

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

---

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ  
МАРКАЗИНИНГ БУХОРО ФИЛИАЛИ**

**БАБАЕВА МАҚСУДА МУИДИНОВНА**

**ЮРАК РИТМИ БУЗИЛИШЛАРИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТКИР  
КОРОНАР СИНДРОМЛИ БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.40 – Шошилинч тиббиёт**

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

**ТОШКЕНТ - 2025**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**  
**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**  
**Contents of the Dissertation Abstract of the Doctor of Philosophy (PhD)**

**Бабаева Максуда Муидиновна**

Юрак ритми бузилишлари билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни олиб боришни такомиллаштириш.....3

**Бабаева Максуда Муидиновна**

Совершенствование ведения пациентов с острым коронарным синдромом, осложненным нарушениями ритма.....31

**Babayeva Maksuda Muidinovna**

Improving of the management of patients with acute coronary syndrome complicated by cardiac arrhythmias.....59

**Эълон қилинган нашрлар рўйхати**

Список опубликованных работ

List of published works ..... 63

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

---

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ  
МАРКАЗИНИНГ БУХОРО ФИЛИАЛИ**

**БАБАЕВА МАҚСУДА МУИДИНОВНА**

**ЮРАК РИТМИ БУЗИЛИШЛАРИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТКИР  
КОРОНАР СИНДРОМЛИ БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.40 – Шошилинч тиббиёт**

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

**ТОШКЕНТ - 2025**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2019.3.PhD/Tib1058 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация иши Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Бухоро вилоят филиалида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб саҳифасида ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) ва «Ziyonet» Ахборот-таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:**

**Кенжаев Мажид Латипович**  
тиббиёт фанлари доктори

**Расмий оппонентлар:**

**Мухамедова Барно Фарҳадовна**  
тиббиёт фанлари доктори;  
**Гадаев Абдигаффор Гадаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот**

**И.К.Ахунбаев номидаги Қирғизистон**  
**тиббиёт академияси (Бишкек, Қирғизистон).**

Диссертация ҳимояси Республика шошилинчи тиббий ёрдам илмий маркази ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 рақамли илмий кенгашининг 2025 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Чилонзор тумани, Кичик халқа йўли кўчаси, 2-уй. Тел./факс: (+99878) 150-46-00, (+99878) 150-46-05; e-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru))

Диссертация билан Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Ахборот - ресурс марказида танишиш мумкин ( \_\_\_ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Чилонзор тумани, Кичик халқа йўли кўчаси, 2-уй. Тел./факс: (+99878) 150-46-00).

Диссертация автореферати 2025 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.

(2025 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А.М.Хаджибаев**

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

**Х.Э.Анваров**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
котиби, тиббиёт фанлари буйича фалсафа  
доктори, катта илмий ходим

**Б.К. Алтиев**

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

## **КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳонда, қолаверса Ўзбекистонда ўткир миокард инфаркти ва унинг асоратларидан ўлим, ногиронлик ҳозирги кунда хали хануз юқори ўринларни эгалламоқда (2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation). Қоринча тахикардияси (ҚТ) ва қоринча фибрилляцияси (ҚФ) ҳалокатли аритмиялар бўлиб, ўткир миокард инфарктининг (ЎМИ) асосий асоратлари ҳисобланади. ЎМИ билан оғриган беморларда ҚТ/ҚФ ҳолатларининг аксарияти ЎМИ белгилари бошланганидан кейин 48 соат ичида содир бўлади. Олдинги бир қанча тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ҚТ/ҚФ унинг пайдо бўлиш вақтидан қатъи назар (яъни симптом бошланганидан кейин 48 соат ёки >48 соат ичида) касалхонада ва узоқ муддатли ёмон натижалар билан боғлиқ.

Жаҳонда олиб борилган қатор тадқиқотлар натижаларига кўра, қоринча аритмиялари ЎМИда 6,9% ҳолларда, қоринча тахикардияси эса 1,8% ҳолларда, ҚФ улуши эса 5,1% ни ташкил қилади. Эрта реваскуляризация ЎМИ беморларининг прогнозини сезиларли даражада яхшилаши мумкин. Бироқ, ҚА хали ҳам реперфузион миокард шикастланиши ёки қайта оқимсизлиги туфайли юзага келиши мумкин. Шундай қилиб, ЎМИ беморларида ҚА хавфини эрта баҳолаш клиницистларга фаол профилактика ва даволаш чораларини кўришга ёрдам беради, шу билан касалхонада ўлим хавфини камайтиради ва прогнозни яхшилади<sup>1</sup>.

Мамлакатимизда ҳам ривожланган бошқа давлатлар каби ўткир коронар синдромни даволаш муаммоси долзарб бўлиб ҳисобланади. Бу авваламбор мамлакатда ўткир коронар синдромни замонавий даволаш даражаси ҳақидаги билимларни ишончли тизимлаштиришнинг имкониятининг мавжуд эмаслиги билан боғлиқ. Ўзбекистон шароитида ушбу муаммога ҳамда унинг ечимига бағишланган махсус ташкиллаштирилган куп марказли тадқиқотлар олиб борилмаган. Бу борада «...тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва қулайлиги, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларнинг олдини олиш, шу жумладан тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, патронаж ва клиник текширувнинг самарали моделларини яратиш, диагностика ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий этиш орқали комплекс тадбирларни амалга ошириш...»<sup>2</sup> каби вазифалар белгиланган. Шундай қилиб, бугунги кунда мамлакатимизда кўп сонли пациентларда даволашга ёндашувларни, фармакотерапия кўринишлари ва унинг натижаларини инобатга олувчи ўткир коронар синдромнинг махсус эпидемиологик қайд қилиш дастурлари (регистрлар) мавжуд эмас. Таъкидлаш жоизки, ўткир коронар

1 Avezum et al.- al. "Magnitude and prognosis associated with ventricular arrhythmias in patients hospitalized with acute coronary syndromes (from the GRACE Registry)." The American journal of cardiology vol. 102,12 (2008): 1577-82. doi:10.1016/j.amjcard.2008.08.009

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида» ги Фармони

синдром билан боғлиқ, мавжуд муаммоларнинг ечимини топиш мақсадида тадқиқотларни ўтказишга қизиқиш ошган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида» ги ПФ-6110-сон Фармони, 2020 йил 10 ноябрдаги «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича кўшимча чора тадбирлар тўғрисида» ги ПҚ-4887-сон ва 2020 йил 12 ноябрдаги «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлари тўғрисида» ги ПҚ-4891-сон қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилган.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланиши асосий устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакалогия» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Т. Luуis (1909) итларда коронар артерия боғланганда, қоринча тахикардияси хуружини бошдан кечиришини аниқлади. 1912 йилда А. Hoffmаn биринчи бўлиб беморда қоринча тахикардиясининг фибрилляцияга ўтиш пайтида электрокардиограммани қайд этди. ҚФнинг биринчи тавсифи 1842 йилда J.Erichsen томонидан берилган. 1921 йилда Г. Robinsоn ва Г. Херман ўткир миокард инфаркти бўлган беморда қоринча тахикардияси кузатилган биринчи ЭКГни қайд этдилар. 1939 йилда Н.Л. Гурвич биринчи тўғридан-тўғри оқим дефибриляторини яратди ва юрак дефибриляциясининг назарий асосларини ишлаб чиқди. А.А. Вишнеvский, Б.М. Цукерман 1956 йилда ЭИТ усулини оғир суправентрикуляр аритмияларга кенгайтди. Дядык А. И., Багрий А.Э. ва бошқаларнинг илмий тадқиқотларида ўткир миокард инфарктида қоринча аритмияларининг патогенези ўрганилган. Al-Khatib S.M., Stebbins A.L ва бошқалар томонидан олиб борилган GUSTO-III trial натижаларига кўра касалхонадаги ҚФнинг муҳим мустақил башорат қилувчи омилларига: юқори Киллип синфи, систолик босим пастлиги, томир ичига олдиндан лидокаинни юбориб қўллаш, тромболизис учун қисқароқ вақт ва госпитализациягача 2 ҳафтадан кам вақт ичида бета-адреноблокаторлардан фойдаланиш; Касалхонадаги ҚТ нинг мустақил башорат қилувчи омиллари дастлабки систолик босимнинг пастлиги, госпитализациягача лидокаинни томир ичига олдиндан қўллаш, юқори Киллип синфи, юрак уриш сонининг юқорилиги ва кекса ёш эди. 30 кунлик ўлим даражаси ҚФ бўлган беморларда 31%, ҚТ бўлганларда 24%, иккаласи ҳам бўлганларда 44% ва ҳеч бири бўлмаганларда 6% ни ташкил этган (p=0.001).

Farrellda T.G. va boshqa olimlar ЎМИдан кейинги беморларда ЮРВ кўрсаткичларининг пастлиги тўсатдан коронар ўлим ва аритмик ҳодисаларнинг прогнозчиси эканлигини хабар қилди.

Муаллифлар бўйича, инфарктдан кейинги беморларда ЮРВ кўрсаткичларининг пастлигида тўсатдан ўлим нисбий хавфи етти баравар юқори бўлганлиги аниқланган ва ЮРВнинг кейинги аритмик ҳодисалар билан сезиларли даражада боғлиқ эканлигини аниқланди, ҳамда бошқа прогностик омилларга қараганда (ЧФ ҲФ ва б) тўсатдан аритмик ўлимнинг мустақил башорат қилади деган хулосага келди.

Мамлакатимизда бир қатор олимлар юрак ритми бузилишлари буйича илмий тадқиқотлар ўтказилган, жумладан: Курбанов Р.Д, Аминов А.А ларнинг илмий ишларида ТЛТ ва бета-адреноблокаторларнинг бир вақтда қўлланганда ўлим кўрсаткичи ва аритмияларнинг камайиши МИ зонасининг чекланганлиги ва унинг функциясининг тезроқ тикланиши билан боғлиқлиги. Якубова Э.Ф тадқиқотларида Аллапининнинг пер ос шакли, миокард инфарктининг ўткир давридаги беморларда профилактика мақсадида 75-100 мг суткалик дозада қўлланилса, ҚА ларнинг умумий сонини ва уларни рўйхатга олиш соатларини камайтиради, юқори градацияли ҚА га қарши мақсадли фаолликни кўрсатган, қоринча тахикардияси ва қоринча фибриляциясининг пароксизмларини олдини олган. Кенжаев М.Л, Хаитов С.Ш илмий тадқиқотларида ўткир коронар синдромли беморларда бирламчи ангиопластика вақтида кверцетинни қўллаш миокарднинг электик барқарорлигига ва реперфузион қоринча аритмияларининг кузатилишини сезиларли камайтилганлигини исботланди. Кенжаев С.Р. тадқиқотларида дастлабки бир соат ичида бирламчи ТОКА иложи бўлмаганда догоспитал тромболизисни қўллаш миокард инфаркти асоратланишини, касалхонада ётиш койка кунини камайишига ва ўлим кўрсаткичинини камайтириш имконини беради ва бунинг натижасига маблағ сарфини камайишига олиб келиши исботланди.

Бироқ, юрак ритми бузилишлари, ишемик ва реперфузион аритмиялар, билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни олиб боришни такомиллаштириш, аритмияларга боғлиқ ҳолда реперфузиянинг комплекс самарали йўллари ишлаб чиқиш бўйича кенг қамровли тадқиқотлар Республикамиз ҳудудида аввал ўтказилмаган.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий тадқиқот муассасаси илмий тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги:** Диссертация тадқиқоти Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалида ИЗ-2016–0907200406-сонли «Ўткир миокард инфарктида чап қоринча дезадаптив прогнозлаш алгоритмларини жорий этиш» мавзусидаги илмий тадқиқот иши доирасида бажарилган (2018-2020 йй).

**Тадқиқотнинг мақсади:** ўткир коронар синдромли беморларда марказий ва юрак ичи гемодинамикаси, юрак ритми вариабеллиги, кечки қоринчалар потенциаллари, хавфли қоринча аритмияларининг башоратчиларини баҳолаб,

дифференциал ёндашувни ишлаб чиқиб даволашни оптималлаштиришдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

даволаш босқичларида ўткир коронар синдромли беморларда юрак ритми вариабеллиги, вегетатив хронотроп функциясининг кўрсаткичларини баҳолаш ва миокарднинг аритмик фаоллигини аниқлаш;

ўткир коронар синдромли беморларда хавfli қоринчалар аритмияларининг ривожланиши муҳим башоратчиларини аниқлаш

ўткир коронар синдром билан оғриган беморларда юракнинг аритмик фаоллигини баҳоловчи, чап қоринча дисфункциясининг эрта ташхисот белгиларини ўрганиш;

ўткир коронар синдромда госпитал ва госпитализациягача ўтказилган тромболитик терапиясида юрак ритми бузилишлари, касаллик асоратланиши, марказий ва юрак ичи гемодинамикаси ҳолатини баҳолаш.

