ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»

УДК 616.132.2 - 002

На правах рукописи

СОХИБОВ РАХМАТУЛО ГУЛОМОВИЧ

КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В РАЗНЫЕ ВРЕМЕННЫЕ ПЕРИОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: в 2009–2012 гг. и 2019-2022 гг.

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
доктора медицинских наук по специальности
3.1.4. Внутренние болезни

Душанбе -2026

Диссертация выполнена на кафедре внутренних болезней № 2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный консультант:	**Шарипова Хурсанд Ёдгоровна** – доктор медицинских наук, профессор; профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Официальные оппоненты:	**Шукурова Сурайё Максудовна** – член-кореспондент НАНТ, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
	Загидуллин Науфаль Шамилевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Уфа)
	Раджабзода Музафар Эмом – доктор медицинских наук, директор ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии»
Ведущее учреждение:	Самаркандский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Защита диссертации состоится «12» ноября 2026 г. в «13⁰⁰» часов на заседании диссертационного совета 6D.КОА-112 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, район Сино, улица Сино 29-31, info@tajmedun.tj; +992931277575.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ««Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «____» ____________________2026 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент **Джамолова Р. Дж.**

Введение

Актуальность темы исследования. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) продолжает занимать лидирующие позиции «в структуре заболеваемости и смертности в мире, включая Республику Таджикистан» [6, 160 с; 8, с.56–64]. Согласно данным *исследования* Global Burden of Disease 2023, охватившегося 204 стран и территорий, включая 660 субнациональных регионов, «несмотря на снижение с 1990 по 2023 г. возраст-стандартизованного показателя потерь здоровых лет жизни, абсолютное бремя ССЗ остаётся высоким. Наибольшее бремя болезней приходилось на сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), среди которых ИБС сохраняет доминирующее положение в структуре причин смертности и глобальных потерь здоровых лет жизни; при этом значительная часть летальных исходов ИБС связана с острыми её формами, прежде всего с острым коронарным синдромом» [12, p. 2167].

Современная концепция ОКС, направлена на раннее распознавание заболевания и поэтапную стратификацию риска - от догоспитального этапа до стационарного и постгоспитального ведения. В клинических рекомендациях подчёркивается «важное значение электрокардиографических сдвигов – наличия или отсутствия стойкого подъёма сегмента ST, депрессии ST и других ишемических изменений ЭКГ – для выбора тактики ведения пациентов с ОКС» [10, p. 1601-10]. В дальнейшем развитие концепции ОКС сопровождалось внедрением объективных шкал оценки риска, позволяющих «не только уточнять прогноз, но и обосновать выбор лечебной тактики. В этом отношении важное значение имеет шкала GRACE, предназначенная для стратификации риска у пациентов с ОКС и прогнозирования краткосрочной и долгосрочной смертности, а также риска смерти/инфаркта миокарда» [11, e004425]. Такой подход к ведению ОКС, получил дальнейшее развитие в рекомендациях ESC 2023 г., ориентированных на персонализацию терапии [9; с.3720].

Наряду с совершенствованием диагностических и прогностических подходов к ведению ОКС, сохраняется высокая эпидемиолгическая значимость сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах мира, включая страны

Центральной Азии, где в структуре сердечно-сосудистой смертности также сохраняется высокий вклад острых форм ИБС. Сходные тенденции описаны и в отдельных странах Центральной Азии, в частности в Узбекистане «также в последние два десятилетия отмечается рост заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии, при этом структура смертности не отличается от таковой в мире» [1; с. 60-64]. Как свидетельствуют данные литературы, «в Республике Таджикистан настораживающей тенденцией последних лет является увеличение сердечно-сосудистой смертности среди лиц молодого и трудоспособного возраста» [8, с. 56-64]. Эти данные согласуются с результатами исследования GBD (Global Burden of Disease), согласно которым «В странах Центральной Азии сохраняется высокий уровень смертности и инвалидизации от сердечно-сосудистых заболеваний, что отражает значительное бремя этой патологии в регионе. Прогнозируется неблагоприятная динамика с тенденцией к росту абсолютного числа случаев к 2050 году на фоне демографических изменений и распространённости факторов риска. Такая ситуация подчёркивает необходимость усиления профилактических и лечебных стратегий, направленных на снижение сосудистого риска и улучшение исходов» [4; ehdi044].

ОКС в МСВ может характеризоваться рядом особенностей, обусловленных с клиническим профилем, структурой факторов риска, своевременностью обращения за медицинской помощью и последующей приверженностью к лечению. Оценка относительного вклада отдельных факторов, включая возраст, индекс массы тела, цереброваскулярную патологию и психоэмоциональные нарушения у пациентов МСВ – неоднозначна [7, с.14-20; 11, e004425]. Особого внимания заслуживает рост распространённости ожирения, так как его вклад в реализацию ОКС у пожилых и пациентов МСВ рассматривается по-разному [12, 2167-2243; 14, 448-453]. «Поскольку лица МСВ являются трудовым и интеллектуальным потенциалом общества, данная проблема имеет высокую как медицинскую, так и социальную значимость. Большой вклад в эту тенденцию могут внести изменения образа жизни молодых

людей, включающие гиподинамию, увеличение потребления легкоусвояемых углеводов…, у них высокий общий темп жизни, они подвержены хроническим стрессам» [7; с.14-20].

По данным литературы особую клиническую значимость в течении ОКС приобретают тревожно-депрессивные расстройства. Они «выступают как факторы, ассоциированные с неблагоприятными исходами, снижением качество жизни и приверженности к лечению. Нередко нейропсихические синдромы сопровождаются развитием когнитивного дефицита, рассматриваемого как самостоятельное патогенетическое звено и прогностический маркер неблагоприятного течения заболевания» [3, с. 9-63].

К началу настоящего исследования сохранялись существенные пробелы в понимании региональных особенностей течения ОКС в возрастной когорте моложе 60 лет, включая неустановленную роль ассоциированных сердечно-сосудистых и нейропсихических синдромов, а также отсутствие количественной оценки временных сдвигов в частоте предикторов и исходов. Эти обстоятельства послужили основанием для проведения двухэтапного сравнительного исследования (периоды 2009–2012 и 2019–2022 гг.), направленного на выявление хронологической динамики факторов риска развития осложнённого течения и отдалённых неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Дополнительным обстоятельством стало то, что второй этап исследования частично совпал с пандемией SARS-CoV-2, сопровождавшейся изменением маршрутизации пациентов с ОКС, задержками обращения за медицинской помощью, ростом тромботических рисков и ухудшением прогноза у части больных [18, 1-20], что предопределило необходимость дифференцированного анализа допандемического и пандемического периодов в рамках второго периода.

Согласно научному обзору, опубликованному ВОЗ, в первый год пандемии COVID-19 распространённость тревожных расстройств и депрессии выросла на 25%. В обзоре отмечается, что «Это тревожный сигнал для всех

стран, призывающий уделять больше внимания психическому здоровью и лучше поддерживать психическое здоровье своего населения. Одно из главных объяснений такого роста заболеваемости - беспрецедентный стресс, вызванный социальной изоляцией в результате пандемии. С этим связаны ограничения в возможностях людей работать, получать поддержку от близких и участвовать в жизни своих сообществ» [17; 02-03-2022].

Значимость тревожно-депрессивных расстройств на фоне ОКС требует дополнительного изучения в контексте современных эпидемических вызовов, включая пандемию COVID-19, которая «стала значимым социальным и биомедицинским фактором, способным изменять течения ССЗ» [18; с. 1-20]. В этой связи в период пандемии COVID-19 мелатонин следует рассматривать как «адъювантное средство, ввиду его «потенциального противовоспалительного, антиоксидантного и иммуномодулирующего действия. Одновременно наблюдаемая нормализация сна и циркадных ритмов могла опосредованно способствовать уменьшению тревожно-депрессивной симптоматики, снизить уровень ажитации и улучшить общее психическое самочувствие. Наряду с этим обсуждается его потенциальное благоприятное влияние на когнитивные функции, связываемое с уменьшением нейровоспалительных изменений и восстановлением нейрометаболического гомеостаза, при отсутствии убедительных данных о самостоятельном психотропном эффекте»» [19, 117583].

Кардиопротективный потенциал МТ интенсивно изучался и ранее в контексте ИБС [15, 6:100044; 19, 250:117583], тем не менее его реальная протективная эффективность в отношении течения COVID-19 и отдалённых неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (НССС) у лиц МСВ, перенёсших ОКС, оставалась практически не изученной. Сложившийся естественный «эксперимент» обусловил конкретную научную задачу оценки количественной связи профилактического приёма МТ с риском отдалённых НССС в указанной уязвимой когорте.

Дополнительным фактором, требующим особого внимания выступает коморбидное поражение коронарного и церебрального сосудистых бассейнов. Это связано с тем, что «у пациентов с артериальной гипертензией и мультифокальным атеросклеротическим процессом повторные цереброваскулярные эпизоды могут инициировать прогрессирование сосудистых когнитивных нарушений» [2, с. 160]. «После перенесенного COVID-19, когнитивный дефицит, особенно выраженный при исходной сердечно-сосудистой патологии, приобретает характер значимого неблагоприятного медико-социального фактора» [13, p. 68-78]. При этом структурно-динамические характеристики КН у пациентов изучаемой возрастной группы с ОКС в различных временных периодах остаются фрагментарно охарактеризованными.

Следует отметить, что исследования, сопоставляющие изменение прогностической значимости клинико-демографических, гемодинамических и нейропсихических факторов в разные временные периоды, единичны. Принципиально важным ограничением предшествующих исследований является их преимущественно одномоментный дизайн, отражающий предикторную структуру в пределах одного периода наблюдения.

В литературе представлены результаты исследования факторов риска и госпитальной летальности в двухлетних когортах пациентов младше 50 лет с ОКС, проведенного без учёта клинико-гемодинамических и тревожно-депрессивных нарушений. Авторами отмечено, что «в последовательных когортах пациентов младше 50 лет с ОКС со временем снизилась распространённость отдельных факторов риска и увеличилась частота инвазивных вмешательств, однако госпитальная летальность не уменьшилась и оставалась на уровне 1%» [16; 131294].

Отсутствие такой сравнительной оценки в длительный отрезок времени затрудняет адаптацию клинических рекомендаций к изменяющемуся профилю современного пациента с ОКС. Изучение вклада демографических, клинико-гемодинамических, метаболических и нейропсихических факторов в развитии

неблагоприятных исходов ОКС у лиц молодого и среднего возраста в разные временные периоды представляет собой актуальную научную задачу, решение которой направлено на снижение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Степень научной разработанности проблемы ОКС определяется большим числом отечественных и зарубежных исследований, посвящённых его эпидемиологии, факторам риска, клиническому течению, тактике ведения и прогнозу. В то же время большинство работ рассматривают предикторы неблагоприятных исходов преимущественно в пределах одного периода наблюдения, без сопоставления различных временных периодов и без учёта изменения профиля пациентов МСВ. Недостаточно изученными остаются также региональные особенности сочетанного влияния клинико-метаболических, цереброваскулярных и нейропсихических факторов на течение ОКС и развитие неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Тревожно-депрессивные расстройства рассматриваются как значимые факторы неблагоприятного прогноза при инфаркте миокарда и ОКС [World Health Organization (17)]; «их прогностическая значимость в отношении повторных коронарных событий и декомпенсации сердечной недостаточности подтверждена в зарубежных исследованиях» [Ossola P. и др., (14)]. Кроме того, показано, что «у пациентов с преддементными когнитивными нарушениями ОКС в анамнезе регистрируется достоверно чаще» [Johnson L. A. (13)].

Считается, что «пандемия COVID-19 стала дополнительным внешним фактором способствующим тяжёлому течению ОКС, ограничивать своевременность оказания медицинской помощи и усиливать выраженность когнитивных и психоэмоциональных нарушений, что подчёркивает необходимость уточнения диагностических, лечебно-тактических и реабилитационных подходов у пациентов данной категории» [Кашталап В.В. и др. (5)].

Вместе с тем, анализ доступной литературы свидетельствует о том, что сочетанное влияние временного фактора, коморбидной сердечно-сосудистой патологии, цереброваскулярной отягощённости и нейропсихических нарушений на эволюцию и прогноз ОКС у пациентов МСВ остаётся недостаточно изученным. Особенно ограничены данные сравнительных исследований, отражающих изменение профиля пациентов с ОКС в различные временные периоды, включая допандемический и пандемический этапы. Указанный научный пробел определил актуальность, цель и дизайн настоящей работы.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Диссертационная работа выполнена в рамках реализации национальной программы «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023 годы» (утверждена Постановлением Правительства РТ от 03.12.2012 г., № 676) и соответствует 3 пункту Постановления Правительства РТ от 26.09.2020 г., № 503 «О приоритетных направлениях научных и научно-технических исследований в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы».

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования - совершенствование стратегии ведения пациентов молодого и среднего возраста с ОКС на основе анализа влияния временного фактора и пандемии COVID-19 на клинико-гемодинамический, метаболический и нейропсихический профиль пациентов, клиническое течение заболевания и частоту неблагоприятных сердечно-сосудистых событий по результатам трёхэтапного исследования: БИТ приёмного отделения, стационарного лечения и 12-месячного постгоспитального наблюдения.

Задачи исследования:

1. Сравнить особенности клинического течения, тактики ведения и частоту ранних осложнений ОКС у пациентов молодого и среднего возраста на

этапе БИТ в двух периодах исследования с 10-летним интервалом и выявить основные временные сдвиги раннего этапа ведения пациентов с ОКС.

2. Оценить влияние временного фактора на клинико-инструментальные, метаболические и нейропсихические характеристики пациентов с ОКС, а также частоту отдалённых НССС при сравнении госпитального и 12-месячного постгоспитального этапов I периода исследования с допандемическим этапом II периода; установить характер временных особенностей клинического течения и клинико-прогностического профиля ОКС.

3. Провести сравнительный анализ особенностей клинического течения ОКС, изменений клинико-инструментальных, нейропсихических показателей и частоты НССС в течение 12-месячного постгоспитального наблюдения у пациентов допандемического и пандемического этапов второго периода; выделить основные тенденции, характерные для периода пандемии COVID-19.

4. Изучить влияние перенесённого SARS-CoV-2 и профилактического приёма мелатонина на клиническое течение ОКС и риск развития НССС в течение 12-месячного постгоспитального наблюдения у пациентов МСВ.

5. На основе комплексной оценки трансформации клинико-гемодинамического, метаболического и нейропсихического профиля пациентов МСВ с ОКС в различные временные периоды определить прогностическую значимость изученных показателей в отношении отдалённых НССС.

6. Выполнить сравнительный анализ стратегии ведения пациентов молодого и среднего возраста с ОКС в разные периоды исследования с учётом организационных и клинических особенностей и ограничений, характерных для каждого периода.

7. Разработать и обосновать направления оптимизации ведения пациентов молодого и среднего возраста с ОКС на основе полученных результатов.

Объект исследования. Объект исследования - пациенты, поступившие в приёмное или специализированное кардиологическое отделение с ОКС, то есть,

с высокой вероятностью развития инфаркта миокарда или установленной нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда.

Исследование охватывает 2 периода: первый период - в 2009-2012 гг и второй период - в 2019-2022 годы. В первый период объектом являлись 1352 пациента, поступившие в приёмное отделение с вероятностью ИМ, из них 855 пациентов МСВ составили основную группу, 497 пациентов ≥60 лет – группу сравнения. Учитывая, что на первом этапе исследования из общего потока больных, поступивших в БИТ приёмного отделения с ОКС, 63,3% составили пациенты МСВ, последующие этапы исследования были ориентированы на углублённое изучение данной возрастной категории. Кроме того, на стационарном этапе были обследованы 182 пациентов МСВ, госпитализированных в кардиологические отделения с НС и ИМ.

Во втором периоде исследования на этапе приёмного отделения с БИТ в окончательный анализ были включены 598 пациентов МСВ с ОКС: 410 – в допандемическом этапе и 188 - в период пандемии. На стационарном этапе второго периода был включен 221 пациент, госпитализированный в кардиологические отделения с нестабильной стенокардией или инфарктом миокарда: 161 - на допандемическом этапе и 60 - в период пандемии.

Предмет исследования. С учётом периода и этапов исследования были изучены клинико-анамнестические показатели, включая клинические проявления заболевания, частота и выраженность этиопатегенетически связанных и ассоциируемых с ОКС заболеваний; лабороторные показатели, в том числе кардиоспецифические маркёры, СРБ, АСТ и АЛТ, креатинин, сахар крови, показатели липидного обмена, инструментальные показатели, отражающие субклиническое поражение сердца и сосудов, включая диастолическую дисфункцию левого желудочка, толщину комплекса интима-медиа брахиоцефальных артерий и нестабильность атеросклеротических бляшек; нейропсихические нарушения (синдромы тревоги, депрессии и выраженность когнитивной недостаточности), а также медико-социальные показатели: возраст, пол, маршрутизацию и сроки госпитализации, тактику

ведения пациентов с ОКС в разные периоды исследования, применение инвазивных лечебно-диагностических методов. Указанные показатели оценивались, во взаимосвязи с частотой ранних осложнений и отдалённых НССС, развившихся в течение 12 месяцев после выписки, включая: первичный и повторный нефатальный ИМ, инсульты, смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, экстренно проведенная хирургическая реваскуляризация миокарда. Кроме того, во второй период исследования проведена оценка влияния пандемии COVID-19 и профилактического приёма мелатонина на течение ОКС.

Научная новизна. Впервые в Республике Таджикистан проведено комплексное исследование клинико-диагностических особенностей ОКС у лиц молодого и среднего возраста в двух временных периодах, с учётом пандемии, нейропсихических факторов и отдалённых НССС. На основе изучения влияния фактора «времени» (при сравнении результатов двух периодов исследования, проведённых с интервалом в 10 лет) и фактора «пандемии COVID-19» (при сравнении допандемического и пандемического этапов второго периода исследования) на течение ОКС у пациентов МСВ выделены группы риска прогрессирующего течения заболевания и ухудшения прогноза; установлены предикторы отдалённых неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, в том числе летальности.

Впервые на клиническом материале, охватывающем два временных периода с разницей в десятилетие, показано двойственное влияние «фактора времени» на течение ОКС у пациентов изучаемой когорты. На фоне достигнутых за последние годы значимых успехов в организации догоспитального и госпитального этапов оказания помощи, внедрения современных инвазивных методик и антитромбоцитарного лечения, выявлены новые неблагоприятные тенденции - более ранний дебют ОКС, увеличение частоты ОКС в более молодом возрасте, рост частоты избыточной массы тела и ожирения, дислипидемии и проявлений системного атеросклероза среди пациентов изучаемой возрастной группы с ОКС. Совокупность полученных

данных позволяет по-новому оценить временные клинико-эпидемиологические сдвиги и уточнить направления оптимизации тактики ведения больных.

Отмечен рост прогностической значимости субклинического поражения сердца и артерий, включая ДДЛЖ, увеличение ТИМ и наличие нестабильных АБ брахиоцефальных артерий, выраженности нейропсихических синдромов в отношении неблагоприятного прогноза у пациентов данной возрастной категории с ОКС. Показано, что выраженные тревожно-депрессивные синдромы повышают риск когнитивной недостаточности, а в период пандемии COVID-19 степень их взаимосвязи зависит от тяжести перенесённой инфекции и профилактического приёма мелатонина.

Установлены особенности ОКС, характерные для периода пандемии (*влияние «фактора пандемии»):* значимое уменьшение количества (более чем в 2 раза) поступающих в приёмное отделение пациентов с ОКС; средний возраст пациентов с ОКС старше; значимое учащение ассоциированных с ОКС заболеваний (АГ, перенесённые коронарные и церебральные события в анамнезе, хроническая сердечная недостаточность), осложнённого течения и летального исхода среди пациентов с ОКС.

Впервые установлено, что прогностическая значимость факторов отдалённых НССС у пациентов МСВ с ОКС имеет период- и этап-зависимый характер: от преимущественного значения метаболических факторов в I периоде исследования к нарастанию роли сосудистых показателей, особенностей госпитального течения ОКС, риска летальности, возраста, тяжести COVID-19 и нейропсихических нарушений на этапах II периода. Это позволило уточнить клинико-прогностический профиль пациентов высокого риска и обосновать необходимость дифференцированной стратификации риска с учётом временного периода и условий пост госпитального наблюдения.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.

Теоретическая значимость исследования состоит в углублении представлений о закономерностях изменения клинико-метаболических, кардиоваскулярных и нейропсихических параметров у пациентов МСВ с ОКС

под воздействием временного фактора и внешних стрессоров. Полученные данные позволили детализировать особенности изменения клинико-прогностического профиля пациентов с ОКС и отдалённых исходов заболевания в современных условиях.

Интегрированная оценка структурно-функционального состояния сердечно-сосудистой системы в сочетании с анализом нейропсихических нарушений повышает точность стратификации риска и прогнозирования отдаленных НССС у данной категории пациентов. Предложенный алгоритм диагностики и тактики ведения пациентов МСВ с ОКС учитывает влияние временного фактора, нейропсихических расстройств и специфику пандемического периода, базируясь на комплексном анализе клинических, лабораторных и инструментальных данных. Его применение позволяет поэтапно оценивать риск ухудшения прогноза и своевременно проводить профилактические и лечебные мероприятия в стационаре и при последующем диспансерном наблюдении.

Анализ течения ОКС до и во время пандемии даёт основание рассматривать COVID-19 как внешний фактор, усугубляющий неблагоприятные сосудистые, метаболические и нейропсихические тенденции у пациентов МСВ.

Более благоприятные нейропсихические и клинико-прогностические характеристики у пациентов с ОКС при профилактическом применении мелатонина в рамках комплексной терапии, дают основание рассматривать его как возможный компонент постгоспитальной поддержки, особенно в периоды эпидемий с учётом хорошей переносимости препарата, хронобиотического действия и потенциального противовоспалительного эффекта.

Положения, выносимые на защиту:

1. Установлены характерные особенности течения ОКС на допандемическом этапе II периода исследования, отражающие влияние «фактора времени»: рост частоты выраженных синдромов тревоги, депрессии и когнитивной недостаточности, а также сердечно-сосудистой и

цереброваскулярной коморбидности, включая артериальную гипертензию, ИБС и перенесённый ОНМК.

2. Доказано, что ХСН и ОНМК в анамнезе, нарастание ТИМ сонных артерий, гиперхолестеринемия и проявления тревожно-депрессивных расстройств являются взаимосвязанными факторами прогрессирования сосудисто-метаболических и нейропсихических нарушений, сопровождающиеся учащением ранних осложнений ОКС и отдалённых НССС.

3. Обоснована необходимость учёта нейропсихических факторов при стратификации риска у пациентов МСВ с ОКС: повышение значимости тревожно-депрессивных факторов в формировании клинического течения ОКС и отдалённых НССС, сочеталось со структурно-функциональными изменениями сердца и сосудов, включая увеличение ТИМ и проявления ДДЛЖ.

4. Выделена группа высокого риска ранних осложнений и отдалённых НССС среди пациентов молодого и среднего возраста с ОКС, характеризующаяся преобладанием мужчин, избыточной массой тела и ожирением, признаками ДДЛЖ, увеличением ТИМ сонных артерий и атерогенной дислипидемией. Это обосновывает необходимость интенсивного наблюдения и активной коррекции факторов риска у данной категории пациентов.

5. Подтверждена значимость пандемического периода и перенесённого COVID-19 как важных модифицирующих факторов клинического течения и прогноза ОКС. Для данного этапа характерны более тяжёлое госпитальное течение заболевания, повышение риска летальности и отдалённых НССС, сочетающиеся с повышением прогностической значимости тяжести перенесённого COVID-19, возраста, депрессии, увеличения ТИМ и нестабильности атеросклеротических бляшек.

6. Доказано, что выраженные тревожно-депрессивные расстройства и когнитивная недостаточность у пациентов молодого и среднего возраста с ОКС являются значимыми компонентами клинико-прогностического профиля заболевания. Их наличие сопровождается неблагоприятным клиническим

течением ОКС и повышением частоты отдалённых НССС. Приём мелатонина может рассматриваться как дополнительный компонент постгоспитальной поддержки пациентов МСВ с ОКС при наличии нейропсихических нарушений и признаков расстройства циркадной регуляции. Ведение пациентов МСВ с ОКС в разные периоды исследования, неоднородность и изменчивость их клинико-прогностического профиля требуют дифференцированного подхода к выделению группы высокого риска отдалённых НССС, обеспечению преемственности наблюдения и индивидуализации лечебно-профилактической тактики.

Степень достоверности результатов. Достоверность и обоснованность научных положений, выводов и практических рекомендаций обеспечены адекватным дизайном исследования, достаточным объёмом клинического материала, чёткими критериями включения и исключения пациентов, применением современных и информативных клинико-инструментальных, лабораторных и нейропсихических методов обследования. Надежность полученных результатов подтверждается использованием корректных методов статистической обработки, включавших сравнительный, корреляционный и регрессионный анализ. Основные результаты исследования опубликованы в рецензируемых научных изданиях и представлены на научных конференциях международного и республиканского уровня.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа выполнена в соответствии с паспортом Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Президенте РТ по специальности 14.01.04 - Внутренние болезни, соответствует подпунктам 3.4 (Этиология, патогенез, факторы риска, генетика заболеваний внутренних органов), 3.7. (Расстройства функций внутренних органов, как у больного, так и у здорового взрослого человека), 3.8. (Клинические проявления заболевания внутренних органов).

Личный вклад соискателя ученой степени в исследование. Весь спектр работы, направленный на выполнение основной идеи диссертации, его планирование и практическая реализация, выбор методов исследования, сбор

первичного материала, тщательный анализ и оценка полученных результатов были осуществлены автором данной работы. Соискателем самостоятельно выполнены планирование и практическая реализация исследования; подбор и обследование пациентов, выбор методов исследования в соответствии с задачами; сбор первичного клинического материала. Автором лично проведено систематизация материала, статистический анализ данных, оценка клинико-лабораторных, инструментальных параметров и данных нейропсихических шкал; интерпретация полученных результатов и формулирование выводов, практических рекомендаций и положений, выносимых на защиту. Оценка результатов инструментальных исследований осуществлялась совместно с врачами отделений функциональной диагностики ГМЦ №1 им. К. Ахмедова и ГМЦ №2 им. акад. К.Т. Таджиева г. Душанбе. На основании полученных данных разработан прогностический алгоритм, по оптимизации профилактической и лечебной тактики пациентов МСВ с ОКС, в том числе в условиях пандемии.

Апробация и реализация результатов диссертации. Результаты исследований и основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены: на 58 - 73 годичных научно-практических конференциях ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, 2011-2025 гг. в г. Душанбе; в конгрессе кардиологов, Бишкек, 2012; П Международной конференции Евразийской ассоциации терапевтов, 2015; в IV Международном форуме кардиологов и терапевтов г. Москва, 2015; во втором Съезде вречей Республики Таджикистан, Душанбе, 2019; в конгрессе кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ, Душанбе, 2019; Международном симпозиуме «Проблемы инфекционной патологии», Душанбе, 2022г.; V - VII Республиканских научно- практических конференциях (2024-2026 гг), X-XVI1 научно-практических конференциях молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (Душанбе, 2015-2024 гг.); на заседании межкафедральной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (2025 г.).

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликовано 64 печатных работ, в том числе 15 - в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК при Президенте РТ.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 323 страницах компьютерного текста, состоит из введения, 7 глав (обзора литературы, материала и методов исследования, 5 глав результатов собственных исследований, обсуждения полученных результатов), выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Материалы диссертации иллюстрированы 30 рисунками и 99 таблицами. Библиографический указатель включает 365 источников, из них отечественных и стран СНГ - 180.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Исследование проведено на клинических базах кафедр внутренних болезней № 2 и пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»: в приёмных отделениях с БИТ и кардиологических отделениях ГМЦ №1 им. К. Ахмедова и ГМЦ № 2 им. академика К.Т. Таджиева г. Душанбе. Объём обследованных пациентов с ОКС по периодам и этапам представлен в таблице 1.

Таблица 1.- Общий дизайн исследования пациентов.

Период	**Этап**	**Контингент**	**n**	**Основное направление анализа**
I период, 2009–2012 гг.	БИТ приёмного отделения, лечебно-диагностический	Все возрасты, высокая вероятность ИМ/ОКС	1357 → 1352	Структура, течение ОКС, осложнения ранние, летальность, маршрутизация
I период, 2009–2012 гг.	Стационарный	Молодой и средний возраст (МСВ) с ИМ или НС	182	Клинико-анамнестическая, лабораторно-метаболи-ческая, инструментальная, нейропсихическая оценка
I период, 2009–2012 гг.	Постгоспитальный	МСВ после выписки	178	12-месячные НССС/MACE
II период, ДПЭ	БИТ приёмного отделения, лечебно-диагностический	МСВ с ОКС	415 → 410	Сравнение с I периодом; оценка 10-летних временных сдвигов
II период, ДПЭ	Стационарный	МСВ с ИМ или НС	161	Углублённая оценка, анализ предикторов

				неблагоприятных исходов
II период, ДПЭ	Постгоспитальный	МСВ после выписки	158	12-месячные НССС/МАСЕ
II период, ПЭ	БИТ приёмного отделения, лечебно-диагностический	МСВ с ОКС	196 → 188	Течение ОКС при пандемии COVID-19
II период, ПЭ	Стационарный	МСВ с ИМ или НС	60	Сравнение с ДПЭ; клинико-гемодинамичес-кая, метаболическая и нейропсихическая оценка
II период, ПЭ	Постгоспитальный	МСВ после выписки	55	12-месячные НССС/МАСЕ
Дополнительный анализ II периода*	Постгоспитальный	МСВ с ОКС	221*	Оценка влияния перенесённой COVID-19-инфекции и приёма мелатонина

Примечание: n - количество обследованных; БИТ - блок интенсивной терапии; МСВ - молодой и средний возраст; ДПЭ — допандемический этап II периода; ПЭ - пандемический этап II периода; ЛИ - летальные исходы; НССС/МАСЕ - неблагоприятные сердечно-сосудистые события. Стрелка: первично обследованы → включены в разработку соответствующего этапа. *В дополнительном анализе II периода: COVID-19-инфекция перенесена - n=100, не перенесена - n=121; приём мелатонина: да - n=105, нет - n=116.

Дизайн исследования. Выполнено многоцентровое проспективное когортное аналитическое исследование с длительным наблюдением пациентов с ОКС и оценкой отдалённых НССС.

Для выявления временных изменений проведено сравнение двух периодов исследования с интервалом 10 лет: I период -2009 -2012 гг., II - 2019-2022 гг. Во II периоде выделены допандемический (январь 2019 г. - апрель 2020г.) и пандемический (май 2020 г. - июль 2021г.) этапы.

В каждом периоде анализ включал три последовательных этапа: лечебно-диагностический этап на уровне блока интенсивной терапии (БИТ) приёмного отделения, стационарный этап и постгоспитальное наблюдение в течение 12 месяцев. Сопоставление допандемического и пандемического этапов II периода позволило оценить влияние пандемии COVID-19 как внешнего стрессового фактора, приближающего условия исследования к естественному эксперименту.

Характеристика обследованных лиц. Формирование групп носило нерандомизированный характер и осуществлялось на основании клинико-

демографических признаков: возраста, пола и формы ОКС, а во II периоде - также с учётом перенесённой инфекции SARS-CoV-2 и профилактического приёма мелатонина, назначенного в соответствии с рекомендациями периода пандемии. В исследование были включены пациенты с ОКС двух возрастных категорий: основная группа - молодого и среднего возраста (МСВ); группа сравнения - в возрасте ≥60 лет, использованная в I период для оценки обращаемости, клинического течения и летальности на уровне БИТ. Для корректной интерпретации лабораторных и инструментальных показателей сформированы контрольные группы лиц без ОКС, сопоставимые с основной группой по возрасту и полу: n=40 в I периоде и n=30 - во II.

Критерии включения: пациенты МСВ с установленным ОКС - инфарктом миокарда или нестабильной стенокардией - либо с высокой вероятностью его развития.

Критерии исключения: застойная сердечная недостаточность, ФВ ниже 50%, низкая приверженность лечению, деменция, острые инфекции, пороки сердца, кардиомиопатии, системные воспалительные заболевания, ХБП 4-5-й стадии, ХОБЛ, онкопатология, СД 1 типа.

Методы исследования. Комплексная оценка течения ОКС включала клинико-анамнестический анализ с оценкой жалоб, анамнеза, коморбидной патологии и формы ОКС; лабораторную диагностику с определением кардиоспецифических биомаркёров, показателей липидного спектра и маркёров воспаления; инструментальное обследование, включавшее ЭКГ в динамике, при необходимости - холтеровское мониторирование, эхокардиографию с оценкой диастолической функции ЛЖ, а также дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с измерением толщины комплекса интима–медиа (ТИМ) и оценкой стабильности атеросклеротических бляшек.

Оценка нейропсихического статуса включала определение синдромов тревоги и депрессии по шкалам Гамильтона (HAM-A, HAM-D) и когнитивных функций по Монреальской шкале когнитивной оценки (MoCA). Стратификация риска летальности и повторного ИМ проводилась по шкалам GRACE и TIMI; во

II периоде дополнительно применялась шкала PRECISE-DAPT для оценки риска кровотечений. Исходы оценивались по частоте ранних сердечно-сосудистых осложнений и летальности на уровне БИТ, осложнённого течения и летальности в стационаре, а также отдалённых НССС в течение 12 месяцев после выписки. Дополнительно анализировалось влияние перенесённой COVID-19-инфекции и профилактического приёма мелатонина. Лечебная тактика на всех этапах соответствовала актуальным клиническим рекомендациям. Во II периоде отмечалось расширение возможностей инвазивной диагностики (КАГ) и лечения (ЧКВ), а также более широкое внедрение двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ).

Статистический анализ выполнен с использованием пакетов Statistica 10.0 и IBM SPSS Statistics 21.0. Для сравнения количественных показателей применялись t-критерий Стьюдента и U-критерий Манна-Уитни; для качественных - критерий χ^2 и точный критерий Фишера. Корреляционный анализ проводили с использованием коэффициентов Пирсона и Спирмена. Для выявления независимых факторов риска и оценки их вклада в исходы применяли множественный линейный и логистический регрессионный анализ; уровень статистической значимости принят при $p<0,05$.

РЕУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Первый период исследования (2009–2012 гг.): частота и особенности течения ОКС. БИТ приёмного отделения. В I период исследования в приёмное кардиологическое отделение с блоком интенсивной терапии поступило 2279 пациентов с подозрением на ОКС. Диагноз ОКС был подтверждён у 1357 пациентов, что составило 59,5% от общего числа обратившихся. Структура подтверждённых случаев ОКС характеризовалась преобладанием ОКС без подъёма сегмента ST (ОКСбп ST), на долю которого приходилось 53,7%, в то время как ОКС с подъёмом ST (ОКСп ST) диагностирован у 46,3% пациентов (таблица 2).

Таблица 2.- Сравнительная характеристика пациентов основной группы (п=855) и группы сравнения (п=497) с ОКС; I период исследования.

	Группы пациентов с ОКС

Показатель, абс (%)	Основная	Сравнения	Р
Пол пациентов: - мужчины	532 (62,2)	248(49,8)	<0,0001
- женщины	323 (37,8)	249 (50,2)	<0,0001
Индекс массы тела (кг/м^2): - до 24,9	330 (38,6)	95 (19,1)	<0,0001
- 25 и более	525 (61,4)	402 (80,9)	<0,0001
Доставлены: - машиной скорой помощи	523 (61,2)	188 (37,8)	<0,0001
- переведены с других ЛПУ	269 (31,5)	307 (61,8)	<0,0001
- самообращение	63 (7,4)	1 (0,2)	<0,0001
Время поступления от начала болей (≥12 часов)	31 (3,6)	4 (0,8)	<0,05
Наблюдались в диспансере по поводу ИБС	312 (36,5)	177 (35,6)	>0,05
Острый коронарный синдром с подъёмом ST	368 (43,0)	257 (51,7)	<0,01
Острый коронарный синдром без подъёма ST	477 (57,0)	240 (48,3)	<0,01
Острый коронарный синдром - как дебют ИБС	150 (17,5)	39 (7,8)	<0,0001

Примечание: р - статистическая значимость различия показателей (по критерию $\chi 2$).

Ранние осложнения, включая фибрилляцию предсердий, желудочковую тахикардию, кардиогенный шок и отёк лёгких, развились у 7% пациентов, поступивших в блок интенсивной терапии. Летальность на догоспитальном этапе и в условиях БИТ была относительно низкой и составила 0,37%. В последующем 1352 пациента были включены в анализ. Из них 855 пациентов МСВ составили основную группу, а 497 пациентов ≥60 лет - группу сравнения. Сравнительный анализ выявил значимые различия между группами (p<0,0001). В основной группе (МСВ) преобладали мужчины (62,2%), пациенты, доставленные машиной скорой помощи (61,2%), обратившиеся самостоятельно (3,6%; p<0,0001), с впервые возникшим ОКС (17,5%), а также поздно обратившиеся пациенты (3,6%; p < 0,05). В группе сравнения чаще встречались женщины (50,2%), пациенты, переведённые из других учреждений (61,8%), и с избыточной массой тела или ожирением (80,9%; p < 0,0001). Доля пациентов на диспансерном учёте по ИБС, была сопоставимой в сравниваемых группах (p>0,05). У пациентов МСВ значимо чаще наблюдался ОКС без подъёма сегмента ST (57,0%), а в группе сравнения несколько чаще - ОКС с подъёмом ST (51,7%, p>0,05).

Среднее значение категории риска летальности оказалось выше в группе пациентов старших возрастов (1,676±0,715 и 1,879±0,682; $p<0,05$), однако частота высокой категории риска в группах была сопоставимой ($p>0,05$). Тактика ведения пациентов на данном этапе включала раннюю стратификацию риска с использованием шкал GRACE и TIMI. Инвазивные вмешательства были выполнены (чрескожные коронарные вмешательства, коронароангиография) у 7,8% пациентов основной группы и у 4,6% пациентов группы сравнения. Тромболитическая терапия применялась менее чем у 10% пациентов с соответствующими показаниями.

Стационарный этап. Клинико-демографические особенности ОКС. Среди 182 госпитализированных пациентов с ОКС преобладали лица среднего возраста (45–59 лет) - 155 человек (85,2%), тогда как молодых пациентов (до 45 лет) было 27 (14,8%) ($p<0,0001$). В обеих возрастных группах значимо преобладали мужчины (63,7%; $p<0,0001$). Женщины среднего возраста госпитализировались чаще, чем молодые ($p<0,0001$). Возрастные различия в зависимости от пола были незначимыми ($p>0,05$). Анализ по возрасту, полу и индексу массы тела (ИМТ) показал, что более 80% поступивших с ОКС составили пациенты МСВ, около двух третей - мужчины, причём среди мужчин преобладала избыточная масса тела, а среди женщин - ожирение.

