

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOGLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

Qo'lyozma huquqida

UDK: 616.127-005.8:616.379-008.64

Aliqulov Husan Raximbek o'g'li

**II TIPQANDLI DIABET FONIDA MIOKARD INFARKTI
KECHISHINING XUSUSIYATLARI**

Mutaxassislik: 5A510105-Kardiologiya

Magistrlik ilmiy darajasini olish uchun yozilgan

DISSERTATSIYA

Ilmiy rahbar:

t.f.d., professor Tashkenbayeva E.N.

Samarqand-2023

MUNDARIJA

	Qisqartma so'zlar ro'yxati.....	3
	Kirish	4
	Ibob. II tip qandli diabet bo'lgan bemorlarda miokard infarktining asosiy klinik kechishi xususiyatlari (Adabiyotlar sharhi)	7
1.1.	II tip qandli diabetning yurak–qon tomir tizimiga ta'siri haqida qarashlar.....	7
1.2.	II tip qandli diabetning yurak-qon tomir tizimiga etiopatogenetik ta'siri haqida zamonaviy qarashlar.....	9
1.3.	II tip qandli diabet bo'lgan bemorlarda miokard infarktining klinik kechishi xususiyatlari.....	14
	II bob. Materiallar va usullar	16
2.1	Tadqiqotga jalb etilgan bemorlarning klinik tavsifi.....	16
2.2	Umumiy laborator tekshiruv usullari.....	18
2.3	Umumiy asbobiy tekshiruv usullari.....	
2.4	Raqam ko'rsatkichlarini statistik tahlili.....	
	3-BOB. O'tkir miokard infarktining xususiyatlari kechishi	26
3.1	II tip qandli diabet bo'lgan bemorlarda miokard infarktining asosiy klinik kechishi xususiyatlari	26
3.2	II tip qandli diabet bo'lgan bemorlarda miokard infarktining klinik-laborator ko'rsatkichlarini qiyosiy baholash	28
3.3	II tip qandli diabet bo'lgan bemorlarda miokard infarktining asbobiy ko'rsatkichlarini qiyosiy baholash	32
	4-BOB Miokard infarktining og'irligini anamnestik xavf omillari bo'yicha baholash	39
	XOTIMA	59
	XULOSALAR	65
	AMALIY TAVSIYALAR	66
	FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI	68

Qisqartmalar ro'yxati

AD – arterial davleniya

AKSh- aorta karanor shuntlash

AAF-angiotenzin aylantruchi ferment

GTChOB-giss tutami chap oyoqchasi
blokadasi

GTOB-giss tutami oyoqchasi blokadasi

GTO'OB-giss tutami o'ng oyoqchasi
blokadasi

ARB-angiotenzin retseptri blokatri

YKJ- yeropa kardiologlar jamiyati

QT-qorinchalar taxikardiyasi

YIK-yurak ishemik kasalligi

MI-miokard infarkdi

TMI-tana massa indeksi

ChQ-Chap qorincha

ZPLP-Zichligi past lipoproteidlar

O'KS-o'tkir karonar sindrom

SAB-sistolik arteriyal bosim

QD-qandli diabet

KFT-koptokchalar filtratsiyasi tezligi

QF-qorinchalar fibrilatsiyasi

BF-bo'lmachalar fibrilatsiyasi

EKG-elektrokardiografiya

ExoKG- exokardiografiya

ANNOTATSIYA

Mavzu: II tip qandli diabet fonida miokard infarkti kechishining xususiyatlari.

Mavzuning dolzarbligi. Qandli diabet bilan og'riqan bemorlarda ko'pincha yurakning koronar qon aylanishiga katta zararlanadi, tomirlarning vazodilatatsiya qilish qobiliyati pasayadi, qonning fibrinolitik faolligi pasayadi, trombositlar agregatsiyasi kuchayadi va yurak faoliyati buziladi. Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, miokard infarkti (MI) bilan bog'liq bo'lgan II-tip qandli diabet asoratlarini o'rganish uchun ko'plab tadqiqotlar o'tkazilgan [Waldron F. A., 2019].

Qandli diabet - bu qandli diabet bilan og'riqan bemorlar o'limining eng ko'p uchraydigan sababi bo'lgan yurak-qon tomir asoratlarini rivojlanishining asosiy xavf omillaridan biridir. Bir qator tadqiqotlarga ko'ra, qandli diabet bilan yurak-qon tomir kasalliklari qo'shib kelishi bu kasalliklarda o'lim ko'rsatkichini 2-4 marta oshiradi. Miokard infarkti bo'lgan bemorlarda 20% holatlarda qandli diabet fonida rivojlanadi va o'lim xavfi, kardiovaskulyar asoratlari ko'payadi. Miokard infarkti qandli diabet bilan og'riqan bemorlarda sog'lom odamlarga nisbatan 3 marta ko'proq uchraydi va kasallikning og'irligi bilan ajralib turadi, yosh bemorlarda uchraydi, bu bir qator xavf omillarga bog'liq [Benenson I., 2019].

II-tip qandli diabet kasalligi koronar aterosklerozning rivojlanishiga, va uni kuchaytiradigan diabetik miokard infarkti, diabetik kardiomyopatiya fonida, yurak etishmovchiligi, kardiogen shokgacha rivojlanishga sababchi bo'ladi. MI bilan II-tip qandli diabet qo'shib kelishi bemorlar o'limni 15 marotabaga oshiradi.

Adabiyotlarga ko'ra, qandli diabet kasalligi bo'lgan bemorlarda miokard infarkti natijasida o'lim xavfi qandli diabiti bo'lmagan odamlarga nisbatan ancha yuqori. [Benken S. T. 2018] (Guiga H., Decroux C., Michelet P. 2017).

Qandli diabet II-tipning yurak-qon tomir tizimiga salbiy ta'sirini hisobga olgan holda. Amerika kardiologlari assotsiatsiyasi (ACA) tadqiqotlari qandli diabet va o'tkir yurak-qon tomir kasalliklari o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik borligini

tasdiqladi. Evropa olimlarining tadqiqotlariga ko'ra miokard infarkti bilan og'riqan qandli diabeti bor bemorlarning soni koronar arteriya kasalligi bo'lgan bemorlar orasida yarmini tashkil etadi. [Williams B., Mancia G., Spiering W. 2018]. Xitoyda o'tkazilgan shunga o'xshash tadqiqotda tasdiqlanishicha miokard infarkti bo'lgan bemorlar orasida normal glyukoza metabolizmi bo'lgan bemorlar atigi 35,8%ni tashkil etadi.

Qandli diabetda yurak-qon tomir asoratlari va o'lim xavfi 2-5 baravar yuqori hattoki arterial gipertenziya, giperlipidemiya va chekish kabi klassik xavf omillari bo'lmagan holatda ham. Bularning barchasi diabet bilan bog'liq o'ziga xos xavf omillari mavjudligini ko'rsatadi, bu chuqurroq o'rganishni talab etadi.

Ishning maqsadi. RSHTYOIM SF kasalxonasiga yotqizilgan bemorlarda II tip qandli diabet bilan og'riqan bemorlarda miokard infarkti kechishini og'irlashtiradigan xavf omillarini o'rganish.

Ishning vazifalari.

1. Miokard infarkt va II-tip qandli diabet bilan kechadigan kasallikning uchrashini va klinik xususiyatlarini o'rganish.
2. II-tip qandli diabet bilan bemorlarda miokard infarkti asoratlari uchun xavf omillarini aniqlash.
3. II-tip qandli diabet fonida rivojlangan MI bilan kasallangan bemorlarni davolashning samaradorligini oshirish.

Tadqiqot obyekti sifatida Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Samarkand filialining kardioreanimatsiya, shoshilinch terapiya bulimlarida miokard infarkti a qandli diabet tashxisi bilan yotib dovolangan 104 nafar bemor tanlab olindi. Shu jumladan 68ta miokard infarkt 2 tur qandli diabet bilan, 32ta faqat miokard infarkti bilan o'rganildi.

Tadqiqotning predmeti sifatida bemorlarni umumiy qon va siydik taxlili, biokimyoviy qon taxlili, EKG, ExoKG, Doplerografiya malumotlari olingan.

Tadqiqotning ilmiy yangiligi: RShTYoIM SFda ilk bor miokard infarktining qandli diabet fonida kechishini va uchrashini o'rganildi

Ikkinchi tur qandli diabetda infarkt miokard bilan kasallangan bemorlarda o'ziga xos patogenitik va klinik kechishiga asoslangan xolda bemorlarni davolash va profilaktik algoritmini optimallashtirish kerakligini ko'rsatdi.

Tadqiqotning amaliy ahamiyati:Ikkinchi tip qandli diabetda infarkt miokard kasalligi bilan kasallangan bemorlarda erta tashxislash va davolash algoritmi patogenetik yondashib ishlab chiqiladi va amaliyotga tadbiq etiladi.

I- bob. ADABIYOTNING SHARHI

1.1. II tip qandli diabet fonida miokard infarkti kechishining xususiyatlari

1.2. II tip qandli diabet fonida miokard infarktining davolash xususiyatlari

1.3. II tip qandli diabet va miokard infarkti bilan kasallanish oqibati

1.1. II tip qandli diabet fonida miokard infarkti kechishining xususiyatlari

JSST ma'lumotlariga ko'ra, yurak-qon tomir kasalliklari (YQTK) dunyo bo'ylab o'limning asosiy sababidir. Taxminan 2022 yilda YQTK kasalligidan 17,9 million kishi vafot etdi, bu dunyo bo'ylab barcha o'limlarning 31 foizini tashkil qiladi. Ushbu o'limlarning 85% yurak xuruji va insult tufayli sodir bo'lgan. YQTK o'limining 75% dan ortig'i kam va o'rta daromadli mamlakatlarda sodir bo'ladi. Yuqumli bo'lmagan kasalliklardan 70 yoshgacha bo'lgan 17 million o'limning 82 foizi kam va o'rta daromadli mamlakatlarda uchraydi va o'limning 37 foizi YQTK hisoblanadi.

Zamonaviy tibbiyot yutuqlariga qarammay yurak-qon tomir patologiyasidan nogironlik va o'lim, asosan, o'tkir va surunkali yurak etishmovchiligi bo'lgan bemorlar tufayli oshib bormoqda, ularning asosiy sabablaridan biri miokard infarkti. Yaqinda o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, o'limning ko'payishi asosan yosh va o'rta yoshdagi erkaklar o'rtasida sodir bo'ladi. Bu miokard infarktining oldini olish va davolash muammosini sog'liqni saqlashning ustuvor yo'nalishiga aylantiradi (Irgasheva U.Z., Toirov E.S., Ahmedov I.A., 2012; JSST: yurak-qon tomir kasalliklari. [Http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/tafsilotlar/yurak-qon-tomir-kasalliklari-\(YQTK\)-2017-yil-17-may-g](http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/tafsilotlar/yurak-qon-tomir-kasalliklari-(YQTK)-2017-yil-17-may-g); Amonov Malik e t al, 2015.).

Evropada har yili 4 million kishi YQTK kasalligidan vafot etadi , shundan 1 millioni Rossiyada. Rossiya Federatsiyasida YQTKdan o'lganlarning ulushi 55,9%, Evropada - 47%. Mehnatga layoqatli yoshda qon aylanish tizimi kasalliklari barcha o'limlarning 1/3 qismidan ko'prog'ini tashkil qiladi. Bundan tashqari, erkaklarning ayollarga nisbatan yurak ishemik kasalligidan (YuIK) 7,2 baravar, miokard infarktidan 9,1 marta va miya qon tomir kasalliklaridan 3,4 baravar yuqori (Shalnova S.A., 2013, 26-27- betlar). ; Jernakova YA . va boshqalar, 2019, 22-56 betlar.).

Boshqa bo'limlarda bemorlar orasida MI ulushi yuqori . Ovsyannikov V.V.ning so'zlariga ko'ra (2007 y., 9-10 betlar), kasalxonaga yotqizilgan bemorlarda miokard infarkti o'rtacha 10 ming kasaldan 23tasida rivojlanib, kasalxonada davolangan MI bilan kasallangan bemorlarning 9% ni tashkil qiladi . Statsionar bemorlar orasida MIDan o'lim 37,8% ni tashkil etadi, bu MI bilan kasalxonadagi umumiy o'limdan (9-11%) 4 baravar yuqori. Taxminan 1/3 qismi (35%) davolash uchun kasalxonaga yotqizilgan miokard infarktidan barcha o'limlarning tarkibi, kasalxonada miokard infarkti yuzaga kelgan bemorlarni tashkil qiladi .

Gulyaevning so'zlariga ko'ra N.I. (2009, 6-bet; 7) yurak kasalliklari sababli 3 yil ichida kichik va o'rta yoshdagi odamlarda yurak sabablaridan o'lim 9,4% ni tashkil etadi (birinchi yilda - 4,7%), ularning 85% to'satdan vafot etadi.Kichik va o'rta yoshdagi MI bo'lgan bemorlarda eng katta prognozli qiymat quyidagicha: o'tkir chap qorincha yetishmovchiligining o'tkir davrida, yurak urish tezligi 1 daqiqada 85 dan oshishi,o'tkir osti davrda - surunkali yurak etishmovchiligi ikkinchi va undan yuqori funktsional sinf, surunkali chap qorincha anevrizmasining mavjudligi, QT oralig'ining uzayishi, Lounga gradatsiyasiga ko'ra ikkinchi va yuqori qorincha ritmining buzilishi yuzaga keladi.

Kichik va o'rta yoshdagi odamlarda miokard infarktining oldini olish, davolash va yurak etishmovchiligining dastlabki belgilarini aniqlash muammolarini o'rganish juda dolzarbdir. Sotnikovning ishidan A.V. (2007 y., 11-14 betlar) "Kichik va o'rta yoshdagi odamlarda miokard infarkti kechishining

klirik xususiyatlari" maqsadi miokard infarkti paydo bo'lish shartlarini, kechish xususiyatlarini, asoratlari tuzilishini o'rganish edi va yurakning morfofunktsional holatidagi o'zgarishlar, markaziy va o'pka gemodinamikasi 60 yoshgacha bo'lgan odamlarda yurak etishmovchiligining shakllanishiga sabab bo'ladi.

Muallifning fikriga ko'ra, 60 yoshgacha bo'lgan miokard infarkti bilan og'rigan bemorlarda kasallikning rivojlanishining eng ko'p uchraydigan omillari quyidagilardir: lipidlar metabolizmining buzilishi, jismoniy harakatsizlik, chekish, arterial gipertoniya, ortiqcha vazn, surunkali infeksiyalar. Agar ular mavjud bo'lsa, kasallikning tabiati, yurakning morfofunktsional holati va gemodinamik ko'rsatkichlari o'zgaradi va asoratlar soni ko'payadi.

Asoratlari - yurak ritmining buzilishi, yurak anevrizmalari va tromboendokardit . Yoshlar orasida miokard infarktining atipik shakllari soni va ularning yurak etishmovchiligining namoyon bo'lishi bilan birgalikda, asoratlari va ularning kombinatsiyalari soni va o'lim ehtimoli ko'paymoqda.

Miokard infarktining dastlabki davrlarida yurakning sistolik va buzilgan diastolik funktsiyalarining pasayishi chap qorincha va chap bo'lmacha kengayishi, katta va kichik qon aylanish doirasining gemodinamikasining o'zgarishi bilan kechadi. Kasallikning murakkab kechishi yurakning sistolik funktsiyasining sezilarli darajada pasayishi bilan tavsiflanadi va chap kameralarning kengayishi, markaziy va o'pka gemodinamikasining aniq o'zgarishi bilan kechadi, bu esa yurak-qon tomir yetishmovchiligini rivojlanishiga olib keladi. Ushbu o'zgarishlar yoshga qarab kuchayadi. Asoratlangan miokard infarkti bilan og'rigan bemorlarda, ayniqsa 46-60 yoshlardagi odamlarda yurak etishmovchiligining dastlabki klinik ko'rinishlari va shu bilan birga ularning hayot sifatining yomonlashuvi kuzatiladi.

1.2 II tip qandli diabet fonida miokard infarktining davolash xususiyatlari

Qandli diabetning mavjudligi MI va yurak-qon tomir o'limining yuqori xavfi bilan bog'liq . Eraklarda qandli diabetda MI xavfi 50% ga, ayollarda 150% ga oshadi, diabetdagi barcha o'limlarning 30%MI tufayli kelib chiqadi. Qandli diabet bilan

og'rigan bemorlar orasida yurak-qon tomir o'limi 65% hollarda kuzatiladi (Gulyaeva N.I., 2009, 6-bet; 7) .

Insulin qarshiligi qon tomir devorining qattiqligi va qattiqligining oshishiga olib keladi, bu esa arterial gipertenziya rivojlanishiga olib keladi. Ermakov E.A., Ametova AS, (2015) ishlarida qon bosimi o'zgaruvchanligining nojo'ya ta'siri aniqlangan tadqiqot natijalari tasvirlangan, bu qon tomirlari va yurak xuruji rivojlanishining ishonchli bashoratchisi sifatida baholanishi mumkin. qon bosimi darajasi, yoshi va jinsi ...

O'tkir koronar sindromni (O'KS) davolashda yurak asoratlarini rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan shaxslarni aniqlash katta ahamiyatga ega, masalan, takroriy yoki takroriy o'tkir miokard infarkti yoki o'lim. Xavfi tabaqalanishi bo'lgan bemorlarda xavfini aniqlash uchun yordam hisoblanadi parvarishlash sifatini ko'rsatkichlaridan biri O'KS bilan og'rigan bemorlar uchun . Uchun xavf, hisoblash tabaqalanishi modellari (taroz) TIMI, Greys, kuzatib (O'KS bo'lgan bemorlar uchun ST segment ko'tarilishi), TIMI II ishlatiladi (O'KS va ST segment balandlik bilan bemorlar uchun); CADILLAC (bemorlarni teri osti koronar aralashuviga murojaat qilishda) va boshqalar. Noqulay natijalar xavfini tabaqalashtirish uchun modellardan (tarozidan) differentsial foydalanish O'KS (erta invaziv yoki dastlab konservativ) bo'lgan bemorlarni davolash strategiyasini tanlashda yordam beradi, shu bilan o'limni kamaytiradi va miokard infarkti yoki beqaror angina pektorisiga qayta kasalxonaga yotqizish chastotasini kamaytiradi. (Balanova Yu.A. va boshq. , 2015, 1-3 betlar) .

Trombolitik terapiya davrida miokard infarktidan o'lim hali ham diabet mellitus mavjud bo'lganda 1,5-2 baravar yuqori. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarning o'limining ko'payishi miokardning ishiga va qon ta'minotiga ta'sir qiluvchi turli mexanizmlar va ushbu bemorlarga xos trombozga moyilligi bilan bog'liq. Miokard infarktini davolashning zamonaviy usullari diabet mellitusda juda samarali. Miokard metabolizmini boshqarishni takomillashtirish o'limni kamaytirishga ham yordam beradi.

Yurak-qon tomir kasalligi bo'lgan diabet etakchi o'lim sababdir; ular Qo'shma Shtatlardagi diabet mellitus e hajmi bilan og'rigan bemorlarning o'limining deyarli 80% bilan bog'liq . Ushbu holatlarning to'rtidan uch qismi ishemik yurak kasalligi, ko'pincha miokard infarkti tufayli yuzaga keladi. Diabet bilan og'rigan bemorlarda miokard infarkti, o'lim miokard va uzoq vaqt kuzatish o'tkir bosqichida, diabet chalingan emas bemorlarga nisbatan sezilarli darajada yuqoridir (365Aronson D ., Rayfield E . J . , Chesebro J . H . , 1997) .

Insulin qarshiligi qon tomir devorining qattiqligi va qattiqligining oshishiga olib keladi, bu esa arterial gipertenziya rivojlanishiga olib keladi. Ermakov E.A., Ametova AS, (2015) ishlarida qon bosimi o'zgaruvchanligining nojo'ya ta'siri aniqlangan tadqiqot natijalari tasvirlangan, bu qon tomirlari va yurak xuruji rivojlanishining ishonchli bashoratchisi sifatida baholanishi mumkin. qon bosimi darajasi, yoshi va jinsi ...

Galyavi R.A va boshqalarning tadqiqotlarida . (2014) uglevod metabolizmi buzilgan va bo'lmagan odamlarda kurs va arterial gipertenziya farqlarini aniqladi . Tadqiqot natijalariga ko'ra, lipid va uglevod almashinuvini, organizmning filtrlash faolligi ko'rsatkichlarini yanada ehtiyotkorlik bilan va dinamik ravishda kuzatib borish, qon bosimi yuqori bo'lgan bemorlarni uglevod almashinuvidagi mumkin bo'lgan buzilishlardan ogohlantirish zarurligi to'g'risida xulosa chiqarildi.

II-tip qandli diabet (QD) bo'lgan bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklaridan o'lim 70-80% ni tashkil qiladi. Ushbu bemorlarning o'limining asosiy sababi 50-70% hollarda o'tkir miokard infarkti hisoblanadi. Qandli diabet bilan og'rigan, o'tkir miokard infarkti (AMI) bilan kasallangan bemorlarda o'lim darajasi 2 baravar yuqori va yurak konjestif etishmovchiligi diabet 2 kasalligiga chalinganlarga qaraganda 3 baravar tez-tez rivojlanib boradi. àmì rivojlantirish diabet bilan og'rigan bemorlarda 2, bir koroner zaxiralari kamayishi tufayli aterosklerotik jarohatlarini diffuz tabiati yurak, bilan birlashtirilgan , nogiron, reologik qon xususiyatlari Poyasi, metabolik

jarayonlar miokard va diabetik huzurida kardiopatiya (Kakorin S.V. va boshq., 2015).

T Regubenko EV, Klimkin AS (2013 yil, 25-27 betlar) MI diabet kasalligi bo'lgan bemorlarning 38-50% o'limining sababi ekanligini va quyidagi klinik xususiyatlarga ega ekanligini ko'rsatadi.

- koronar tomirlarning trombozi diabet bo'lmaganiga qaraganda ikki baravar ko'p kuzatiladi;

- MIning og'riqsiz boshlanishi bemorlarning 23-40 foizida kuzatiladi ; bu yurakning avtonom innervatsiyasi buzilishi bilan bog'liq (V.M.Prikozhaning "yurak gipoesteziyasi " sindromi);

- miokard infarktining kechishi ancha og'ir, chunki u ko'pincha kardiogen shok, o'pka emboliya, chap qorincha anevrizmasi, yurak yorilishi bilan murakkablashadi;

- IM ko'pincha transmural va takrorlanadi;

- postinfarkt davri diabetga chalingan odamlarga qaraganda uzoqroq va qiyinroq, postinfarktlı kardioskleroz ko'pincha yurak etishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi;

- Birinchi oyda MI dan o'lim 41% ni tashkil qiladi, diabet bo'lmagan taqdirda 20%, 5-6 yoshdan keyin esa mos ravishda 43-65% va 25%.