**Тадқиқотнинг объекти:** сифатида 150 нафар 45-75 ёшли ўткир коронар синдроми ташхисланган беморлар тадқиқотларга жалб қилинган. Улардан 90 нафарида ўткир коронар синдром I-IV-синфли қоринча экстрасистолияси билан асоратланган бўлган.

**Тадқиқотнинг предмети:** юрак фаолиятини Холтер бўйича мониторинги, электрокардиография, интервенцион лаборатор текширувлар натижалари ҳамда, ЧҚ систолик ва диастолик функцияларни эхокардиографик кўрсаткичларини аниқлашдан иборат.

**Тадқиқотнинг усуллари:** клиник ҳолатни баҳолаш, электрокардиография, эхокардиография, доплер-эхокардиография, коронарография, лаборатор текширувлар, юрак фаолиятини Холтер бўйича мониторинги, ҳамда статистик усулларида фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

ўткир коронар синдром билан оғриган беморларда юрак ритми вариабеллиги, қоринчалар кечки потенциаллари, QT дисперсия ва юрак ритми турбулентлиги ҳаётга хавф туғдирувчи омиллар сифатида сезувчанлиги исботланган.;

ST элевацияли ўткир ўткир коронар синдромли беморларда катта базасида хавfli қоринчалар аритмияларининг ривожланишидаги муҳим башоратчиларининг ўзига хослиги исботланган;

ўткир коронар синдромли беморларда юракнинг аритмик асоратлари билан биргаликда чап қоринча дисфункцияси ҳамда тож томирлар шикастланиш аҳамияти асосланган;

ST элевацияли ўткир коронар синдромида шифохонада ва шифохонагача бўлган тромболитик терапиянинг юрак ритми бузилишлари, марказий ва юрак ичи гемодинамикаси ўзгариши каби асоратларини олдини олувчи таклиф этилган алгоритм самарадорлиги исботланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

эрта догоспитал тромболитик терапия ST элевацияли ўткир коронар синдромли беморларда кўллаш бу марказий гемодинамикага ижобий таъсир кўрсатган ва ўткир коронар синдромда қоринча аритмияларининг юқори градациялари, қоринчалар фибрилляциясининг учраш частотасини камайтирган;

эрта догоспитал миокард ST элевацияли ўткир коронар синдроми реваскуляризация кўлланган беморларда кардиоген шок, ўпка шиши, миокард инфарктининг қайталаниши, юрак ритми ва юрак ўтказувчанлигининг бузилиши, ўлим ҳолатлари частотаси сезиларли камайганлиги асосланган;

Юракнинг аритмик асоратлари билан биргаликда чап қоринча дисфункцияси, шу билан биргаликда тож томирлар шикастланиш аҳамияти ўрганилган ва ишлаб чиқарилган алгоритм эрта асоратларни олдини олишга асосланган;

реперфузион қоринчалар фибрилляциясига чалинган беморларда касалхонада ўлим ҳолатининг кузатилиши эрта догоспитал миокард реваскуляризацияси ўтказилган беморларга нисбатан шифохонада ўтказилган миокард реваскуляризацияси олган беморларда ўлим ҳолати ишонарли даражада камайганлиги исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги:** Илмий ишни бажариш жараёнида олинган натижалар ишончлилиги тадқиқотда замонавий клиник, биокимёвий, инструментал, тиббий-ижтимоий ва статистик усуллардан фойдаланилганлиги, етарли миқдордаги клиник материаллар, олинган натижаларни назарий ва амалий тасдиқланганлиги, маҳаллий ва хорижий тадқиқотчилар маълумотлари билан таққослаганда уларнинг ишончлилиги, олинган хулосаларнинг асосланганлиги, шунингдек тегишли ташкилотлар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

#### **Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, юрак ритми вариабеллиги, асосан, реперфузия белгилари бўлмаган асоратланган миокард инфаркти гуруҳида парасимпатик автоном нерв тизимининг пасайиши ва симпатик фаоллигининг ўсишини ишончли тарзда акс эттиради. Симпатик асаб тизимининг фаоллиги ошиши юрак етишмовчилигининг клиник белгиларининг мавжудлиги билан боғлиқ. Миокард инфарктининг ўткир даврида ўрганилаётган электрокардиографик кўрсаткичлар ва систолик дисфункциянинг мавжудлиги ўртасида сезиларли боғлиқлик йўқлиги аниқланди. Лекин ҳаёт учун хавфли ҚАнинг башоратчиларида  $QTd > 80$  мс, қоринчалар кечки потенциали,  $SDNN < 15$  мс киради. ЧҚЯДХ ошиши ва унинг ҲФнинг камайиши ҳам хавфли ҚА башоратчилари эканлиги тасдиқланди. Касалхона ичи миокард реваскуляризацияси тромболитик давосини қабул қилган беморларга нисбатан эрта касалхонагача ТЛТ қилинган беморларда бўлмача фибрилляциясининг, АВ блокада, айниқса унинг III-синфи, кардиоген шок, ўпка шиши, қайталанувчи миокард инфаркти, цереброваскуляр асоратлари ишонарли кам бўлганлиги тадиқланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти қоринчалар экстрасистолияси билан асоратланган ST сегменти кўтарилиши билан кечувчи ўткир коронар синдромли беморларда касалхона босқичида турғун қоринча тахикардияси ва қоринча фибрилляциясининг ривожланиши хавфи юкорилигини ҳисобга олиб, ўз вақтида ҳаётга хавф солувчи аритмичларнинг башоратчиларини аниқлаб, тезлик билан даволаш профилактик чораларни бошлаш зарурлиги тасдиқланган. Шошилишч ТОКА ўтказиш иложи бўлмаганда, касалхонагача тромболитик терапия ST элевацияси бўлган ўткир коронар синдромли беморларда, касалхонада миокард реваскуляризацияси амалга оширилган беморлар билан солиштирилганда қоринчалар хилпиллаши, миокард инфарктининг қайталанишида, юрак ритмининг бузилиши, ўтказувчанликнинг бузилиши ва ўлим ҳолатлари камайтирилганлиги тасдиқланган.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши:** Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2025 йил 15 январдаги 11-сонли йиғилиш баённомаси асосида берилган илмий-тадқиқот иши натижаларини амалиётга қўллаш тўғрисидаги хулосага кўра:

**биринчи илмий янгилик:** ўткир коронар синдром билан оғриган беморларда юрак ритми вариабеллиги, қоринчалар кечки потенциаллари, QT дисперсия ва юрак ритми турбулентлиги ҳаётга хавф туғдирувчи омиллар сифатида сезувчанлиги исботланган ва эрта ташхисотини амалга ошириш, ҳамда эрта профилактика алгоритмини яратиш имконини берган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: Олинган маълумотлар эрта ташхис қўйиш ва хасталанишнинг натижасини прогностлашни яхшилашга имкон беради, бу кардиолог мутахассисига юрак ритми бузилишлари билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларда даволанишнинг мақсадга мувофиқлиги тўғрисида фикр билдиришга ёрдам беради. Бундан ташқари, тадқиқот натижалари асоратларнинг ривожланишига тўсқинлик қилади ва шу билан беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилади. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: Тиббий ва ижтимоий жиҳатларини ўрганиш ва таҳлил қилишнинг такомиллаштирилган усуллари бўйича ишлаб чиқилган услубий тавсиялар ёш беморларда ўткир коронар синдром кечишини, касаллик ҳолатини баҳолашни ва ушбу тоифадаги беморларга тўғри даволанишни буюришда 200.000 (икки юз минг) сўмни тежаш ҳисобида ижтимоий ҳамда иқтисодий самарадорликка эришиш имконини беради. *Хулоса:* Текширув олиб борилган вақт давомида (2018-2021) эрта догоспитал миокард реваскуляризациясини STэЎКС беморларда қўллаш бу марказий гемодинамикага ижобий таъсир кўрсатди ва ЎКСда қоринчалар фибрилляциясининг учраш частотасини 7,2% дан 2,4% гача камайтирди, шу билан бирга текширув олиб борилган вақт давомида қоринчалар тахикардияси частотаси деярли ўзгармади ва 1,6% ни ташкил этди ( 2,0%). Умуман олганда, текширув олиб борилган вақт давомида ЎКС да қоринчалар аритмиясининг учраш частотаси 9,2% дан 4,4% гача камайди.

**иккинчи илмий янгилик** ST элевацияли ўткир коронар синдромли беморларнинг катта базасида хавфли қоринчалар аритмияларининг ривожланишидаги муҳим башоратчиларининг ўзига хослиги исботланган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги* шундан иборатки, юрак ритми бузилишлари билан асоратланган ўткир коронар синдроми клиник кечиши ва унинг асоратланишининг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси учун клиник амалиётга кенг жорий этиш имконини беради. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: фатал аритмиялар билан билан асоратланган ўткир коронар синдромида тромболитик терапияси усулининг мукамаллаштирилиши ва терапевтик амалиётга киритилиши ҳисобига ҳар бир беморни стационар даволаш бўйича 147000 сўмни тежаш имконини берди. *Хулоса:* Иккиламчи қоринчалар фибрилляцияси кузатилган беморларда касалликнинг кечиши асоратлари биринчи гуруҳдаги беморларга нисбатан сезиларли даражада ёмонроқ. Эрта догоспитал миокард ревазулиризацияси (ТЛТ) ўтказилган беморларда кардиоген шок, ўпка шиши, миокард инфарктининг қайталаниши, юрак ритми ва юрак ўтказувчанлигининг бузилиши, ўлим ҳолатлари текширув вақтида сезиларли камайди.

**учинчи илмий янгилик:** ўткир коронар синдромли беморларда юракнинг аритмик асоратлари билан биргаликда чап қоринча дисфункцияси ҳамда тож томирлар шикастланиш аҳамияти асосланган; *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: тадқиқот натижалари аритмик асоратларнинг ривожланишига тўсқинлик қилади ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайти, ҳамда ўткир коронар синдромида ўзининг дигностик алгоритминини шакллантириш, касалликни аниқлаштириш даврини қисқартириш имконини берди. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: Тиббий ва ижтимоий жиҳатларини ўрганиш ва таҳлил қилишнинг такомиллаштирилган усуллари бўйича ишлаб чиқилган услубий тавсиялар беморларда фақат аритмиялар билан асоратланган ўткир коронар синдромида тромболитик терапия, касаллик ҳолатини баҳолашни ва ушбу тоифадаги беморларга тўғри даволанишни буюришда бир юз қирқ етти минг сўмни тежаш ҳисобида ижтимоий ҳамда иқтисодий самарадорликка эришиш имконини берди. *Хулоса:* Реперфузион қоринчалар фибрилляциясига чалинган беморларда касалхонада ўлим ҳолатининг кузатилиши Эрта догоспитал миокард ревазулиризацияси (ТЛТ) ўтказилган беморларга нисбатан шифохонада ўтказилган миокард ревазуляризацияси (ТЛТ) олган беморларда ўлим ҳолати сезиларли даражада кам кузатилди.