Среди *госпитализированных* пациентов значимо чаще наблюдался ОКСбп ST - 63,2% ($p<0,0001$). ОКСп ST чаще регистрировался у мужчин (56,0%), а у женщин - ОКСбп ST ($p<0,0001$). В группе пациентов среднего возраста значимо преобладал ОКСбп ST (65,2%; $p<0,0001$). Эта форма ОКС чаще наблюдался на фоне нормальной массы тела (32,2%) и ожирения (21,7%) ($p<0,0001$), тогда как ОКСп ST был ассоциирован преимущественно с избыточной массой тела (91,1%; $p<0,0001$). Установлено, что в целом, на фоне ОКСбп ST развился ИМп у 46,1% пациентов, а на фоне ОКСп ST - у 76,1% ($p<0,0001$) пациентов. Возрастных различий в частоте развития ИМ не выявлено ло ($p>0,05$). Половые различия проявлялись в большей частотой НС у женщин (59,1%; $p<0,001$) и ИМп ST у мужчин (30,2%; $p<0,05$).

У пациентов с ОКС отмечалась высокая частота артериальной гипертонии (63,2%) и её частота между группами молодого и среднего возраста превышала показатель контрольной группы (42,5%; $p<0,05$). Частота ИБС в анамнезе составила 39,6% против 20% в контроле; $p<0,05$ и была выше в среднем возрасте (42,6%), чем у молодых (22,2%; $p<0,05$). Частота ожирения, сахарного диабета и перенесённых инсультов в возрастных группах была сопоставима ($p>0,05$); курящих было значимо больше среди молодых (37,0%; $p<0,05$). Проявления дисциркуляторной энцефалопатии чаще отмечались у пациентов среднего возраста (37,4%; $p<0,05$) и были взаимосвязаны с ФК ХСН и тяжестью перенесённых ОНМК ($r=0,26$; $p<0,05$).

Лабораторные показатели. Повышение кардиоспецифических маркеров некроза миокарда зафиксировано у 12,1% пациентов общей группы, маркёры воспаления (СРБ>10 мг/л, лейкоцитоз) отмечались у 23,1% больных. Липидный профиль (рисунок 1) характеризовался атерогенными сдвигами: повышенные уровни триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ХС) и коэффициента атерогенности (КА) на фоне сниженного уровня липопротеидов высокой плотности (ЛПВП); КА ≥4 регистрировался у половины пациентов (50,5%).

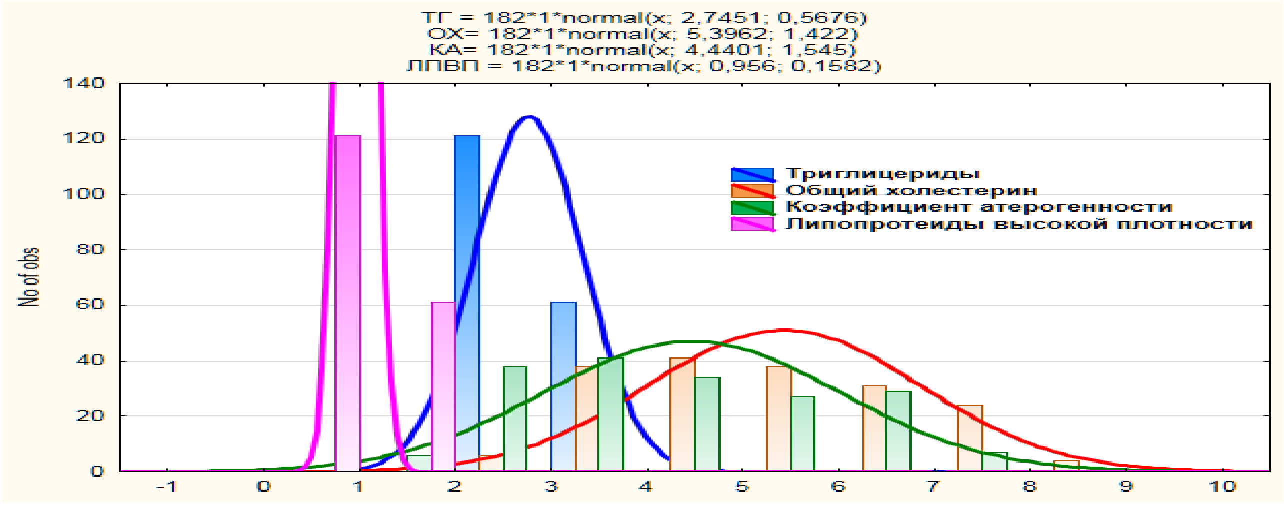


Рисунок 1.- Соотношение средних значений липидного профиля у пациентов с ОКС, стационарный этап (1 период, п=182).

При инструментальном обследовании были обнаружены значимые субклинические поражения сердца и сосудов. При сравнении с контрольной группой диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ) была выявлена

чаще у пациентов с ОКС (74,2 %; p<0,0001), преимущественно за счёт I и II типов. Снижение отношения E/A наряду с увеличение индекса объёма левого предсердия (38,66±5,96 мл/м2; p<0,0001), указывали на хроническое повышение давления наполнения и неблагоприятный гемодинамический профиль. Значимое утолщение ТИМ БЦА (1,045±0,129 мм; p<0,01) сопровождавшееся учащением признаков нестабильности АБ (22,5%; p<0,001) было взаимосвязано со степенью АГ, ФК ХСН и дислипидемией и отражают системное субклиническое поражение сердца и сосудов, свидетельствующее о прогрессировании атеросклеротического процесса даже при отсутствии выраженных клинических проявлений.

Тревожно-депрессивные и когнитивные расстройства. При анализе психоэмоционального и когнитивного статуса у пациентов МСВ с ОКС отмечена высокая частота синдрома тревоги 87,4 % и депрессии - у 79,7% разной выраженности. Депрессия чаще отмечалась у пациентов с ОКС с подъёмом ST (14,2±5,8 б), чем при ОКС без подъёма ST (12,6±5,1 балла; p<0,05). Когнитивные нарушения (КН) выявлены у 33,1% пациентов МСВ с ОКС, чаще у мужчин среднего возраста (p<0,05), преимущественно в лёгкой и умеренной форме. Снижение когнитивных функций было связано с возрастом, ИБС, АГ, ДДЛЖ, утолщением ТИМ и нестабильностью АБ.Нейропсихические нарушения являются значимыми компонентами клинико-прогностического профиля ОКС у пациентов МСВ и ассоциированы с выраженностью атеросклеротического поражения.

Оценка риска летальности, осложнений и отдалённых НССС. Высокие значения риска летальности и развития повторного ИМ ассоциированы с мужским полом и избыточной массой тела. Риск летальности при разных клинических формах ОКС был сопоставим. Осложнённое течение ОКС в условиях стационара было отмечено у 24,7% пациентов. В структуре осложнений преобладали жизнеугрожающие аритмии (8,8%), кардиогенный шок (9,9%) и сердечно-сосудистая смерть (2,2%).

На постгоспитальном этапе НССС зарегистрированы у 15,2 % пациентов, наиболее часто в виде нефатального ИМ и экстренных коронарных вмешательств (рисунок 2).

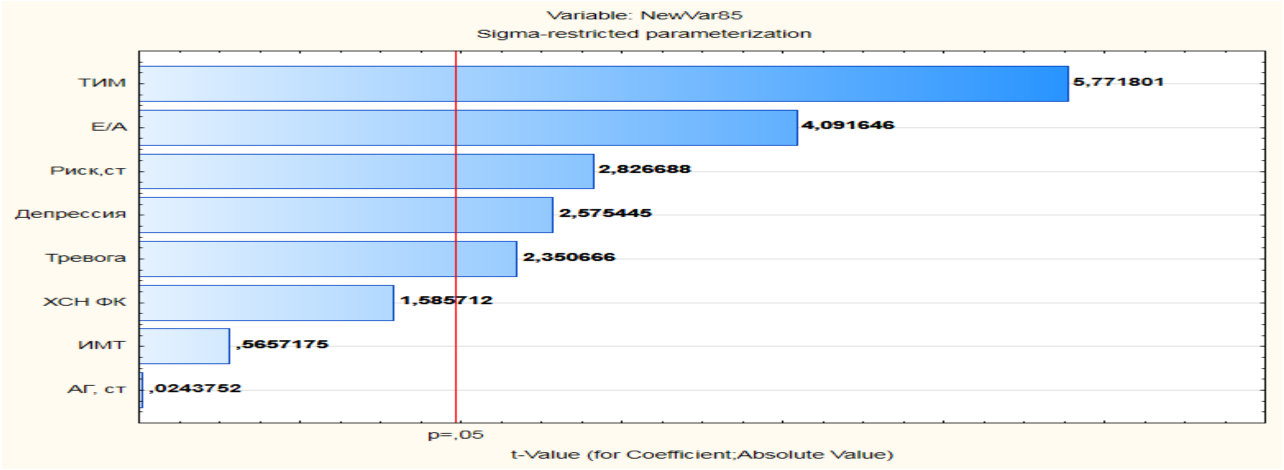


Рисунок 2. – Факторы, независимо ассоциированные с градацией неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (НССС) у пациентов с ОКС (I период; n=178), по данным линейной регрессии.

При многофакторном анализе методом линейной регрессии с использованием ранжированной шкалы НССС (1-4) по клинической значимости компонентов установлены независимые факторы, определяющие градацию НССС: увеличение ТИМ, снижение Е/А, высокий риск летальности и повторного ИМ, а также выраженность тревоги и депрессии.

Сравнительный анализ показал, что НССС чаще развивались у мужчин, курящих пациентов, с ИМТ ≥25 кг/м², гиперлипидемией, ДДЛЖ, утолщением ТИМ и когнитивной недостаточностью. Таким образом, у пациентов МСВ с ОКС уже в I периоде исследования выявлен комплекс неблагоприятных клинико-гемодинамических, сосудистых и нейропсихологических изменений, отражающих системный характер атеросклеротического процесса. Коморбидные заболевания, субклиническое поражение сердца и сосудов, а также тревожно-депрессивные и КН вносят значимый вклад в риск осложнённого течения ОКС, развития НССС, что указывает на необходимость анализа временных изменений течения ОКС во II периоде исследования.

Второй период исследования. Особенности течения ОКС по данным допандемического и пандемического этапов. II период исследования проведён через 10 лет после I-го с целью оценки временных сдвигов клинико-эпидемиологических характеристик ОКС у пациентов МСВ. Возникшая пандемия COVID-19 стало особенностью этого периода и позволило дополнительно изучить влияние «фактора пандемии» на течение ОКС.

Допандемический этап. ***БИТ приемного отделения*** Из 706 пациентов МСВ, доставленных в БИТ с подозрением на ИМ, ОКС подтверждён у 611 (86,5%) пациентов. Из них на допандемическом этапе (16 месяцев) зарегистрировано 415 случаев ОКС (25,9/в месяц), в период пандемии (15 месяцев) - 196 случаев (13,1/в месяц), что отражает значимое снижение обращений в условиях пандемии. Среди 415 пациентов с ОКС, ранние осложнения установлены в 41/9,9% случаях (жизнеугрожающие аритмии, острая сосудистая и сердечная недостаточность), в том числе - в 5 (1,2%) случаях СС смерть. В последующем 410 пациентов были включены в анализ.

На этапе БИТ приемного отделения структура ОКС характеризовалась значимым преобладанием ОКС без подъема ST (72,7%; p<0,0001). Пациенты были преимущественно мужского пола (71,2%), среднего возраста (48,1±8,4 года), у 70,2% отмечалась избыточная масса тела или ожирение. Большинство больных (72%) доставлены кардиологическими бригадами скорой помощи, 25,6% переведены из других лечебных учреждений, самообращение составило лишь 2,4%. ОКС был дебютом ИБС у 23,7% пациентов; 185 (45,1%) находились на диспансерном учёте по поводу ИБС, что отражает рост диспансерного наблюдения по сравнению с I периодом.

Ведение пациентов с ОКС осуществлялось в соответствии с современными рекомендациями, с ранней стратификацией риска по шкалам GRACE и TIMI и выбором реперфузионной стратегии. Инвазивные вмешательства выполнены у 104 (25,4%) пациентов, при этом у больных ИМ - значительно чаще 59 (59,0%), чем при НС - 45 (14,5%; p<0,0001). Тромболитическая терапия была проведена у 52 (12,7%) больных. Двойную антитромбоцитарную терапию

получали 38 (23%) пациентов, что отражает внедрение и расширение её применения по сравнению с I периодом.

Стационарный этап (допандемический). Среди госпитализированных пациентов (n=161) преобладали мужчины (54,7%) и лица с ИМТ ≥25 кг/м² (72%). ОКС без подъёма ST составил 81,4% всех случаев, оставаясь частым вариантом независимо от возраста и пола. ОКСп ST значимо чаще диагностирован у мужчин. АГ выявлена у 79,5% пациентов, ХСН - у 72,1% (чаще I–II ФК), ОНМК в анамнезе - у 24,9%. Частота ХСН и ОНМК была значимо выше у пациентов среднего возраста. Показатели липидного профиля (гипер-ХС, гипер-ТГ, снижение ЛПВП) свидетельствовали об атерогенных отклонениях от референсных значений; КА ≥4 выявлен у 64% больных. Повышение маркёров системного воспаления отмечено у 21,7% пациентов.

При изучении *субклинических поражений сердца* и сосудов ДДЛЖ выявлена у 86,3% пациентов с ОКС, преимущественно I типа (таблица 3).

Таблица 3. - ДДЛЖ и состояние БЦА у пациентов с ОКС (допандемический, стационарный этап второго периода исследования).

Показатели	**Контрольная гр. (n=30)**	**Пациенты с ОКС(n=161)**	**P**
Диастолическая функция левого желудочка			
ВЗРН (DT) - время замедления раннего диастолического наполнения), мсек	185,0±17,8	212,2±19,2	<0,0001
ИОЛП – индекс объёма левого предсердия, мл/м2	34,8±6,68	40,6±4,74	<0,0001
E/A - отношение скорости раннего диастолического трансмитрального потока к позднему	1,117±0,134	1,007±0,240	<0,05
ДДЛЖ-диастолическая дисфункция левого желудочка (все типы), абс (%)	8 (26,7)	139 (86,3)	<0,01*
1 тип	7 (23,3)	114 (70,8)	<0,0001*
2 тип	1 (3,3)	23 (14,3)	<0,01*
3 тип	-	2 (1,24)	>0,05*
Состояние брахиоцефальных артерий (БЦА)			
ТИМ - толщина комплекса интима-медиа БЦА, мм	0,977±0,138	1,071±0,147	<0,05
Нестабильность атеросклеротических бляшек	2 (6,7)	53 (32,9)	<0,01*

Примечание: p -отмечена статистическая значимость различия показателей между группами (по Манна Уитни); *- отмечены различия по критерию $\chi 2$.

Отмечено значимое повышение (p<0,0001) ИОЛП и ВЗРН (DT); ТИМ БЦА выше у пациентов с ОКС (p<0,05), а нестабильность АБ диагностирована у 32,9% (p<0,01) пациентов. Установлено, что ДДЛЖ и поражения сосудов взаимосвязаны как с возрастом, ИМТ, повышением АД, атерогенными сдвигами липидов, так и кардиальными и церебральными событиями по анамнезу.

Тревожно-депрессивные расстройства и когнитивная недостаточность. Отсутствие синдромов тревоги отмечено у 36 (22,4 %), депрессии у 31 (19,3%) и отсутствие признаков когнитивной недостаточности - у 107 (66,5%) из них. Средние значения синдромов тревоги и депрессии превышали нормативные показатели примерно в 2 раза, а средний балл по шкале MoCA составил 25,96±2,41, что свидетельствует о тенденции к когнитивному снижению. Повышение уровней тревоги и депрессии и когнитивный дефицит были значимо выражены у пациентов среднего возраста; различия по полу (p>0,05) и ИМТ (тенденция) пациентов были незначимы.

Риск летальности и повторного ИМ; осложнённое течение ОКС. Средний риск по шкалам GRACE/TIMI в стационаре составил 1,99±0,75, будучи выше у пациентов среднего возраста (p<0,002) и при ИМТ ≥25 кг/м² (p<0,05). Риск летальности и ИМ был взаимосвязан как с АГ, ИБС, ДДЛЖ, выраженностью ХСН, ОНМК (p<0,05), так и ТИМ (r=0,472; p<0,05; рисунок 3).

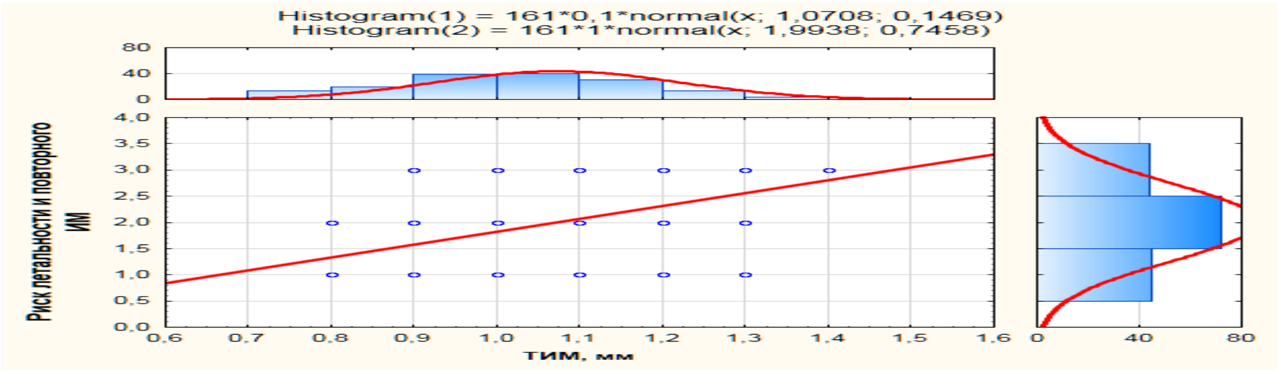


Рисунок 3. - Взаимосвязь риска летальности с ТИМ БЦА у больных с ОКС на стационарном этапе II периода (п=161; r=0,472; p<0,05, по Spearmen).

Осложнённое течение ОКС в стационаре имело место у 46 (28,6%) пациентов, в том числе - 3 (1,9%) случаи СС смерти, из них 2 (1,24%) - на фоне ишемического инсульта.

Постгоспитальный этап второго периода. Отдалённые НССС. Этот период совпал с периодом разгара пандемии COVID-19. В течение 12 месяцев наблюдения неблагоприятные сердечно-сосудистые события зарегистрированы у 28,5% пациентов и включали нефатальный ИМ, экстренные реваскуляризации и сердечно-сосудистую смерть (1,9%). Отдалённые НССС достоверно (p<0,05) коррелировали с ТИМ (r=0,693), нестабильностью атеросклеротических бляшек (r=0,664), ДДЛЖ (r=-0,26), САД (r=-0,46), с выраженностью не только тревоги (r=0,40) и депрессии (r=0,41), но и когнитивной недостаточностью (r=-0,28).

Перенесённый COVID-19 также имел умеренную, но значимую связь с развитием НССС (r=0,35; p<0,05). По данным логистического регрессионного анализа как независимые предикторы НССС выделены увеличение ТИМ, нестабильность АБ и тяжесть перенесённого COVID-19 (p<0,001).

Таким образом, во втором периоде исследования у пациентов МСВ выявлена трансформация течения ОКС: преобладание форм без подъёма ST, высокая частота субклинического поражения КВС, а также существенная роль психоневрологических факторов и перенесённого COVID-19 в развитии НССС. Несмотря на увеличение охвата диспансерным наблюдением, эти факторы продолжают определять негативный прогноз.

Пандемический этап второго периода исследования. Особенности течения ОКС. Пандемический этап второго периода исследования (май 2020 г. – июль 2021 г.; 15 месяцев) характеризовался снижением обращаемости пациентов с подозрением на ОКС и одновременным утяжелением клинического течения заболевания. В БИТ приёмного отделения доставлены 196 пациентов МСВ, у которых диагноз COVID-19 был исключён клинико-лабораторными методами согласно действующим временным рекомендациям.

Ранние осложнения ОКС развились у 18,9% и клиническая смерть зарегистрирована у 8 (4,1%) пациентов, преимущественно у лиц среднего возраста, у мужчин, на фоне АГ, ХСН и ИБС в анамнезе. Основными причинами летальных исходов явились острая сердечная недостаточность, отёк лёгких и кардиогенный шок.

БИТ приёмного отделения. Для последующего анализа данных включены 188 пациентов. Большинство пациентов (68,6%) доставлены бригадами скорой помощи, 28,2% - переведены из других лечебных учреждений. Характерно увеличение доли позднего обращения (≥12 часов от начала болей) пациентов за медицинской помощью (7,4%). ОКС был дебютом ИБС у 36,2%, при этом почти половина (48,4%) пациентов находилась на диспансерном учёте по поводу ИБС. ОКС преобладал у мужчин (64,9%) и пациентов среднего возраста (87,8%). ИМТ ≥25 кг/м2 выявлен у 65,4% пациентов. ОКС без подъёма сегмента ST оставался доминирующим вариантом (74,5%). ИМ диагностирован у 62,8% пациентов на этапе БИТ, НС - у 37,2%.

Инвазивные вмешательства были выполнены у 16% больных и значимо чаще, при ИМ. Тромболитическая терапия применялась чаще при ИМ (23,7%), чем при НС (4,3%). Антитромбоцитарная терапия проводилась у большинства пациентов (66,5%), однако доля ДАТТ была невысокой (18,6%), что можно связать с организационными ограничениями при пандемии (таблица 4).

Таблица 4.- Особенности ведения пациентов нестабильной стенокардией (НС) и инфарктом миокарда (ИМ) в БИТ приёмного отделения на пандемическом этапе исследования (п=188); абс (%).

Показатели	Всего	1. НС (п=70)	2. ИМ (п=118)	Р
Клинический диагноз вынесен в БИТ	133 (70,0)	43 (61,4)	90 (76,3)	<0,05
Инвазивные вмешательства, всего:	30 (16,0)	4 (5,7)	26 (22,0)	<0,01
- Коронароангиография	25 (13,3)	4 (5,7)	21 (17,8)	<0,05
- ЧКВ (стентирование, балл. ангиоп.)	4 (2,1)	0	4 (3,4)	>0,05
- Коронарное шунтирование (анамнез)	1 (0,5)	0	1 (0,85)	>0,05
Консерввативная терапия, в т.ч.:				
- Купирование болевого приступа	176 (93,6)	64 (91,4)	112 (94,9)	>0,05
- Антикоагулянтная терапия	160 (85,1)	52 (74,3)	108 (91,5)	<0,01
- Антитромбоцитарная терапия	125 (66,5)	35 (50,0)	90 (76,3)	<0,001
• в том числе ДАТТ	35 (18,6)	4 (5,7)	31 (26,3)	<0,001

- Тромболитическая терапия	31 (16,5)	3 (4,3)	28 (23,7)	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей (по критерию χ2).

Стационарный этап. В кардиологические отделения госпитализировано 60 пациентов с ОКС. Их средний возраст был значимо ниже, чем у пациентов БИТ, что может отражать позднюю обращаемость молодых пациентов и рост доли клинически манифестных форм ОКС в этой возрастной группе. Среди госпитализированных преобладали мужчины и пациенты с ИМТ ≥25 кг/м² (85%). ОКС без подъёма ST (73,3%) оставался ведущим вариантом, как у молодых, так и при среднем возрасте. АГ и ХСН выявлены у большинства больных и у более 80% имелись указания на ИБС или коронарные события. Перенесённые ОНМК значимо чаще отмечены у больных среднего возраста.

Лабораторные показатели отражали системную воспалительную реакцию и атерогенные сдвиги: повышение СРБ и лейкоцитоз отмечены у половины пациентов, гиперхолестеринемия - у 76,7%, гипертриглицеридемия - у 51,7% и повышение коэффициента атерогенности у 52 (86,7%) пациентов.

Субклинические маркёры поражения сердца и сосудов. На этапе пандемии у пациентов с ОКС выявлена чрезвычайно высокая частота доклинических маркеров кардиоваскулярного риска. ДДЛЖ диагностирована у 90% пациентов, чаще за счёт нарушения релаксации (1 тип; 68,3%), что в 2,6 раза чаще, чем в контрольной группе (35%, p<0,0001).

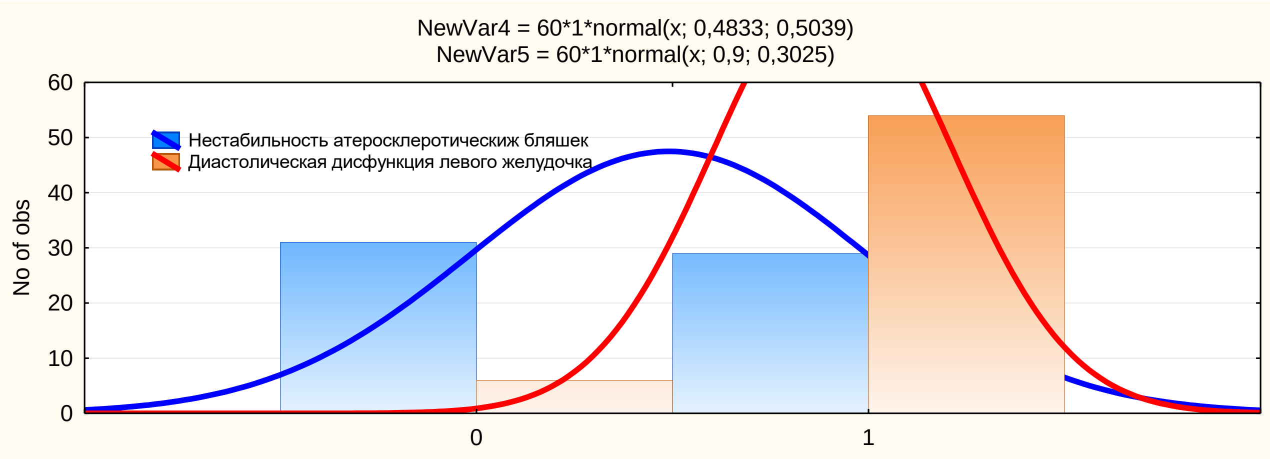


Рисунок 4. - Соотношение частоты нестабильных АБ и ДДЛЖ у пациентов с ОКС в пандемический период (n=60; r = -0,363; p<0.05).

В рисунке 4 представлено соотношение частоты нестабильных атеросклеротических бляшек и ДДЛЖ, между которыми выявлена умеренная отрицательная корреляционная связь ($r = -0,363$; $p<0.05$). ТИМ сонных артерий была достоверно выше, чем в контрольной группе (1,118±0,138 мм и 0,973±0,138 мм, $p<0,01$).

Особого внимания заслуживает тот факт, что у 48,3% пациентов с ОКС были выявлены эхографические признаки нестабильности АБ при их отсутствии в контрольной группе. Этот маркер имеет ключевое патогенетическое значение, прямо указывая на высокий риск острых сердечно-сосудистых событий. Таким образом, у подавляющего большинства пациентов МСВ с ОКС в период пандемии обнаруживались выраженные субклинические признаки структурно-функционального ремоделирования сердца и активного, нестабильного атеросклероза.

Психоневрологический статус. Психоневрологический статус в этот период характеризовался значительным неблагополучием у пациентов с ОКС. Средние значения по шкалам тревоги (16,5±5,7 баллов) и депрессии (19,97±7,56 баллов) более чем вдвое превышали нормативные показатели. У мужчин синдром депрессии был выражен сильнее, чем у женщин ($p<0,05$), в то время как уровень тревоги статистически не различался (таблица 5).

Таблица 5.– Показатели тревоги, депрессии и когнитивных функций у пациентов с ОКС с учётом пола, возраста и ИМТ (пандемия, n=60).

Показатель	Подгруппы пациентов		p
Подгруппы по полу	**Муж (n=36)**	**Жен (n=24)**	
Тревога, (баллы)	7,4±4,4	15,2±7,2	>0,05
Депрессия, M±SD (баллы)	21,8±5,8	17,2±9,0	<0,05
Выраженность КН (баллы)	22,5±3,6	23,4±3,5	>0,05
Подгруппы по возрасту	**Молодой (n=26)**	**Средний (n=34)**	
Тревога, M±SD (баллы)	15,2±6,1	17,5±5,3	>0,05
Депрессия, M±SD (баллы)	18,2±7,8	21,3±7,2	>0,05
Выраженность КН (баллы)	23,1±3,4	22,6±3,7	>0,05
Подгруппы по ИМТ	**≤ 24,9 кг/м2 (n=9)**	**≥25 кг/м2 (n=51)**	

Тревога, M±SD (баллы)	8,7±5,8	17,9±4,5	<0,0001
Депрессия, M±SD (баллы)	8,7±7,7	22,0±5,6	<0,0001
Выраженность КН (баллы)	24,7±4,2	22,5±3,4	>0,05

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей групп по U-критерию Манна-Уитни.

Наиболее неблагополучный профиль отмечался у пациентов с избыточной массой тела и ожирением (ИМТ ≥25 кг/м²), демонстрировавших достоверно более высокие уровни, как тревоги, так и депрессии по сравнению с пациентами нормальным ИМТ ($p<0{,}0001$). Средний показатель когнитивных функций в общей группе был снижен, хотя не имела значимых различий в зависимости от пола, возрастной группы (молодой и средний возраст) и ИМТ. Таким образом, в период пандемии у пациентов с ОКС отмечался выраженный психоэмоциональный дистресс, тесно ассоциированный с метаболическими нарушениями, на фоне умеренно сниженного уровня когнитивных функций.

Риск летальности и частота осложнённого течения ОКС в период пандемии у госпитализированных пациентов были значительно повышены. Средняя категория риска летальности и повторного ИМ составила 2,45±0,723; при этом высокий риск отмечен более чем у половины больных. Возрастные и половые различия риска отсутствовали, тогда как избыточная масса тела и ожирение сопровождались значимым его повышением.

Осложнённое течение ОКС на стационарном этапе пандемического периода зарегистрировано у 48,3% пациентов, что почти в 1,7 раза выше, чем на допандемическом этапе. Наиболее частыми осложнениями были кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность и жизнеугрожающие аритмии. Сердечно-сосудистая смерть отмечена у 8,3% пациентов.

Постгоспитальный этап наблюдения пандемического этапа II периода. Частота отдалённых НССС составила 54,6%. Развитие ≥1 НССС значимо чаще регистрировалось у пациентов с ИМ, по сравнению с пациентами с НС: 73,7% и 44,4% соответственно ($p<0{,}05$). У пациентов с ИМ на пандемическом этапе II периода исследования шанс развития ≥1 отдалённого НССС в течение 12 месяцев после выписки был в 3,51 раза выше, чем у пациентов с НС: OR=3,51;

95% ДИ 1,07–11,53; p<0,05. Таким образом, в пандемический этап у пациентов с ИМ отдалённый прогноз был хуже, чем при НС, что проявлялось значимым увеличением суммарной частоты НССС, тогда как различия по отдельным исходам- незначимы.

Для оценки ассоциации отдельных факторов с развитием НССС выполнен унивариантный анализ с расчётом отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала. Для количественных и шкальных показателей предварительно проведён ROC-анализ с определением оптимальных пороговых значений по индексу Юдена и были представлены в бинарном виде.

Результаты унивариантного анализа факторов, ассоциированных с развитием НССС, подтвердили сохраняющую ведущую роль ТИМ и нестабильности АБ, цереброваскулярного анамнеза и нейропсихологических нарушений в формировании риска НССС у пациентов МСВ с ОКС и на пандемическом этапе II периода исследования. На данном этапе для перенесённой COVID-19-инфекции отмечалась тенденция к повышению риска отдалённых НССС, однако эта ассоциация не достигла статистической значимости (p=0,111; таблица 6).

Таблица 6. - Унивариантный анализ факторов, ассоциированных с развитием НССС у пациентов с ОКС на пандемическом этапе II периода исследования (n=55).

Показатель (0/1)	**ОШ (95% ДИ)**	**P**
ТИМ ≥ порога	297,67 (15,23–5816,03)	<0,001
Нестабильность АБ	16,10 (4,27–60,64)	<0,001
КА≥4	8,67 (0,99–76,12)	0,051
ХСН	2,67 (0,61–11,64)	0,295
ДДЛЖ	1,50 (0,23–9,76)	1,000
ОНМК в анамнезе	9,20 (2,62–32,28)	<0,001
MoCA ≤ порога	46,80 (5,50–398,46)	<0,001
Тревога ≥ порога	11,00 (3,09–39,21)	<0,001
Депрессия ≥ порога	5,41 (1,66–17,65)	0,009
COVID-19 (0/1)	10,10 (0,52–197,32)	0,111

Примечание: ОШ - отношение шансов; ДИ - доверительный интервал; АБ - атеросклеротическая бляшка; КА - коэффициент атерогенности; ДДЛЖ - диастолическая дисфункция левого желудочка; ОНМК - острое нарушение мозгового кровообращения. Пороговые значения количественных и шкальных показателей определены по ROC-анализу с использованием индекса Юдена.

Таким образом, полученные результаты подтверждают многофакторный характер развития НССС (MACE) и обосновывают необходимость комплексной оценки риска у пациентов с ОКС с учётом кардиальных, цереброваскулярных и нейропсихологических компонентов.

Сопоставление результатов двух периодов исследования: влияние факторов времени и пандемии COVID-19 на особенности течения ОКС. Сравнение осуществлялось по двум направлениям: 1) сопоставление данных I периода и допандемического этапа II периода, отражающее «чистый» эффект времени (интервал 10 лет); 2) сопоставление допандемического и пандемического этапов II периода, оценивающее влияние пандемии при исключении временного фактора (без интервала).

Влияние временного фактора (через 10 лет). Сравнительный анализ показал, что по мере временного сдвига формируется *изменённый клинико-эпидемиологический портрет ОКС* у пациентов МСВ. Общая частота ранних осложнений во II периоде была достоверно выше, чем в первом (9,9% и 6,1%, $p<0,05$). Отмечался существенный рост частоты жизнеугрожающих аритмий (с 1,2% до 3,6%, $p<0,01$) и сердечно-сосудистой смерти (с 0,23% до 1,21%, $p<0,05$; таблица 7).

Таблица 7.- Временные сдвиги ранних осложнений ОКС и летальных исходов у пациентов, доставленных в приёмное отделение в I период и допандемический этап II периода исследования, n (%).

Показатели	I период, n=857	II период, ДПЭ, n=415	p
Ранние осложнения и летальные исходы, всего	52 (6,1)	41 (9,9)	<0,05
Жизнеугрожающие аритмии	10 (1,2)	15 (3,6)	<0,01
Кардиогенный шок	30 (3,5)	14 (3,4)	>0,05

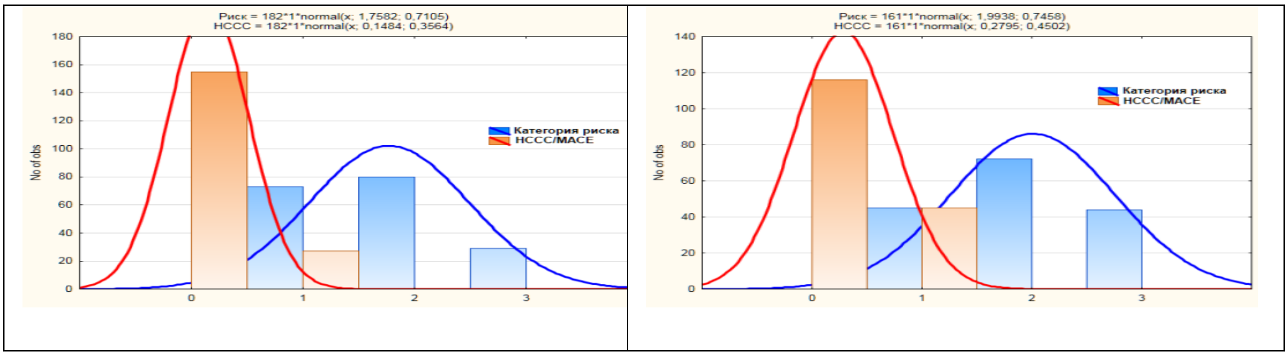
Острая сердечная недостаточность с отёком лёгких	10 (1,2)	7 (1,7)	>0,05
Сердечно-сосудистая смерть	2 (0,23)	5 (1,21)	<0,05

Примечание: р - статистическая значимость различий между периодами; ДПЭ - допандемический этап II периода; МСВ - молодой и средний возраст.

Значимое учащение ранних осложнений ОКС может отражать изменения в клиническом течении заболевания, факторах риска или организации медицинской помощи за указанный временной интервал.

При оценке этих факторов во II периоде исследования отмечено достоверное снижение среднего возраста пациентов и увеличение доли лиц молодого возраста, указывающего на тенденцию к «омоложению» манифестных форм ОКС и рост частоты ОКС, выступающего как дебют ИБС (23,7%; $p<0,05$). Возросла доля пациентов, находившихся на диспансерном учёте по поводу ИБС (36,5% и 39,5%; $p<0,05$), а также доставленных бригадами неотложной помощи, на фоне снижения частоты самообращений, что отражает изменения маршрутизации и настороженности в отношении ОКС.

II период исследования характеризуется более полным охватом пациентов



ОКС консервативной терапией на временной динамике выявлен достоверный рост частоты ОКСбп ST (72,7%; $p<0,0001$) и снижение доли ОКСп ST, - сопровождающиеся учащением факторов риска: АГ, избыточной массы тела и ожирения, частоты ассоциированных состояний – ХСН, ОНМК в анамнезе.

Первый период (n=182)	Второй период (до пандемии; n=161)

Рисунок 5. - Временные сдвиги категории риска летальности и частоты отдалённых неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (НССС) у пациентов ОКС на постгоспитальном этапе первого и второго (до пандемии) периодов исследования.

На госпитальном этапе II периода исследования отмечено учащение субклинических поражений сердца и сосудов: ДДЛЖ, увеличения ТИМ БЦА и нестабильности АБ. Эти изменения сочетались с атерогенной направленностью липидного профиля и свидетельствовали об усилении латентного атеросклеротического процесса. Выявлены более выраженные синдромы тревоги и депрессии и умеренное снижение когнитивных функций, чаще у пациентов среднего возраста, мужчин и лиц с ИМТ ≥25 кг/м².