Dreval A.V.ga ko'ra. va boshq . (2013; 5-11 betlar) Qandli diabetik nefropatiya (DN) bilan kasallangan diabetik bemorlarning o'lim darajasi u holda o'lim darajasidan QD da 2,5 baravar, QDI da esa 2 baravar oshadi . Diabetik nefropatiyaga chalingan bemorlarda o'rtacha umr ko'rish davomiyligi shunchalik kam. DN bo'lmagan qandli diabetga chalingan ayollar bilan taqqoslaganda. 1- toifa diabetga chalingan ayollarda DN borligi umr ko'rish davomiyligini 3 yilga, II-tip diabet bilan 1,9 yilga kamaytiradi, Ushbu asoratga ega bo'lgan erkaklarda umr ko'rish davomiyligi erkaklarnikiga nisbatan kamaymagan. 1- toifa diabetga chalingan ayollarda DN ni ro'yxatdan o'tkazgandan keyin besh yillik hayot darajasi erkaklarnikiga qaraganda 26,1% ga past (mos ravishda 61,8 va 87,9%). DM 2da, DN tashxisi qo'yilganidan keyin besh yillik hayot darajasi

ayollarda erkaklarga qaraganda yuqori (mos ravishda 71,7% va 62,2%). CRF 30 yoshga to'lgunga qadar kasal bo'lib qolgan diabet mellitus I bilan kasallangan bemorlarning o'limining asosiy sababidir, bu o'limning barcha sabablarining 22,9 foizini tashkil qiladi. 2- toifa diabet bilan CRF surunkali yurak etishmovchiligi, miokard infarkti, qon tomir va gangrenoz sepsidan keyin beshinchi o'rinda turadi. Surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lgan 2- toifa diabet bilan kasallanganlarning mutlaq soni 5 yil davomida 324 kishini tashkil etdi, bu 1-toifa diabetga qaraganda 2,3 baravar ko'pdir. 1- va 2- toifa diabetli bemorlarning o'lim darajasiga DN ning katta "hissasi" diabetga chalingan bemorlarda ushbu asoratni erta aniqlash va oldini olish choralarini ko'rish zarurligini belgilaydi.

L.A.ning ishida. Goreeva (2012, 28-29 betlar), klinik va demografik profil bilan solishtirganda, MI va II-tip diabet bilan og'riqan bemorlarga sistolik disfunktsiya, neyroqumoral tizimlarning zo'riqishi, endotelial disfunktsiya, oksidlovchi stress ko'rsatkichlarining oshishi va pasayish xarakterlidir. II-tip qandli diabetga chalingan bemorlarga nisbatan antioksidant himoyada. Qandli diabet bilan og'riqan bemorlar 6 oylik kuzatuv davomida yurak-qon tomir kasalliklarining eng yuqori ko'rsatkichlari bilan ajralib turadi. O'rganish Cardio haqida - va vaskuloprotektiv xususiyatlariga iAPF sulfidril zofenopril va karboksil perindopril o'tkir miokard infarkti bilan og'riqan bemorlarda va 2 diabet bilan davolash ko'rsatdi kiriting zofenopril bilan solishtirganda perindopril endotelial disfunktsiyasi jadalligini kamaytiradi, kuchli antioksidant himoya mexanizmlarini faollashtiradi, oksidlanish stress va insulin qarshiligi. Ikkinchi tip diabetli bemorlarda miokard infarktining dastlabki bosqichida (1-kun) perindopril va zofenopril bilan davolash xavfsiz, funktsional holat yaxshilanishi bilan kechadi va yurak-qon tomir asoratlarini oldini olishda samarali bo'ladi.

Professor V.P. tomonidan taklif qilingan TES-terapiyasining dorisiz davolash usuli. Lebedev va boshq. (1983, 9-10 betlar). Usul p- endorfin va serotonin ishtirokida olib boriladigan miyaning himoya (antinotsitseptiv)

mexanizmlarini selektiv faollashtirishga qaratilgan bo'lib, ularning umumiy yo'nalishi normallashtirishdir. homeostaz. Mexanizm bo'yicha barcha ta'sirlar ikki turga bo'linadi: markaziy (analjeziya, gemodinamikani barqarorlashtirish) va periferik (yallig'lanish jarayonida o'tkir fazali reaksiya dinamikasining modulyatsiyasi, terining yaralarini tezlashishi, oshqozon shilliq qavatining yarali nuqsonlari, nekroz miokard infarkti, pielonefrit).

Kornienko EA va boshq., (2015), diabetning II-turi bo'lgan bemorlarda o'limga olib keladigan miokard infarkti, kuzatuv vaqtidan qat'i nazar, I-tipqandli diabet bilan og'rigan bemorlarga qaraganda ancha yuqori ekanligini aytgan. Kompleks davolash samaradorligini oshirish dolzarbligi o'tkir miokard infarkti tuzatish metabolik tomonidan gemoreologiya bemorlarda va mikrosirkulatsiya kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda revaskulizatsiyasi bo'lishini takidladilar.

1.3 II tip qandli diabet va miokard infarkti bilan kasallanish oqibati

A.A. Garganeyev va boshqalar. (2018) II-tip qandli diabet miokard infarkti populyatsiyasi reestri asosida turli yosh toifalarida postinfarktlil bemorlarning uzoq muddatli ta'sirini o'rganib chiqdi. Tadqiqotga 862 nafar o'tkir miokard infarkti bilan og'rigan bemorlar kiritildi. Bemorlarni kuzatish 5 yil davomida olib borildi. Birlamchi so'nggi nuqta qayd etildi - kuzatuv davrida bemorlarning har qanday sababdan o'lishi. O'rganilayotgan bemorlarning yoshiga qarab 2 guruhga bo'lingan: 1-guruh (n = 358) mehnatga layoqatli yoshdan katta bemorlardan, 2-guruh (n = 504) - mehnatga layoqatli bemorlar. Umuman olganda, 208 bemorga yurak ishemik kasalligi va qandli diabet tashxisi qo'yilgan, bu postinfarkt davridan keyingi 5 yil ichida o'lim ko'rsatkichining sezilarli darajada oshishiga olib keldi ($p = 0.0003$). Shu bilan birga, mehnatga layoqatli yoshdagi miokard infarktiga uchragan bemorlarda diabetning mavjudligi kasallikning uzoq muddatli prognoziga mustaqil ravishda salbiy ta'sir ko'rsatmadi. Qandli diabetning davomiyligi mehnatga layoqatli bemorlar guruhida postinfarkt davrining o'tishini sezilarli darajada og'irlashtirgan ($p = 0,004$). Miokard infarktiga uchragan turli yoshdagi bemorlarda II tip qandli diabetning noaniq ta'siri bo'yicha olingan klinik

natijalar laboratoriya hayvonlari bo'yicha olib borilgan tadqiqotlarda olingan eksperimental ma'lumotlar bilan chambarchas bog'liqdir.

Bedelbaeva G.G., Muxambetyarova S.A., Nurmaxanova J.M. (2013 yil, 16-19-betlar) " II-tip qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda miokard infarktining kechishi to'g'risida " ma'lumotlarini kuzatish bo'yicha I 135 miokard infarktining o'tkir bosqichidan omon qolgan bemorlar (o'limga olib kelmaydigan MI). MI borligi Evropa kardiologiya jamiyati mezonlariga muvofiq aniqlandi (2012). Qandli diabet kasalligi Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti Ekspert mezonlari bo'yicha aniqlangan (1999). Bu topilgan birga keladigan II-turdagi qandli diabet MI bilan bemorlarni diabet sezilarli darajada ko'proq ehtimol bir bor bo'lgan og'riqsiz kasallikning boshlang'ich variant ($p = 0,001$), aritmiyalarning katta chastotasi va infarktdan keyingi yurak nuqsonlari

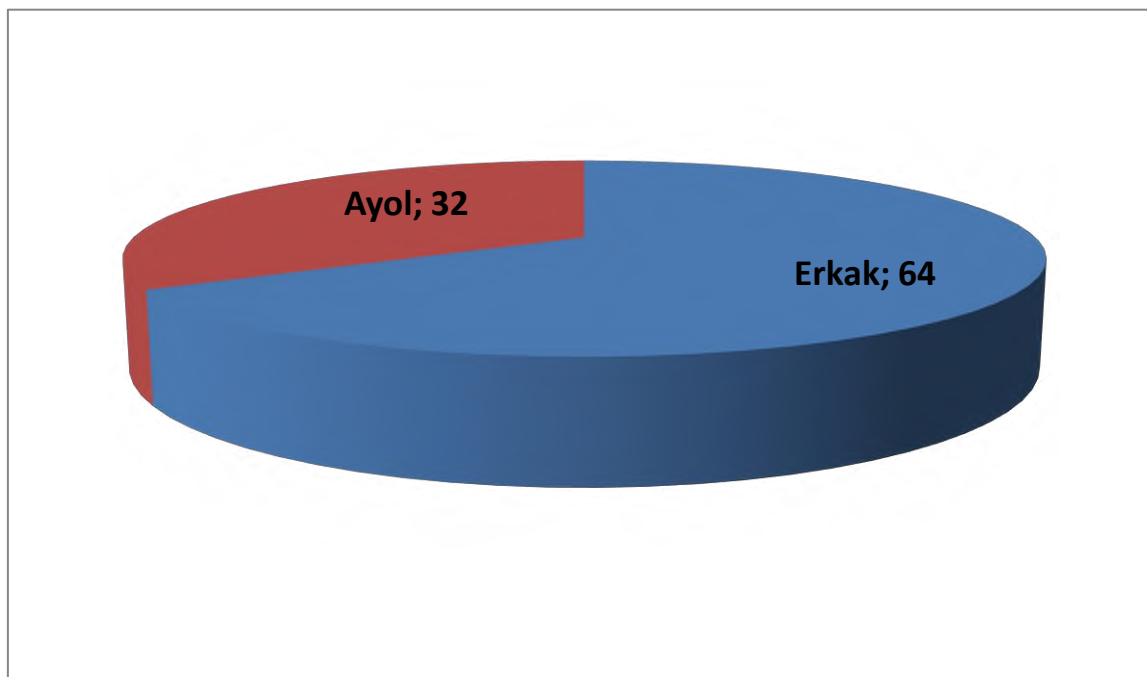
Bu shuni anglatadiki, II-tip diabetning mavjudligi miokard infarktining o'tkir davrida ham, infarktdan keyingi davrda ham yurak ishemik kasalligini sezilarli darajada og'irlashtiradi, shuning uchun bunday bemorlar qattiqroq tibbiy nazorat va nazorat ostida bo'lishlari kerak. Ko'p sonli tadqiqotlar miokard infarktini kuchaytiradigan II-tip qandli diabet bilan bog'liq omillarni o'rganishga bag'ishlangan. Shu bilan birga , miokard infarktining o'tkir va o'tkir osti davri klinik-patogenetik xususiyatlari , shuningdek, turli yosh guruhidagi bemorlar orasida miokard infarktining xususiyatlari, statsionar davolanish bosqichining natijalari va ularning aloqasi II-tip qandli diabetning xususiyatlari hali ham etarli darajada o'rganilmagan. Bu keyingi ilmiy izlanishlar uchun asosdir.

2-bob. MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI

Bemorlarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish Respublika shoshilinch tez tibbiy yordam ilmiy markazi Samarqand filiali va Samarqand viloyat kardiologiya dispanserining kardioreanimatsiya va kardiologiya bo'limida o'tkazildi. O'tkir miokard infarkti bo'lgan 104 nafar bemor tekshirildi. Qandli diabet bilan birga keladigan kasalliklarga qarab, barcha tekshirilgan bemorlar ikki guruhga bo'lingan. Birinchi guruhga MI 2-toifa qandli diabet bilan kechadigan 68 nafar bemor, ikkinchi guruhga qandli diabeti bo'lmagan 36 nafar MI bemorlari kiritilgan.

Tanlash bosqichida quyidagilar amalga oshirildi: bemorlarning klinik holatini baholash, shu jumladan yurak yetishmovchiligi darajasini aniqlash, qonda qand miqdorini aniqlash, 12 ta standart yo'nalishda elektrokardiogramma (EKG) ni ro'yxatdan o'tkazish, ko'krak qafasi rentgenografiyasi. Qabul qilingandan so'ng, barcha bemorlar glyukoza va glyukrlangan gemoglobin darajasi uchun sinovdan o'tkazildi.

Bemorlarga NYHA bo'yicha SYYe funksional sinfini aniqlash, Sietlov anketasiga



ko'ra

yurak xurujlari chastotasini miqdoriy baholash, Xolter monitoringi, ekokardiyografiya (ECHO-KG) o'tkazildi.

Davolashning samaradorligi MI ning klinik kechishi bilan baholandi: postinfarkt stenokardiya bilan kasallanish darajasiga ta'siri, yurak yetishmovchiligining rivojlanishi, aritmiya rivojlanishi, va umumiy o'lim, yurak-qon tomir kasalliklari (MI) uchun qayta kasalxonaga yotqizish. , beqaror stenokariya, surunkali yurak yetishmovchiligining dekompensatsiya bosqichi); Xolter monitoringi dinamikasi, EXO-KG.

Umumiy klinik tadqiqot usullari.

Bemorlarning klinik holati boshlang'ich va vaqt o'tishi bilan an'anaviy usullar (so'rovnoma, fizik tekshiruv) yordamida aniqlandi.

Klinik usullar:

-miokard infarkti va qandli diabetga xos bo'lgan shikoyatlarni hamda ularning asoratlarini aniqlash;

-MI va QD uchun anamnezni aniqlashtirish;

-an'anaviy va noan'anaviy xavf omillarini aniqlash;

- MI va QDga irsiy moyillikni aniqlash;

-ovqatlanishdagi xatolarni aniqlash;

-zararli odatlarni aniqlash;

-kasbiy xavf omillarini aniqlash.

Jismoniy tekshiruv:

- Korotkov usulida qon bosimini aniqlash. ≥ 5 daqiqa dam olgandan keyin va qahva, achchiq choy va chekishdan 30 daqiqadan keyin. • Orqa tayanch bilan o'tirgan holatda, manjetni yurak darajasida (pastki cheti tirsakdan 2 sm balandlikda).

• Manjetni Korotkoff tovushlarining yo'qolishidan taxminan 20 mmHg ga oshib ketadigan darajaga tez puflang. • Manjetdagi bosimni pasaytirish tezligi - 2 mm Hg dan oshmasligi kerak. • Har bir qo'lda kamida 1 daqiqalik interval bilan kamida 2 marta o'lchash. Barcha o'lchovlarning o'rtacha qiymatini hisoblang. • Qo'l atrofi > 32 sm bo'lsa, keng manjetdan foydalanish kerak.

- Bel aylanasi o'lchash. Bel aylanasii kindik va pastki qovurg'alar orasidan santimetrda o'lchanadi (odatda erkaklar uchun 94-102 sm, ayollar uchun 80-88 sm dan oshmasligi kerak)

- Metabolik sindromning xosil bo'lish mezonlarini aniqlash: arterial gipertenziya (BP $> 140/90$ mm Hg);

TG $> 1,7$ mmol / l darajasining oshishi;

Erkaklarda ZPLP darajasining pasayishi $< 1,0$ mmol/l; ayollarda $< 1,2$ mmol/l;

ZYLP darajasining ortishi $> 3,0$ mmol / l;

sahardagi giperglikemiyasi (saharda plazmadagi glyukozasi $> 6,1$ mmol/l);

glyukozga talerantlik - glyukoza talerantlik testidan 2 soat o'tgach, $> 7,8$ va $< 11,1$ mmol / l oralig'ida plazmada glyukoza miqdori.

MI tashxisi quyidagi uchta belgidan ikkitasi mavjud bo'lganda qo'yiladi:

- 30 daqiqadan ko'proq vaqt davomida yurak huruji yoki uning ekvivalenti;
- ikkita ko'krak qafasi tarmog'ida ST segmentining 0,2 mV ko'tarilishi yoki standart tarmoqlarda ST segmentining 0,1 mV ko'tarilishi yoki Gis tutamining chap oyoqchasi to'liq blokadasining rivojlanishi;

Qandli diabet diagnostikasi anamnez asosida amalga oshiriladi. Yangi tashxis qo'yilgan QDning dastlabki tashxisi quyidagi mezonlardan ikkitasi mavjud bo'lganda qo'yiladi:

- qandli diabet belgilari (og'iz qurishi, tashnalik, poliuriya) plazmada glyukoza darajasi 11,1 mmol/l;
- saharda plazmadagi glyukoza darajasi 7,0 mmol/l;
- 75 g glyukoza bilan glyukoza talerantlik testidan 2 soat o'tgach, plazma glyukoza darajasi 11,1 mmol / l ni tashkil etdi;
- glyukrlangan gemoglobin darajasining umumiy gemoglobin tarkibining 6,5% dan oshishi (21).

O'tkir yurak yetishmovchiligi (O'YuY) sinfining Killip tasnifiga muvofiq amalga oshirildi.

I sinf - qon aylanishining buzilishi belgilari yo'q;

II sinf - qon aylanish yetishmovchiligi belgilari o'rtacha darajada ifodalanadi (ot dupiri ritmi eshitiladi, o'pkaning pastki qismlarida nam hirilashlar eshitiladi);

III sinf - o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi (alveolyar o'pka shishi);

IV sinf - kardiogen shok.

O'YUY dinamikasini o'rganishda yurak yetishmovchiligi sinfini mezonlari yurak urish tezligining pasayishi, auskultativ va rentgenologik belgilarga ko'ra o'pka qon aylanishida turg'unlik belgilarini hal qilish edi. Yurak yetishmovchiligining rivojlanishi taxikardiyaning kuchayishi, kichik qon aylanish doirasida dimlanish aniqlandi. SYuY funktsional sinfining tafsifi Nyu-York kardiologlar assotsiatsiyasi (NYHA) tomonidan amalga oshirildi.

I sinf - jismoniy faoliyatni cheklamaydigan yurak kasalligi. Oddiy jismoniy faoliyat ortiqcha charchoq, yurak urishi yoki nafas qisilishiga olib kelmaydi.

II sinf - jismoniy faoliyatda engil cheklovlarga olib keladigan yurak kasalligi. Dam olishda o'zini yaxshi his qilish. Oddiy jismoniy faoliyat charchoqqa, yurak urishiga, nafas qisilishiga olib keladi.

III sinf - bu jismoniy faoliyatni sezilarli darajada cheklashga olib keladigan yurak kasalligi. Dam olishda o'zini yaxshi his qilish. Minimal jismoniy faollik charchoqqa, yurak urishiga, nafas qisilishiga olib keladi.

IV sinf - har qanday jismoniy faoliyat noqulaylik hissi keltirib chiqaradigan yurak kasalligi. Yurak yetishmovchiligi belgilari dam olishda mavjud.

Nojo'ya oqibatlarning rivojlanish xavfini oldini olish uchun davolash usullardan(shkalalardan)foydalanish O'KS (erta invaziv yoki dastlabki konservativ) bilan og'rigan bemorlarni davolash strategiyasini tanlashda yordam beradi, shu bilan o'limni kamaytiradi va miokard infarkti yoki beqaror stenokardiya (Balanova Yu.) .A. va boshqalar., 2015, 1-3-betlar).

Miokard infarktining og'irlarshtruchi omillarini va oqibatlarning aniqlash M.V. Mayorova va boshqalar (2009) MI ning zo'ravonligi va prognozini hisoblash uchun kartadan foydalangan holda (2009 yil, patent RU 2 420 228 C2). Taklif etilayotgan usulning mohiyati shundan iboratki, bemorlar taqdim etilgan sxema bo'yicha tekshiriladi va ball baholanadi. Bemorning ahvolining og'irligi xaritada ballarni

yig'ish yo'li bilan hisoblanadi, yig'indisi 58 ball va undan yuqori bo'lsa, og'ir kurs (yomon prognoz) yoki o'lim bashorat qilinadi.

Belgilar 3 guruhga bo'linadi. Birinchi guruhga 7 ta anamnestik, ikkinchisiga 16 ta klinik, uchinchisiga 2 ta patologik anatomik belgilar kiradi. Birinchi bosqichda belgilar aniqlandi, ikkinchi bosqichda esa ballar hisoblab chiqildi. Belgi 4 balli shkala bo'yicha baholandi, bunda belgining yo'qligi 1 ball, engil daraja - 2 ball, o'rtacha - 3 ball, og'ir - 4 ball bilan baholandi.

Tana massasi indeksini aniqlash (BMI, BMI). BMI - bu odamning massasi va bo'yi o'rtasidagi moslik darajasini baholashga imkon beradigan qiymat va shu bilan bilvosita massa etarli emas, normal yoki ortiqcha vaznli ekanligini baholashga imkon beradi. U kvadratga (metrda balandlikda) (tana vazni kilogramm) nisbatan o'lchanadi, ya'ni. $(\text{vazn kg})/(\text{balandligi metrda})^2$.

JSST tavsiyalariga muvofiq, BMI ko'rsatkichlarining quyidagi talqini ishlab chiqilgan.

16 yoki undan kam Vazn yetishmochiligi

16-18,5 Tana vaznining etarli emasligi (defitsit) .

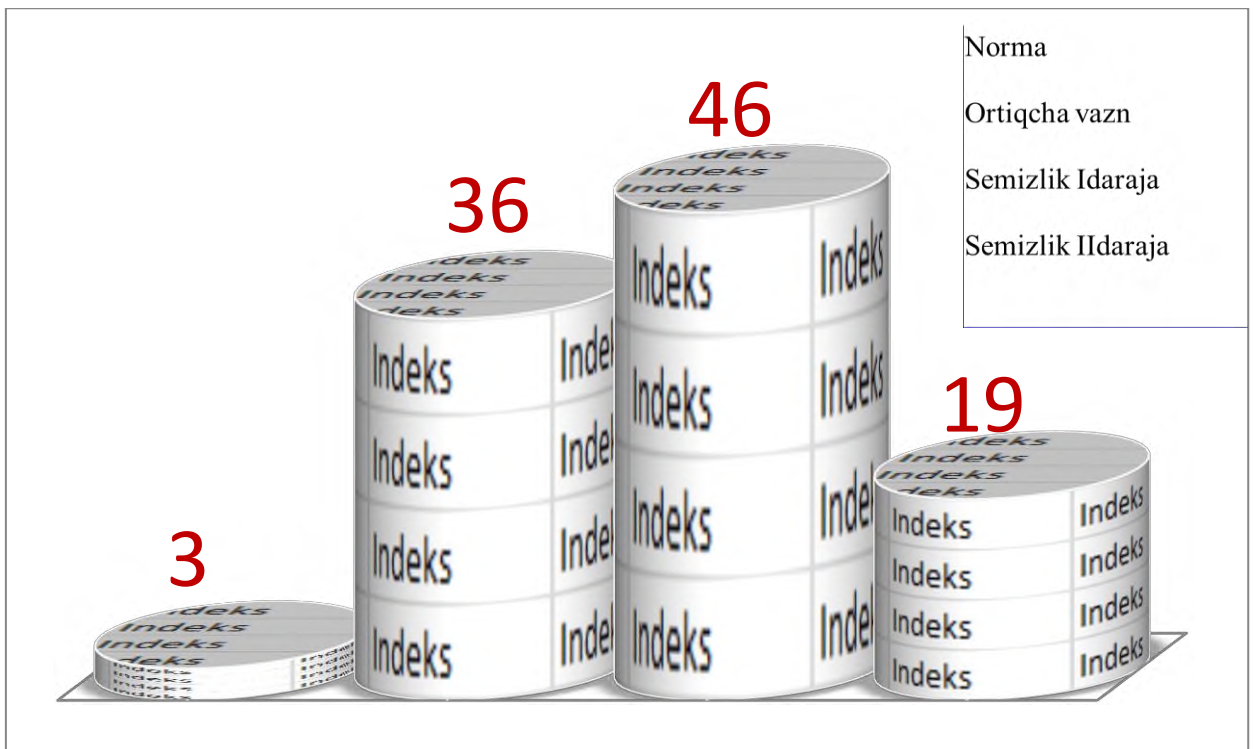
18,5—24,99 Norma

25-30 Ortiqcha vazn (semizlikdan oldin)

30-35 Semirib ketish

35-40 keskin semirib ketish

40 yoki undan ko'p Juda og'ir darajadagi semirish



Laboratoriya tadqiqot usullari: Suxarev bo'yicha qon ivish vaqti, anemiya darajasini, trombositlar sonini aniqlash, umumiy qon ro'yxati.

