегмент кўтарилишсиз ЎКС гуруҳидаги ва ST сегмент кўтарилиши билан ЎКС гуруҳидаги клиник кўрсаткичлардан келиб чиққан ҳолда кузатилаётган беморларнинг тақсимланиши 1- ва 2-жадвалларда келтирилган.

ST сегмент кўтарилишли ЎКС гуруҳ беморлари ҳам ЎЮЕ кўринишидаги асоратнинг мавжудлигига кўра икки кичик гуруҳга ажратилдилар: Killip 2 кичик гуруҳига 144 нафар (68,8%) бемор, Killip 3 кичик гуруҳига – 61 нафар (31,2%) бемор киритилди. ST сегмент кўтарилишли ЎКС гуруҳига киритилган беморларнинг бирламчи тавсифлари 2-жадвалда келтирилган. ST сегмент кўтарилишли ЎКС гуруҳи беморлари кичик гуруҳларда жинси, ёши ва ТМИ бўйича мос келганлар. Шундай қилиб, Killip 2 кичик гуруҳида эркаклар 104 нафар (72,2%); аёллар – 40 нафар (27,8%) бўлган; беморларнинг ўртача ёши $64,2 \pm 12$ ёш; ўртача ТМИ $28,5 \pm 6$ кг/м² бўлган. Killip 3 кичик гуруҳида эркаклар ва аёллар сони, ўртача ёш кўрсаткичи ва ТМИ мувофиқ ҳолда 47 нафар (77%); 14 нафар (23,0%); 65 ± 11 ёш ва $29,6 \pm 5$ кг/м² бўлган.

Хавф омиллари ҳам ўзаро мос бўлган. Шундай қилиб, Killip 2 кичик гуруҳидаги 79 нафар (52,7%) бемор ва Killip 3 кичик гуруҳидаги 31 нафар (50,8%) бемор чеккан. Юрак-қон томир касалликлари бўйича мураккаб ирсийлик мувофиқ ҳолда 76 нафар (52,7%) ва 39 нафар (63,9%) беморда кузатилди. Дислипидемия, 2-типдаги ҚД, 3-даражали АГ 63 нафар (43,7%);

92 нафар (63,8%) ва 98 нафар (68,0%) Killip 2 кичик гуруҳидаги беморда ва 38 нафар (62,2%); 51 нафар (83,6%); ва 47 нафар (77,0%) Killip 3 кичик гуруҳидаги беморда мавжуд бўлган. Салбий оқибатларга олиб келиши мумкин бўлган чекиш, юрак-қон томир касалликлари бўйича салбий ирсийлик ва ёш каби хатар омиллари ва клиник симптомларни таҳлил қилишдан ташқари, юрак ишемик касаллиги анамнези, жумладан миокард инфаркти, миокард инфаркти ҳолатида шифохонага келган вақтдаги инфарктдан кейинги стенокардиялар, қайта мурожаат этиш, кеч мурожаат этишлар (хуруждан кейин 12 соат ўтгач) ҳам ҳисобга олинган.

1-жадвал

ST сегмент кўтарилишсиз ўКС гуруҳ беморларининг хавф омиллари бўйича тавсифи

Беморлар тавсифи	Killip 2n=188	Killip 3 n= 57	p
Ёши	59,2±12,3	61,5±11,1	>0,05
Эркаклар	139 (73,9%)	42 (73,7%)	>0,05
Аёллар	49 (26,1%)	15 (26,3%)	>0,05
Кўкрак суяги орқасидаги оғриқлар	176 (93,6%)	52 (91,2%)	>0,05
Ирсийлик	82 (43,6%)	31 (54,4%)	<0,05
Анамнезда ЮИК	121 (64,4%)	39 (68,4%)	>0,05
Қайта мурожаат қилиш	42 (22,3%)	23 (40,4%)	<0,05
ҚД	108 (57,4%)	36 (63,2%)	<0,05
3-даражали АГ.	92 (48,9%)	33 (57,9%)	<0,05
Чекиш	87 (46,3%)	27 (47,4%)	>0,05
Дислипидемия	51 (27,1%)	21 (36,8%)	<0,05
ТМИ	28,1±6,1	29,2±5,1	>0,05

Шундай қилиб, ST сегмент кўтарилишсиз ўКС гуруҳининг ҳамма беморлари (NSTEMI/Q тишчасиз МЎИ) антиагрегант терапия (аспирин) қабул қилишган, бунда 67% Killip 2 кичик гуруҳ беморларида қарши кўрсатмалар ва 64% Killip 3 кичик гуруҳ беморларида қарши кўрсатмалар йўқлиги ҳолатида икки компонентли (таркибли)антиагрегант, клопидогрельни ўз ичига олган даволаш қўлланилди. ЎЮЕ бўйича кичик гуруҳларга бўлишнинг асосий мезони бўлиб 2012 йилдаги ESC/ACCF тавсияларига кўра Томас Киллип ва Жон Кимбаллар таклиф қилган мезонлар хизмат қилди. ST сегмент кўтарилишли ўКС гуруҳининг ҳамма беморлари, хусусан ТЛТ кўрсаткичларига кўра консерватив медикаментоз даволанишда бўлганлар.ST сегмент кўтарилишли ўКС гуруҳининг жами 205 нафар (100%) беморлари антиагрегант терапия (аспирин) қабул қилганлар, Killip 2 кичик гуруҳининг 104 нафар (72%) беморига ва Killip 3 кичик гуруҳининг 46 нафар (75%) беморига ўз таркибига клопидогрельни олган иккиланган антиагрегант

терапия тайинланди. Тўғридан тўғри антикоагулянтлар билан даволашда Killip 2 кичик гуруҳининг 141 нафар (98%) бемори ва Killip 3 кичик гуруҳининг 59 нафар (97%) бемори қабул қилган. Қолган 3 ва 2 нафар беморлар мувофиқ ҳолда фракционланган гепарин (клексан) қабул қилганлар. АПФ ингибиторларини тайинлашга зарурат Killip 2 кичик гуруҳининг 111 нафар (77%) беморида ва Killip 3 кичик гуруҳининг 44 нафар (72%) беморида мавжуд бўлган. β -адреноблокаторларни мувофиқ ҳолда 75 нафар (52%) бемор ва 19 нафар (31%) бемор қабул қилган. Killip 2 кичик гуруҳининг 75 нафар (52%) бемори Killip 3 кичик гуруҳининг 61 нафар (100%) беморига диуретик даволаш тайинланди. Стрептокиназали ТЛТ даволанишини Killip 2 кичик гуруҳининг 122 нафар (84,7%) беморива Killip 3 кичик гуруҳининг 51 нафар (83,6%) бемори қабул қилди.

2-жадвал

ST сегмент кўтарилишли ўқс гуруҳ беморларининг хавф омиллари бўйича тавсифи

Беморлар тавсифи	Killip 2 n=144	Killip 3 n=61	p
Ёши	64,5±13	65,2±12	<0,05
Эркаklar	104 (72,2%)	47 (77,0%)	>0,05
Аёллар	40 (27,8%)	14 (23,0%)	>0,05
Ирсийлик	76 (52,7%)	39 (63,9%)	>0,05
Анамнезда ЮИК	114 (79,1%)	55 (90,1%)	<0,05
Қайта мурожаат қилиш	40 (27,8%)	22 (36,0%)	<0,05
ҚД	92 (63,8%)	51 (83,6%)	<0,05
3-даражали АГ	98 (68,0%)	47 (77,0%)	<0,05
Чекиш	79 (54,8%)	31 (50,8%)	<0,05
Дислипидемия	63 (43,7%)	38 (62,2%)	>0,05
ТМИ	28,5±6	29,6±5	<0,05

Диссертациянинг учинчи боби «Ўткир юрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни, хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда самарали даволаш тактикасини аниқлаш», деб номланиб, медикаментоз терапиянинг самарадорлиги ҳақида қайталанувчи стенокардия,ангинал хуружнинг тўхтатилиши, аритмия ва ўЮЕ даражасининг оғирлашишини ўз ичига олган асоратларнинг мавжудлигига қараб баҳоланган. ST сегмент кўтарилишисиз ўқс гуруҳида фақатгина дори воситалари билан даволаш самарадорлиги юқори бўлмади: Killip 2 кичик гуруҳининг 94 нафар (50%) беморида ва Killip 3 кичик гуруҳининг 31 нафар (54,4%) беморида ангинал хуружнинг қайталанишҳолати қайд этилди (3.3-жадвалга қаранг). Killip 2 кичик гуруҳининг 9 нафар (4,8%) беморида ва 10 нафар (17,5%) Killip 3 кичик гуруҳи беморида инфаркт-қарам артерияни

шошилиш стентлаш ўтказилди. Мувофиқ ҳолда 85 нафар (45,2%) Killip 2 кичик гуруҳи беморида ва 21 нафар (36,8%) Killip 3 кичик гуруҳи беморида режа асосидаги ТОКА (тери орқали коронар аралашув) шифохонага келиб тушгандан кейин 72 соатгача бўлган муддатда бажарилди (3-жадвал).

3-жадвал

ST сегмент кўтарилишисиз ўКС гуруҳ беморларини даволаш натижалари (NSTEMI/Q тишчасисиз ўМИ), n=245

Результат лечения	Killip 2, n=188		Killip 3, n=57		p
	Бс.	%	абс.	%	
Медикаментоз даволаш	188	100,0	57	100,0	>0,05
- шифохонага келиб тушганда самарали	94	50,0	26	45,6	>0,05
- шифохонага келиб тушганда самарасиз	94	50,0	31	54,4	>0,05
КАГ	94	50,0	31	54,3	<0,05
- шошилиш ТОКА	9	4,8	10	17,5	<0,05
- кечиктирилган ТОКА	85	45,2	21	36,8	<0,05
Шифохонада даволаниш муддати, кунлар, M±SD	6,1±1,4		7,1±1,6		>0,05
Ўлим ҳолати	8 (4,2%)		4 (7,0%)		

Беморларни клиникада бўлиш давомийлиги Killip 2 кичик гуруҳида 6,1±1,4 кунни, Killip 3 кичик гуруҳида – 7,1±1,6 кунни ($p>0,05$) ташкил қилди. Ўлим ҳолатлари мувофиқ ҳолда 4,2 ва 7,0 фоизни ташкил қилди. Қайд этиш керакки, қайталанувчи стенокардия ва ўлим ҳолатлари консерватив ноинвазив даволанишда бўлган беморлар орасида қайд этилди. Эрта инвазив ва кечиктирилган инвазив, реваскуляризацияни ўз ичига олган даволанишда бўлган беморлар орасида қайталанувчи стенокардия ва ўлим ҳолатлари қайд этилмади.

4-жадвалдан кўриниб турганидек, ST сегмент кўтарилишисиз ўКС гуруҳ беморларида(NSTEMI/ Q тишчасисиз ўМИ) ўЮЕ билан янада оғирлашган қайталанган ангиноз ҳужум ривожланишидан иборат бўлган салбий оқибатлар такрорланиш суръати Killip 2 кичик гуруҳининг 72 нафар (76,5%) беморида кузатилган, уларга бирламчи фақатгина медикаментоз даволаш ўтказилган, 22 нафар (23,4%) беморда юрак ритмининг турли бузилишлари кузатилган, улар орасида энг кўп юрак олд бўлмачаси фибриляцияси ва қоринчаларнингэкстрасистолалари кузатилган ($p<0,05$). Бунда қайталанувчи стенокардия инвазив усул қўлланилишида бирор бир ҳолатда ҳам кузатилмаган, лекин 1 беморда (11,1%) бирламчи-инвазив тактикадан кейин ва 9 нафар (10,5%) беморда кечиктирилган инвазив тактикадан кейин юрак ритмининг бузилиши кузатилган, шуни ҳам қайд этиш керакки, тож артерияларнинг шикастланиш субстратлари критик стенозлар ҳисобланади,

бунинг натижасида эса, ST сегмент кўтарилишисиз ўКС гуруҳ беморларини реваскуляризациялаш ҳолатида реперфузион синдроми қайд этилмайди.

4-жадвал

Killip 2 ўЮЕ билан оғирлашган ST сегмент кўтарилишисиз ўКС гуруҳ беморларини даволаш натижалари (n=188)

Беморларни даволашнинг салбий натижалари	Шифохонага келгандаги медикаментоз даволаш n=94	Инвазив стратегия n=94	
		Бирламчи-инвазив n=9 (9,5%)	Кечиктирилган (ТОКА+АКШ) n=85 (90,5%)
Қайталанган ангинал хуруж	72(76,5%)	-	-
Бундан ташқари аритмиялар:	22(23,4%)	1(11,1%)	9(10,5%)
-БФ	6(6,4%)	-	4(4,7%)
-ЭС	7(7,4%)	1(11,1%)	4(4,7%)
-АВ блокадалар	3(3,2%)	-	1(1,1%)
-ҚФ	5(5,3%)		
-ЭМД	1(1,06%)		
ўЮЕ ривожланиши	8(8,5%)	-	-
ўлим ҳолати	8(8,5%)	-	-
ўлим ҳолатларининг умумий сони		8 (4,2%)	

Фақатгина медикаментоз даволанишда бўлган Killip 2ST сегмент кўтарилишисиз ўКС гуруҳининг 94 нафар (50%) беморларидан 8 ҳолатида (8,5%) ўтказилаётган даволашга қарамай касалликнинг ривожланиши қайд этилди, бу барқарор ҚФ ва асистолияни ўз ичига олган ўткир юрак етишмовчилиги ва фатал аритмияларнинг оғирлашиши билан тавсифланди, бу эса охир-оқибатда ўлимга олиб келиб ушбу кичик гуруҳнинг 188 нафар (100%) беморидан 4,2 фоизини ташкил қилди.