Таким образом, 10-летний временной интервал сопровождался значимыми изменениями клинического течения ОКС и характеристик пациентов. Несмотря на прогресс в диагностике и лечении ОКС, чаще выявлялись ассоциированные заболевания, субклинические кардиометаболические и нейропсихические синдромы, сопровождающиеся повышением риска летальности, учащением как ранних, так и отдалённых НССС (рисунок 5).

Полученные данные указывают на трансформацию клинического профиля ОКС в популяции: фенотип заболевания всё в большей степени приобретает черты хронического нестабильного системного процесса. Это диктует необходимость совершенствования системы помощи, которая должна сочетать: 1) оптимизацию ведения в острую фазу для предотвращения немедленных фатальных осложнений; 2) **с**тратегический акцент на длительном, пожизненном наблюдении пациента**,** с целью стабилизации системного атеротромбоза и контроля многочисленных факторов риска. Такой подход указывает, что парадигма ведения пациентов МСВ с ОКС смещается от разового локального вмешательства (стентирование) к непрерывной комплексной стратегии, интегрирующей оптимальное лечение острого события с системной программой долгосрочного управления рисками.

Влияние фактора пандемии COVID-19. *БИТ прёмного отделения.* В условиях пандемии отмечено резкое снижение числа госпитализаций пациентов с ОКС более чем в 2 раза, увеличение среднего возраста поступающих и рост доли пациентов с более тяжёлым клиническим профилем ОКС; на этапе БИТ зафиксировано значимое увеличение частоты ранних осложнений, включая сердечно-сосудистую смерть (таблица 8).

Таблица 8. - Сравнительная частота ранних осложнений ОКС у пациентов, поступивших в БИТ приёмного отделения в допандемический (п=415) и пандемический (п=196) периоды.

Показатели	Второй период исследования		
	До пандемии	Пандемия	Р
Поступившие в БИТ с вероятностью ОКС	498 (70,5)	208 (29,5)	<0,0001
ОКС исключён (всего)	83 (16,5)	12 (6,8)	<0,0001
ОКС подтверждён (всего)	415 (83,3)	196 (94,2)	<0,0001
Всего ранние осложнения ОКС, в том числе:	41 (9,9)	37 (18,9)	<0,05
1. Жизнеугрожающие аритмии	15 (3,6)	9 (4,6)	>0,05
2. Кардиогенный шок	14 (3,4)	15 (7,7)	>0,05
3. Острая сердечная недостаточность с ОЛ	7 (1,7)	5 (2,6)	>0,05
4. Сердечно-сосудистая смерть, абс (%)	5 (1,21)	8 (4,1)	<0,05

Примечание: ОЛ - отёк лёгких; р - статистическая значимость различия показателей (по критерии $\chi 2$).

В БИТ приёмного отделения поступала более отобранная, но и более тяжёлая когорта пациентов с установленным ОКС, что сопровождалось ростом общего числа ранних осложнений (18,9%; р<0,05) и особенно ранней сердечно-сосудистой смертности (4,1%; р<0,05). Одновременно отмечено снижение частоты инвазивных вмешательств (16%; р<0,05), прежде всего ЧКВ, что, вероятно, связано с ограничениями маршрутизации и изменением приоритетов оказания специализированной помощи в условиях пандемии.

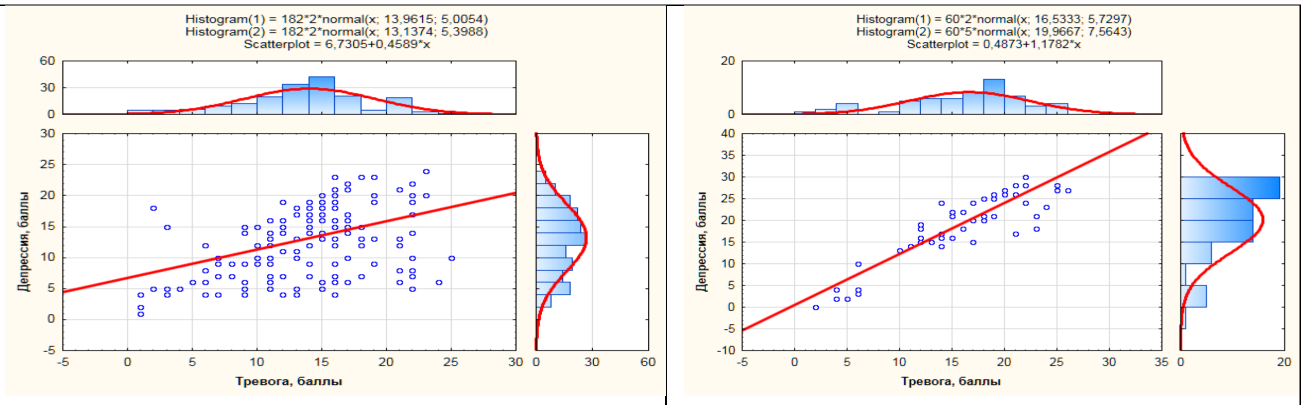
Стационарный этап. Влияние пандемии на течение ОКС привело к преобладанию высокого риска летальности и повторного ИМ на стационарном этапе как у мужчин, так и у женщин. Повышение риска сопровождалось учащением осложнённых форм ОКС и летальных исходов с 28,6% до 43,3% (р<0,0001), в том числе на фоне ишемического инсульта (5%; р>0,05).

Течение ОКС на пандемическом этапе характеризовался более выраженными нарушениями липидного обмена атерогенной направленности**,** значимым увеличением ТИМ (р<0,05) , снижением Е/А и учащением нестабильности АБ, которые были тесно связаны с возрастом, мужским полом и избыточной массой тела.

Отдельного внимания заслуживает установленное при пандемии резкое усиление когнитивной недостаточности и, особенно синдромов *тревоги и депрессии*, между которыми взаимосвязь была сильной (r=0,84; р<0,05**)**, что 2 раза теснее, чем в I периоде; рисунок 6).

Усиление корреляциии между тревогой и депрессией до уровня сильной связи в пандемический период может свидетельствовать о смешанном тревожно-депрессивном дистрессе как реакции на пролонгированный стресс. Следовательно, в условиях глобальных кризисов скрининг и помощь пациентам с ОКС должны быть ориентированы не только на выявление изолированных синдромов когнитивного снижения, тревоги или депрессии, но и на оценку и коррекцию смешанного психологического дистресса.

На этом фоне в пандемический период на постгоспитальном этапе отмечен достоверный рост частоты НССС и общей смертности. Для оценки вклада



А. 1 период; r=0,41; p<0,05

Б. 2 период; r=0,84; p<0,05

Рисунок 6. - Взаимосвязь синдромов тревоги и депрессии у пациентов с ОКС в 1 период (А) и в период пандемии (Б); по Спирмену.

пандемического этапа в риск отдалённых неблагоприятных исходов проведён сравнительный анализ частоты НССС по расширенному перечню событий, включавшему нефатальный ИМ, экстренную реваскуляризацию, сердечно-

сосудистую смерть и общую смертность, у пациентов, выписанных до пандемии и в период пандемии (таблица 9).

Таблица 9. Сравнительный анализ частоты отдалённых НССС у пациентов с ОКС, выписанных до пандемии (n=158) и в период пандемии (n=55), n (%), OR (95% ДИ).

Показатель	До пандемии	Пандемия	OR (95% ДИ)	P
Всего НССС	45 (28,5)	30 (54,5)	3,01 (1,60–5,68)	<0,001
Нефатальный ИМ	12 (7,6)	6 (10,9)	1,49 (0,53–4,17)	>0,05
Экстренное ЧКВ / ХР.	16 (10,1)	7 (12,7)	1,29 (0,50–3,33)	>0,05
Сердечно-сосудистая смерть	17 (10,8)	13 (21,7)	2,57 (1,16–5,72)	<0,05
Кроме того отмечено:				
- Смерть от других причин	2 (1,27)	4 (7,3)	6,12 (1,09–34,4)	<0,05
- Общая смертность	19 (12,0)	17 (30,9)	3,27 (1,55–6,90)	<0,01

Примечание: ЧКВ - чрескожное коронарное вмешательство; ХР - хирургическая реваскуляризация; OR - отношение шансов; ДИ - доверительный интервал; p - статистическая значимость различий между группами.

Важным результатом данного сравнения стало выявление неоднородности внутри пандемической когорты: стандартное сопоставление допандемического и пандемического этапов не позволяло объяснить различия в тяжести течения и отдалённых исходах у отдельных пациентов. Это указывало на наличие дополнительных модифицирующих факторов, действовавших внутри пандемического контекста. Таким образом, была обоснована необходимость проведения дополнительного этапа исследования, направленного на изучение роли двух потенциальных модификаторов: перенесённой COVID-19-инфекции как фактора, способного утяжелять течение ОКС, и профилактического приёма мелатонина как фактора, потенциально связанного с более благоприятным клиническим профилем и исходами. Такой подход позволил перейти от констатации общего негативного влияния пандемии к анализу факторов, определявших различия в течении заболевания и отдалённом прогнозе.

Влияние перенесённой COVID-19 инфекции и профилактического приёма мелатонина на течение ОКС и отдалённые исходы. *Влияние COVID-19-анамнеза.* Как видно из таблицы 10, у пациентов группы COVID-19(+) структура форм ОКС имела более неблагоприятный характер.

Таблица 10. - Структура клинических форм ОКС у пациентов в зависимости от перенесённой COVID-19 (дополнительный этап).

Показатели	1. COVID-19 (+) (п=100)	2. COVID-19 (-) (п=121)	P
1. Нестабильная стенокардия, абс (%)	55 (55,0)	91 (75,2)	<0,01
2. Инфаркт миокарда без подъёма ST, абс (%)	27 (27,0)	22 (18,2)	>0,05
p_{1-2}	<0,0001	<0,0001	
3. Инфаркт миокарда с подъёмом ST , абс (%)	18 (18,0)	8 (6,6)	<0,01
p_{1-3}	<0,0001	<0,0001	
p_{2-3}	>0,05	<0,01	
4. Всего инфарктов миокарда, абс (%)	45 (45,0)	30 (24,8)	<0,01
p_{1-4}	>0,05	<0,0001	

Примечание: р - статистическая значимость различия показателей между 1 и 2 группами (по критерию χ2).

Показатель	COVID-19(+) (n=100)	COVID-19 (-) (n=121)	OR (95% ДИ)	P

Частота НС в группе COVID-19(+) была достоверно ниже, чем у пациентов группы COVID-19(-): 55,0% против 75,2% (р<0,01), тогда как общая частота ИМ, напротив, была достоверно выше: 45,0% против 24,8% (р<0,01). Выраженные различия отмечены по частоте ИМ с подъёмом сегмента ST, который в группе COVID-19(+) регистрировался почти в 3 раза чаще: 18,0% против 6,6% (р<0,01). Учащение ИМ без подъёма сегмента ST не достигало статистической значимости.

Таким образом, COVID-19-анамнез ассоциировался не только с изменением структуры клинических форм ОКС, но и с более неблагоприятным клинико-метаболическим и нейропсихическим профилем. У пациентов группы COVID-19(+) отмечались более высокие значения ИМТ, коэффициента атерогенности, толщины ТИМ БЦА, большая частота нестабильных АБ и тяжёлых типов ДДЛЖ. Кроме того, у данной категории пациентов выявлялась значимая взаимосвязь между тяжестью COVID-19-инфекции и выраженностью нейропсихических синдромов.

Развитие ≥1 НССС	50 (50,0)	22 (18,2)	**4,50 (2,46–8,25)**	<0,0001
Нефатальный ИМ	11 (11,0)	10 (8,3)	1,37 (0,56–3,38)	>0,05
Экстренное ЧКВ/ХР	18 (18,0)	3 (2,5)	**8,63 (2,46–30,27)**	<0,0001
Сердечно-сосудистая смерть	21 (21,0)	9 (7,4)	**3,31 (1,44–7,60)**	<0,01

На постгоспитальном этапе у пациентов с COVID-19-анамнезом чаще регистрировались отдалённые НССС, главным образом за счёт экстренной реваскуляризации и сердечно-сосудистой смерти (таблица 11).

Таблица 11. Сравнительный анализ частоты отдалённых НССС у пациентов с ОКС на постгоспитальном этапе с учётом COVID-19-анамнеза, n (%), OR (95% ДИ).

Примечание: ЧКВ - чрескожное коронарное вмешательство; ХР - хирургическая реваскуляризация; OR - отношение шансов; ДИ - доверительный интервал; p -статистическая значимость различий между группами по критерию χ^2.

Таким образом, по данным анализа с расчётом OR, перенесённая COVID-19-инфекция была ассоциирована с повышением шансов развития ≥1 НССС в 4,5 раза, экстренной реваскуляризации - в 8,63 раза, сердечно-сосудистой смерти - в 3,31 раза.

Влияние профилактического приёма мелатонина(МТ). В отличие от COVID-19-анамнеза, профилактический приём МТ сопровождался более благоприятным течением ОКС и лучшим постгоспитальным прогнозом. В группе пациентов, принимавших МТ, реже отмечался COVID-19-анамнез и меньшей была тяжесть перенесённой инфекции; также были ниже значения

ИМТ и категория риска летальности/рецидива ИМ. Отдалённые НССС у пациентов, принимавших МТ, регистрировались в несколько раз реже, преимущественно за счёт меньшей частоты нефатального ИМ и экстренной реваскуляризации. На фоне приёма МТ выявлялись менее выраженные атерогенные изменения липидного спектра, реже диагностировались тяжёлые типы ДДЛЖ и признаки нестабильного атеросклероза БЦА. У пациентов, принимавших МТ, отмечались более благоприятные показатели нейропсихического статуса: более низкие уровни тревоги и депрессии, более

высокий когнитивный статус и меньшая частота умеренной и выраженной когнитивной недостаточности (таблица 12).

Таблица 12. – Частота отдалённых НССС в зависимости от профилактического приёма мелатонина, n (%), OR (95% ДИ).

Показатель	Экспозиция мелатонина	Без экспозиции мелатонина	OR (95% ДИ)	P
Развитие ≥1 НССС	17 (16,2)	55 (47,4)	0,21 (0,11–0,40)	<0,0001
Нелетальный ИМ	7 (6,7)	21 (18,1)	0,32 (0,13–0,80)	<0,01
Экстренное ЧКВ / хир. реваскуляризация	3 (2,9)	21 (18,1)	0,13 (0,04–0,46)	<0,001
Сердечно-сосудистая смерть	7 (6,7)	13 (11,2)	0,57 (0,22–1,48)	>0,05

Примечание: ЧКВ - чрескожное коронарное вмешательство; ХР - хирургическая реваскуляризация; OR - отношение шансов; ДИ - доверительный интервал; p -статистическая значимость различий между группами по критерию χ^2.

Таким образом, COVID-19-анамнез и отсутствие профилактического приёма МТ были ассоциированы с увеличением частоты отдалённых НССС и ухудшением прогноза у пациентов, перенёсших ОКС.

ВЫВОДЫ

1. 1. При сравнении характеристик течения ОКС у пациентов молодого и среднего возраста на этапе БИТ в I периоде и на допандемическом этапе II периода установлены положительные изменения в организации медицинской помощи, включавшие улучшение диспансеризации (45,1%; p<0,01), маршрутизации пациентов (72%; p<0,001), более активное применение двойной антитромбоцитарной терапии и тенденцию к расширению инвазивных вмешательств до 25,4% (p=0,09), а также снижение доли пациентов высокой категории риска (до 9,3%; p<0,0001) и с поздним обращением (до 1,7%; p<0,05). Одновременно выявлена трансформация клинического профиля пациентов, характеризующаяся «омоложением» контингента (53,2±5,1 и 48,1±8,4 года; p<0,0001), учащением избыточной массы тела, сахарного диабета, ранних

осложнений ОКС (до 9,5%; p<0,05) и снижением доли пациентов, у которых ОКС был исключён (p<0,001), что отражает усиление кардиометаболической нагрузки и необходимость совершенствования преемственной профилактической стратегии у пациентов МСВ ОКС [3-А, 5-8А, 11-А, 15-А, 32-А, 34-А, 42-А].

2. 2. Нарастание признаков субклинического атеросклероза выявлено при сравнении госпитального этапа I периода с допандемическим этапом II периода: увеличение ТИМ (1,045±0,129 → 1,071±0,147 мм; p<0,05), учащение нестабильности атеросклеротических бляшек (22,5 → 32,9%; p<0,05), ДДЛЖ (74,2 → 86,3%; p<0,01) и нейропсихических нарушений лёгкой или умеренной степени. При сопоставлении с допандемическим этапом II периода (2019–2020 гг.) установлено возрастание частоты НССС с 15,2 до 28,5% (ОШ=2,23; p<0,01). Снижение когнитивных функций и повышение выраженности тревожно-депрессивных расстройств были значимо связаны с НССС; при этом их связь с признаками сосудистого ремоделирования (ТИМ) была более тесной (r=-0,32 и r=0,52 соответственно; p<0,01) [1–А, 12 -А, 15 -А, 33-А, 44 -А, 51-А, 52-А, 54-А].

3. 3. Пандемия COVID-19 выступила дополнительным неблагоприятным фактором, модифицирующим течение ОКС у пациентов молодого и среднего возраста. На этапе БИТ установлены выраженные клинические и организационные изменения, включавшие снижение числа госпитализаций более чем в 2 раза, изменение структуры ОКС, учащение поздних обращений (1,7% → 7,4%) и ранних осложнений (9,9% → 18,9%; p<0,05), ассоциированных с мужским полом (64,9%; p<0,0001), избыточной массой тела (65,4%; p<0,0001) и повышенной степенью коморбидности (1,77±0,69 → 2,51±0,56; p<0,0001). На стационарном этапе возросла доля ОКС с подъёмом ST, усилилась выраженность тревожно-депрессивных расстройств и когнитивного дефицита, ассоциированных с признаками сосудистого ремоделирования и неблагоприятным прогнозом. Частота отдалённых НССС в пандемический период достигла 54,5% (ОШ=3,01; p<0,001), что отражает усиление ранее

сформированных сосудисто-метаболических и нейропсихических нарушений [14-А, 28-А, 55-А, 58-А, 61-63А].

4. При сравнительном анализе постгоспитального течения ОКС у пациентов с COVID-19 в анамнезе и без него установлено, что перенесённый COVID-19 ассоциировался с более неблагоприятным клинико-метаболическим и сосудистым профилем, включавшим более частое выявление избыточной массы тела, гиперхолестеринемии, а также нарастание ТИМ. При COVID-19 в анамнезе чаще регистрировались отдалённые НССС (50,0% против 18,2%; ОШ=4,50; p<0,0001), преимущественно за счёт повторной реваскуляризации (ОШ=8,63; p<0,0001) и сердечно-сосудистой смертности (ОШ=3,31; p<0,01), что указывает на его неблагоприятное прогностическое значение при ОКС.

4. На фоне профилактического приёма мелатонина наблюдался более благоприятный клинико-прогностический профиль пациентов с ОКС, характеризовавшийся более высокими показателями когнитивных функций по шкале MoCA (25,7±2,6 против 24,6±2,4 балла; p<0,01) и меньшей выраженностью тревоги и депрессии (p<0,0001). Кроме того, приём МТ сопровождался меньшей частотой отдалённых НССС (ОШ=0,21; p<0,0001), главным образом за счёт снижения частоты нефатального ИМ (ОШ=0,32; p<0,01) и повторной реваскуляризации (ОШ=0,13; p<0,001). С учётом нерандомизированного характера исследования полученные данные дают основание рассматривать МТ только как потенциальный компонент постгоспитальной поддержки пациентов с ОКС [9–А, 13–А, 49–А, 64–А].

5. Сравнение I периода исследования с допандемическим и пандемическим этапами II периода показало последовательную трансформацию клинико-гемодинамического, сосудисто-метаболического и нейропсихического профиля пациентов МСВ с ОКС. Уже на допандемическом этапе II периода, отражавшем влияние временного фактора, отмечались накопление метаболических факторов риска, признаки структурно-функциональных изменений сердца и сосудов и нейропсихических нарушений. В период пандемии COVID-19 эти неблагоприятные тенденции усилились, что

сопровождалось увеличением частоты отдалённых НССС с 15,2% в I периоде до 28,5% на допандемическом и 54,5% на пандемическом этапах II периода.

Несмотря на повышение шансов отдалённых НССС при наличии ряда показателей, по данным множественного регрессионного анализа независимую прогностическую значимость сохранили следующие факторы: в I периоде - сахарный диабет и коэффициент атерогенности; у пациентов допандемического этапа II периода (постгоспитальное наблюдение частично совпало с периодом пандемии) - увеличение ТИМ, нестабильность атеросклеротических бляшек и тяжесть перенесённого COVID-19 (n=49); на постгоспитальном пандемическом этапе - осложнённое течение ОКС в стационаре, высокий риск летальности, возраст, тяжесть COVID-19, депрессия, увеличение ТИМ и нестабильность атеросклеротических бляшек [17-А, 23-А, 29-А, 35-А, 43-А, 64-А].

5. 6. Сравнительный анализ стратегии ведения пациентов МСВ с ОКС выявил разные клинико-организационные ограничения в зависимости от периода исследования. В I периоде они были связаны с невысоким охватом диспансерным наблюдением и ограниченным использованием ДАТТ, КАГ/ЧКВ и современных методов оценки сосудистого и кардиального ремоделирования. На допандемическом этапе II периода, несмотря на улучшение маршрутизации, выявляемости ОКС и доступности инвазивной тактики, на первый план вышло утяжеление клинико-метаболического, сосудистого и нейропсихического профиля пациентов. В период пандемии COVID-19 ведущими ограничениями стали позднее обращение, снижение доступности инвазивных вмешательств, рост ранних осложнений и отдалённых НССС, что обосновывает необходимость дифференцированной стратегии ведения пациентов МСВ с ОКС с учётом организационных возможностей каждого периода и изменяющегося профиля риска[2-А, 6-А, 16-А, 19-А, 22-А, 37-А, 46-А].

6. 7. Полученные данные обосновывают необходимость оптимизации ведения пациентов МСВ с ОКС на основе раннего выделения группы высокого риска отдалённых НССС с учётом прогностических факторов, установленных в разные периоды исследования. Практическая реализация данного подхода

предполагает применение доступного и информативного инструмента контроля приверженности терапии, этапную оценку ишемического риска и риска кровотечений при назначении ДАТТ, раннюю диагностику начальных когнитивных нарушений и фиксацию ключевых клинико-инструментальных и нейропсихических данных в стандартизированном индивидуальном документе - «паспорте пациента, перенёсшего ОКС» - для обеспечения преемственности наблюдения [3 -А, 4 -А, 15 -А, 25-А, 26 -А, 38-43 -А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Рекомендуется комплексная поэтапная стратификация риска у пациентов молодого и среднего возраста с ОКС на всех этапах оказания медицинской помощи - от БИТ и стационара до пролонгированного постгоспитального наблюдения. Помимо стандартной оценки ишемического риска и риска кровотечений, целесообразно учитывать структурно-функциональные изменения сердца и сосудов, метаболические нарушения и нейропсихический статус. Такой подход позволяет выявлять пациентов с высоким риском отдалённых НССС даже при технически успешной реваскуляризации (приложения 1 и 5).

2. Расширение применения КАГ и ЧКВ целесообразно сочетать с оценкой системного атеросклероза, характеристик атеросклеротических бляшек и морфофункционального состояния сердца и сосудов, поскольку техническая успешность вмешательства не исключает риска повторных ишемических событий и неблагоприятного отдалённого прогноза.

3. Пациентов с сочетанием увеличения ТИМ БЦА, нестабильных атеросклеротических бляшек, ДДЛЖ, сахарного диабета, избыточной массы тела и нейропсихических нарушений следует относить к группе усиленного диспансерного наблюдения с регулярной коррекцией метаболических сдвигов, контролем приверженности терапии, в том числе двойной антитромбоцитарной терапии, и мониторингом когнитивного статуса (приложение 2).

4. Выявление когнитивных нарушений может рассматриваться как дополнительный маркер цереброваскулярного вовлечения и прогрессирующего сосудистого ремоделирования. Для своевременной диагностики начальных когнитивных нарушений у пациентов МСВ с ОКС рекомендуется использование разработанной скрининговой методики, включающей оценку кратковременной памяти с помощью теста «10 слов» А. Р. Лурия и теста рисования часов (приложение 3).

5. Для повышения эффективности терапии и вторичной профилактики, особенно при длительной двойной антитромбоцитарной терапии, рекомендуется использовать предложенную шкалу оценки приверженности с дополнительным учётом факторов, отражающих реальные барьеры к соблюдению врачебных рекомендаций: уровня доверия пациента к лечащему врачу, влияния негативных мнений окружающих о назначенной терапии, а также материальных ограничений, затрудняющих приобретение лекарственных препаратов. Учёт указанных психосоциальных факторов способствует более точной оценке приверженности и своевременной коррекции лечебно-профилактических мероприятий (приложение 4).

6. Учитывая ассоциацию приёма мелатонина с меньшей выраженностью нейропсихических нарушений и более благоприятными клинико-прогностическими характеристиками постгоспитального периода, рекомендуется рассмотреть целесообразность его применения у пациентов молодого и среднего возраста с ОКС при наличии признаков нарушения нейропсихологической адаптации и циркадной регуляции.

7. В целях обеспечения преемственности наблюдения за пациентами молодого и среднего возраста, перенёсшими ОКС, целесообразно формирование индивидуального «паспорта пациента, перенёсшего ОКС», содержащего ключевые клинико-инструментальные и нейропсихические данные и доступного для ознакомления медицинским работникам на различных этапах оказания медицинской помощи.

Список использованной литературы

1. Аляви А.Л. Статины при остром коронарном синдроме / А.Л. Аляви, С.Р. Кенжаев, Д.А. Алимов и др. // Евразийский кардиологический журнал. - 2018. - №1. - С. 60-64.
2. Гусев, Е. И. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях [Текст] / Е. И. Гусев и др.– Москва : МЕДпресс-информ, 2013. – с 160
3. Евразийское общество кардиологов. Рекомендации ESC по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъёма сегмента ST [Текст] / Евразийское общество кардиологов // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 3. – С. 9-63. – URL: https:// doi.org/ 10.15829/ 1560-4071-2016-3-9-63.
4. Жахина Г. Изучение смертности и инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний в Центральной Азии: анализ на основе данных исследования Global Burden of Disease и прогноз до 2050 года [Текст] / Г. Жахина, Р. Ахмедуллин, А. Аббай и др. // Epidemiology and Health Data Insights. 2026. Т. 2 (4) : ehdi044. DOI: 10.63946/ehdi/18794.
5. Кашталап, В. В. Влияние пандемии COVID-19 на когнитивные и психоэмоциональные нарушения у пациентов с острым коронарным синдромом [Текст]/ В.В. Кашталап и др. //Российский кардиологический журнал. – 2022. – Т. 27, № 4. – С. 45-52. – DOI: 10.21688/ 1681-3472-2022-4-45-52.
6. Нозиров, Дж. Х. Ишемическая болезнь сердца и факторы ее риска в Таджикистане [Текст] / Дж. Х. Нозиров.- Душанбе-2020.-«Истиклол».-160 с.
7. Пономаренко И.В., Сукманова И.А. Клинико-гемодинамические характеристики пациентов с острым коронарным синдромом молодого возраста. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2018; 7 (1): 14-20. DOI: 10.17802/2306-1278-2018-7-1-14-20
8. Табаров, А. И. Госпитальная летальность от ИБС, острого инфаркта миокарда в Республике Таджикистан [Текст] / А. И. Табаров и др. // Наука и инновация. – 2021. – № 4. – С. 56-64.
9. European Society of Cardiology. Guidelines for the management of acute coronary syndromes / R.A. Byrne [et al.] // European Heart Journal. – 2023. – Vol. 44, № 38. – P. 3720–3826. – doi: 10.1093/eurheartj/ehad191.
10. European Society of Cardiology. Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice /G.De Backer [et al.] // Eur Heart J. 2003 Sep; 24(17):1601-10. doi: 10.1016/s0195-668x(03)00347-6. PMID: 12964575.
11. Fox, K. A. Should patients with acute coronary disease be stratified for management according to their risk? Derivation, external validation and outcomes using the updated GRACE risk score [Текст] / K. A. Fox [et al.] // BMJ Open. – 2014. – Vol. 4. – P. e004425.
12. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990-2023. Текст] / M. Naghavi [et al.] // *JACC*. 2025 Dec, 86 (22) 2167–2243. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.08.015

13. Johnson, L. A. Vascular depression and cognition in Mexican Americans [Текст] / L. A. Johnson [et al.] // Dement Geriatr Cogn Disord. – 2019. – Vol. 47, No. 1-2. – P. 68-78. – URL: https:// dx.doi.org/ 10.1159/ 000494272.
14. Ossola, P. Risk factors for incident depression in patients at first acute coronary syndrome [Текст] / P. Ossola [et al.] // Psychiatry Res. – 2015. – Vol. 228, No. 3. – P. 448-453. – URL: https:// doi.org/ 10.1016/ j.psychres.2015.05.063.
15. Reiter RJ, Sharma R, Ma Q, Dominquez-Rodriguez A, Marik PE, Abreu-Gonzalez P. Melatonin Inhibits COVID-19-induced Cytokine Storm by Reversing Aerobic Glycolysis in Immune Cells: A Mechanistic Analysis. [Текст]/ R. J. Reiter [et al.]// Med Drug Discov. 2020 Jun; 6:100044. doi: 10.1016/j.medidd.2020.100044.
16. Weight N. et al. Temporal analysis of non-ST segment elevation-acute coronary syndrome outcomes in “young” patients under the age of fifty: A nationwide cohort study[Текст]/ N. Weight [et al.] // International Journal of Cardiology. 2023;391:131294. DOI: 10.1016/j.ijcard.2023.131294.
17. World Health Organization. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. – URL: https:// www.who.int/ news/ item/ 02-03-2022 (дата обращения: 13.07.2025).
18. Wu J., Mamas M., Rashid M. et al. Epidemiological and clinical characteristics of SARS-CoV-2 infection among healthcare workers in Hubei Province of China. Infect Control Hosp Epidemiol. 2020 Nov 18: 1-20. https://doi.org/10.1017/ice.2020.1321
19. Zhang R, Wang X, Ni L, Di X, Ma B, Niu S, Liu C, Reiter RJ. COVID-19: Melatonin as a potential adjuvant treatmen / R. Zhang [et al.] // Life Sci. 2020 Jun 1;250:117583. doi: 10.1016/j.lfs.2020.117583.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах:

[1-А]. Сохибов Р. Г. Лечение хронической сердечной недостаточности у больных с артериальной гипертонией [Текст] / Р.Г. Сохибов, Х.Я. Шарипова, Н.А. Олимова, С.Х. Тагоев // Паёми Сино – 2009. – №3. – С.72-78.

[2-А]. Сохибов Р.Г. Острый коронарный синдром на фоне нарушений питания [Текст] / Р.Г. Сохибов, Х.Я. Шарипова // Авчи Зухал – 2013. – № 2. – С. 16-19.

[3-А]. Сохибов Р.Г. Стратификация риска негативных исходов острого коронарного синдрома без подъёма ST на фоне нарушения нутритивного статуса (обзорная) [Текст] / Н.Х. Хамидов, Х.Я.Шарипова, Р.Г. Сохибов // Здравоохранение Таджикистана – 2013. – № 3. – С. 73-80.

[4-А]. Сохибов Р.Г. Приверженность мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной артериальной гипертонией к выполнению врачебных рекомендаций

[Текст] / Х.С. Султонов, Н.А. Алимова, Г.М. Негматова, Р.Г. Сохибов // Вестник Авицены –2015. –№3. – С.71-76.

[6-А]. Сохибов Р.Г. Терминальная хроническая почечная недостаточность: оценка риска, этапы терапии и кардиальные проблемы [Текст] / Р.Г. Сохибов, М.К. Гулов, С.Х. Тагоев // Паёми Сино – 2013. – № 2. – С. 153-159.

[7-А]. Сохибов Р.Г. Эффективность контролируемой терапии артериальной гипертонии у лиц среднего возраста. [Текст] / Р.Г. Сохибов, Г.М. Негматова, Г.А. Ачева // Вестник Авицены – 2015. – №1. – С. 67-71

[8-А].. Сохибов Р.Г. Неконтролируемая и резистентная артериальная гипертония в возрастном и половых аспектах [Текст] / Р.Г. Сохибов, Г.А Ачева, Г.М. Негматова // – Вестник Авицены – 2016. – №1. – С. 54-59.

[9-А]. Сохибов Р.Г. Истифодаи мелатонин хангоми фишорбаландии шараёни дар беморони солхурда [Нашр] / Р.Г. Сохибов, Ф.Д Бобоев, Ф.А. Шукуров // Авчи Зухал – № 1. – 2022. – С. 168-176.

[10-А]. Сохибов Р.Г. Частота ишемической болезни сердца на фоне резистентной артериальной гипертонии у пациентов молодого и среднего возрастов [Текст] / Р.Г. Сохибов, Х.Ё. Шарипова, Д.Д. Рахимов, Р.М. Гулова, Д.У. Косимова // Вестник Авиценны – 2022. – №3. С. 317-323.

[11-А]. Сохибов Р.Г. Нейропсихологический профиль у пациентов с гипертонической энцефалопатией на фоне резистентной артериальной гипертонии [Текст] / Р.Г. Сохибов, Х.Ё. Шарипова, Ф.Н. Абдуллоев, Д.Д. Рахимов, Р.М. Гулова, Г. М. Негматова // Вестник Авицены – 2022. – №4. С. 442-452.

[12-А]. Сохибов Р.Г. Удлинение интервала Q-T как предиктор внезапной сердечной смерти у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией [Текст] / Р.Г. Сохибов, Ф.Д. Бобоев, С.А.Умарова // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана – 2022.-1(41).- С. 61-67.

[12-А]. Сохибов Р.Г. Самаранокии iSHEMIC PRECONDINIONING миокард аз осебҳои ишемикӣ ҳангоми стенокардияи устувор дар беморони гирифтори

фишорбаландии шараёнии идорашаванда [Текст] / Р.Г. Сохибов, Х.Ё. Шарипова, Д.Д. Рахимов, Р.М. Гулова // Авҷи Зуҳал. – 2023. – №1. – С. 20-25.

[13-А]. Сохибов Р.Г. Влияние мелатонина на уровень артериального давления у лиц пожилого возраста [Текст] / Ф.Д. Бобоев, Ш.Ф. Одинаев, Р.Г. Сохибов, А.А. Умаров // Вестник Авиценны – 2024. – №2 (26). – С. 284-293.

[14-А]. Сохибов Р.Г. Хусусиятҳои синдроми шадиди коронарӣ дар беморони сину соли ҷавон ва миёна бо диабети қанди навъи 2. [Текст] / Р.Г. Сохибов, Х.Ё. Шарипова, Д.Д. Рахимова, Г.Н. Каримова, Х.С. Султанов // Авҷи Зуҳал. – 2025. – №1 (58). – С. 77-84.

[15-А]. Сохибов Р.Г. Синдроми шадиди коронарӣ дар сину соли ҷавон ва миёнасол: тамоюли муосир ва динамикаи муваққатии омилҳои асосии хатар [Матн] / Сохибов Р.Г, Авҷи Зуҳал №3- 2026 саҳ.177 – 185.

Статьи и тезисы в журналах и сборниках конференций

[16-А]. Сохибов Р.Г. Динамика артериального давления и качество жизни у больных изолированной систолической артериальной гипертонией [Текст] / Р.Г. Сохибов, Ш.А. Сулаймонова, А.Н. Хамидова// Здравоохранение Таджикистана, 2005. - 4. – С.53-56.

[17-А]. Сохибов Р.Г. Внезапная коронарная смерть при остром коронарном синдроме без подъёма ST у пациентов со сниженной массой тела [Текст] / Р. Г. Сохибов, Х.Р. Махмудов // Материалы конгресса кардиологов, Бишкек, 2012.- № 182.

[18-А]. Сохибов Р.Г. Медико-социальные факторы у пациентов острым коронарным синдромом [Текст] Р.Г. Сохибов, Ш.А. Сулаймонова // Материалы научной конференции молодых ученных ТГМУ. – Душанбе –2012. – С. 57- 58.

[19-А]. Сохибов Р.Г. Возникает ли острый коронарный синдром на фоне уменьшения массы тела? [Текст] Н.А. Алимова, Х.С. Султонов // 60-я годичная научно-практическая конференция с международным участием ТГМУ им Абуали ибни Сино, посвященная 80-летию со дня рождения член-корр. РАМН, профессора Ю.Б. Исхаки. – Душанбе. – 2012. – С. 316-317.

[20-А]. Сохибов Р.Г. Ошибки диагностики острого коронарного синдрома [Текст] Х.Ё. Шарипова, Х.С. Султонов // 60-я годичная научно-практическая конференция с международным участием ТГМУ им Абуали ибни Сино, посвященная 80-летию со дня рождения член-корр. РАМН, профессора Ю.Б. Исхаки. – Душанбе. – 2012. – С. 320-321.

[21-А]. Сохибов Р.Г. Следует ли включить показатели трофологического статуса в модели стратификации риска негативных исходов острого коронарного синдрома? (статья) [Текст] // Х.Ё. Шарипова Р.Г. Сохибов., Д.М. Якубов Материалы 60 научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. – Душанбе – 2012. – С. 362-364.

[22-А]. Сохибов Р.Г. Острый коронарный синдром у больных с хронической болезнью почек [Текст] // Р.Г. Сохибов, С.Х. Тагоев. Конференция молодых учёных ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе. – 2013. – С.61-62.

[23-А]. Сохибов Р.Г. Структура и частота факторов риска сердечной недостаточности у больных с избыточной массой тела [Текст] // Р.Г. Сохибов, Конференция молодых учёных ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе. – 2013. – С. 58 -59.

[24-А]. Сохибов Р.Г. Внезапная коронарная смерть у пациентов с ишемической болезнью сердца на фоне сниженной массы тела [Текст] // Р.Г. Сохибов, Х.Ё. Шарипова. Сборник научных статей 61- ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение». – Душанбе – 2013. – С. 265 - 266.

[25-А]. Сохибов Р.Г. Вклад учёных ТГМУ в решении проблем артериальной гипертонии [Текст] / Р.Г. Сохибов, Х.Я. Шарипова // Авчи Зухал – 2013. – № 2. – С. 23-26.

[26-А]. Сохибов Р.Г. Соответствие диагностики и лечения инфаркта миокарда современным рекомендациям на догоспитальном этапе [Текст] // Р.Г. Сохибов, З.С. Бобоева. Сборник научных статей 61- ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. Вклад

медицинских наук в практическое здравоохранение. – Душанбе – 2013. – С. 266-267.