**тўртинчи илмий янгилик:** ST элевацияли ўткир коронар синдромида шифохонада ва шифохонагача бўлган тромболитик терапиянинг юрак ритми бузилишлари, марказий ва юрак ичи гемодинамикаси ўзгариши каби асоратларини олдини олувчи таклиф этилган алгоритм самарадорлиги исботланган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: Реперфузион қоринчалар фибрилляциясига чалинган беморларда

касалхонада ўлим ҳолатининг кузатилиши эрта догоспитал миокард реваскуляризацияси ўтказилган беморларга нисбатан шифохонада ўтказилган миокард реваскуляризацияси олган беморларда ўлим ҳолати ишонарли даражада кам кузатилган. Олинган тадқиқот натижалари кардиология, интенсив терапия ва шошилиш тиббий ёрдам соҳаларида қўлланилиши тавсия этилган, ҳамда ST сегмент кўтарилган ўткир коронар синдромда шифохонагача ТЛТ амалиётини қўллаш орқали турли хил аритмик асоратларнинг кам учраши, реперфузия жараёнининг самарадорлигининг ошишига имкон бериши асосланган шу сабабли юрак ритми бузилишлари билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни олиб боришда тромболитик терапия ўтказиш касалликларни асоратларини олдини олиши қийматини оширган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: текширувдан фойдаланиб ташхислаш ҳисобидан ҳар бир нафар бемордан тромболитик терапия қийим самарадорлигини ўрганиш ва баҳолаш натижасида тез тиббий машинасида қўллаганда беморларда ўлим кўрсаткичини камайганлиги, хаёт учун хавфли аритмияларнинг камроқ учрашиб меҳнат қобилиятининг тезроқ тикланиши давлат бюджетига тежаш имконини берган. *Хулоса:* Қоринчалар тахикардияси кузатилган беморларда касалликнинг кечиши қоринчалар тахикардияси кузатилмаган беморларга нисбатан сезиларли даражада ёмон кечди. Қоринчалар тахикардияси, ўпка шиши, миокард инфарктининг қайталаниши, юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши, ўлим ҳолатлари касалхонада даволаниш жараёнида тез-тез учраши исботланди.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Диссертация ишининг асосий натижалари 4 та халқаро илмий-амалий анжуманларда муҳокама қилинган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича 12 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларида 6 та мақола, жумладан 3 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши.** Диссертация таркиби кириш, 4 та боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 127 бетдан иборат.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

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

Диссертациянинг **“Ўткир коронар синдромда юракнинг хавфли ритм бузилишлари муаммосининг замонавий ҳолати”** деб номланган биринчи бобда ЎКС да юрак ритм бузилишлари муаммосининг замонавий ҳолати тўлақонли тавсифланган. Тадқиқотларнинг шарҳи асосида ЎКС нинг патогенези, таснифлашнинг муҳим жиҳатлари, хавфли аритмияларнинг эпидемиологияси, патогенези ва даволаш тамойиллари, симптомларнинг пайдо бўлишига мақбул шароитлар келтирилган. Шунингдек ушбу бобда ўткир коронар синдромли беморларда ҳаётга хавф солувчи қоринча аритмиялари ривожланишининг башоратчилари, хавфли аритмияларни даволашда реперфузиянинг ўзига хос жиҳатлари очиб берилган. Маҳаллий ва хорижий тадқиқотчиларнинг маълумотлари асосида ўткир коронар синдромда хавфли аритмияларни олиб бориш масалаларига тўхталиб ўтилган.

Диссертациянинг **“Ўткир коронар синдромли хавфли юрак аритмиялари билан асоратларган беморларнинг клиник хусусиятлари ва тадқиқот усуллари”** деб номланган иккинчи боби тадқиқотнинг материаллари ва усуллари бағишланган.

Тадқиқот Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг Бухоро филиали кардиология, кардиореанимация бўлимида 2019-2023 йилларда танлов асосида проспектив таҳлилга асосланган «Ўткир коронар синдром» ташҳиси қўйилган 150 нафар беморда ўтказилган ўрганишлар негизида амалга оширилган. Барча беморларга STэЎКС таҳшиси ЕКХ 2017 йилдаги тавсияларидаги мезонларга асосланиб қўйилган. Ушбу беморларнинг 75 нафарида STэЎКСнинг НС та трансформацияси, 75 тасида МИга трансформацияси кузатилган. Назорат гуруҳидаги хавфли қоринча аритмиялари кузатилмаган, 60 нафар ЎКС билан оғриган (ўртача ёши  $65,90 \pm 0,67$ ) ва асосий гуруҳда ўртача ёши  $63,20 \pm 0,8$  бўлган 90 (50%) нафар ўткир коронар синдром III-IV синфли (В. Lown ва М. Wolf, бўйича 1976). қоринча экстрасистолиясининг ривожланиши билан асоратланган беморлар киритилган. 1-расмда текширув дизайни келтирилган.



### 1-расм.Текширув дизайни

Ўз навбатида ушбу гуруҳлар 2 тадан гуруҳчаларга булинган:

- IA гуруҳ – хавфли қоринча аритмиялари кузатилган уткир миокард инфаркти билан оғриган беморлар гуруҳчаси (n=45);
- IIА гуруҳ – хавфли қоринчалар аритмиялари кузатилган ностабил стенокардия билан оғриган беморлар гуруҳчаси (n=45);
- I кичик гуруҳ – хавфли қоринчалар аритмиялари кузатилмаган уткир миокард инфаркти билан оғриган беморлар гуруҳчаси (n=30);
- II кичик гуруҳ – хавфли қоринча аритмиялари кузатилмаган ностабил стенокардия ташхиси қуйилган беморлар гуруҳчаси (n=30).

Ушбу гуруҳларчалар ўзаро бир-биридан ёши, жинси, касаллик давомийлиги, хавф омилларининг мавжудлиги, ёндош ҳолатларнинг мавжудлиги ва олган базис терапияси бўйича кескин фарқ қилмади.

Киритиш мезонларига жавоб берган ва истисно мезонларига эга бўлмаган беморлар ўткир коронар синдром ривожланишидан бошлаб дастлабки 3 сутка ичида бир вақтнинг ўзида клиник текширувдан ўтказилди. Текширув қуйидагиларни ўз ичига олган: ҳолатни клиник баҳолаш, ЭКГ ёки кардиоспецифик белгилар бўйича ўткир коронар синдромни тасдиқлаш, ЭхоКГ, юрак ритмини холтер усулида мониторинглаш, коронарография.

Барча тадқиқотга киритилган беморларга реперфузион терапия амалга оширилди. Беморлар ЕКХнинг 2017 йилги STэМИни даволаш бўйича тавсияларига асосланган терапияни қабул қилишди. Базис терапия сифатида антикоагулянтлар, иккиланган антиагрегант терапия, статинлар, бета-адреноблокаторлар, ангиотезин ўзгартирувчи фермент ингибиторлари,

кўрсатмаларга биноан наркотик анальгетиклар, нитратлар, кордарон, лидокаин, глюкоза-калий-магний аралашмаси ва бошқаларни қабул қилганлиги 1-жадвалда келтирилди.

**1-жадвал.**

**Текширилган гуруҳларда беморлар қабул қилган дори воситалари  
(n=150)**

Кўрсаткичлар	IA гуруҳ n = 45 ХҚА+ЎМИ		IB гуруҳ n = 45 ХҚА+НС		IIА гуруҳ n = 30 ЎМИ		IIБ гуруҳ n = 30 НС	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Стрептокиназа	45	100	45	100	30	100	30	100
Гепарин	45	100	45	100	30	100	30	100
Аспирин	45	100	45	100	30	100	30	100
Клопидогрел	43	95,6	42	93,3	28	93,3	27	90,0
Брилинта	2	4,4	3	6,67	2	6,67	3	10
Аторвастатин	42	93,3	43	95,6	27	90	27	90
Розувастатин	3	6,67	2	4,5	3	10	3	10
Наркотик анальгетик	45	100	45	100	30	100	30	100
Изосорбит динитрат	38	84,4	40	88,9	25	83,3	24	80
Бисопролол	33	73,3	30	66,7	23	76,7	22	73,3
Эналаприл	40	88,9	41	91,1	25	83,3	27	90
Лозартан	5	11,1	4	8,89	5	16,7	3	10
Верошпирон	42	93,3	37	82,2	27	90	25	83,3
Дофамин	4	8,89	1	2,22	2	6,67	0	0
Добутамин	2	4,44	0	0	1	3,33	0	0
Фуросемид	25	55,6	23	51,1	20	66,7	10	33,3
Кордарон	45	100	45	100	0	0	0	0
Аллапинин	1	2,22	3	6,67	0	0	0	0
Лидокаин	15	33,3	12	26,7	0	0	0	0
Коллоид эритмалар	4	8,89	1	2,22	2	6,67	3	10
ГИК+магний сульфат эритмаси	40	88,9	42	93,3	22	73,3	24	80

Тромболитик терапия 10 дақиқа ичида унга қарши кўрсатма бўлмаганда ва бирламчи ТОКАга имкон қадар тезроқ ўтказиш имконияти мавжуд бўлмаганда (тиббий ходимлар билан биринчи алоқада бўлганидан кейин 120 дақиқадан камроқ вақт ичида) амалга оширилди. 3 соат ичида муваффақиятсиз тромболизисдан сўнг қутқарувчи ТОКА 3 (2%) нафар беморда, тромболизисдан кейин кечиктирилган ТОКА госпитал давр охиригача 138 (92%). нафар беморларда амалга оширилди. ТОКА амалиёти инфарктга боғлиқ тож томирни

ва бошка тож томир бассейнларидаги сезиларли стенозларни бартараф этиш учун стентлаш йўли билан амалга оширилди. Барча беморларда дори копламали стентлар ўрнатилди. 9 та беморда (6%) АКШ амалиёти тавсия этилди ва 2 ойдан сўнг терапия фонидида ушбу амалиёт бажарилди (2-жадвал).

**2-жадвал.**

**Текширилаётган беморларда бажариладиган реперфузия турлари  
(n=150)**

Кўрсаткичлар	IA гуруҳ n = 45 ХҚА+ЎМИ		IB гуруҳ n = 45 ХҚА+НС		IIА гуруҳ n = 30 ЎМИ		IIБ гуруҳ n = 30 НС	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ТЛТ	45	100	45	100	30	100	30	100
Кутқ ТОКА	2	4,44	0	0	1	3,33	0	0
Кеч ТОКА	39	86,7	44	97,8	27	90	28	93,33
<b>АКШ</b>	4	8,89	1	2,2	2	6,67	2	6,67

Барча текширувга киритилган беморлар коронарография текшируви ўтказилган. Олинган Маълумотларни статистик қайта ишлаш STATISTICA 6.0; BIOSTAT; Microsoft Excel XP дастурий таъминот тўплами ёрдамида амалга оширилди.

Диссертациянинг “Ўткир коронар синдромли беморларда юрак ритми бузилишларини башоратлаш ва даволаш самарадорлиги” деб номланган учинчи бобида шахсий тадқиқот натижалари келтирилган.

Хавф солувчи қоринчалар аритмиясининг ривожланишини башоратлаш ST сегмент элевациясиз ўткир коронар синдроми билан касалланган 150 беморни проспектив кузатуви асосида амалга оширилди.

Хавфли қоринча аритмиялари кузатилган ЎКС билан оғриган беморлар гуруҳи (n=90) касалликнинг трансформациясини ҳисобга олган ҳолда икки гуруҳга бўлинган: IA-гуруҳ - 45 (30%) нафар миокард инфаркти билан касалланган беморлар, IIА-гуруҳ - 45 (30%) ностабил стенокардия бўлган беморлар. Назорат гуруҳи беморлари хавфли юрак ритмининг бузилиши бўлмаган ҳолда ўткир коронар синдромли 60 (40%) нафар беморлардан иборат бўлган. Ўз навбатида ушбу гуруҳ ҳам касаллик трансформациясини ҳисобга олган ҳолда яна иккита кичик гуруҳларга бўлинган: I кичик гуруҳ – ўткир миокард инфаркти билан оғриган 30 (20%) нафар бемор, II кичик гуруҳни эса ностабил стенокардия билан оғриган 30 (20%) нафар беморлар киритилди. Текширилган ўткир коронар синдромли беморларнинг умумий характеристикаси, давонинг табиати ва кўлами 2.1-бўлимда келтирилган. 90

(60%) нафар бемор ўткир коронар синдромнинг кечиши қоринча экстрасистолиясининг I-IV синфлари ривожланиши билан асоратланди .

90 (75%) нафар 45-75 ёшли (ўртача  $64,55 \pm 0,86$ ) ҚЭ билан асоратланган ST сегмент элевацияли ўКС ли беморлар кузатуви амалга оширилган. Уларнинг таркиби 37 (41,11%) нафар 45 ёшдан 73 ёшгача бўлган аёллар (ўртача  $65,90 \pm 0,67$  ёш) ва 53 (58,89) 35 ёшдан 73 ёшгача бўлган эркаклардан (ўртача  $63,20 \pm 0,84$  ёш) иборат бўлган. Беморларнинг 75 (83,33%) нафарида анамнезида I-III синфли стенокардия, анамнезда МИ 33 (36,67%) нафар беморларда, NYHA бўйича I-II ва III-IV функционал синфлардаги сурункали юрак етишмовчилиги мос равишда 75 (83,33%) нафар ва 11 (12,22%) нафар беморларда аниқланган, гипертония касаллиги – 79 (87,78%), оёқ веналарининг варикоз кенгайиши касаллиги - 30 (33,34%) нафар, семизлик -26 (28,89%) кишида, қандли диабет - 11 (12,22%) беморда, сурункали обструктив ўпка касаллиги - 17 (18,89%) пациентда, ошқозон яраси ва 12-ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги-16 (17,78%) беморда, сурункали холецистит - 29 (32,2%) кишида аниқланган. Назорат гуруҳи билан таққосланганда жинси, ёши, қўшилиб келган касалликлари, МИ тарихида сезиларли фарқлар аниқланмаган.