Келтирилган 5-жадвалдан кўришиб турибтики, ўЮЕ билан оғирлашган Killip 3 ST сегмент кўтарилишисиз ўКС(NSTEMI/Q тишчасиз МўИ) гуруҳи беморларида стенокардия хуружининг қайта ривожланишидан иборат бўлган салбий натижалар частотаси медикаментоз даволанишда бўлган 18 нафар (69,2%) беморда кузатилди, бунда 8 нафар (30,8%) беморда юрак ритмининг турли бузилишлари кузатилди, улардан энг кенг тарқалгани қоринча экстрасистолиялари (3/9,6%) ва юрак олд бўлмачалари фибриляциялари (2/6, 45%) ($p < 0,05$) бўлган. Бунда қайталанувчи стенокардия ҳолатлари инвазив стратегия қўлланилганида бирорта ҳам ҳолатда кузатилмаган, 1 беморда (10%) бирламчи-инвазив тактикадан кейин ва 6 нафар (18,7%) беморда кечиктирилган инвазив тактикадан кейин миокард реперфузияси синдроми билан боғлиқ бўлган юрак ритми бузилишлари кузатилган.

**Killip 3 ЎЮЕ билан оғирлашаган ST сегмент кўтарилишисиз ЎКС
(NSTEMI/Q тишчасиз МЎИ) гуруҳ беморларини даволаш натижалари
(n=57)**

Беморларни даволашнинг салбий натижалари	Шифохонага келгандаги медикаментоз даволаш n=26 (45,6%)	Инвазив стратегия n=31 (54,4%)	
		Бирламчи-инвазив n=10 (32,3%)	Кечиктирилган (ТОКА+АКШ) n=21 (67,7%)
Қайталанган ангиноз хуруж	18(69,2%)	-	-
Бундан ташқари аритмиялар:	8(30,8%)	1(10%)	6(28,5%)
-БФ	2(7,6%)	1(10%)	3(9,6%)
-ЭС	3(11,5%)		2(6,4%)
-АВ блокадалар	2(7,6%)		1(3,2%)
-ҚФ	1(3,8%)		
-ЭМД	1(3,8%)		
ЎЮЕ ривожланиши	4(15,3%)	-	-
Ўлим ҳолати	4(15,3%)	-	-
Ўлим ҳолатларининг умумий сони		4 (7,0%)	

Killip 3 ЎЮЕ билан оғирлашаган ST сегмент кўтарилишисиз ЎКС гуруҳ беморларида фақатгина медикаментоз даволанишда бўлган 26 нафар (45,6%) бемордан 4 ҳолатда (15,3%), ўтказилган даволаш ишларига қарамасдан, касалликнинг ривожланиши қайд этилди, бу оғирлашишлар юрак етишмовчилигининг ва фатал аритмияларнинг оғирлашиши охир-оқибатда ўлим ҳолатларига олиб келиб, ушбу гуруҳ 57 нафар (100%) беморларидан 7,0 фоизни ташкил қилди.

Оғирлашаган ST сегмент кўтарилишли ЎКС гуруҳ Killip 2 120 нафар (83,3%) беморларида бирламчи ТЛТ ўтказилди (6-жадвал). Ўз самарасини кўрсатган ТЛТ 77 нафар беморда кузатилди, мувофиқ ҳолда даволаш самарадорлиги (64,1%) ташкил қилди. ТЛТ ўтказилиши ҳолатида 43 нафар (35,9%) беморда ангиноз оғриқлар сақланиб қолди, бундан ташқари ушбу гуруҳнинг 2 нафар (1,38%) беморида КАГ кўрсаткичларида ўзгаришлар қайд этилиб, уларнинг мавжудлиги ҳолатида стентлаш имконсиз эди (ЧТА стволи шикастланиши), шу сабабли 2 нафар (1,38%) беморга КАГ муолажасидан кейин ТЛТ ўтказилди. Killip3 оғирлашган ST сегмент кўтарилишли ЎКС гуруҳининг 45 нафар (73,7%) беморда бирламчи ТЛТ ўтказилди (3.12-жадвал, 3.4-расм). ТЛТ самарадорлиги 35 нафар беморда кузатилди, мувофиқ ҳолда даволаш самарадорлиги (77,7%) ташкил қилди. 10 нафар (22,3%)

беморда ТЛТ ўтказилиши ҳолатида ангиноз оғриқлар сақланиб қолган, бундан ташқари ушбу гуруҳнинг 6 нафар (9,8%) беморида КАГ кўрсаткичларида ўзгаришлар қайд этилди, ушбу ўзгаришлар ҳолатида стентлаш имконсиз бўлиб (ЧТА стволи шикастланиши), шу сабабли бу 6 нафар (9,8%) беморга КАГ муолажасидан кейин ТЛТ ўтказилди. Клиникада қабул қилинган тактикага биноан, клиникага ангиноз ҳуруж бошланганидан кейин 6 соат ичида олиб келинган Killip 2 кичик гуруҳининг 120 нафар (83,3%) беморига ва Killip 3 кичик гуруҳининг 45 нафар (73,8%) беморига стрептокиназ дори воситаси ёрдамида тромболитик даволаш ўтказилди. Killip 2 кичик гуруҳининг 77 нафар (64,2%) беморида ва Killip 3 кичик гуруҳининг 35 нафар (77,8%) беморида инфаркт-боғлиқ тож артерия ревазуляризацияси билан биргаликда кузатилган тромболитик даволашнинг ижобий таъсири қайд этилди. Оғриқ синдроми пайдо бўлганидан кейин 120 дақиқа мобайнида Killip 2 гуруҳининг 22 нафар (15,3%) бемори ва 6 нафар (9,8%) Killip 3 гуруҳи беморлари келиб тушган. Ушбу беморларга шошилиш тартибда бирламчи инфаркт-боғлиқ артерияни ревазуляризациялаш билан ТОКА бажарилди. Шу билан бирга бир вақтнинг ўзида 43 нафар (23,9%) Killip 2 кичик гуруҳ беморларида ва 10 нафар (16,4%) Killip 3 кичик гуруҳ беморларида ўтказилган тромболитик даволаш ҳолатида ревазуляризация қайд этилмади (ангиноз оғриқлар сақланиб қолган, ST сегменти изолинияга тушишсиз). Мувофиқ ҳолда 38 нафар (26,4%) ва 7 нафар (11,4%) беморга ТЛТ самара бермагани ҳолатида кейнчалик қутқарувчи ТОКА ўтказиш билан коронаграфия амалга оширилди. Killip 2 кичик гуруҳининг қолган 77 нафар (47,2%) беморига ва 39 нафар (63,9%) Killip 3 кичик гуруҳ беморига аҳволининг барқарорлашувидан кейин 2 кундан 6 кунгача бўлган муддатда ТОКА билан биргаликдаги кечиктирилган КАГ бажарилди.

Killip 2 кичик гуруҳи беморларининг клиникада қолиш муддатлари $7,4 \pm 1,4$ кунни, Killip 3 кичик гуруҳ беморларини эса – $8,2 \pm 1,6$ кунни ташкил қилди. Ўлим кўрсаткичи мувофиқ ҳолда 4,8 ва 8,1 фоизга тенг бўлди. Шуни алоҳида қайд этиш керакки, қайталанувчи стенокардия ва ўлим билан якун топиш ҳолатлари ўз ичига тромболитик даволашни ҳам олган консерватив ноинвазив даволанишда бўлган беморларда қайд этилган. Ўз ичига қайталанувчи стенокардиянинг ревазуляризациясини олган эрта инвазив ва кечиктирилган инвазив даволанишда бўлган беморлар орасида қайталанувчи стенокардия ва ўлим ҳолатлари кузатилмаган.

Killip 2 ЎЮЕ билан оғирлашган ST сегмент кўтарилишли ЎКС гуруҳкўпчилиги беморларида, яъни 120 нафариди (83,3%) ТЛТ ўтказилди, 22 ҳолатда (15,3%) бирламчи ТОКА ўтказилган. Шифохонада бўлган муддатдаги стенокардия қайталанишининг барча ҳолатлари ўз ичига ТЛТ муолажасини олган консерватив ноинвазив даволанишда бўлган шахсларда қайд этилган, ушбу шахсларда GRACE шкаласи бўйича юқори хавф кузатилган. Бирламчи ёки кечиктирилган ТОКА даволанишида бўлган беморлар орасида стенокардия қайталаниш ҳолатлари бўлмаган. Қуйида Killip 2 ЎЮЕ билан оғирлашган ST сегмент кўтарилишли ЎКС гуруҳ

беморларида даволашнинг турли стратегияларини қўллашдаги салбий оқибатларнинг батафсил таҳлили келтирилган (7-жадвал).

6-жадвал

ST сегмент кўтарилишли ўКС гуруҳ беморларини даволаш натижалари (STEMI/Q тишчали МЎИ) n=205

Даволаш натижаси	Killip 2 n=144		Killip3 n=61	
	тек.	%	тек.	%
ТЛТ	120	83,3	45	73,8
- самарали	77	64,2	35	77,8
- самарасиз	43	35,8	10	22,2
КАГ	139	96,5	58	95,0
- бирламчи ТОКА	22	16,0	6	9,8
- кутқарувчи ТОКА (муваффақиятсиз ТЛТ дан кейин)	38	26,4	7	11,4
- кечиктирилган ТОКА	77	47,2	39	63,9
- КАГ дан кейинги ТЛТ	2	1,38	6	9,8
КАГ				
Стационар даволаш муддати, кунлар, M±SD	7,4 ±1, 4		8,2 ± 1,6	
Ўлим ҳолатлари	7 (4,8%)		5 (8,1%)	
Ўлим ҳолатларининг умумий сони	12 (5,85%)			

7-жадвалдан кўриниб турибтики, ТЛТ муолажасини ўз ичига олган даволанишнинг таъсири йўқлиги ҳолатида албий натижалар частотаси 43 нафар (35,9%) беморда кузатилган, бунда ТЛТ самарадорлиги 64,1% (77 ҳолатда) бўлган. Медикаментоз даволаш + ТЛТ даволанишда бўлган 115 нафар (95,8%) беморда юрак ритми бузилишининг турли кўринишлари кузатилган, улар куйидагилардан иборат бўлган: БФ – 46 нафар (38,3%) беморда; ҚЭС – 60 нафар (50,0%); АВ блкадалар – 4 нафар (3,3%) беморда. Бундан ташқари 2 нафар беморга КАГ ўтказилди, бунда анатомик ўзига хосликлар (Чап коронар артерия асосининг шикастланиши) реканализация ўтказилишига йўл қўймади, шу сабабли уларда ТЛТ ўтказилди, ушбу беморлар охир-оқибатда ривожланиб борган ўЮЕ касаллигидан вафот этганлар. Консерватив даволанишда бўлган 120 нафар бемордан 5 нафарида (4,16%) ўтказилаётган даволанишга қарамай ўЮЕ ривожланиши қайд этилди, бу эса охир-оқибатда ўлим ҳолатига олиб келган. Шу билан бирга стенокардиянинг купирланмаган ҳужура ва қайта сенокардия ҳолатлари стентлаш билан биргаликда ТОКА қўлланилганида бирорта ҳам ҳолатда кузатилмаган бўлсада, бирламчи-инвазив тактикадан кейин 20 нафар (90,9%) беморда, кутқарувчи ТОКА ўтказилган (самарасиз ТЛТ ҳолатида) 38 нафар

бемордан 32 нафарида (87,7%), ҳамда кечиктирилган инвазив даволаш ўтказилган 77 нафар бемордан 18 нафарида (23,3%) юрак ритмининг турли бузилишлари қайд этилган. Бирламчи ва қутқарувчи ТОКА ўтказилганидан кейин ритм бузилишининг юқори частотаси реперфузияли аритмия билан боғлиқдир, бу адабиётларда келтирилган маълумотлар билан мос келади.