Biokimyoviy tahlillar

-Uglevodlar: qondagi glyukoza darajasini glyukometr yordamida o'lchash 2011 yildan boshlab Amerika Diabet Assotsiatsiyasining tavsiyalari asosida tanlangan. Sinov chiziqlarining sifatiga ko'ra, glikemiya > 100 mg/dl (5,5 mmol/l) bo'lsa, o'lchash xatosi 15% dan oshmasligi kerak va glikemiya bu ko'rsatkichdan past bo'lsa, xato 15 mg dan oshmasligi kerak. Medtronic Minimed kompaniyasining CGMS System Gold qurilmasi bilan uzluksiz glyukoza monitoringi qurilmasi CGMS (Glyukozani doimiy monitoring qilish tizimi) yordamida /dl (0,83 mmol/l) glyukrlangan gemoglobinni aniqlash mumkin

-Buyrak : kreatinin, siydik kislotasi, mochivina, glomerulyar filtratsiya tezligi.

Glomerulyar filtratsiya tezligi Cockroft-Goult formulasi yordamida baholandi:

-erkaklar uchun, $CF = \{1,23 \times [(140 - \text{yosh (yil)}) \times \text{tana vazni (kg)}]\} / \text{qon kreatinin (mkmol/l)}$;

-ayollar uchun, $CF = \{1,05 \times [(140 - \text{yosh (yil)}) \times \text{tana vazni (kg)}]\} / \text{qon kreatinin (mkmol/l)}$.

Erkaklar uchun normal glomerulyar filtratsiya tezligi 100-150 ml / min, ayollar uchun - 85-130 ml / min;

Lipid profili: xolesterin darajasi, LDL xolesterin, HDL xolesterin.

-Oqsil, silindr, eritrotsitlarni aniqlash bilan siydikning umumiy tahlili.

- kunlik diurezni aniqlash.

Instrumental tadqiqot usullari:

- Schiller CardioVit AT-1 / Type AT-1 qurilmasi yordamida 12 ta standart simdagi EKG. Seriya 190.25068, 10 mV, 25-50 mm / elektrokardiografiya bilan

-EchoCG Logic 400 CL qurilmasida, C364 sensori bilan, 3,3 / D2 5 MG ejeaksiyon fraktsiyasi, diastolik so'nggi (EDD), chap qorincha va LV ejeaksiyon fraktsiyasining oxirgi sistolik (ESD) o'lchamlarini aniqlash.

Dreval Aleksandr Vasilyevich mezonlari bo'yicha QD kompensatsiyasini o'rganish (<http://www.diabet.ru/expert/lib/detail>, 2018)

Qandli diabetning og'irligi va uning kompensatsiyasi diabetning har qanday turini tavsiflaydi va shuning uchun diabetning har bir tashxisini shakllantirishga kiritilishi kerak.

Qandli diabet uchun kompensatsiya darajasi Dreval Aleksandr Vasilevich mezonlari bo'yicha aniqlanadi: och qoringa qon plazmasidagi glyukoza darajasi va

ovqatdan keyin 2 soat o'tgach (mmol / l) va glyukozalangan gemoglobin (HbA1c, %).

Belgilangan mezonlar bo'yicha kompensatsiya, subkompensatsiya va dekompensatsiya mezonlari jadvalda keltirilgan:

Katta yoshli qandli diabetga chalingan bemorlarda (18 yoshdan oshgan) qandli diabet uchun kompensatsiya mezonlari

Kompensatsiya

subkompensatsiya

Dekompensatsiya

Kapillyar qon tomirlardagi plazmasida glyukoza miqdori glyukometr yordamida o'lchanadi. Olingan natija 1,11 konversiya koeffitsienti bilan ko'paytiriladi va plazma glyukoza darajasi olinadi.

Materialni statistik qayta ishlash uchun SPSS 13.0 maxsus statistik paketidan foydalanilgan. Guruhlarda o'rtacha arifmetik (M), standart og'ish (s), o'rtacha arifmetik xato (m) va ishonch oralig'i hisoblab chiqilgan. Hisoblangan ko'rsatkichlar o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlash uchun Pearson korrelyatsiya koeffitsienti va uning ahamiyati hisoblab chiqilgan

3-BOB. O‘TKIR MIOKARD INFARKTINING XUSUSIYATLARI KECHISHI

Biz o'tkir miokard infarkti bo'lgan 104 bemorni tekshirdik: 42 ayol (40,4%) va 62 erkak (59,6%). Infarktning o'tkir bosqichi 86 (82,7%) bemorda, subakut - 18 (17,3%) bemorlarda qayd etilgan.

Bemorlarning yoshi 43 dan 86 yoshgacha, o'rtacha yoshi $62,6 \pm 0,8$ yil: ayollarda - $65,0 \pm 1,4$ yil, erkaklarda - $61,0 \pm 0,8$ yil ($P < 0,02$). 41-50 yoshda - 5 (4,8%), 51-60 yosh - 36 (34,6%), 61-70 yosh - 51 (49,0%), 71-80 yosh - 9 (8,7%).) bemorlar, 80 yoshdan katta - 3 (2,9%) bemorda

O'tkir miokard infarktining jinsi, yoshi, bemorlarning ijtimoiy holati va infarkt rivojlanish vaqtiga qarab xususiyatlari

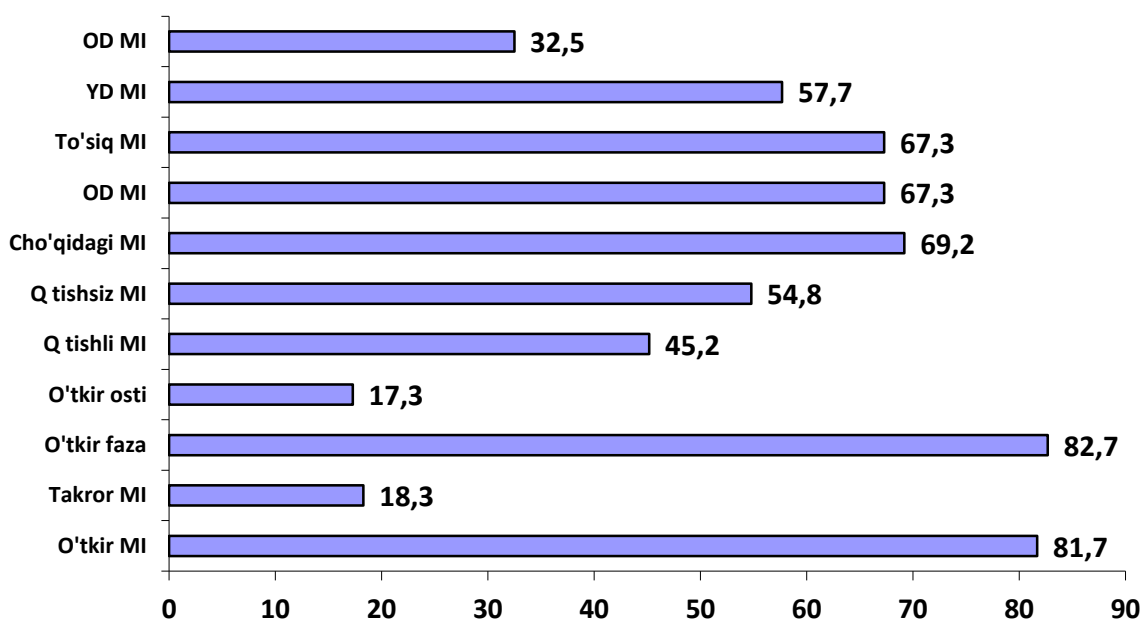
Ko'rsatkichlar	Jami bemorlar (104)
1. Jins:	
erkak	62 (59,6%)
ayol	42 (40,4%)
2. Yosh:	5 (4,8%)
41-50 yosh	36 (34,6%)
51-60 yosh	51 (49,0%)
61-70 yosh	9 (8,7%)
71-80 yosh	3 (2,9%)
3. Ishlash qobiliyati:	
ishsiz	14 (13,5%)
pensioner	78 (75,0%)
ishlaydi	8 (7,7%)
nogiron kishi	4 (3,8%)
4. Mavsumiylik:	
qish	69 (66,3%)
yoZ	24 (23,1%)
kuz	2 (1,9%)
BA/Dor	9 (8,7%)

Mehnatga layoqatlilik xususiyatlariga ko'ra ishsizlar 13,5% (14 bemor), pensionerlar 75,0% (78 bemor), band bo'lganlar 7,7% (8 bemor), nogironlar 3,8% (4 bemor) tashkil etdi.

Mavsumga qarab, MI ko'pincha qishda rivojlanadi (69 bemor, 66, Yoz oylarida MI bilan kasallanish 23,1% (24 bemorda), kuzda - 1,9% (2 bemor), bA/Dorda - 8,7% (9 bemor).

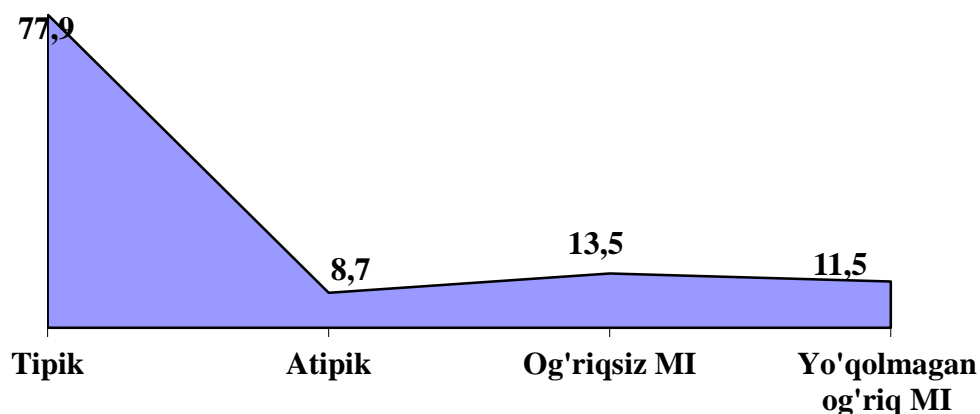
EKG ma'lumotlariga ko'ra, Q tishchali infarkt 47 (45,2%) bemorda, Q tishchasisiz - 57 (54,8%) bemorlarda aniqlangan. Ko'pincha yurak cho'qqisi (72 bemor, 69,2%), old devor (70 bemorda, 67,3%) va septum (70 bemorda, 67,3%) infarktining EKG belgilari aniqlangan. Yurakning yon devori infarkti belgilari 60 (57,7%) bemorda, orqa devori - 34 (32,7%) bemorlarda aniqlangan (rasm).

Guruch. 1. Miokard infarktining xarakteristikasi (%)



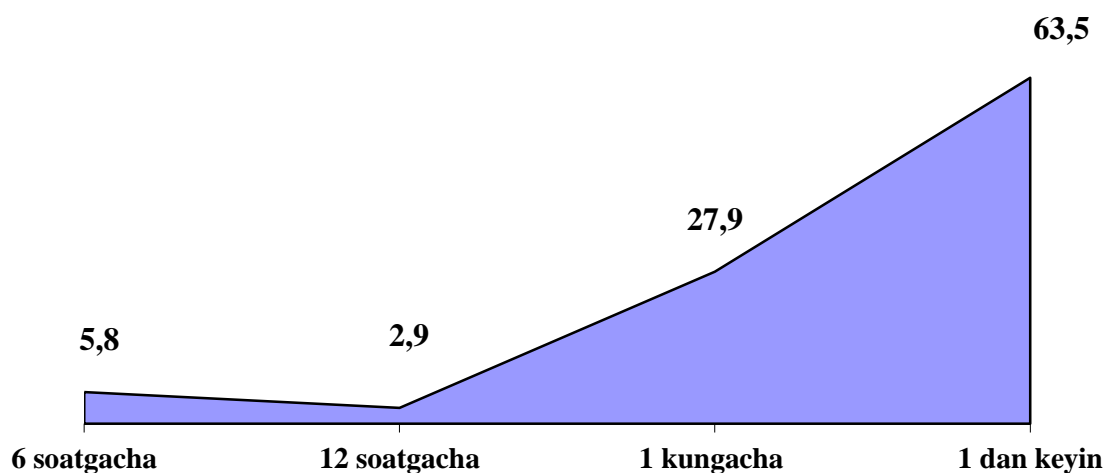
Qabul qilinganda 81 bemor tipik retrosternal og'riqlar (tipik og'riq sindromi, 77,9%), 9 (8,7%) bemorda atipik og'riq sindromi, 14 (13,5%) bemorda infarktning og'riqsiz shakli bo'lgan. 12 bemorda (11,5%) to'xtovsiz og'riq sindromi mavjud (rasm).

Guruch. 2. Og'riq sindromining tabiati (%)



Kasalxonagacha bo'lgan davrning davomiyligi bo'yicha barcha bemorlar 4 guruhga bo'lingan. Birinchi guruhga kasalxonaga yotqizishdan oldingi muddati 6 soatgacha, ikkinchisiga - 12 soatgacha, uchinchisiga - 1 kungacha, to'rtinchisiga - 1 kundan ortiq bo'lgan bemorlar kiradi (rasm).

Guruch. 3. Og'riq sindromining davomiyligi (%)



9 (8,7%) bemor og'riq xuruji boshlanganidan keyin 12 soat ichida kasalxonaga yotqizilgan: 6 (5,8%) bemor 6 soatgacha, 3 (2,9%) bemor - 12 soatgacha. 29 (27,9%) bemorda og'riqli hujumning davomiyligi 1 kungacha, 66 (63,5%) - 1 kundan ortiq.

Shikoyatlar, anamnez, xarakterli EKG va ExoKG belgilarini aniqlash asosida 85 bemorda (81,7%) MI kursi o'tkir kurs, 19 bemorda (18,3%) - takroriy miokard infarkti sifatida bA/Dolandi.

Shunday qilib, Miokard infarkti ko'pincha erkaklarda rivojlanadi, ayollarga nisbatan o'rtacha 4 yil oldin. Bu o'tkir kurs va tipik og'riq sindromi bilan tavsiflangan. Yurak cho'qqisi, old devor va septal mintaqaning MI ustunlik qiladi. Boshqa hududlarda bo'lgani kabi, bemorlar kasalxonaga nisbatan kech yotqizilgan va bemorlarning atigi 5,8 foizi og'riqli hujum boshlanganidan keyin 6 soat ichida kasalxonaga yotqizilgan.

3.2. Miokard infarkti uchun xavf omillarining tavsifi

O'tkazilgan yirik klinik tadqiqotlar MI va uning asoratlari uchun eng muhim xavf omillarini aniqlashga imkon berdi. Bularga chekish, yuqori qon bosimi (QB), qandli diabet, ortiqcha vazn, tez-tez va takroriy stress, yuqori zichlikdagi lipoprotein xolesterin (YZLX), past zichlikdagi lipoprotein xolesterin (PZLX), glyukozalangan gemoglobinning ko'payishi kiradi.

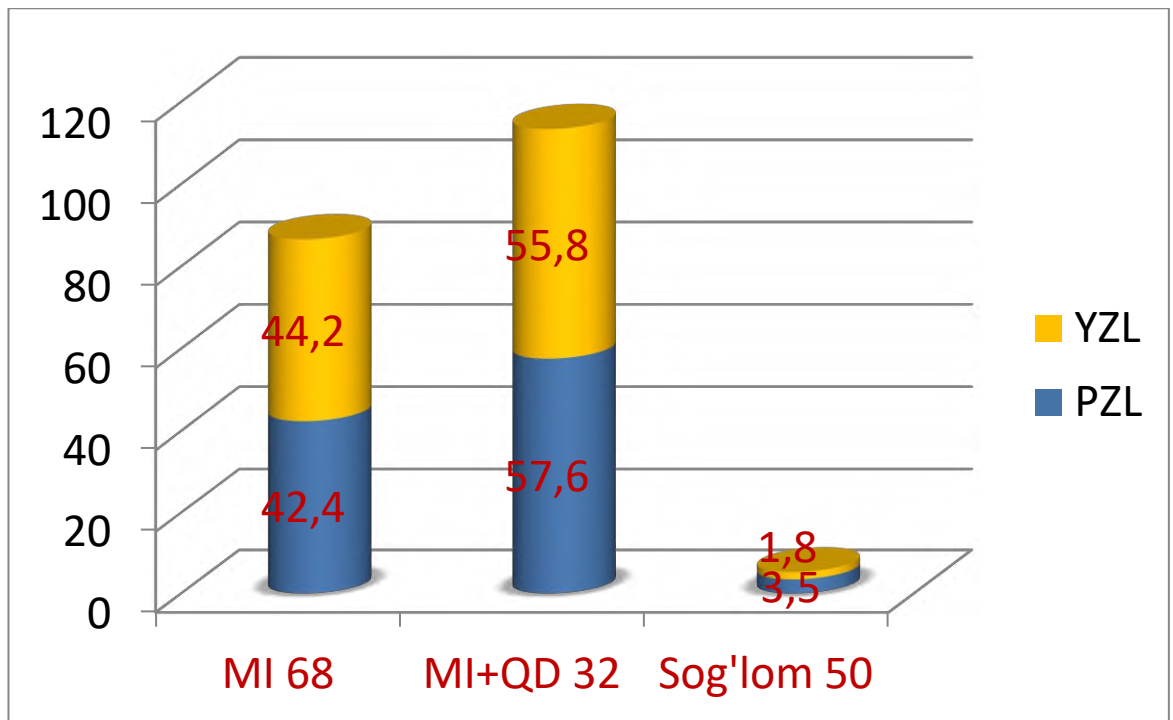
Bemorlarimiz orasida chekish MI uchun xavf omili sifatida 41 bemorda qayd etilgan, bu 39,4% ni tashkil qiladi. Sigaretani 30 bemor (28,8%), burunni - 11 bemor (10,6%) chekdi. Sigaret chekuvchilar ($60,9 \pm 2,4$ yil) va chekmaydiganlar ($63,7 \pm 2,1$ yil) bemorlarning o'rtacha yoshi statik A/Damiyati bo'yicha farq qilmadi, bunda burun chekuvchilarning yoshi ($74,1 \pm 1,4$ yil) sigaret chekuvchilarga qaraganda yuqori bo'lgan. $56,2 \pm 2,3$ yil, $P < 0,01$).

jadval 2

Miokard infarkti uchun xavf omillarining chastotasi

Yo'q.	Xavf omillari	Jami bemorlar (104)
1	Chekish: sigaretalar Burun	41 (39,4%) 30 (28,8%) 11 (10,6%)
2	BP darajasi:	

	Oddiy A/D I daraja A/D II daraja A/D III daraja	31 (29,8%) 23 (22,1%) 34 (32,7%) 16 (15,4%)
3	Gipertonik kasallik: I bosqich II bosqich III bosqich	73 (70,2%) - 1 (1,0%) 72 (69,2%)
T	Tana massasi indeksi: Norma (18-25 kg/m ²) Ortiqcha vazn Semirib ketish I daraja Semirib ketish II daraja Semirib ketish III daraja	3 (2,9%) 36 (34,6%) 46 (44,2%) 19 (18,3%) -
Besh	Qandli diabet: Qonda qand miqdori, mmol / l Glikerlangan gemoglobin , %	68 (65,4%) 11,5 ± 2,5 8,4 ± 0,9
6	Xolesterin: Oddiy daraja: 3,9-5,0 mmol / l Chegara chizig'i: 5,2-6,5 mmol / l Ko'tarilgan daraja 6,6-8,0 mmol / l Yuqori daraja 8,0 mmol / L dan yuqori	20 (19,2%) 32 (30,8%) 30 (28,8%) 22 (21,2%)
7	Past zichlikdagi lipoproteinlar (52 bemor): mmol / L dan kam) mmol / l dan ortiq)	22 (42,4%) 30 (57,6%)
8	Yuqori zichlikdagi lipoproteinlar (52 bemor): Oddiy daraja (1,0 mmol / L dan yuqori) mmol / l dan kam)	23 (44,2) 29 (55,8%)



A/D MI uchun an'anaviy xavf omilidir. Bizning kuzatishlarimizda 70,2% hollarda (73 bemor) qon bosimining oshishi xarakterlidir. Bemorlarning 22,1% da SAD 140 dan 159 mm Hg gacha, DAD 90 dan 99 mm Hg gacha . Art. (Birinchi darajali A/D), bemorlarning 32,7% da SAD 160 dan 179 mm Hg gacha , DAD 100 dan 109 mm Hg gacha . Art. (Ikkinchi darajali A/D), bemorlarning 15,4 foizida SAD 180 mm Hg dan yuqori, DAD 110 mm Hg dan yuqori edi . Art. (uchinchi darajali A/D). Anamnez va maqsadli a'zolarining shikastlanish darajasiga ko'ra, GK 2-bosqich 1 (1,0%), 3-bosqich - 72 (69,2%) bemorlarda, jami 73 (70,2%) bemorlarda GA aniqlangan.

Tana massasi indeksi bo'lib chiqdi bemorlarning 2,9% da normal ($18-25 \text{ kg} / \text{m}^2$). Bemorlarning 34,6 foizida ortiqcha vazn, mos ravishda 44,2 va 18,3 foizida birinchi va ikkinchi darajali semirish aniqlangan.

68 (65,4%) bemor 2-tip qandli diabet bilan kasallangan. Umumiy tarkib 2-tip diabet bilan og'rigan bemorlarda qon plazmasidagi qand miqdori $11,5 \pm 2,5 \text{ mmol} / \text{l}$, glikatlangan gemoglobin - $8,4 \pm 0,9\%$ ni tashkil etdi.

2 davomiyligi yangi tashxis qo'yilgandan 20 yilgacha, o'rtacha - $7,4 \pm 2,6$ yil . 8 bemorda (7,7%) birinchi marta DM aniqlangan. 15 (14,4%) bemorda qandli

diabetning davomiyligi 1 yildan 5 yilgacha, 38 (36,5%) bemorda 6 yildan 10 yilgacha, 7 (6,7%) bemorda 10 yildan ortiq davom etgan.

2 -tip diabet uchun kompensatsiya mezonlari glyukozalangan gemoglobin (HbA1c) darajasi bilan aniqlandi . Glikerlangan gemoglobin darajasiga ko'ra, 2 -tip diabet uchun ideal kompensatsiya topilmadi. Bemorlarning 5,8 foizida 2 - tip diabet standart kompensatsiya bosqichiga ega edi. Bemorlarning 16,3% subkompensatsiyalangan , 41,3% bemorlarda diabetes mellitusning dekompensatsiyalangan kursi bo'lgan (3-jadval).

3-jadval

MI bilan og'riqan bemorlarda qand miqdori uchun kompensatsiya mezonlari

Ko'rsatkichlar	Kompensatsiya		subkompensatsiya	Dekompensatsiya
	Ideal	Standart		
HbA1c, %	<6	<7,0	7,0-7,5	>7.5
Bemorlar soni	-	6 (5,8%)	17 (16,3%)	43 (41,3%)

MI bilan og'riqan bemorlarda xolesterin miqdori 3,6 dan 12 mmol / L gacha bo'lgan. Shu bilan birga, xolesterinning normal darajasi (3,9-5,0 mmol / l) 19,2%, chegara darajasi (5,2-6,5 mmol / l) 30,8%, yuqori daraja (6, 6-8,0 mmol / l) aniqlangan.) - 28,8% da, yuqori daraja (8,0 mmol / l dan yuqori) - bemorlarning 21,2% da. Past zichlikdagi lipoprotein (LDL) ning yuqori darajasi (3,0 mmol / l dan ortiq) bemorlarning 57,6 foizida, yuqori zichlikdagi lipoproteinlarning (HDL) past darajasi - bemorlarning 55,8 foizida xarakterlidir.