[27-А]. Коморбидные заболевания у больных ОКС на фоне нормального и недостаточного нутритивного статуса [Текст] // Х.Ё. Шарипова, Р.Г. Сохибов, С.Х. Тагоев. Архив внутренней медицины. Спецвыпуск. – Москва – 2013. – С. 43.

[28-А]. Сохибов Р.Г. Дисперсия корригированного интервала QT у больных с острым коронарным синдромом без подъёма ST [Текст] //Х.Р. Махмудов, Р.Г. Сохибов, Н.А. Алимова. Специальный выпуск Евразийской ассоциации терапевтов. Архив внутренней медицины. – 2013. – С. 52.

[29-А]. Сохибов Р.Г. Взаимосвязь массы тела и дисперсии корригированного интервала QT у больных с острым коронарным синдромом без подъёма ST [Текст] // Р.Н. Зубайдов, Р.Г. Сохибов, М.Г. Самадова. Специальный выпуск Евразийской ассоциации терапевтов. Архив внутренней медицины. – 2013. – С. 44-45.

[30] Сохибов Р.Г. Неконвенционные факторы риска у мужчин молодого и среднего возрастов с артериальной гипертонией [Текст] // Х.Ё. Шарипова, Р.Г. Сохибов, Н.А. Алимова. Медицинская наука и образование. ТГМУ. – Душанбе. – 2014. – С. 93-95.

[31-А]. Сохибов Р.Г. Уровень тревоги и депрессии у мужчин среднего возраста с артериальной гипертонией [Текст] // Х.Ё.Шарипова, Ф.Н. Абдуллоев, Р.Г. Сохибов. Материалы 62 годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе – 2014. – С. 136-137.

[32-А]. Сохибов Р.Г. Причины низкой приверженности к лечению больных артериальной гипертонией [Текст] // Г.М. Негматова, Ф.Н. Абдуллоев, Г.А. Ачева, Р.Г. Сохибов. Материалы П Международной конференции Евразийской ассоциации терапевтов. Бишкек. , 26-27 марта 2015.- С. 32.

[33-А]. Сохибов Р.Г. Частота факторов риска и тяжёлых исходов при резистентной артериальной гипертонии [Текст] // Г.М. Негматова, Г.А. Ачева, Х.Ё. Шарипова, Р.Г. Сохибов. Материалы П Международной конференции Евразийской ассоциации терапевтов. Бишкек. – 26-27 марта 2015.- С. 33

[34-А]. Сохибов Р.Г. Когнитивные нарушения при резистентной артериальной гипертонии [Текст] //Ф.Н. Абдуллоев, Н.А. Алимова, Р.Г. Сохибов. Материалы 63 годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе. – 2015. – С. 152-164.

[35-А]. Сохибов Р.Г. Частота РАГ среди пациентов отделений разного профиля [Текст] // Г.М. Негматова, Ф.Н. Абдуллоев, Г.А. Ачева, Р.Г. Сохибов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика (спец выпуск) – 2015. – С. 154.

[36-А]. Сохибов Р.Г. Приверженность больных лечению и ожидаемая эффективность терапии резистентной гипертонии [Текст] // Г.М. Негматова, Х.С. Султонов, Г.А. Ачева, Р.Г. Сохибов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика (спец выпуск) – 2015. – С. 27.

[37-А]. Сохибов Р.Г. Нестабильная стенокардия у больных ревматоидным артритом [Текст] // Р.Н. Зубайдов, Х.Ё. Шарипова, Д.М. Якубов, Р.Г. Сохибов. Материалы 64 научно-практической конференции ТГМУ Душанбе. – 2016. – С. 42-43.

[38-А]. Сохибов Р.Г. Коморбидность у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и её взаимосвязь с прогностическими факторам /[Текст] / А.А. Шербадалов, Р.Г. Сохибов, Ф.Н. Абдуллоев, Х.Ё. Шарипова // Материалы годичной конференции ТГМУ. - 2017.- том 1, С. 399-400.

[39-А]. Сохибов Р.Г. ИБС у больных с недостаточной эффективностью антигипертензивной терапии / Р.Г. Сохибов, А.А. Шербадалов, О.С. Нуруллоев // Материалы XII- годичной научно – практической конференции молодых ученных и студентов ТГМУ.- 2018.-С. 119-120.

[40-А]. Сохибов Р.Г. Кардиопротективное влияние ишемического прекондиционирования при хронической сердечной недостаточности у больных стабильной стенокардией [Текст] /О.С. Нуруллоев, Ф.Н. Абдуллоев, Р.Г. Сохибов // Материалы XII- годичной научно – практической конференции молодых ученных и студентов ТГМУ.- 2018.- том 1, стр. 110-111.

[41-А]. Сохибов Р.Г. Частота сопутствующих заболеваний у больных с острым коронарным синдромом на фоне нарушения нутритивного статуса [Текст] // Р.Г.

Сохибов, С.Г. Музафаров, З.Ш. Каландаров. Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний / Сборник материалов II Съезда врачей Республики Таджикистан. – Душанбе. –2019. – С. 162.
[42-А]. Сохибов Р.Г. Частота тяжелых исходов при резистентной артериальной гипертонии у больных с нарушением нутритивного статуса [Текст] // Р.Г. Сохибов, Г.Д. Худододова, С.Г. Музафаров. Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний / Сборник материалов II Съезда вречей Республики Таджикистан. – Душанбе. –2019. – С.163.
[43-А]. Сохибов Р.Г. Эффекты ишемического прекондиционирования при разной эффективности антигипертензивной терапии [Текст] // Х.Ё. Шарипова, Ф.Н. Абдуллоев, Р.Г. Сохибов, О.С. Нуруллоев. Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ «Актуальные проблемы сердечно - сосудистых и соматических заболеваний». – 2019 – С. 458.
[44-А]. Сохибов Р.Г. Возрастные особенности распространённости дисциркуляторной энцефалопатий [Текст] // Х.Ё. Шарипова, Ф.Н. Абдуллоев, Р.Г. Сохибов, Д.М. Якубов. Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ «Актуальные проблемы сердечно - сосудистых и соматических заболеваний». Душанбе. – 2019. – С. 458-459.
[45-А]. Сохибов Р.Г. Частота и выраженность ишемической болезни сердца на фоне контролируемой и резистентной гипертонии [Текст] //А.А. Шербадалов, Ф.Н. Абдуллоев, Р.Г. Сохибов. Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ «Актуальные проблемы сердечно - сосудистых и соматических заболеваний». – 2019. – С. 461- 462.
[46-А]. Сохибов Р.Г. Коморбидность и выраженность гипертонической энцефалопатии [Текст] / Р.Г. Сохибов, Х.Ё. Шарипова, Ф.Н. Абдуллоев, Д.М. Якубов//Материалы 67-й годичной конференции ТГМУ.- 2019.- С.233.
[47-А]. Сохибов Р.Г. Гемодинамические сдвиги при терапии бисопрололом артериальной гипертонии у лиц старших возрастов [Текст] // А.А.Умаров., Р.Г.

Сохибов. Материалы международной научно-практической конференции (68 годичной). –2020. – С. 233.

[48-А]. Сохибов Р.Г. Структурные изменения мозговой ткани при хронической ишемии мозга на фоне контролируемой и резистентной артериальной гипертонии [Текст] // Р.Г. Сохибов, Ф.Н. Абдуллоев, Х.Ё. Шарипова, Г.М. Негматова. Материалы международной научно-практической (68 годичной) конференции. Душанбе, ТГМУ.- 2020.- т.1.-с.278-280.

[49-А]. Сохибов Р.Г. Половые различия частоты форм ишемической болезни сердца на фоне резистентной артериальной гипертонии у лиц молодого и среднего возрастов [Текст] // Дж. Рахимов, Х.Ё. Шарипова, Р.Г. Сохибов. Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической дисциплины. Материалы международной научно-практической конференции с международным участием (69 годичной). –2021. – С. 163-164.

[50-А]. Сохибов Р.Г. Ишемическое прекондиционирование миокарда у больных стабильной стенокардией на фоне резистентной артериальной гипертонии [Текст] // Дж.Дж. Рахимов, Р.Г. Сохибов, Х.Х. Киёмиддинов. Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической дисциплины– Душанбе. – 2021. - С. 171-173.

[51-А]. Сохибов Р.Г. Эффективность ишемического прекондиционирования миокарда при стабильной стенокардии у пациентов с резистентной артериальной гипертонией [Текст] / Р.Г. Сохибов, Дж.Дж. Рахимов, Х.Ё. Шарипова //Современная медицина: традиции и инновации. – Душанбе. – 2022. - С. 209-211.

[52-А]. Сохибов Р.Г. Течение острого коронарного синдрома у пациентов молодого и среднего возраста: роль мелатонина [Текст] // Х.Ё. Шарипова, Р.Г. Сохибов, Р.М. Гулова. Инновации в медицине: от науки к практике».71-я научно-практическая конференция ТГМУ с международным участием. Душанбе, 2023. - 1 Том, С. 478-481.

[53-А]. Сохибов Р.Г. Когнитивные нарушения на фоне тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с острым коронарным синдромом [Текст] // Г.Д.

Пирова, Р.Г. Сохибов, Х.С. Султонов. Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) 2023. Душанбе. - Том 1. – С. 614-616.

[54-А]. Сохибов Р.Г. Частота форм острого коронарного синдрома и его исходы у пациентов до 60 лет в разные периоды наблюдения [Текст] // Р.Г. Сохибов, Х.Ё. Шарипова, Р.М. Гулова. «Инновации в медицине: от науки к практике».71-я научно-практическая конференция ТГМУ с международным участием. ТГМУ, 1 декабря 2023 .-С. 661-662.

[55-А]. Сохибов Р.Г. Когнитивные нарушения и выраженность ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с острым коронарным синдромом [Текст] // Х.Ё. Шарипова, Р.Г. Сохибов, З. Дж. Турсункулов. Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) с международным участием. – Душанбе. – 2023. – С. 751-752.

[56-А]Сохибов Р.Г. Частота форм острого коронарного синдрома и его исходы у пациентов с разной массой тела [Текст] // Р.Г. Сохибов, Х.Ё. Шарипова, Р.М. Гулова.Инновации в медицине: от науки к практике».71-я научно-практическая конференция ТГМУ с международным участием. ТГМУ, 1 декабря 2023. 1 Том, С.661-662.

[57-А]. Сохибов Р.Г. Частота отдалённых сердечно-сосудистых событий у больных острым коронарным синдромом в разные периоды наблюдения [Текст] / Сохибов Р.Г., Шарипова Х.Ё., Рахимова Д.З. Научно-практическая конференция (72- годичная). – 2024. – С. 378-379.

[58-А]. Сохибов Р.Г. Тревожно депрессивный синдром у пациентов с острым коронарным синдромом [Текст] // Р.Г. Сохибов, Х.Ё. Шарипова, А.Н. Нурализода. Научно-практическая конференция (72- годичная). – 2024. – С. 344.

[59-А]. Сохибов Р.Г. Частота и выраженость когнитивной недостаточности у пациентов с острым коронарным синдромом // Р.Г.Сохибов, Х.Ё.Шарипова, А.Н. Нурализода. / Научно-практическая конференции (72- годичная). –2024. – С. 345.

[60-А]. Коморбидность заболеваний у пациентов молодого и средного возраста с ОКС [Текст] // Р.Г. Сохибов., Х.Ё. Шарипова, Ё.В. Хакимов. Научно-практическая конференции (72- годичная). –2024.– С. 346.

[61-А]. Сохибов Р.Г. Частота сопутствующих заболеваний у больных с острым коронарным синдромом на фоне нарушения нутритивного статуса [Текст] // Р.Г. Сохибов, С.Г. Музафаров, З.Ш. Каландаров. Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний / Сборник материалов второго Съезда врачей Республики Таджикистан. – Душанбе. – С. 162.

[62-А]. Сохибов Р.Г. Рексетин в лечение ИБС с тревожно депресивным синдромом [Текст] // Р.Г. Сохибов, К.Х. Худоёрзода, П.Н.Розиков. Актуальные вопросы медицины и высшего медицинского образования / Материалы республиканского научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (5-годичная). –2024. – С. 216.

[63-А]. Сохибов Р.Г. Когнитивная недостаточность у пациентов с ОКС в период пандемии COVID-19 на фоне профилактического приёма мелатонина [Текст] // Р.Г. Сохибов, Д.З. Рахимова, П.А. Боймуродов, Г.О. Назарова. Достижения и перспективы развития медицинской науки и образования в Таджикистане / Материалы республиканской научно-практической конференции (VI –я годичная), посвященной дню президента и государственному флагу Республики Таджикистан. Том 1. – Дангара. –2025. – С. 475.

[64-А]. Сохибов Р.Г. Клинико лабараторные и инструментальные показатели у пациентов с острым коронарным синдромом по данным пролонгированного наблюдения с учётом перенесённой COVID-19 и профилактического приёма мелатонина [Текст] // Р.Г. Сохибов, Г.О.Назарова, А.Х. Шарифбоев, П.А. Боймуродов. Современные стратегии диагностики и лечения внутренних и эндокринных заболеваний в условиях коморбидности. Материалы республиканской научно-практической конференции. Том 1. – Дангара. –2025. – С. 474.

Перечень сокращений, условных обозначений

АБ	атеросклеротическая бляшка
АГ	артериальная гипертензия
БЦА	брахиоцефальные артерии
ДАТТ	двойная антитромбоцитарная терапия
ИМ	инфаркт миокарда
КН	когнитивная недостаточность (нарушение)
НС	нестабильная стенокардия
НССС	неблагоприятное сердечно-сосудистое событие
ОКС	острый коронарный синдром
ОКС п ST	ОКС с подъёмом интервала ST
ОКС бп ST	ОКС без подъёма интервала ST
ОНМК	острое нарушение мозгового кровообращения
пЧКВ	первичное чрезкожное коронарное вмешательство
РАГ	резистентная артериальная гипертония
САД	систолическое артериальное давление
СД	сахарный диабет
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
ССС	сердечно-сосудистая смерть
ФК	функциональный класс
ХБП	хроническая болезнь почек
ХСН	хроническая сердечная недостаточность
ЧКВ	чрезкожное коронарное вмешательство

МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»

ВБД . 616.132.2 - 002

Бохуқуқи дастнавис

СОҲИБОВ РАҲМАТУЛО ҒУЛОМОВИЧ

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ- ГЕМОДИНАМИКӢ ВА АСАБИВУ РАВОНИИ СИНДРОМИ ШАДИДИ КОРОНАРӢ ДАР ДАВРАҲОИ ГУНОГУНИ ТАҲҚИҚОТ: ДАР СОЛҲОИ 2009-2012 ВА 2019-2022

Автореферати
диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
доктори илмҳои тиббӣ аз рӯйи
ихтисоси 3.1.4. Бемориҳои дарунӣ

Душанбе -2026

Диссертатсия дар кафедраи бемориҳои дарунии №2 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст

Роҳбари илмӣ:	**Шарипова Хурсанд Ёдгоровна,** доктори илмҳои тиббӣ, профессор; профессори кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»
Муқарризони расмӣ:	**Шукурова Сурайё Махсудовна** – узви вобастаи АМИТ, доктори илмҳои тиббӣ, профессор, мудири кафедраи кардиоревматалогияи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»
	Загидуллин Науфал Шамилевич – доктори илмҳои тиббӣ, профессор, мудири кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии Муассисаи таълимии федералии давлатии буҷетии таҳсилоти олии «Донишгоҳи давлатии тиббии Бошқирдистон» Вазорати тандурустии Федератсияи Русия (ш. Уфа)
	Раҷабзода Музафар Эмом – доктори илмҳои тиббӣ, директори МД «Маркази ҷумҳуриявии клиникии кардиологияи ВТ ва ҲИА ҶТ»
Муассисаи пешбар:	Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд (ш. Самарқанд)

Ҳимояи диссертатсия «12» ноябри с. 2026 соати «13^{00}» дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.КОА-112 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Нишонӣ: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино, 29-31, info@tajmedun.tj; +992931277575.

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

Автореферат «_____» ____________ соли 2026 фиристода шуд.

Котиби илмии шурои диссертатсионӣ, номзади илмҳои тиббӣ, дотсент **Ҷамолова Р. Ҷ.**

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи диссертатсия. Бемори ишемикии дил (БИД) дар сохтори беморшвӣ ва фавт дар ҷаҳон, аз ҷумла дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ишғол кардани мавқеи пешсафиро идома дода истодааст [6, 160 с; 8, с.56]. Мувофиқи маълумотҳои *таҳқиқоти* Global Burden of Disease 2023, ки 204 кишвар ва минтақаҳо, аз ҷумла 660 минтақаҳои фаръии миллиро фаро гирифтааст, «сарфи назар аз пастшавӣ дар солҳои 1990 - 2023 синну соли нишондиҳандаи стандартишудаи аз даст додани солҳои солимии ҳаёт, вазнинии мутлақи бемориҳои дилу рагҳо (БДР) баланд боқӣ мемонад. Вазнинии бори гарони беморӣ бештар ба бемориҳои дилу рагҳо (БДР) рост меояд, ки дар байни онҳо БИД дар сохтори сабабҳои фавт ва талафоти глобалии солҳои саломатии ҳаёт мавқеи афзалиятнокро нигоҳ медорад; дар ин маврид қисми бештари натиҷаҳои фавтовар ба шаклҳои шадиди он, пеш аз ҳама, бо синдроми шадиди коронарӣ (СШК) иртибот доранд» [12, p. 2167].

Консепсияи муосири синдроми шадиди коронарӣ (СШК), ба барвақт ташхис кардани беморӣ ва табақабандии марҳилавии хатар-аз марҳалаи то беморхонагӣ то муроқибати статсионарӣ ва баъдибеморхонагӣ равона карда шудааст. Дар тавсияҳои клиникӣ «аҳамияти муҳимми тағйироти электрокардиографӣ – мавҷуд будан ё набудани баландшавии босуботи сегменти ST, депрессияи ST ва дигар тағйироти ишемикии ЭКГ – барои интихоби тактикаи муроқибати беморони мубтало ба СШК» таъкид карда мешавад [10, p. 1601-10]. Дар оянда инкишофи минбаъдаи консепсияи СШК-ро татбиқи шкалаҳои объективии арзёбии хатар ҳамроҳӣ мекунад, ин имконият медиҳад, ки «На танҳо пешгӯӣ мушаххас карда шавад, балки интихоби тактикаи табобат низ асоснок карда шавад. Дар ин бобат шкалаи GRACE аҳамияти муҳим дорад, ки барои табақабандӣ кардани хатар дар кӯдакони дорои СШК ва пешгӯӣ кардани фавти кӯтоҳмуддат ва дарозмуддат, инчунин хатари фавт/инфаркти миокард таъйин карда шудааст» [11, e004425]. Чунин усули идоракунии синдроми шадиди коронарӣ (ОКС) дар тавсияҳои ESC рушди минбаъда пайдо намуда, ба инфиродӣ намудани табобат равона гардидааст [9; с.3720].

Дар баробари такмил додани равишҳои ташхисӣ ва пешгӯйикунанда барои мурокибати СШК, аҳамияти бузурги эпидемиолгии бемориҳои дилу рагҳо дар минтақаҳои гуногуни ҷаҳон, аз ҷумла кишварҳои Осиёи Марказӣ нигоҳ дошта мешавад, ки дар ин ҷо дар сохтори фавт аз дилу рагҳо низ саҳми калони шаклҳои шадиди БИД боқӣ мемонад. Ҳамин гуна тамоилҳо дар кишварҳои ҷудогонаи Осиёи Марказӣ, аз ҷумла Узбекистон низ тавсиф шудааст «Ҳамчунин дар ду даҳсолаи охир рушди беморшавӣ ва фавт аз бемориҳои дилу рагҳо ба мушоҳида мерасад, дар ин маврид сохтори фавт аз сохтори ҷаҳонӣ фарқ надорад» [1; с. 60-64]. Тавре ки маълумотҳои адабиётҳои илмӣ нишон медиҳанд, «дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тамоили ташвишовар дар солҳои охир зиёд шудани фавт аз дилу рагҳо дар байни ҷавонон ва шахсони қобилияти корӣ мебошад» [8; с. 56-64]. Маълумотҳои ба даст овардашуда ба натиҷаҳои таҳқиқоти GBD бо истифода аз пешгӯйиҳои Бонки Умумиҷаҳонӣ мувофиқат мекунанд, ки мувофиқи онҳо «Дар кишварҳои Осиёи Марказӣ сатҳи баланди фавт ва маъюбшавӣ аз бемориҳои дилу рагҳо нигоҳ дошта мешавад, ки вазнинии бори ин бемориро дар минтақа инъикос мекунад. Динамикаи ногувори тамоили афзоиши миқдори мутлақи ҳолатҳо дар соли 2050 дар заминаи тағйироти демографӣ ва паҳншавии инкишофи омилҳои хатар ба чашм мерасад. Чунин вазъият зарурати пурқувват кардани стратегияҳои профилактикӣ ва табобатии ба кам кардани хатари рагҳо ва беҳтар сохтани натиҷаҳо нигаронидашударо таъкид мекунад» [4; ehdi044].

СШК дар синну соли ҷавонӣ ва миёна метавонад дорои як қатор махсусиятҳо бошад, ки аз профили клиникӣ, сохтори омили хатар, сари вақт мурочиат кардан барои ёрии тиббӣ ва минбаъд майл доштан ба табобат вобастагӣ доранд. Арзёбии саҳми нисбии омилҳои ҷудогона, аз ҷумла, синну сол, шохиси массаи бадан, бемориҳои серебоваскулярӣ ва ихтилолҳои равонию эмотсионалӣ дар беморони СҶМ якранг нест [7, с.14-20; 11, e004425]. Таваҷҷуҳи махсусро вусъат ёфтани паҳншавии фарбеҳӣ талаб мекунад, зеро саҳми он дар амалӣ гаштани СШК дар шахсони солхурда ва беморони дорои СҶМ ба таври гуногун баррасӣ карда мешавад [12, 2167-2243; 14, 448-453].

«Азбаски шахсони гирифтори СҶМ потенсиали корӣ ва интеллектуалии ҷомеа мебошанд, проблемаи мазкур ҳам аҳаммияти тиббӣ ва ҳам иҷтимоӣ касб мекунад. Саҳми бузургро дар ин тамоил метавонанд тағйир додани тарзи ҳаёти одамони ҷавон, аз ҷумла гиподинамия, зиёд истеъмол кардани карбогидратҳои ҳазмашон сабук гузоранд..., дар онҳо суръати баланди умумии ҳаёт мавҷуд аст, онҳо дучори стресси музмин ҳастанд» [7; с.14-20].

Тибқи маълумоти адабиёти илмӣ дар ҷараёни СШК ихтилолҳои таҳлукаву депрессивӣ аҳаммияти муҳимми клиникӣ доранд. Онҳо ”ҳамчун омилҳое, ки бо натиҷаҳои ногувор, паст шудани сифати ҳаёт ва майл доштан ба табобат ҳамбастагӣ доранд, баромад мекунанд. Бештари мавридҳо синдроми асабӣ-равониро инкишофи камбуди конгнитивӣ ҳамроҳӣ мекунад, ки ҳамчун звенои мустақили патологӣ ва маркери пешгӯйикунандаи ҷараёни беморӣ баррасӣ карда мешавад» [3; с. 9-63].

Дар оғози таҳқиқоти мазкур дар фаҳмиши хусусиятҳои минтақавии ҷараёни СШК дар когорти синнусолии аз 60-сола ҷавон, аз ҷумла нақши муайян карданашудаи синдромҳои ба ҳам алокаманди дилу рагҳо ва равонию асабӣ, инчунин набудани арзёбии миқдории тағйиротҳои замонӣ дар басомади пешхабарҳо ва натиҷаҳо нигоҳ дошта шудаанд. Ин вазъият барои гузаронидани таҳқиқоти думарҳилавии муқоисавӣ асос гашт (давраи солҳои 2009–2012 ва 2019–2022), ки ба ошкор сохтани динамикаи хронологии омилҳои хатари инкишофи чараёни оризанок ва ҳолатҳои дуру ногувори дилу рагҳо (ҲНДР) равона шудаанд.

Шароити иловагӣ он шуд, ки марҳалаи дуюми таҳқиқот қисман ба пандемияи SARS-CoV-2 рост омад, ки хатсайри беморони дорои СШК-ро тағйир дод, боисти таъхир кардани муроҷиат барои ёрии тиббӣ, афзоиши хатари тромбозӣ ва бад шудани пешгӯйӣ дар як қсми беморон гашт [18, 1-20], ки зарурати таҳлили тафриқавии даврахои то пандемия ва пандемияро дар доираи давраи дуюм ба миён овард. Мувофиқи шарҳи илмие, ки аз тарафи ТУТ нашр шудааст, дар соли аввали пандемияи COVID-19 паҳншавии ихтилолҳои таҳлука ва депрессия то 25% зиёд шуд. Дар шарҳ қайд карда мешавад, ки «Ин хабари

ташвишовар барои ҳамаи кишвар аст, даъват мекунад, ки ба солимии равонӣ бештар таваҷҷуҳ зоҳир карда шавад ва солимии равонии аҳолии худро беҳтар датгирӣ кунанд. Яке аз далелҳои асосии чунин зиёд гаштани беморшавӣ - стресси бесобиқа мебошад, ки аз маҳдудиятҳои иҷтимоӣ дар натиҷаи пандемия ба ҳисоб меравад. Бо ин маҳдуд шудани имкониятҳои кор кардан барои одамон, дастгирӣ ёфтан аз наздикон ва иштирок кардан дар ҳаёти ҷомеаи худ вобаста аст» [17; 02-03-2022].

Аҳаммияти ихтилолҳои таҳлукаву депрессия дар заминаи СШК дар заминаи мушкилоти муосири эпидемӣ, аз ҷумла пандемияи COVID-19 омузиши иловагиро талаб мекунад, «ки омили муҳимми иҷтимоӣ ва биотиббие гашт, ки метавонад ҷараёни БДР-ро тағйир диҳад» [18; с. 1-20]. Бо дар назардошти ин «Дар давраи пандемияи COVID-19 мелатонинро ҳамчун воситаи адъювантӣ баррасӣ кардан лозим аст, ки ритми сиркадӣ ва сохтори хобро муътадил мегардонад ва ин бавосита барои кам шудани симптоматикаи таҳлукаву депрессивӣ мусоидат менамояд, сатҳи ошуфтагиро паст ва вазъи умумии равониро беҳтар месозад. Дар баробари ин, таъсири потенсиалии хуби он ба функсияҳои когнитивӣ баррасӣ мешаванд, ки бо кам шудани тағйироти асабиву илтиҳобӣ ва барқароршавии гомеостази нейрометаболикӣ алоқаманд ҳастанд, дар ҳолате, ки оид ба таъсири психотропии мустақили вай маълумоти боэътимод мавҷуд нест» [19; 117583].

Потенсиали кардиопротективии МТ қаблан низ дар заминаи БИД омухта шудааст [15, 6:100044; 19, 250:117583], ба ҳар ҳол, самаранокии муҳофизатии воқеии он нисбат ба ҷараёни COVID-19 ва ҳодисаҳои дуру нохуби дилу рагҳо дар шахсони дорои СҶМ, ки СШК –ро аз сар гузаронидаанд, камомухта боқӣ мемонанд. “Озмоиш”-и табиии муқарраркардашуда вазифаи илмии мушаххаси арзёбии иртиботи миқдории истеъмоли профилактикии МТ-ро бо хатари ҲНДР дар когорти зикршудаи осебпазир муайян кард.

Омили иловагие, ки таваҷҷуҳи махсусро талаб мекунад, осебҳои коморбидии ҳавзаҳои коронарӣ ва серебралӣ ба ҳисоб мераванд. Ин бо он вобаста аст, ки “ дар беморони дорои фишорбаландии шарёнӣ ва раванди

серлонаи атеросклерозӣ лаҳзаҳои такрории цереброваскулярӣ метавонанд, ки пешрафти ихтилолҳои рагҳои когнитивиро сар кунанд ” [2, с.160]. “Баъди COVID-19-и аз сар гузаронидашуда, камбуди когнитивӣ, ки махсусан ҳангоми бемории ибтидоии дилу рагҳо возеҳтар аст, хусусияти омили муҳимми ногувори тиббӣ-иҷтимоиро касб мекунад” [13, р. 68-78]. Дар ин маврид хусусиятҳои сохторӣ-динамикии норасоии когнитивӣ (НК) дар беморони мухташавандаи гурӯҳи синнусолии дорои СШК дар давраҳои гуногуни замонӣ қимсан мушаххасшуда боқӣ мемонанд.

Бояд қайд кард, ки таҳқиқотҳое, ки тағйироти пешгӯйии аҳаммияти клиникӣ-демографӣ, омилҳои гемодинамикӣ ва асабиву равониро дар давраҳои гуногуни замонӣ мавриди муқоиса қарор дода бошанд, хеле кам ҳастанд. Маҳдудияти аз ҷиҳати бунёдӣ муҳим дар таҳқиқотҳои қаблӣ асосан дизайни яклаҳзаинаи онҳо мебошад, ки сохтори предикториро (пешхабариро) дар ҳудуди як давраи муоина инъикос мекунад.

Дар адабиёти илмӣ натиҷаҳои таҳқиқоти омилҳои хатар ва фавти беморхонагӣ дар когортҳои дусолаи беморони аз 50-сола ҷавони дорои СШК пешниҳод карда шудааст, ки бидуни назардошти ихтилолҳои клиникӣ-гемодинамикӣ ва таҳлукаву депрессивӣ гузаронида шудаанд. Муаллифон қайд мекунанд, ки «Дар гурӯҳҳои пай дар пайи беморони аз 50-сола ҷавони дорои СШК бо гузашти вақт паҳншавии омилҳои хатари ҷудогона кам шуда, басомади дахолатҳои инвазивӣ зиёд гаштааст, аммо дар фавти беморхонагӣ кам нашуда ва дар сатҳи 1% боқӣ мондааст» [16; 131294].

Мавҷуд набудани чунин арзёбии муқоисавӣ дар порчаи дарозмуддати вақт мутобиқшавии тавсияҳои клиникиро, ки профили бемори муосири дорои СШК-ро тағйиримедиҳанд, мушкил месозад. Омузиши саҳми омилҳои демографӣ, клиникӣ-гемодинамкӣ, метаболикӣ ва асабиву равонӣ дар инкишофи натиҷаҳои ногувори СКШ дар шахсони ҷавон ва синну соли миёна дар давраҳои гуногуууни вақт вазифаи мубрами илмӣ махсуб мешавад, ки ҳаллу фасл кардани он ба кам кардани беморшавии дилу рагҳо ва фавт аз онҳо нигаронида шудааст.

Дараҷаи коркарди илмии проблемаи мавриди омузиш. Дараҷаи коркарди илмии проблемаи СШК-ро таҳқиқотои сершумори олимони ватанӣ ва хориҷӣ муайян мекунанд, ки ба эпидемиология, омилҳои хатар, ҷараёни клиникӣ, тактикаи мурокибат ва пешгӯйӣ бахшида шудаанд. Ҳамзамон бештари таҳқиқотҳо пешхабарҳои натиҷаҳои ногуворро асосан дар доираи як давраи муоина, бидуни муқоиса намудани давраҳои гуногуни замонии беморони дорои СҶМ баррасӣ мекунанд. Ҳамчунин хусусиятҳои минтақавии таъсири омехтаи омилҳои клиникӣ-метаболикӣ, цереброваскулярӣ ва асабиву равонӣ ба ҷараёни СШК ва инкишофи ҳодисаҳои ногувори дилу рагҳо бақадри кофӣ омухта нашудаанд.. ва инкишофи ҳолатҳоиногувори дилу рагҳо

Ихтилолҳои таҳлукву депрессивӣ ҳамчун омилҳои муҳимми пешгӯйии нохуб ҳангоми инфаркти миокард ва СШК баррасӣ мешаванд [World Health Organization (17)]; "Аҳаммияти пешгӯйикунандаи онҳо нисбат ба ҳолатҳои такрории коронарӣ ва декомпенсатсияи норасоии дил дар пажуҳишҳои олимони хориҷӣ тасдиқ карда шудааст» [Ossola P. и др., (14)]. Ғайр аз ин, нишон дода шудааст, ки «Дар беморони дорои ихтилолҳои преддементии маърифатии СШК дар анамнез ба таври эътимоднок зиёд ба қайд гирифта мешавад» [Johnson L. A. (13)].

Чунин ҳисоб карда мешавад, ки «Пандемияи COVID-19 омили иловагии берунӣ шуда мондааст, ки боиси вазнин гаштани ҷараёни СШК, маҳдуд кардани сари вақт расонидани ёрии тиббӣ ва пурқувват кардани возеҳии ихтилолҳои когнитивнӣ ва психоэмотсионалӣ мегардад, ки ин зарурати мушаххас кардани равишҳои ташхисиву табобатӣ-тактикӣ ва реабилитатсиониро дар беморони ин категория таъкид мекунад» [58. ва дигарон].

Дар баробари ин, таҳлили адабиёти илмии дастрас аз он гувоҳӣ медиҳад, ки таъсири якҷояи омили муваққатӣ, бемориҳои ҳамроҳшудаи дилу рагҳо , аворизи цереброваскулярӣ ва ихтилолҳои асабиву равонӣ ба таҳаввулот ва пешгӯйии СШК дар беморони дорои СҶМ ба қадри кофӣ омухтанашуда боқӣ мемонанд. Махсусн маълумотҳои таҳқиқотҳои муқоисавӣ, ки тағйироти профили беморони дорои СКШ-ро дар давраҳои гунногуни замонӣ, аз ҷумла давраҳои

то пандемия ва марҳалаи пандемиро инъикос мекунанд, маҳдуд мебошанд. Холигоҳи зикршудаи илмӣ мубрамӣ ва мақсаду дизайни таҳқиқоти мазкурро муайян кардад.

Робитаи тачқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзуъҳои илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар доираи татбиқи Барномаи миллии «Дурнамои пешгирӣ ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва травматизм дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2013-2023», ки бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 2-юми ноябри соли 2012, № 676 тасдиқ шудааст, иҷро шуда, ба банди 3-и Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон 26.09. соли 2020, таҳти № 503 «Дар бораи самтҳои афзалиятноки таҳқиқотҳои илмӣ барои солҳои 2021-2025» мувофиқат мекунад.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот – такмил додани стратегияи муроқибати беморони сигнну соли ҷавон ва миёнаи дорои СШК дар асоси таҳлили таъсири омили муваққатӣ ча пандемияи COVID-19 ба профили клиникӣ-гемодинамикӣ, метаболикӣ ва равониву асабии беморон, ҷараёеи клиникии беморӣ, басомади ҳолатҳои нохуби дилу рагҳо аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқоти семарҳилавӣ: БТИ шуъбаи қабул, табобати статсионарӣ ва муоинаи 12-моҳаи пас аз беморхонагӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

8. Муқоиса кардани хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ, тактикаи муроқибат ва оризаҳои барвақти СШК дар беморони ҷавон ва синну соли миёна дар марҳалаи БТИ дар ду марҳаалаи таҳқиқот бо фосилаи 10 сол ва муайян кардани тағйиротҳои асосии муваққатии марҳалаи муроқибати беморони дорои СШК.

9. Арзёбӣ намудани таъсири омили змонӣ ба хусусиятҳои клиникӣ-инструменталӣ, метаболикӣ ва равониву асабии беморони гирифтори СШК, ҳамчунин басомади ҲНДР-и дур ҳангоми муқоиса кардани марҳалаҳои беморхонагӣ муоинаи 12-моҳаи бъди беморхонагӣ дар давраи I-и таҳқиққот бо марҳалаи топендемии марҳалаи давраи II; муқаррар кардани хусусиятҳои замонии ҷараёни клиникӣ ва профили клиникӣ-пешгӯйикунандаи СШК.

10. Гузарониддани таҳлили муқоисавии хусусиятҳои ҷараёни клиникии СКШ, тағйиротҳои нишондиҳандаҳои клиникӣ-инструменталӣ, равониву асабӣ ва басомади ҲНДР дар давоми муоинаи 12-моҳаи бъди беморхонагӣ дар беморон дар марҳалаҳои топендемӣ ва пандемии давраи дуюм; ҷудо кардани тамоилҳои асосӣ, ки барои дараи пандемияи COVID-19 хос мебошанд.

11. Омузиши таъсири SARS-CoV-2 аз сар гузаронидашуда ва истеъмоли профилактикии мелатонин ба ҷараёни клиникии СШК ва хатари пайдо шудани ҲНДР дар давоми муоинаи 12-моҳаи бъди беморхонагӣ дар беморони дорои СҶМ.

12. Дар асоси арзёбии комплексии трансформатсияи профили клиникӣ-гемодинамикӣ, метаболикӣ ва равониву асабии беморони дорои СҶМ бо СШК дар давраҳои гуногуни замонӣ муайян кардани аҳаммияти пешгӯйикунандагии нишондиҳандаҳо омухташуда нисбат ба ҲНДР-и дур.

13. Иҷро кардани таҳлили муқоисавии стратегияи муроқибати беморони ҷавон ва синну соли миёнаи дорои СКШ дар давраҳои гуногнуи таҳқиқот бо назардошти хусусиятҳои ташкилӣ ва клиникӣ ва маҳдудиятҳои барои ҳар як давра хос.

14. Самтҳои оптимизатсия кардани муроқибати беморони ҷавон ва синну соли миёнаи дорои СКШ дар асоси натиҷаҳои ба даст овардашуда.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот - бемороне, ки ба шуъбаи қабул ва ё шуъбаи махсуси кардиолгӣ бо СКШ, яъне бо эҳтимоли зиёди инкишофи инфаркти миокард ё стенокардияи муқарраркардашудаи ноустувор ва инфаркти миокард дохил шудаанд.

Таҳқиқот 2 давраро фаро мегирад: давраи якум - дар солҳои 2009-2012 ва давраи дуюм – дар солҳои 2019-2022. Дар давраи якум объекти таҳқиқот 1352 бемор буд, ки ба шуъба қабул бо эҳтимоли ИМ дохил шудаанд, аз онҳо 855 бемори дорои СҶМ гурӯҳи асосиро ташкил доданд, 497 бемор ≥60 сол – гурӯҳи муқоисавиро. Бо дар назардошти он, ки дар марҳалаи якуми таҳқиқот аз миқдори умумии беморони дорои СКШ ба БТИ шуъбаи қабул дохилшуда, 63,3%-робеморони дорои СҶМ ташкил доданд, марҳилаҳои минбаъдаи

таҳқиқот ба музиши амиқи исн категорияи синнусолӣ нигаронида шуда буданд. Ғайр аз ин, дар марҳалаи статсионарӣ 182 бемори дорои СҶМ таҳқиқ карда шуд, ки дар шуъбаи кардиологӣ бо СН (стенокардияи ноустувор) ва ИМ бистарӣ карда шуда буданд.