Асосий касалликни ҳисобга олган ҳолда қоринча экстрасистолия билан асоратланган ўткир коронар синдром билан касалланган барча беморлар гуруҳларга бўлинди: I-гуруҳ - 45 (50%) миокард инфаркти ва II-гуруҳ - 45 (50%) ностабил стенокардия бўлган беморлар ҳамда назорат гуруҳи - кичик гуруҳларга: 30 нафар (12,5%) миокард инфаркти билан касалланган беморлар. (I кичик гуруҳ) ва 30 (12,5%) ностабил стенокардия бўлган беморлар (II кичик гуруҳ).

IA гуруҳга 17 (37,78%) нафар 52 ёшдан 73 ёшгача бўлган аёллар (ўртача  $68,24 \pm 1,56$  ёш) ва 26 (57,78%) нафар 47 ёшдан 75 ёшгача бўлган эркаклар (ўртача  $64,31 \pm 1,67$  ёш), ПА гуруҳга 20 (44,44%) нафар 45 ёшдан 70 ёшгача бўлган аёллар (ўртача  $63,87 \pm 1,91$  ёш) ва 27 (60%) нафар 49 ёшдан 75 ёшгача бўлган эркаклардан (ўртача  $62,41 \pm 1,72$  ёш) ташкил қилади. I кичик гуруҳга 10 (33,33%) нафар 55 ёшдан 72 ёшгача бўлган аёллар (ўртача  $60,40 \pm 4,26$  ёш) ва 20 (66,67%) нафар 45 ёшдан 75 ёшгача бўлган эркаклар (ўртача  $62,50 \pm 2,04$  ёш), II кичик гуруҳга 16 (53,33%) нафар 52 ёшдан 75 ёшгача бўлган аёллар (ўртача  $67,10 \pm 1,51$  ёш) ва 14 (46,67%) нафар 49 ёшдан 70 ёшгача бўлган эркаклар (ўртача  $59,50 \pm 1,83$  ёш) киритилган. IA ва ПА гуруҳлардаги беморларда анамнезида I-III синфдаги стенокардия мос равишда 39 (86,67%) ва 36 (80,0%) нафар беморларда, анамнезда миокард инфарктига мос равишда - 18 (40,0%) ва 15 (33,33%) беморларда, NYHA бўйича сурункали юрак етишмовчилигининг I-II функционал синфлари мос равишда 34 (75,56%) ва 41 (91,11%) беморда аниқланган, III-IV функционал синф эса - 6 (13,33%) ва 5 (11,11%) нафар беморларда аниқланди, гипертония касаллиги мос равишда-38 (84,44%) ва 41 (91,11%) беморларда, оёқ веналарининг варикоз касаллиги мос равишда - 13 (28,87%) ва 17 (37,78%) беморда, ўз навбатида, семизлик мос равишда - 13 (28,89%) ва 13 (28,89%) беморда, қандли диабет мос равишда - 4 (8,89%) ва 7 (15,56%) нафар беморда, ўпканинг сурункали

обструктив касаллиги мос равишда - 8 (17,78%) ва 9 (20,00%) нафар беморда, ошқозон ва 12 - ўн икки бармоқли ичак яраси мос равишда - 8 (17,78%) ва 8 (17,78%) нафар беморда, сурункали холецистит мос равишда - 3 (6,67%) ва 16 (35,56%) нафар беморларда аниқланган. Анамнезида МИ кузатилган I ва II гуруҳ беморларида бир-бири билан солиштирганда ҳам, кичик гуруҳлардан иборат назорат гуруҳлари билан солиштирганда ҳам жинс, ёш, кўшилиб келган касалликлар бўйича ишонарли фарқлар аниқланмаган, шунингдек IA ва IIA гуруҳчалар орасидаги қоринча экстрасистолияси частотаси бўйича ҳам фарқлар аниқланмаган.

**I ва II гуруҳ беморларида дастлабки текширувдан сўнг марказий ва юрак ичи гемодинамикаси, юрак ритми вариабеллиги, кечки қоринчалар потенциаллари, QT интервал дисперсияси ҳолати**

Биринчи текширувдан сўнг IA и IIA гуруҳлардаги беморларда назорат гуруҳлари ва I ва II кичик гуруҳлар билан солиштирилганда марказий ва юрак ичи гемодинамикаси, ЮРВ, қоринчалар кечки потенциаллари ва QTd ҳолати 3-жадвалда келтирилган. Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, I гуруҳ беморларида II гуруҳ билан солиштирганда LF, Tot QRS, LAS-40 қийматлари ишонарли ошган бўлса, II-гуруҳ беморларида I-гуруҳ билан солиштирганда юрак ишемияси, чап қоринча зарб ҳажми, ЯСХчқ, ЯДХчқ қийматлари, E, A ва E/A нисбатлари ишонарли юқори эди. Назорат гуруҳининг I-кичик гуруҳи беморларида II-кичик гуруҳ билан солиштирганда биринчи текширувдан сўнг VLF, HF, LAS-40 қийматларининг ишонарли ошиши ва юрак ишемияси, чап қоринча зарб ҳажми, ЯСХчқ, ЯДХчқ, ЯДХчб, E, A, E/A, SDNN нисбатларининг пасайиши аниқланди. Бошқа ўрганилган кўрсаткичларда ишонарли ўзгаришлар бўлмади.

I-гуруҳ беморларида назорат гуруҳининг I-кичик гуруҳига нисбатан биринчи текширувдан сўнг ЯДХчб қийматининг, E/A, LF, Tot QRS, LAS-40, QTd нисбатларининг ишонарли ошиши ва юрак ишемияси, ЯСХчқ, ЯДХчқ, E, SDNN, RMS-40 нинг пасайиши кузатилди. I-гуруҳ беморларида назорат гуруҳининг II-кичик гуруҳига нисбатан биринчи текширувдан сўнг ЯДХчб, LF, Tot QRS, LAS-40, QTd қийматларининг ишонарли ошиши ва юрак ишемияси, чап қоринча зарб ҳажми, ЯСХчқ, ЯДХчқ, E, A, E/A, SDNN нисбатлар, LF/HF, RMS-40 нисбатларининг камайиши аниқланди. Бошқа ўрганилган кўрсаткичларда ишонарли ўзгариш аниқланмади.

II-гуруҳ беморларида назорат гуруҳининг I-кичик гуруҳига нисбатан биринчи текширувдан сўнг ЗХчқ, ЯСХчқ, ЯДХчқ, ЯДХчб, A, E/A, E/A, LF, Tot QRS қийматларининг ишонарли даражада ошиши ва RMS-40 нисбатининг пасайиши аниқланди. II-гуруҳ беморларида II-назорат кичик гуруҳига нисбатан биринчи текширувдан сўнг ЯДХчб, VLF, LF, Tot QRS, LAS-40, QTd қийматлари ишонарли даражада ошди ва юрак ишемияси, чап қоринча зарб ҳажми, ЯДХчқ, E, E/A, SDNN, RMS-40 нисбатлари пасайган. Бошқа ўрганилган кўрсаткичларда ишонарли ўзгариш бўлмади (3-жадвал).

Биринчи текширувдан сўнг IA и ПА-гуруҳ беморларида назорат гуруҳининг I-кичик гуруҳига нисбатан кўрсаткичларда ишонарли фарк аниқланмади, IA-гуруҳ беморларида назорат гуруҳининг II-кичик гуруҳига нисбатан қоринчалар кечки потенциали ва QTd > 80 мс ишонарли даражада тез-тез аниқланган ва ПА- гуруҳ беморларида II-назорат кичик гуруҳига нисбатан қоринчалар кечки потенциали ишонарли даражада тез-тез аниқланган. Назорат гуруҳининг I-кичик гуруҳидаги беморларда II-кичик гуруҳга нисбатан қоринчалар кечки потенциали ишонарли даражада тез-тез аниқланган. Бошқа ўрганилган кўрсаткичларда ишонарли ўзгаришлар аниқланмаган.

### 3- жадвал

**I ва II текшириш гуруҳлари беморларида дастлабки текширувдан сўнг марказий ва юрак ичи гемодинамикасининг, ЮРВ, КҚП, QTd ҳолати (M±m)**

Кўрсаткичлар	I Кичик гуруҳ n = 30	II Кичик гуруҳ n = 30	IA гуруҳ n = 45	ПА гуруҳ n = 45	Норма
ЮИ, лхмин/м <sup>2</sup>	3,32±0,09	3,45±0,08*	3,06±0,08*°	3,22±0,07°	
ЗХчк, %	51,32±1,67	62,31±4,02*	50,27±2,49°	56,73±1,26 <sup>A*</sup> °	34
ЯСХчк, мл/м	34,58±0,68	37,35±0,75*	33,47±0,59*°	37,62±1,05 <sup>A*</sup>	20-70
ЯДХчк, мл/м <sup>2</sup>	84,76±0,92	88,47±1,26*	82,18±1,31*°	86,42±0,89 <sup>A*</sup> °	70-150
ЯДХчб, мл/м	21,46±0,96	23,24±0,94*	27,03±1,18*°	26,24±1,20*°	70-150
Е, мс	0,63±0,01	0,69±0,02*	0,52±0,02*°	0,61±0,03 <sup>A°</sup>	
А, мс	0,53±0,03	0,61±0,02*	0,56±0,03°	0,60±0,02 <sup>A*</sup>	
Е/А	0,96±0,03	1,30±0,01*	1,02±0,02*°	1,06±0,02 <sup>A*</sup> °	
SDNN, мс	41,80±6,48	56,50±7,38*	33,16±5,64*°	38,15±7,30°	112-192
VLF, мс <sup>2</sup>	232,00± 14,20	199,02±12,60*	213,79±11,60	227,16±9,53°	1170-1540
LF, мс <sup>2</sup>	179,00±24,80	155,00±18,50	237,53±13,70*°	220,04±16,19*°	100-300
HF, мс <sup>2</sup>	79,70±5,78	67,70±5,30*	80,01±11,13	75,82±6,17	
LF/HF, мс <sup>2</sup>	1,48±0,38	1,84±0,26	1,50±0,86°	1,57±0,12	1,5-2
Tot QRS, мс	125,00±4,06	126,23±2,49	138,76±4,18*°	133,12±3,48 <sup>A*</sup> °	270-300
LAS-40, мс	45,40±3,49	39,10±2,98*	56,09±4,76*°	48,51±3,18 <sup>A°</sup>	
RMS-40, мкВ	26,50±3,68	29,80±2,47	18,20±3,76*°	19,58±2,07*°	
QTd, мс	76,21±7,23	68,53±5,62	82,45±6,59*°	79,23±3,75°	

\*-p<0,05- гуруҳлар ичида фарқларнинг ишонарлилиги; °-p<0,05; <sup>A</sup>- p<0,01- I ва II кичик гуруҳ, IA ва ПА гуруҳлар орасидаги фарқларнинг ишонарлилиги;

Беморларнинг I ва II-гуруҳида қоринларча экстрасистолияси ЮРТ ЭКГ нинг суткалик мониторинги бўйича баҳоланди. Унинг таҳлили учун I ва II - гуруҳдаги ҳар бир беморда 50 ёки ундан қоринча экстрасистолияси кузатилганлардан фойдаланилган (ўртача 256±5 ҚЭ). Биринчи текширувдан сўнг I ва II-гуруҳ беморларида қоринчалар экстрасистолияси ЮРТ 4-жадвалда келтирилган. Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, IA-гуруҳ беморларида

биринчи текширувдан сўнг, ПА-гуруҳ билан солиштирганда, патологик қоринчалар экстрасистолияси (меъёр < 0%) деб баҳоланган ишонарли катта қийматлари мавжуд бўлган. Шунини таъкидлаш керакки, ушбу гуруҳларнинг беморларида тропонин қийматлари турлича бўлган: ТnТ нинг патологик қийматлари мос равишда IA ва I кичик гуруҳларнинг 14,2±0,6 ва 13,4±0,8 нг/мл ни ташкил этди, ушбу гуруҳларнинг қолган беморларида эса - бу кўрсаткичнинг қиймати ПА ва II кичик гуруҳларда 0,05 нг/мл дан кам бўлди. IA-гуруҳ беморларида ПА-гуруҳ билан таққослаганда ишонарли даражада паст TS қийматлар қайд этилиб, улар I-гуруҳнинг 3 (3,61%) нафар беморларида патологик (меъёр > 3,61 мс/RR) деб баҳоланди ва ушбу гуруҳларнинг қолган беморларида TS қиймати 2,5 МС/RR дан ортиқ эди.