Shunday qilib, o'tkir miokard infarkti uchun eng keng tarqalgan xavf omillari: arterial gipertenziya (70,2%), semizlik (birinchi va ikkinchi daraja, 63,5%), yuqori LDL (57,6%) va past HDL (55,8%). MI uchun xavf omili sifatida ko'tarilgan va yuqori xolesterin 50,0%, chekish - 39,4% (sigaret - 28,8%, burun - 10,6%). holatlar.

MI uchun xavf omillari orasida gipertenziyadan keyin 2-tip diabetes mellitus ikkinchi o'rinda turadi. 2-tip qandli diabet fonida bemorlarning 65,4 foizida o'tkir miokard infarkti rivojlangan. Glikatlangan gemoglobin darajasiga ko'ra, 2 - tip

diabet bilan og'rigan bemorlarning 57,6 foizi subkompensatsiyalangan yoki dekompensatsiyalangan kursga ega. Olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, Miokard infarkti rivojlanishida glyukozalangan gemoglobin miqdorining oshishi giperlipidemiya darajasi bilan bir xil A/Damiyatga ega . Bu fakt 2-tip diabet fonida MI ning klinik ko'rinishini, kursini va asoratlarini chuqur o'rganishga olib keladi.

3.3. Miokard infarktining asoratlari va o'limga olib keladigan natijalarining chastotasi

Tadqiqotning keyingi bosqichida bemorlarni o'rganish protokollari bo'yicha Miokard infarktining asoratlari va o'limga olib keladigan natijalarining xususiyatlari o'rganildi. Tadqiqot protokollarida kasallikning klinik kechishi, klinik va patoanatomik tashxislar, laboratoriya tadqiqot usullari natijalari (umumiy qon va siydik sinovlari, kreatinin , karbamid, bilirubin, umumiy xolesterin, glyukoza darajasi), elektrokardiografik xulosa, ma'lumotlar kiradi. bemorlarni kasalxonada qolishdan oldin va davomida gipoglikemik terapiya . Glyukoza darajasi bemorlarni kasalxonaga yotqizilgandan so'ng darhol venoz qon zardobida, keyin esa och qoringa va ko'rsatmalarga ko'ra kun davomida qayta-qayta o'rganildi.

Qandli diabetning mavjudligi MI va yurak-qon tomir o'limining yuqori xavfi bilan bog'liq . Erkaklarda qandli diabetda MI xavfi 50% ga, ayollarda 150% ga oshadi, diabetdagi barcha o'limlarning 30%MI tufayli kelib chiqadi. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlar orasida yurak-qon tomir o'limi 65% hollarda kuzatiladi (Gulyaeva N.I., 2009, 6-bet; 7) .

Insulin qarshiligi qon tomir devorining qattiqligi va qattiqligining oshishiga olib keladi, bu esa arterial gipertenziya rivojlanishiga olib keladi. Ermakov E.A., Ametova AS, (2015) ishlarida qon bosimi o'zgaruvchanligining nojo'ya ta'siri aniqlangan tadqiqot natijalari tasvirlangan, bu qon tomirlari va yurak xuruji rivojlanishining ishonchli bashoratchisi sifatida baholanishi mumkin. qon bosimi darajasi, yoshi va jinsi ...

O'tkir koronar sindromni (O'KS) davolashda yurak asoratlarini rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan shaxslarni aniqlash katta ahamiyatga ega, masalan, takroriy yoki takroriy o'tkir miokard infarkti yoki o'lim. Xavfi tabaqalanishi bo'lgan bemorlarda xavfini aniqlash uchun yordam hisoblanadi parvarishlash sifatini ko'rsatkichlaridan biri O'KS bilan og'rigan bemorlar uchun. Uchun xavf, hisoblash tabaqalanishi modellari (taroz) TIMI, Greys, kuzatib (O'KS bo'lgan bemorlar uchun ST segment ko'tarilishi), TIMI II ishlatiladi (O'KS va ST segment balandlik bilan bemorlar uchun); CADILLAC (bemorlarni teri osti koronar aralashuviga murojaat qilishda) va boshqalar. Noqulay natijalar xavfini tabaqalashtirish uchun modellardan (tarozidan) differentsial foydalanish O'KS (erta invaziv yoki dastlab konservativ) bo'lgan bemorlarni davolash strategiyasini tanlashda yordam beradi, shu bilan o'limni kamaytiradi va miokard infarkti yoki beqaror angina pektorisiga qayta kasalxonaga yotqizish chastotasini kamaytiradi. (Balanova Yu.A. va boshq., 2015, 1-3 betlar).

Trombolitik terapiya davrida miokard infarktidan o'lim hali ham diabet mellitus mavjud bo'lganda 1,5-2 baravar yuqori. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarning o'limining ko'payishi miokardning ishiga va qon ta'minotiga ta'sir qiluvchi turli mexanizmlar va ushbu bemorlarga xos trombozga moyilligi bilan bog'liq. Miokard infarktini davolashning zamonaviy usullari diabet mellitusda juda samarali. Miokard metabolizmini boshqarishni takomillashtirish o'limni kamaytirishga ham yordam beradi.

Yurak-qon tomir kasalligi bo'lgan diabet etakchi o'lim sababdir; ular Qo'shma Shtatlardagi diabet mellitus e hajmi bilan og'rigan bemorlarning o'limining deyarli 80% bilan bog'liq. Ushbu holatlarning to'rtidan uch qismi ishemik yurak kasalligi, ko'pincha miokard infarkti tufayli yuzaga keladi. Diabet bilan og'rigan bemorlarda miokard infarkti, o'lim miokard va uzoq vaqt kuzatish o'tkir bosqichida, diabet chalingan emas bemorlarga nisbatan sezilarli darajada yuqoridir (365 Aronson D., Rayfield E. J., Chesebro J. H., 1997).

Insulin qarshiligi qon tomir devorining qattiqligi va qattiqligining oshishiga olib keladi, bu esa arterial gipertenziya rivojlanishiga olib keladi. Ermakov

E.A., Ametova AS, (2015) ishlarida qon bosimi o'zgaruvchanligining nojo'ya ta'siri aniqlangan tadqiqot natijalari tasvirlangan, bu qon tomirlari va yurak xuruji rivojlanishining ishonchli bashoratchisi sifatida baholanishi mumkin. qon bosimi darajasi, yoshi va jinsi ...

Galyavi R.A va boshqalarning tadqiqotlarida . (2014) uglevod metabolizmi buzilgan va bo'lmagan odamlarda kurs va arterial gipertenziya farqlarini aniqladi . Tadqiqot natijalariga ko'ra, lipid va uglevod almashinuvini, organizmning filtrlash faolligi ko'rsatkichlarini yanada ehtiyotkorlik bilan va dinamik ravishda kuzatib borish, qon bosimi yuqori bo'lgan bemorlarni uglevod almashinuvidagi mumkin bo'lgan buzilishlardan ogohlantirish zarurligi to'g'risida xulosa chiqarildi.

II-tip qandli diabet (QD) bo'lgan bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklaridan o'lim 70-80% ni tashkil qiladi. Ushbu bemorlarning o'limining asosiy sababi 50-70% hollarda o'tkir miokard infarkti hisoblanadi. Qandli diabet bilan og'rigan, o'tkir miokard infarkti (AMI) bilan kasallangan bemorlarda o'lim darajasi 2 baravar yuqori va yurak konjestif etishmovchiligi diabet 2 kasalligiga chalinganlarga qaraganda 3 baravar tez-tez rivojlanib boradi. àmì rivojlantirish diabet bilan og'rigan bemorlarda 2, bir koroner zaxiralari kamayishi tufayli aterosklerotik jarohatlarini diffuz tabiati yurak, bilan birlashtirilgan , nogiron, reologik qon xususiyatlari Poyasi, metabolik jarayonlar miokard va diabetik huzurida kardiopatiya (Kakorin S.V. va boshq., 2015).

T Regubenko EV, Klimkin AS (2013 yil, 25-27 betlar) MI diabet kasalligi bo'lgan bemorlarning 38-50% o'limining sababi ekanligini va quyidagi klinik xususiyatlarga ega ekanligini ko'rsatadi.

- koronar tomirlarning trombozi diabet bo'lmaganiga qaraganda ikki baravar ko'p kuzatiladi;

- MIning og'riqsiz boshlanishi bemorlarning 23-40 foizida kuzatiladi ; bu yurakning avtonom innervatsiyasi buzilishi bilan bog'liq (V.M.Prikozhaning "yurak gipoesteziyasi " sindromi);

- miokard infarktining kechishi ancha og'ir, chunki u ko'pincha kardiogen shok, o'pka emboliya, chap qorincha anevrizmasi, yurak yorilishi bilan murakkablashadi;

- IM ko'pincha transmural va takrorlanadi;

- postinfarkt davri diabetga chalingan odamlarga qaraganda uzoqroq va qiyinroq, postinfarktlı kardioskleroz ko'pincha yurak etishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi;

- Birinchi oyda MIDan o'lim 41% ni tashkil qiladi, diabet bo'lmagan taqdirda 20%, 5-6 yoshdan keyin esa mos ravishda 43-65% va 25%.

Dreval A.V.ga ko'ra. va boshq. (2013; 5-11 betlar) Qandli diabetik nefropatiya (DN) bilan kasallangan diabetik bemorlarning o'lim darajasi u holda o'lim darajasidan QD Ida 2,5 baravar, QDIIda esa 2 baravar oshadi. Diabetik nefropatiyaga chalingan bemorlarda o'rtacha umr ko'rish davomiyligi shunchalik kam. DN bo'lmagan qandli diabetga chalingan ayollar bilan taqqoslaganda. 1- toifa diabetga chalingan ayollarda DN borligi umr ko'rish davomiyligini 3 yilga, II-tip diabet bilan 1,9 yilga kamaytiradi, Ushbu asoratga ega bo'lgan erkaklarda umr ko'rish davomiyligi erkaklarnikiga nisbatan kamaymagan. 1- toifa diabetga chalingan ayollarda DNni ro'yxatdan o'tkazgandan keyin besh yillik hayot darajasi erkaklarnikiga qaraganda 26,1% ga past (mos ravishda 61,8 va 87,9%). DM 2da, DN tashxisi qo'yilganidan keyin besh yillik hayot darajasi ayollarda erkaklarga qaraganda yuqori (mos ravishda 71,7% va 62,2%). CRF 30 yoshga to'lgunga qadar kasal bo'lib qolgan diabet mellitus 1 bilan kasallangan bemorlarning o'limining asosiy sababidir, bu o'limning barcha sabablarining 22,9 foizini tashkil qiladi. 2- toifa diabet bilan CRF surunkali yurak etishmovchiligi, miokard infarkti, qon tomir va gangrenoz sepsidan keyin beshinchi o'rinda turadi. Surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lgan 2- toifa diabet bilan kasallanganlarning mutlaq soni 5 yil davomida 324 kishini tashkil etdi, bu 1-toifa diabetga qaraganda 2,3 baravar ko'pdir. 1- va 2- toifa diabetli bemorlarning o'lim darajasiga DN ning katta "hissasi" diabetga

chalingan bemorlarda ushbu asoratni erta aniqlash va oldini olish choralarini ko'rish zarurligini belgilaydi.

L.A.ning ishida. Goreeva (2012, 28-29 betlar), klinik va demografik profil bilan solishtirganda, MI va II-tip diabet bilan og'riqan bemorlarga sistolik disfunktsiya, neyrogumoral tizimlarning zo'riqishi, endotelial disfunktsiya, oksidlovchi stress ko'rsatkichlarining oshishi va pasayish xarakterlidir. II-tip qandli diabetga chalingan bemorlarga nisbatan antioksidant himoyada. Qandli diabet bilan og'riqan bemorlar 6 oylik kuzatuv davomida yurak-qon tomir kasalliklarining eng yuqori ko'rsatkichlari bilan ajralib turadi. O'rganish Cardio haqida - va vaskuloprotektiv xususiyatlariga iAPF sulfidril zofenopril va karboksil perindopril o'tkir miokard infarkti bilan og'riqan bemorlarda va 2 diabet bilan davolash ko'rsatdi kiriting zofenopril bilan solishtirganda perindopril endotelial disfunktsiyasi jadalligini kamaytiradi, kuchli antioksidant himoya mexanizmlarini faollashtiradi, oksidlanish stress va insulin qarshiligi . Ikkinchi tip diabetli bemorlarda miokard infarktining dastlabki bosqichida (1-kun) perindopril va zofenopril bilan davolash xavfsiz, funktsional holat yaxshilanishi bilan kechadi va yurak-qon tomir asoratlarini oldini olishda samarali bo'ladi.

Professor V.P. tomonidan taklif qilingan TES-terapiyasining dorisiz davolash usuli. Lebedev va boshq. (1983, 9-10 betlar). Usul p- endorfin va serotonin ishtirokida olib boriladigan miyaning himoya (antinotsitseptiv) mexanizmlarini selektiv faollashtirishga qaratilgan bo'lib , ularning umumiy yo'nalishi normallashtirishdir. gomeostaz. Mexanizm bo'yicha barcha ta'sirlar ikki turga bo'linadi: markaziy (analjeziya, gemodinamikani barqarorlashtirish) va periferik (yallig'lanish jarayonida o'tkir fazali reaksiya dinamikasining modulyatsiyasi , terining yaralarini tezlashishi, oshqozon shilliq qavatining yarali nuqsonlari, nekroz miokard infarkti, pielonefrit).

Kornienko EA va boshq ., (2015) , diabetning II-turi bo'lgan bemorlarda o'linga olib keladigan miokard infarkti , kuzatuv vaqtidan qat'i nazar,I-tipqandli diabet bilan og'riqan bemorlarga qaraganda ancha yuqori ekanligini aytgan . Kompleks

davolash samaradorligini oshirish dolzarbligi o'tkir miokard infarkti tuzatish metabolik tomonidan gemoreologiya bemorlarda va mikrosirkulatsiya kasalliklar bilan og'riqan bemorlarda revaskulirizatsiyasi bo'lishini takidladilar.

O'tkazilgan kardial terapiya trombolizisni o'z ichiga oladi va miokard infarktini davolash uchun zamonaviy talablarga javob beradi. Antiagregantlari, b - blokatorlar, antikoagulyantlar, APFI, statinlar, qarshi ko'rsatma bo'lmasa iloji boricha tezroq buyuriladi.

Miokard infarkti bo'lgan bemorlarning xususiyatlari 4-jadvalda keltirilgan.

4-jadval

Miokard infarktining asoratlari va o'limga olib keladigan natijalarining chastotasi

Yo'q.	Ko'rsatkichlar	Chastotasi
1	Jami bemorlar	104 (100%)
2	Davolangan va chiqarilgan bemorlarning umumiy soni	87 (83,7%)
3	2-tip diabet bilan kasallangan	68 (65,4%)
4	2-tip diabet yo'q edi	36 (34,6%)
5	Jami bemorlar vafot etdi	17 (16,3%)
6	2-tip diabetsiz vafot etgan bemorlar	2 (5,6%)
7	2-tip diabet fonida vafot etgan bemorlar	15 (22,1%)

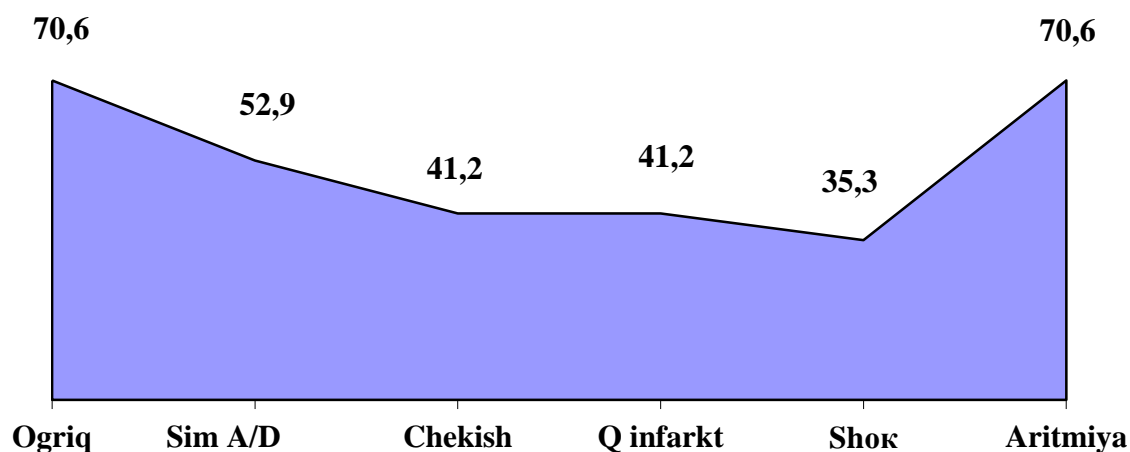
MI bilan og'riqan bemorlarning umumiy guruhida o'lim 16,3% ni, DM bo'lmagan bemorlarda - 5,6% va 2-tip diabet bilan og'riqan bemorlarda - 22,1% ni tashkil etdi. Bizning ma'lumotlarimiz shuni ko'rsatadiki, diabet bilan og'riqan bemorlarda miokard infarktidan o'lim hollari sezilarli darajada oshadi (3,9 marta).

O'lgan bemorlarning o'rtacha yoshi ($64,8 \pm 0,6$ yil) o'lmagan bemorlarga qaraganda kattaroq edi ($61,2 \pm 0,8$ yil, $P < 0,05$). Halok bo'lganlar orasida ayollar ko'p (9 nafar ayol, 52,9 foiz; 8 nafar erkak, 47,1 foiz). Agar diabetsiz MI bilan kasallangan ikkala vafot etgan bemorlar erkaklar bo'lsa, 2 -tip diabet bilan kasallangan MI bilan vafot etgan bemorlar orasida ayollar ustunlik qiladi (ayollar va erkaklar nisbati 60:40%). Bizning ma'lumotlarimiz shuni ko'rsatadiki, Miokard infarkti bo'lgan bemorlarda prognoz ayniqsa diabetga chalingan ayollarda noqulaydir.

Vafot etgan bemorlarning kasalxonada bo'lish muddati 40 daqiqadan 15 kungacha, o'rtacha $2,9 \pm 0,9$ yotoq kunini tashkil etdi. Miokard infarkti bilan og'riq bemorlarning 47,1 foizi kasalxonaga yotqizilgan birinchi kunida vafot etgan, bu kasallikning tezligi va og'irligini ko'rsatadi.

O'limga olib keladigan MI ning xususiyatlari rasmda ko'rsatilgan.

Guruch. 4. O'limga olib keladigan MI ning xususiyatlari (%)



Bizning ma'lumotlarga ko'ra, o'limga olib keladigan bemorlar ko'pincha og'riq sindromi uchun murojaat qilishadi (70,6%). Bemorlarning 52,9 foizida og'riqning davomiyligi bir kundan oshdi. Bemorlarning 41,2 foizida Q infarkti bo'lgan. Gipertenziya va chekish umumiy xavf omillari edi (52,9 va 41,2%). O'limning bevosita sabablari orasida og'ir aritmiyalar ustunlik qildi (70,6%). Bemorlarning 35,3 foizida kardiogen shok kuzatilgan.

Shunday qilib, MI bemorlarining umumiy guruhida o'lim 16,3% ni tashkil etdi. Bemorlar orasida o'lim chastotasi DM borligida sezilarli darajada oshdi. O'limga olib keladigan Miokard infarkti uchun xavf omillari ayol jinsi, gipertenziya, chekish va bemorlarning yoshi kattaroq edi. Taxminan bemorlarning yarmi kasalxonada yotishning birinchi kunida vafot etdi, ko'pincha Q infarkti (41,2%). O'lim sabablari orasida kardiogen shok va og'ir aritmiyalar ustunlik qildi.

4-BOB

Miokard infarktining og'irligini anamnestik xavf omillari bo'yicha baholash

Qandli diabet erkaklarda ham, ayollarda ham yurak-qon tomir kasalliklari uchun xavf omilidir . Arterial gipertenziya, giperlipidemiya va chekish kabi klassik xavf omillari bo'lmasa ham, QDda yurak-qon tomir asoratlari va o'lim xavfi aholi xavfidan 2-5 baravar yuqori . Bularning barchasi chuqur o'rganish va yetarli darajada tuzatishni talab qiladigan qandli diabet bilan bog'liq o'ziga xos xavf omillari mavjudligini ko'rsatadi.

Qandli diabetning xavf omillarini aniqlashdagi qiyinchilik ularning rivojlanishi, kursi va natijalariga ta'sir qiluvchi ko'plab omillar bilan bog'liq. Buning sababi shundaki, bir xil omil yoki klinik belgi kasallikning turli davrlarida oqibatlarni bashorat qilish uchun turli xil ahamiyatga ega bo'lgan koeffitsientga ega. Bundan tashqari, taklif etilayotgan algoritmlarning aksariyati amaliy sog'liqni saqlashda har doim ham mavjud bo'lmagan qo'shimcha, ko'pincha qimmat usullardan ma'lumotlardan foydalanadi yoki olingan ma'lumotlar og'ir matematik tahlilni talab qiladi.

Miokard infarktining og'irlik omillarini aniqlash va oqibatlarining prognozi M.V. Mayorova va boshqalar (2009) MI ning zo'ravonligi va prognozini hisoblash uchun kartadan foydalangan holda (2009 yil, patent RU 2 420 228 C 2). Taklif etilayotgan usulning mohiyati shundan iboratki, bemorlar taqdim etilgan sxema bo'yicha tekshiriladi va ball baholanadi. Bemorning ahvolining og'irligi xaritada ballarni yig'ish yo'li bilan hisoblanadi, yig'indisi 58 ball va undan yuqori bo'lsa, og'ir kurs (yomon prognoz) yoki o'lim bashorat qilinadi.

Belgilar 3 guruhga bo'linadi. Birinchi guruhga 7 ta anamnestik, ikkinchisiga 16 ta klinik, uchinchisiga 2 ta patologik anatomik belgilar kiradi. Birinchi bosqichda belgilar aniqlandi, ikkinchi bosqichda esa ballar hisoblab chiqildi. Belgi 4 balli shkala bo'yicha baholandi, bunda belgining yo'qligi 1 ball, engil darajadagi belgi - 2 ball, o'rtacha - 3 ball, og'ir - 4 ball bilan baholandi .

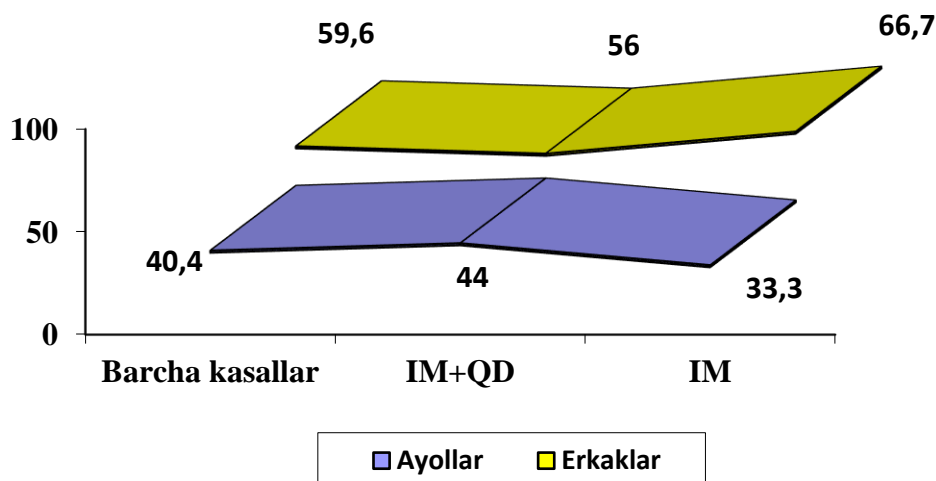
4.1. Miokard infarktining og'irligini anamnestik xavf omillari bo'yicha baholash

Tadqiqot boshida bemorlarda MI ning og'irligi jinsi, bemorlarning yoshi, mehnat qobiliyati, kasalxonaga yotqizilgandan oldingi davr davomiyligi, mavsumiylik, kasallikning variantini hisobga olgan holda 7 ta anamnestik belgilar bilan aniqlandi. MI rivojlanishi va diabetning davomiyligi.