Дар давраи дуюми таҳқиқот дар марҳалаи шуъбаи қабул бо БТИ дар таҳлили ниҳоӣ 598 бемори дорои СҶМ бо СШК дохил карда шуд: 410 нафар – дар марҳалаи то пандемия ва 188 нафар – дар давраи пандемия. Дар марҳалаи статсионарии давраи дуюм 221 бемор дохил карда шуда буд, ки дар шуъбаи кардиология бо стенокардияи ноустувор ё инфаркти миокард бистарӣ шуда буданд: 161 нафар - дар марҳалаи то пандемия ва 60нафар-дар марҳалаипандемия.

Мавзуи таҳқиқот. Бо назардошти давраҳо ва марҳалаҳои таҳқиқот нишондҳандаҳои клиникӣ-анамнезӣ, аз ҷумла аломатҳои беморӣ, басомад ва возеҳии бемориҳои аз ҷиҳати этиопатогенезӣ алоқаман ва ҳамбастгӣ бо СШК омухта шуданд: нишондиҳандаҳои лабороторӣ, аз ҷумла маркёрҳои махсуси дил, СРБ, АСТ ва АЛТ, креатинин, қанди хун, нишондиҳандаҳои мубодилаи липидҳо, нишондиҳандаҳои инструменталӣ, ки осебҳои субклиникии дил ва рагҳо аз ҷумла дисфунксияи диастоликии маъдачаи чап, ғафсии комплекси интима-медиаи шарёнҳои брахиосефалӣ ва ноустувории ҳалқаҳои атеросклерозиро инъикос мекунанд; ихтилолҳои асабиву равонӣ (синдромҳои таҳлука, депрессия ва возеҳии норасоии когнитивӣ), инчунин нишондиҳандаҳои тиббӣ-иҷтимоӣ: синну сол, ҷинс, хатсайр ва муҳлати бистаришавӣ, тактикаи муроқибати беморони дорои СШК дар давраҳои барвақти таҳқиқот, истифодаи усулҳои инвазивии табобатӣ-ташхисӣ. Нишондиҳандаҳои дар боло зикршуда, дар иртиботи байниҳамдигарӣ бо миқдори оризаҳои барвақт ва дури ҲНДР, ки давоми 12 моҳи пас аз рухсат шудан инкишоф меёбанд, аз ҷумла ИМ аввалия ва такрории накушанда, инсулт, фавт аз бемориҳои дилу рагҳо, реваскуляризатсияи ҷарроҳии ба таври таъҷилӣ гузаронидашудаи миокард. Ғайр аз ин, дар давраи дуюми таҳқиқот арзёбии

таъсири пандемияи COVID-19 ва истеъмоли профилактикии мелатонин ба ҷараёни СШК гузаронида шуд.

Навгонии илмии таҳқиқот. Бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тақиқоти комплексии хусусиятҳои клиникӣ-ташхисии СШК дар ҷавонон ва синну соли миёна дар ду давраи замонӣ, бо назардошти пандемия, омилҳои равониву асабӣ ва ҲНДР гузаронида шуд. Дар асоси омузиши таъсири *омили «замон»* (ҳангоми муқоиса кардани натиҷаҳои ду давраи таҳқиқоти бо фосилаи 10 сол гузаронидашуда) ва *омили «пандемияи* COVID-19» (ҳангоми муқоиса кардани марҳалаҳои то пандемия ва марҳалаи пандемияи давраи дуюм) ба ҷараёни СКШ дар беморони дорои СҶМ ду гурӯҳи хатари ҷараёни пешравандаи беморӣ ва бад шудани пешгӯӣ ҷудо карда шуд: предикторҳои (пешхабарҳои) ҳолатҳои нохуби дури дилу рагҳо, аз чумла фавт.

Бори нахуст дар асоси маводи клиникӣ, ки ду давраи замониро бо фарқияти даҳсола дар бар мегирифт, таъсири дуҷонибаи «омили замон» ба ҷараёни СШК дар беморони когорти омухташаванда нишон дода шуд. Дар заминаи давтовардҳои дар давоми солҳои охир ба даст овардашуда дар бахши ташкилнамудани ёрии тиббӣ дар давраи то беморхонагӣ ва беморхонагӣ, татбиқ намудани усулҳои муосири инвазивӣ ва табобати зиддитромбоситарӣ, тамоилҳои нави нохуб муайян карда шуданд –саршавии нисбатан барвақти СШК, зиёд шудани басомади СШК дар синну соли нисбатан ҷавонтар, афзоиши массаи барзиёди бадан ва фарбеҳӣ, дислипидемия ва аломатҳои атеросклерози системавӣ дар байни беморони гурӯҳҳои синну солии омухташавандаи дорои СШК. Маҷмуи маълумотҳои ба даст овардашуда имконият медиҳад, ки тағйиротҳои замонии клиникӣ-эпидемиологӣ ба таври нав арзёбӣ карда ва самти оптимизатсияи тактикаи муроқибати беморон мушаххас карда шавад.

Афзоиши аҳаммити пешгӯйикунандагии осебҳои субклиникии дил ва шарёнҳо, аз ҷумла ДДМЧ, зиёд шудани ҒИМ ва мавҷуд будани ҳалқаҳои атеросклерозии (ҲА) шарёнҳои брахиосефалӣ, воеҳии синдромҳои асабиву равонӣ нисбат ба пешгӯйии нохуб дар беморони ин категорияи синнусолии дорои СШК ба мушоҳида расид. Нишон дода шуд, ки синдромҳои возеҳи

таҳлкуаву депрессевӣхатари норасоии когнитивиро баланд мебардорад ва дар давраи пандемияи COVID-19дарачаи иртиботи мутақообилаи онҳо аз вазнинии сирофти аз сар гузаронидашуда ва истеъмоли профилактикии мелатонин вобаста аст. Бори нахуст муқаррар карда шуд, ки аҳаммити пешгӯйикунандагии омилҳои дури ҲНДР дар беморони дорои СҶМ бо СШК хусусияти вобастагии даврагӣ ва марҳилавӣ дорад: сар карда аз аҳамияти афалиятноки омилҳои метаболикӣ дар давраи I –и таҳқиқот ба афзудани нақши нишондиҳандаҳои рагҳо, хусусиятҳои ҷараёни беморхонагии СШК, хатари фавт, синну сол, вазнинии COVID-19 ва ихтилолҳои асабиву равонӣ дар марҳалаҳои давраи II.

Аҳаммияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот. Аҳаммияти назариявии таҳқиқот аз амиқ сохтани тасаввурот дар бораи қонуниятҳои параметрҳои клиникӣ-метаболикӣ, кардиоваскулярӣ ва асабиву равонии беморони дорои СҶМ бо СШК таҳти таъсири омили замонӣ ва стрессорҳои берунӣ иборат мебошад. Маълумотҳои ба даст овардашуда имконият медиҳанд, ки хусусиятҳои тағйироти профили клиникӣ-пешгӯйикунандаи беморони дорои СШК ва натиҷаҳои дури беморӣ дар шароити муосир муфассал арзёбӣ карда шаванд.

Арзёбии якпорчаи ҳолати сохторӣ-функсионалии системаи дилу рагҳо дар якҷоягӣ бо таҳлили ихтилолҳои асабиву равонӣ дақиқии табақабандии хатар ва пешгӯйии ҲНДР-и дурро дар ин категорияи беморон баланд мебардорад. Алгоритми пешниҳодшудаи ташхис ва тактикаи муроқибати беморони дорои СҶМ бо СШК таъсири омили замонӣ, ихтилолҳои асабиву равонӣ ва махсусияти маълумотҳои давраи пандемиро ба эътибор мегирад, дар заминаи таҳлили комплексии маълумотҳои клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ бунёд мешавад.

Истифодаи он имконият медиҳад, ки марҳила ба марҳила хатари бад шудани пешгӯйӣ баҳогузорӣ карда, дар статсионар сари вақт чорабиниҳои профилактикӣ ва табобатӣ ва дар муоинаҳои минбаъдаи диспансерӣ гузаронида шаванд.

Таҳлили ҷараёни СШК то ва пас аз замони пандемия асос шуда метавонад, ки COVID-19 ҳамчун омили берунии амиқсозандаи тамоилҳои ногувори рагҳову метаболикӣ ва асабиву равонӣ дар беморони дорои СҶМ баррасӣ карда шавад. Усусиятҳои нисбатан хуби асабиву равонӣ ва клиникиву пешгӯйикунанда дар беморони дорои СШК ҳангоми истифодаи профилактикии мелатонин дар доираи табобати комплексӣ, асос мешавад, ки вай ҳамчун ҷузъи имконпазири дастгирии пас аз беморхонагӣ, махсусан дар давраи эпидемия бо назардошти хуб таҳаммул кардани препарат, таъсири хронобиотикӣ ва таъсири потенсиалии зиддиилтиҳобӣ баррасӣ карда шавад.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Мукаррар карда шуд, ки ҷараёни синдроми шадиди коронарӣ дар марҳилаи то пандемияи давраи II таҳқиқот, хусусиятҳои хосе дошт, ки таъсири омили вақтро инъикос менамоянд: афзоиши басомади синдромҳои возеҳи изтироб, депрессия ва норасоии когнитивӣ, инчунин зиёдшавии бемориҳои ҳамрадифи дилу рагҳо ва мағзи сар, аз ҷумла гипертензияи артериалӣ, бемории ишемикии дил ва сактаи мағзи сари аз сар гузаронидашуда.

2. Исбот карда шуд, ки дар гузашта ҷой доштани норасоии музмини дил ва сактаи мағзи сар, зиёдшавии ғафсии комплекси интима-медиаи шараёнҳои хоб ва афзоиши басомади гиперхолестеринемия зуҳуроти бо ҳам алоқаманди ривољи ихтилолҳои рагию метаболикӣ ва нейропсихикӣ мебошанд; тағйироти зикршуда бо зиёдшавии оризаҳои барвақтии ОКС ва ҳодисаҳои номатлуби дури дилу рагҳо њамрохї мекунанд.

3. Асоснок карда шуд, ки омилҳои нейропсихикӣ ҳангоми стратификатсияи хавф дар беморони синну соли ҷавон ва миёнасол бо ОКС бояд ба назар гирифта шаванд, зеро афзудани аҳамияти ин омилҳо дар ташаккули ҷараёни клиникии ОКС ва ҳодисаҳои номатлуби дури дилу рагҳо бо тағйироти сохторию функсионалии дил ва рагҳо, аз ҷумла зиёдшавии ғафсии комплекси интима-медиа ва зуҳуроти дисфунксияи диастолии меъдачаи чап, ҳамроҳ буд.

4. Муайян карда шуд, ки гурӯҳи хавфи баланди оризаҳои барвақт ва ҳодисаҳои номатлуби дури дилу рагҳо аз беморони дорои чунин хусусиятҳо иборат аст: бартарии мардон, вазни зиёдатӣ ва фарбеҳӣ, нишонаҳои дисфунксияи диастолии меъдачаи чап, зиёдшавии ғафсии комплекси интима-медиаи шараёнҳои хоб ва дислипидемияи атерогенӣ. Ин зарурати назорати пурзӯр ва ислоҳи фаъоли омилҳои хавфро асоснок менамояд.

5. Муқаррар карда шуд, ки давраи пандемия ва COVID-19-и аз сар гузаронидашуда омилҳои муҳими тағйирдиҳандаи ҷараёни клиникӣ ва пешгӯии ОКС дар беморони синну соли ҷавон ва миёнасол мебошанд. Барои ин марҳила ҳолати вазнини клиникӣ, ҷараёни оризаноки ОКС дар беморхона, зиёдшавии хавфи фавт ва ҳодисаҳои номатлуби дури дилу рагҳо хос мебошанд. Вазнинии COVID-19-и аз сар гузаронидашуда, синну сол, депрессия, зиёдшавии ғафсии комплекси интима-медиа ва ноустувории лавҳаҳои атеросклерозӣ аҳамияти прогностикӣ пайдо мекунанд.

6. Исбот карда шуд, ки ихтилолҳои возеҳи изтиробу депрессия ва норасоии когнитивӣ дар беморони синну соли ҷавон ва миёнасол бо ОКС ҷузъҳои муҳими хусусиятҳои клиникӣ-прогностикии беморӣ буда, бо ҷараёни номусоид ва зиёдшавии басомади ҳодисаҳои номатлуби дури дилу рагҳо алоқамананданд. Дар ин маврид мелатонин тавассути ба эътидол овардани ритмҳои сиркадӣ метавонад ба баланд бардоштани самаранокии дастгирии баъдибистарӣ мусоидат намояд. Гуногунӣ ва тағйирёбии хусусиятҳои клиникӣ-прогностикии беморон муносибати тафриқавиро тақозо менамояд, ки он сари вақт муайян намудани омилҳои хавфи баланд ва пешрафти беморӣ, таъмини пайдарҳамии назорат ва татбиқи тактикаи мувофиқи табобатию пешгирикунандаро дар бар мегирад.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳои ҳосилшуда. Дараҷаи эътимоднокӣ ва асоснокии нуқтаҳои илмӣ, хулосаҳо ва тасияҳои амалӣ тавассути дизайни муносиби таҳқиқот, ҳаҷми кофии маводи клиникӣ, критерияҳои мушаххаси воридкунӣ ва хориҷкунии беморон, истифодаи усулҳои муосиру иттилоотноки клиникӣ-инструменталӣ, лабораторӣ ва асабиву равонии таҳқиқот таъмин карда

шудааст. Эътимоднокии натиҷаҳои ба даст овардашударо ба кор бурдани усулҳои дурусти коркарди оморӣ, аз ҷумла таҳлилҳои муқоисавӣ, коррелятсионӣ ва регрессионӣ тасдиқ мекунанд. Натиҷаҳои асосии таҳқиқот дар нашрияҳои тақризшавандаи илмӣ интишор шуда, дар конференсияҳои илмии сатҳи байналмилалӣ ва ҷумҳуриявӣ пешниҳод гардидаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо тавсиф ва соҳаи таҳқиқ). Таҳқиқоти диссертатсионӣ мувофиқи шиносномаи Комиссияи олии аттестасионии (КОА) назди Президенти Ҷумҳури Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.04 – Бемориҳои дарунӣ иҷро карда шуда, ба зербандҳои 3.4 (Этиология, патогенез, омилҳои хатара, генетикаи бемориҳои узвҳои дарунӣ), 3.7. (Ихтилолҳои функсияҳои узвҳои дарунӣ, ҳам дар беморон ва ҳам дар шахсони солими калонсол), 3.8. (Аломатҳои клиникии бемориҳои узвҳои дарунӣ) мувофиқат мекунад.

Саҳми шахсии унвонҷӯйи дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Тамоми доираи таҳқиқот ба иҷро намудани ғояҳои асосии диссертатсия нигаронида шуда, банақшагирӣ ва татбиқи амалии он, интихоби усулҳои таҳқиқот, ҷамоварии маводи аввалия, таҳлили муфассал ва арзёбии натиҷаҳои ба даст овардашуда аз тарафи муаллифи таҳқиқоти мазкур иҷро карда шудаанд; муаллифи рисола банақшагирӣ ва татбиқи амалии таҳқиқотро мустақилона анҷом додааст; интихоб ва таҳқиқи беморон, интихоби усулҳои таҳқиқот мувофиқи вазифаҳо, ҷамъоварии маводи аввалияи клиникӣ.

Муаллиф шахсан муназзам сохтани мавод, таҳлили маводи оморӣ, арзёбии параметрҳои клиникӣ-лабораторӣ, инструменталӣ ва маълумотҳои шкалаҳои асабиву равонӣ; тавзеҳи натиҷаҳои ҳосилшуда ва мураттаб сохтани хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва нуқтаҳои барои ҳимоя пешниҳодшаванда шахсан аз тарафи муаллифи диссертатсия анҷом дода шудаанд Арзёбии натиҷаҳои таҳқиқоти инструменталӣ якҷоя бо табибони шуъбаи ташхиси функсионалии Маркази ҷумҳуриявии клиникии кардиологияи ВТ ва ҲИА ҶТ,МТШ ва МТШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев, ш. Душанбе амалӣ карда шудааст. Дар асоси натиҷаҳои ҳосилшуда алгоритми пешгӯйикунӣ оид ба оптимизатсияи

тактикаи профилактикӣ ва табобатии беморони дорои СҶМ бо СШК, аз ҷумла дар шароити пандемия таҳия карда шудааст.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои илмии диссертатсия дар мавридҳои зерин гузориш шудаанд: дар конфересияҳои 58 - ва 73-юми илмии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки намояндагони байналмилалӣ, Душанбе, солҳои 2011-2025; дар конгресси кардиологҳо, Бишкек, 2012; Конференсияи байналмилалии П Иттиҳодияи терапевтҳои Авруосиё, 2015; дар Форуми IV байналмилалии кардиологҳо ва терапевтҳо ш. Москва, март, 2015; дар Съезди дуюми табибони Ҷумҳурии Тоҷикистон, Душанбе, 2019; дар конгресси кардиологҳо ва терапевтҳо кардиологови кишварҳои Осиё ва ИДМ, Душанбе, 2019; Смпозиуми байналмилалии «Проблемаҳои бемориҳои сироятӣ», Душанбе, соли 2022; (Душанбе, солҳои 2019-2022), V - VII Республиканских научно-практической практических конференциях (2024-2026 гг), Конференсияҳои илмӣ-амалии X-XVI1 олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Душанбе, солҳои 2015-2024); дар ҷаласаи байникафедравии комиссияи проблемавии фанҳои терапевтии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» (соли 2025).

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Аз рӯйи мавзуи таҳқиқоти диссертатсия 64 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 15 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Маводи диссертатсия дар ҳаҷми 323 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, 7 боб (шарҳи адабиёт, мавод ва усулҳои таҳқиқот, 5 боби натиҷагириҳои худи муаллиф, баррасии натиҷаҳои ба даст овардашуда), хулосаҳо, тавсияҳои амалии таҳқиқот ва феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Дар диссертатсия 30 расм ва 99 ҷадвал оварда шудааст. Феҳристи адабиёт 365 сарчашмаи илмиро дар бар гирифтааст, ки аз онҳо 180 сарчашма аз муаллифони ватанӣ ва кишварҳои ИДМ ва 185 адабиёт аз кишаварҳои хориҷӣ мебошанд.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Таҳқиқоти диссертатсия дар пойгоҳҳои клиникии кафедраҳои бемориҳои дарунии №2 ва таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»-дар шуъбаи қабули Маркзи тиббии шаҳрӣ бо блоки табобати интенсивӣ ва дар шуъбаи кардиологии МТШ №2 ба номи К.Т. Тоҷиев (ш. Душанбе) гузаронида шудааст.

Дизайни таҳқиқот. Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар формати таҳқиқоти бисёрмарказии проспективии когортии таҳлилии клиникӣ бо муоинаи дарозмуддати беморони дорои СШК бо мақсади арзёбӣ кардани ҳолатҳои дури нохуби дилу рагҳо (ҲНДР) иҷро карда шудааст. Ҳаҷми беморони таҳқиқшуда дар давраҳо ва марҳилаҳо дар ҷадвали 1 оварда мешавад.

Ҷадвали 1.- Дизайни умумии таҳқиқот.

Давра	**Марҳала**	**Контингент**	**n**	**Самти асосии таҳлил**
Давраи I, с. 2009–2012.	БТИ шуъбаи қабул, табобатӣ-ташхисӣ	Ҳамаи синну сол, эҳтимоли зиёди ИМ/СШК	1357 → 1352	Сохтор, чараёни СКШ, оризаҳои барвақт, фавт, хатсайр
Давраи I, с. 2009–2012.	Статсионарӣ	СҶМ бо ИМ ё СН	182	Арзёбии клиникӣ-анамнезӣ, лабораторӣ-метаболикӣ, инструменталӣ, асабиву равонӣ
Давраи I, с. 2009–2012.	Баъдибеморхонагӣ	СҶМ баъдирухсат шавӣ	178	ҲНДР/MACE 12-моҳа 12-
Давраи II, МТП	БТИ шуъбаи қабул, табобатӣ-ташхисӣ	СҶМ бо СШК	415 → 410	Муқоиса бо давраи I; арзёбии 10-солаи тағйироти замонӣ
Давраи II, МТП	Статсионарӣ	СҶМ бо ИМ ё СН	161	Арзёбии амиқ, таҳлили пешхабарҳоии натиҷаҳои нохуб
Давраи II, МТП	Баъдибеморхонагӣ	СҶМ после выписки	158	ҲНДР/MACE 12-моҳа
Давраи II, МП	БТИ шуъбаи қабул, табобатӣ-ташхисӣ	СҶМ бо СШК	196 → 188	Ҷараёни СШК ҳангоми пандемияи COVID-19
Давраи II, МП	Статсионарӣ	СҶМ бо ИМ ё СН	60	Муқоисаи МТЭ; арзёбии клиникӣ-гемодинамикӣ, метаболикӣ ва асабиву равонӣ
Давраи II, МП	Баъдибеморхонагӣ	СҶМ баъдирухсат шавӣ	55	ҲНДР/MACE 12-моҳа

Таҳлили иловагии давраи II	Баъдибеморхонагӣ	СҶМ бо СШК	221*	Арзёбии таъсири COVID-19-и гузаронидашуда – сироят ва истеъмоли мелатонин

Эзоҳ: n – миқдори таҳқиқшудагон; БТИ - блоки табобати интенсивӣ; СҶМ - синну соли ҷавон ва миёна; МТП — марҳалаи топандемӣ давраи II; МП - марҳалаи пандемӣ давраи II; НФ - натиҷаи фавтовар; ҲНДР/MACE - ҳолатҳои нохуби дилу рагҳо. Тирча: бори аввал таҳқиқшуда → ба коркарди марҳалаи дахлдор дохил карда шудаанд. *Дар таҳлили иловагӣ давраи II: COVID-19-сирояти гузаронидашуда - n=100, гузаронида нашудааст - n=121; истеъмоли мелатонин: ҳа- n=105, не - n=116.

Барои муайян кардани тағйиротҳои муваққатӣ ду давраи таҳқиқот бо фосилаи 10 сол гузаронида шуд: давраи I – солҳои 2009 -2012 , II - солҳои 2019-2022. Дар давраи II марҳалаҳои то пандемӣ (январи соли 2019 - апрели соли 2020) ва пандемӣ (майи соли 2020 – июли соли 2021) –ро ҷудо карданд.

Дар ҳар як марҳала таҳлил се марҳалаи пай дар пайро дар бар гирифт: марҳалаи табобатӣ-ташхисӣ дар сатҳи блоки табобати интенсивии (БТИ) шуъбаи қабул, марҳалаи статсионарӣ ва муоинаи баъдибеморхонагӣ дар давоми 12 моҳ. Муқоиса кардани марҳалаҳои т пандемӣ ва пандемӣ давраи II имконият дод, ки таъсири пандемияи COVID-19 ҳамчун омили берунии стрессшароити таҳқиқотро ба эксперименти табиӣ наздик месозад.

Тавсифи шахсони таҳқиқшаванда. Ташкил кардани гурӯҳҳо хусусияти ғайритасодуфӣ дошт ва дар асоси аломатҳои клиникӣ-демографӣ амалӣ карда шуд: синну сол, ҷинс ва шакли СШК, дар давраи II – низ бо назардошти сирояти гузаронидашудаи SARS-CoV-2 ва истеъмоли профилактикии мелатонин, ки мувофиқи тавсияҳои давраи пандемия таъйин шудааст. Ба таҳқиқот беморони дорои СШК ду категорияи синнусолӣ дохил карда шудааст: гурӯҳи асосӣ – синну соли ҷавон ва миёна (СҶМ); гурӯҳи муқоисавӣ – синну соли ≥60 -сола, дар давраи I барои арзёбии муроҷиаткунӣ, ҷараёни клиникӣ ва фавт дар сатҳи БТИ. Бо мақсади тавзеҳи дурусти нишондиҳандаҳои лабораторӣ ва инструменталӣ гурӯҳи назоратӣ аз ҳисоби шахсони бидуни СШК ташкил карда шуд, ки бо гурӯҳи асосӣ аз ҷиҳати синну сол ва ҷинс муқоисашаванда буд: n=40 дар давраи I ва n=30 – даор давраи II.

Критерияҳои дохилкунӣ: беморони СҶМ бо ташхиси СШК - инфаркти миокард ё стенокардияи ноустувор – ё бо эхтимоли зиёди инкишофи он.

Критерияҳои хориҷкунӣ: норасоии музмини дил, ФП (фраксияи партоб) пасттар аз 50%, тамоили паст ба табобат, деменсия, сироятҳои шадид, сактаи дил, кардиомиопатия, бемориҳои системавии илтиҳобӣ, БМГ марҳалаи 4-5, БМИШ (бемории музмини инсидодии шушщо) онкопатология, ДҚ типи 1.

Усулҳои таҳқиқот. Арзёбии комплексии ҷараёни СШК таҳлили клиникӣ-анамнезиро бо арзёбӣ кардани шикоятҳо, анамнез, бемориҳои ҳамроҳшуда ва шаклҳои СШК-ро дар бар гирифт; ташхиси лабораторӣ бо муайян кардани биомаркёрҳои махсуси дил, нишондиандаҳои спектри липидҳо ва маркёрҳои илтиҳоб; таҳқиқоти инструменталӣ, ки ЭКГ-ро дар динамика дар бар мегирад, дар мавриди зарурӣ - мониторинги холтеровӣ, эхокардиография о арзёбии функсияи диастоликии меъдачаи чап (МЧ), инчунин сканиркунии дуплексии шарёни брахиосефалӣ бо андозагирии ғафсии комплекси интима–медиа (ҒИМ) ва арзёбӣ кардани босуботии лавҳаҳои атеросклерозӣ.

Арзёбии статуси асабиву равонӣ аз муайян кардани синдромҳои таҳлука ва депрессия мувофиқи шкалаҳои Гамилтон (HAM-A, HAM-D) ва функсияҳои когнитивӣ мувофиқи шкалаи Монреалии арзёбии когнитивӣ (MoCA) иборат буд. Табақабандии хатари фавт ИМ такрорӣ мувофиқи шкалаҳои GRACE ва TIMI гузаронида шуд; дар давраи II иловатан   шкалаи PRECISE-DAPT барои арзёбии хатари хунравӣ ба кор бурда шуд. Пайомадҳо аз рӯйи басомади оризаҳои барвақти дилу рагҳо ва фавт дар сатҳи БТИ, ҷараёни оризанок ва фавт дар статсионар, инчунин ҲНДР дур дар давоми 12 моҳи баъди рухсат шудан арзёбӣ карда шуданд. Ба таври илова таъсири сирояти COVID-19-и гузаронида ва истеъмоли профилактикии мелатонин таҳлил карда шуд.Тактикаи табобат дар ҳамаи марҳилаҳо ба тавсияҳои актуалии клиникӣ мувофиқат карданд. Дар давраи II имкониятҳои васеи ташхиси инвазивӣ (КАГ) ва табобат (АПК), инчунин татбиқи нисбатан васеътари табобати дукаратаи антитромбоситарӣ (ТДАТ) ба мушоҳида расид.

Таҳили оморӣ бо истифода аз бастаи Statistica 10.0 ва IBM SPSS Statistics 21.0. иҷро карда шуд. Барои муқоиса кардани нишондиҳандаҳои миқдорӣ t-критерияи Стюдент ва U-критерияи Манн-Уитни ба кор бурда шуданд; барои нишондиҳандаҳои сифатӣ - критерияҳои χ^2 ва критерияи дақиқи Фишер истифода шуданд. Таҳлили коррелятсионӣ бо истифода аз коэффитсиентҳои Пирсон ва Спирмена гузаронида шуд. Барои муайян кардани омилҳои мустақили хатар ва арзёбии саҳми онҳо дар пайомадҳо аз таҳлили сершумори ростхата ва таҳлили логистии регрессионӣ истифода карда шуд; сатҳи аҳаммияти оморӣ ҳангоми $p<0{,}05$ будан қабул карда шуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Давраи якуми таҳқиқот (солҳои 2009–2012): басомад ва хусусиятҳои ҷараёни СШК. БТИ шуъбаи қабул. Дар давраи I –и таҳқиқот дар шуъбаи қабули кардиологӣ бо блоки табобати интенсивӣ (БТИ) 2279 бемор бо шубҳа кардан аз СШК бистарӣ карда шуданд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2.- Тавсифи муқисавии беморони гурӯҳи асосӣ (п=855) ва гурӯҳи муқоисавӣ (п=497) бо СШК; давраи I таҳқиқот.

Нишондиҳанда, мутлақ (%)	Группы пациентов с СШК		
	Основная	Сравнения	Р
Ҷинси беморон: - мардҳо	532 (62,2)	248(49,8)	<0,0001
- занҳо	323 (37,8)	249 (50,2)	<0,0001
Шохиси массаи бадан (кг/м²): - то 24,9	330 (38,6)	95 (19,1)	<0,0001
- 25 ва бештар	525 (61,4)	402 (80,9)	<0,0001
Расонида шуданд: - бо мошини ёрии таъҷилӣ	523 (61,2)	188 (37,8)	<0,0001
- аз дигар МТП интиқол шудааст	269 (31,5)	307 (61,8)	<0,0001
- худмуроҷиаткунӣ	63 (7,4)	1 (0,2)	<0,0001
Вақти воридшавӣ баъди сар шудани дардҳо (≥12 соат)	31 (3,6)	4 (0,8)	<0,05
Дар диспансер аз хусуси БИД муоина шудааст	312 (36,5)	177 (35,6)	>0,05
Синдроми шадиди коронарӣ бо болоравии ST	368 (43,0)	257 (51,7)	<0,01
Синдроми шадиди коронарӣ бе болоравии ST	477 (57,0)	240 (48,3)	<0,01
Синдроми шадиди коронарӣ – оғози БИД	150 (17,5)	39 (7,8)	<0,0001

Эзоҳ: р – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо (мувофиқи критерияи $\chi2$).

Ташхиси СШК дар 1357 бемор тасдиқ карда шуд, ки аз миқдори умумии мурочиаткардаҳо 59,5%-ро ташкил дод. Сохтори ҳолатҳои тасдиқшудаи СШК дорои бартарии СШК бе баланд шудани сегменти ST (СШКбп ST) буд, ки ба он 53,7% рост меомад, дар ҳоле, ки СШК бо баландшавии ST (СШКп ST) дар 46,3% -и беморон ташхис карда шуд.

Оризаҳои барвақт, аз ҷумла фибриллятсияи пешдил, тахикардияи меъдача, шоки кардиогенӣ ва варами шушҳо, дар 7% -и бемороне, ки ба блоки табобати интенсивӣ дохил шуда буданд, инкишоф ёфтанд. Фавт дар марҳалаи то беморхонагӣ ва дар шароити БТИ нисбатан паст буда, 0,37%-ро ташкил дод. Дар оянда 1352 бемор ба таҳлил дохил карда шуд. Аз онҳо 855 бемори СҶМ буда, гурӯҳи асосиро, 497 бемор ≥60 -сола – гурӯҳи муқоисавиро ташкил доданд. Таҳлили муқоисавӣ фарқиятҳои муҳимми байни гурӯҳҳоро муайян кард ($p<0,0001$). Дар гурӯҳи асосӣ (СҶМ) мардҳо бартарӣ доштанд (62,2%), (61,2%)-и беморон бо мошини ёрии таъҷилии тиббӣ оварда шуданд, мустақилона мурочиат кардаҳо - (3,6%; $p<0,0001$), бори аввал СШК-и пайдошуда- (17,5%), инчунин беморони дер мурочиаткарда- (3,6%; $p < 0,05$). Дар гурӯҳи муқоисавӣ бештар занҳо (50,2%) дида шуданд, беморони аз дигар муассисаҳои тиббӣ интиқолшуда - (61,8%), бо массаи барзиёди бадан- (80,9%; $p < 0,0001$). Ҳиссаи беморони дар диспансер ба қайд гирифташудаи дорои БИД дар гурӯҳҳои мукоисавӣ муқоисашаванда буд ($p>0,05$). Дар беморони СҶМ бештар СШК бе баландшавии сегменти ST (57,0%), вале дар гурӯҳи муқоисавӣ каме бештар - СШК бо баланд шудани ST (51,7%, $p>0,05$) мушоҳида шуд.

Нишондиҳандаи миёнаи категорияи хатари фавт дар гурӯҳи беморони синну соли калон (1,676±0,715 ва 1,879±0,682; $p<0,05$) муайян карда шуд, аммао басомади категорияи баланди хатар дар гурӯҳҳо муқоисашаванда буд ($p>0,05$). Тактикаи мурокибати беморон дар ин марҳала аз табақабандии барвақти хатар бо истифода аз шкалаҳои GRACE ва TIMI иборат буд. Амалиётҳои ҷарроҳии инвазивӣ дар (амалиётҳои ҷарроҳии зерипӯстӣ, коронароангиография) дар 7,8%-и беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 4,6%-и

беморони гурӯҳи муқоисавӣ иҷро карда шуд. Табобати тромболитикӣ дар камтар аз 10%-и беморон мувофиқи нишондодҳо гузаронида шуд.

Марҳалаи статсионарӣ. Хусусиятҳои клиникӣ-демографии СШК. Дар байни 182беморони бистаришудаи дорои СШК шахсони миёнсол (45–59 лет) бартарӣ доштанд - 155 нафар (85,2%), дар ҳоле ки беморони ҷавон (то 45-сола) 27 (14,8%) буданд (p<0,0001). Дар ҳарду гурӯҳи синнусолӣмардҳо бартарӣ доштанд (63,7%; p<0,0001). Занҳои синну соли миёна бештар бистарӣ карда шуданд, назар ба занҳои ҷавон (p<0,0001). Фарқиятҳои синнусолӣ вобаста аз ҷинс чандон муҳимм набуданд (p>0,05). Таҳлил аз рӯйи синну сол, ҷинс ва шохиси массаи бадан (МББ) нишондод, ки зиёда аз 80%-и осебдиагони дорои СШК-ро беморони СҶМ, тақрибан аз се ду ҳиссаро - мардҳо, дар байни мардҳо бошад, массаи барзиёди бадан ва дар байни занҳо-фарбеҳӣ бартарӣ доштанд.

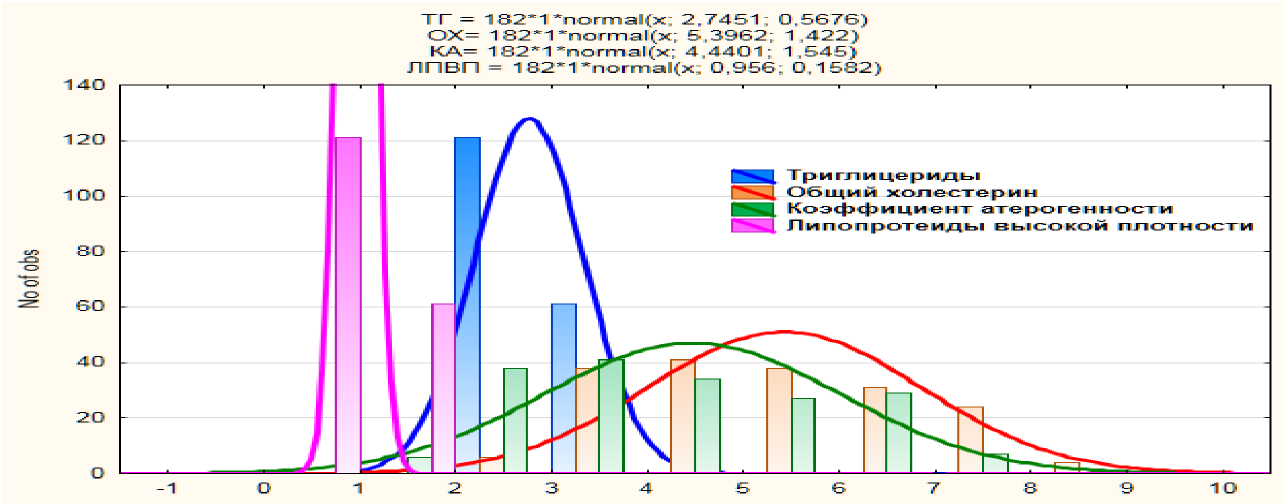
Дар байни беморони *бистаришуда* бештар СШКбп ST - 63,2% (p<0,0001) ба мушоҳида расид. СШКп ST зиёдтар дар мардҳо ба қайлд гирифта шуд (56,0%), дар занҳо - СШКбп ST (p<0,0001). Дар гурӯҳи беморони синну соли миёна СШКбп ST бартарии назаррас дошт (65,2%; p<0,0001). Ин шакли СШК бештар дар заминаи муътадил будани массаи бадан (32,2%) ва фарбеҳӣ (21,7%) (p<0,0001) ба қад гирифта шуд, дар ҳоле ки СШКп ST асосан бо массаи барзиёди бадан ҳамбастагӣ дошт (91,1%; p<0,0001). Муқаррар карда шуд, ки дар маҷмуъ, дар заминаи СШКбп ST дар 46,1%-и беморон ИМп инкишоф ёфтааст, дар заминаи СШКп ST - дар 76,1%-и беморон (p<0,0001). Фарқиятҳои синнусолӣ дар басомади инкишофи ИМ муайян карда нашуд (p>0,05). Фарқиятҳои ҷинсӣ бо басомади баланди СН (стенокардияи ноустувор) дар занҳо (59,1%; p<0,001) ва ИМп ST дар мардҳо (30,2%; p<0,05) дида шуд.

Дар беморони дорои СШК басомади баланди фишорбаландии шарёнӣ (63,2%) ба мушоҳида расид ва басомаддар байни гурӯҳҳои ҷавон ва синни миёна аз нишондиҳандаи гурӯҳи назоратӣ баланд буд (42,5%; p<0,05). Басомади БИД дар анамнез 39,6% дар муқобили 20% дар гурӯҳи назоратиро ташкил дод; p<0,05ва дари синни миёна баланд буд (42,6%), назар ба ҷавонон (22,2%; p<0,05). Басомади фарбеҳӣ, диабети қанд ва инсултҳои гузаронидашуда

дар гурӯҳҳои синнусолӣ муқоисашаванда буд (p>0,05); сигоркашҳо дар байни ҷавонон зиёд буданд (37,0%; p<0,05). Аломатҳои энсефалопатияи диссиркуляторӣ дар беморони синни миёна зиёдтар дида шуданд (37,4%; p<0,05) ва бо СФ НМД ва ИШГМ (ихтилолҳои шадиди гардишихуни майна) –и вазнин гузаронидашуда иртиботи мутакобила доштанд (r=0,26; p<0,05).