#### **Касалхона босқичида IA ва ПА гуруҳ беморларида қоринчалар экстрасистолиясини даволаш**

Беморларнинг IA ва ПА гуруҳларининг барчаси 2-бўлимда батафсил тавсифланган ўткир коронар синдроми стандарт давосини қабул қилдилар. IA ва ПА-гуруҳ беморларида даволаш пайтида клиник таъсир турлича бўлди. Мос равишда IA ва ПА-гуруҳлари ва назорат гуруҳчаларидаги (IA ва ПА кичик гуруҳлари) беморларда ижобий клиник самара кузатилди: назорат ва асосий гуруҳларда ангиноз симптомларининг йўқолиши ва 3-4 сутка ичида ва кейинги кузатув даврида қоринларча экстрасистолияси тўхтатилди ёки дастлабки частотага нисбатан 75% дан кўпроққа камайтирилди. (4-жадвал)

**4-жадвал**

#### **Касалхона босқичида IA ва ПА кичик гуруҳлари беморларида антиаритмик даво характери**

Кўрсаткичлар	I кичик гуруҳ n = 30		II кичик гуруҳ n = 30		IA гуруҳ n = 45		ПА гуруҳ n = 45	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Метопролол	2	6,67	2	6,67	1	2,22	2	4,44
Атенолол	2	6,67	2	6,67	1	2,22	1	2,22
Бисопролол	26	86,7	26	86,7	39	86,7	42	93,33
Амиодарон					45	100	43	95,5
Лидокаин					3	6,66	2	4,44
Аллапинин					1	2,22	3	6,66
ЭИТ					25	55,6	5	11,1
дефибрилляция					5	11,1	1	2,22

Касалликнинг ўткир даврида ушбу гуруҳларнинг мос равишда 15 (12,5%) ва 15 (12,5%) нафар беморларида (назорат гуруҳи билан солиштирганда IA ва ПА-гуруҳнинг 30 нафар беморларида барқарор қоринчалар тахикардияси ва хавф солувчи қоринчалар аритмияси қайд этилган. 6 нафар беморларда қоринчалар фибрилляцияси кузатилган (барча ҳолларда муваффақиятли бартараф қилинган). Антиаритмик дори воситаларидан амиодарон IA гуруҳда 100% ҳолларда, ПА гуруҳда 95,5% ҳолатларда қўлланилган. Беморларда қарши кўрсатмалар

бўлмаганда бета-адреноблокаторлар тавсия этилган. Кам сондаги беморларда лидокаин (6,66%га 4,44%), чап қоринчанинг систолик фаолияти жиддий шикастланмаган беморларда аллапинин (2,22% га нисбатан 6,66%) ишлатилди. Ундан ташқари гипокалиемия ва гипوماгниеия ҳолатларида, Q-T интервали кенгайиши кузатилганда калий ва магний препаратларини инфузия ва таблетка шаклида кўлланилди.

**Дастлабки текширувдан сўнг IA ва ПА кичик гуруҳлари беморларида марказий ва юрак ичи гемодинамикаси, юрак ритми вариабеллиги, кечки қоринчалар потенциаллари, QT интервал дисперсияси, қоринчалар экстрасистолиясининг юрак ритми турбулентлиги ҳолати**

IA ва ПА-кичик гуруҳлари беморларида биринчи текширувдан кейин марказий ва юрак ичи гемодинамикаси, юрак ритми вариабеллиги, кечки қоринчалар потенциаллари, QT интервал дисперсияси ҳолати, назорат гуруҳининг I ва II кичик гуруҳларига нисбатан 5-жадвалда келтирилган. Тақдим этилган маълумотлардан кўришиб турибдики, IA кичик гуруҳи беморларида ПА кичик гуруҳи билан солиштирганда LF, HF, Tot QRS, QTd қийматлари ишонарли ошган бўлса, таққослаш гуруҳининг ПА кичик гуруҳи беморларида эса IA кичик гуруҳи билан солиштирганда ЗХчк, ЯСХчк, ЯДХчк, ЯДХчб қийматлари ишонарли юқори бўлган. Назорат гуруҳининг I кичик гуруҳи беморларида II кичик гуруҳ билан солиштирганда, биринчи текширувдан сўнг VLF, HF, LAS-40 қийматларининг ишонарли ошиши ва ЮИ, ЗХчк, ЯСХчк, ЯДХчк, ЯДХчб, E, A, ҳамда E/A, SDNN қийматларининг пасайиши аниқланди. Бошқа ўрганилган кўрсаткичларда ишонарли ўзгаришлар аниқланмаган.

Беморларнинг IA кичик гуруҳида назорат гуруҳининг I-кичик гуруҳи билан солиштирганда биринчи текширувдан сўнг ЯДХчк, ЯДХчб, A, LF, HF, Tot QRS, LAS-40 қийматларининг ишонарли даражада ошиши ва ЮИ, ЯСХчк, E қийматларининг, LF/HF, RMS-40 нисбатининг пасайиши аниқланди. IA-кичик гуруҳидаги беморларда назорат гуруҳининг II-кичик гуруҳига нисбатан биринчи текширувдан сўнг ЯДХчб, LF, HF, Tot QRS, LAS-40, QTd қийматларининг ишонарли даражада ошиши ва ЮИ, ЗХчк, ЯСХчк, ЯДХчк, E, A, шунингдек E/A, SDNN нисбатларининг, LF/HF, RMS-40 нисбатларининг пасайиши аниқланган. Бошқа ўрганилган кўрсаткичларда ишонарли ўзгаришлар аниқланмаган. ПА-кичик гуруҳи беморларида назорат гуруҳининг I-кичик гуруҳи билан солиштирганда, биринчи текширувдан сўнг ЗХчк, ЯСХчк, ЯДХчк, ЯДХчб, A, LF, Tot QRS қийматларининг ишонарли ўсиши ва RMS-40 нинг пасайиши аниқланди. Беморларнинг ПА-кичик гуруҳида назорат гуруҳининг II-кичик гуруҳига нисбатан биринчи текширувдан сўнг ЯДХчк, ЯДХчб, VLF, LF, HF, Tot QRS, QTd қийматлари ишонарли ошди ва ЮИ, ЯСХчк, E, ҳамда E/A, SDNN, нисбати, LF/HF, RMS-40 нисбатида камайиш кузатилди. Бошқа ўрганилган кўрсаткичларда ишонарли ўзгариш аниқланмади.

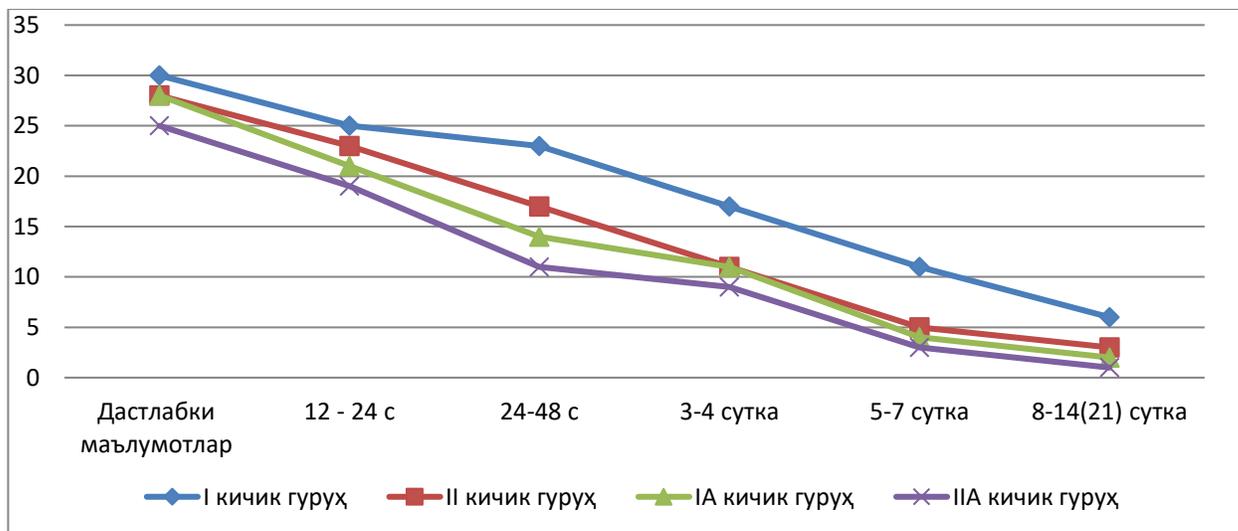
**IA ва II гуруҳи беморларида дастлабки текширувдан марказий ва юрак ичи гемодинамикаси ҳолати (M±m)**

Беморларнинг кичик гуруҳлари	Биринчи текширувдан сўнг				Касалхонадан чиқарилиш даврида			
	I кичик гуруҳ п = 30	II кичик гуруҳ п = 30	IA гуруҳ п = 45	II гуруҳ п = 45	I кичик гуруҳ п = 30	II кичик гуруҳ п = 30	IA гуруҳ п = 45	II гуруҳ п = 45
ЮИ, л*мин/м <sup>2</sup>	3,32± 0,09	3,45± 0,08*	3,16± 0,08* <sup>о</sup>	3,25± 0,09 <sup>о</sup>	3,39± 0,09	3,50± 0,06*	3,47± 0,08 <sup>#</sup>	3,31± 0,09 <sup>до</sup>
ЗХЧК,%	51,32± 1,67	62,31± 4,02*	50,96± 2,80 <sup>о</sup>	59,74± 1,92 <sup>л*</sup>	58,48± 1,18*	67,17± 1,43* <sup>#</sup>	58,97± 3,19 <sup>#</sup>	62,42± 1,64* <sup>до#</sup>
ЯСХЧК, мл/м <sup>2</sup>	34,58± 0,68	37,35± 0,75*	32,27± 0,91* <sup>о</sup>	35,82± 0,74 <sup>л*</sup>	36,89± 0,97 <sup>#</sup>	42,46± 0,89* <sup>#</sup>	35,32± 0,65* <sup>о#</sup>	41,78± 1,19 <sup>л*#</sup>
ЯДХЧК, мл/м <sup>2</sup>	84,76± 0,92	88,47± 1,26*	86,43± 1,07* <sup>о</sup>	91,18± 1,19 <sup>л*</sup>	83,87± 0,87	86,42± 1,18* <sup>#</sup>	84,39± 0,90 <sup>#</sup>	89,69± 0,97 <sup>л*о</sup>
ЯДХЧб, мл/м	21,46± 0,96	23,24± 0,94*	27,71± 0,82* <sup>о</sup>	29,65± 1,32 <sup>л*</sup>	21,45± 0,91	26,53± 1,32* <sup>#</sup>	30,23± 0,83* <sup>о#</sup>	31,85± 1,12 <sup>л*о#</sup>
Е, мс	0,63± 0,01	0,69± 0,02*	0,59± 0,02* <sup>о</sup>	0,62± 0,03 <sup>о</sup>	0,67± 0,03 <sup>#</sup>	0,68± 0,01	0,63± 0,02* <sup>о#</sup>	0,65± 0,03 <sup>о</sup>
А, мс	0,53± 0,03	0,61± 0,02*	0,57± 0,03* <sup>о</sup>	0,59± 0,02*	0,54± 0,04	0,62± 0,06*	0,58± 0,03	0,57± 0,02
Е/А	0,96± 0,03	1,3 0± 0,01*	0,92± 0,04 <sup>о</sup>	0,94± 0,06 <sup>о</sup>	1,16±	1,28± 0,01* <sup>#</sup>	1,20± 0,02* <sup>о#</sup>	1,25± 0,04 <sup>л*#</sup>
SDNN, мс	41,80± 6,48	56,50± 7,38*	38,14± 5,07 <sup>о</sup>	44,02± 9,04 <sup>о</sup>	59,80± 2,02 <sup>#</sup>	67,90± 3,65* <sup>#</sup>	47,18± 8,06* <sup>о</sup>	52,36± 6,31* <sup>о</sup>
VLF, мс <sup>2</sup>	232,00± 14,20	199,02± 12,60*	216,05± 19,01	231,72± 12,10 <sup>о</sup>	254,00± 9,50 <sup>#</sup>	242,3 0± 8,97*	298,41± 8,02* <sup>о#</sup>	261,07± 10,50 <sup>л*#</sup>
LF, мс <sup>2</sup>	179,00± 24,80	155,00± 18,50	264,11± 14,20* <sup>о</sup>	236,14± 21,70 <sup>л*</sup>	113,20± 11,20 <sup>#</sup>	200,04± 18,60* <sup>#</sup>	277,04± 19,74* <sup>о</sup>	243,11± 18,21 <sup>л*</sup>
HF, мс <sup>2</sup>	79,70± 5,78	67,70± 5,30*	89,20± 5,14* <sup>о</sup>	80,40± 6,07 <sup>до</sup>	85,50± 9,50	70,10± 5,81*	93,14± 3,20 <sup>о</sup>	81,15± 3,72 <sup>до</sup>
LF/HF, мс <sup>2</sup>	1,48± 0,38	1,84± 0,26	0,94± 0,23* <sup>о</sup>	1,08± 0,44 <sup>о</sup>	1,32± 0,41	3,44± 0,83* <sup>#</sup>	1,63± 0,48 <sup>о#</sup>	2,24± 0,35 <sup>л*о#</sup>
Tot QRS, мс	125,00± 4,06	126,23± 2,49	137,00± 3,11* <sup>о</sup>	131,06± 3,71 <sup>л*</sup>	111,09± 8,01 <sup>#</sup>	118,11± 2,10 <sup>#</sup>	124,02± 3,56* <sup>о*</sup>	120,79± 4,12* <sup>#</sup>
LAS-40, мс	45,40± 3,49	39,10± 2,98*	52,3 0± 2,31* <sup>о</sup>	48,29± 7,75	43,30± 4,22	36,12± 7,39	49,50± 4,87 <sup>о</sup>	37,85± 2,86 <sup>л*#</sup>
RMS-40, мкВ	26,50± 3,68	29,80± 2,47	17,89± 4,04* <sup>о</sup>	19,10± 3,57* <sup>о</sup>	38,75± 2,39*	41,20± 2,56*	29,73± 7,11* <sup>о*</sup>	32,18± 4,75* <sup>о*</sup>
QTd, мс	76,21± 7,23	68,53± 5,62	85,40± 3,82 <sup>о</sup>	77,80± 6,20 <sup>Ао</sup>	61,90± 8,72 <sup>#</sup>	48,80± 7,13* <sup>**</sup>	72,32± 4,13* <sup>о*</sup>	58,07± 5,93 <sup>Ао*</sup>