QD ning Miokard infarktining kechishi va natijalariga ta'sirini o'rganish uchun barcha bemorlar ikki guruhga bo'lingan. Birinchi guruhga 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan 68 MI bemorlari, ikkinchi guruhga diabetes mellitussiz 36 MI bemorlari kiritilgan.

Bemorlarning umumiy guruhida MI ko'pincha erkaklarda uchraydi : erkaklar / ayollar nisbati: 1,5/1 (59,6 dan 40,4%). 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan MI bilan og'rigan bemorlar orasida erkaklar 56,0%, ayollar 44,0%, qandli diabet bilan og'rigan bemorlar guruhida mos ravishda: 66,7 va 33,3% (rasm).

Guruch. 5. Ayollar va erkaklarda MI chastotasi,%



Umumiy guruhda MI ning jins bo'yicha o'rtacha og'irlik darajasi $1,8 \pm 0,09$ ballni tashkil etdi (hisoblash: 62 erkak x 1 ball = 62 ball, 42 ayol x 3 ball = 126 ball, umumiy ball - 62 + 126 = 188 ball, o'rtacha ball - 188 ball : 104 = 1,8 ball).

2-toifa qandli diabet bilan og'rigan va diabet bilan og'rigan bemorlarda MI og'irligining prognostik ko'rsatkichlari, bemorlarning jinsiga qarab, 5-jadvalda keltirilgan.

Bemorlarning jinsiga qarab MI zo'ravonligi prognozini aniqlash

Ko'rsatkichlar	MI + QD 2 turi bo'lgan bemorlar (68)	2-toifa QDsiz MI bilan og'rigan bemorlar (36)	Jami bemorlar
1. Jins:			
1-erkak	1x38=38	1x24=24	1x62=62
3-ayol	3x30=90	3x12=36	3x42=126
O'rtacha ball	128:68=1,9	60:36=1,7	188:104=1,8
M ± m	1,9±0,05	1,7±0,07	1,8±0,09

2-toifa qandli diabet bilan og'rigan bemorlar guruhida Miokard infarktining og'irligi $1,9 \pm 0,05$ ball yoki qandli diabetsiz bemorlarga nisbatan 117% yuqori ($1,7 \pm 0,07$ ball, $P > 0,05$).

Bu shuni anglatadiki, umumiy aholi orasida erkaklar ko'pincha Miokard infarktidan aziyat chekishadi. Ayollar bilan solishtirganda, diabetsiz kasal erkaklarda yurak xuruji 2 marta tez-tez rivojlanadi. Biroq, MI va 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlar orasida ayollar soni ko'paygan (erkak / ayol nisbati: 1: 0,79). 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlar orasida ayollar sonining ko'payishi MI ning yanada og'ir kursini ko'rsatadi.

Boshqa 6 anamnestik belgilar bo'yicha bemorlarda MI og'irligini bashorat qilish natijalari 6-jadvalda keltirilgan.

Qandli diabet bilan kasallangan 60 yoshdan oshgan odamlarda MI bilan kasallanish 64,0% (61-70 yoshda - 50,0%, 70 yoshdan oshganlar - 14,0%), diabetsiz - 55,6% ni tashkil etdi. Yosh bo'yicha MI zo'ravonligining bashoratli indeksi $2,7 \pm 0,2$ ballni tashkil etdi: 2-toifa diabet mavjud bo'lganda - $2,8 \pm 0,1$ ball, diabetsiz - $2,2 \pm 0,2$ ball ($P < 0,05$).

Anamnezga ko'ra MI kursining og'irligining xususiyatlari

Ko'rsatkichlar	MI + QD turi 2 (68)	2-toifa QDsiz MI (36)	Jami bemorlar (104)
----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

2. Yosh:			
1 - 41-50 yosh	1x1=1	1x4=4	1x5=5
2- 51-60 yosh	2x24=48	2x12=24	2x36=72
3 - 61-70 yosh	3x34=102	3x17=51	3x51=153
4 - 71-80 yil	4x9=36	4x3=2	4x12=48
O'rtacha ball	2,8±0,1	2,2±0,2	2,7±0,2
3. Ishlash qobiliyati			
1 - ishsiz	1x10=10	1x4=4	1x14=14
2 - pensioner	2x53=106	2x25=50	2x78=156
3 - ish	3x1=3	3x7=21	3x8=24
4 - nogiron	4x4=16	4x0=0	4x4=16
O'rtacha ball	2,0±0,1	2,1±0,1	2,0±0,01
4. SD davomiyligi:			
1 - birinchi aniqlangan	1x8=8		1x8=8
2 - 2 yilgacha	2x1=2		2x1=2
3 - 5 yilgacha	3x13=39	0	3x13=39
4 - 5 yildan ortiq	4x45=180		4x45=180
O'rtacha ball	3,4±0,3		2,2±0,2
5. Mavsumiylik			
1 - qish	1x34=34	1x35=35	1x69=69
2 - yoz	2x24=48	2x0=0	2x24=48
3 - kuz	3x2=6	3x0=0	3x2=6
4 - bahor	4x8=32	4x1=4	4x9=36
O'rtacha ball	1,8±0,2	1,1±0,1	1,5±0,1
6. Kasalxona davrigacha bo'lgan muddat			
1 - 6 soatgacha	1x5=5	1x1=1	1x6=6
2 - 12 soatgacha	2x1=2	2x2=4	2x3=6
3-1 kun	3x21=63	3x8=24	3x29=87
4 - 1 kundandan ortiq	4x41=164	4x25=100	4x66=264
O'rtacha ball	3,4±0,3	3,6±0,3	3,5±0,2
7. IMni ishlab chiqish opsiyasi			
2 - keskin	2x54=108	2x31=62	2x85=170
3 - takrorlanadi	3x14=42	3x5=15	3x19=57
4 - takroriy	4x0=0	4x0=0	4x0=0
O'rtacha ball	2,2±0,2	2,1±0,1	2,2±0,1

Pensionerlar (75,0%) mehnatga layoqatiga ko'ra yurak xurujiga ko'proq chalingan. 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlar orasida nafaqaxo'rlar 77,9%, diabetlilar - 69,4%. Umumiy guruhda (2,0±0,01 ball), 2-toifa diabet (2,0±0,1 ball) va diabetlilar (2,1±0,1 ball) bemorlarda Miokard infarktining o'rtacha og'irligi va prognozi statistik ahamiyatga ega emas edi.

MI bilan og'rigan bemorlarda 2-toifa diabetning chastotasi 65,4%, diabetning davomiyligi 7,4±2,6 yil . Bemorlarning 7,7 foizida diabet birinchi marta

aniqlangan, bemorlarning 14,4 foizida qandli diabetning davomiyligi 1 yildan 5 yilgacha, bemorlarning 36,5 foizida - 6 yildan 10 yilgacha, 6,7 foiz bemorlarda - 10 yildan ortiq ..

Glikatlangan gemoglobin darajasiga ko'ra, bemorlarning 5,8 foizida kompensatsiyalangan diabet aniqlangan. Bemorlarning 16,3 foizi subkompensatsiyalangan, bemorlarning 41,3 foizi diabetes mellitusning dekompensatsiyalangan kursi bilan tavsiflangan.

2-toifa qandli diabet bilan og'riq bemorlar guruhida Miokard infarktining og'irligining o'rtacha prognozli qiymati ($3,4 \pm 0,3$ ball) bemorlarning umumiy guruhiga qaraganda statistik jihatdan yuqori edi ($2,2 \pm 0,2$ ball, $P < 0,05$).

MI ko'pincha qishda rivojlanadi (66,3%). Parvoz oylarida MI bilan kasallanish 23,1%, kuzda - 1,9%, bahorda - 8,7% ni tashkil etdi. Qandli diabet bilan og'riq bemorlar guruhida Miokard infarktining zo'ravonlik darajasi va prognozi indeksi $1,8 \pm 0,2$ ballni tashkil etdi, bu umumiy guruhdagiga ($1,5 \pm 0,1$ ball, $P < 0,05$) nisbatan mos ravishda 1,2 va 1,6 baravar yuqori . qandli diabetsiz bemorlar guruhi ($1,1 \pm 0,1$ ball, $P < 0,02$).

Bemorlarning 5,8 foizi og'riq xuruji boshlanganidan keyin 6 soatgacha, bemorning 2,9 foizi - 6 dan 12 soatgacha, bemorlarning 27,9 foizi - 1 kungacha va 63,5 foizi - 1 kundan ortiq kasalxonaga yotqizilgan.

Kasalxonada yotqizish muddatiga qarab, miokard infarktining o'rtacha og'irligi va prognozi umumiy guruhda ($3,5 \pm 0,2$ ball), 2-toifa diabet bilan og'riq bemorlarda ($3,4 \pm 0,3$ ball) va diabetsiz ($3,6 \pm 0,3$ ball) statistik ahamiyatga ega emas edi ($P > 0,05$). Bu kasalxonada bemorlarning kech va kech kasalxonaga yotqizilishidan dalolat beradi.

Bemorlarning 81,7 foizida MI kursi o'tkir, 18,3 foiz bemorlarda takroriy miokard infarkti sifatida baholandi. Miokard infarktining takrorlanishi odatiy emas edi. MI kursiga qarab, umumiy guruhda, qandli diabet bilan og'riq va diabetsiz bemorlarda kasallikning og'irligi va prognozi ko'rsatkichlari statistik ahamiyati bo'yicha farq qilmadi ($2,2 \pm 0,1$; $2,2 \pm 0,2$; $2,1 \pm 0,1$ ball. , $P > 0,05$).

Shunday qilib, Miokard infarktining jinsi, yoshi, mehnat qobiliyati, qandli diabetning davomiyligi, mavsumiylik, kasalxona davrigacha bo'lgan muddat, miokard infarktining rivojlanish variantlari kabi anamnestik belgilari og'irlik va prognozni aniqlashning ishonchli mezonlari hisoblanadi. Miokard infarkti. 2. Ayollarda miokard infarkti, nisbatan kattaroq yosh (60 yoshdan oshgan), 5 yildan ortiq diabet kasalligi, yozda yurak xurujining rivojlanishi va miokard infarktining takrorlanishi bemorlarda miokard infarktining yanada og'ir kechishiga yordam beradi. 2-toifa diabet mellitus bilan. 3. Bemorlarning kasalxonaga kech va kech yotqizilishi qandli diabet bilan og'rigan va bo'lmagan bemorlarda infarktning og'irligini ko'rsatuvchi omil bo'lishi tabiiy.

4. Tavsiya etilgan anamnestik algoritmlar miokard infarktining og'irligini va prognozini aniqlashda qo'shimcha hisoblanadi. Ular qimmat usullar emas va amaliy sog'liqni saqlashda doimo mavjud. Olingan ma'lumotlar og'ir matematik tahlilni talab qilmaydi. Anamnestik mezonlarning ahamiyatlilik koeffitsienti, ayniqsa, kasallikning o'tkir va subakut davrida yurak xurujining natijasini bashorat qilish uchun javob beradi.

4.2. 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda Miokard infarktining og'irligining asosiy klinik algoritmlarining ahamiyati

Noqulay oqibatlarining xavfini stratifikatsiya qilish uchun modellarni (shkalalarni) tabaqalashtirilgan holda qo'llash miokard infarkti bo'lgan bemorlarni davolash strategiyasini tanlashda yordam beradi va shu bilan o'lim va qayta qabul qilish darajasini pasaytiradi.

Miokard infarktining og'irligini bashorat qiluvchi algoritmlarning ikkinchi guruhi 16 ta klinik belgilarga asoslangan edi. Taklif etilgan mezonlar og'riq sindromining tabiatini, qon aylanish etishmovchiligi darajasini, angina pektorisining mavjudligini, qon bosimi darajasini, gipertenziya bosqichini (arterial gipertenziya), Miokard infarktining lokalizatsiyasini, nekroz va aritmiyaning elektrokardiografik belgilarini aks ettirdi. , MI ning asoratlari, o'pka asoratlari,

ekokardiyografi va koronar angiografiya, diabetning og'irligi va kompensatsiyasi, diabetning visseral asoratlari mavjudligi, qon reologiyasi.

Qabul qilinganda bemorlarning 77,9 foizi odatiy retrosternal og'riqlardan shikoyat qildilar. Bemorlarning 8,7 foizi atipik og'riq sindromi bilan tavsiflangan, bemorlarning 13,5 foizi infarktning og'riqsiz shakliga ega. Bemorlarning 11,5 foizida to'xtovsiz og'riq sindromi mavjud (7-jadval).

7-jadval

MI ning og'irligi va prognozini klinik belgilar bo'yicha baholash

Ko'rsatkichlar	MI + 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlar	2-toifa QDsiz MI bilan og'rigan bemorlar	Jami bemorlar
8. Og'riq sindromining tabiati			
1 - tipik og'riq sindromi	1x40 =40	1x29 =29	1x69=69
2 - atipik og'riq sindromi	2x6=12	2x3=6	2x9=18
3 - og'riqsiz shakl	3x12=36	3x2=6	3x14=42
4 - chidab bo'lmas og'riq sindromi	4x10=40	4x2=8	4x12=48
O'rtacha ball	1,9 ± 0,1	1,4 ± 0,05	1,7 ± 0,08
9. Angina:			
1 - birinchi paydo bo'ldi	1x27=27	1x11=11	1x38=38
2 - barqaror	2x27=54	2x20=40	2x47=94
3 - progressiv	3x12=36	3x3=9	3x15=45
4 - infarktdan keyingi	4x2=8	4x2=8	4x4=16
O'rtacha ball	1,84 ±0,01	1,89±0,01	1,86±0,01

Miokard infarkti bilan og'rigan bemorlarning umumiy guruhida og'riq sindromining tabiati bo'yicha miokard infarktining zo'ravonlik darajasi va prognozi indeksi $1,7 \pm 0,08$ ballni tashkil etdi. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlar guruhida og'irlik indeksi ($1,9 \pm 0,1$ ball) diabet kasalligi bo'lmagan bemorlarga nisbatan sezilarli darajada 1,4 baravar yuqori ($1,4 \pm 0,05$ ball, $P < 0,05$).

Qandli diabet bilan og'rigan bemorlar guruhida og'irlikning yuqori ko'rsatkichi og'riqsiz (3 ball) va og'riqni engillashtirmaydigan (4 ball) sindromi bo'lgan bemorlarning nisbatan ko'pligi bilan bog'liq. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlar guruhi bilan solishtirganda, yangi tashxis qo'yilgan (39,7% ga nisbatan 30,6%) va progressiv angina (17,6% ga nisbatan 8,3%) bilan og'rigan bemorlar qandli diabet bilan kasallanganlar guruhida ham ustunlik qiladi. MI rivojlanishida

og'riqning yo'qligi, ma'lumki, vegetativ neyropatiya rivojlanishi tufayli Miokard to'qimalarining sezgirlikining pasayishi yoki to'liq yo'qligi bilan izohlanadi.

Barcha bemorlar orasida 70,2% hollarda qon bosimining ko'tarilishi xarakterli edi: 22,1% hollarda - birinchi gipertenziya, 32,7% hollarda - ikkinchi gipertenziya, 15,4% hollarda - uchinchi gipertenziya. daraja. 2-bosqich Gb 1,0%, 3-bosqich - 69,2% bemorlarda topilgan.

8-jadval

Gipertenziya darajasi va GB bosqichi bo'yicha MI ning og'irligi va prognozini baholash

Ko'rsatkichlar	MI + 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlar	2-toifa QDsiz MI bilan og'rigan bemorlar	Jami bemorlar
10. Qon bosimi darajasi:			
1 - me'yordan yuqori;	1x17=17	1x14=14	1x31=31
2 - 1 daraja AH;	2x11=22	2x12=24	2x23=46
3-2 darajali arterial gipertenziya;	3x27=81	3x7=21	3x34=102
4-3 darajali arterial gipertenziya	4x13=52	4x3=12	4x16=64
O'rtacha ball	2,5 ± 0,1	1,8 ± 0,2	2,3 ± 0,1
11. Gipertenziya:			
2 - I bosqich;	1x0=0	1x0=0	1x0=0
3 - II bosqich;	2x0=0	2x1=2	2x1=2
4-III bosqich	3x50=150	3x22=66	3x72=216
Ballarni hisoblash	150:50=3	66:23=2,87	218:73=2,98
O'rtacha ball	3,0±0,1	2,87±0,01	2,98±0,02

Qandli diabeti bo'lmagan bemorlar guruhi bilan solishtirganda, AH 2 va 3 darajali bemorlar QD (39,7 va 19,1% ga nisbatan 19,4 va 8,3%) va III bosqich (73,5% ga nisbatan 63,9%) bo'lgan bemorlarda ustunlik qildi.

Q to'liqlik infarkt 45,2% da, Q to'liqsiz 54,8% bemorlarda aniqlangan. Apeks infarktining EKG belgilari bemorlarning 69,2% da, old devori - 67,3% va septum - 67,3%, yon devor - 57,7%, orqa devor - 32,7% da xarakterlidir.

Qandli diabet bilan og'rigan bemorlar guruhida infarktning lokalizatsiyasiga ko'ra MI og'irligi (2,3 ± 0,2 ball) diabet kasalligi bo'lmagan bemorlarga qaraganda ancha past edi (3,1 ± 0,2 ball, P <0,05). Shu bilan birga, nekrozning EKG belgilari (2,7±0,07 ga nisbatan 2,3±0,08 ball, P <0,05), ekokardiyografiya (2,1±0,2

ga nisbatan $1,7 \pm 0,1$ ball, $P < 0,05$) va koronar angiografiya ($2,7 \pm$) bo'yicha MI og'irligi. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda $0,2$ ga nisbatan $2,4 \pm 0,2$ ball, $P < 0,05$) statistik jihatdan diabetsez bemorlarga qaraganda yuqori edi.

9-jadval

Infarktning joylashuvi va instrumental tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra MI ning og'irligi va prognozini baholash

Ko'rsatkichlar	MI + 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlar	2-toifa QDsiz MI bilan og'rigan bemorlar	Jami bemorlar
12. MI ning lokalizatsiyasi:			
1 - yon devor;	$1 \times 12 = 12$	$1 \times 3 = 3$	$1 \times 15 = 15$
2 - orqa devor;	$2 \times 8 = 16$	$2 \times 9 = 18$	$2 \times 17 = 34$
3 - old-lateral ;	$3 \times 37 = 81$	$3 \times 2 = 3$	$3 \times 39 = 108$
4 - oldingi septal	$4 \times 11 = 44$	$4 \times 22 = 88$	$4 \times 33 = 132$
Ballarni hisoblash	$153 : 68 = 2,25$	$112 : 36 = 3,1$	$289 : 104 = 2,8$
O'rtacha ball	$2,3 \pm 0,2$	$3,1 \pm 0,2$	$2,8 \pm 0,2$
13. Nekrozning EKG belgilari:			
1 - \uparrow ST/ \llcorner - \ggcorner T;	$1 \times 4 = 4$	$1 \times 3 = 3$	$1 \times 7 = 7$
2 - Q MI emas;	$2 \times 24 = 48$	$2 \times 25 = 5$	$2 \times 49 = 98$
3 - Q MI;	$3 \times 32 = 96$	0	$3 \times 8 = 108$
4 - QS MI	$4 \times 8 = 32$	$3 \times 6 = 18$	$4 \times 10 = 40$
Ballarni hisoblash	$180 : 68 = 2,7$	$4 \times 2 = 8$	$253 : 104 = 2,4$
O'rtacha ball	$2,7 \pm 0,07$	$83 : 36 = 2,3$	4
		$2,3 \pm 0,08$	$2,4 \pm 0,1$
14. ECHO CG ma'lumotlari:			
1 - gipertrofiyasiz LV diastolik disfunktsiyasi;	$1 \times 11 = 11$	$1 \times 6 = 6$	$1 \times 17 = 17$
2 - LV diastolik disfunktsiyasi bilan LV gipertrofiyasi;	$2 \times 23 = 46$	$2 \times 14 = 28$	$2 \times 37 = 74$
3 - LV Miokardning sistolik disfunktsiyasi (ejeksiyon fraktsiyasi $< 50\%$)	$3 \times 11 = 33$	$2 \times 3 = 6$	$3 \times 14 = 42$
Ballarni hisoblash	$90 : 44 = 2,1$	$39 : 23 = 1,7$	$133 : 67 = 2,0$
O'rtacha ball	$2,1 \pm 0,2$	$1,7 \pm 0,1$	$2,0 \pm 0,1$
15. Koronar angiografiya:			
1 - bitta koronar arteriyaning kichik shikastlanishi;	$1 \times 1 = 1$	$1 \times 1 = 1$	$1 \times 2 = 2$
2 - bitta tomir jarohati;	$2 \times 3 = 6$	$2 \times 2 = 4$	$2 \times 5 = 10$
3 - ikki tomirning shikastlanishi;	$3 \times 5 = 15$	$3 \times 1 = 3$	$3 \times 6 = 18$
4 - uch tomirning shikastlanishi	$4 \times 2 = 8$	$4 \times 1 = 4$	$4 \times 3 = 12$
Ballarni hisoblash	$30 : 11 = 2,7$	$12 : 5 = 2,4$	$42 : 16 = 2,6$
O'rtacha ball	$2,7 \pm 0,2$	$2,4 \pm 0,2$	$2,6 \pm 0,1$

Qandli diabet bilan og'riqan bemorlar guruhida EKG, ekokardiyografi va koronar angiografiyaning yuqori ko'rsatkichlari Q va QS bemorlarining ushbu guruhida Miokard infarktining tarqalishi, LV gipertrofiyasi bilan LV diastolik disfunktsiyasi, Ejeksiyonning kamayishi bilan LV Miokard sistolik disfunktsiyasi bilan bog'liq . 50% dan past bo'lgan fraktsiya va koronar arteriyalarning ikki tomir zararlanishi.

Reologiya va qon ivish qobiliyati (16-ko'rsatkich) protrombin indeksi yordamida o'rganildi, uning normal qiymatlari 93-100%. Protrombin indeksining ko'rsatkichlariga ko'ra, qon ivishining holati shartli ravishda koagulyatsiya belgilarisiz, engil giperkoagulyatsiya va og'ir giperkoagulyatsiya sifatida qayd etilgan. Engil giperkoagulyatsiya bilan PTI ko'rsatkichlari 100-105%, og'ir giperkoagulyatsiya bilan 106% yoki undan ko'p edi.

O'tkir miokard infarkti bo'lgan bemorlarda PTI ko'rsatkichlari 67-109%, o'rtacha $90,2 \pm 4,5\%$ ni tashkil etdi. 13 bemorda giperkoagulyatsiya holati aniqlangan, bu 12,5% ni tashkil qiladi.

Qandli diabet bilan og'riqan MI bemorlari orasida 9 bemorda giperkoagulyatsiya qayd etilgan (5 - engil, 4 - og'ir). Ushbu guruhda PTI bo'yicha o'rtacha zo'ravonlik va prognoz 2,4 ballni tashkil etdi

Miokard infarktida 4 bemorda PTIning oshishi kuzatildi (barchasi engil darajaga ega edi). Ushbu guruhdagi PTI bo'yicha o'rtacha zo'ravonlik va prognoz qandli diabet bilan og'riqan bemorlarga qaraganda (2,0 ball) past edi.