7-жадвал

Killip 2 ўЮЕ билан оғирлашган ST сегмент кўтарилишли ўКС (STEMI/Q тишчали МўИ) гуруҳ беморларида даволаш натижалари (n=144)

Беморларни даволашнинг салбий натижалари	Медикаментоз стратегия +ТЛТ n=122		Бирламчи и-инвазив n=22 (16%)	Кейинги даврда инвазив аралашувли ташхислаш коронарографияси n=115 (79,8%)	
	Бирламчи ТЛТ n=120 (98,3%)	КАГ дан кейинги ТЛТ n=2 (1,6%)		Кутқарувчи и ТОКА n=38 (33,0%)	Кечиктирилган ТОКА n=77 (67,0%)
Самарадорлик	77(64.1%)	-	22(100%)	38(100%)	77(100%)
Самарасиз	43(35.9%)	2(100%)	-	-	-
Юрак ритмининг бузилиши	115(95.8%)	2(100%)	20(90,9%)	32(84%)	18(23,3%)
БФ	46(38,3%)		8(36,3%)	12(31,5%)	4(5,2%)
ЭС	60(50,0%)		9(40,9%)	18(47,3%)	12(15,5%)
АВ блокадалар	4(3,3%)		3(13,6%)	2(5,2%)	2(2,5%)
ҚФ	2(1,6%)	2(100%)			
ЭМД	1(0,8%)				
Ўлим ҳолати	5 (4,16%)	2 (100%)	-	-	
Ўлим ҳолатларининг умумий сони	7(4,86%)				

Killip 3 ўЮЕ билан оғирлашган ST сегмент кўтарилишли ўКС гуруҳ беморларида даволашнинг турли стратегияларини қўллашдаги салбий натижалар таҳлили қуйидаги жадвалда келтирилган (8-жадвал).

**Killip бўйича 3 синф ЎЮЕ билан оғирлашган ST сегмент кўтарилишли
ЎКС гуруҳ беморларини даволашнинг натижалари**

Беморларни даволашнинг салбий натижалари	Медикаментоз стратегия +ТЛТ n=51 (83.6%)		бирламчи-инвазив n=6 (9,8%)	Кейинги даврдаинвазив аралашув билан ташхисловчи коронарография n=46 (75.4%)	
	Бирламчи ТЛТ n=45	КАГ муолажасидан кейинги ТЛТ n=6		Кутқарувчи ТОКАn=7 (15.2%)	Кечиктирилган ТОКАn=39 (84.7%)
Самарали	35(77,7%)	-	6(100%)	7(100%)	39(100%)
Самарасиз	10(22,3%)	6(100%)	-	-	-
Юрак ритми бузилиши	42(93.6%)	6(100%)	5(83,3%)	6(85,7%)	19(48,7%)
<i>БФ</i>	17(40,4%)	1(16,6%)	2(33,3%)	2(28,5%)	6(15,3%)
<i>ЭС</i>	22(52,3%)	2(33,3%)	3(50,0%)	4(57,1%)	13(33,4%)
<i>АВ блокадалар</i>	1(10,8%)	1(16,6%)	-	-	
<i>ҚФ</i>	1(3,3%)	1(16,6%)			
<i>ЭМД</i>	1(3,3%)	1(16,6%)			
Ўлим ҳолати	3(6,7%)	2(33,3%)	-	-	-
Умумий ўлим ҳолатлари	5(10,6%)			-	-

8-жадвалдан кўриниб турибдики, даволаш таъсирининг йўқлигидан иборат бўлган салбий натижалар частотаси бирламчи ТЛТ муолажасини ўз ичига олган медикаментоз даволаш ўтказилган 10 нафар (22,3%) беморда кузатилди, бунда 42 нафар (93,6%) беморда юрак ритмининг турли бузилишлари кузатилди, улардан энг кўп юрак бўлмалари фибрилляциясиқайд этилди. Стенокардиянинг купирланмаган хуружлари билан оғриган ҳамма беморлар КАГ муолажасини ўз ичига олган инвазив даволанишга йўналтирилдилар. Бунда стенокардиянинг купирланмаган хуружлари ва қайталанган стенокардия ҳолатлари инвазив стратегияни қўллашда битта ҳам ҳолатда қайд этилмади. Даволашнинг инвазив усулида юрак ритмининг бузилиши бирламчи-инвазив аралашувларда 5 нафар (83,3%) беморда, 6 нафар (85,7%) беморда кутқарувчи ва 19 нафар (48,7%) беморда даволашнинг инвазив усулидан кейин кузатилган. Юқорида айтилгандан кўриниб турибдики даволашнинг медикаментоз усули даволашнинг самарасизлиги ва стенокардия хуружини тўхтатиб қолмаслик, ҳамда юрак ритмининг бузилишини ўз ичига олган салбий натижаларнинг ишончли даражада бир қанча юқори частотаси билан биргаликда кузатилган.

Даволашнинг инвазив тактикаси қўлланилган гуруҳда юрак ритмининг ҳамма бузилишлари реперфузион синдром билан боғлиқ бўлган. Шунини алоҳида қайд этиш керакки, ТЛТ билан биргаликда қўлланилган медикаментоз даволашда олиб борилаётган даволаш ишларига қарамадан ЎЮЕ ва ўлим ҳолатларининг ривожланиши қайд этилди.

Даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили ST сегмент кўтарилишли ЎКС/ST сегмент кўтарилишсиз ЎКС гуруҳларида қуйидаги қонунитяларни аниқлади (9-жадвал):

- ЎКС ҳолатида медикаментоз даволашнинг самарадорлиги 50 фоиздан ошмаган, ҳамда ST сегмент кўтарилишли ЎКС/ST сегмент кўтарилишсиз ЎКС гуруҳларида мувофиқ ҳолда 49 ва 44,4% бўлган;

- Фақат ST сегмент кўтарилишли ЎКС беморларида ўтказилган тромболитик даволаш (фибролитик даволаш) самарасизлиги 25,8 фоизни ташкил қилган, бу ўта юқори кўрсаткич бўлиб, шу сабабли ҳам ТЛТ бу гуруҳ беморларида даволашнинг асосий усули сифатида қўлланила олинмайди;

- Асоратларнинг ривожланиш хавфи (мувофиқ ҳолда 36,7% ва 25,8%) ТЛТ даволанишини ўз ичига олган медикаментоз даволанишда бўлган беморлардагина сақланиб қолади. Миокарднинг интервенцион ва/ёки очик ревазуляризациясини ўтказиш шифохонадаги муддатда айталанувчи стенокардия ва ўлим ҳолатлари ривожланиш эҳтимолини сезиларли даражада пасайтиради.

9-жадвал

ST сегмент кўтарилишли ЎКС/ST сегмент кўтарилишсиз ЎКС гуруҳ беморларини даволаш натижаларини қиёсий таҳлили

Даволаш натижаси	ST сегмент кўтарилишсиз ЎКС n=245		ST сегмент кўтарилишли ЎКС n=205		p
	тек.	%	тек.	%	
Медикаментоз даволаш/ТЛТ	245	100	167	80,5	
Самарали	120	48,9	112	54,6	
самарасиз	125	51,1	55	25,8	
КАГ	125	51,0	197	96,0	
Бирламчи ТОКА	19	7,7	28	13,6	<0,05
қутқарувчи ТОКА (самара бермаган ТЛТ дан кейин)	килинмаган	килинмаган	53	25,8	
кечиктирилган ТОКА	106	43,2	116	56,5	<0,05
Шифохонада ётиш муддати, кунлар mean±SD	6,85±1,4		7,85±1,5		<0,05
Ўлим ҳолати	12	4,8	12	5,8	<0,05

Коронар ангиография ST сегмент кўтарилишсиз ўКС гуруҳининг 51% беморларида ва ST сегмент кўтарилишли ўКС гуруҳининг 96% беморларида ўтказилди, бунда юеморларнинг ушбу сонидан мувофиқ ҳолда 19 нафар (7,7%) ва 28нафар (13,6%) беморларида бирламчи ТОКА, ST сегмент кўтарилишли ўКС/ST сегмент кўтарилишсиз ўКС гуруҳларининг 106 нафар (43,2%) ва 116 нафар (56,5%) беморида – аҳволнинг барқарорлашишидан кейин кечиктирилган тартибдаги аралашув бажарилди.

Қайталанувчи стенокардия, аритмиялар, қайталанган миокард ва ўлим ҳолатлари даволаш самарадорлигини баҳолашнинг якуний нуқтаси бўлди. Бу каби натижаларнинг умумий сонини биз салбий дея баҳоладик. ST сегмент кўтарилишли ўКС гуруҳининг беморлари клиникада бир мунча узок вақт қолдилар, ST сегмент кўтарилишсиз ўКС гуруҳининг беморларининг муддати эса – мувофиқ ҳолда $7,85 \pm 1,5$ кунва $6,6 \pm 1,4$ кунни ташкил қилди. ўтказилган даволаш ишларига қарамай, ST сегмент кўтарилишсиз ўКС гуруҳида ўлим ҳолатлари 4,8% ҳолатда юз берди, ST сегмент кўтарилишли ўКС гуруҳида ушбу кўрсаткич нисбатан юқори бўлган – 5,8%.

10-жадвал

ST сегмент кўтарилишсиз ўКС гуруҳ беморларида салбий натижалар ривожланишининг хавф омиллари

Хавф омиллари	ST сегмент кўтарилишсиз ўКС		
	ШБ	ИИ	р
Жинс	1,41	0,54-3,68	>0,05
65 ёшдан катта	2,9	1,13-7,47	<0,05
Ирсийлик	1,06	0,43-2,6	>0,05
Анамнезда ЮИК	0,21	0,08-0,57	<0,05
Қайта муружаат қилиш	0,65	0,21-2,01	>0,05
ҚД	0,28	0,1-0,75	<0,05
Чекиш	0,57	0,22-1,48	>0,05
ФВ <45	3,63	1,41-9,4	<0,05
Бўлмача фибрилляцияси	0,14	0,03-1,03	<0,05
ҚТ ишлаши	1,12	0,34-5,19	>0,05
Қоринча экстрасистолияси	0,2	0,03-1,49	>0,05
II даражали атриовентрикуляр блокада	1,06	0,13-8,74	>0,05
Брадикардия	0,67	0,08-5,32	>0,05
GRACE шкаласи бўйича юқори хавф	3,55	1,01-12,29	<0,05
Killip2	0,19	0,07-0,48	<0,05
Killip3	5,36	2,09-13,73	<0,05

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, биз салбий натижалар ривожланиш хавфи омилларининг таҳлилини ўтказдик. Касалликнинг салбий натижаларининг хавф омилларини таҳлил қилишда, жинс, оғир (салбий) ирсийлик ЮИК узок муддатли анамнези, қайта мурожаат этиш ва чекиш ST сегмент кўтарилишсиз ўКС гуруҳида ҳам, ST сегмент кўтарилишли ўКС гуруҳида ҳам статистик аҳамиятли даражада салбий натижалар хавфига таъсир кўрсатманлиги аниқланди (10- ва 11-жадвалларга қ.).

11-жадвал

ST сегмент кўтарилишли ўКС гуруҳ беморларида салбий натижалар ривожланишининг хавф омиллари

Хавф омиллари	ST сегмент кўтарилишли ўКС		
	ШБ	ИИ	р
Жинс	0,79	0,35-1,79	>0,05
65 ёшдан катта	2,79	1,22-6,38	<0,05
Ирсийлик	0,26	0,11-0,61	>0,05
Анамнезда ЮИК	0,07	0,03-0,19	>0,05
Қайта мурожаат қилиш	0,24	0,07-0,82	>0,05
ҚД	0,08	0,03-0,22	<0,05
Чекиш	0,45	0,15-1,3	>0,05
ФВ <45	1,93	0,9-4,2	<0,05
Бўлмача фибрилляцияси	0,06	0,01-0,42	<0,05
ҚТ ишлаши	0,48	0,11-2,15	>0,05
Қоринча экстрасистолияси	0,07	0,01-0,51	>0,05
II даражали атриовентрикуляр блокада	0,65	0,14-2,97	>0,05
Брадикардия	0,3	0,04-2,31	>0,05
GRACE шкаласи бўйича юқори хавф	3,37	0,98-11,57	<0,05
Killip2	0,21	0,09-0,47	<0,05
Killip3	4,85	2,13-11,05	<0,05

Шу билан бирга ёшнинг 65 ёшдан катта бўлиши, отилиш фракциясининг 45 фоиздан пасққтлиги, GRACE шкаласи бўйича юқори бал ва Killip 3 бўйича ўЮЕ мавжудлиги каби омиллар статистик жиҳатдан аниқ прогнозлашга доир аҳамиятга эга бўлди ва ўКС беморларида салбий натижалар частотасига таъсир кўрсатган. Бизнинг тахминларимиздан фарқли ўлароқ ҚЭ, ҚТ ишлаши ва брадикардия каби кўрсаткичлар иккала гуруҳда

олиб борилган даволаш натижаларига сезиларли даражада таъсир кўрсатмади.