\*-p<0,05- гуруҳлар ичида фарқларнинг ишонарлилиги; °-p<0,05; <sup>А</sup>- p<0,01- I ва II кичик гуруҳ, IA ва II гуруҳлар орасидаги фарқларнинг ишонарлилиги; <sup>л</sup>- p<0,01 – дастлабки ва касалхонадан чиқиш орасидаги фарқ ишонарлилиги

Биринчи текширувдан сўнг IA ва II кичик гуруҳлари беморларида қоринчалар кечки потенциали, QTd > 80 мс и SDNN < 15 мс нинг аниқланиш частотаси келтирилган. Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, биринчи текширувдан сўнг II назорат кичик гуруҳига нисбатан IA кичик гуруҳидаги беморларда SDNN ва QTd > 80 мс ишонарли даражада тез-тез аниқланган. I-назорат кичик гуруҳидаги беморларда II-кичик гуруҳига нисбатан қоринчалар кечки потенциали ишонарли даражада тез-тез аниқланган. Бошқа ўрганилган кўрсаткичларда ишонарли фарқлар аниқланмаган.

IA и II-кичик гуруҳлари беморларида ЮРТ ҚЭ суткалик ЭКГ мониторинги асосида баҳоланди, шу билан бирга ҳар бир беморда мониторинги маълумотларини таҳлил ва тўғрилигини қиёслаш учун Холтер мониторингида нормативдаги 50 ёки ундан ортиқ қоринчалар экстрасистолиясидан фойдаланилган (ўртача 256±5 ҚЭ). Биринчи текширувдан сўнг IA и II кичик гуруҳлари беморларида ТСР ҳамда ТТ ва TS патологик қийматларини аниқлаш частотаси қуйидаги 6 жадвалда 1 расмда келтирилган. Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, IA кичик гуруҳидаги беморларда II кичик гуруҳи билан солиштирилганда биринчи текширувдан сўнг ТТ нинг ишонарли юқори қийматлари қайд этилди, улар мос равишда 0 (19%) ва 30,65 (16%) ушбу кичик гуруҳлар беморларида патологик (меъёр < 22,54%) сифатида баҳоланди, ушбу кичик гуруҳларнинг қолган беморларида эса ТТ қиймати 0% дан кам бўлган (2-расм).



**2- расм. Касалхона босқичида IA и II кичик гуруҳлари беморларида TO > 0% аниқланиш даражаси.**

Беморларнинг IA ва II-кичик гуруҳларининг барчасида беморларидаги TS қийматлари меъерий қийматлардан ошмади ва ишонарли фарқга эга бўлмади.

### Касалхона босқичида IA и ПА кичик гуруҳ беморларини даволаш.

IA ва ПА кичик гуруҳларининг барча беморларида ўткир коронар синдромини даволаш амалга оширилган, бу 2-бўлимда батафсил баён этилган. Касалхона босқичидаги IA ва ПА кичик гуруҳлари беморларида антиаритмик давонинг табиати 6-жадвалда келтирилган. Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, бета-блокаторлардан фойдаланишда энг яхши самарага эришилган. IA и ПА гуруҳларининг 7 нафар беморларидан мос равишда 4 (8,88%) ва 1 (2,22%) нафарида бета-блокаторларни, 2 тасида ПА гуруҳидан 2 (4,44%) тасида амиодаронга тайинлаш учун мутлақ қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, қолган беморларда эса – ножўя таъсирлар (гипотензия, аллергия реакциялар ва б.) бўлган ҳолатларда ишлатилган.

#### 6 - жадвал

### Биринчи кўрувда ва касалхонадан чиқариш вақтида IA ва ПА кичик гуруҳлари беморларида TSP қоринчалар тахикардияси (M±m)

Кўрсаткичлар	Биринчи кўрувдан сўнг		Касалхонадан чиқаришда сўнг	
	I кичик гуруҳ n = 30	II кичик гуруҳ n = 30	IA кичик гуруҳ n = 45	ПА кичик гуруҳ n = 45
TT, % (меъёр < 0%)	1,16±1,12	-3,41±0,94*	0,93±1,08	-2,14±0,32*#
TS, мс/RR (меъёр > 2,5 мс/RR)	19,46±3,64	22,73±2,61	21,45±4,06	18,04±3,27

\*-p<0,05- гуруҳлар ичида фарқларнинг ишонарлилиги; #-p<0,05- дастлабки ва касалхонадан чиқиш вақтидаги фарқларнинг ишонарлилиги.

#### 7-жадвал

### Касалхона босқичида IA ва ПА кичик гуруҳлари беморларида антиаритмик даво характери

Кўрсаткичлар	I кичик гуруҳ n = 30		II кичик гуруҳ n = 30		IA гуруҳ n = 45		ПА гуруҳ n = 45	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Метопролол	14	46,67	16	53,33	18	40,00	16	35,56
Атенолол	10	33,33	8	26,67	10	22,22	12	26,60
Бисопролол	6	20,0	6	20,0	8	17,78	10	22,22
Амиодарон					9	20,0	7	15,56

Қоринчалар экстрасистолияси динамикаси характери, ва қон айланиши етишмовчилигини қайд қилиш частотаси антиаритмик давони ўтказиш давомида IA ва ПА-кичик гуруҳлари беморларида касалхона босқичидаги кўрсаткичлари баён этилган (7-жадвал). Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, антиаритмик даво давомида касаллик бошланишидан биринчи 48 соат ичида ва касаллик бошланганидан 48 соат ўтгач, IA и ПА-кичик гуруҳлари беморларида ишонарли даражада тез-тез ўнг қоринчалар экстрасистолияси қайд этилган, шу билан бирга ишонарли даражада тез-тез полиморф ўнг қоринчалар экстрасистолияси ва ишонарли кам даражада – чап қоринчалар экстрасистолияси

қайд қилинган. Антиаритмик даво ўтказиш давомида дастлабки маълумотларга нисбатан (дастлабки 48 соат ичида) 48 соатдан кейин кўрсаткичларда ишонарли фарқлар аниқланмаган. Политоп қоринчалар экстрасистолияси дастлабки 48 соат ичида IA и ПА-кичик гуруҳлари беморларининг мос равишда 6 (11,29%) ва 5 (11,11%) нафар беморларида аниқланди ва 48 соатдан кейин касалхона босқичида у рўйхатга олинмади.

Олиб борлиётган даво фонидида ижобий таъсирга касаллик бошланганидан 24-48 соат ўтгач эришилди. Таъкидлаш жоизки, IA и ПА кичик гуруҳларининг мос равишда 33 (53,23%) ва 49 (69,01%) нафар беморларида касаллик бошланганидан бошлаб 3-4 сутка ичида ва кейинги кузатувда қоринчалар экстрасистолияси қайд этилмаган ёки соатига 1(2) ҚЭ дан ошмаган. Ушбу кичик гуруҳларнинг қолган беморларида қоринчалар экстрасистолиясининг соатига 5-10 гача пасайиши кузатилди (ўртача соатига  $7 \pm 1$  та), бу кузатувнинг касалхона босқичида сақланиб қолди.

Касалхона босқичида турғун бўлмаган полиморф ўнг қоринча тахикардияси (ўнгҚТ) IA и ПА-кичик гуруҳлар беморларининг мос равишда 9 (14,52%) ва 6 (8,45%) нафар беморларида, ушбу кичик гуруҳларнинг 3 (4,84%) ва 3 (4,23%) беморларида мос равишда - турғун бўлмаган мономорф чап қоринча тахикардияси қайд этилган, ушбу кичик гуруҳларнинг мос равишда 4 (6,45%) ва 2 (2,82%) нафар беморларида - бета-блокаторларнинг дозаларини ошириш билан тўхтатилган турғун бўлмаган полиморф чап қоринча тахикардияси (чап қоринча тахикардияси) қайд қилинган.

### **Касалхонадан чиқарилгандан сўнг IA и ПА кичик гуруҳ беморларини даволаш.**

Касалхонадан чиққандан кейин IA ва ПА-кичик гуруҳларининг барча беморларига турмуш тарзини модификациялаш (чекишни ташлаш, тана вазнини меъёрлаштириш, ўртача интенсивликдаги машқларни бажариш), антиагрегантлар, ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибиторлари, бета-адреноблокаторлар ёки амиодарон, статин дори воситалари билан даволаш ва коронар ангиография тавсия этилган. Барча беморлар ҳар ойда бир марта ЭКГ қилинган, камида 3-6 ойда бир марта – суткалик ЭКГ мониторинги ўтказилган. Қон босими ва қоринча қисқаришининг частотасини назорат қилиш беморлар томонидан мустақил равишда амалга оширилди .

IA ва ПА-кичик гуруҳлари беморларини касалхонадан чиққандан кейин даволаш 8-жадвалда келтирилган. Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, IA ва ПА-кичик гуруҳларининг барча беморлари касалхонадан чиққандан кейин ААД, бета-адреноблокаторларни ёки амиодаронни қабул қилишни давом эттирдилар, назорат гуруҳининг I ва II-кичик гуруҳлари – касалхонада бошланган бета-адреноблокаторларни қабул қилишни давом эттирдилар. Касалхонадан чиққандан кейин барча беморларга тавсия этилган статинларни IA ва ПА-кичик гуруҳларининг мос равишда 23 (20,32%) ва 22

(18,99%) нафар беморлари, шунингдек, I ва II-кичик гуруҳларнинг мос равишда 9 (15,14%) ва 10 (12,19%) нафар беморлари томонидан қабул қилинган.

## 8- жадвал

### Касалхонадан чиқарилгандан сўнг IA и IIА кичик гуруҳи беморларини даволаш

Кўрсаткичлар	I кичик гуруҳ n = 30		II кичик гуруҳ n=30		IA гуруҳ n = 45		IIА гуруҳ n = 45	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Метопролол	20	66,67	26	84,76	38	81,29	33	75,56
Атенолол	16	53,33	20	66,06	11	17,74	12	16,90
Пропранолол	18	60,0	18	60,0	8	12,90	9	12,68
Амиодарон					5	8,07	7	9,86
Статинлар	18	60,0	20	66,6	25	40,32	22	30,99

Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, касалхонадан чиққандан сўнг, IA ва IIА кичик гуруҳларининг мос равишда 2 (4,44%) ва 1 (2,22%) беморларида турғун чап қоринчалар тахикардияси кузатувнинг 3 ва 6 ойлик даврида қайд этилган (қоринчалар қисқариш частотаси 1 дақиқада ўртача сони мос равишда  $158 \pm 2$  ва  $140 \pm 3$ ), шунингдек назорат гуруҳининг I-кичик гуруҳининг 1 (3,33%) беморида, 1 ойлик кузатувда (1 дақиқада 137 қоринча қисқариши частотаси) ва қоринчалар фибриляцияси қайд қилинган. Бундан ташқари, турғун мономорф чап қоринча тахикардияси рўйхатга олиш (стенглашдан сўнг) миокард реваскуляризациясидан сўнг 5 нафар беморнинг 2 (40%) нафарида кузатилган.