Ushbu tadqiqotda ichki sabablarning tuzilishida aniqlandi
Qandli diabet bilan og'riqan bemorlarda miokard infarktidan kasalxonada o'lim darajasi birinchi o'rinda turadi
o'tkir yurak etishmovchiligini egallaydi, bu o'pka shishi bilan namoyon bo'ladi
kih, kardiogen shok yoki ularning kombinatsiyasi. Ajoyib ko'pchilik
tadqiqotga kiritilgan bemorlar ushbu asoratlardan vafot etgan
ULAR.

MI ning og'irligi va prognozini asoratlari mavjudligiga qarab baholash

Ko'rsatkichlar	MI + 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlar	2-toifa QDsiz MI bilan og'rigan bemorlar	Jami bemorlar
17. Xr. yurak etishmovchiligi:			
1 - FK I;	1x18=18	1x15=15	1x33=33
2 - FK II	2x29=58	2x10=20	2x39=68
3 - FK I II	3x7=21	3x3=9	3x10=30
4 - FK IV	4x14=42	4x8=32	4x22=88
Ballarni hisoblash	139:68=2,04	76:36=2,1	219:104=2,1
O'rtacha ball	2,0 ± 0,1	2,1 ± 0,1	2,1 ± 0,1
18. Ritm buzilishining EKG belgilari:			
1 - ekstrasistol;			
2 - paroksizmal taxikardiya	1x3=3	1x3=3	1x6=6
3 - A/V blokadasi;	2x3=6	2x1=2	2x4=8
4 - qorincha fibrilatsiyasi	3x4=12	3x2=6	3x6=18
Ballarni hisoblash	4x15=60	4x2=8	4x17=68
O'rtacha ball	81:25=3,2 3,2±0,2	19:8=2,5 2,5±0,2	100:33=3,0 3,0±0,1
19. MI ning asoratlari :			
1 - parietal trombi;	1x1=1	1x1=1	1x2=2
2 - o'tkir anevrizma;	2x0=0	2x0=0	2x0=0
3 - yurakning yorilishi;	3x0=0	3x0=0	3x0=0
4 - kardiogen shok	4x6=24	4x1=4	4x7=28
Ballarni hisoblash	25:7=3,6	5:2=2,5	30:9=3,3
O'rtacha ball	2,1±0,2	1,7±0,1	1,8±0,1
20. O'pka asoratlari :			
1 - mayda pufakchali raller;	1x18=18	1x15=15	1x33=33
2 - o'pkaning Rg'da aniq turg'unlik;	2x30=60	2x12=24	2x42=84
3 - kardiyaq astma;	3x13=39	3x3=9	3x16=48
4 - o'pka shishi	4x7=28	4x2=8	4x9=36
Ballarni hisoblash	145:68=2,1	56:32=1,8	201:100=2,0
O'rtacha ball	2,1±0,1	1,8±0,1	2,0±0,1

MI bilan og'rigan bemorlarning umumiy guruhida o'lim darajasi 16,3% ni tashkil etdi. Bemorlar orasida o'limning chastotasi infarkt va fon kasalliklarining asoratlari rivojlanishi bilan sezilarli darajada oshdi.

Kasalxonaga yotqizilganida MI bilan og'rigan bemorlarning 31,7 foizida birinchi, 37,5% bemorlarda - ikkinchi, 9,6% bemorlarda - uchinchi va 21,2% bemorlarda - surunkali yurak etishmovchiligining to'rtinchi funktsional klassi aniqlandi. Bemorlarning umumiy guruhida ushbu ko'rsatkichning zo'ravonlik indeksi $2,1 \pm 0,1$ ballni tashkil etdi.

Qandli diabet, surunkali yurak etishmovchiligi bo'lgan bemorlar guruhida I; II; I II va IV va funktsional sinf mos ravishda 26,5 da tavsiflangan; 42,6; 10,3 va 20,6% holatlar. Jiddiylik va prognoz ko'rsatkichi $2,0 \pm 0,1$ ballni tashkil etdi. Qandli diabet kasalligi bo'lmagan bemorlar orasida FK I II va FK IV surunkali yurak etishmovchiligi bemorlarning 30,6 foizida aniqlangan. Bemorlarning ushbu guruhidagi og'irlik va prognoz ko'rsatkichi ($2,1 \pm 0,1$ ball) 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlardan farq qilmadi.

$P < 0,05$), MI ning halokatli asoratlari ($2,1 \pm 0,2$ ga qarshi $1,7 \pm 0,1$ ball, $P < 0,05$) va o'pka asoratlari (2,1 ball) tufayli MI og'irlik ko'rsatkichlari. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda $\pm 0,1$ ga nisbatan $1,8 \pm 0,1$ ball, $P < 0,05$) diabet bilan bemorlarga qaraganda statistik jihatdan yuqori edi.

MI ning og'irligi va prognozining yuqori darajasi bemorlarda qorincha fibrilatsiyasi, kardiogen shok, yurak astmasi va o'pka shishi kabi miokard infarktining og'ir asoratlarning tez-tez rivojlanishi bilan bog'liq edi. Kardiogen shok va og'ir aritmiyalar Miokard infarktining halokatli natijalarining asosiy sabablari edi.

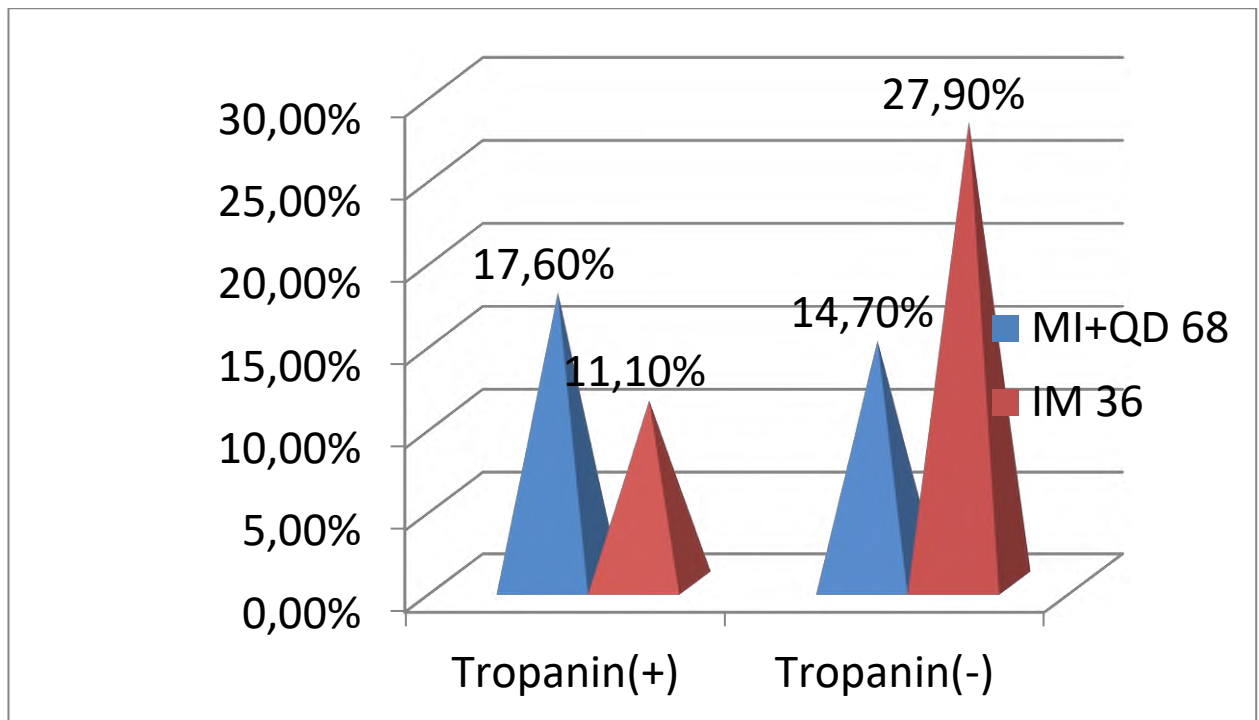
Ma'lumki, Miokard infarktida rezorbsion-nekrotik sindromning eng muhim belgilari isitma, leykotsitoz, ESRning oshishi, "yallig'lanishning biokimyoviy belgilari" ning paydo bo'lishi va kardiomiotsitlar o'limining biokimyoviy belgilaridir. Yuqoridagi ko'rsatkichlarning ko'pchiligining darajasi va ularning ma'lum darajada o'sish davomiyligi nekroz darajasiga bog'liq. Keng tarqalgan miokard infarkti bilan, leykotsitlar sonining ko'payishi, ESR, troponin va CPKning mushak fraktsiyasining ko'payishi kichik o'choqli infarktga qaraganda ancha sezilarli va uzoq davom etadi.

Tahlil qilingan bemorlar guruhlarida laboratoriya parametrlarida sezilarli klinik jihatdan sezilarli farqlar aniqlandi (11-jadval).

11-jadval

MI bilan og'rigan bemorlarda laboratoriya parametrlarining qiymati 2-toifa diabet bilan va diabet bilan

Ko'rsatkichlar	MI + 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlar	2-toifa QDsiz MI bilan og'rigan bemorlar	Jami bemorlar
Bemorlar soni	68	36	104
Leykotsitoz	21 (30,9%)	3 (8,3%)	24 (23,1%)
ESR ortishi	57 (83,8%)	24 (66,7%)	81 (77,9%)
Troponin (+)	12 (17,6%)	4 (11,1%)	16 (15,4%)
Troponin (-)	10 (14,7%)	19 (27,9%)	29 (27,9%)
KFK MV fraktsiyasi	117,6±9,4	33,4±3,4	87±6,7
Qondagi kreatinin	140±8,5	90,1±4,5	122,1±6,3
Qondagi karbamid	10,3±2,3	7,5±4,3	10,9±1,2
Siydikdagi protein	0,8±0,1	0,31±0,02	0,67±0,4
Siydikdagi tsilindrlar	2,3±0,2	0,5±0,03	1,7±0,3
GFR	62,4±4,3	99,7±5,6	75,4±5,6



Bizning kuzatishlarimizda leykotsitoz 23,1%, ESR ning o'sishi - 77,9%, troponinning ko'payishi - 15,4% bemorlarda xarakterli edi. Bemorlarning umumiy guruhida CPK ning MC fraktsiyasining o'rtacha tarkibi $87 \pm 6,7$ birlikni tashkil etdi. Qandli diabet bilan og'riqan bemorlarga qaraganda, qandli diabet bilan og'riqan bemorlar guruhida Miokard infarkti ko'pincha neytrofil leykotsitoz, ESR ortishi, troponinning ko'payishi, CPK mushak fraktsiyasi bilan kechdi, bu rezorbsiya-nekrotik sindromning og'ir darajasini ko'rsatdi .

Yurak va buyrak patologiyalari o'rtasidagi munosabatlar uzoq vaqtdan beri kardiologlar va nefrologlarning e'tiborini tortdi. Glomeruli organizmning mikrosirkulyatsiya tizimining bir qismi bo'lgan buyraklar yurak-qon tomir patologiyasining shakllanishiga ta'sir qiladi, shu bilan birga ularning o'zlari turli yurak-qon tomir kasalliklarida (KVD) patologik jarayonda ishtirok etadilar. Yurak va buyraklar kasalliklari uchun bir qator umumiy xavf omillari (RF) mavjud :

arterial gipertenziya (AH), diabetes mellitus (QD), semizlik, dislipidemiya va boshqalar.

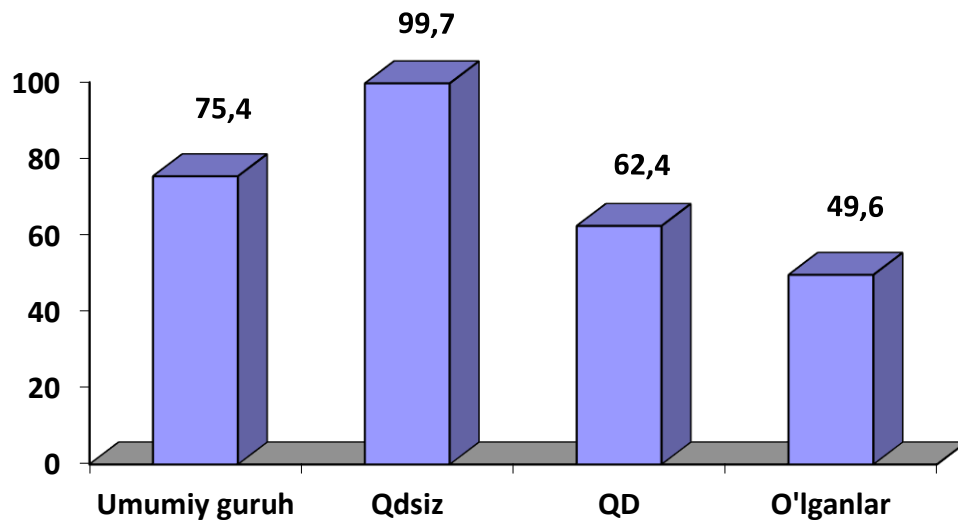
Gipertenziya, koroner yurak kasalligi (KY) bilan og'rigan bemorlarda, ayniqsa diabet bilan birgalikda buyrak funksiyasining buzilishi juda tez-tez uchraydi. Shu bilan birga, buyrak funksiyasining buzilishi Miokard infarkti (MI), yurak etishmovchiligi va o'limga olib keladigan aritmiya kabi yurak-qon tomir asoratlari rivojlanishi uchun muhim mustaqil xavf omilidir .

Buyrak funksiyasining buzilishini baholash uchun quyidagi ko'rsatkichlar o'rganildi: siydikdagi oqsil miqdori, kreatinin, karbamid darajasi va glomerulyar filtratsiya tezligi.

Birinchi guruhdagi bemorlarda kreatinin va karbamid miqdori ikkinchi guruhdagi bemorlarga qaraganda yuqori bo'lgan. MI bilan og'rigan bemorlarda buyraklarning funksional holatini baholashda 53 (50,9%) bemorda siydikda oqsil mavjudligi proteinuriya, 49 (72,1%) birinchi va 4 (11,1%) bemorlarda aniqlandi. ikkinchi guruh bemorlari. 2-toifa diabetda proteinuriya (2 marta), silindrsimon (5 marta) darajasi ham yuqori bo'lgan. Bu miokard infarkti bilan og'rigan bemorlarda, ayniqsa 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlarda buyraklarning funksional holatining buzilishi o'zaro bog'liqligidan dalolat beradi.

Umumiy guruhdagi miokard infarkti bilan og'rigan bemorlarda buyraklarning funksional holatini baholashda GFR $75,4 \pm 5,6$ ml / min ni tashkil qiladi, bu KKDning 2-bosqichiga to'g'ri keladi. Qandli diabet bo'lmagan MI bo'lgan bemorlarda SLE $99,7 \pm 5,6$ ml / min (CKD 1-bosqichiga to'g'ri keladi), 2-toifa diabetda - $62,4 \pm 4,3$ ml / min (CKD 2-bosqichiga to'g'ri keladi).). O'lim bilan yakunlangan bemorlarda GFR $49,6 \pm 3,6$ ml / min ni tashkil etdi, bu CRF 3 bosqichiga to'g'ri keladi.

Guruch. 7. Miokard infarktida GFR darajasi, ml/min



MI natijalarini bashorat qilish tizimimizning birinchi bosqichi 19 ta eng muhim anamnestik, klinik va paraklinik belgilarni miqdoriy baholashni o'z ichiga oladi.

Birinchi guruh bemorlarning jinsi, yoshi, ularning mehnat qobiliyati, kasalxonaga yotqizish davrining davomiyligi, mavsumiylik va miokard infarktining rivojlanish variantini hisobga olgan 6 ta anamnestik xususiyatlar to'plamini o'z ichiga oldi.

Ikkinchi guruh og'riq sindromining tabiatini, qon aylanish etishmovchiligi darajasini, angina pektorisining mavjudligini, qon bosimining darajasini, gipertenziya (arterial gipertenziya), miokard infarktining lokalizatsiyasini aks ettiruvchi 13 ta klinik belgilarga asoslanadi. nekroz va aritmiyaning elektrokardiografik belgilari, MI asoratlari, o'pka asoratlari, ma'lumotlar ekokardiyografi va koronar angiografiya va qon reologiyasi.

Umumiy guruhda MI ning og'irlik darajasi va prognozi bo'yicha o'rtacha ball yig'indisi 43 ballni, qandli diabet bilan og'riqan bemorlar guruhlarida - 45 ball va qandli diabetsiz - 40 ballni tashkil etdi.

12-jadval

O'tkir miokard infarkti bo'lgan bemorlarning og'irligi va prognozi ko'rsatkichlari

Yo'q.	Ko'rsatkichlar	MI bilan og'riqan bemorlar + 2 turdagi LED	2-toifa QDsiz MI bilan og'riqan bemorlar	Jami bemorlar
1	Qavat	1,9±0,05	1,7±0,07*	1,8±0,09
2	Yosh	2,8±0,1	2,2±0,2**	2,7±0,2
3	Ishlash qobiliyati	2,0±0,1	2,1 ± 0,1	2,0±0,01
4	Mavsumiylik	1,8±0,2	1,1±0,1**	1,5±0,1
5	Davomiyligi kasalxona davridan oldin	3,4±0,3	3,6±0,3	3,5±0,2
6	IMni ishlab chiqish opsiyasi	2,2±0,2	2,1±0,1	2,2±0,1
7	Og'riq sindromining tabiati	1,9±0,1	1,4±0,05**	1,7±0,08
8	angina pektoris	1,84±0,01	1,89±0,01	1,86±0,01
9	BP darajasi	2,5±0,1	1,89±0,2**	2,3±0,1
10	Gipertonik kasallik	3,0±0,1	2,87±0,01	2,98±0,02
o'n bir	MI lokalizatsiyasi	2,3±0,2	3,1±0,2	2,8±0,2
12	Nekrozning EKG belgilari	2,7±0,07	2,3±0,08*	2,4±0,1
13	ECHO CG ma'lumotlari	2,1±0,2	1,7±0,1*	2,0±0,1
14	Koronar angiografiya	2,7±0,2	2,4±0,2*	2,6±0,1
15	PTI ko'rsatkichi	2,4±0	2±0*	2,2±0
16	FC KhSN	2,0 ± 0,1	2,1±0,1	2,1±0,1
17	Ritm buzilishlari	3,2±0,2	2,5±0,2*	3,0±0,1
18	O'limga olib keladigan asoratlar	2,1±0,2	1,7±0,1**	1,8±0,1
19	O'pka asoratlari	2,1±0,1	1,8±0,1*	2,0±0,1
O'rtacha ballar yig'indisi		45,0	40,0	43,0

diabetning visseral asoratlarning davomiyligi, og'irligi, kompensatsiyasi va rivojlanishi bilan hisoblangan .

Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, 2-toifa diabet bilan og'riqan 68 bemorda diabetning davomiyligi bilan bog'liq bo'lgan MI og'irlik darajasining o'rtacha qiymati $3,4 \pm 0,3$ ball, diabetning og'irligi bilan - $3,6 \pm 0,3$ ball, diabet darajasi

bilan. kompensatsiya - 3, $7 \pm 0,3$ ball, qandli diabetning visseral asoratlari mavjudligi bilan - $7,2 \pm 0,6$ ball. Umuman olganda, QD 2 mavjudligi bilan bog'liq o'ziga xos xavf omillarining mavjudligi yomon MI prognozi qiymatini yana 17,9 ballga oshirdi.

13-jadval

MI ni bashorat qilishda 2-toifa diabet ko'rsatkichlarining qiymati

1. SD davomiyligi: 1 - birinchi aniqlangan 2 - 2 yilgacha 3 - 5 yilgacha 4 - 5 yildan ortiq O'rtacha ball	$1 \times 8 = 8$ $2 \times 1 = 2$ $3 \times 13 = 39$ $4 \times 45 = 180$ $3,4 \pm 0,3$
2. QDning og'irligi: 2 - yorug'lik; 3 - o'rta; 4 - og'ir O'rtacha ball	$2 \times 0 = 0$ $3 \times 26 = 78$ $4 \times 42 = 168$ $3,6 \pm 0,3$
3. SD kompensatsiyasi: 2 - kompensatsiya; 3 - subkompensatsiya; 4 - dekompensatsiya O'rtacha ball	$2 \times 0 = 0$ $3 \times 24 = 72$ $4 \times 44 = 176$ $3,7 \pm 0,3$
4. QDning visseral asoratlari: 2 - retinopatiya; 3 - glomerulopatiya 4 - kardiyomiyopatiya O'rtacha ball	$2 \times 26 = 52$ $3 \times 42 = 168$ $4 \times 68 = 272$ $7,2 \pm 0,6$

Umuman olganda, 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan bemorlar guruhida miokard infarktining o'rtacha og'irlik darajasi va prognozi 62,9 ballni tashkil etdi, bu qandli diabet bilan og'rimagan bemorlarga nisbatan 1,6 baravar yuqori (40 ball).

toifa qandli diabet Miokard infarktining kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatishi, o'limga olib keladigan asoratlar sonini oshirishi aniq . Miokard funksiyasining yomonlashishiga qandli diabetda umumiy aholiga qaraganda taxminan ikki baravar tez-tez rivojlanadigan arterial gipertenziya ham katta hissa qo'shadi. 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlarda Miokard infarkti kursi ko'pincha diabetsiz odamlarga qaraganda atipik shaklga ega. Bu komorbiditni davolashning yanada samarali usullarini topish zarurligini taqozo etadi.

Qandli diabet fonida Miokard infarkti barcha yosh guruhlaridagi ayollarda ko'proq uchraydi, diabetga chalingan bemorlarda esa 65 yoshdan kichik bo'lganlarda erkaklarda, katta yoshdagi ayollarda esa ko'proq uchraydi . Bizning ma'lumotlarimiz shuni ko'rsatadiki, ayollarda diabet fonida rivojlangan MI prognozi ayniqsa noqulay, ular orasida o'lim erkaklarnikiga qaraganda 2 baravar yuqori. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, buzilgan uglevod almashinuvi ayollar populyatsiyasida og'ir CHD ning eng agressiv belgilovchi omili bo'lib, asosiy xavf omillaridan biridir. Boshqa hech qanday xavf omili bunday aniq jinsga xos munosabatlarga ega emas.

Ushbu tadqiqotda qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda MI dan kasalxonada o'lim sabablari tarkibida birinchi o'rinni o'pka shishi, kardiogen shok yoki kombinatsiya bilan namoyon bo'lgan o'tkir yurak etishmovchiligi egallashi aniqlandi. ikkalasidan ham. Tadqiqotga kiritilgan bemorlarning aksariyati MI ning ushbu asoratlaridan vafot etdi. QDda MI kasalxonada o'lim sabablarini o'rganishda shunga o'xshash ma'lumotlar boshqa mualliflar tomonidan olingan.

XOTIMA

Ma'lumki miokard infarkti, yurak yetishmovchiligi va koronar aterosklerozning boshqa ko'rinishlari qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda QD bo'lmagan shaxslarga qaraganda sezilarli darajada tez-tez uchraydi. QDda yuqori o'lim darajasi birinchi navbatda aterosklerozning jadal rivojlanishi bilan belgilansa-da, QD bilan og'rigan bemorlarning yurak faoliyatini yomonlashtiradigan boshqa koronar bo'lmagan omillarni e'tiborsiz qoldirib bo'lmaydi. Shunday qilib, kislorod ta'minotining pasayishi nafaqat yirik koronar arteriyalarning torayishi, balki mikroangiopatiya, nefropatiya mavjudligi va diabetik vegetativ neyropatiya tufayli yurakning neyrogen regulyatsiyasining pasayishi bilan ham bo'lishi mumkin .

Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, ushbu tadqiqotning maqsadi 2 -toifa qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda miokard infarktining kechishini og'irlashtiruvchi xavf omillari va klinik kechish xususiyatlarini o'rganish edi.