ST сегмент кўтарилишли ўКС гуруҳ беморларида ёшнинг 65 ёшдан катта бўлиши, отилиш фракциясининг 45 фоиздан пастлиги, GRACE шкаласи бўйича юқори бал ва Killip 3 бўйича ўЮЕ, бундан ташқари ҚД мавжудлиги каби омиллар статистик жиҳатдан аниқ прогнозлашга доир аҳамиятга эга бўлди ва ўКС беморларида салбий натижалар частотасига таъсир кўрсатган (11-жадвал).

ХУЛОСАЛАР

Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа фанлари доктори (PHD)илмий даражасини олиш учун «Ўткир юрак етишмовчилиги билан оғирлашган ўткир коронар синдром билан оғриган беморларда даволашнинг оптимал тактикасини аниқлаш»мавзусида олиб борилган диссертация тадқиқотлари асосида қуйидаги хулосалар шакллантирилди:

1. ўЮЕ билан оғирлашган ўКС билан оғриган беморлар учун эркаклар сонинг кўп бўлиши (74,7%). ST сегмент кўтарилишли ўКСST сегмент кўтарилишсиз ўКС билан таққослаганда клиник кечишининг бир мунча оғир бўлиши, хусусан, ЧҚ қон отилиш паст фракциясининг бир мунча юқори частотаси 45 фоиздан камроқ (46,3% 35,5 фоизга қарши), ритмнинг бузилиши (92,6% 19,2 фоизга қарши), ҳамда GRACE шкаласи бўйича юқори хавфи (71% 62,9 фоизга қарши) билан намоён бўлади. Шунини алоҳида таъкидлаш зарурки, ўЮЕ билан оғриган Killip 3 беморларда ўЮЕ бўлган Killip 2 беморлари билан таққослаганда иккала гуруҳда ҳам ритмнинг мураккаб бузилишлари устун бўлган, масалан ST сегмент кўтарилишли ўЮЕ гуруҳида 9,8% 6,25 фоизга қарши, ST сегмент кўтарилишсиз ўЮЕ гуруҳида 7,0% 4,2фоизга қарши кўрсаткични ташкил қилди.

2. ўЮЕ билан оғирлашган ўКС этиологик тузилмасида ST сегмент кўтарилишли ўЮЕ ва ST сегмент кўтарилишсиз ўЮЕ тахминан бир ҳил улушни эгаллайди (мувофиқ ҳолда 54,4% ва 45,6%), бу эса ўз навбатида ST сегмент кўтарилишсиз ўЮЕ ҳолатларини шошилишч интервенцион аралашувлар қўлланилишига бўлган кўрсатмалар қаторига киритишни талаб этади.

3. Интервенцион аралашувларсиз ўКС касаллигини медикаментоз даволаш ST сегмент кўтарилишсиз ўЮЕ ҳолатида 49,1 фоиздан юқори бўлмаган ва STсегмент кўтарилишли ўЮЕ ҳолатида 54,6 фоиздан юқори бўлмаган самарадорликнинг ўта пастлиги билан ажралиб туради. Ҳаттоки, консерватив усуллар билан ангиноз хуружни бирламчи купирлашга эришиш ҳолатларида яна ST сегмент кўтарилишсиз ўЮЕ билан оғриган 36,8% беморларда шифохонадалик даврида қайталанувчи стенокардия клиникаси қайд этилди. Фақат ST сегмент кўтарилишли ўЮЕ билан оғриган беморларда ўтказилган тромболитик даволаш самарадорлиги 54,6 фоизни ташкил қилди, яъни бу жуда паст кўрсаткичдир, шу сабабли ТЛТ

беморларнинг ушбу синфини даволашда даволашнинг асосий усули сифатида қўлланили олинмайди.

4. ЎКС билан оғриган беморларда бирламчи ва/ёки қутқарувчи ТОКА бажарилиши (ТЛТ самарасизлигадин кейин) ёки миокарднинг хирургик ревазуляризациясининг бажарилиши деярли барча ҳолатларда ST сегмент кўтарилишсиз ЎЮЕ билан оғриган беморларда ҳам (4,8%), ҳамда ST сегмент кўтарилишли ЎЮЕ билан оғриган беморларда ҳам (5,8%) коронар (тож артерия) эксцесснинг ишончли йўқ қилишни таъминлайди, ҳам максимал даражада ўлим ҳолатлари хавфини камайтиради ва коронароген ЎЮЕ даволашда биринчи танлов усули ҳисобланади.

5. ЎЮЕ билан биргаликдаги ЎКС билан оғриган беморларда салбий натижанинг юзага келишида статистик аҳамиятли хавф омиллари бу беморларнинг 65 ёшдан ошганлиги (ИИ 1,13-7,47), хайдаш фракциясининг 45 фоиздан пастлиги (ИИ 1,41-9,4), Killip 3 бўйича ЎЮЕ мавжудлиги (ИИ 2,09-13,73), GRACE шкаласи бўйича юқори хавфи ҳисобланади (ИИ 1,01-12,29), уларнинг мавжуд бўлиши миокард ревазуляризацияси интервенцион усуллари янада фаол ва эрта қўллашни талаб этади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ
ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ГАНИЕВ УЛУГБЕК ШУХРАТОВИЧ

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ОСЛОЖНИВШИМСЯ
ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

14.00.40 – Экстренная медицина

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

ТАШКЕНТ – 2021

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за номером №В 2019.4.PhD/Tib 30.

Диссертационная работа выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.emerg-centre.uz) и информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель: **Кенжаев Мажид Латипович**
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: **Тулабаева Гавхар Миракбаровна**
доктор медицинских наук, профессор
Шарипова Висолатхон Хамзаевна
доктор медицинских наук

Ведущая организация: **Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации**

Защита состоится «__» _____ 2021 г. в ____ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 при Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (Адрес: 100115, Ташкент, Чиланзарский район, Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в информационно-ресурсном центре Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (зарегистрирована за №__). Адрес: 100115, Ташкент, Чиланзарский район, ул. Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2021 года.
(реестр протокола рассылки №__ от _____ 2021 года).

А.М. Хаджибаев

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

Х.Э. Анваров

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии

Б.К. Алтиев

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Несмотря на достигнутые значительные успехи в диагностике и лечении ишемическая болезнь сердца (ИБС) в целом и острый инфаркт миокарда (ОИМ) в частности прочно занимают лидирующие позиции в структуре общей заболеваемости и смертности. Несмотря на то, что за последние шесть десятилетий произошел значительный прогресс в фармакологическом лечении пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), приведший к 90% снижению смертности, данные реестров ОКС показывают, что ОКС, осложненный острой сердечной недостаточностью (ОСН), приводит к увеличению смертности в стационаре в несколько раз по сравнению с больными с ОКС без ОСН¹. Кроме того, тяжелые осложнения могут наблюдаться у больных ОКС с ОСН и после выписки из больницы в период до года после референсного события. У 58% госпитализированных пациентов с ОКС, ОСН развивается во время их пребывания в стационаре, и прогноз у них хуже, чем у пациентов, с первоначальным ОКС, не осложненным ОСН. Несмотря на высокий уровень риска у пациентов ОКС с ОСН, лечение этих пациентов не всегда является адекватным по сравнению с пациентами ОКС без ОСН. Хотя клинические характеристики, методы лечения и результаты пребывания в стационаре больных ОКС с ОСН хорошо описаны в реестрах лечения острого ОКС с ОСН, данные о результатах лечения этих пациентов в контексте первично неинвазивной и инвазивной тактик остаются скудными. Недостаточно широко освещены факторы риска неблагоприятных исходов ОКС и их прогностическое значение при поступлении. Очевидно, что пациенты с ОКС с ОСН имеют более высокий уровень риска развития осложнений и летальности и требуют большего объема лечебно-диагностических процедур по сравнению с пациентами с ОКС без ОСН.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», в Постановлении Президента Республики Узбекистан № ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», № УП-2838 от 16 марта 2017 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы экстренной медицинской помощи», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

¹ Al Faleh H, Elasar A A, Ullah A, et. al. Acute heart failure with and without acute coronary syndrome: clinical correlates and prognostic impact (From the HEARTS registry). BMC Cardiovasc Disord. – 2016.- Vol ;16:98. Published 2016 May 20. doi:10.1186/s12872-016-0267-6.

Реализация этих задач, в том числе, улучшение результатов лечения больных острым коронарным синдромом, осложнившимся острой сердечной недостаточностью, является одним из актуальных направлений.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Анализ данных литературы показал, что, предыдущие исследования ОСН, осложняющей ОКС, проводились в случаях с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI). Классификация сердечной недостаточности по Killip широко изучалась в этом контексте и была основана на исходных характеристиках высокого риска развития осложнений, таких как пожилой возраст, диабет, перенесенный инфаркт миокарда и наличие исходной сердечной недостаточности (Моисеев В.С. 2018; Терещенко С.Н. 2018; Bennett J. 2018; Voersma E. 2010;). Есть только 2 опубликованных исследования, оценивающих прогноз ОСН при ОКС. Mehta et al. (год) изучили частоту, предикторы и клинические исходы у пациентов, у которых развилась сердечная недостаточность после ОКС, в исследовании OASIS-2 (Аронов Д.М., 2016; Арутюнов Г. П., 2018; Бокарев И.Н., 2019, Antman E.M. et al., 2019). Пациенты с ОСН в этом исследовании имеют общие характеристики высокого риска с пациентами с ОСН в нашем исследовании и с пациентами с STEMI с ОСН (т.е. они были старше, среди них чаще встречались женщины и они чаще страдали диабетом, артериальной гипертензией и имели предшествующий ОИМ). В отчете реестра GRACE оценивались факторы, связанные с сердечной недостаточностью, в условиях нестабильной стенокардии (НС) и/или ОКС и их взаимосвязь с результатами (Nikus K. 2018; Omland T. 2018; Ramasamy I. 2019; Roffi M. 2020;). Важно отметить, что популяция пациентов также включала пациентов с ОИМ с зубцом Q/STEMI. Авторы сообщили, что общая частота сердечной недостаточности составила 13% и была аналогичной у пациентов с STEMI (15,6%) и без STEMI (14,7%), но вдвое реже у пациентов с нестабильной стенокардией (8,2%) (Бойцов С.А. 2018; Куликов А.Н. 2018; Searle J. 2018; Silva Marques J.2019;).

В исследовании GRACE, пациенты с сердечной недостаточностью были старше, чем пациенты без сердечной недостаточности, среди них было больше пациентов женского пола и реже курили. Наличие СД и артериальной гипертензии, перенесенный инфаркт миокарда или ТИА/инсульт и предшествующая сердечная недостаточность чаще встречались у пациентов с сердечной недостаточностью, чем у пациентов без сердечной недостаточности (Орлов Ф.В. 2020; Чичкова М.А. 2020; Aurauma C. 2018; Naruchorn K. 2018; Nijasri C. 2018;).

На сегодняшний день, несмотря на определенные достижения ведущих отечественных специалистов в разработке оптимальной тактики лечения ИБС (Р.Д.Курбонов, 2020; Н.М.Нуруллаева, 2018; 2020; А.Г.Гадаев, 2020),

проблема тактики лечения ОКС, осложнившимся ОСН остаётся до конца не изученной.

В то же время, следует отметить, что применение только лишь медикаментозной терапии без инвазивных методов реваскуляризации не является полноценной терапией ОКС. Полученные в ходе исследовательской работы данные позволяют заключить, что, несмотря на улучшение подходов в лечении ОКС, острая сердечная недостаточность, осложняющая ОКС, сопровождается неблагоприятным исходом. Наличие исходной ОСН при госпитализации является отягощающим фактором у пациентов с ОКС.

Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами высшего учебного и научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Настоящая работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан, в том числе, научно- практического грантового проекта РНЦЭМП № ПЗ- 2014- 09092145 «Разработка комплексного подхода к ведению больных с ишемическими и неишемическими поражениями сердца на фоне кардиопульмональной и церебральной патологии» (2014-2017 гг).

Целью исследования является совершенствование тактики лечения больных ОКС, осложнённого ОСН, с учётом отдельных предикторов неблагоприятных исходов и оценки прогностической значимости шкал стратификации риска.

Задачи исследования:

изучить особенности клинического течения ОКС осложненного ОСН, выявить основные предикторы тяжелого течения заболевания;

сравнить значимость ОКС без подъема ST и ОКС с подъемом сегмента ST в развитии ОСН;

оценить результаты медикаментозного лечения без применения интервенционных вмешательств у больных с ОКС, осложненным ОСН;

определить роль и место первичного и/или спасительного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) (после неэффективной тромболитической терапии – ТЛТ), у больных ОКС;

выявить наиболее значимые предикторы неблагоприятных исходов у пациентов с ОКС, осложненным ОСН, и сформулировать рекомендации по улучшению результатов комплексного лечения этой тяжелой категории больных.

Объектом исследования явились 450 больных острым коронарным синдромом с подъемом и без подъема сегмента ST, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи в 2016-2018 гг.

Предмет исследования составляют данные ЭКГ, ЭхоКГ, КАГ, КФК МВ исследования больных с ОКС, осложнившимся ОСН.