Ҳаётга хавф солувчи қоринча аритмиялари кузатилган ААДВларини адекват ўтказилганда самара кузатилмаган, рецидивланувчи турғун ҚТ кузатилган 5 (4 та си IA а 1 таси IIА гуруҳдан) беморларда ЭФТ ва радиочастотали абляция амалга оширилди. 2 та (инфарктдан кейинги чап қоринча аневризмаси шаклланган ва чап қоринчанинг ҳайдаш фракцияси 35%дан кам) беморимизга кардиовертер-дефибриллятор имплантация қилинди.

Касалхонадан чиққандан сўнг, IA ва IIА кичик гуруҳларининг мос равишда 2 (3,23%) ва 3 (4,23%) беморида, шунингдек, I ва II-назорат гуруҳларининг 1 (2,63%) ва 1 (2,38%) нафар беморларида летал оқибатлар кузатилди. Бундан ташқари, IA ва IIА-кичик гуруҳларининг мос равишда 1 (1,61%) ва 2 (2,82%) беморларида, шунингдек назорат гуруҳининг I-кичик гуруҳининг 1 (2,63%) беморида қоринчалар фибриляцияси хужжатлаштирилган, қолган беморларда тўсатдан ўлим суд-тиббий экспертизасига мувофиқ аниқланди. Патолого-анатомик аутопсия маълумотларига кўра, ушбу беморларда 90% дан ортиқ 2 та коронар артериянинг ва 70% дан ортиқ 3 та коронар артерияларнинг стенозлари аниқланган.

Барча беморларга коронарография ўтказилди. Ўтказилган коронар ангиографияда IA ва IIА гуруҳларининг мос равишда 19 (30,65%) ва 13(18,31%) беморларида, шунингдек I ва II-кичик гуруҳларнинг мос равишда 11(29,73%) ва 7(16,67%) беморларида стенозлар > 70% аниқланган: 1та коронар артерияда-21(46,7%) IA гуруҳи беморларида, шунингдек 16(53,3%) ва 18 (60%) назорат гуруҳининг I ва II-кичик гуруҳларида мос равишда, 2 та коронар артерияларда шикастланиш - IA ва IIА гуруҳларнинг мос равишда 17 (37,8%) ва 15 (33,33%) беморларида, ўз навбатида, шунингдек, назорат гуруҳининг I кичик гуруҳининг 12 (40%) нафар беморида, 3 та ва ундан ортиқ коронар артерияларнинг стенози - IA ва IIА гуруҳларда мос равишда 7 (15,5%) ва 4 (8,88%) нафар беморларида, шунингдек назорат гуруҳларининг I ва II-кичик гуруҳларининг мос равишда 2 (6,67%) ва 2 (6,67%) нафар беморларида аниқланган. IA ва IIА-кичик гуруҳларининг ушбу беморлари, шунингдек назорат кичик гуруҳлари коронар артерияларнинг стентланиши амалга оширилди. 11 нафар беморга АКШ амалиёти тавсия этилди. 132 нафар беморларга дори қопламали стентлар имплантация қилинди ва 7 нафар беморларда КАГда гемодинамик аҳамиятли стенозлар аниқланмади (9-жадвал).

#### 9 – жадвал

#### Текширувга киритилган пациентларда КАГ маълумотлари

Кўрсаткичлар	I кичик гуруҳ n = 30		II кичик гуруҳ n = 30		IA гуруҳ n = 45		IIА гуруҳ n = 45	
	авс	%	авс	%	авс	%	авс	%
Коронарография	30	100	30	100	45	100	45	100
1 томирли шикастланиш	16	53,3	18	60	21	46,7	26	57,8
2 томирли шикастланиш	12	40	10	33,3	17	37,8	15	33,3
3 ва ундан куп томирли шикастланиш	2	6,67	2	6,67	7	15,5	4	8,88
TIMI 0	28	93,3	-	-	41	91,1	2	4,44
TIMI 1	2	6,67	2	6,67	2	4,44	5	11,1
TIMI 2	-	-	12	40	1	2,22	10	22,2
TIMI 3	-	-	16	53,3	1	2,22	26	57,7
Коронар артерияларни стентлаш	28	93,3	24	80	41	91,1	40	88,8
АКШ	2	6,67	2	6,67	4	8,9	3	6,67

Миокард реvascularизацияси қайта динамик текширувлар натижасида ҚХСҚА сонининг яққол камайишига, беморларнинг клиник ҳолатининг яхшиланишига олиб келди. Бундан куришиб турибдики, ЎКСли беморларда

ҲХСҚА аниқланса, ААДВ дарҳол буюриш (III синф ва бета – адреноблокаторларга кўпроқ тарафдорлик бор), коронарография натижаларига кўра реваскуляризация амалга ошириш лозим.

**Диссертациянинг “Ўткир миокард инфарктида шифохонада ва шифохонагача тромболитик терапия утказилган беморларда ҳаётга хавф солувчи аритмияларнинг тахлили” деб номланган 4 бобидан ўткир миокард инфарктида шифохонагача тромболитик терапиянинг аритмияларга таъсири кўриб чиқилган.** Миокарднинг шифохонагача ТЛТ қабул қилган беморларда ва касалхонада тромболитик даволашни қабул қилган беморларда аритмиялар пайдо бўлиши частотасини ўрганиш учун беморлар икки гуруҳга бўлинган. 1-гуруҳга 45 нафар касалхона шароитида тромболитик даво ва стандарт даво қабул қилган беморлар киритилди. 2-гуруҳга эса тез тиббий ёрдам шароитида стандарт даво ва тромболитик терапия олган 45 бемор кирди. Иккала гуруҳда ҳам ишонarli гендерли ва ёшида фарқлар бўлмаган. Биринчи беморлар гуруҳида 19 (44,5%) нафарини эркаклар, 26 (55,5%) нафарини аёллар, иккинчи гуруҳда эса эркаклар 25 (55,5%) киши, аёллар - 20 (44,5%) кишини,  $p > 0,05$  ташкил этган. Тадқиқотда ўткир коронар синдром, артериал гипертензия, қандли диабет, ностабил стенокардия, сурункали буйрак етишмовчилиги ва анамнезида чекиш тарихи частотасида гуруҳлар ўртасида ишонarli фарқлар бўлмаган. Барча беморларга стандарт даво (тромболитиклар, антикоагулянтлар, антиагрегантлар,  $\beta$ -адреноблокаторлар, АЎФ ингибиторлари, нитратлар, кўрсатмаларга мувофиқ антиаритмик, диуретик, вазопрессор дори воситалари буюрилган. Шифохонагача тромболитик терапияни стрептокиназа препарати билан (кўрсатмадаги схема билан) жиҳозланган тез тиббий ёрдам машиналарида (кардиомонитор, ЭКГ, дефибриллятор, портатив сунъий нафас аппарати) махсус тайёргарликдан ўтган кардиологлар томонидан амалга оширилди. Дастлабки уч кун ичида барча беморларда гемодинамик кўрсаткичлар мониторинги ва юрак ритм бузилишлари, юрак ритми вариабеллиги, қоринчалар кечки потенциаллари, Q-T дисперсия ва ритм турбулентлигини таҳлил қилиш учун бемор билан биринчи мулоқотдан бошлаб холтер усулида ЭКГ монитор қўлланилди. ЭКГ суткасига бир неча марта қайд қилинди. Ўткир коронар синдромнинг ферментатив ташхисоти тропонин миқдорини аниқлаш асосида амалга оширилди. Барча беморларда юрак функционал ҳолатини баҳолаш учун 2D эхокардиография бажарилди. Тадқиқотот усуллари дастлаб, касалхонадан чиқиш даврида ва 1 йилдан кейин амалга оширилди. Барча беморлар кейинчалик коронарография текшируви бажарилди ва тўлиқ реваскуляризация амалга оширилди. Ўтказилган реваскуляризация усуллари буйича иккала гуруҳларда фарқлар йўқ эди. Ўткир коронар синдромнинг кечки оқибатларини ўрганиш учун биз касалхонадан чиққандан кейин 1 йил давомида омон қолган беморларни кузатдик.

Тадқиқотимиз давомида иккала гуруҳда ҳам ўткир коронар синдромли беморларда тромболитик даволаш фонида ҳаёт учун хавфли аритмиялар (қоринча

тахикардияси (КТ), қоринча фибрилляцияси ҚФ) кузатилди. Бирламчи қоринчаларнинг фибрилляцияси биринчи гуруҳда 2 та (4,44%), иккинчи гуруҳда 3 та (6,66%) беморда кузатилди, ва барча ҳолатларда дефибрилляция килиниб ритм тикланди. Тургун қоринчалар тахикардияси биринчи гуруҳда 3 та (6,66% беморда, иккинчи гуруҳда 1 нафар (2,22%) беморларда учради ва зудлик билан электик кардиоверсия усулида тикланди. Нотурғун КТ эса шифохонада ТЛТ қилинган беморларнинг 5 тасида (11,11%), шифохонагача ТЛТ бажарилганларнинг 8 (17,77%) нафарида кузатилди. Тўлик АВ блокада биринчи гуруҳда 1 (2,22%) нафар беморларда, госпитал ТЛТ ўтказилган гуруҳда 3 нафар (6,66%) беморларда кузатилди. БФ эса биринчи гуруҳда 4 (8,88%) беморда, 2 гуруҳда 2 та (4,44%) беморда қайд этилди.

Шу билан бирга, шуни таъкидлаш жоизки, кардиоген шок (2.22% га қарши 11.11%,  $p < 0.001$ ), ўпка шиши (мос равишда 4.44 га қарши 11.11%,  $p < 0.001$ ), қайталанувчи миокард инфаркти (мос равишда 2.22% ва 6,66%  $p < 0,05$ ), бошқа цереброваскуляр (мос равишда 2,22% ва 6,66%  $p < 0,05$ ) каби асоратларни сезиларли даражада шифохонада ТЛТ гуруҳида кам учраган

Дастлабки лаборатор маълумотларни таққослаган ҳолда госпитал ва догоспитал ТЛТ бажарилган гуруҳларда КФК даражаси (мос равишда  $2180,28 \pm 731,04$  ва  $1016,49 \pm 2,88$ ),  $p < 0.05$ ) ва МВ-КФК ( $346,80 \pm 69,06$  ва  $146,13 \pm 14,07$ ),  $p < 0.01$ ), эҳтимол, миокарднинг кенг ҳажмли зарарланиши билан боғлиқ бўлган.

Ўлим билан яқунланган ҳолатларни таҳлил қилишда касалхона шароитида тромболитик даво қабул қилган беморларда ўлим ҳолати 2 та беморда (4,44%) ни ташкил этди ва касалхонагача ТЛТ бўлган гуруҳда 1 (2,22%) ни ташкил этди. Ўлим сабаби кардиоген шок ва қайталанувчи ҚФ бўлган.

Бир йил давомида текширилган беморларда ўлим кўрсаткичларида ишонарли фарқлар аниқланмади. Госпитал ва догоспитал ТЛТ бажарилган беморларда ўлим кўрсаткичлари 1 йил мобайнида ишонарли даражада фарқ қилмади. Бироқ шуни таъкидлаш керакки, текширув пайтида кузатувларда қоринча аритмиясининг частотаси (қоринча экстрасистолияси, пароксизмал қоринча тахикардияси) ўткир даврда қоринча аритмияси билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморлар гуруҳида кўпроқ учрайди. Шунинг учун миокард инфарктидан кейин касалликнинг ўткир босқичида қоринча аритмияси бўлган беморларда тўсатдан ўлим хавфи юқори бўлади ва бу беморлар узоқ вақт назоратда бўлиши лозим.

## ХУЛОСАЛАР

1. Ҳаётга хавф солувчи аритмиялар билан асоратланган миокард инфаркти гуруҳида юрак ритми вариабеллиги кўрсаткичларинининг ўзгариши юракни автоном бошқарилишида дисбалансни ва симпатик фаоллигининг ўсишини ишончли тарзда акс эттиради. Ҳавфли қоринча аритмиялари кузатилган миокард инфаркти гуруҳида юрак ритм вариабеллиги кўрсаткичи SDNN, LF, VF нинг пасайиши, Tot QRS, QTd қийматлари ишонарли ошиши кузатилди.

2. Ҳаёт учун хавфли қоринча аритмиялари кузатилган миокард инфаркти билан касалланган беморларда QTd>80 мс, қоринчалар кечки потенциали мавжудлиги, SDNN <50 мс холатлари аниқланиши, шу билан бир қаторда ЧҚ ЯДҲ ошиши ва унинг ҲФ нинг камайиши кузатилиши хавфли қоринча аритмияларининг ривожланиши учун муҳим эрта белгилари бўлиб хизмат қилиши мумкин.