O'tkir miokard infarkti bo'lgan 104 nafar bemor tekshirildi. Kasallik ko'pincha erkaklarda rivojlanadi, ayollarga nisbatan o'rtacha 4 yil oldin. Bu o'tkir kurs va tipik og'riq sindromi bilan tavsiflangan. Yurak cho'qqisi, old devori va septal mintaqaning MI ustunlik qildi. Bemorlar kasalxonaga nisbatan kechroq yotqizilgan va bemorlarning faqat 5,8 foizi og'riqli hujum boshlanganidan keyin 6 soat ichida kasalxonaga yotqizilgan. Barcha bemorlar orasida pensionerlar 75,0% ni tashkil etdi, yilning vaqtiga qarab, MI ko'pincha qishda rivojlanadi (66,3%).

Arterial gipertenziya (70,2%), semizlik (birinchi va ikkinchi daraja, 63,5%), yuqori LDL (57,6%) va past HDL (55,8%) o'tkir miokard infarkti uchun keng tarqalgan xavf omillari edi. MI uchun xavf omili sifatida ko'tarilgan va yuqori xolesterin 50,0%, chekish - 39,4% (sigaret - 28,8%, burun - 10,6%). holatlar.

MI uchun xavf omillari orasida gipertenziyadan keyin 2-toifa diabetes mellitus ikkinchi o'rinda turadi. 2-toifa qandli diabet fonida bemorlarning 65,4 foizida o'tkir miokard infarkti rivojlangan. Glikatlangan gemoglobin darajasiga ko'ra , 2- toifa diabet bilan og'rigan bemorlarning 57,6 foizi subkompensatsiyalangan yoki dekompensatsiyalangan kursga ega . Miyokard infarkti rivojlanishida glyukozalangan gemoglobin miqdorining ko'payishi

giperlipidemiya darajasi bilan bir xil ahamiyatga ega edi , bu tip fonida MI ning klinik ko'rinishini, kursini va asoratlarini chuqur o'rganishga olib keladi. 2 qandli diabet.

Miyokard infarkti kursining og'irlik omillarini aniqlash va oqibatlarining prognozi M.V. Mayorova va boshqalar (2009) MI ning zo'ravonligi va prognozini hisoblash uchun kartadan foydalangan holda (2009 yil, patent RU 2 420 228 C 2). Bemorlar taqdim etilgan sxema bo'yicha tekshirildi va ballar qo'yildi. Bemorning ahvolidagi og'irligi xaritada ballarni yig'ish orqali hisoblab chiqilgan. Belgilar 3 guruhga bo'linadi. Birinchi guruhga 7 ta anamnestik, ikkinchisiga 16 ta klinik, uchinchisiga 2 ta patologik anatomik belgilar kiradi . Patoanatomik tadqiqotlar xaritalari yo'qligi sababli skoring 23 ta belgi (7-anamnestik, 16-klinik) yordamida amalga oshirildi.

QD ning miyokard infarktining kechishi va natijalariga ta'sirini o'rganish uchun barcha bemorlar ikki guruhga bo'lingan. Birinchi guruhga 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan 68 MI bemorlari, ikkinchi guruhga diabetes mellitussiz 36 MI bemorlari kiritilgan.

kasalxonaga yotqizilgandan oldingi davr davomiyligi, miyokard infarktining rivojlanish imkoniyatlari kabi anamnestik xususiyatlarining dastlabki tadqiqotlari miyokard infarktining og'irligi va prognozini aniqlashda ushbu mezonlarning ishonchliligini ko'rsatdi. .

Bizning tadqiqotlarimizga ko'ra, 2-toifa diabetda miyokard infarkti kursining kuchayishiga yordam beradigan tarixiy omillar:

- ayol jinsi;**
- nisbatan kattaroq yosh (60 yoshdan oshgan);**
- 5 yildan ortiq diabet kasalligi;**
- takroriy miokard infarkti;**

kech davolanish va bemorlarni kech kasalxonaga yotqizish.

Taklif etilgan anamnestik algoritmlar miyokard infarktining og'irligini va prognozini aniqlashda qo'shimcha hisoblanadi. Ular qimmat usullar emas va amaliy sog'liqni saqlashda doimo mavjud. Olingan ma'lumotlar og'ir matematik

tahlilni talab qilmaydi. Anamnestik mezonlarning ahamiyatlilik koeffitsienti, ayniqsa, kasallikning o'tkir va subakut davrida yurak xurujining natijasini bashorat qilish uchun javob beradi.

Klinik mezonlar og'riq sindromining tabiatini, qon aylanishining etishmovchiligi darajasini, angina pektorisining mavjudligini, qon bosimi darajasini, gipertenziya bosqichini (arterial gipertenziya), miyokard infarktining lokalizatsiyasini, nekroz va aritmiyaning elektrokardiografik belgilarini, MI ning asoratlari, o'pka asoratlari, ekokardiyografi va koronar angiografiya ma'lumotlari , diabetning og'irligi va kompensatsiyasi, diabetning visseral asoratlari mavjudligi, qon reologiyasi.

Barcha bemorlar orasida 70,2% hollarda qon bosimining ko'tarilishi xarakterli edi: 22,1% hollarda - birinchi gipertenziya, 32,7% hollarda - ikkinchi gipertenziya, 15,4% hollarda - uchinchi gipertenziya. daraja. 2-bosqich Gb 1,0%, 3-bosqich - 69,2% bemorlarda topilgan. Qandli diabeti bo'lmagan bemorlar guruhi bilan solishtirganda, AH 2 va 3 darajali bemorlar QD (39,7 va 19,1% ga nisbatan 19,4 va 8,3%) va III bosqich (73,5% ga nisbatan 63,9%) bo'lgan bemorlarda ustunlik qildi. 2-toifa qandli diabet miyokard infarktining kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatishi aniq. Miyokard funksiyasining yomonlashishiga qandli diabetda umumiy aholiga qaraganda taxminan ikki baravar tez-tez rivojlanadigan arterial gipertenziya ham katta hissa qo'shadi.

Qabul qilinganda bemorlarning 77,9 foizi odatiy retrosternal og'riqlardan shikoyat qildilar. Og'riqning og'irligiga ko'ra, qandli diabet bilan og'rigan bemorlar guruhida kasallikning zo'ravonlik indeksi ($1,9 \pm 0,1$ ball) diabet kasalligi bo'lmagan bemorlarga nisbatan ($1,4 \pm 0,05$ ball, $P <$) sezilarli darajada 1,4 baravar yuqori bo'lgan ($P < 0,05$). Qandli diabet bilan og'rigan bemorlar guruhidagi og'irlikning yuqori ko'rsatkichi tuzsiz shakl (3 ball) yoki chidab bo'lmas og'riq (4 ball) sindromi bo'lgan bemorlarning nisbatan ko'pligi bilan bog'liq edi. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlar guruhi bilan solishtirganda, yangi tashxis qo'yilgan (39,7% ga nisbatan 30,6%) va progressiv angina (17,6% ga nisbatan 8,3%) bilan og'rigan bemorlar qandli diabet bilan kasallanganlar guruhida ham ustunlik qiladi.

Q to'liqlik infarkt 45,2% da, Q to'liqsiz 54,8% bemorlarda aniqlangan . Apeks infarktining EKG belgilari bemorlarning 69,2% da, old devori - 67,3% va septum - 67,3%, yon devor - 57,7%, orqa devor - 32,7% da xarakterlidir.

Qandli diabet bilan og'riqan bemorlar guruhida infarktning lokalizatsiyasiga ko'ra MI og'irligi ($2,3 \pm 0,2$ ball) qandli diabet bo'lmagan bemorlarga qaraganda ancha past edi ($3,1 \pm 0,2$ ball, $P < 0,05$) . Shu bilan birga, nekrozning EKG belgilari ($2,7 \pm 0,07$ ga nisbatan $2,3 \pm 0,08$ ball, $P < 0,05$), ekokardiyografiya ($2,1 \pm 0,2$ ga nisbatan $1,7 \pm 0,1$ ball, $P < 0,05$) va koronar angiografiya ($2,7 \pm$) bo'yicha MI og'irligi. Qandli diabet bilan og'riqan bemorlarda $0,2$ ga nisbatan $2,4 \pm 0,2$ ball, $P < 0,05$) statistik jihatdan diabetsez bemorlarga qaraganda yuqori edi.

Qandli diabet bilan og'riqan bemorlar guruhida EKG, ekokardiyografiya va koronar angiografiyaning yuqori ko'rsatkichlari Q va QS bemorlarining ushbu guruhida miyokard infarktining keng tarqalganligi, LV gipertrofiyasi bilan LV diastolik disfunktsiyasi, Ejeksiyonning kamayishi bilan LV miyokard sistolik disfunktsiyasi bilan bog'liq . 50% dan past bo'lgan fraktsiya va koronar arteriyalarning ikki tomir zararlanishi .

2-toifa diabet bilan og'riqan bemorlar guruhida PTI bo'yicha o'rtacha zo'ravonlik va prognoz $2,4$ ballni tashkil etdi, bu diabetsez bemorlarga qaraganda yuqori . Qandli diabet bilan og'riqan bemorlar guruhidagi diabetga chalingan bemorlar bilan solishtirganda , miokard infarkti ko'pincha neytrofil leykotsitoz, ESR ortishi, troponinning ko'payishi , CPK mushak fraktsiyasi bilan kechadi, bu esa og'ir rezorbsiya darajasini ko'rsatadi - nekrotik sindrom .

$P < 0,05$), MI ning halokatli asoratlari ($2,1 \pm 0,2$ ga qarshi $1,7 \pm 0,1$ ball, $P < 0,05$) va o'pka asoratlari ($2,1$ ball) tufayli MI og'irlik ko'rsatkichlari. Qandli diabet bilan og'riqan bemorlarda $\pm 0,1$ ga nisbatan $1,8 \pm 0,1$ ball, $P < 0,05$) diabetsez bemorlarga qaraganda statistik jihatdan yuqori edi.

MI ning og'irligi va prognozining yuqori darajasi bemorlarda qorincha fibrilatsiyasi, kardiogen shok, yurak astmasi va o'pka shishi kabi miokard infarktining og'ir asoratlarning tez-tez rivojlanishi bilan bog'liq edi. Kardiogen

shok va og'ir aritmiyalar miyokard infarktining halokatli natijalarining asosiy sabablari edi.

Bizning natijalarimizga ko'ra, 2-toifa diabetda miyokard infarkti kursining yomonlashishiga yordam beradigan klinik mezonlar :

- ikkinchi, uchinchi darajali gipertenziya va uchinchi bosqichning GB mavjudligi;

- birinchi aniqlangan va progressiv angina pektorisida;

-miokard infarkti Q va QS tarqalishi;

- LV gipertrofiyasi bilan LV diastolik disfunktsiyasi va LV miyokardning sistolik disfunktsiyasi bilan ejeksiyon fraktsiyasining 50% dan past bo'lishi va koronar arteriyalarning ikki tomir shikastlanishi;

giperkoagulyatsiya va reologik kasalliklarga yordam beruvchi PTIning nisbatan yuqori ko'rsatkichlari ;

- ritm va o'tkazuvchanlikning buzilishi, qorincha fibrilatsiyasi;

-LV etishmovchiligi, kardiogen shok, kardiyaq astma va o'pka shishi mavjudligi.

Tadqiqotimizning keyingi yo'nalishi MI og'irligi va buyrak funksiyasining buzilishi o'rtasidagi bog'liqlikni o'rganish edi. Disfunktsiyani baholash siydikdagi oqsil miqdori, kreatinin darajasi , karbamid va glomerulyar filtratsiya tezligini aniqlash orqali amalga oshirildi.

Birinchi guruhdagi bemorlarda kreatinin va karbamid miqdori ikkinchi guruhdagi bemorlarga qaraganda yuqori bo'lgan. Bundan tashqari, 53 (50,9%) bemorda siydikda oqsil mavjudligi aniqlangan - proteinuriya, birinchi bemorlarning 49 (72,1%) va ikkinchi guruhdagi 4 (11,1%) bemorlarda. 2-toifa diabetda proteinuriya (2 marta), silindrsimon (5 marta) darajasi ham yuqori bo'lgan. Bu miyokard infarkti bo'lgan bemorlarda, ayniqsa 2-toifa diabet bilan og'riqan bemorlarda buyraklarning funktsional holatining buzilishi bilan bog'liqligini ko'rsatadi.

Umumiy guruhdagi miokard infarkti bilan og'rigan bemorlarda buyraklarning funktsional holatini baholashda GFR $75,4 \pm 5,6$ ml / min ni tashkil qiladi, bu CRF ning 2-bosqichiga to'g'ri keladi. Qandli diabetsez miyokard infarkti bo'lgan bemorlarda GFR $99,7 \pm 5,6$ ml / min (CKD 1-bosqichiga to'g'ri keladi), 2-toifa diabetda $-62,4 \pm 4,3$ ml / min (CKD 2-bosqichiga to'g'ri keladi).). O'lim bilan yakunlangan bemorlarda GFR $49,6 \pm 3,6$ ml / min ni tashkil etdi, bu CRF 3 bosqichiga to'g'ri keladi.

2-toifa diabetda miyokard infarkti kursining kuchayishiga yordam beradigan buyrak mezonlari:

- diabetik nefropatiya belgilarining mavjudligi;

-GFRning 80 ml/min dan kam pasayishi;

Umumiy guruhda MI ning og'irlik darajasi va prognozi bo'yicha o'rtacha ball yig'indisi 43 ballni, qandli diabet bilan og'rigan bemorlar guruhlarida - 45 ball va diabetsez - 40 ballni tashkil etdi.

Miokard infarktining og'irligi 2-toifa diabet uchun yana to'rtta shaxsiy mezon bilan og'irlashdi, ular diabetning visseral asoratlarning davomiyligi, og'irligi, kompensatsiyasi va rivojlanishiga qarab hisoblab chiqilgan. Umuman olganda, QD 2 mavjudligi bilan bog'liq o'ziga xos xavf omillarining mavjudligi yomon MI prognozi qiymatini yana 17,9 ballga oshirdi.

Umuman olganda, 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan bemorlar guruhida miokard infarktining o'rtacha og'irligi va prognozi 62,9 ballni tashkil etdi, bu qandli diabet bilan kasallanmagan bemorlar guruhiga qaraganda 1,6 baravar yuqori (40 ball).

2-toifa diabetda miyokard infarkti kursining kuchayishiga hissa qo'shadigan diabetning o'ziga xos mezonlari:

- QD muddati 5 yildan ortiq;

diabetning zo'ravonlik darajasi bilan og'ir ;

- QDning dekompensatsiyalangan bosqichi;

glomerulopatiya va kardiomyopatiya kabi visseral asoratlarning mavjudligi .

Tadqiqotning keyingi bosqichida bemorlarni o'rganish protokollari bo'yicha miyokard infarktining asoratlari va o'limga olib keladigan natijalarining xususiyatlari o'rganildi. MI bilan og'rikan bemorlarning umumiy guruhida o'lim 16,3% ni, QD bo'lmagan bemorlarda - 5,6% va 2-toifa QD bilan og'rikan bemorlarda - 22,1% ni tashkil etdi. Bu qandli diabet bilan og'rikan bemorlarda miyokard infarktidan o'lim sezilarli darajada oshadi (3,9 marta).

O'lgan bemorlarning o'rtacha yoshi ($64,8 \pm 0,6$ yil) o'lmagan bemorlarga qaraganda yuqori ($61,2 \pm 0,8$ yil, $P < 0,05$). Halok bo'lganlar orasida ayollar ko'p (9 nafar ayol, 52,9 foiz; 8 nafar erkak, 47,1 foiz). Agar qandli diabet bilan kasallangan ikkala vafot etgan bemorlar erkaklar bo'lsa, 2- toifa diabet bilan kasallangan MI bilan vafot etgan bemorlar orasida ayollar ustunlik qiladi (ayollar va erkaklar nisbati 60:40%). Bizning ma'lumotlarimiz shuni ko'rsatadiki, miyokard infarkti bo'lgan bemorlarda prognoz ayniqsa diabetga chalingan ayollarda noqulaydir.

Miyokard infarkti bilan og'rikan bemorlarning 47,1 foizi kasalxonaga yotqizilgan birinchi kunida vafot etgan, bu kasallikning tezligi va og'irligini ko'rsatadi.

O'lim bilan yakunlangan bemorlar ko'pincha og'riq uchun murojaat qilishadi (70,6%), deyarli yarmida (52,9%) og'riq davomiyligi bir kundan oshadi. Bemorlar orasida o'lim chastotasi QD borligida sezilarli darajada oshdi. O'limga olib keladigan miyokard infarkti uchun xavf omillari ayol jinsi, gipertenziya, chekish va bemorlarning yoshi kattaroq edi. Taxminan _ bemorlarning yarmi kasalxonada yotishning birinchi kunida vafot etdi, ko'pincha Q infarkti (41,2%). O'lim sabablari orasida kardiogen shok va og'ir aritmiyalar ustunlik qildi.

Umumiy guruhdagi miyokard infarkti bo'lgan bemorlarda GFR CKDning 2-bosqichiga, qandli diabet bilan og'rikan MI bo'lgan bemorlarda - CRF ning 1-bosqichiga, 2-toifa diabet bilan og'rikan bemorlarda CRFning 2-bosqichiga va bemorlarda GFR to'g'ri keladi. halokatli natija, GFR CRF ning 3-bosqichiga to'g'ri keladi.

2-toifa qandli diabet miyokard infarktining kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatishi va o'limga olib keladigan asoratlar sonini oshirishi aniq . Miyokard funktsiyasining yomonlashishiga qandli diabetda umumiy aholiga qaraganda taxminan ikki baravar tez-tez rivojlanadigan arterial gipertenziya ham katta hissa qo'shadi. 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlarda miyokard infarkti kursi ko'pincha atipik shaklga ega . Qandli diabet fonida miyokard infarkti barcha yosh guruhlaridagi ayollarda tez-tez rivojlanadi va ular orasida o'lim erkaklarnikiga qaraganda 2 baravar yuqori. QD bilan og'rigan bemorlarda MI dan kasalxonada o'lim sabablari tuzilishida birinchi o'rinni o'pka shishi, kardiogen shok yoki ikkalasining kombinatsiyasi bilan namoyon bo'lgan o'tkir yurak etishmovchiligi egallaydi. Tadqiqotga kiritilgan bemorlarning aksariyati MI ning ushbu asoratlaridan vafot etdi.

XULOSALAR

1. Arterial gipertenziya (70,2%), 2-toifa qandli diabet (65,4%), semizlik (birinchi va ikkinchi daraja, 63,5%), yuqori LDL (57,6%) va past HDL (55,8%) o'tkir miokardning keng tarqalgan xavf omillari hisoblanadi. infarkt .

2. 2-toifa diabet bilan miokard infarkti ko'pincha nisbatan katta yoshdagi (60 yoshdan oshgan), diabetning davomiyligi 5 yildan ortiq, kasallikning subkompensatsiyalangan yoki dekompensatsiyalangan kursi bilan rivojlanadi. Glyukozalangan gemoglobin darajasining 7,0% dan oshishi, glyukoza miqdori 11,0 mmol / l dan ortiq bo'lishi 2-toifa diabet bilan og'rigan odamlarda Miokard infarkti rivojlanishining prognozi hisoblanadi.

3. Miokard infarktining takroriy prognozi uchun Q va QS miokard infarktining rivojlanishi, LV gipertrofiyasi bilan LV diastolik disfunktsiyasi, ejeksiyon fraktsiyasining kamayishi (50% dan past) bilan LV sistolik disfunktsiyasi va ikki tomir koronar arteriyaning shikastlanishi Miokard infarktining yomon prognozi uchun omillardir . 2-toifa diabet.

4. Qandli diabet bilan og'riqan bemorlarda miokard infarkti ko'pincha neytrofil leykotsitoz, ortib ESR, ortib troponin, CPK mushak fraktsiyasi bilan birga keladi, bu og'ir darajadagi rezorbsiya-nekrotik sindromni ko'rsatadi .

5. 2-toifa diabetda buyrak funksiyasining buzilishi Miokard infarktining (MI) rivojlanishi va og'irligining kuchayishi uchun xavf omilidir. Proteinuriya, silindriya va glomerulyar filtratsiyaning 80 ml / min dan kamayishi kombinatsiyasi Miokard infarktining sababi bo'lib, GFR ning 60 ml / min dan past bo'lishi halokatli natijalarga olib keladi.

6. MI tufayli o'lim 16,3% ni tashkil etdi. Bemorlar orasida o'lim chastotasi QD mavjudligida sezilarli darajada oshdi (3,9 marta). O'limga olib keladigan Miokard infarkti uchun xavf omillari ayol jinsi, gipertenziya, chekish va bemorlarning yoshi kattaroq edi. Taxminan _ bemorlarning yarmi kasalxonada yotishning birinchi kunida vafot etdi, ko'pincha Q infarkti (41,2%). O'lim sabablari orasida kardiogen shok va og'ir aritmiyalar ustunlik qildi.

AMALIY TAVSIYALAR

1. 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlarda Miokard infarktining kompleks profilaktikasi samaradorligini oshirish uchun, birinchi navbatda, uglevod almashinuvi buzilishlarini to'g'rilash kerak - ochlik glyukozasining 6 mmol / l dan ortiq, 2 dan oshishini oldini olish. ovqatdan keyin soat o'tgach - 7,5 mmol / l dan ortiq, glyukozalangan gemoglobin (HbA1c) - 6% dan ortiq.

2. 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan shaxslarda yomon odatlardan voz kechishga, tana vaznini va mehnat sharoitlarini normallashtirishga, arterial gipertenziya, angina pektorisini va yurak etishmovchiligining namoyon bo'lishini davolashga alohida e'tibor berish kerak.

3. 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda miokard infarkti asoratlarning oldini olish uchun shuni hisobga olish kerakki, qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda ko'pincha Q yoki QS infarkti rivojlanadi, LV gipertrofiyasi bilan LV diastolik disfunktsiyasi, ejeksiyonning kamayishi bilan LV sistolik disfunktsiyasi bilan tavsiflanadi. fraksiyasi (50% dan past) va ikki tomir koronar arteriya shikastlanishi.arteriyalar.

4. Diabetik nefropatiya Miokard infarktining rivojlanishi va og'irligining kuchayishi uchun xavf omilidir. Nefropatiya belgilari - roteinuriya, silindriya va glomerulyar filtratsiyaning 80 ml / min dan past bo'lishi ko'pincha Miokard infarkti rivojlanishiga yordam beradi. GFR ning 60 ml / min dan past bo'lishi halokatli oqibatlariga olib kelishi mumkin.

5. 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan bemorlarning dastlabki davrlarida (o'tkir va o'tkir bosqichlarida) MI asoratlarini erta tashxislash va prognozini aniqlash maqsadida EKG, ekokardiyografiya, koronar angiografiya, qon reologiyasi, qonning holatini dinamik baholash. yurakning bo'shliqlari va tuzilmalari, sistolik va diastolik funksiyalari zarur chap qorincha va koronar angiografiya.

Adabiyotlar

1. Аллаберганова Ш., Курьязова Ш.М., Илхомова Х.А. Первичная артериальная гипертензия и вегетативное состояние у подростков с метоболическим синдромом. Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. 2018. №4. Стр. 40-43
2. Апсалямова С.О. Оптимизация лечения инфаркта миокарда с использованием ТЭС-терапии. Автореферат диссертации кандидата медицинских наук. Краснодар, 2018. 23 С.
3. Арчакова Т.В., Л.В. Недосугова, Н.А. Никитина, А.А. Мельниченко, И.А. Собенин « Иммуногенные липидные маркеры атеросклероза у больных сахарным диабетом 2-го типа при программном гемодиализе» Терапевтический архив. 2018. №10. стр 40-49
4. Баланова Ю.А., Конради А.О., Концевая А.В., Ротарь О.П., Шальнова С.А. Основные классификации и шкалы риска в кардиологии. В помощь практикующему врачу. Москва. 2015. 25 С.
5. Бедельбаева Г.Г., Мухамбетьярова С.А., Нурмаханова Ж.М. Особенности течения инфаркта миокарда у больных СД 2 типа. ClinicalmedicineofKazakhstan. 2018. №3(29).стр. 15-20
6. Белик В.Е., Груздева О.В., Каретникова В.Н. Гликемия при поступлении и особенности госпитального периода у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2014; 4: 25-28
7. Биккужин К. Р., Ахметов Р.М. Риск возникновения инфаркта миокарда у больных с сахарным диабетом. Молодой ученый. 2019. №45. стр. 247-250.