Нишондиҳандаҳои лабораторӣ. Баланд шудани нишондиҳандаҳои махсуси дил некрози миокард дар 12,1% -и беморони гурӯҳи умумӣ, маркёрҳои илтиҳобӣ (СРБ>10 мг/л, лейкоситоз) дар 23,1%-и беморон ба мушоҳида расид.

Профили липидҳо (расми 1) дорои хусусиятҳои тағйироти атерогенӣ буд: баланд шудани сатҳи триглисеридҳо (ТГ), холестерини умумӣ (ХУ) ва коэффитсиенти атерогенният (КАГ) дар заминаи паст шудани сатҳи липопротеидҳои зичиашон баланд (ЛПЗБ). Коэффитсиенти атерогенният ≥4 дар нисфи беморон ба қайд гирифта шуд (50,5%).



Расми 1.- Таносуби нишондиҳандаҳои миёнаи профили липидҳо дар беморони дорои СШК, марҳалаи статсионарӣ (давраи 1, п=182).

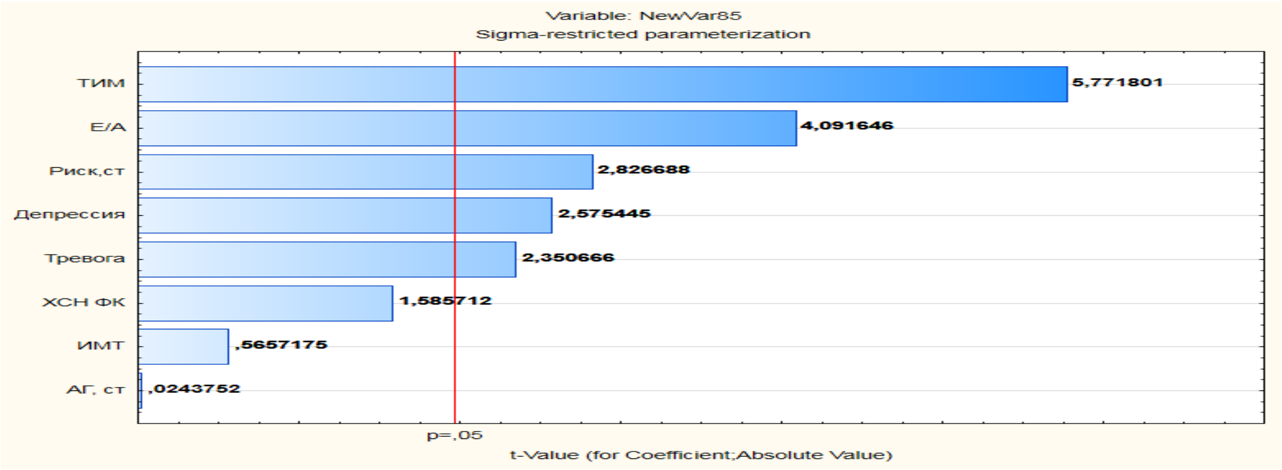
Дар таҳқиқоти инструменталӣ осебҳои зиёди субклиникии дилу рагҳо муайян карда шуд. Ҳангоми муқоиса кардан бо гурӯҳи назоратӣ дисфунксияи диастоликии меъдачаи чап (ДДМЧ) бештар дар беморони дорои СШК (74,2 %; p<0,0001) ба қайд гирифта шуд, ки асосан аз ҳисоби типҳои I ва II буданд. Паст шудани таносуби E/A дар баробари баланд шудани шохиси зарфияти пешдили

чап (38,66±5,96 мл/м2; p<0,0001), баландшавии музмини фишори пуршавӣ ва профили ногувори гемодинамикиро нишон медиҳанд. Хеле ғафс шудани ҒИМ ШБС (1,045±0,129 мм; p<0,01) дида шуд, ки онро зиёшавии аломатҳои ноустувории ЛА (22,5%; p<0,001) ҳамроҳӣ мекарданд, бо дараҷаҳои ФШ, СФ НМД ва дислипидемия иртиботи мутақобила доранд ва себҳои системавии субклиникии дилу рагҳоро инъикос мекунанд ва аз пешравии раванди атеросклерозӣ, ҳатто ҳангоми набудани аломатҳои клиникӣ низ дарак медиҳанд.

Ихтилолҳои таҳлукаву депрессӣ ва когнитивӣ. Ҳангоми таҳлил кардани статуси равониву эмотсионалӣ дар беморони СҶМ бо СШК басомади баланди синдроми таҳлука 87,4 % ва депрессия – дар 79,7% бо возеҳии гуногун муайян карда шуд. Депрессия бештар дар беморони дорои СШК бо баланд шудани ST (14,2±5,8 б) дида мешавад, назар ба СШК бе баланд шудани ST (12,6±5,1 балл; p<0,05). Ихтилолҳои когнитивӣ (ИК) дар 33,1% -и беморони СҶМ бо СШК, бештар дар марҳои синни миёна (p<0,05), асосан шаклҳои сабук ва миёна муайян карда шуд. Коҳиш ёфтани функсияи когнитивӣ бо синну сол, БИД, ФШ, ДДМЧ, ғафсшавии ҒИМ ва ноустувории ҲА вобастаанд. Ихтилолҳои асабиву равонӣ ҷузъи муҳимми профили клиникӣ- пешгӯйикунандаи СШК дар беморони СҶМ мебошад ва бо воеҳии осебҳои атеросклерозӣ ҳамбастагӣ дорад.

Азёбии хатари фавт, оризаҳо ва ҲНДР дур. Аҳамияти баланди хатари фавт ва инкишофи ИМ такрорӣ бо ҷинси мард ва массаи барзиёди бадан ҳамбастагӣ доранд. Хатари фавт дар шаклҳои гуногуни клиникии СШК муқоисашаванда буд. Ҷараёни оризаноки СШК дар шароити статсионар дар у 24,7% -и беморон мушоҳида шуд. Дар сохтори оризаҳо аритмияи ба ҳаёт таҳдидукунанда (8,8%), шоки кардиогенӣ (9,9%) ва фавт аз бемории дилу рагҳо (2,2%) бартарӣ доштанд.

Дар марҳалаи баъдибеморхонагӣ ҲНДР дар15,2 % -и беморон ва бештар дар шакли ИМ-и накушанда ва ҷарроҳиҳои таъҷилии коронарӣ ба қайд гирифта шуд (расми 2).



Расми 2. – Омилҳои новобаста аз алоқамандӣ бо дараҷабанди ҳолатҳои ногувори дилу рагҳо (ҲНДР) дар беморони дорои СШК, (давраи I; n=178), мувофиқи маълумотирегрессияи ростхата.

Дар таҳлили бисёромил бо усули регрессияи ростата ва истифодаи шкалаи дараҷабандишудаи ҲНДР (1-4) мувофиқи аҳаммияти клиникии ҷузъҳо омилҳои мустақили муайянкунандаи дараҷабандии ҲНДР муқаррар карда шуданд: зиёд шудани ҒИМ, коҳиш ёфтани Е/А, хатари баланди фавт ва ИМ такрорӣ, инчунин возеҳии таҳлука ва депрессия.

Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки ҲНДР бештар дар мардҳо, беморони сигоркаш, дорои ҒИМ≥25 кг/м², гиперлипидемия, ДДМЧ, ғафсии ҒИМ ва норасоии когнитивӣ инкишоф меёбад, Ҳамин тавр, дар беморони СҶМ бо СШК аллакай дар давраи I-и таҳқиқот маҷмуи тағйироти ногувори клиникӣ-гемодинамикӣ, рагҳову асабиву равонӣ муайян карда мешавад, ки хусусияти системавии раванди атеросклерозиро инъикос мекунад. Беморихҳои ҳамроҳшуда, осебҳои субклиникии дилу рагҳо, инчунин таҳлукву депрессия ва ИК дар хатари ҷараёни оризаноки СШК, инкишофи ҲНДР саҳми бузург доранд, ки ин ба зарурати таҳлили тағйироти муваққатии ҷараёни СШК дар давраи II-и таҳқиқот ишора мекунад.

Давраи дуюми таҳқиқот. Хусусиятҳои ҷараёни СШК тибқи маълумотҳои марҳалаҳои то пандемӣ ва пандемӣ. Давраи дуюми таҳқиқот баъд аз 10 соли давраи I бо мақсади арзёбӣ намудани тағйиротҳои замонии хусусиятҳои клиникӣ-эпидемиологии СШК дар беморони СҶМ гузаронида шуд. Пандемияи COVID-19-и пайдошуда хусусияти махсуси ин давра шуда

монд ва имконият дод, ки ба таври иловагӣ таъсири «омили пандемия» ба ҷараёни СШК омухта шавад.

Марҳалаи то пандемӣ. ***БТИ шуъбаи қабул.*** Аз 706 бемори СҶМ, ки ба БТИ бо шубҳа доштани ИМ, СШК дохил шуда буданд, дар 611 (86,5%) бемор тасдиқ карда шуд. Аз онҳо дар марҳалаи то пандемия (16 моҳ) 415 ҳолати СШК (25,9/ дар як моҳ), дар давраи пандемия (15 моҳ) - 196 ҳолат (13,1/дар як моҳ) ба қайд гирифта шуд, ки хеле коҳиш ёфтани муроҷиатро дар шароити пандемия нишон медиҳад. Дар байни 415 бемори дорои СШК, оризаҳои барвақт дар 41/9,9% ҳолат (аритмияи ба ҳаёт таҳдидкунанда, норасоии шадиди рагҳо ва дил), аз ҷумла - дар 5 (1,2%) ҳолат фавт аз ДР ба мушоҳида расид. Дар оянда 410 бемор ба таҳлил фарогирифта шуд.

Дар марҳалаи БТИ шуъбаи қабул сохтори СШК дорои хусусиятҳои хеле бартарӣ доштани СШК бе баландшавии ST (72,7%; p<0,0001) буд. Беморон асосан аз ҷинси мард (71,2%), синну соли миёна (48,1±8,4 сол) буднд, дар 70,2% массаи барзиёди бадан ё фарбеҳӣ ба қайд гирифта шуд.

Бештари беморон (72%) аз тарафи бригадаҳои кардиологии ёрии таъҷилӣ оварда шудаанд, 25,6% аз дигар муассисаҳои тиббӣ интиқол шудаанд, худмуроҷиаткунӣ танҳо 2,4% буд. СШК оғози БИД дар 23,7% -и беморон буд; 185 (45,1%) аз хусуси БИД дар қайди диспансерӣ буданд, ки ин афзоиши муоинаи диспансериро дар муқоиса бо давраи I инъикос менамояд.

Муроқибати беморони дорои СШК мувофиқи тавсияҳои муосир, бо бо табақабандии барвақти хатар мувофиқи шкалаҳои GRACE ва TIMI ва интихоби стратегияи реперфузионӣ анҷом дода шуд. Амалиётои ҷарроҳии инвазивӣ дар104 (25,4%) бемор иҷро кардашуданд, дар ин маврид дар беморон ИМғ хеле бештар 59 (59,0%) дида шуд, назар ба СН - 45 (14,5%; p<0,0001). Табобати тромболитикӣ дар 52 (12,7%) бемор иҷро кардашуд. Табобати дукаратаи зиддитромбоситариро 38 (23%) бемор гирифт, ки ин татбиқ ва тасеаи истифодаи онро дар муқоиса аз давраи I нишон медиҳад ва тибқи тавсияҳои муосир амалӣ карда шуд, бо табақабандии барвақти хатар тибқи шкалаҳои GRACE ва TIMI ва интихоби стратегияи реперфузионӣ стратегии.периодом.и

осуществлялось в соотвамалӣ карда шуд. Амалиётҳои ҷарроҳии инвазивӣ дар 104 (25,4%) бемор гузаронида шуданд, дар ин мавриддар беморони дорои ИМ – хеле зиёд буданд 59 (59,0%), назар ба СН - 45 (14Маралаи с***татсионарӣ (то пандемӣ).*** Дар байни беморони бистаришуда (п=161) мардҳо (54,7%) ва шахсони МББ ≥25 кг/м² бартарӣ доштанд (72%). СШК бе баландшудани ST 81,4% -и ҳамаи ҳолатҳоро ташкил дод ва новобаста аз синну сол ва ҷинс варианти зиёд дучоршаванда боқӣ монд. и всех случаев, оставаясь частым вариантом независимо от возраста и пола. СШКп ST значимо чаще диагностирован у мужчин. СШКп ST еле зиёд дар мардҳо ташхис карда шуд. ФШ дар 79,5%-и беморон муайян карда шуд, НМД - дар 72,1% (бештар СФ I–II), ИШГМ дар анамнез - дар 24,9%. Басомади НМД ва ИШГМ дар беморони синну соли миёна хеле зиёд буд. Нишондиҳандаҳои профили липидҳо (гипер-ХС, гипер-ТГ, паст шудани ЛПЗБ) аз дуршавиҳои атерогенӣ аз нишондиҳандаҳои референсӣ дарак медиҳанд; коэффитсиенти атерогенияти ≥4 дар 64% -и беморон муайян карда шуд. Баланд шудани маркёрҳои илтиҳоби системавӣ дар 21,7%-и беморон ба назар расид Ҳангоми омухтани *осебҳои субклиникии дил ва* рагҳоДДМЧ 86,3% -и беморони дорои СШК, асосан дар типи I муайян карда шуд. Хеле баландшудани (p<0,0001) шохиси ҳаҷми меъдачаи чап (МҲМЧ) ва замони сустшудани пуршавии барвақт (ЗСПБ) (DT) мушоҳида шуд; ТИМ ШБХ дар беморони дорои СШК баланд буд (p<0,05), ноустувории ҲА АБ 32,9% (p<0,01) и беморон ташхис карда шуд (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. - ДДМЧ ва ҳолати ШБС дар беморони дорои СШК (то пандемия, статсионарӣ давраи дуюми тақиқот).

Нишондиҳанда	Гурӯҳи назоратӣ (п=30)	Беморони бо СШК (п=161)	P
Функсияи диастоликии меъдачаи чап			
ЗСПБ **(DT), мсек**	185,0±17,8	212,2±19,2	<0,0001
МҲМЧ **, мл/м2**	34,8±6,68	40,6±4,74	<0,0001
E/A, воҳ.ш.	1,117±0,134	1,007±0,240	<0,05
ДДМЧ (ҳамаи типҳо), мутл. (%)	8 (26,7)	139 (86,3)	<0,01*
1 тип	7 (23,3)	114 (70,8)	<0,0001*
2 тип	1 (3,3)	23 (14,3)	<0,01*
3 тип	-	2 (1,24)	>0,05*

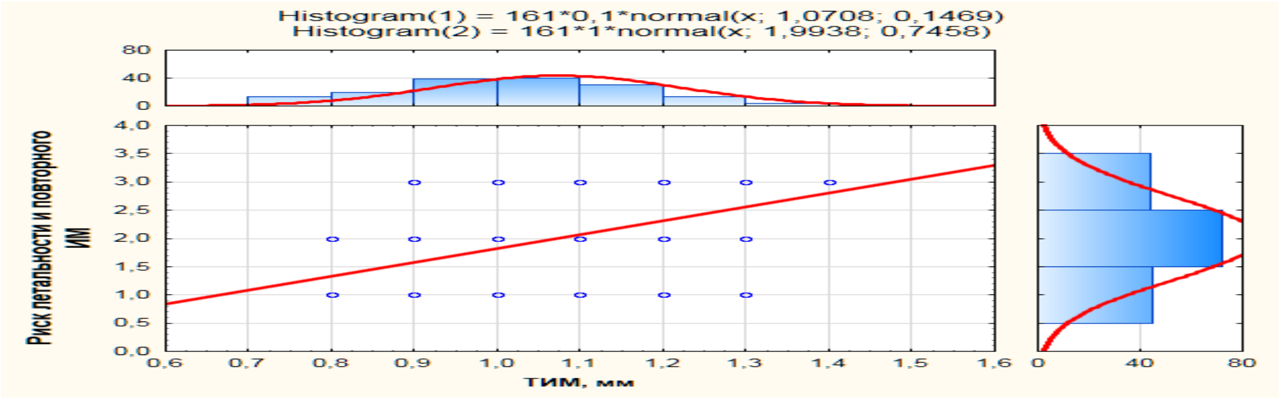
Ҳолати шарёни брахиосефаӣ (ШБС)			
ҒИМ ШБС, мм	0,977±0,138	1,071±0,147	<0,05
Ноустувории ҲШ	2 (6,7)	53 (32,9)	<0,01*

Эзоҳ: ДДМЧ- дисфунксияи диастоликии меъдачаи чап; ШБС –шарёни брахиосефалӣ; ЗСПБД (DT) – замони сустшавии пуршавии барвақти диастоликӣ; ШҲМЧ – шохиси ҳаҷми пешдили чап; E/A – таносуби суръати ҷараёни барвақти диастоликии трансмитралӣ бо дер ; ҒИМ – ғафсии комплекси интима-медиа ШБС; ҲА – ҳалқаҳои атеросклерозӣ; р –аҳамияти омории нишондтҳандаҳои гуногуни байни гурӯҳҳо (тибки Манна Уитни) қайд карда шудааст; *- фарқиятҳо аз рӯйи критерияи $\chi 2$ қайд шудааст.

Муқаррар карда шудааст, ки ДДМЧ ва осеб дидани рагҳо ҳам ба синну сол ба МББ, баланд шудани ФШ, тағйиротҳои атерогении липидҳо ва ҳам ба ҳолатҳои кардиалӣ ва серебралии дар анамнез буда иртиботи мутақобила доранд.

Ихтилолҳои таҳлукаву депрессӣ ва норасоии когнитивӣ (НК). Набудани синдроми таҳлука дар 36 (22,4 %), депрессия дар 31 (19,3%) ва набудани аломатҳои норасоии когнитивӣ - дар 107 (66,5%) нафари онҳо ба мушоҳида расид. Нишондиҳандаи миёнаи синдромоҳи таҳлука ва депрессия аз нишондиҳандаҳои меъёрӣ тақрибан 2 маротиба баланд буданд, балли миёна мувофиқи шкалаи MoCA 25,96±2,41-ро ташкил дод, ки аз тамоили пастшавии когнитвӣ дарак медиҳад. Баланд удани сатҳи таҳлука ва депрессия ва камбуди когнитивӣ дар беморони синну соли миёна возеҳтар ба назар расиданд: фарқият аз ҷиҳати ҷинс ($p>0,05$) ва МББ (тамоил) дар байни беморон чандон муҳим набуд.

Хатари фавт ва ИМ такрорӣ; ҷараёни орианоки СШК. Хатари миёна мувофиқи шкалаҳои GRACE/TIMI дар статсионар 99±0,75 буд, дар беморони синну соли миёна бештар ба мушоҳида мерасад ($p<0,002$) ва ҳангоми МББ ≥25 кг/м² ($p<0,05$). Хатари фавт ва ИМ ҳам бо ФШ, БИД, ДДМЧ, возеҳии НМД, ИШГМ ($p<0,05$), ҳам бо ҒИМ ТИМ иртиботи иутақобила доштанд ($r=0,472$; $p<0,05$; расми 3).



Расми 3. – Иртиботи мутақобилаи хатари фавт бо ҒИМ ШБС дар беморони дорои СШК дар марҳалаи статсионарӣ давраи II (п=161; r=0,472; p<0,05, тибқи Spearmen).

Ҷараёни оризаноки СШК дар статсионар дар 46 (28,6%) бемор дида шуд, аз ҷумла - 3 (1,9%) ҳолати фавт аз ДР, аз онҳо 2 (1,24%) – дар заминаи инсулти ишемикӣ.

Марҳалаи баъдибеморхонагии давраи дуюм. ҲНДР дур. Ин давра ба давраи авҷи пандемияи COVID-19 рост омад. Дар давоми 12 моҳи муоина ҳолатҳои ногувори дилу рагҳо дар 28,5% бемор ба қайд гирифта шуд ва ИМ накушанда, реваскуляризатсияи фаврӣ ва фавт аз дилу рагҳо (1,9%). ҲНДР дур ба таври эътимоднок (p<0,05) бо ҒИМ (r=0,693),ноусувории ҳалқаҳои атеросклерозӣ (r=0,664), ДДМЧ (r=-0,26), САД (r=-0,46), бо возеҳии на танҳо таҳдука (r=0,40) ва депрессия (r=0,41), балки бо норасоии когнитивӣ низ (r=-0,28) ҳамбастагӣ дошт.

COVID-19-и гузаронидашуда иртиботи муътадилдошт, вале иртиботи муҳМББар бо инкишофи ҲНДР низ мавҷуд буд (r=0,35;p<0,05). Тибқи маълумоти регрессивии логистикӣ ҳамчун предиктори мустақили ҲНДР зиёдшудани ҒИМ, ноустуворӣи АБ ва вазнинии COVID-19-и гузаронидашуда ҷудо карда шуданд (p<0,001).

Ҳамин тавр, дар давраи дуюми таҳқиқот дар беморони СҶМ трансформатсияи ҷараёни СШК ба қайд гирифта шуд: бартарӣ доштани шакли бидуни баландшавии ST, басомади баланди осебҳои субклиникии СШК, инчунин нақши муҳимми омилҳои асабиву равонӣ ва COVID-19 дар инкишофи

ҲНДР. Сарфи назар аз зиёд шудани фарогирии муоинаи диспансерӣ, ин омлҳо муайян кардани пешгӯйии манфиро идома медиҳанд.

Марҳилаи пандемии давраи дуюми тақиқот. Хусусиятҳои ҷараёни СШК. Марҳилаи пандемии давраи дуюми тақиқот (майи соли 2020 – июли соли 2021; 15 моҳ) дорои хусусиятҳои кам шудани муроҷиати бемморони шубҳанок аз СШК ва ҳамзамон вазнин шудани ҷараёни клиникии беморӣ мебошад. Дар БТИ шуъбаи қабул 196 нафар бемори СҶМ ворид шуд, ки дар онҳо ташхиси COVID-19 бо усули клиникӣ-лабораторӣ мувофиқи тавсияҳои замонии амалкунанда истисно карда шуд.

Оризаҳои барвақти СШК дар 18,9% инкишоф ёфтанд ва фавти клиникӣ дар 8 (4,1%) бемор ба қайд гирифта шуд, асосан дар дар шахсони синни миёна, дар мардҳо дар заминаи ФШ, НМД ва БИД дар анамнез. Сабабҳои асосии пайомадҳои фавтовар норасоии шадиди ддил, варами шушҳо ва шоки кардиогенӣ буданд.

БТИ шуъбаи қабул. Барои таҳлили минбаъдаи маълумотҳо 188 беморро дохил карданд. Бештари беморон (68,6%) аз тарафи бригадаҳо бо мошини ёрии таъҷилӣ оварда шудаанд, 28,2% - емор аз дигар муассисаҳои табобатӣ интиқол шудаанд. Зиёд шудани ҳиссаи муроҷиатҳои дери (≥12 соати баъди дардҳо) беморон барои ёрии тиббӣ (7,4%) дида мешавад. СШК оғози бемори дар 36,2% буд, тақрибаннисфи беморон (48,4%) азхусуси БИД дар қайди диспансерӣ буданд. СШК дар мардҳо (64,9%) ва беморони синну соли миёна (87,8%) бартарӣ дошт. ҒИМ ≥25 кг/м2 дар 65,4% муайян карда шуд. СШК бе баландшавии сегменти ST варианти бартаридошта боқӣ мондааст (74,5%). ИМ дар 62,8% бемор дар марҳалаи БТИ, СН - дар 37,2% бемор ба назар расид.

Амалиётҳои ҷарроҳии инвазивӣ дар 16%-и беморон иҷро кардашуданд ва хеле зиёд ҳангоми ИМ. Табобати тромболитикӣ бештар ҳангоми ИМ (23,7%), назар ба СН (4,3%) истифода шуд. Табобати антитромбоситарӣ дар бештари беморон (66,5%) гузаронида шуд, аммо ҳиссаи ТДАТ баланд набуд (18,6%), ки онро метавон ба маҳдудиятҳои ташкилӣ аснои пандемия рабт дод (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4.- Хусусиятҳои муроқибати беморони дорои

стенокардияи ноустувор (СН) ва инфаркти миокард (ИМ) дар БТИ шуъбаи қабул дар марҳалаи пандемии таҳқиқот (п=188); абс (%).

Нишондиҳанда	Ҳамагӣ	1. СН(п=70)	2. ИМ (п=118)	Р
Ташхиси клиникӣ дар БТИ гузошта шуд	133 (70,0)	43 (61,4)	90 (76,3)	<0,05
Амалиётҳои нвазивӣ, ҳамагӣ:	30 (16,0)	4 (5,7)	26 (22,0)	<0,01
- Коронароангиография	25 (13,3)	4 (5,7)	21 (17,8)	<0,05
- АЗПК (стентгузорӣ, балл. ангиоп.)	4 (2,1)	0	4 (3,4)	>0,05
- Шунтгузаронии коронарӣ (анамнез)	1 (0,5)	0	1 (0,85)	>0,05
Табобати консервативӣ, аз ҷумла: **- Қатъ кардани хуруҷи дард**	176 (93,6)	64 (91,4)	112 (94,9)	>0,05
- Табобати антикоагулянтӣ	160 (85,1)	52 (74,3)	108 (91,5)	<0,01
- Табобати антитромбоситарӣ	125 (66,5)	35 (50,0)	90 (76,3)	<0,001
• Аз ҷумла ДАТТ	35 (18,6)	4 (5,7)	31 (26,3)	<0,001
- Табобати тромболитикӣ	31 (16,5)	3 (4,3)	28 (23,7)	<0,001

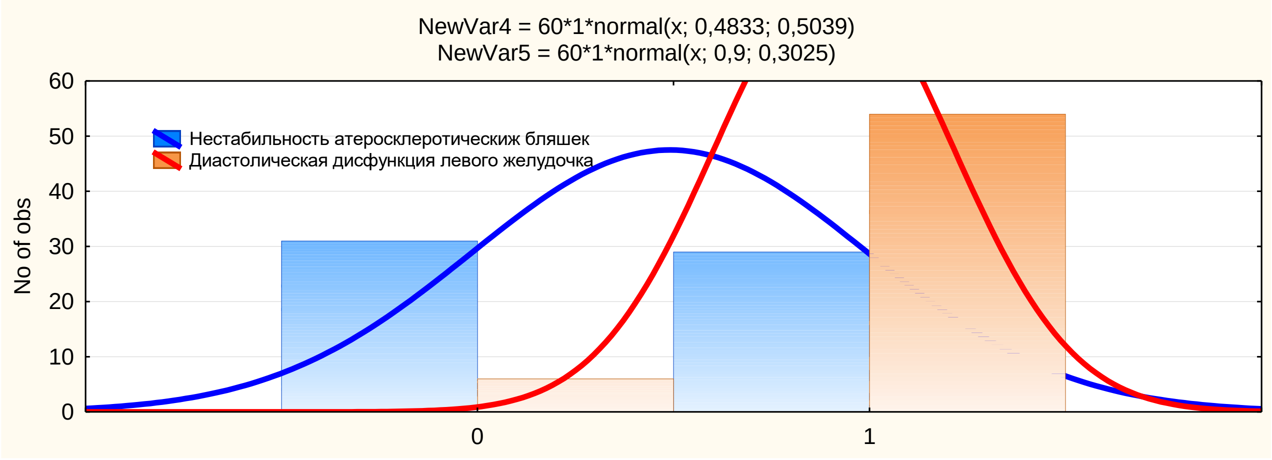
Эзоҳ: р – аҳамияти омории фарқиятҳоинишондиҳандаҳо (тибқи критерияи $\chi 2$).

Марҳалаи стасионарӣ. Дар шуъбаи кардиология 60 бемори дорои СШК бистарӣ буд. Синну соли миёна назар ба беморонии БТИ хеле паст буд, ки ин метавонад дер муроҷиат кардани беморони ҷавон ва афзудани нақши шаклҳои манифестатсияи клиникии СШК-ро дар ин гурӯҳи синнусолӣ инъикос кунад.

Дар байни беморони бистаришуда мардҳо ва беморони дорои МББ ≥25 кг/м² (85%) бартарӣ доштанд. СШК бе баландшавии ST (73,3%) ҳам дар байни ҷавонон ва ҳам синну соли миёна варианти пешсаф боқӣ монд. ФШ ва НМД дар бештари беморон муайян карда шуданд ва дар зиёда аз 80% мавҷуд буд. ИШГМ-и гузаронидашууда аз ҳама бештар дар беморони синну соли миёна ба мушоҳида расид.

Нишондиҳандаҳои лабораторӣ аксуламали системавии илтиҳобӣ ва тағйироти атерогениро инъикос карданд: баланд шудани СРБ ва лейкоситоз дар нисфи беморон, гиперхолестеринемия - дар 76,7%, гипертриглисеридемия - дар 51,7% ва баланд шудани коэффитсиенти атерогенният дар 52 (86,7%) бемор дида шуд.

Маркёрҳои осебҳои субклиникии дилу рагҳо. Дар марҳалаи пандемия дар беморони дорои СШКбасомади ниҳоят баланди маркерҳои токлиникии хатари кардиоваскулярӣ муайян карда шуд. ДДМЧ дар 90% -и беморон аз ҳисоби ихтилоли релаксатсия ташхис карда шуд, (типи 1; 68,3%), ки назар ба гурӯҳи назоратӣ 2,6 маротиба бештар аст (35%, p<0,0001).



Расми 4. – Таносуби басомади БА-и ноустувор ва ДДМЧ дар беморони дорои СШК дар давраи пандемӣ (п=60; r = -0,363; p<0.05).

Дар расми 4таносуби басомади ҳалқаҳои атеросклерозии ноустувор ва ДДМЧ пешниҳод шудаанд, ки дар байни онҳо иртиботи миёнаи манфии коррелятсионӣ муайян карда шуд (r = -0,363; p<0.05). ҒИМ –и шарёнҳои хоб ба тавриэътимоднок баландтар буд, назар ба гурӯҳи назоратӣ (1,118±0,138 мм ва 0,973±0,138 мм, p<0,01). Он далел махсусан диққатро ҷалб мекунад, ки дар 48,3%-и беморони дорои СШК аломатҳои эхографии ноустувории БА муайян карда шуд, ки дар гурӯҳи назоратӣ онҳо вуҷуд надоштанд. Ин маркер аҳамити калидии патогенетикӣ дорад, мустақиман ба хатари баланди ҳолатҳои дилу рагҳо далолат мекунад. Ҳамин тавр, дар аксари бештари беморони СҶМ бо СШК дар давраи пандемия аломатҳои возеҳи субклиникии сохторӣ-функсионалии ремоделсозии дил ва атеросклерози фаъолу ноустувор муайян карда шуд.

Статуси равониву асабӣ. Статуси равониву асабӣ дар ин давра дорои хусусиятҳои нороҳатии назарраси беморони дорои СШК мебошад. Нишондиҳандаи миёна тибқи шкалаҳои таҳлука (16,5±5,7 балл) ва депрессия (19,97±7,56 балл) зиёда аз ду маротиба аз нишондиҳандаҳои меъёрӣ баланд буд. Дар мардҳо синдроми депрессия бештар возеҳ буд назар базанҳо (p<0,05), дар ҳоле ки сатҳи таҳлука аз ҷиҳати оморӣ фарқ намекард (ҷадваи 5).

Ҷадвали 5.– Нишондиҳандаҳои таҳлука, депрессия ва функсияҳои когнитивӣ дар беморонидорои СШК бо назардошти ҷинс, синну сол ва

МББ (пандемия, n=60).

Нишондиҳанда	Зергурӯҳи беморон		p
Зергурӯҳ мувофиқи ҷинс	**Мард (n=36)**	**Зан (n=24)**	
Таҳлука, (балл)	7,4±4,4	15,2±7,2	>0,05
Депрессия, M±SD (балл)	21,8±5,8	17,2±9,0	<0,05
Возеҳии НК (балл)	22,5±3,6	23,4±3,5	>0,05
Зергурӯҳ мувофиқи синну сол	**Ҷавон (n=26)**	**Миёна (n=34)**	
Таҳлука, M±SD (балл)	15,2±6,1	17,5±5,3	>0,05
Депрессия, M±SD (балл)	18,2±7,8	21,3±7,2	>0,05
Возеҳии НК (балл)	23,1±3,4	22,6±3,7	>0,05
Зергурӯҳ мувофиқи МББ	**≤ 24,9 кг/м2 (n=9)**	**≥25 кг/м2 (n=51)**	
Таҳлука, M±SD (балл)	8,7±5,8	17,9±4,5	<0,0001
Депрессия, M±SD (балл)	8,7±7,7	22,0±5,6	<0,0001
Возеҳии НК (балл))	24,7±4,2	22,5±3,4	>0,05

Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо мувофиқи U-критерияи Манн-Уитни.

Профили нисбатан ногувортар дар беморони дорои массаи барзиёди бадан ва фарбеҳӣ (МББ ≥25 кг/м²) дида шуд, ки сатҳи хеле баланди ҳам таҳлука ва ҳам депрессиияро дар муқоиса аз беморони дорои МББ муътадил намоиш доданд (p<0,0001). Нишондиҳандаи миёнаи функсияҳои когнитивӣ дар гурӯҳи умумӣ паст буд, гарчанде вобаста аз ҷинс ва гурӯҳи синнусолӣ (ҷавон ва синну соли миёна) ва МББ фарқнамекарданд. Ҳамин тавр, дар давраи пандемия дар беморони дорои СШК дистресси возеҳи равониву асабӣ ба мушоҳида расид, ки бо ихтилолҳои метаболикӣ дар заминаи ба таври муътадил паст шудани сатҳи функсияҳои когнитивӣ ҳамбастагии зич доранд.

Хатари фавт ва басомади ҷараёни оризаноки СШК дар давраи пандемия дар беморони бистришуда хеле баланд буданд. Категорияи миёнаи хатари фавт ва ИМ такрорӣ 2,45±0,723-ро ташкил дод; дар ин маврид хатари дар зиёда аз нисфи беморон мушоҳида шуд. Фарқиятҳои ҷинсӣ ва синнусолӣ диданашуданд,дар ҳоле ки массаи барзиёди бадан ва фарбеҳиро баландшавии муҳимми он ҳамроҳӣ мекарданд.

Ҷараёни оризаноки СШК дар марҳалаи статсионарии давраи пандемӣ дар 48,3%-и беморон ба қайд гирифта шуд, ки нисбат ба марҳалаи то пандемия

тақрибан 1,7 маротиба баланд аст. Оризаҳои нисбатан зиёд дучоршаванда шоки кардиогенӣ, норасоии шадиди дил ва аритмияи ба ҳаёт таҳдидкунанда буданд. Фавт аз дилу рагҳо дар 8,3% -и беморон дида шуд.

Марҳалаи баъди беморхонагии муоинаи марҳалаи пандемия давраи II. Басомади ҲНДР дур 54,6%-ро ташкил дод. Инкишофи ≥1 ҲНДР хеле бештар дар беморони дорои ИМ ба мушоҳида расид нисбат ба беморони дорои СН: мутаносибан 73,7% ва 44,4% ($p<0,05$). Дар беморони дорои ИМ марҳалаи пандемия давраи II –и таҳқиқот имконияти инкишофи ≥1 ҲНДР дур дар давоми 12 моҳи пас аз рухсат шудан 3,51 маротиба балнд буд, нисбат ба беморони дорои СН: OR=3,51; 95% ДИ 1,07–11,53; $p<0,05$. Ҳамин тавр, дар марҳалаи пандемия, дар беморони дорои ИМ пешгӯйии дур бад буд, назар ба СН, ки бо хеле зиёд шудани басомад умумии ҲНДР зоҳир мешавад, дар ҳоле ки фарқият аз рӯйи пайомадҳои ҷудогона ночиз буд.

Бо мақсади баҳо додан ба ҳамбастагии омилҳои ҷудогона бо инкишофи ҲНДР таҳлили унивариантӣ бо назардошти таносуби шансҳо (ТШ) ва 95% фосилаи эътимоднок гузаронида шуд. Барои нишондиҳандаҳои мийдорӣ ва шкалаҳо пешакӣ ROC-таҳлил бо муайян кардани нишондиҳандаҳои оптималии ибтидоӣ мувофиқи шохиси Юден гузаронида ва дар шакли бинарӣ пешниҳод карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳлили унивариантии омилҳои бо ҲНДР алоқаманд нақши калидии ҳифзшудаи ҒИМ ва ноустувории ҲА, анамнези цереброваскулярӣ ва ихтилолҳои асабиву равониро дар ташаккул ёфтани хатари ҲНДР дар беморони СҶМ бо СШК ва дар марҳалаи пандемии давраи II-и таҳқиқот-ро тасдиқ карданд. Дар ин марҳала барои сирояти COVID-19-и гузаронидашуда тамоили баланд шудани хатари ҲНДР дур ба мушоҳида расид, аммо ин алоқамандӣ то дараҷаи аҳаммияти оморӣ нарасидааст ($p=0,111$; ҷадвали 6).

Ҷадвали 6. – Таҳлили нивариантии ба омилҳои бо нкишофи ҲНДР дар марҳалаи пандемии давраи II –и таҳқиқот (n=55).

Нишондиҳанда (0/1)	ТШ (95% ФЭ)	P
ҒИМ ≥ ибтидоӣ	297,67 (15,23–5816,03)	<0,001
Ноустувории БА	16,10 (4,27–60,64)	<0,001
КА≥4	8,67 (0,99–76,12)	0,051
НМД	2,67 (0,61–11,64)	0,295
ДДМЧ	1,50 (0,23–9,76)	1,000
ИШГМ дар анамнез	9,20 (2,62–32,28)	<0,001
MoCA ≤ ибтиодоӣ	46,80 (5,50–398,46)	<0,001
Таҳлука ≥ ибтиодоӣ	11,00 (3,09–39,21)	<0,001
Депрессия ≥ ибтиодоӣ	5,41 (1,66–17,65)	0,009
COVID-19 (0/1)	10,10 (0,52–197,32)	0,111

Эзоҳ: ТШ - таносуби шансҳо; ФЭ – фосилаи эътимоднок; ҲА – ҳалқаи атеросклерозӣ; КА - коэффитсиени атерогения; ДДМЧ - дисфунксияи диастоликии меъдачаи чап; ИШГМ – ихтилоли шадиди гардиши хуни майна. Аҳамияти ибтидоии нишондиҳандаҳои миқдорӣ ва шкалаҳоро тибқи ROC-таҳлил бо истифода аз шохиси анализу Юден муайян карданд.