Методы исследования. В процессе выполнения научной работы были использованы общеклинические исследования, определение сердечных биомаркеров, инструментальные исследования, включающие в себя ЭКГ, ЭхоКГ, коронароангиографию и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в том, что:

впервые изучены отдельные прогностически значимые предикторы неблагоприятных исходов в группах пациентов с ОКС с подъёмом сегмента ST (ОКСспST) и ОКС без подъёма сегмента ST (ОКСбпST), осложненным ОЧН;

впервые изучена прогностическая ценность шкалы GRACE в разных группах пациентов;

научно обоснована низкая эффективность неинвазивной тактики (включая тромболитическую терапию) в лечении больных с ОКС, осложненным ОЧН;

доказано, что такие отягощающие факторы, как наличие ИБС в анамнезе, возраст старше 65 лет, низкая фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), высокий класс ОЧН по Killip и высокий риск по GRACE не являются противопоказаниями к широкому использованию интервенционных методов у больных с STEMI/ИМсQ и NSTEMI/ИМбQ.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

при лечении пациентов с ОКС, осложненным ОЧН, включая категорию больных ОКСспST, осложненным ОЧН Killip 3, следует расширить показания к применению первично инвазивной тактики реваскуляризации.

при поступлении больных ОКС следует рутинно определять ФВ, что в совокупности с физикальным обследованием и анамнестическими данными позволяет стратифицировать пациента по шкале GRACE.

в дополнение к шкале GRACE для определения прогноза лечения пациентов с ОКС, осложненным ОЧН, необходимо определять ФВ левого желудочка при поступлении и в динамике наблюдения на 3-й день нахождения в стационаре.

Достоверность результатов исследования подтверждена достаточным количеством наблюдений, современными, широко используемыми в практике клиническими, морфологическими и статистическими методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Полученные данные обработаны с использованием современных компьютерных технологий, выводы и полученные результаты сопоставлены с данными международных и отечественных исследований.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость заключается в том, что путем логистического регрессионного анализа определены преимущества инвазивной тактики лечения в группах больных ОКСспST/ОКСбпST.

Практическая значимость заключается в том, что продемонстрировано клиническое значение выявления отдельных предикторов неблагоприятного исхода в группах больных с ОКСспST/ОКСбпST. Стратификация отдельных факторов риска наступления неблагоприятных исходов позволяет своевременно определить стратегию лечения пациентов, тем самым значительно снижая риск развития осложнений. При этом значительно уменьшаются экономические затраты на дорогостоящее лечение.

Продемонстрирована недостаточная эффективность изолированной медикаментозной терапии и неинвазивных методов реваскуляризации.

Активное применение инвазивной тактики лечения, особенно у больных ОКС и высоким классом сердечной недостаточности, позволит снизить смертность и частоту повторных госпитализаций по поводу ИМ или нестабильной стенокардии.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению результатов диагностики и лечения больных с различными формами ОКС с ОСН:

утверждены методические рекомендации «Оценка факторов риска развития неблагоприятных исходов у больных острым коронарным синдромом, осложнившимся острой сердечной недостаточностью» (заключение Министерства здравоохранения № 8н-д/132 от 12 апреля 2021г.);

предложенные способы лечения больных ОКС с ОСН внедрены в деятельность реанимационных отделений РНЦЭМП и его Бухарского и Джизакского филиалов (заключение Министерства здравоохранения № 08-09/8325 от 15 июля 2021г.). Внедрение позволило усовершенствовать протокол обследования и упростить выбор тактики лечения больных ОКС с ОСН, что позволило достоверно сократить сроки пребывания в стационаре пациентов со ОКСспST – ОСН и ОКСбпST -ОСН с $7,7\pm 4,1$ до $6,85$ дней и с $8,0\pm 4$ до $7,85$ дней соответственно и снизить летальность с $6,5\%$ до $5,8\%$ и 6% до $4,8\%$ соответственно.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 2 международных и 2 республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, в том числе 10 журнальных статей, 6 из которых в республиканских и 4 зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложения и списка цитированной литературы. Объем текстового материала составляет 131 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновываются актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, приводятся сведения о

внедрении в практику результатов исследования, опубликованных работах и структуре диссертации.

Первая глава **«Современные методы ведения больных острым коронарным синдромом, осложнившимся острой сердечной недостаточностью»**, посвященная обзору литературы, состоит из четырех подглав, в которых приводятся сведения о современном состоянии проблемы различных форм ОКС. Данная патология является одной из ведущих причин смертности среди населения и хотя клинические характеристики, методы лечения и результаты ОКС с ОСН хорошо описаны в контексте реестров лечения ОКС, то есть у пациентов, которые первоначально имеют ОКС, мало что известно о результатах лечения этих пациентов в контексте первично неинвазивной и инвазивной тактик. Недостаточно широко освещены факторы риска неблагоприятных исходов и прогностическое значение ряда исходных факторов имеющихся у больных ОКС при поступлении, что определяет необходимость определения оптимальной тактики лечения этой категории больных

Во второй главе **«Материал и методы исследования»** приведена общая характеристика обследованных больных и методов исследования. Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 450 больных ОКС, осложненной ОСН на фоне трансформации процесса в ОИМ, госпитализированных в кардиореанимационное отделение РНЦЭМП в 2016-2018 гг. К различным типам ОСН были отнесены 2 группы пациентов: 1) ОСН 2 класс по Киллипу характеризующийся наличием с хрипами в легких, третьим тоном сердца (S3) и повышенным яремным венозным давлением; 2) ОСН 3 класс по Киллипу характеризующийся с острым отеком легких (ООЛ), наличие влажных хрипов по всей поверхности легких.

Мужчин было 336 (74,7%), женщин – 114 (25,3%), средний возраст обследуемых составил $62,3 \pm 2,75$ года, средняя масса тела – $82,2 \pm 15,1$ кг, средний рост – $170,4 \pm 10,8$ см, средний индекс массы тела – $28,5 \pm 1,3$.

С диагнозом ОКС без подъема сегмента ST поступили 245 (54,4%) больных, с подъемом сегмента ST – 205 (45,6%). Так как в данное исследование были включены исключительно пациенты, у которых ОКС трансформировался в последующем в ОИМ, осложненный ОСН, больные условно были распределены на группы ОИМ без зубца Q (ОИМбQ)/NSTEMI (n=245) и ОИМ с зубцом Q (ОИМсQ)/STEMI (n=205). Далее в зависимости от степени осложнений в виде острой сердечной недостаточности (ОСН) по Killip больные каждой группы были разделены на 2 подгруппы. Степень ОСН определялась согласно классификации Killip согласно рекомендациям ESC/ACCF 2012 г. Основные клинические показатели в группах распределялись следующим образом. В группе ОКСбпST в подгруппу Killip 2 включены 188 (76,7%) пациентов, в подгруппу Killip 3 – 57 (23,3%). Больные в подгруппах были сопоставимы по полу, возрасту и ИМТ. В подгруппе Killip 2 мужчин было 139 (73,9%), женщин – 49 (26,1%); средний возраст составил 59 ± 12 лет; средний ИМТ – $28,1 \pm 6,1$ кг/м². В подгруппе Killip 3 число мужчин и женщин, средний возраст и ИМТ составили

соответственно 42 (73,7%); 15 (26,3%); 61±11 лет и 29,2±5,1 кг/м². Факторы риска также были сопоставимы. Курили 87 (46,3%) больных подгруппы Killip 2 и 27 (47,4%) – подгруппы Killip 3. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям имела место соответственно у 82 (43,6%) и у 31 (54,4%) больного. Дислипидемия, СД 2-го типа, артериальная гипертензия 3 степени наблюдались соответственно у 51 (27,1%); 108 (57,4%) и 92 (48,9%) больных подгруппы Killip 2 и у 21 (36,8%); 36 (63,2%) и 33 (57,9%) подгруппы Killip 3. Время поступления больных в стационар в среднем составляло для больных группы ОКСбпСТ 7,3±2,7 ч, для больных подгруппы ОКСспСТ 6,1±2,1 ч (p<0,05).

Распределение наблюдаемых больных в зависимости от клинических показателей в группах ОКСбпСТ и ОКСспСТ представлено в таблицах 1 и 2.

Группа больных ОКСспСТ в зависимости от наличия осложнения в виде ОСН также разделены на две подгруппы: в подгруппу Killip 2 включен 144 (68,8%) больной, в подгруппу Killip 3 – 61 (31,2%). Первичные характеристики больных, включенных в группу ОКСспСТ, представлены в таблице 2. Больные группы ОКСспСТ в подгруппах были сопоставимы по полу, возрасту и ИМТ. Так, в подгруппе Killip 2 мужчин было 104 (72,2%); женщин – 40 (27,8%); средний возраст составил 64,2±12 лет; средний ИМТ был равен 28,5±6 кг/м. В подгруппе Killip 3 число мужчин и женщин, средний возраст и ИМТ составили соответственно 47 (77%); 14 (23,0%); 65±11 лет и 29,6±5 кг/м.

Таблица 1

Характеристика группы больных ОКСбпСТ по факторам риска

Характеристика пациентов	Killip 2 n=188	Killip 3 n= 57	p
Возраст, лет	59,2±12,3	61,5±11,1	>0,05
Мужчины	139 (73,9%)	42 (73,7%)	>0,05
Женщины	49 (26,1%)	15 (26,3%)	>0,05
Боли за грудиной	176 (93,6%)	52 (91,2%)	>0,05
Наследственность	82 (43,6%)	31 (54,4%)	<0,05
ИБС в анамнезе	121 (64,4%)	39 (68,4%)	>0,05
Повторное обращение	42 (22,3%)	23 (40,4%)	<0,05
СД	108 (57,4%)	36 (63,2%)	<0,05
АГ 3 ст.	92 (48,9%)	33 (57,9%)	<0,05
Курение	87 (46,3%)	27 (47,4%)	>0,05
Дислипидемия	51 (27,1%)	21 (36,8%)	<0,05
ИМТ	28,1±6,1	29,2±5,1	>0,05

Факторы риска также были сопоставимы. Так, курили 79 (52,7%) больных подгруппы Killip 2 и 31 (50,8%) – подгруппы Killip 3. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям наблюдалась соответственно у 76 (52,7%) и 39 (63,9%) больных. Дислипидемия, сахарный диабет 2-го типа, АГ 3 степени имели место у 63 (43,7%); 92 (63,8%) и 98 (68,0%) больных подгруппы Killip 2 и у 38 (62,2%); 51 (83,6%) и 47 (77,0%) – подгруппы Killip 3. Помимо анализа факторов риска и клинических симптомов, которые могли бы указывать на возможный неблагоприятный исход, таких как курение, отягощенная наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы и возраст, учитывали также анамнез ишемической болезни сердца, в том числе инфаркт миокарда, признаки ранней постинфарктной стенокардии при поступлении на фоне инфаркта миокарда, повторное обращение, позднее (спустя 12 ч от момента приступа) обращение.

У обследованных больных, помимо общеклинического и лабораторного обследования, проводилась инструментальная диагностика, включающая в себя Эхокардиографию (ЭхоКГ) и чрескожное вмешательство (ЧКВ) с возможностью проведения стентирования.

Диагноз ОКСбпСТ и ОКСспСТ основывался на результатах комплексного обследования, включавшего оценку клинических проявлений заболевания, факторов риска, результатов электрокардиографии (ЭКГ), Эхокардиографии (ЭхоКГ), коронароангиографии (КАГ) и лабораторных исследований (МВ фракция КФК, сердечный тропонин Т и I, АЛТ, АСТ). Также выполнялось исследование в крови уровня креатинина, фибриногена, холестерина, гемоглобина, глюкозы. Все исследования выполнялись в 100% случаев. ЭКГ регистрировалась в 12 общепринятых отведениях при поступлении и в динамике с помощью 6-тиканального электрокардиографа Cardiofax SECG-1250K, Nihon Kohden (Япония). ЭхоКГ проводилась по общепринятой методике в М-, В- и D-режимах на ультразвуковых сканерах Philips Epiq 7 (Голландия) с применением фазированного датчика 2,5 мГц. Оценивали показатели глобальной систолической функции ЛЖ – ФВ (по Тейхольцу и Симпсону). КАГ проводилась на аппарате «Allura» ("Philips", Голландия) по методике M. Judkins диагностическими катетерами 5-7 F (Cordis) трансрадиальным доступом. Уровень креатинфосфокиназы, фракция МВ (КФК-МВ), а так же биохимические показатели в сыворотке крови определяли кинетическим методом на автоматическом биохимическом анализаторе А-15 Biosystems (Испания) ультрафиолетовым кинетическим методом. Норма составляла до 25 Ед/л. Уровень гемоглобина в крови определялся на гемолитаторе Dymind DH 36 (Китай). Результат измерялся в граммах на литр. Норма для мужчин составляла 130-170, для женщин – 110-140 г/л.