8. Бирюкова Е.В. Роль гликированного гемоглобина в диагностике и улучшении прогноза сахарного диабета. Медицинский совет. 2017. №3. Стр. 15-18.
9. Болатчиев Х.Л., Сабанчиева Ф.М., Болатчиева Ф.Б., Болатчиев А.Х. Морфологические особенности инфаркта миокарда при сахарном диабете 1 типа. Успехи современного естествознания. 2015. № 12. стр. 64-65.
10. Бутрова С.А. Эффективность Глюкофажа в профилактике сахарного диабета 2 типа. Русский медицинский журнал. – Т.11. – №27. – 2013. – С.1494–1498.
11. ВОЗ: сердечнососудистые заболевания. [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). 17 мая 2017 г.
12. Галстян Г.Р. Международные рекомендации по исследованию уровня гликированного гемоглобина HbA1c как диагностическо критерия сахарного диабета и других нарушений углеводного обмена». Журнал «Диабетическое информационное агентство». 2018. №2. стр. 32-38
13. Галяви Р.А., Михопарова О.Ю., Фролова Э.Б. Артериальная гипертензия и сахарный диабет. Вестник современной клинической медицины. 2017. том 7, стр. 78-81.
14. Гарганеева А.А., Кужелева Е.А., Борель К.Н., Кондратьева Д.С., Афанасьев С.А. Сахарный диабет 2 типа и острый инфаркт миокарда: прогностические варианты взаимодействия у пациентов разных возрастных групп. Сахарный диабет. 2018; № 21(2). Стр.105-112
15. Гарганеева А.А., Округин С.А., Борель К.Н. Догоспитальная и госпитальная летальность от острого инфаркта миокарда в г. Томске по данным Регистра острого инфаркта миокарда. Кардиологический вестник, 2019; 3: 64-68
16. Гарганеева А.А., Округин С.А., Борель К.Н., Паршин Е.А. Влияние демографической ситуации на эпидемиологию острой коронарной патологии в городской популяции Западно-Сибирского региона. Российский кардиологический журнал, 2017: 11(115); 62-66

17. Гарганеева А.А., Округин С.А., Борель К.Н., Тукиш О.В. Причины смерти больных с острым инфарктом миокарда в непрофильных стационарах. Клиническая медицина, 2015; 6: 73-76
18. Голикова А.А., Сергиенко И.В., Кожуховская О.Л., Стрюк Р.И. Гипергликемия как фактор риска осложненного течения острого инфаркта миокарда у больных пожилого и старческого возраста. Клиническая медицина 2014 № 11, стр. 65-71
19. Голубев А.В. Влияние триметазидина на ближайший и отдаленный прогноз острого инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом 2-го типа. Автореферат дисс. к.м.н.. Москва, 2016. 14 С.
20. Горева Л.А. Острый инфаркт миокарда у больных сахарным диабетом 2 типа: эффективность и безопасность зофеноприла и периндоприла, включая влияние на состояние оксидативного стресса и эндотелиальную функцию. Автореферат дисс. к.м.н... Москва-2019. 30 С.
21. Гуляев Н.И. Прогнозирование отдаленных исходов инфаркта миокарда у больных молодого и среднего возраста. Автореферат дисс. к.м.н. Санкт-Петербург, 2019. 22 С.
22. Давид Л.А., Гросу А.А. Нарушение толерантности к глюкозе и долгосрочный прогноз у больных острым инфарктом миокарда. Кардиология, 2022; 9; 15-20.
23. Дедов И.И., Шестакова М.В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 7-й выпуск. 2015.
24. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. Руководство для врачей. – М. – 2018. – С.151–175, 282–292.
25. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А. Федеральная целевая программа сахарный диабет». Москва. 2019.
26. Демидов В.И., Конкина Е.А., Майорова В.М., Мишина И.Е. Прогностическая оценка исхода инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом. Вестник новых медицинских технологий 2017. №3 стр. 133-135

27. Демидов В.И., Конкина Е.А., Майорова М.В., Мишина И.Е. Прогностическая оценка исхода инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом. Вестник новых медицинских технологий, 2017; 4: 133-135
28. Древаль А.В., Мисникова И.В., Губкина В.А. Влияние диабетической нефропатии на показатели продолжительности жизни и летальности при сахарном диабете по данным Государственного Регистра сахарного диабета Московской области. Альманах клинической медицины. 2018. №23. Стр. 5-11
29. Древаль А.В., Мясникова И.В., Барсуков И.А. Распространенность сахарного диабета 2 типа и других нарушений углеводного обмена в зависимости от критериев диагностики. Сахарный диабет. 2015. №1. Стр.116 - 121.
30. Ермакова Е.А., Аметов А.С. Сахарный диабет и артериальная гипертензия. Медицинский совет. 2015; №12. Стр. 12-17.
31. Жернакова Ю.А., Железнова Е.А., Чазова Е.И., Блинова Н.В., Иванов К.П., Стародубова А.В. Возможности коррекции артериального давления и метаболических нарушений при помощи диетических программ у пациентов с избыточной массой тела и ожирением. Метаболические нарушения. 2019. том 16. №2. Стр. 54-59.
32. Жернакова Ю.В., Железнова Е.А. Возможности коррекции артериального давления и метаболических нарушений при помощи диетических программ у пациентов с избыточной массой тела и ожирением. Метаболические нарушения 2019. том 16 №2. стр. 54-59
33. Зяблов Ю.И., Округин С.А., Орлова С.Д. Возникновение, течение и ближайший исход острого инфаркта миокарда у мужчин и женщин. /Клиническая медицина. - 2011. - №11. - С.26-28;
34. Ильин А.В., Арбузова М.И. Князева А.П. Гликированный гемоглобин как ключевой параметр при мониторинге больных сахарным диабетом. Оптимальная организация исследований. Журнал Сахарный диабет .2016. №2. стр. 14-19.

35. Иргашева У.З., Тоиров Э.С., Ахмедов И.А. [Электрокардиографические изменения у больных артериальной гипертонией женщин пери и постменопаузального возраста.](#) Академический журнал Западной Сибири. 2018. №1. Стр. 10-15.
36. Какорин С.В., Кононец Е.Н. Клинический случай острого коронарного синдрома у больного сахарным диабетом 2-го типа. Медицинский совет 2015 №8, стр.22-30
37. Какорин С.В., Круглый Л.Б., Мкртумян А.М. Клинико-морфологические особенности, прогноз и тактика лечения острого коронарного синдрома у больных сахарным диабетом 2 типа. Сахарный диабет. 2013 (2), стр.36–42
38. Какорин С.В., Круглый Л.Б., Мкртумян А.М. Консервативная терапия острого коронарного синдрома у больных сахарным диабетом 2 типа Сахарный диабет. 2018 (2), стр.43–51
39. Какорин С.В., Шашкова Л.С., Власонич О.Б., Мкртумян А.М. Современный взгляд на инсулинотерапию у больных сахарным диабетом 2 типа в остром периоде инфаркта миокарда. Эффективная фармакотерапия. Эндокринология. 2015. №3. Стр. 1-10
40. Кобалова Ж.Д. Артериальная гипертония. Ключи к диагностике и лечению. Москва. ГЕОТАР-Медиа. 2014. 864 С.
41. Кокорин С.В., Круглый Л.Б., Мкртумян А.М. Клинико-морфологические особенности, прогноз и тактика лечения острого коронарного синдрома у больных сахарным диабетом 2 типа. Сахарный диабет, 2015; 2: 36-42
42. Кокорин С.В., Стогов А.В., Мкртумян А.М. Острая левожелудочковая недостаточность у больных сахарным диабетом 2 типа. Международный журнал интервенционнойкардиоангиологии, 2015; 41: 48-56
43. Корнаева И.Г., Зангиева О.Д., Басиева О.О. Развитие инфаркта миокарда на фоне сахарного диабета: особенности течения. Журнал Районный врач 2012 №1, стр.21-22
44. Корниенко Е.А., Ойноткинова О.Ш., Баранов А.П., Гончарова Е.И., Иванов Д.В. Современные взгляды на этиопатогенез инфаркта миокарда при

сахарном диабете 2 типа и методы лечения (обзор литературы). Вестник новых медицинских технологий. Электронный журнал. 2015. №2. стр. 1-10. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-vzglyady-na-etiotogenez-infarkta-miokarda-pri-saharnom-diabete-2-tipa-i-metody-lecheniya-obzor-literatury>).

45. Корниенко Е.А. Профилактика реперфузионных осложнений в лечении острого инфаркта миокарда при сахарном диабете 2 типа. Общая реаниматология. 2019;15(3):4-18.

46. Крылов В.В., Филатов А.А., Лебедева А.Ю., Клыков Л.Л., Гордеев И.Г. Поражение коронарного русла и изменения фракции выброса левого желудочка сердца у больных с первичным инфарктом миокарда «Без зубца Q». Российский кардиологический журнал 2008. № 3 (71), Стр. 4-11

47. Куприянова А.В. Прогнозирование исходов госпитального периода и клиничко-морфологические параллели при остром инфаркте миокарда: автореф. дис. канд. мед наук. - Иркутск, 2006. - 22 с.;

48. Кутовой В.И. Особенности клиники и оказания экстренной медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда пожилого возраста. Медицина неотложных состояний, 2013; 49(2): 117-121.

49. Луценко Л.А. Роль гликированного гемоглобина в диагностике и мониторинге сахарного диабета. Международный эндокринологический журнал 2014 №6 стр.132-134

50. Луценко Л.А. Роль гликированного гемоглобина в диагностике и мониторинге сахарного диабета. Международный эндокринологический журнал. 2019. №6. стр. 132-134

51. Мамедов М.Н., Халимов Ю.Ш., Агафонов П.В., Бондаренко И.З., Калашников В.Ю., Дудинская Е.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Ткачева О.Н. Новый пересмотр рекомендаций Американской диабетической ассоциации по артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом: комментарии российских экспертов. Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. 2016 том 5 (16) стр.3-14

52. Марданов Б.У., Пяк В.Е., Корнеева М.Н., Ахмедова Б. Влияние сахарного диабета на течение и исход инфаркта миокарда у больных, подвергнутых чрескожным коронарным вмешательствам. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2016. №15(6). Стр.13-18.
53. Марданов Б.У., Пяк Е., Корнеева М.Н., Ахмедова Э.Б. Влияние сахарного диабета на течение и исход инфаркта миокарда у больных, подвергнутых чрескожным коронарным вмешательствам. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2016. Том 15. №6. Стр. 13-18.
54. Митьковская Н.П., Статкевич Т.В., Жук А.В. и др. Сахарный диабет и метаболический синдром как фактор риска развития осложнений инфаркта миокарда. Медицинский журнал, 2012; 2: 83-86
55. Мкртумян А.М. Кардиоваскулярные осложнения сахарного диабета 2 типа и особенности коррекции углеводного обмена. Сердце. 2013; 6: 268–277.
56. Овсянников В.В. Инфаркт миокарда, развившийся в многопрофильном стационаре: особенности возникновения, клиники, диагностики и профилактики. Автореферат дисс. к.м.н.. Москва, 2007. 49 С.
57. Особенности течения инфаркта миокарда и характер постинфарктных осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Лариса Алексеевна Жукова, Наталья Станиславовна Андреева. Журнал Иннова. 2015. №3. Стр. 36-44
58. Особенности течения фатального инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом 2 типа / Л. Е. Рудакова, Ю. Б. Беляева, Ф. К. Рахматуллов, Л. А. Бондаренко, С. В. Ушакова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2011. – № 2 (18). – С. 117–127.
59. Остроумова О.Д., Кочетков А.И. «Артериальная гипертония на рабочем месте как вариант стресс-индуцированной артериальной гипертонии». Терапевтический архив 2018,9, 123-130
60. Ошепкова Е.В., Лазарева Н.В., Чазова И.Е. «Особенности клиники и лечения больных артериальной гипертонией с ожирением (по данным

Национального регистра артериальной гипертензии)» Терапевтический архив 2019. №8. Стр. 8-14

61. Панова Е.И., Л.Г.Стронгин, Н.Е.Круглова. Аритмии у больных сахарным диабетом 2 типа и инфарктом миокарда//Клиническая геронтология. XI Международная научно-практическая конференция. 2006 - Том №12 - №9. -С.15

62. Панова Е.И., Л.Г.Стронгин, Н.Е.Круглова. Особенности инфаркта миокарда у пожилых больных сахарным диабетом 2 типа // Клиническая геронтология. XI Международная научно-практическая конференция. 2007 - Том №13 -№9-С.11-12.

63. Панова Е.И., Л.Г.Стронгин, Н.Е.Круглова. Влияние диабетической нефро-патии на течение и отдаленный прогноз у больных инфарктом миокарда // Материалы Всероссийского конгресса «Диабет и почки». Москва, 2009, с.58.

64. Панова Е.И., Л.Г.Стронгин, Н.Е.Круглова, Коченюк О.К. Адренореактивность организма при наличии и отсутствии сахарного диабета 2 типа // V Всероссийский диабетологический конгресс. Сборник тезисов. Москва, 2010, с. 303-304.

65. Парфенов В.А., Остроумова Т.М., Остроумова О.Д, Павлеева Е.Е. Особенности клинической картины у пациентов среднего возраста с эссенциальной артериальной гипертензией. Терапевтический архив 2018 №9, стр.15-24

66. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А. Артериальная гипертензия при сахарном диабете. Российский медицинский журнал. 2017. №3. стр.13-15

67. Раджабов М.Э. Лабораторно-биохимические предикторы формирования инфаркта миокарда. . Автореферат дисс. к.м.н. Душанбе, 2009.- 26 С.

68. Рудакова Л. Е., Беляева Ю. Б., Рахматуллоев Ф. К., Бондаренко Л. А., Ушакова С. В. Особенности течения фатального инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом 2 типа. Медицинские науки. Клиническая медицина 2011 № 2 (18), стр. 117-126

69. Сигитова О.Н. Современные клинические рекомендации по лечению гипертонической болезни у пациентов с хронической болезнью почек. Медицина и здравоохранение. 2017. №1 (151).стр. 23-28
70. Сотников А.В. Клиническая характеристика и особенности течения инфаркта миокарда у лиц молодого и среднего возраста. Автореферат дисс. к.м.н.. Санкт-Петербург, 2007. 24 С.
71. Стаценко М. Е., Туркина С. В. Поражение сердца у больных сахарным диабетом 2-го типа:Факторы риска и механизмы развития. Вестник Волгоградского Медицинского института 2010 № 1(33) стр.9-14
72. Татарченко И.П., Позднякова Н.В., Денисова А.Г., Морозова О.И. Клинико-инструментальный анализ желудочковых нарушений ритма при диастолической сердечной недостаточности у больных сахарном диабете 2-го типа. Проблемы эндокринологии. 2015. №2. стр. 21-27
73. Трегубенко Е.В., Климкин А.С. Особенности течения ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2 типа. Трудный пациент №7, том 13, 2017. Стр. 25-30.
74. Тулабаева Г.М., Маманазарова Д.К., Абдукадирова Н.М. Особенности диспансеризации больных артериальной гипертензией с метаболическими расстройствами в амбулаторных условиях. Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. 2017. №3. стр. 40-44
75. Федотова А.И., Ворожцова И.Н., Максимов И.В., Реброва Т.Ю., Афанасьев С.А., Гусакова А.М., Сулова Т.Е., Марков В.А. Прогностические факторы неблагоприятного течения острого инфаркта миокарда у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа при интенсивном контроле гликемии. Бюллетень сибирской медицины. 2018. №14(5).стр.91-99.
76. Хелашвили С.Р., Кузюта И.Л. Коморбидная патология: инфаркт миокарда и сахарный диабет. Молодой ученый. 2016. №23. стр 162-165.
77. Холматова К. К., Дворяшина И. В., Супрядкина Т. В. Различные варианты нарушений углеводного обмена и их влияние на течение инфаркта миокарда. Экология человека 2018. №10 стр.14-22

78. Чазова И.Е., Лазарева Н.В., Ошепкова Е.В. Артериальная гипертония и хроническая обструктивная болезнь легких: клиническая характеристика и эффективность лечения (по данным Национального регистра артериальной гипертонии). Терапевтический архив. 2019. №3. стр. 4-9
79. Чесникова А.И., Сафроненко В.А., Скаржинская Н.С., Сафроненко А.В., Коломацкая О.Е. Особенности артериальной гипертензии у коморбидных больных. Медицинский вестник Юга России 2017 том 8 №1. стр. 32-36
80. Шальнова С.А. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России. Профилактическая медицина, 6, 2013 25 Профилактика неинфекционных заболеваний. Стр.25-34.
81. Шестакова М.В. Оправдано ли изменение целевых значений артериального давления при сахарном диабете? Дискуссионная статья 2017, №28(4), стр.340-345
82. Шпагина О.В., Бондаренко И.З., Колесникова Г.С. Терапия статинами ассоциирована с повышением уровня у больных ИБС без сахарного диабета. Проблемы эндокринологии. 2018. том 64 №4. стр. 200-207
83. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Острый коронарный синдром у больных сахарным диабетом: реальная практика Российских стационаров (по результатам регистра RECORD). Сахарный диабет, 2019; 2: 27-31
- 84.Ярек-Мартынова И.Р., Шестакова М.В. Сердечно-сосудистые заболевания у больных сахарным диабетом. Кардиосоматика. 2016; 1:46-50
- 85.American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2015; 28 (Suppl.1): p 4-36.
- 86.International Diabetes Federation. Global Guideline for Type 2 diabetes. 2012.
- 87.Amonov Malik, Yoshitoku Yoshida, ToirovErkin, DavlatovSalim, Nobuyuki Hamajima. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan. Nagoya journal of medical science. 2014; 8. 255
- 88.Dutawa A. Hormonal supplementation in endocrine dysfunction in critically ill patients. Pharmacological Reports. 2017. №59. стр. 139–149

89. Valensi P., Paries J., Brulport-Ceresier V. Predictive Value of Silent Myocardial Ischemia for Cardiac Events in Diabetic Patients. Influence of age in a French multicenter study. *Diabet. Care*, 2015; 11:2722-2727.
90. Bartink M., Malmberg K., Hamsten A., Efendic S. et al. Abnormal glucose tolerance a common risk factor in patients with acute myocardial infarction in comparison with population-based controls // *J. Intern. Med.* 2014. Vol. 256. No.4. P.288-297.
91. Berton G., Cordiano R., Palmieri R., De Toni R., Guarnieri G.L., Palatine P. Albumin excretion in diabetic patients in the setting of acute myocardial infarction: association with 3-year mortality // *Diabetologia*. 2014. Vol.47(9). P.1511-1518.
92. Cao J.J., Hudson M., Jankowski M. et al. Relation of chronic and acute glycemic control on mortality in acute myocardial infarction with II-tip qandli diabet// *Am J Cardiol* 2005; 96: 183-186.
93. Cerello A. Acute hyperglycemia: a "new" risk factor during myocardial infarction // *Eur. Heart J.* 2015. Vol.26. P. 328-331.
94. Dale A.C., Nilsen T.I., Vatten L.J., Midthjell K., Wiseth R. Diabetes mellitus and risk of fatal ischemic heart disease by gender: 18 years follow-up of 74,914 individuals in the HUNT 1 Study // *Eur Heart. J.* 2017. Vol.28(23). P.2924-2929.
95. Da-Yi Hu, Chang-Yu Pan Jin-Ming Yu for the China Heart Survey Group. The relationship between coronary artery disease and abnormal glucose regulation in China: the China Heart Survey // *Eur. Heart J.* 2016. Vol. 27. P. 2573-2579.
96. Dotevall A., Hasadi D., Wallentin L., Battler A., Rosengren A. Diabetes mellitus: clinical presentation and outcome in men and women with acute coronary syndromes. Data from the Euro Heart Survey ACS // *Diabetic Medicine*. 2015. Vol.22(11). P. 1542-1550.
97. Franklin K., Goldberg R.J., Spenser F. et al. GRACE Investigators. Implications of diabetes in patients with acute coronary syndromes. *The Global*

- Registry of Acute Coronary Events // Arch. Intern. Med. 2014. Vol. 4(16). P. 1457-1463.
98. Gabanelli V., Pantanetti S., Donati A. Correlation between hyperglycemia and mortality in a medical and surgical intensive care unit // Minerva Anest-esiol. 2015. Vol.71. P.717-725.
99. Gan R.M., Wong V., Cheung N.W., McLean M. Effect of insulin infusion on electrocardiographic findings following acute myocardial infarction: importance of glycemic control // Diabetic Medicine. 2019. Vol.26(2). P. 174176.
100. Giorda C.B., Avogaro A., Maggini M., Lombardo F., Mannucci E., Nufco S., Alegiani S.S., Raschetti R. et al. Recurrence of cardiovascular events in patients with type 2 diabetes // Diabetes Care. 2018. Vol.31. P. 2154-2159.
101. Hadjiadj S., Coisne D., Mauco G. et al. Prognosis value of admission plasma glucose and HbA1c in acute myocardial infarction // Diabet Med 2014;21:305-310.
102. Hiesmayr M.J. Hyperglycemia and outcome after myocardial infarction and cardiac surgery: so what? // Seminars in Cardiothoracic & Vascular Endothelium. 2016. Vol. 10(3). P. 220-223.
103. Monnier L., Mas E., Ginet C. et al. Activation of oxidative stress by acute glucose fluctuations compared with sustained chronic hyperglycemia in patients with type 2 diabetes // JAMA. 2016, Vol,295. P. 1681-1687.
104. Raggi P., Coil B., Ratti C., Callister T.Q., Budoff M. Progression of coronary artery calcium and occurrence of myocardial infarction in patients with and without II-tip qandli diabet// Hypertension. 2005. Vol. 46(1). P. 238-243.
105. Scognamiglio R., Negut C., de Kretzenberg S.V. Effects of different insulin regimes on postprandial myocardial perfusion defects in type 2 diabetic patients // Diabetes Care. 2006. Vol.29. P.95-100.

106. Stevens R.J., Coleman R.L., Adler A.I. et al. Risk factors for myocardial infarction case fatality and stroke case fatality in type 2 diabetes: UKPDS 66//Diabetes Care. 2014. Vol. 27. No.1. P. 201-207.
107. Svensson A.-M., McGuire D.K., Abrahamsson, Dellborg M. Association between hyper- and hypoglycemia and 2-year all-cause mortality risk in diabetic patients with acute coronary events // Eur. Heart J. 2015. Vol. 63. No. 13. P.1255-1261.
108. Suleiman M., Hammerman H., Boulos M. et al. Fasting glucose is an important independent risk factor for 30-day mortality in patients with acutemyocardial infarction: a prospective study //Circulation. 2015. Vol.111. P.754-760.
109. Taubert D. Acute affects of glucose and insulin on vascular endothelium // Diabetologia. 2014. Vol.47. No. 12. P. 2059-2072.
110. Sulfi S., Timmis A.D. Review: heart failure complicating acute myocardial infarction in patient with diabetes: pathophysiology and management strategies // The British Journal of diabetes & Vascular Disease. 2016. Vol.6(5). P. 191-196.