Ҳамин тавр, натиҷаҳои ба даст овардашуда хусусияти серомилии инкишофи ҲНДР –ро (MACE) тасдиқмекунанд ва зарурати арзёбии комплексии хатарро дар беморони дорои СШК,бо назардошти ҷузъҳои кардиалӣ, сереброваскулярӣ ва асабиву равонӣ асоснок мекунанд.

Муқоиса кардани натиҷаҳои ду давраи таҳқиқот: таъсири омилҳои замонӣ ва пандемияи COVID-19 ба хусусиятҳои ҷараёни СШК. Муқоиса дар ду самт иҷро карда шуд: 1) муқоиса кардани маълумотҳои давраи I ва марҳалаи то пандемия давраи II, ки таъсири «тозаи» замонро (фосилаи 10 сол) инъикос мекунанд; 2) муқоиса кардани марҳалаҳои то пандемия ва марҳалаи пандемиия давраи II, ки таъсири пандемияро ҳангоми истисно кардани омили замонӣ (бе фосила) баҳогузорӣ мекунанд.

Таъсири омили замонӣ (баъди10 сол). Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки бо тағйирёбии замонӣ манзараи тағйирёфтаи *клиник-эпидемиологии СШК* дар беморони СҶМ ташаккул меёбад. Басомади умумии оризаҳои барвақт дар давраи II назар ба давраи аввал хеле баланд буд (9,9% ва 6,1%, р<0,05). Афзоиши назарраси басомади аритмияи ба ҳаёт таҳдидкунанда (аз 1,2% то

3,6%, р<0,01) ва фавт аз бемориҳои дилу рагҳо (аз 0,23% то 1,21%, р<0,05; ҷадвали 7) ба мушоҳида расид.

Ҷадвали 7.- Тағйиротҳои замонии оризаҳои барвақти СШК ва пайомадҳои фавтовар дар бемороне, ки ба шуъбаи қабул дар давраи I овардаанд ва марҳалаи топандемии давраи II –и таҳқиқот, n (%).

Нишондиҳандаҳо	Давраи I, n=857	Давраи II, ДПЭ, n=415	р
Оризаҳои барвақт ва пайомадҳои фавтовар, ҳамагӣ	52 (6,1)	41 (9,9)	<0,05
Аритмияҳои ба ҳаёт таҳдидкунанда	10 (1,2)	15 (3,6)	<0,01
Шоки кардиогенӣ	30 (3,5)	14 (3,4)	>0,05
Норасоии шадиди дил бо варами шушҳо	10 (1,2)	7 (1,7)	>0,05
Фавти дилу рагҳо	2 (0,23)	5 (1,21)	<0,05

Эзоҳ: р - аҳаммияти омории фарқиятҳои байни давраҳо; МТЭ – марҳалаи то пандемия давраи II; СҶМ – синну соли ҷавон ва миёна. .

Хеле афзудани оризаҳои барвақти СШК мумкин аст, ки тағйироти ҷараёни клиникии беморӣ, омили хатар ё ташкили ёрии тиббиро дар фосилаи вақти зикршуда инъикос намояд.

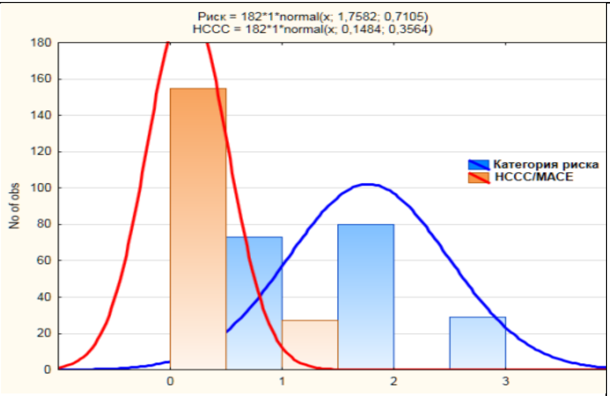
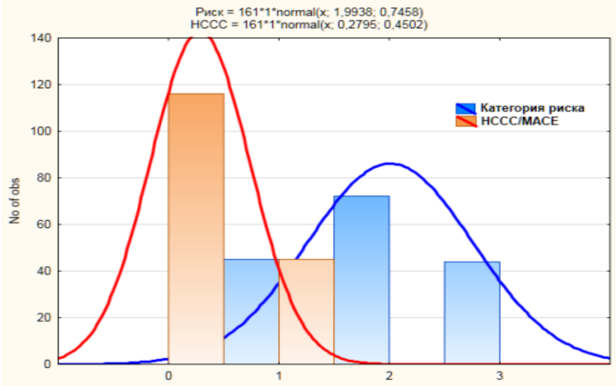
Ҳангоми арзёбӣ намудани ин омилҳо дар давраи II таҳқиқот ба таври эътимоднок паст шудани синну соли миёнаи беморон ва зиёд шудани ҳиссаи шахсони ҷавон ба мушоҳида расид, ки аз тамоили "ҷавоншавӣ"-и шаклҳои манифестии (ошкори) СШК ва афзоиши басомади СШК дарак медиҳанд, ба ҳайси оғози БИД баромад мекунанд (23,7%; р<0,05). Ҳиссаи бемороне, ки аз хусуси БИД дар қайди диспансерӣ буданд (36,5% ва 39,5%; р<0,05), инчунин беморонеро, ки бригадаи ёрии таъҷилии тиббӣ оварда буданд, дар заминаи паст шудани сатҳи худмуроҷиаткунӣ зиёд шуданд, ки ин тағйир ёфтани хатсайр ва эҳтиёткорӣ нисбат ба СШК-ро нишон медиҳад. Давраи II –и таҳқиқот дорои хусусиятҳо ба табобати консервативӣ боз ҳам пурратар фаро гирифтани беморони дорои СШК мебошад, дар динамикаи замонӣ афзоиши боэътимоди басомади СШК ST (72,7%; р<0,0001) ва коҳиш ёфтани ҳиссаи СШКп ST ба мушоҳида расид, ки онро зиёд шудани омилҳои хатари бемориҳои

кардиоваскулярӣ (БКВ) ҳамроҳӣ мекунанд: ФШ, барзиёдии массаи бадан ва фарбеҳӣ, басомади ҳолатҳои муттаҳидшуда – НМД, ИШГМ-и гузаронидашуда.

Дар марҳалаи беморхонагӣ давраи II –и таҳқиқот афоиши омебҳои субклиникии дил ва рагҳо ба назар расид: ДДМЧ, зиёд шудани ҒИМ ШБС ва ноустувории ҲА. Ин тағйирот бо самти атерогении профили липидҳо якҷоя шуданд ва аз пурқувват шудани раванди ниҳонии атеросклерозӣ хабар доданд. Синдромҳои нисбатан возеҳтари таҳлука ва депрессия ва ба таври муътадил паст шудани функсияҳои когнитивӣ, бештар дар беморони синну соли миёна, мардҳо ва шахсони дорои МББ ≥25 кг/м². муайян карда шуд.

Ҳамин тавр, фосилаи замонии 10-соларотағйиротҳои назарраси клиникии СШК ва хусусиятҳои беморон ҳамроҳӣ мекунанд. Сарфи назар аз пешравиҳо дар ташхис ва табобати СШК, бештар бемориҳои муттаҳидшуда, синдромҳои субклиникии кардиометаболикӣ ва асабиву равонӣ ошкор карда шуданд, ки онҳоро хатари баланди фавт, зиёд шудани ҲНДР-и дур ва наздик ҳамроҳӣ мекунанд (расми5).

Маълумотҳои ба даст овардашуда трансформатсияи профили СШК-ро

	
Первый период (п=182)	**Второй период (до пандемии; п=161)**

Расми 5. – Тағйиротҳои замонии каатегорияҳои хатари фавт ва басомади ҳолатҳои дури ногувори дилу рагҳо (ҲНДР) дар бемороии дорои СШК дар марҳалаи баъдибеморхонагӣ давраҳои якум ва дуюми (топандемия) таҳқиқот.

дар популятсия нишон медиҳанд; фенотипи беморӣ бо дараҷаи баландтар хосиятҳои раванди музмину ноустувори системавиро касб мекунад. Ин зарурати такмил додани системаи ёрӣ расониданро таъкид мекунад, ки бояд пз инҳо иборат бошад: 1) оптимизатсияи муроқибати беморон дар фазаи шаид бо мақсади фавран пешгирӣ намудани оризаҳои баданҷом; 2) таваҷҷуҳи стратегӣ ба муоинаҳои дарозмуддат ва якумрии беморон, бо мақсади устувор кардани атеротромбоз ва назорати омилҳои сеошумори хатар. Чунин равиш нишон медиҳад, ки парадигмаи муроқибати беморони СҶМ дорои СШК аз амалиёти ҷарроҳии яккаратаи маҳдуд (стентгузорӣ) ба стратегияи бефосилаи комплексӣ меравад ва табобати оптималии ҳолатҳои шадидро бо барномаи системавии идоракунии дарозмуддати хатарҳо муттаҳид месозад.

Таъсири омилҳои пандемияи COVID-19. *БТИ шуъбаи қабул.* Дар шароити пандемия якбора то 2 маротиба кам шудани миқдори бистаришавии беморони дорои СШК, зиёд гаштани синну соли миёнаи беморони дохилшуда ва афзудани ҳиссаи беморони дорои профилҳои вазнини клиникии СШК ба мушоҳида расид; дар марҳалаи БТИ зиёдшавии назарраси басомади оризаҳои барвақт, аз ҷумла фавт аз бемориҳои дилу рагҳо ба қайд гирифта шуд (ҷадвали 8).

Ҷадвали 8. – Басомади муқоисавии оризаҳои барвақти СШК дар бемороне, ки ба БТИ шуъбаи қабул дар давраҳои топандемия ва (п=415) пандемия (п=196) дохил шудаанд..

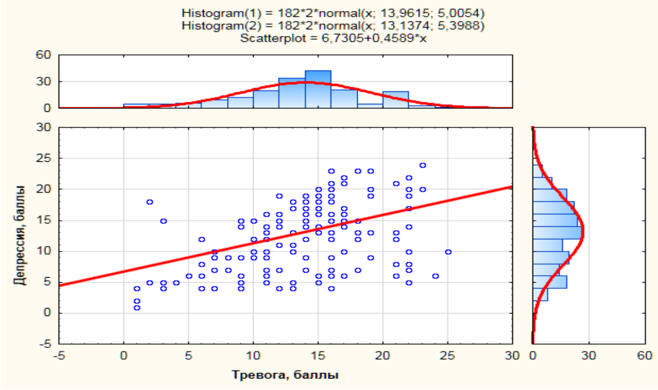
нишондиҳандаҳо	Дарваи дуюми таҳқиқот		
	То пандемия	Пандемия	P
Ба БТИ бо эҳтимоли СШК дохилшуда	498 (70,5)	208 (29,5)	<0,0001
СШК истисно шуд (ҳамагӣ)	83 (16,5)	12 (6,8)	<0,0001
СШК тасдиқ шуд (ҳамагӣ)	415 (83,3)	196 (94,2)	<0,0001
Хамагӣ оризаҳои барвақти СШК, аз ҷумла:	41 (9,9)	37 (18,9)	<0,05
5. Аритмияи ба ҳаёт таҳдидкунанда	15 (3,6)	9 (4,6)	>0,05
6. Шоки кардиогенӣ	14 (3,4)	15 (7,7)	>0,05
7. Норасоии музмини дил бо ВШ	7 (1,7)	5 (2,6)	>0,05
8. Фавти дилу рагҳо, мутлақ (%)	5 (1,21)	8 (4,1)	<0,05

Эзоҳ: ВШ – варами шушҳо; p – аҳаммияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо (тибқи критерияи $\chi 2$).

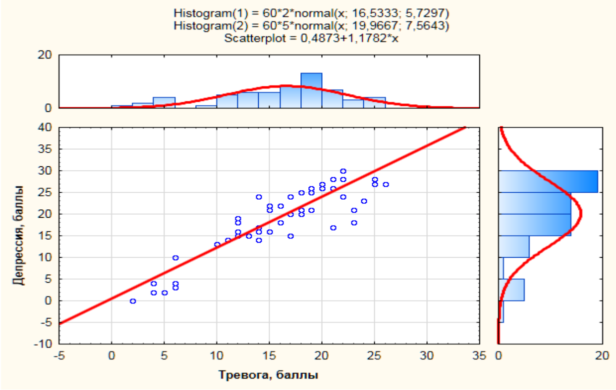
Дар БТИ шуъбаи қабул когорти нисбатан интихоб кардашуда, вале нисбатан вазнинтари беморон бо ташхиси СШК дохил шудаанд, ки инро афзоиши миқдори умумии оризаҳои барвақт (18,9%; p<0,05) ва махсусан фавти барвақти дилу рагҳо (4,1%; p<0,05) ҳамроҳӣ мекарданд. Ҳамзамон кам шудани басомади амалиётҳои инвазивӣ (16%; p<0,05), пеш аз ҳама, амалиёти аз тариқи пусти коронарӣ (АПК), ки эҳтимол дорадбо маҳдуд шудани хатсайр ва тағйироти авлавияти расонидани ёрии тахассусӣ дар шароити пандемия алоқаманд бошад.

Марҳалаи статсионарӣ. Таъсири пандемия ба ҷараёни СШК ба бартарӣ пайдо кардани хатари баланди фавт ва ИМ такрорӣ дар марҳалаи статсионарӣ ҳам дар мардҳо ва ҳам дар занзо оварда расонид. Баланд шудани хатарро иёдшудани шаклҳои оризаноки СШК ва пайомадҳои фавтовар аз 28,6% то 43,3% (p<0,0001) ҳамроҳӣ карданд, аз чумла дар заминаи инсулти ишемикӣ (5%; p>0,05). 43,3% (p<0,0001), в том числе на фоне ишемического инсульта (5%; p>0,05).

Ҷараёни СШК дар марҳалаи пандемӣ дорои хусусиятҳои ихтилолҳои нисбатан возеҳтари мубодилаи липидҳои самти атерогенӣ, хеле зиёд шудани ҒИМ (p<0,05), паст шудани Е/А ва афзоиши ноустувории ҲА мебошад, ки бо синну сол, ҷинси мард ва барзиёдии массаи бадан иртиботи зич доштанд.Таваҷҷуҳи махсусро муқаррар кардани якбора қувват гирифтани норасии когнитивӣ ва масусан синдромҳои таҳлука ва депрессия талаб мекунанд, ки дар байни онҳо мумкин аст, иртиботи мутақобила пурқувват бошад (r=0,84; p<0,05), ки 2 маротиба зичтар аст назар ба давраи I; расми 6).



А. Давраи 1 ; r=0,41; p<0,05



Б. Давраи 2; r=0,84; p<0,05

Расми 6. - Иртиботи мутақобилаи таҳлука ва депрессия дар беморони дорои СШК дар давраи 1 (А) ва давраи пандемия (Б); тибқи Спирмен.

Пурзӯр шудани ҳамбастагии байни таҳлука ва депрессия то сатҳи иртиботи пурқувват дар давраи пандемӣ метавонад, ки аз дистресси омехтаи таҳлука ва депрессия ба сифати аксуламали стреси дарозмуддат гувоҳӣ диҳад. Пас, дар шароити бухронҳои глобалӣ скрининг ва расонидани ёрӣ ба беморони дорои СШК бояд на танҳо ба ошкор кардани синдромҳои маҳдуди пастшавии когнитивӣ, таҳлука ва депрессия, балки ба арзёбивуислоҳи дистресси омехтаи Психологӣ низнигаронида шавад.

Дар ин замина дар давраи пандемӣ дар марҳалаи баъди пандемия афзоиши эътимодноки басомади ҲНДР ва фавти умумӣ ба мушоҳида расид. Барои арзёбӣ намудани саҳми марҳалаи пандемӣ дар хатари пайомадҳои дури ногувор таҳлили муқоисавии басомади ХНДР мувофиқи феҳристи густурдаи ҳолатҳо, аз ҷумла ИМ ҷуброншаванда, реваскуляризатсияи таъҷилӣ, фавти дилу рагҳо, дар бемороне, ки то пандемия ва дар давраи пандемия рухсат шудаанд, гузаронида шуд (ҷадвали 9).

Ҷадвали 9. Таҳлили муқоисавии басомади ҲНДР дур дар беморони дорои СШК, ки то пандемия (n=158) ва дар давраи пандемия (n=55), n (%), OR (95% ФЭ) рухсат шудаанд,

нишондиҳанда	То пандемия	Пандемия	OR (95% ФЭ)	P
Ҳамагӣ НДР	45 (28,5)	30 (54,5)	3,01 (1,60–5,68)	<0,001
ИМ ҷуброншаванда	12 (7,6)	6 (10,9)	1,49 (0,53–4,17)	>0,05
АК/РҶ фаврӣ.	16 (10,1)	7 (12,7)	1,29 (0,50–3,33)	>0,05
Фавти дилу рагҳо	17 (10,8)	13 (21,7)	2,57 (1,16–5,72)	<0,05
Ғайр аз ин ба мушоҳида расид:				
- Фавт аз дигар сабабҳо	2 (1,27)	4 (7,3)	6,12 (1,09–34,4)	<0,05
- Фавти умумӣ	19 (12,0)	17 (30,9)	3,27 (1,55–6,90)	<0,01

Эзоҳ: АПК – амалиёти зерипустии коронарӣ; ХҶ – реваскуляризатсиси ҷарроҳӣ; OR – таносуби шансҳо; ФЭ – фосилаи эътимоднок; p – аҳаммияти оморӣ дар байни гурӯҳҳо.

Натиҷаи муҳимми ин муқоиса муайян кардани якхела набудан дар дохили когорти пандемӣ буд: муқоисаи стандартии марҳалаҳои та пандемия ва пандемия имконият надод, ки фарқияти вазнинии ҷараён ва пайомадҳои ҷудогона дар беморони алоҳида шарҳ дода шавад. Ин мавҷуд будани омилҳои иловагии модификатсиониро нишон дод, ки дар даруни уди пандемия амал мекарданд. Ҳамин тавр, зарурати гузаронидани марҳалаи иловагии таҳқиқот асоснок карда шуда буд, ки ба омузиши нақши ду модификаторҳои потенсиалӣ нигаронида шуда буд: сирояти COVID-19-и гузаронидашуа ҳамчун омиле, ки метавонадҷараёни СКШ-ро вазнин гаронад ва истеъмоли профилактикии мелатонин ҳамчун омили вобаста ба профили нисбатан гуворои клиникӣ ва пайомадҳо. Чунин равиш имконият медиҳад, ки аз тафсири таъсири умумии манфии панемия ба таҳлили далелҳо гузарем, ки фарқият дар ҷараёни беморӣ ва пешгӯйии дурро муайян мекунад.

Таъсири сирояти COVID-19-и гузаронидашуа ва истеъмоли профилактикии мелатонин ба ҷараёни СШК ва пайомадҳои дур. *Таъсири е COVID-19-анамнез.* Тавре ки аз ҷадвали 10 бармеояд, дар беморони мубтало ба COVID-19(+) сохтори шакли СШК усусияти нисбатанногувортар дошт.

Ҷадвали 10. - Сохтори шакли клиикии дар беморон вобаста аз COVID-19-и гузаронидашуда (маралаи иловагӣ).

Нишондиҳанда	2. COVID-19 (+) (n=100)	2. COVID-19 (-) (n=121)	P
3. Стенокардияи ноустувор, мутлақ (%)	55 (55,0)	91 (75,2)	<0,01
4. Инфаркти миокарда бе баланшавии ST, мутл. (%)	27 (27,0)	22 (18,2)	>0,05

p_{1-2}	<0,0001	<0,0001	
3. Инфаркти миокарда бобаланшавии ST, мутл , (%)	18 (18,0)	8 (6,6)	<0,01
p_{1-3}	<0,0001	<0,0001	
p_{2-3}	>0,05	<0,01	
4. Ҳамагӣ инфарктхои миокард, мутак (%)	45 (45,0)	30 (24,8)	<0,01
p_{1-4}	>0,05	<0,0001	

Эзоҳ: p – аҳаммити омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳои 1 ва 2 (ттбқи критерияи $\chi 2$).

Басомади СН дар гурӯҳи COVID-19(+) назар ба беморони гурӯҳи COVID-19(-): 55,0% дар муқобили 75,2% (p<0,01) саҳеҳан паст буд, дар ҳоле ки басомади умумии ИМ, баръакс баланд буд:45,0% дар муқобили 24,8% (p<0,01). Фарқиятҳои возеҳ дар басомади ИМ бо баланд будани сегменти ST дида шуд, ки дар гурӯҳи COVID-19(+) тақрибан 3 маротиба бештар ба қайд гирифта шуд: 18,0% дар муқобили 6,6% (p<0,01). Афзоиши ИМ бидуни баландшавии сегменти ST ба ҳадди аҳамити оморӣ нарасидааст. Ҳамин тавр, COVID-19-анамнез на танҳо бо тағйироти сохтори шаклҳои клиникии СКШ, балки бо профили нисбатан ногувортари клиникӣ-метаболикӣ ва асабиву равонӣ низ ҳамбастагӣ дорад. Дар беморони гурӯҳи COVID-19(+) нишондиҳандаи нисбатан баландтари МББ, коэффитсиенти атерогенӣ, ғафсии ҒИМ ШБС, қисми бештари ҲА-и ноустувор ва шаклҳои вазнини ДДМЧ ба мушоҳида расид. Ғайр аз ин, дар ин категорияи беморон иртиботи мутақобилаи муҳимми байни вазнинии сирояти COVID-19 ва возеҳии синдромҳои асабиву равонӣ дида мешавад. Дар марҳилаи баъди беморхонагӣ дар беморони дорои COVID-19-анамнез бештар ҲНДР дур, асосан аз ҳисоби реваскуляризатсияи фаврӣ ва фавти дилу рагҳо мушоҳида мешавад (ҷадвали 11).

Ҷадвали 11. Таҳлили муқоисавии басомади ҲНДР дур дар беморони дорои СШК дар марҳалаи баъдибеморхонагӣ бо назардошти COVID-19-анамнез, n (%), OR (95% ФЭ).

Нишондиҳанда	COVID-19(+) (n=100)	COVID-19 (-) (n=121)	OR (95% ФЭ)	p
Инкишофи ≥1 ҲНДР	50 (50,0)	22 (18,2)	**4,50 (2,46–8,25)**	<0,0001
ИМ ҷуброншаванда	11 (11,0)	10 (8,3)	1,37 (0,56–3,38)	>0,05
АПК фаврӣ/РҶ	18 (18,0)	3 (2,5)	**8,63 (2,46–30,27)**	<0,0001

Фавти дилу рагҳо	21 (21,0)	9 (7,4)	**3,31 (1,44–7,60)**	<0,01

Эзоҳ: АПК – амалиёти зерипустии коронарӣ; РҶ – реваскуляризатсияи ҷарроҳӣ; OR - таносуби шансҳо; ФЭ – фосилаи эътимоднок; p - аҳаммити омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо тибқи критерияи χ^2.

Ҳамин тавр, мувофиқи маълумоти таҳлил бо назардошти OR, сирояти COVID-19-и гузаронидашуда бо баланд шудани шансҳои инкишофи ≥1 ҲНДР то 4,5 маротиба, реваскуляризатсияи фаврӣ- то 8,63 маротиба, фавти дилу рагҳо - то 3,31 маротиба ҳамбастагӣ дошт.

Таъсири истеъмоли профилактикии мелатонин (МТ). Дар муқоиса аз COVID-19-анамнез, истеъмоли профилактикии мелатонин(МТ)-ро ҷараёни нисбатан хубтари СШК ва пешгӯйии беҳтари баъди беморхонагӣ ҳамроҳӣ мекунанд. Дар гурӯҳи бемороне, ки МТ истеъмол кардаанд, COVID-19-анамнез камтар ба мушоҳида меасад ва вазнинии сирояти гузаронидашуда низ камтар буд; ҳамчунин нишондиҳандаҳои МББ ва категорияи хатари фавт/ретсидиви ИМ пасттар буд. ҲНДР дур дар бемороне, ки МТ истеъмол кардаанд, якчанд маротиба камтар, асосан аз ҳисоби басомади ками ИМ ҷуброншаванда ва реваскуляризатсияи фаврӣ ба қайд гирифта шуд. Дар заминаи истеъмол кардани МТ тағйироти возеҳияон камтари атерогении спектри липидҳо муайян карда шуд, намудҳои вазнини ЛЛМЧ ва аломатҳои атеросклерози ноустувор (АН) ШБС камтар ташхис карда шуд. Дар бемороне, ки МТ истеъмол кардаанд, статуси нисбатани хуби асабиву равонӣ ба мушоҳида расид; сатҳи нисбатан пасти таҳлука ва депрессия, статуси нисбатан баланди когнитивӣ ва басомади ками норасоии миёна ва возеҳи когнитивӣ (ҷадвали12). Ҳамин тавр, COVID-19-анамнез ва набудани истеъмоли профилактикии МТ бо зиёд шудани басомади ҲНДР дур ва бад шудани пешгӯйӣ дар беморони СШК-ро гузаронида ҳамбастагӣ дошт.

Ҷадвали 12. – Басомади ҲНДР дур вобаста аз истеъмоли профилактикии мелатонин, n (%), OR (95% ФЭ).

Нишондиҳанда	Экспозитсияи мелатонин	Бе экспозитсияи мелатонин	OR (95% ФЭ)	p
Инкишофи ≥1 ҲНДР	17 (16,2)	55 (47,4)	0,21 (0,11–0,40)	<0,0001
ИМ-накушанда	7 (6,7)	21 (18,1)	0,32 (0,13–0,80)	<0,01
АПК фаврӣ / реваскуляризатсияи ҷарроҳӣ	3 (2,9)	21 (18,1)	0,13 (0,04–0,46)	<0,001
Фавти дилу рагҳо	7 (6,7)	13 (11,2)	0,57 (0,22–1,48)	>0,05

Эзоҳ: АПК – амалиёти зерипустии коронарӣ; РҶ – реваскуляризатсияи ҷарроҳӣ; OR - таносуби шансҳо; ФЭ – фосилаи эътимоднок; p - аҳаммити омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо тибқи критерияи χ^2.

ХУЛОСАҲО

7. Таҳлили муқоисавии ҷараёни СШК дар беморони СҶМ нишон дод, ки гузаштан аз марҳалаи БТИ давраи I ба марҳалаи топандемӣ давраи II –ро тағйиротҳои мусбат дар ташкили ёрии тиббӣ ҳамроҳӣ карданд. Беҳтар шудани раванди диспансеризатсия (45,1%; p<0,01), хатсайри беморон (72%; p<0,001), фаъолтар истифода намудани табобати дукаратаи зидди тромбоситарӣ (ТДЗТ) ва тамоили зиёд шудани ҳиссаи амалиётҳои инвазивӣ то 25,4% (p=0,09) ба қайд гирифта шуд. Ғайр аз ин, ҳиссаи беморон аз гурӯҳи хатари баланд (то 9,3%; p<0,0001) ва онҳое, ки барои ёрӣ дер муроҷиат кардаанд (то 1,7%; p<0,05) кам шуд. Аммо трансформатсияи профили клиникии беморони дорои СШК ба қайд гирифта шуд: контингент ҷавонтар шуд (среднсинну соли миёна аз 53,2±5,1 то 48,1±8,4 сол паст шудааст; p<0,0001), бештар массаи барзиёди бадан, диабети қанд ва оризаҳои барвақти СШК ба мушоҳида расид (то 9,5%; p<0,05), Ҳиссаи бемороне, ки дар онҳо СШК истисно карда шудааст, коҳиш ёфт (p<0,001). Ин маълумотҳо аз пурзӯр шудани сарбории кардиометаболикӣ ва зарурати беҳтар кардани стратегияи доимии профилактка барои беморони СҶМ бо СШК [3-А, 5-8А, 11-А, 15-А, 32-А, 34-А, 42-А] гувоҳӣ медиҳанд [3-А, 5-8А, 11-А, 15-А, 32-А, 34-А, 42-А].

8. Муқоиса кардани марҳалаҳои беморхонагӣ давраи I бо марҳилаи топандемии давраи II периода (таъсири омили замонӣ) афзоиши аломатҳои атеросклерози субклиникиро муайян кард: зиёд шудани ҒИМ аз 1,045±0,129 то 1,071±0,147 мм ($p<0,05$), зиёд шудани басомади ҳалқахои атеросклерозӣ (ҲА) аз22,5% то 32,9% ($p<0,05$), афзудани ДДМЧ аз 74,2% то 86,3% ($p<0,01$) ва зиёд шудани ҳиссаи беморони дорои ихтилолҳои сабук ва ё миёнаи асабиву равонӣ. Ҳангоми муқоиса кардан бо маълумотҳои давраи то пандемия (солҳои 2019–2020) басомад ҲНДР аз 15,2% то 28,5% (ТШ=2,23; $p<0,01$) афзудааст. Паст шудани функсияи когнитивӣ ва қувват гирифтани ихтилолҳои таҳлукаву депрессивӣ бо инкишофи ҲНДР иртиботи хеле зиёд доштанд; ҳамзамон иртиботи мутақобила бо зиёдшавии ҒИМ возеҳтар ба назар мерасад (мутаносибан r=-0,32 ва r=0,52; $p<0,01$) [1–А, 12 -А, 15 -А, 33-А, 44 -А, 51-А, 52-А, 54-А].

9. Пандемияи COVID-19омили муҳимми вазнинкунанда ва амиқсозандаи ҷарчёни СШК дар шахсони СҶМ шуда монд. Дар ин давра тағйиротҳои назарраси клиникӣ-ташкилӣ ба қайд гирифта шуда буд: ду карат кам шудани бистарикунонӣ, трансформатсияи сохтори СШК, зиёд гаштани ҳиссаи дер мурочиат кардан (аз 1,7% то 7,4%) ва оризаҳои барвақт (аз 9,9% то 18,9%; $p<0,05$). Охирин бо ҷинси мард (64,9%; $p<0,0001$), фарбеҳӣ(65,4%; $p<0,0001$) ва баланд шудани шохиси бемориҳои ҳамроҳшуда (1,77±0,69 →2,51±0,56; $p<0,0001$) алоқамандии зич дошт. Дар статсионар басомади СШК бо баланд шудани сегмент ба мушоҳида расид, ихтилолҳои таҳлукву депрессӣ ва ихтилолҳои когнитивӣ қувват гирифтанд, ки бо ремоделсозии рагҳо ва пешгӯйии бад ириботи мутақобила доранд. Басомади ҲНДР дур дар пандемия 54,5% (ТШ=3,01; $p<0,001$)ғро ташкил дод, ки аз амиқ шудани таъсири рагиву метаболикӣ ва асабиву равонӣ дарак медиҳад [14-А, 28-А, 55-А, 58-А, 61-63А]

10. Таҳқиқоти муқоисавӣ нишон дод, ки COVID-19-и гузаронидашуда пешгӯйии баъдибеморхонагиро дар беморони дорои СШК бад месозад, профили нисбатан вазнини клиникӣ-метаболикӣ ва рагиро ба вуҷуд меорад, бо басомади баланди массаи барзиёди бадан, гиперхолестеринемия ва зиёд шудан

ҒИМ ШБС ҳамбастагӣ дорад. Дар гурӯҳи дорои анамнези COVID-19 саҳеҳан бештар ҲНДР дур дида шуд (50,0% дар муқобили18,2%; ТШ=4,50; p<0,0001), асосан аз ҳисоби зарурати реваскуляризатсияи такрорӣ (ТШ=8,63; p<0,0001) ва фавти дилу рагҳо (ТШ=3,31; p<0,01). Ин аҳаммияти ногувори COVID-19-и гузаронидашударо дар беморони дорои СШК тасдиқ мекунад. истеъмоли мелатонин (МТ) дар доираи табобати профилактикӣ нишондиҳандаҳои клиникӣ-пешгӯйикуниро беҳтар сохт:баландшавии боэътимоди функсияҳои когнитивӣ мувофиқи шкалаи MoCA (25,7±2,6 дар муқобили 24,6±2,4 балл; p<0,01) ва паст шудани сатҳи симптоматикаҳои таҳлука ва депрессия (p<0,0001) мушохида карда шуд. Ғайр аз ин, истифодаи МТ бо паст шудани басомади ҲНДР дур алоқаманд буд (таносуби шансҳо [ТШ] = 0,21; p<0,0001), асосан аз ҳисоби кам шудани хатари ИМ ҷуброншаванда (ТШ = 0,32; p<0,01) ва зарурати реваскуляризатсияи такрорӣ (ТШ = 0,13; p<0,001). Бо назардошти дизайни ғайритасодуфӣ доштани таҳқиқот, натиҷаҳои ба даст овардашуда имконият доданд, ки МТ танҳо ҳамчун ҷузъи потенсиалии муроқибати баъдибеморхонагии беморони СҶМ бо СШК баррасӣ карда шавад [9–А, 13–А, 49–А, 64–А].

11. Муқоиса кардани маълумотҳои давраи I таҳқиқот бо марҳалаҳои топандемия ва пандемия давраи II трансформатсияи статуси клиникӣ-гемодинамикӣ, рагӣ-метаболикӣ ва сасабиву равонии беморони дорои СШК муайян карда шуд. Аллакай дар марҳалаи топандемӣ давраи II, ки *таъсири омили замониро инъикос мекунад*, ҷамъшавии омилҳои метаболикии хатар, пайдо шудани аломатҳои тағйироти сохториву функсионалии дил ва рагҳо, инчунин инкишофи ихтилолҳои асабиву равонӣ дида шуд. Дар давраи пандемияи COVID-19 ин тамоилҳои манфӣ қувват гирифтанд, ки ба рушди басомади ҲНДР дур бетаъсирнамонданд: аз 15,2% дар давраи якум то 28,5% дар марҳалаи топандемия ва то 54,5% дар марҳалаи пандемия давраи II. Гарчанде мавҷудияти як қатор маркёрҳо эҳтимоли инкишофи ҲНДР дурробаланд мебардорад, натиҷаҳои моделсозии бисёромили регрессивӣ арзиши мустақилонаи пешгӯйикунандаи онҳор ҳангоми СШК дар ҳолатҳои

зерин тасдиқ кардаанд: а) дар марҳалаи баъдибеморхонагӣ давраи I – зиёд шудани ҒИМ, афзоиши ДДМЧ (паст шудани Е/А), дараҷаи хатари фавт, ихтилоли таҳлукву депрессивӣ. б) дар марҳалаи топандемии баъдибеморхонагӣ давраи II (муоина дар давоми як сол қисман ба давраи пандемия дар 49 бемор рост омад) - зиёд шудани ҒИМ, ноустувории ҲА ва вазннии COVID-19-и гузаронидашуда; в) дар марҳалаи баъдибеморхонагӣ давраи пандемия – хатари баланд ва вазнинии фавт, синну сол, вазнинии ҷараёни COVID-19, депрессия, зиёд шудани ҒИМ ва ноустувории ҲА [17-А, 23-А, 29-А, 35-А, 43-А, 64-А].

12. Арзёбии муқоисавии тактикаи муроқибати беморони СҶМ бо СШК мавҷуд будани монеаҳои гуногуни клиникӣ-ташкилиронишон дод, ки аз давраи таҳқиқот вобастаанд. Дар давраи I баъзе мушкилиҳо бо фарогирии кам ба муоинаи диспансерӣ, маҳдудиятҳои истифодаи табобати дукаратаи зиддитромбоситарӣ (ТДЗТ), амалиётҳои инвазивӣ (АПК), инчунинн усулҳои муосири арзёбии ремодилсозии дил ва рагҳо алоқаманд буданд. Дар марҳалаи топандемии давраи II, сарфи назар аз беҳтар шудани хатсайр, ташхиси барвақти СШК, дастрасии усулҳои инвазивӣ, мукилоти афзоиши вазнинии статуси клиникӣ-метаболикӣ, рагӣ ва асабиву равонии беморон актуалӣ шудаанд. Дар давраи пандемияи COVID-19 маҳдудияти калидӣ дер муроҷиат намудан барои ёрии тиббӣ, кам шудани дастрасӣ ба дастамалҳои (протсеураҳои) инвазивӣ, инчунин зиёд шудани миқдори оризаҳои барвақт ва ҲНДР дур буданд. Ин зарурати стратегияи нарми муроқибати беморони СҶМ бо СШК-ро талаб мекунад, ки захираҳои ташкилӣ ва профили тағйирёбандаи хатарро дар ҳар як давраи замонӣ ба эътибор мегирад [2-А, 6-А, 16-А, 19-А, 22-А, 37-А, 46-А].

13. Натиҷаҳои ба даст овардашуда мубрам будани оптимизатсияи муроқибати беморони дорои СШК-ро тасдиқ мекунанд, ки онҳоро синдромҳои сершумори бемориҳои рагҳо ҳамроҳӣ мекунанд, тавассути сари вақт муайян кардани гурӯҳи хатари баланди ҲНДР дур бо назардошти маркерҳои пешгӯйикунанда, ки дар марҳалаҳои гуногуни таҳқиқот муайян карда шудаанд. Татбиқ намудани ин стратегия истифода кардани усулҳои дастрас ва иттилоотноки мониторинги тамоил доштан ба табобат, арзёбии марҳилавии

хатари ишемия ва хунравӣ ҳангоми таъйин кардани ТДЗТ, инчунин барвақт муайян кардани ихтилолҳои ибтидоии когнитивиро талаб мекунад. Бо мақсади таъмин кардани пайдарпайии муоина тавсия карда мешавад, ки нишондодҳои калидии клиникӣ-инструментӣ ва асабиву равонӣ дар ҳуҷҷати воҳиди инфирдӣ — «шиносномаи бемори СШК-ро гузаронида» сабт карда шаванд [3 -A, 4 -A, 15 -A, 25-A, 26 -A, 38-43 -A].

ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Табақабандии комплексии марҳилавии хатар дар беморони ҷавон ва синни миёнаи дорои СШК дар ҳама марҳалаҳои расонидани ёрии тиббӣ — аз БТИ ва статсионар то муоинаи дарозмуддати баъдибеморхонагӣ тавсия карда мешавад. Бар иловаи арзёбии стандартии хатари ишемикӣ ва хатари хунравӣ, ба ҳисоб гирифтани тағйироти сохторӣ-функсионалии дилу рагҳо, ихтилолҳои метаболикӣ ва статуси асабиву равонӣ мувофиқи мақсад аст. Чунин равиш имконият медиҳад, ки беморони дорои хатари баланди ҳолатҳои ҲНДР дур, ҳатто ҳангоми реваскуляризатсияи аз ҷиҳати тезникӣ муваффақи реваскуляризатсия ошкор карда шавад (Замимаи 1 «Ташхисб-табобатии марҳилавӣ»).