Так, все пациенты группы ОКСбпСТ (NSTEMI/ОИМбезQ) получали антиагрегантную терапию (аспирин), при отсутствии противопоказаний у 67% больных подгруппы Killip 2 и у 64% – подгруппы Killip 3 использовалась двухкомпонентная антиагрегантная терапия, включающая

клопидогрель. Основным критерием для разделения на подгруппы по степени ОЧН, были критерии предложенные Томасом Киллипом и Джоном Кимбаллом согласно рекомендациям ESC/ACCF 2012 г. Все пациенты группы ОКСепСТ получали консервативную медикаментозную терапию, в том числе по показаниям ТЛТ. Все пациенты 205 (100%) группы ОКСепСТ получали антиагрегантную терапию (аспирин), 104 (72%) больным подгруппы Killip 2 и 46 (75%) – подгруппы Killip назначена двойная антиагрегантная терапия, включающая клопидогрель. Терапию прямыми антикоагулянтами получал 141 (98%) пациент подгруппы Killip 2 и 59 (97%) – Killip 3. Остальные 3 и 2 больных соответственно получали фракционированный гепарин (клексан). Необходимость в назначении ингибиторов АПФ была у 111 (77%) пациентов подгруппы Killip 2 и у 44 (72%) – подгруппы Killip 3. β -адреноблокаторы принимали соответственно 75 (52%) и 19 (31%) больных. 75 (52%) больным Killip 2 и 61 (100%) – Killip 3 была назначена диуретическая терапия. ТЛТ стрептокиназой получили 122 (84,7%) больных из подгруппы Killip2 и 51 (83,6%) больных из подгруппы Killip3.

Таблица 2

Характеристика больных группы ОКСепСТ по факторам риска

Характеристика пациентов	Killip 2 n=144	Killip 3 n=61	p
Возраст, лет	64,5±13	65,2±12	<0,05
Мужчины	104 (72,2%)	47 (77,0%)	>0,05
Женщины	40 (27,8%)	14 (23,0%)	>0,05
Наследственность	76 (52,7%)	39 (63,9%)	>0,05
ИБС в анамнезе	114 (79,1%)	55 (90,1%)	<0,05
Повторное обращение	40 (27,8%)	22 (36,0%)	<0,05
СД	92 (63,8%)	51 (83,6%)	<0,05
АГ 3 ст.	98 (68,0%)	47 (77,0%)	<0,05
Курение	79 (54,8%)	31 (50,8%)	<0,05
Дислипидемия	63 (43,7%)	38 (62,2%)	>0,05
ИМТ	28,5±6	29,6±5	<0,05

В третьей главе диссертации «**Выбор оптимальной тактики лечения больных острым коронарным синдромом, осложнившимся острой сердечной недостаточностью, с учетом выявленных факторов риска**» проведен анализ особенностей ведения различных форм ОКС и оптимизация существующих методов лечения. Об эффективности медикаментозной терапии судили по частоте возвратной стенокардии, купированию

ангинального приступа, наличие осложнений включающих в себя аритмии и усугубление степени ОН. В группе ОКСбпСТ эффективность только медикаментозного лечения оказалось невысокой: у 94 (50%) больных подгруппы Killip 2 и у 31 (54,4%) – Killip 3 отмечалась картина повторного развития ангинального приступа (смотрите таблицу 3.3). 9 (4,8%) из них группы Killip 2 и 10 (17,5%) группы Killip 3 проведено экстренное стентирование инфаркт-зависимой артерии. Соответственно у 85 (45,2%) Killip 2 и 21 (36,8%) Killip 3 пациентов выполнено плановое ЧКВ в сроки до 72 часов после поступления (таб. 3).

Таблица 3

**Результаты лечения больных группы ОКСбпСТ (NSTEMI/ОИМбQ),
n=245**

Результат лечения	Killip 2, n=188		Killip 3, n=57		p
	абс.	%	абс.	%	
Медикаментозная терапия	188	100,0	57	100,0	>0,05
- эффективно при поступлении	94	50,0	26	45,6	>0,05
- неэффективно при поступлении	94	50,0	31	54,4	>0,05
КАГ	94	50,0	31	54,3	<0,05
- ЧКВ экстренно	9	4,8	10	17,5	<0,05
- ЧКВ отсрочено	85	45,2	21	36,8	<0,05
Срок стационарного лечения, дни, M±SD	6,1±1,4		7,1±1,6		>0,05
Летальность	8 (4,2%)		4 (7,0%)		

Продолжительность нахождения пациентов в клинике в подгруппе Killip 2 составила 6,1±1,4 дня, в подгруппе Killip 3 – 7,1±1,6 дня (p>0,05). Летальность составила соответственно 4,2 и 7,0%. Следует отметить, что возвратная стенокардия и летальные исходы отмечались среди больных, получавших консервативную неинвазивную терапию. Среди пациентов, получавших раннюю инвазивную и отсрочено инвазивную терапию, включая реваскуляризацию, возвратной стенокардии и летальных исходов не было.

Как видно из таблицы 4, частота неблагоприятных исходов заключающаяся в развитии повторного ангинозного приступа у больных ОКСбпСТ (NSTEMI/ОИМбезQ) осложненным ОН Killip 2 наблюдались у 72 (76,5%), которым проводилась первичная только медикаментозная терапия, у 22 (23,4%) больных наблюдались различные нарушения ритма сердца, наиболее частыми из которых была фибрилляция предсердий и желудочковые экстрасистолы (p<0,05). При этом возвратной стенокардии при применении инвазивной стратегии не наблюдалось ни в одном случае, хотя у 1 (11,1%) после первично-инвазивной тактики и у 9(10,5%) после

отсроченной инвазивной тактики наблюдались нарушения ритма сердца, следует подчеркнуть, что субстратом поражения коронарных артерий является критический стеноз, вследствие чего, реперфузионного синдрома при ревазуляризации больных ОКСбпST не отмечается.

Таблица 4

Исходы лечения больных ОКСбпST (NSTEMI/ОИМбезQ) осложненным ОСН Killip 2 (n=188)

Неблагоприятные исходы лечения больных	Медикаментозная терапия при поступлении n=94	Инвазивная стратегия n=94	
		Первично-инвазивная n=9 (9,5%)	Отсроченная (ЧКВ+АКШ) n=85 (90,5%)
Повторный ангинозный приступ	72(76,5%)	-	-
Кроме того аритмии:	22(23,4%)	1(11,1%)	9(10,5%)
-ФП	6(6,4%)	-	4(4,7%)
-ЖЭС	7(7,4%)	1(11,1%)	4(4,7%)
-АВ блокады	3(3,2%)	-	1(1,1%)
-ФЖ	5(5,3%)		
-ЭМД	1(1,06%)		
Прогрессирование ОСН	8(8,5%)	-	-
Летальный исход	8(8,5%)	-	-
Общее количество летальных исходов	8 (4,2%)		

В 8 (8,5%) случаях из 94 (50%) больных ОКСбпST Killip 2 получавших только медикаментозную терапию несмотря на проводимое лечение, отмечалось прогрессирование заболевания, характеризовавшееся в усугублении острой сердечной недостаточности и фатальных аритмий включающих в себя стойкую ФЖ и асистолию, что в конечном итоге привело к летальному исходу что составило 4,2% от 188 (100%) больных данной подгруппы.

Как видно из вышеприведенной таблицы 5, частота неблагоприятных исходов заключающаяся больных ОКСбпST (NSTEMI/ОИМбезQ) осложненным ОСН Killip 3 в повторном развитии приступа стенокардии от лечения наблюдались у 18 (69,2)% пациентов, которым проводилась медикаментозная терапия, при этом у 8 (30,8%) больных наблюдались различные нарушения ритма сердца, наиболее частыми из которых была желудочковые экстрасистолии (3/9,6%) и фибрилляция предсердий – (2/6,45%) (p<0,05). При этом случаев возвратной стенокардии при применении инвазивной стратегии не наблюдалось ни в одном случае, у 1 (10%) после первично- инвазивной тактики и у 6(18,7%) после отсроченной

инвазивной тактики наблюдались нарушения ритма сердца, которые были связаны с синдромом реперфузии миокарда.

Таблица 5

Исходы лечения больных ОКСбпST (NSTEMI/ОИМбQ) осложненным ОСН Killip 3 (n=57)

Неблагоприятные исходы лечения больных	медикаментозная терапия при поступлении n=26 (45,6%)	Инвазивная стратегия n=31 (54,4%)	
		Первично-инвазивная n=10 (32,3%)	Отсроченная (ЧКВ+АКШ) n=21 (67,7%)
Повторный ангинозный приступ	18(69,2%)	-	-
Кроме того аритмии:	8(30,8%)	1(10%)	6(28,5%)
-ФП	2(7,6%)	1(10%)	3(9,6%)
-ЖЭС	3(11,5%)		2(6,4%)
-АВ блокады	2(7,6%)		1(3,2%)
-ФЖ	1(3,8%)		
-ЭМД	1(3,8%)		
Прогрессирование ОСН	4(15,3%)	-	-
Летальный исход	4(15,3%)	-	-
Общее количество летальных исходов	4 (7,0%)		

В группе больных с ОКСбпST осложненным ОСН Killip 3 в 4 случаях (15,3%) из 26 (45,6%) больных получавших только медикаментозную терапию несмотря на проводимое лечение, отмечалось прогрессирование заболевания, характеризовавшееся в усугублении сердечной недостаточности и фатальных аритмий что в конечном итоге привело к летальному исходу что составило 7,0% из 57 (100%) больных данной подгруппы.

Из 144 больных ОКСспST осложненная Killip 2 у 120 (83,3%) больных проводилась первичная ТЛТ (таб. 6). Эффективная ТЛТ наблюдалась у 77 больных, соответственно эффективность составила (64,1%). У 43 (35,9%) на фоне проводимой ТЛТ сохранялись ангинозные боли, кроме того у 2 (1,38%) больных из данной группы отмечались изменения на КАГ при которых стентирование было невозможным (поражение ствола ЛКА) в связи с чем этим 2 (1,38%) больным проводилась ТЛТ после КАГ. Из 61 больных ОКСспST осложненная Killip 3 у 45 (73,7%) больных проводилась первичная ТЛТ (таб 3.12, рис.3.4). Эффективность ТЛТ наблюдалась у 35 больных, соответственно эффективность составила (77,7%). У 10 (22,3%) на фоне проводимой ТЛТ сохранялись ангинозные боли, кроме того у 6 (9,8%) больных из данной группы отмечались изменения на КАГ при которых стентирование было невозможным (поражение ствола ЛКА) в связи с чем

этим 6 (9,8%) больным проводилась ТЛТ после КАГ. Согласно принятой в клинике тактике, 120 (83,3%) больным подгруппы Killip 2 и 45 (73,8%) – подгруппы Killip 3, которые были доставлены в клинику в пределах 6 часов от начала ангинозного приступа, была проведена тромболитическая терапия препаратом стрептокиназа. У 77 (64,2%) больных подгруппы Killip 2 и у 35 (77,8%) больных Killip 3 отмечался положительный эффект тромболитической терапии с реваскуляризацией инфаркт- связанной коронарной артерии. В течение 120 минут от момента возникновения болевого синдрома поступили 22 (15,3%) больных группы Killip 2 и 6 (9,8%) – группы Killip 3. Этим больным в экстренном порядке произведено первичное ЧКВ с реваскуляризацией инфаркт-зависимой артерии. В то же время у 43 (29,9%) больных подгруппы Killip 2 и у 10 (16,4%) – подгруппы Killip 3 на фоне проведённой тромболитической терапии реваскуляризации не отмечалось (ангинозные боли сохранялись, сегмент ST без снижения к изолинии). Соответственно 38 (26,4%) и 7 (11,4%) пациентам, у которых ТЛТ оказалась неэффективной, осуществлена коронарография с последующей спасительной ЧКВ. Остальным 77 (47,2%) больным группы Killip 2 и 39 (63,9%) – группы Killip 3 после стабилизации состояния в сроки от 2-х до 6 дней было выполнено отсроченная КАГ с ЧКВ.

Таблица 6

Результаты лечения больных группы ОКСспST (STEMI/ОИМсQ) n=205

Результат лечения	Killip 2 n=144		Killip3 n=61	
	абс.	%	абс.	%
ТЛТ	120	83,3	45	73,8
- эффективна	77	64,2	35	77,8
- неэффективна	43	35,8	10	22,2
КАГ	139	96,5	58	95,0
- первичное ЧКВ	22	16,0	6	9,8
- спасительное ЧКВ (после неуспешной ТЛТ)	38	26,4	7	11,4
- отсроченное ЧКВ	77	47,2	39	63,9
- ТЛТ после КАГ	2	1,38	6	9,8
Сроки стационарного лечения, дни, M±SD	7,4 ±1, 4		8,2 ± 1,6	
Летальность	7 (4,8%)		5 (8,1%)	
Общая летальность	12 (5,85%)			

Продолжительность нахождения в клинике пациентов подгруппы Killip 2 составила 7,4±1,4 дня, подгруппы Killip 3 – 8,2±1,6 дней. Показатель летальности был равен соответственно 4,8 и 8,1%. Следует отметить, что возвратная стенокардия и летальные исходы отмечались у больных,

получавших консервативную неинвазивную терапию, включая тромболитическую терапию. Среди пациентов, получавших раннюю инвазивную и отсрочено инвазивную терапию, включая реваскуляризацию возвратной стенокардии и летальных исходов не было.