2. Густариш додани КАГ (коронография) ва АПК –ро бо арзёбии атеросклерози системавӣ, хусусиятҳои ҳалқаҳои атеросклерозӣ ва ҳолати морфофунксионалии дилу рагҳо якҷоя кардан мувофиқи мақсад аст, чункимуваффақияти техникии амалиёти ҷарроҳӣ хатари такрории ҳолатҳои ишемикӣ ва пешгӯйии нохуби дурро истиснойнамекунад.

3. Беморони дорои зиёдшавии муштараки ҒИМ ШБС, Ҳалқаҳои ноустувори атерослерозӣ, ДДМЧ, диабети қанд, массаи барзиёди бадан ва ихтилолҳои асабиву равониро ба гурӯҳи муоинаи пурзӯридиспансерӣ бо ислоҳи мунтазами тағйироти метаболикӣ, назорати майл доштан ба табобат, аз ҷумла табобати дукаратаи зиддитромбоситарӣ ва мониторинги статуси когнитивӣ

(Замиами 2 «Усули воҳиди арзёбии майл доштан ба табобат бо назарошти омилҳои психологиву иҷтимоӣва иқтисодӣ).

4. Бо мақсади ташхсиси саривақтии ихтилолҳои ибтидоии когнитивӣ дар беморони ҷавон ва синну соли миёнаи дорои СШК истифода кардани усули таҳияшудаи скринингӣ тавсия карда мешавад, ки арзёбии хотираи кутоҳмуддатро бо ёрии тести 10 калима А.Р. Лурия ва тести кашидани расми соатро дар бар мегирад (Замимаи 3 «Категорияи норасоии когнитивӣ (НК))».

5. Бо мақсади баланд бардоштани самаранокии табобат ва профилактикаи дуюмӣ, махсусан ҳангоми табобати дарозмуддати дукаратаи зиддитромбоситарӣ истифода кардани шкалаи пешниҳодкардашудаи арзёбии майл доштан бо дарназардошти омилҳои иловагӣ, ки монеаҳои воқеии риотавсияҳои табибонро инъикос мекунанд, тавсия карда мешаванд; сатҳи боварии беморон ба табиби муолиҷакунанда. Таъсири андешаҳои манфии атрофиённисбат ба таъйин кардани табобат, ҳамчунин маҳдудиятҳои моддӣ, ки дастраскунии препаратҳи доругиро мушкил месозанд. Ба ҳисоб гирифтани омилҳои психологиву иҷтимоӣ ва иқтисодӣ барои нсбатан дақиқтар арзёбӣ кардани тамоюл ба ислоҳи саривақтии чорабиниҳои табобатӣ-профилактикӣ мусоидат мекунад (Замимаи 4 "Категорияҳои норасоии ибтидоии когнитивӣ (НК)».

6. Иртиботи истеъмоли мелатонин бо возеҳии камтарини ихтилолҳои асабиву равонӣ ва хусусиятҳои нисбатан гуворотари клиникӣ-пешгӯйикунандаи давраи баъдибеморхонагӣ, тавсия карда мешавад, ки истеъмоли он дар беморони ҷавон ва синну соли миёнаи дорои СШК ҳангоми аломатҳои ихтилоли мутобиқшавии асабиву равонӣ ва танзими сиркадӣ мувофиқи мақсад арзёбӣ карда шавад. Дар шароити бухронҳои глобалӣ скрининг ва ёрӣ расонидан ба беморони дорои СШК бояд на танҳо ба ошкор сохтани синдромҳои маҳдуди асабиву равонӣ, балки ба арзёбӣ ва ислоҳи дисстреси омехтаи психологӣ низ равона карда шавад.

7. Бо мақсади таъмин кардани пайдарпайии муоинаи беморони синну соли ҷавон ва миёна, ки СШК-ро гузаронидаанд, ташкил кардани «шиносномаи

бемори СШК-ро гузаронида»-и инфиродӣ мувофиқи мақсад аст, ки маълумотҳои калидии клиникӣ-инструменталӣ ва асабиву равонӣ ва дастрас барои шиносшавии кормандони тиббӣ дар марҳалаҳои гуногуни расонидани ёрии тиббиро дар бар гирифтаанд.

Рӯйхати адабиёти истифодашуда

20. Аляви А.Л. Статины при остром коронарном синдроме / А.Л. Аляви, С.Р. Кенжаев, Д.А. Алимов и др. // Евразийский кардиологический журнал. - 2018. - №1. - С. 60-64.
21. Гусев, Е. И. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях [Текст] / Е. И. Гусев и др.– Москва : МЕДпресс-информ, 2013. – с 160
22. Евразийское общество кардиологов. Рекомендации ESC по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъёма сегмента ST [Текст] / Евразийское общество кардиологов // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 3. – С. 9-63. – URL: https:// doi.org/ 10.15829/ 1560-4071-2016-3-9-63.
23. Жахина Г. Изучение смертности и инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний в Центральной Азии: анализ на основе данных исследования Global Burden of Disease и прогноз до 2050 года [Текст] / Г. Жахина, Р. Ахмедуллин, А. Аббай и др. // Epidemiology and Health Data Insights. 2026. Т. 2 (4) : ehdi044. DOI: 10.63946/ehdi/18794.
24. Кашталап, В. В. Влияние пандемии COVID-19 на когнитивные и психоэмоциональные нарушения у пациентов с острым коронарным синдромом [Текст]/ В.В. Кашталап и др. //Российский кардиологический журнал. – 2022. – Т. 27, № 4. – С. 45-52. – DOI: 10.21688/ 1681-3472-2022-4-45-52.
25. Нозиров, Дж. Х. Ишемическая болезнь сердца и факторы ее риска в Таджикистане [Текст] / Дж. Х. Нозиров.- Душанбе-2020.-«Истиклол».-160 с.
26. Пономаренко И.В., Сукманова И.А. Клинико-гемодинамические характеристики пациентов с острым коронарным синдромом молодого возраста. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2018; 7 (1): 14-20. DOI: 10.17802/2306-1278-2018-7-1-14-20
27. Табаров, А. И. Госпитальная летальность от ИБС, острого инфаркта миокарда в Республике Таджикистан [Текст] / А. И. Табаров и др. // Наука и инновация. – 2021. – № 4. – С. 56-64.
28. European Society of Cardiology. Guidelines for the management of acute coronary syndromes / R.A. Byrne [et al.] // European Heart Journal. – 2023. – Vol. 44, № 38. – P. 3720–3826. – doi: 10.1093/eurheartj/ehad191.
29. European Society of Cardiology. Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice /G.De Backer [et al.] // Eur Heart J. 2003 Sep; 24(17):1601-10. doi: 10.1016/s0195-668x(03)00347-6. PMID: 12964575.

30. Fox, K. A. Should patients with acute coronary disease be stratified for management according to their risk? Derivation, external validation and outcomes using the updated GRACE risk score [Текст] / K. A. Fox [et al.] // BMJ Open. – 2014. – Vol. 4. – P. e004425.
31. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990-2023. Текст] / M. Naghavi [et al.] // *JACC*. 2025 Dec, 86 (22) 2167–2243. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.08.015
32. Johnson, L. A. Vascular depression and cognition in Mexican Americans [Текст] / L. A. Johnson [et al.] // Dement Geriatr Cogn Disord. – 2019. – Vol. 47, No. 1-2. – P. 68-78. – URL: https:// dx.doi.org/ 10.1159/ 000494272.
33. Ossola, P. Risk factors for incident depression in patients at first acute coronary syndrome [Текст] / P. Ossola [et al.] // Psychiatry Res. – 2015. – Vol. 228, No. 3. – P. 448-453. – URL: https:// doi.org/ 10.1016/ j.psychres.2015.05.063.
34. Reiter RJ, Sharma R, Ma Q, Dominquez-Rodriguez A, Marik PE, Abreu-Gonzalez P. Melatonin Inhibits COVID-19-induced Cytokine Storm by Reversing Aerobic Glycolysis in Immune Cells: A Mechanistic Analysis. [Текст]/ R. J. Reiter [et al.]// Med Drug Discov. 2020 Jun; 6:100044. doi: 10.1016/j.medidd.2020.100044.
35. Weight N. et al. Temporal analysis of non-ST segment elevation-acute coronary syndrome outcomes in “young” patients under the age of fifty: A nationwide cohort study[Текст]/ N. Weight [et al.] // International Journal of Cardiology. 2023;391:131294. DOI: 10.1016/j.ijcard.2023.131294.
36. World Health Organization. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. – URL: https:// www.who.int/ news/ item/ 02-03-2022 (дата обращения: 13.07.2025).
37. Wu J., Mamas M., Rashid M. et al. Epidemiological and clinical characteristics of SARS-CoV-2 infection among healthcare workers in Hubei Province of China. Infect Control Hosp Epidemiol. 2020 Nov 18: 1-20. https://doi.org/10.1017/ice.2020.1321
38. Zhang R, Wang X, Ni L, Di X, Ma B, Niu S, Liu C, Reiter RJ. COVID-19: Melatonin as a potential adjuvant treatmen / R. Zhang [et al.] // Life Sci. 2020 Jun 1;250:117583. doi: 10.1016/j.lfs.2020.117583.

ИНТИШОРОТ АЗ РӮЙИ МАВОДИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

[1-А]. Сохибов Р.Г Лечение хронической сердечной недостаточности у больных с артериальной гипертонией. [Текст] / Сохибов Р.Г. Шарипова Х.Я., Олимова Н.А. Собирова Т.П. Тагоев С.Х Паёми Сино 2009 №3 с.72-78

[2-А]. Сохибов Р.Г. Терминальная хроническая почечная недостаточность: оценка риска, этапы терапии и кардиальные проблемы [Текст] / ГуловМ.К.,Тагоев С.Х. Паёми Сино, 2013.- № 2 .- с. 153-159.

[3-А]. Сохибов Р.Г. Стратификация риска негативных исходов острого коронарного синдрома без подъёма ST на фоне нарушения нутритивного статуса [Текст] (обзорная) /Н.Х. Хамидов, Р.Г.Сохибов// Здравоохранение Таджикистана.- 2013.- № 3

[4-А]. Сохибов Р.Г. Вклад учёных ТГМУ в решении проблем артериальной гипертонии (статья на тадж. яз., [Текст] / Сохибов Р.Г. Шарипова Х.Я. АвчиЗухал, 2013, №2.- с.

[5-А]. Сохибов Р.Г. Острый коронарный синдром на фоне нарушений питания (на тадж. яз.) (статья на тадж. яз., [Текст] / Сохибов Р.Г. Шарипова Х.Я. АвчиЗухал, 2013, №3.- с. 16-19

[6-А]. Сохибов Р.Г. Приверженность мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной артериальной гипертонией к выполнению врачебных рекомендаций [Текст] / Султонов Х., Алимова Н.А.,Негматова Г.М.,Сохибов Р.Г. Вестник Авицены-2015 №3, стр 71-76

[7-А]. Сохибов Р.Г. Неконтролируемая и резистентная артериальная гипертония в возрастном и половых аспектах [Текст] / Сохибов Р.Г. Ачева Г.А Негматова Г.М. Вестник Авицены-2016 №1, стр 54-59

[8-А]. Сохибов Р.Г Эффективность контролируемой терапии артериальной гипертонии у лиц среднего возраста. [Текст] / Сохибов Р.Г. Негматова Г.М.,Ачева Г.А. Вестник Авицены-2015 №1, стр 67-71

[9-А]. Сохибов Р.Г Истифодаи мелатонин хангоми фишорбаландии шараёни дар беморони солхурда нашр [Текст] / Сохибов Р.Г. Бобоев Ф.Д Шукуров Ф.А. Авчи зухал № 1-2022г.стр 168-176

[10-А]. Сохибов Р.Г. Частота ишемической болезни сердца на фоне резистентной артериальной гипертноии у пациентов молодого и среднего возрастов [Текст] / Сохибов Р.Г Шарипова Х.Ё., Рахимов Д.Д., Гулова Р.М. Косимова Д.У. Вестник Авицены-2022 №3, стр 317-323

[11-А]. Сохибов Р.Г Нейропсихологический профиль у пациентов с гипертонической энцефалопатией на фоне резистентной артериальной

гипертонии[Текст] / Сохибов Р.Г., Шарипова Х.Ё., Абдуллоев Ф.Н., Рахимов Д.Д., Гулова Р.М.,Негматова Г.М   Вестник Авицены-2022 №4, стр 442-452
[12-А]. Сохибов Р.Г Удлингение интервала Q-T как предиктор внезапной сердечной смерти у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией [Текст] / Сохибов Р.Г Бобоев Ф.Д.,Умарова С.А.,   Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана №1(41) октябрь-декабрь 2022 стр.61-67
[13-А]. Сохибов Р.Г.Самаранокии iSHEMIC PRECONDINIONING миокард аз осебҳои ишемикӣ ҳангоми стенокардияи у стувор дарбеморони гирифтори фишорбаландии шараёни идорашаванда[Текст] / Сохибов Р.Г, Шарипова Х.Ё.Рахимов Д.Д.,Гулова Р.М., Авҷи Зуҳал №1- 2023 саҳ.20-25
[14-А]. Сохибов Р.Г. Хусусиятҳои синдроми шадиди коронарӣ дар беморони сину соли ҷавон ва миёна бо диабетинавъи 2. [Текст] / Сохибов Р.Г, Шарипова Х.Ё., Рахимова Д.Д., Каримова Г.Н.,Султанов Х.С.// Авҷи Зуҳал. - 2025. - №1 (58). – С. 77-84
[15-А]. Сохибов Р.Г. Синдроми шадиди коронарӣ ҳангоми ҷавонон ва миёнасолон тамоюли муосир ва динамикаи муваққатии омилҳои асосии хатар [Матн] / Сохибов Р.Г, Авҷи зуҳвл №3- 2026 саҳ.177 - 185

Мақола ва фишурдаҳо дар мачмуаи маводи конференсияҳо

[1-А]. Сохибов Р.Г.Внезапная коронарная смерть при остром коронарном синдроме без подъёма ST у пациентов со сниженной массой тела[Текст] / Сохибов Р.Г, Махмудов Х.,   Материалы конгресса кардиологов, Бишкек, 2012.- 3стр
[2-А]. Сохибов Р.Г.Медико-социальные факторы у пациентов острым коронарным синдромом [Текст] / Сохибов Р.Г, Сулаймонова Ш.А Материалы научной конференции молодых ученных ТГМУ: Душанбе - 2012 г.- 2стр
[3-А]. Сохибов Р.Г.Возникает ли острый коронарный синдром на фоне уменьшения массы тела? [Текст] / Сохибов Р.Г, Алимова Н.А.   60-я годичная научно-практическая конференция с международным участием ТГМУ им

Абуали ибни Сино, посвященная 80-летию со дня рождения член-корр. РАМН, профессора Ю.Б. Исхаки. Душанбе 2012 стр 316-317.

[4-А]. Сохибов Р.Г.Ошибки диагностики острого коронарного синдрома [Текст] / Сохибов Р.Г, Шарипова Х.Ё. Султонов Х.С.60-я годичная научно-практическая конференция с международным участием ТГМУ им Абуали ибни Сино, посвященная 80-летию со дня рождения член-корр. РАМН, профессора Ю.Б. Исхаки. Душанбе 2012 стр 320-321.

[5-А]. Сохибов Р.Г.Острый коронарный синдром у больных с хронической болезнью почек[Текст] / Сохибов Р.Г, Тагоев С.Х. Конференция молодых учёных ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе, 2013. -2 стр

[6-А]. Сохибов Р.Г. Структура и частота факторов риска сердечной недостаточности у больных с избыточной массой тела[Текст] / Сохибов Р.Г,Конференция молодых учёных ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе, 2013. - 2 стр

[7-А]. Сохибов Р.Г.Внезапная коронарная смерть у пациентов с ишемической болезнью сердца на фоне сниженной массы тела [Текст] / Сохибов Р.Г, Тагоев С.Х. Сборник научных статей 61- ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение. Душанбе . 2013г- 3 стр

[8-А]. Сохибов Р.Г.Соответствие диагностики и лечения инфаркта миокарда современным рекомендациям на догоспитальном этапе[Текст] / Сохибов Р.Г, Бобоева З.С. Сборник научных статей 61- ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение. Душанбе 29-3- нояб . 2013г-2 стр.

[9-А]. Сохибов Р.Г Коморбидные заболевания у больных СШК на фоне нормального и недостаточного нутритивного статуса[Текст] / Сохибов Р.Г, Шарипова Х.Ё. Тагоев С.Х. Архив внутренней медицины. Спецвыпуск .г.Москва,2013г- 3 стр

[10-А]. Сохибов Р.Г. Следует ли включить показатели трофологического статуса в модели стратификации риска негативных исходов острого коронарного синдрома? [Текст] / Сохибов Р.Г, Якубов Д.М. Материалы 60 научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. Душанбе, 2012.- с. 362-364

[11-А]. Сохибов Р.Г.Дисперсия корригированного интервала QT у больных с острым коронарным синдромом без подъёма ST [Текст] / Сохибов Р.Г, Алимова Н.А. Махмудов Х Специальный выпуск Евразийской ассоциации терапевтов Архивъ внутренней медицины, 2013.- с. 52

[12-А]. Сохибов Р.Г.Взаимосвязь массы тела и дисперсии корригированного интервала QT у больных с острым коронарным синдромом без подъёма ST[Текст] / Сохибов Р.Г, Зубайдов Р.Н., Самадова М.Г Специальный выпуск Евразийской ассоциации терапевтов. Архивъ внутренней медицины, 2013.- с. 44-45.

[13-А]. Сохибов Р.Г.Коморбидные заболевания у больных СШК на фоне нормального и недостаточного нутритивного статуса[Текст] / Сохибов Р.Г, Тагоев С.Х. Султонов Х.С Специальный выпуск Евразийской ассоциации терапевтов. Архивъ внутренней медицины, 2013 - 2 стр

[14-А]. Сохибов Р.Г.Неконвенционные факторы риска у мужчин молодого и среднего возрастов с артериальной гипертонией[Текст] / Сохибов Р.Г,Шарипова Х.Я., Алимова Н.А В кн.: «Медицинская наука и образование», ТГМУ. - Душанбе, 2014. - с.93-95

[15-А]. Сохибов Р.Г.Уровень тревоги и депрессии у мужчин среднего возраста с артериальной гипертонией[Текст] / Сохибов Р.Г, Шарипова Х.Ё., Абдуллоев Ф.Н Материалы 62 годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, .- Душанбе, 2014,т.2

[16-А]. Сохибов Р.Г.Острый коронарный синдром у пациентов с избыточной массой тела и ожирением[Текст] / Сохибов Р.Г, ШохназаровФ.Г. Хамидова А.Н.Конференция молодых учёных ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе, 2014. – 2с

[17-А]. Сохибов Р.Г.Варианты острого коронарного синдрома у пациентов снедостаточностью питания и нормальной массой тела[Текст] / Сохибов Р.Г, Факеров С. Негматова Г.М. Конференция молодых учёных ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе, 2014. – 1с .

[18-А]. Сохибов Р.Г. Частота летальных исходов при нестабильной стенокардии у пациентов с разной массой тела[Текст] / Сохибов Р.Г, Джалолова С.И. Акрамов А.Б.,Конференция молодых учёных ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе, 2014.- 1с.

[19-А]. Сохибов Р.Г.Причины низкой приверженности к лечению больных артериальной гипертонией[Текст] / Сохибов Р.Г, Негматова Г.М. Абдуллоев Ф.Н. Ачева Г.А. Материалы П Международной конференции Евразийской ассоциации терапевтов// Бишкек, 26-27 март 2015 г.- 2с

[20-А]. Сохибов Р.Г.Частота факторов риска и тяжёлых исходов при резистентной артериальной гипертонии[Текст] / Сохибов Р.Г, Негматова Г.М. Шарипова Х.Я. Ачева Г.А. Материалы П Международной конференции Евразийской ассоциации терапевтов// Бишкек, 26-27 март 2015 г.-1с

[21-А]. Сохибов Р.Г.Когнитивные нарушения при резистентной артериальной гипертонии[Текст] / Абдуллоев Ф.Н., Алимова Н.А., Сохибов Р.Г.,Материалы 63 годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино.- Душанбе, 2015, -2с

[22-А]. Сохибов Р.Г. Частота РАГ среди пациентов отделений разного профиля[Текст] / Сохибов Р.Г, Негматова Г.МАбдуллоев Ф.Н.Ачева Г.А Кардиовискулярная терапия и профилактика (спец выпуск) – 2015.-14 (март), стр.154.

[23-А]. Сохибов Р.Г.Приверженность больных лечению и ожидаемая эффективность терапии резистентной гипертонии[Текст] / Сохибов Р.Г, Негматова Г.М Ачева Г.А Султонов Х.С Кардиовискулярная терапия и профилактика (спец выпуск) – 2015.-14 (март), стр.27

[24-А]. Сохибов Р.Г.Нестабильная стенокардия у больных ревматоидным артритом[Текст] / Сохибов Р.Г, Зубайдов Р.Н. Якубов Д.М Материалы 64 научно-практической конференции ТГМУ Душанбе, 2016-2 с
[25-А]. Сохибов Р.Г. Частота тяжелых исходов при резистентной артериальной гипертонии у больных с нарушением нутритивного статуса[Текст] / Сохибов Р.Г, Р.Г. Г.Д. Худододова., С.Г. Музафаров Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний/ Сборник материалов второго Съезда вречей Республики Таджикистан, Душанбе 29 июня 2019 - с.163
[26-А]. Сохибов Р.Г.Коморбидно-ишемического прекондиционирования при разной эффективности антигипертензионной терапии [Текст] / Сохибов Р.Г, Шарипова Х.Ё. Абдуллоев Ф.Н. Нуруллоев О.С Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ «Актуальные проблемы сердечно - сосудистых и соматических заболеваний» 26-27 апреля 2019 г, стр 458
[27-А]. Сохибов Р.Г.Возрастные особенности распространённости дисциркуляторной энцелофалопатии [Текст] / Сохибов Р.Г, Шарипова Х.Ё Абдуллоев Ф.Н. Якубов Д.М Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ «Актуальные проблемы сердечно - сосудистых и соматических заболеваний» 26-27 апреля 2019 г, стр 458-459
[28-А]. Сохибов Р.Г.Частота и выраженность ишемической болезни сердца на фоне контролируемой и резистентной гипертонии [Текст] / Сохибов Р.Г, Шербадалов А.А Абдуллоев Ф.Н Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ «Актуальные проблемы сердечно - сосудистых и соматических заболеваний» 26-27 апреля 2019 г-1с
[29-А]. Сохибов Р.Г.Частота сопутствующих заболеваний у больных с острым коронарным синдромом на фоне нарушения нутритивного статуса [Текст] / Сохибов Р.Г, С.Г. Музафаров., З.Ш. Каландаров Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний/ Сборник материалов второго Съезда врачей Республики Таджикистан, Душанбе 29 июня 2019 - с. 162

[30-А]. Сохибов Р.Г. Гемодинамические сдвиги при терапии бисопрололом артериальной гипертонии у лиц старших возрастов [Текст] / Сохибов Р.Г, Умаров А.А Материалы международной научно-практической конференции (68 годичной), 27 ноября 2020 г-2с

[31-А]. Сохибов Р.Г.Половые различия частоты форм ишемической болезни сердца на фоне резистентной артериальной гипертонии у лиц молодого и среднего возрастов [Текст] / Сохибов Р.Г. Рахимов Дж.Дж Шарипова Х.Ё Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической дисциплины.Материалы международной научно-практической конференции с международным участием (69 годичной), Том-1 17 ноября 2021 г-1с

[32-А]. Сохибов Р.Г.Ишемическое прекондиционирование миокарда у больных стабильной стенокардией на фоне резистентной артериальной гипертонии [Текст] / Сохибов Р.Г, Рахимов Дж. Дж Киёмиддинов Х.Х Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической дисциплины.Материалы международной научно-практической конференции с международным участием (69 годичной), Том-1 17 ноября 2021г-2с

[33-А]. Сохибов Р.Г.Ишемическое прекондиционирование миокарда у больных стабильной стенокардией на фоне резистентной артериальной гипертонии[Текст] / Сохибов Р.Г, РахимовДж.Дж., Киёмидинов Х.Х. Достижения и проблемҷ фундаменалӣной науки и клинической медицины.материалы научно-практическая конференция(69- годичной) с международным участием. 17 ноября 2021.Душанбе.стр.171-172

[34-А]. Сохибов Р.Г.Ишемического прекондиционирования миокарда при стабильной стенокардии у пациентов с резистентной артериалной гипертонией [Текст] / Сохибов Р.Г, Шарипова Х.Ё. Рахимов Дж. Дж., 70-юбилейная научно-практическая конференция с международным участием. . Душанбе 25 ноября 2022.стр.209-210

[35-А]. Сохибов Р.Г.Течение острого коронарного синдрома у пациентов молодого и среднего возраста: роль мелатонина [Текст] / Сохибов Р.Г, Гулова Р.М., Шарипова Х.Е Материалы научно-практической конференции ГОУ

«ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) 2023 Душанбе с международным участием. ТОМ 1 Стр. 478-481
[37-А]. Сохибов Р.Г.Когнитивные нарушения на фоне тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с острым коронарным синдромом[Текст] / Сохибов Р.Г, Пирова Г.Д., Султонов Х.С Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) 2023. Душанбе с международным участием. ТОМ 1 Стр. 614-616.
[37-А]. Сохибов Р.Г.Частота форм острого коронарного синдрома и его исходы у пациентов до 60 лет в разные периоды наблюдение[Текст] / Сохибов Р.Г, Гулова Р.М., Шарипова Х.Е Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) 2023 Душанбе с международным участием. ТОМ 1 Стр. 661-662
[38-А]. Сохибов Р.Г.Когнитивные нарушения и выраженность ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с острым коронарным синдромом [Текст] / Сохибов Р.Г, Шарипова Х.Ё., Турсункулов З. Дж Материалы научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной) 2023 Душанбе с международным участием. ТОМ1 Стр. 751-752
[39-А]. Сохибов Р.Г.Тревожно депрнсивний синдром у пациентов с острым коронарным синдромом[Текст] / Сохибов Р.Г, Шарипова Х.Ё. Нурализода А.Н. Научно практическая конфренция (72- годичная) 1-ноябрь 2024г 342стр
[40-А]. Сохибов Р.Г. Частота и выраженость когнитивной недостаточности у пациентов с острым коронарным синдромом [Текст] / Сохибов Р.Г, Шарипова Х.Ё. Нурализода А.Н. Научно практическая конфренция (72- годичная) 1-ноябрь 2024г 342стр
[41-А]. Сохибов Р.Г.Частота ассосиированных с СШК заболеваний в возрастном аспекте у пациентов общей группы 2 период,госпитальный этап [Текст] / Сохибов Р.Г, Шарипова Х.Ё .Шарифбоев А.Х Научно практическая конфренция (72- годичная) 1-ноябрь 2024г 342стр

[42-А]. Сохибов Р.Г.Особенности СШК и путей госпитализации пациентов в разные периоди наблюдения [Текст] / Сохибов Р.Г, 1Шарипова Х.Ё Научно практическая конфренция (72- годичная) 1-ноябрь 2024г 343
[43-А]. Сохибов Р.Г. Коморбидность заболеваний у пациентов молодого и средного возраста с СШК [Текст] / Сохибов Р.Г, Шарипова Х.Ё.Хакимов Ё Научно практическая конфренция (72- годичная) 1-ноябрь 2024г 344стр
[44-А]. Сохибов Р.Г.Частота сопутствующих заболеваний у больных с острым коронарным синдромом на фоне нарушения нутритивного статуса
[Текст] / Сохибов Р.Г, С.Г.Музафаров., З.Ш. Каландаров Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний/ Сборник материалов второго Съезда врачей Республики Таджикистан, Душанбе 29 июня 2019 - с. 162
[45-А]. Сохибов Р.Г. Рексетин в лечение ИБС с тревожно депресивным синдромом [Текст] / Сохибов Р.Г, Худоёрзода К.Х. Розиков П.Н.. Актуальные вопросы медицины и высшего медицинского образования Материалы республиканского научно практической конфренции ГОУ ХГМУ(5-годичная) 29 ноябрь 2024г 216стр.
[46-А]. Сохибов Р.Г.Ближайшие исходы индексных эпизодов острого коронарного синдрома у пациентов молодого возраста[Текст] / Сохибов Р.Г, Рахимов Дж.Дж.,Якубов Д.С. Нурализода А.Н..73-я годичная научно-практическая конференция с международным участием, посвященная “Годам развития цифровой экономики и инноваций 2025-2030гг.” , г.Душанбе,366-367
[47-А]. Сохибов Р.Г. Тревожно-депрессивные синдромы у пациентов с СШК в период пандемии COVID-19 на фоне профилактического приёма мелатонина [Текст] / Сохибов Р.Г, Бобоев Ф.Д. Назарова Г.О .Рахимова Д.З. Достижения и перспективы развития медицинской науки и образования в Таджикистане” Материалы Республиканской научно-практической конференции (VI –ая годичная), посвященной дню президента и государственному флагу Республики Таджикистан. Том 1, р.Дангарийский, 21 ноября 2025, 474 .

[48-А]. Сохибов Р.Г.Когнитивная недостаточность у пациентов с СШК в период пандемии COVID-19 на фоне профилактического приёма мелатонина[Текст] / Сохибов Р.Г, Рахимова Д.З. Боймуродов П.А. Назарова Г.О. Достижения и перспективы развития медицинской науки и образования в Таджикистане" Материалы Республиканской научно-практической конференции (VI –ая годичная), посвященной дню президента и государственному флагу Республики Таджикистан. Том 1, р.Дангарийский, 21 ноября 2025, стр.475

[49-А]. Сохибов Р.Г. Клинико лабараторные и инструментальные показателиу пациентов с острым коронарным синдромом по данным пролонгированного наблюления с учётом перенесённой COVID-19 и профилактического приёма мелатонина[Текст] / Сохибов Р.Г, Назарова Г.О., Шарифбоев А.Х., Боймуродов П.А. Современные стратегии диагностики и лечения внутренних и эндокринных заболеваний в условиях комарбидности. Материалы республиканской научно-практической конференции 31 марта 2026 Душанбе с. 163

Феҳристи ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

ҲА	Ҳалқаи атеросклерозӣ
ФШ	Фишорбаландии шарёнӣ
ШБС	Шарёни брахиосефалӣ
ТДЗТ	Табобати дукаратаи зидди тромбоситарӣ
ИМ	инфаркти миокарда
НК	норасоии (ихтилоли) когнитивӣ
СН	стенокардияи ноустувор
ҲНГД	ҳолатҳои ногувори дилу рагҳо
СШК	синдроми шадиди коронарӣ
СШК п ST	СШК бо баланд шудани сегменти ST
СШК бп ST	СШК бе баланд шудани сегменти ST
ИШГМ	Ихтилоли шадиди гардиши хуни майна
пАПК	Амалиёти зерипустии коронарӣ (аввалия)
РАГ	Фишорбаландии шарёнии резистентӣ
ФСШ	Фишори систоликии шарёнӣ
ДҚ	Диабети қанд
БДР	Бемории дилурагҳо
ФДР	Фавти дилу рагҳо
СФ	Синфи функсионалӣ
БМГ	Бемории музмини гурдаҳо
НМД	Норасоии музмини дил
АПК	Амалиёти зерипустии коронарӣ

АННОТАЦИЯ

Сохибова Рахматуло Гуломовича

Клинико-гемодинамические и нейропсихические особенности течения острого коронарного синдрома в разные временные периоды исследования
(2009–2012 гг. и 2019–2022 гг.)

Ключевые слова: острый коронарный синдром (ОКС), молодой и средний возраст (МСВ), клинико-гемодинамический и метаболический профиль, сосудистое ремоделирование (ТИМ БЦА, АБ) нейропсихические нарушения (НПН), COVID-19, мелатонин (МТ), отдалённые неблагоприятные сердечно-сосудистые события (НССС), инвазивные вмешательства.

Цель исследования. Совершенствование стратегии ведения пациентов МСВ с ОКС на основе анализа влияния временного фактора и пандемии COVID-19 на клинико-гемодинамический, метаболический и нейропсихический профиль (синдромы тревоги, депрессии и КН) пациентов, клиническое течение заболевания и частоту НССС по результатам трёхэтапного исследования: БИТ приёмного отделения, стационарного лечения и 12-месячного постгоспитального наблюдения.

Методы исследования и использованная аппаратура. Проведено многоцентровое проспективное когортное исследование пациентов молодого и среднего возраста (МСВ) с ОКС. Оценивали клинико-анамнестические данные, лабораторные показатели (кардиоспецифические маркёры, СРБ, липидный профиль), инструментальные показатели (ЭКГ, ЭхоКГ с допплеровским исследованием и УЗД брахиоцефальных артерий с оценкой ТИМ и АБ, частоту выполнения КАГ и ЧКВ; оценка НПН по шкалам Гамильтона и MoCA. Статистическая обработка включала сравнительный, корреляционный и регрессионный анализ.

Полученные результаты и их новизна. Впервые в Республике Таджикистан проведена комплексная сравнительная оценка течения ОКС у пациентов МСВ в двух временных периодах, разделённых 10-летним интервалом; во II периоде проведено дополнительное сопоставление допандемического и пандемического этапов. Установлено, что, несмотря на улучшение маршрутизации пациентов, расширение применения инвазивных вмешательств и оптимизацию медикаментозной терапии, во II периоде отмечено неблагоприятное изменение клинико-погностического профиля ОКС, включавшее более молодой возраст пациентов, учащение метаболических нарушений, сосудистого ремоделирования и НССС. В период пандемии снизилось число поступлений, но возросли тяжесть течения ОКС, летальность и частота НССС, особенно у перенёсщих COVID-19. Увеличение ТИМ, нстабильность АБ и нейропсихические нарушения повышали риск НССС, тогда как приём МТ снижал его. На основе выявленных факторов предложен алгоритм стратификации риска и ведения пациентов.

Рекомендации по использованию. Рекомендуются поэтапная комплексная стратификация риска у пациентов МСВ с ОКС с учётом временного контекста и НПН; включение скрининга нейропсихических синдромов в стандартную оценку; усиленное наблюдение и коррекция прогностических факторов риска; рассмотрение возможности применения мелатонина.

Область применения: кардиология, неотложная медицина, реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов после ОКС.

АННОТАТСИЯИ

Соҳибов Раҳматуло Ғуломович

«Хусусиятҳои клиникӣ- гемодинамикӣ ва асабиву равонии синдроми шадиди коронарӣ (СШК) дар давраҳои гуногуни таҳқиқот (дар солҳои 2009-2012 ва солҳои 2019–2022)»

Калимаҳои калидӣ: синдроми шадди коронарӣ (СШК), синни ҷавон ва миёна (СҶМ), профили клиникӣ-гемодинамикӣ ва метаболикӣ, ремоделсозии рагӣ (ҒИМ ШБС, ҲА) ихтилолҳои асабу равонӣ (ИАС), COVID-19, мелатонин (МТ), ҳолатҳои ногувори дури дилурагҳо (ҲНДР), амалиётҳои инвазивӣ.

Мақсади таҳқиқот – такмил додани стратегияи муроқибати беморони сигнну соли ҷавон ва миёнаи дорои СШК дар асоси таҳлили таъсири омили муваққатӣ ча пандемияи COVID-19 ба профили клиникӣ-гемодинамикӣ, метаболикӣ ва равониву асабии беморон, ҷараёеи клиникии беморӣ, басомади ҳолатҳои нохуби дилу рагҳо аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқоти семарҳилавӣ: БТИ шуъбаи қабул, табобати статсионарӣ ва муоинаи 12-моҳаи пас аз беморхонагӣ.

Усулҳои таҳқиқот ва истифодаи таҷҳизот. Таҳқиқоти бисёрмарказии проспективии когортии синну соли ҷавон ва миёнаи дорои СШК гузаронида шуд. Маълумотҳои клиникӣ-анамнезӣ, нишондиҳандаҳои лабораторӣ (профили маркёрҳои махсуси дил, С-сафедаи реактивӣ, липидӣ), нишондиҳандаҳои инструменталӣ (ЭКГ, ЭхоКГ бо таҳқиқоти допплерӣ ва ТУД шарёнҳои брахиосефалӣ бо арзёбии ҒИМ ва ҲА, басомади иҷро кардани КАГ ва АПК; арзёбии NPN (шиддати асабиву равонӣ) мувофиқи шкалаҳои Гамилтон ва MoCA. Коркарди оморӣ таҳлилҳои муқоисавӣ, коррелятсионӣ ва регрессиониро дар бар гирифт.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва навгонии онҳо. Бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тақиқоти комплексии ҷараёни СШК дар беморони СҶМ дар ду давраи замонӣ, ки бо фосилаи 10 сол ҷудо карда шудаанд, гузаронида шуд; дар давраи дуюми таҳқиқоти иловагии муқоисавии марҳалаҳои топандемия ва пандемия гузаронида шуд. Муқарар кардашуд, ки сарфи назар аз беҳтар шудани хатсайри беморон, густаришёфтани истифодаи амалиётҳои ҷарроҳии инвазивӣ ва оптимизвтсияи табобати медикаментозӣ, дар давраи II тағйиротҳои нохуби профили клникӣ-пешгӯйикунандаи СШК ба мушоҳида мерасад, аз ҷумла нисбатан ҷавонтар будани синну соли беморон, зиёд шуданиихтилолҳои метаболикӣ, ремоделсозии рагҳо, ҲНДР. Дар давраи пандемия миқдори дохилшудагон кам шудааст, вале вазнинии ҷараёни СШК, фавт ва басомади ҲНДР, махсусан дар ашхоси COVID-19-ро гузаронида, афзудааст.

Зиёд шудани ҒИМ, ноустувории ҲА ва ихтилолҳои асабиву равонӣ хатари ҲНДР-ро бештар кардаанд, дар ҳоле ки истеъмоли МТ онро коҳиш додааст. Дар асои далелҳои ошкор кардашуда алгоритми табақабандии хатар ва муроқибати беморонпешниҳод карда шудааст.

Тавсияҳо барои истифода. Табақабандии марҳилавии комплексии хатар дар СҶМ бо СШК бо назардошти далелҳои замонӣ ва NPN тавсия карда мешавад; аз ҷумла скрининги синдромҳои асабиву равони дар арзёбии стандартӣ; муоинаи пурзӯр ва ислоҳи омлҳои пешгӯйикунандаи хатар; баррасии имкониятҳои истифодаи мелатонин.

Соҳаи истифода: кардиология, тибби таъҷилӣ, реабилитатсия ва муоинаи диспансерии беморон баъд СШК.