У больных ОКСспСТ осложненным ОЧН Killip 2 большинству больных 120 (83,3%) проводилась ТЛТ, в 22 (15,3%) случаях проводили первичную ЧКВ. Все случаи рецидивов стенокардии в госпитальный период отмечались у лиц, получавших консервативную неинвазивную терапию включая ТЛТ, у которых отмечался высокий риск по шкале GRACE. Среди пациентов, подвергнутых первичной или отсроченной ЧКВ, эпизодов возвратной стенокардии не было. Ниже приведен детальный анализ неблагоприятных исходов при применении различных стратегий лечения у больных с ОКСспСТ осложненным ОЧН Killip 2 (таб. 7).

Таблица 7

Исходы лечения больных с ОКСспСТ (STEMI/ОИМсQ) осложненным ОЧН Killip 2 (n=144)

Неблагоприятные исходы лечения больных	Медикаментозная стратегия +ТЛТ n=122		Первично - инвазивная n=22 (16%)	Диагностическая коронарография с инвазивным вмешательством в последующем периоде n=115 (79,8%)	
	Первичная ТЛТ n=120 (98,3%)	ТЛТ после КАГ n=2 (1,6%)		Спасительная ЧКВ n=38 (33,0%)	Отсроч. ЧКВ n=77 (67,0%)
Эффективно	77(64.1%)	-	22(100%)	38(100%)	77(100%)
Неэффективно	43(35.9%)	2(100%)	-	-	-
Нарушения ритма сердца	115(95.8%)	2(100%)	20(90,9%)	32(84%)	18(23,3%)
ФП			8(36,3%)	12(31,5%)	
ЖЭС	46(38,3%)		9(40,9%)	18(47,3%)	4(5,2%)
АВ блокады	60(50,0%)		3(13,6%)	2(5,2%)	12(15,5%)
ФЖ	4(3,3%)				
ЭМД	2(1,6%) 1(0,8%)	2(100%)			2(2,5%)
Летальность	5 (4,16%)	2 (100%)	-	-	
Общая летальность	7(4,86%)				

Как видно из вышеприведенной таблицы, частота неблагоприятных исходов заключающаяся в отсутствии эффекта от лечения включая ТЛТ составила наблюдались у 43(35,9%) пациентов, при этом эффективность ТЛТ составила 64,1% (77). У 115(95,8%) пациентов получавших медикаментозное лечение+ ТЛТ отмечались различные нарушения ритма наблюдались различные нарушения ритма сердца, включавшие в себя: ФП – 46(38,3%); ЖЭС – 60(50,0%); АВ блокады –4(3,3%). Кроме того, 2 больным была проведена КАГ, на которой анатомические особенности (поражение ствола ЛКА) не позволили провести реканализацию, в связи, с чем им была проведена ТЛТ, данные больные впоследствии скончались от прогрессирующей ОН. У 5 (4,16%) из 120 больных получавших консервативную терапию, несмотря на проводимую терапию отмечалось прогрессирование ОН, что в конечном итоге привело к летальному исходу. При этом некупированных приступов стенокардии и возвратной стенокардии при применении ЧКВ со стентированием не наблюдалось ни в одном случае, хотя у 20 (90,9%) после первично-инвазивной тактики, у 32 (87,7%) из 38 которым проводилась т.н. спасительная ЧКВ (при неэффективной ТЛТ) и у 18 (23,3%) из 77 больных после отсроченной инвазивной терапии отмечались различные нарушения ритма. Высокая частота нарушений ритма после первичной и спасительной ЧКВ связаны с реперфузионной аритмией, что согласуется с литературными данными.

Следует подчеркнуть, что у больных ОКСспСТ осложненным ОН Killip 3 (n=61) первичная ТЛТ проведена у 45(73,3%), тогда как первичная ЧКВ у 6(9,8%). При этом эффективность ТЛТ отмечалась у 35 (77,7%), из 10 (22,3%) больных которым ТЛТ не дала эффекта (не отмечалось снижения ST сегмента, болевой приступ сохранялся), 7 (15,5%) были направлены на спасительную ЧКВ. В 4 (6,55%) случаях ТЛТ была отложена в связи с наличием противопоказаний (геморрагический инсульт в анамнезе, перенесенный ТЛТ в ближайшие 2 года, язвенная болезнь желудка в стадии обострения), этим больным впоследствии проведено ЧКВ.

Анализ неблагоприятных исходов при применении различных стратегий лечения у больных с ОКСспСТ осложненным ОН Killip 3 (таб. 8).

Как видно из таблицы 8, частота неблагоприятных исходов заключающаяся в отсутствии эффекта от лечения наблюдались у 10 (22,3%) пациентов, которым проводилась медикаментозная терапия включавшая первичную ТЛТ, при этом у 42 (93,6%) больных наблюдались различные нарушения ритма сердца, наиболее частыми из которых была фибрилляция предсердий. Все пациенты с некупированным приступом стенокардии были направлены на инвазивное лечение включавшее КАГ. При этом некупированных приступов стенокардии и возвратной стенокардии при применении инвазивной стратегии не наблюдалось ни в одном случае. Нарушения ритма сердца при инвазивной тактике лечения наблюдались у 5(83,3%) больных при первично- инвазивных вмешательствах, у 6 (85,7%) больных после спасительной и у 19(48,7%) больных отсроченной инвазивной тактики лечения. Как видно из вышесказанного медикаментозная тактика

сопровождалась достоверно более высокой частотой неблагоприятных исходов, включая неэффективность терапии и некупирование приступа стенокардии и нарушений ритма сердца. Все нарушения ритма сердца наблюдавшиеся в группе инвазивной тактики лечения были связаны с реперфузионным синдромом. Следует подчеркнуть, что при медикаментозном лечении в сочетании с ТЛТ несмотря на проводимую терапию отмечалось прогрессирование ОН и развитие летальных исходов.

Таблица 8

Исходы лечения больных с ОКСспST (STEMI/ОИМсQ) осложненным ОН 3 класс по Killip (n=61)

Неблагоприятные исходы лечения больных	Медикаментозная стратегия +ТЛТ n=51 (83.6%)		Первично - инвазивная n=6 (9,8%)	Диагностическая коронарография с инвазивным вмешательством в последующем периоде n=46 (75.4%)	
	Первичная ТЛТ n=45	ТЛТ после КАГ n=6		Спасительная ЧКВ n=7 (15.2%)	Отсроч. ЧКВ n=39 (84.7%)
Эффективно	35(77,7%)	-	6(100%)	7(100%)	39(100%)
Неэффективно	10(22,3%)	6(100%)	-	-	-
Нарушения ритма сердца	42(93.6%)	6(100%)	5(83,3%)	6(85,7%)	19(48,7%)
ФП	17(40,4%)	1(16,6%)	2(33,3%)	2(28,5%)	6(15,3%)
ЖЭС	22(52,3%)	2(33,3%)	3(50,0%)	4(57,1%)	13(33,4%)
АВ блокады	1(10,8%)	1(16,6%)	-	-	-
ФЖ	1(3,3%)	1(16,6%)	-	-	-
ЭМД	1(3,3%)	1(16,6%)	-	-	-
Летальность	3(6,7%)	2(33,3%)	-	-	-
Общая летальность	5(10,6%)		-	-	-

Сравнительный анализ результатов лечения в группах ОКСспST/ОКСбпST выявил следующие закономерности (таб. 9):

- эффективность медикаментозной терапии при ОКС не превышала 50%, составляя в группах ОКСбпST и ОКСспST соответственно 49 и 44,4%;
- неэффективность тромболитической терапии (фибринолитической терапии), которая проводилась только у больных со ОКСспST, составляет 25,8%, что является крайне высокой, поэтому ТЛТ не может быть использована в качестве основного метода лечения этой категории пациентов;
- риск развития осложнений (соответственно 36,7% и 25,8%) сохраняется только у больных, получавших медикаментозную терапию, включая ТЛТ. Проведение интервенционной и/или открытой

реваскуляризации миокарда существенно снижает вероятность развития возвратной стенокардии и летального исхода в госпитальный период.

Таблица 9

**Сравнительный анализ результатов лечения больных
ОКСбпST/ОКСспST**

Результат лечения	ОКСбпST n=245		ОКСспST n=205		P
	абс.	%	абс.	%	
Медикаментозная терапия/ТЛТ	245	100	167	80,5	
- эффективно	120	48,9	112	54,6	
- неэффективно	125	51,1	55	25,8	
КАГ	125	51,0	197	96,0	
Первичное ЧКВ	19	7,7	28	13,6	<0,05
- спасительное ЧКВ (после неэффективной ТЛТ)	нд	нд	53	25,8	
- отсроченное ЧКВ	106	43,2	116	56,5	<0,05
Продолжительность нахождения, дни, mean±SD	6,85±1,4		7,85±1,5		<0,05
Летальность	12	4,8	12	5,8	<0,05

Коронарная ангиография проведена 51% больных группы ОКСбпST и 96% – группы ОКСспST, причем из этого числа соответственно 19 (7,7%) и 28 (13,6%) выполнено первичное ЧКВ, а у 106 (43,2%) и 116 (56,5%) больных групп ОКСбпST и ОКСспST – вмешательство в отсроченном порядке, после стабилизации состояния.

Такие показатели, как возвратная стенокардия, аритмии, повторный инфаркт миокарда и летальность явились финальными точками оценки эффективности лечения. Суммарное количество этих исходов мы считали неблагоприятными. Больные группы ОКСспST находились в клинике более длительное время, пациенты группы ОКСбпST – соответственно 7,85±1,5 и 6,6±1,4 дня. Несмотря на проводимую терапию, в группе ОКСбпST летальные исходы наступили в 4,8% случаев, в группе ОКСспST этот показатель был несколько выше – 5,8%.

Учитывая вышесказанное нами проведен анализ факторов риска развития неблагоприятных исходов. При анализе факторов риска неблагоприятных исходов заболевания было выявлено, что пол, отягощенная наследственность, длительный анамнез ИБС, повторное обращение и курение статистически значимо не влияли на риск неблагоприятных исходов как в группе ОКСбпST, так и в ОКСспST (смотрите таблицу 10 и 11).

Вместе с тем такие факторы, как возраст старше 65 лет, фракция выброса ниже 45%, высокий балл по шкале GRACE и наличие ОЧН по Killip 3 имели статистически достоверное прогностическое значение и влияли на частоту неблагоприятных исходов у больных ОКС. Вопреки нашим ожиданиям, такие показатели как ЖЭ, пробежки ЖТ и брадикардия существенно не влияли на исход лечения в обеих группах (таб. 10).

Таблица 10

Факторы риска развития неблагоприятных исходов у больных ОКСбпСТ

Фактор риска	ОКСбпСТ		
	ОШ	ДИ	р
Пол	1,41	0,54-3,68	>0,05
Возраст старше 65 лет	2,9	1,13-7,47	<0,05
Наследственность	1,06	0,43-2,6	>0,05
ИБС в анамнезе	0,21	0,08-0,57	<0,05
Повторное обращение	0,65	0,21-2,01	>0,05
СД	0,28	0,1-0,75	<0,05
Курение	0,57	0,22-1,48	>0,05
ФВ <45	3,63	1,41-9,4	<0,05
Фибрилляция предсердий	0,14	0,03-1,03	<0,05
Пробежки ЖТ	1,12	0,34-5,19	>0,05
Желудочковая экстрасистолия	0,2	0,03-1,49	>0,05
Атриовентрикулярная блокада II ст.	1,06	0,13-8,74	>0,05
Брадикардия	0,67	0,08-5,32	>0,05
Высокий риск по шкале GRACE	3,55	1,01-12,29	<0,05
Killip 2	0,19	0,07-0,48	<0,05
Killip 3	5,36	2,09-13,73	<0,05

В группе больных ОКСбпСТ возраст старше 65 лет, фракция выброса ниже 45%, высокий балл по шкале GRACE и наличие ОЧН по Killip 3, кроме того наличие СД имели статистически достоверное прогностическое значение, и влияли на частоту неблагоприятных исходов у данной категории больных (таб 11).

Таблица 11

**Факторы риска развития неблагоприятных исходов у больных
ОКСспST**

Фактор риска	ОКСспST		
	ОШ	ДИ	р
Пол	0,79	0,35-1,79	>0,05
Возраст старше 65 лет	2,79	1,22-6,38	<0,05
Наследственность	0,26	0,11-0,61	>0,05
ИБС в анамнезе	0,07	0,03-0,19	>0,05
Повторное обращение	0,24	0,07-0,82	>0,05
СД	0,08	0,03-0,22	<0,05
Курение	0,45	0,15-1,3	>0,05
ФВ <45	1,93	0,9-4,2	<0,05
Фибрилляция предсердий	0,06	0,01-0,42	<0,05
Пробежки ЖТ	0,48	0,11-2,15	>0,05
Желудочковая экстрасистолия	0,07	0,01-0,51	>0,05
Атриовентрикулярная блокада II ст.	0,65	0,14-2,97	>0,05
Брадикардия	0,3	0,04-2,31	>0,05
Высокий риск по шкале GRACE	3,37	0,98-11,57	<0,05
Killip 2	0,21	0,09-0,47	<0,05
Killip 3	4,85	2,13-11,05	<0,05

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенных исследований диссертации на соискание учёной степени доктора философии (PhD) по медицинским наукам на тему: «Определение оптимальной тактики лечения у больных острым коронарным синдромом, осложнившимся острой сердечной недостаточностью» сформулированы следующие выводы:

1. Для пациентов с ОКС осложненным ОЧН, характерно значительное преобладание мужчин (74,7%). Тяжелое клиническое течение ОКСспST по сравнению с ОКСбпST выражается, снижением фракции выброса ЛЖ менее 45% (46,3% против 35,5%), нарушением ритма (92,6% против 19,2%), а также повышением риска по шкале GRACE (71% против 62,9%). У больных с ОЧН Киллип 3 по сравнению с ОЧН Киллип 2 в обеих группах преобладали сложные нарушения ритма так в группе ОКСспST составили 9,8% против 6,25%, в группе ОКСбпST 7,0% против 4,2%.

2. В этиологической структуре ОКС, осложненной ОСН, примерно равные доли занимают ОКСбпST и ОКСспST (соответственно 54,4 и 45,6%), что требует включения ОКС без подъема ST в перечень показаний к применению экстренных интервенционных вмешательств.

3. Медикаментозное лечение ОКС без применения интервенционных вмешательств отличается крайне низкой эффективностью, не превышающей 49,1% при ОКСбпST и 54,6% при ОКСспST. Даже в случаях достижения первичного купирования ангинозного приступа консервативными методами, у 36,8% больных с ОКСбпST в госпитальном периоде отмечается клиника возвратной стенокардии. Эффективность тромболитической терапии, которая проводилась только у больных с ОКСспST, не превышает 54,6%, поэтому ТЛТ не может использоваться в качестве основного метода лечения этой категории пациентов.

4. Выполнение первичной и/или спасительной ЧКВ (после неэффективной ТЛТ) или хирургической реваскуляризации миокарда у больных с ОКС практически во всех случаях обеспечивает надежное устранение коронарного эксцесса, максимально снижает риск летального исхода как у больных с ОКСбпST (4,8%), так и с ОКСспST (5,8%), является методом первого выбора в лечении коронарогенной ОСН.

5. Статистически значимыми факторами риска наступления неблагоприятного исхода у больных ОКС с ОСН были возраст старше 65 лет (ДИ 1,13-7,47), фракция выброса ниже 45% (ДИ 1,41-9,4), наличие ОСН по Killip 3 (ДИ 2,09-13,73), высокий риск по шкале GRACE (ДИ 1,01-12,29), наличие которых требует более активного и раннего применения интервенционных методов реваскуляризации миокарда.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 ON THE AWARD OF
SCIENTIFIC DEGREES AT THE REPUBLICAN RESEARCH CENTER
OF EMERGENCY MEDICINE**

**REPUBLICAN RESEARCH CENTER OF EMERGENCY
MEDICINE**

GANIEV ULUGBEK SHUKHRATOVICH

**DETERMINE OF OPTIMAL TREATMENT PATIENTS WITH OF
ACUTE CORONARY SYNDROME, COMPLICATED WITH ACUTE
HEART FAILURE**

14.00.40 – Emergency medicine

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

TASHKENT –2021

The subject of dissertation is registered at Higher Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in number №B2019.4.PhD/Tib 30.

The dissertation has been done in the Republican research center of emergency medicine.

Abstract of the dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific Council (www.emerg-centre.uz) and the information-educational portal «Ziyonet» at (www.ziyonet.uz).

Scientific consultant: **Kenzhaev Majid Latipovich**
Doctor of Medical Sciences

Official opponents: **Tulabaeva Gavkhar Mirakbarovna**
Doctor of Medical Sciences, professor

Sharipova Visolat Khamzaevna
Doctor of Medical Sciences

The leading organization: **Republican specialized scientific-practical medical center of therapy and medical rehabilitation**

The defense will be take place on «_____» _____ 2021 at _____ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 at the Republican Research Center of Emergency Medicine (address: Address: 2, Kichik halqa yoli str., 100115, Tashkent, Uzbekistan; Tel./Fax: (+99878) 150-46-00; (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru).

The dissertation (PhD) is available in the Information Resource Center of the Republican Research Center of Emergency Medicine (Registration number №_____), (Address: 2, Kichik halqa yoli str., 100115, Tashkent Uzbekistan; Tel./Fax: (+99878) 150-46-00; (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru).

Abstract of the dissertation has been sent on «_____» _____ 2021 y.
(registry report № ___ of _____ 2021 y.)

A.M.Khadjibaev
Chairman of the Scientific Council to Award of Scientific Degrees, Doctor of medical sciences, professor

Kh.E. Anvarov
Scientific Secretary of the Scientific Council to Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy

B.K. Altiev
Chairman of the Scientific Seminar at the Scientific Council to Award a Scientific Degrees, Doctor of sciences

INTRODUCTION (PhD dissertation's abstract)

The aim of the study was to improve the tactics of treating patients with acute coronary syndrome complicated by acute heart failure, taking into account individual predictors of adverse outcomes and assessing the prognostic significance of risk stratification scales.

The object of the study was 450 patients with acute coronary syndrome complicated by acute heart failure who got treatment in intensive care unit at the Republican research center of emergency medicine for the period from 2016 to 2018.

The scientific novelty of the research is as follows:

for the first time, individual prognostic significant predictors of unfavorable outcomes were studied in the groups of patients with non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI)- acute coronary syndrome and ST elevation myocardial infarction (STEMI)- acute coronary syndrome complicated by acute heart failure;

for the first time studied the predictive value of the GRACE scale in these groups of patients;

scientifically substantiated the low efficiency of non-invasive tactics (including thrombolytic therapy) in the treatment of patients with ACS complicated by acute heart failure.

It has been proven that such factors as a history of coronary artery disease, age over 65 years, low left ventricle ejection fraction (LVEF), high class of acute heart failure according to Killip and high risk according to Global registry of acute coronary events (GRACE) are not contraindications to the use of interventional methods in patients with ST elevation myocardial infarction and non ST elevation myocardial infarction .

Implementation of research results Based on scientific results on the improving treatment and diagnostics in patients with acute coronary syndrome complicated with acute heart failure:

methodological recommendations were developed "Assessment of risk factors for the development of unfavorable outcomes in patients with acute coronary syndrome complicated by acute heart failure" (conclusion of the Ministry of Health No. 8n-d / 132 of April 12, 2021);

the results obtained in the treatment of patients with acute coronary syndrome complicated by acute heart failure have been introduced into the activities of the intensive care units of the Republic research centre of emergency medicine and its Bukhara and Jizzakh branches (conclusion of the Ministry of Health No. 08-09 / 8325 dated July 15, 2021). The implementation made it possible to improve the examination protocol and simplify the choice of treatment tactics for patients with acute coronary syndrome complicated by acute heart failure, which made it possible to reliably reduce the length of hospital stay for patients with non ST elevation myocardial infarction - acute heart failure and ST elevation myocardial infarction- acute heart failure from 7.7 to 6.85 days and from 8.1 to 7.85 days respectively, and reduce mortality from 6.5% to 5.8% and 6% to 4.8%, respectively.

The structure and scope of the thesis. The content of the dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, a list of used literature. The volume of the thesis is 131 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Турсунов Х.М., Коиров А.К., Кенжаев С.Р., Ганиев У.Ш., Аминов А.А., Эгамова Н.Т., Мирмаксудов М. Possibility of Medical Correction of Lipid Peroxidation in patients with Acute Myocardial Infarction complicated Acute Heart Failure // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2019 г., 9 (12) 457-460

2. Кенжаев С.Р., Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Каиров А.К., Рахимова Р.А., Ганиев У.Ш. Prognostication of left ventricle desadaptive remodeling at myocardial infarction with ST segment elevation// American Journal of Medicine and Medical Sciences 2017г.,7 (5) 216-220

3. Маджитов Х.Х., Алимов Д.А., Турсунова Н., Пайзиев Ж.Ж., Ганиев У.Ш. Value «symptom- balloon» time in acute myocardial infarction with ST segment elevation patients to treatment with primary angioplasty with stenting: Results from registry of PTCA in myocardial infarction of RRCEM // Iranian Heart Journal 2011; 12 (1) 45-49

4. Сабилов Д.М., Каиров А.К., Саттаров Х.И., Красненко М.Б., Кенжаев С.Р., Ганиев У.Ш., Хаитов С.Ш. Вазопрессорные и положительные инотропные средства при ОИМ// Вестник экстренной медицины 2019, (12) №2 74-81

5. Кенжаев М.Л., Аляви А.Л., Кенжаев С.Р., Каиров А.К., Ганиев У.Ш., Рахимова Р.А. Обратимая дисфункция миокарда у больных с острыми формами ИБС// Вестник экстренной медицины 2018, (11) №2 100-104

6. Жалалов Б.З., Ганиев У.Ш. Дисперсия интервала QT и особенности течения ОКС// Вестник экстренной медицины 2017, (2) 41-43

7. Кенжаев М.Л., Аляви А.Л., Кенжаев С.Р., Саттаров Х.И., Ганиев У.Ш., Рахимова Р.А. Влияние высоких доз аторвастатина на миокардиальный станинг и показатели ремоделирования ЛЖ при ОИМ// Вестник экстренной медицины 2017, (1) 36-40

8. Кенжаев М.Л., Алимов Д.А., Кенжаев С.Р., Обейд М.А., Ганиев У.Ш., Ахмедова Ф.Р. Особенности клиничко- эхокардиографических показателей при ОИМ в зависимости от вида реперфузии// Вестник экстренной медицины 2016, (4) 9-13

9. Кенжаев М.Л., Ганиев У.Ш., Абдижалилова С.И. Рахимова Р.А., Влияние небиволола на эндотелиальную функцию у больных ОКС// Вестник экстренной медицины 2014, (4) 51-54

10. Кенжаев С.Р., Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Рахимова Р.А., Саттаров Х.И., Каиров А.К., Ганиев У.Ш. Влияние феномена ишемического прекодиционирования на результаты реперфузии при ОКС с элевацией сегмента ST// Вестник экстренной медицины 2018, (11) №232-3

II бўлим (II часть; part II)

11. Алимов Д.А., Кенжаев М.Л., Маждитов Х.Х., Салахитдинов Ш.Н., Ганиев У.Ш. Стратегия лечения ОКС без подъема сегмента STу больных с высоким риском // Журнал "Кардиология Узбекистана" 2018 №2 (48), стр. 85-86

12. Каиров А.К., Кенжаев С.Р., Хаитов С.Ш., Ганиев У.Ш., Мирмаксудов М., Эгамова Н.Т. The use of ultrasound during the introduction of central venous catheter to patients with acute heart failure // III Образовательный форум «Ошибки, опасности и осложнения в анестезиологии и реаниматологии» г. Москва 2019 г.

13. Каиров А.К., Кенжаев С.Р., Хаитов С.Ш., Ганиев У.Ш., Мирмаксудов М., Эгамова Н.Т. Functional state of left ventricular in patients with AMI complicated by ANF depending on the reperfusion treatment // III Образовательный форум «Ошибки, опасности и осложнения в анестезиологии и реаниматологии» г. Москва 2019 г.

14. Каиров А.К., Красненкова М.Б., Кенжаев С.Р., Каримов Х.М., Ганиев У.Ш. Оптимальный уровень гликемии у больных с ОСН и СД 2 типа // Материалы 4 съезда ассоциации врачей ЭМП Узбекистана г. Ташкент 2018 г.

15. Каиров А.К., Кенжаев С.Р., Хаитов С.Ш., Ганиев У.Ш., Мирмаксудов М. Functional state of left ventricular indifferent methods of restoration of coronary blood flow in patients with AMI with complicated by ANF // Журнал "Кардиология Узбекистана" 2019 №2 (52), стр. 249

16. Алимов Д.А., Кенжаев М.Л., Ганиев У.Ш. Оценка факторов риска развития неблагоприятных исходов у больных острым коронарным синдромом, осложнившимся острой сердечной недостаточностью // Методические рекомендации. – Ташкент, 2021. №8н-р/41.

Автореферат « _____ » журнали
тахририягида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги
матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табағи: 3,25. Адади 100. Буюртма № 50/21.

Гувоҳнома № 851684.
«Тирограф» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.
Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.