3. ST элевацияли ўткир миокард инфаркти ва хавфли аритмиялар кузатилган беморларда чап қоринчанинг функционал кўрсаткичларининг яққол издан чиқиши (яъни ҳажм кўрсаткичларини ошиши ва унинг систолик, диастолик фаолиятининг бузилиши) билан бир қаторда ЮРВ кўрсаткичларининг камайиши, QTd > 80 қоринчалар кечки потенциали аниқлаш частотасида ишонарли ошиши, ТО нинг ишонарли юқори ва TS нинг ишонарли паст қийматлари қайд этилиши билан бирга келади.

4. Шифохонагача ТЛТ шифохонада ТЛТга нисбатан бўлмача фибрилляциясининг (мос равишда 4,44% ва 8,88%, p<0.05), АВ блокада, айниқса унинг III-синфи (2.22% га қарши 4.66%, p<0.05), кардиоген шок (2.22% га қарши 11.11%, p<0.001), ўпка шиши (мос равишда 4.44 га қарши 11.11%, p<0.001), қайталанувчи миокард инфаркти (мос равишда 2.22% ва 6,66% p<0,05), бошқа цереброваскуляр (мос равишда 2,22% ва 6,66% p<0,05) каби асоратларни сезиларли даражада камайтирди. Шифохонагача ТЛТ чап қоринчанинг систолик ва диастолик фаолияти кўрсаткичларининг яққол издан чиқишини олдини олади.

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

---

**БУХАРСКИЙ ФИЛИАЛ РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА  
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**БАБАЕВА МАКСУДА МУИДИНОВНА**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ  
КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ОСЛОЖНЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ  
СЕРДЕЧНОГО РИТМА**

**14.00.40- Экстренная медицина**

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

**ТАШКЕНТ-2025**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за номером № В2019.3.PhD/Tib1058.**

Диссертация выполнена в Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.emerg-centre.uz](http://www.emerg-centre.uz)) и Информационно-образовательного портала «ZiyoNet» ([www.ziyo.net](http://www.ziyo.net)).

<b>Научный руководитель:</b>	<b>Кенжаев Мажид Латипович</b> доктор медицинских наук
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Мухамедова Барно Фархадовна</b> доктор медицинских наук <b>Гадаев Абдигаффор Гадаевич</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Ведущая организация:</b>	<b>Кыргызская Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева</b> (Республика Кыргызстан).

Защита состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 при Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (Адрес: 100115, Ташкент, Чиланзарский район, Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 1504600; факс: (+99878) 1504605; e-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru)).

С диссертацией можно ознакомиться в информационно-ресурсном центре Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (зарегистрирована за №\_\_). Адрес: 100115, Ташкент, Чиланзарский район, ул. Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 1504600; факс: (+99878) 1504605.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 года.  
(реестр протокола рассылки №\_\_ от \_\_\_\_\_ 2025 года).

**А.М. Хаджибаев**  
Председатель Научного совета  
по присуждению ученых степеней,  
доктор медицинских наук, профессор

**Х.Э. Анваров**  
Ученый секретарь Научного совета  
по присуждению ученых степеней,  
доктор философии по медицинским наукам,  
старший научный сотрудник

**Б.К. Алтиев**  
Председатель Научного семинара при  
Научном совете по присуждению ученых степеней,  
доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD)).**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Смертность и инвалидность от острого инфаркта миокарда и его осложнений по-прежнему высоки в мире. Желудочковая тахикардия (ЖТ) и фибрилляция желудочков (ФЖ) являются фатальными аритмиями и являются основными осложнениями острого инфаркта миокарда (ОИМ). В большинстве случаев интервал ЖТ/ФЖ у пациентов с ОИМ происходит в течение 48 часов после появления симптомов ОИМ. Несколько предыдущих исследований показали, что интервал ЖТ/ФЖ связано с неблагоприятным исходом в стационаре и отдаленными последствиями независимо от времени его возникновения (т.е. через 48 часов или >48 часов после появления симптома).

По сведениям мировых источников, желудочковые аритмии составляют до 6,9% осложнений при ОИМ, желудочковая тахикардия наблюдается в 1,8% случаев, а доля ФЖ – составляет 5,1%. Ранняя реваскуляризация может значительно улучшить прогноз у пациентов с ОИМ. Тем не менее, ЖТ все еще может возникнуть из-за реперфузионного повреждения миокарда или реперфузионного отказа. Таким образом, ранняя оценка риска ЖА у пациентов с ОИМ может помочь клиницистам принять активные профилактические и терапевтические меры, тем самым снижая риск внутрибольничной смертности и улучшая прогноз<sup>3</sup>.

В нашей стране, как и в других развитых странах, проблема лечения острого коронарного синдрома считается актуальной. Прежде всего, это связано с тем, что в стране отсутствует возможность достоверной систематизации знаний об уровне современного лечения острого коронарного синдрома. В условиях Узбекистана не проводилось специально организованных многоцентровых исследований, посвященных этой проблеме и ее решению. Таким образом, на сегодняшний день в нашей стране сформировалась необходимость создания специальных программ эпидемиологического учета (регистров) острого коронарного синдрома, учитывающих подходы к лечению, проявления фармакотерапии и ее результаты у большого числа больных. Следует отметить повышенный интерес к проведению исследований с целью поиска решения существующих проблем, связанных с острым коронарным синдромом.

Данная работа в определенной мере способствует выполнению задач, предусмотренных Указами Президента Республики Узбекистан №УП-60 от 28 января 2022 года «О стратегии развития нового Узбекистана на 2022-2026 годы»<sup>4</sup> и № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «Внедрение принципиально новых механизмов в деятельность первичной медико-санитарной помощи» и других

---

<sup>3</sup> Avezum et al. "Magnitude and prognosis associated with ventricular arrhythmias in patients hospitalized with acute coronary syndromes (from the GRACE Registry)." *The American Journal of Cardiology*. Vol. 102,12 (2008): 1577-82. doi:10.1016/j.amjcard.2008.08.009

<sup>4</sup> Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О стратегии развития нового Узбекистана на 2022-2026 годы»

нормативно-правовых документов, являющихся непосредственной базой для диссертационных исследований.

**Соответствие исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Данное диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Т. Luyis (1909) было обнаружено, что у собак возникает приступ желудочковой тахикардии при перевязке коронарной артерии. В 1912 году А. Hoffman первым зарегистрировал электрокардиограмму у пациента в период перехода желудочковой тахикардии в фибрилляцию. Первое описание ЖФ было дано J.Erichsen в 1842 г. В 1921 году G. Robinson и G. Herman записал первую ЭКГ, на которой наблюдалась желудочковая тахикардия у больного острым инфарктом миокарда. В 1939 году Н.Л. Гурвич создал первый дефибриллятор постоянного тока и разработал теоретические основы дефибрилляции сердца. В 1956 году А.А. Вишневецкий, Б.М. Цукерман распространил метод ЭИТ на тяжелые наджелудочковые аритмии. Дядык А. И., Багрий А.Е. и соавт. изучен патогенез желудочковых аритмий при остром инфаркте миокарда. Согласно результатам исследования GUSTO-III trial, проведенного Al-Khatib S.M., Stebbins A.L и др., важными независимыми предикторами ФЖ в больнице являются: более высокий класс Killip, более низкое систолическое артериальное давление, предшествующее внутривенное введение лидокаина, более короткое время до тромболизиса и применение бета-блокаторов менее чем за 2 недели до госпитализации; независимыми предикторами внутрибольничного интервала ЖТ были более низкое исходное систолическое артериальное давление, предшествующее внутривенное применение лидокаина перед госпитализацией, более высокий класс Killip, более высокая частота сердечных сокращений и пожилой возраст. 30 дневная смертность составила 31% у пациентов с ФЖ, 24% у пациентов с ЖТ, 44% у пациентов с обоими и 6% у пациентов без ТЖ ( $p=0.001$ ).

Farrellda T.G. и другие ученые сообщили, что низкие значения ВРС у пациентов после ОИМ являются предикторами внезапной коронарной смерти и аритмических событий.

По мнению авторов, относительный риск внезапной смерти был в семь раз выше у постинфарктных больных с низкими показателями ВРС и было обнаружено, что ВРС значимо связано с последующими аритмическими событиями, и был сделан вывод, что она является независимым предиктором внезапной аритмической смерти по сравнению с другими прогностическими факторами (ChF HF и  $\beta$ ).

В нашей стране ряд ученых провели научные исследования нарушений сердечного ритма, в том числе, в научных работах Курбанова Р.Д., Аминова А.А. отмечается, что снижение смертности и аритмий при одновременном применении ТЛТ и бета-адреноблокаторов связано с ограничением зоны ИМ и

быстрым восстановлением ее функции. В исследованиях Якубовой Е.Ф. пероральная форма Аллапинина при применении в суточной дозе 75-100 мг с профилактической целью у больных в остром периоде инфаркта миокарда снижает общее количество ЖА и часы их регистрации, проявляет целенаправленную активность в отношении высокого уровня ЖА, предотвращая пароксизмы желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков. Кенжаев М.Л., Хаитов С.Ш. в научном исследовании доказали, применение кверцетина при первичной ангиопластике у больных с острым коронарным синдромом существенно снижает электрическую стабильность миокарда и наблюдает реперфузионные желудочковые аритмии. Кенжаев С.Р. в своих исследованиях доказал, что применение догоспитального тромболизиса, тромболизиса, когда первичный ЧКВ невозможен в течение первого часа, позволяет предотвратить осложнение инфаркта миокарда, сократить сутки госпитализации и снизить уровень смертности, и в результате этого приводит к в результате чего это приводит к уменьшению расходов.

Однако на территории нашей Республики ранее не проводились масштабные исследования по совершенствованию ведения больных с острыми коронарными синдромами, осложненными нарушениями сердечного ритма, ишемическими и реперфузионными аритмиями, разработке комплексных эффективных способов реперфузии при аритмиях.

**Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научного учреждения:** Диссертационное исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работы № ИЗ-2016–0907200406 на тему «Внедрение алгоритмов прогнозирования дезадаптивного ремоделирования левого желудочка при остром инфаркте миокарда», проводимой в Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (2017–2018 гг.).

**Целью исследования** явилась оптимизация лечения путем разработки дифференцированного подхода в оценке центральной и внутрисердечной гемодинамики, вариабельности сердечного ритма, поздних желудочковых потенциалов, предикторов опасных желудочковых аритмий у больных с острым коронарным синдромом, разработке дифференцированного подхода и оптимизации лечения.

**Задачи исследования:**

оценить вариабельность сердечного ритма, вегетативную хронотропную функцию и определить аритмическую активность миокарда у больных острым коронарным синдромом на этапах лечения;

определить важные предикторы развития злокачественных желудочковых аритмий у больных с острым коронарным синдромом;

изучение ранних диагностических признаков дисфункции левого желудочка, оценка аритмической активности сердца у больных острым коронарным синдромом;

оценка нарушений сердечного ритма, осложнений заболевания, центральной и внутрисердечной гемодинамики при остром коронарном синдроме.

**Объект исследования** послужили 150 пациентов с острым коронарным синдромом в возрасте 45-75 лет. Из них у 90 был острый коронарный синдром, осложненный желудочковой экстрасистолией I-IV классов.

**Предметом исследования** явились результаты холтеровского мониторинга сердечного ритма и электрокардиографии, результаты исследования интервенционной лаборатории, определение эхокардиографических показателей систолической и диастолической функции ЛЖ.

**Методы исследования:** были использованы такие методы, как оценка клинических случаев, электрокардиография, эхокардиография, доплер-эхокардиография, коронарография, лабораторные исследования сердечного ритма по Холтеру и статистические методы.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

было показано, что вариабельность сердечного ритма, поздние потенциалы желудочков, дисперсия интервала QT и турбулентность сердечного ритма являются чувствительными и опасными для жизни факторами у пациентов с острым коронарным синдромом;

доказана высокая специфичность предикторов развития опасных желудочковых аритмий у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST;

обоснована значимость дисфункции левого желудочка и поражения коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом, а также аритмических сердечных осложнений;

доказана эффективность предложенного алгоритма профилактики осложнений госпитальной и догоспитальной тромболитической терапии при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST, в том числе, нарушений ритма сердца и изменений центральной и внутрисердечной гемодинамики,.

**Практическая значимость** заключается в следующем:

доказано положительное влияние ранней догоспитальной тромболитической терапии у больных с острым коронарным синдромом и подъемом сегмента ST на центральную гемодинамику и снижение частоты возникновения желудочковых аритмий и фибрилляции желудочков;

обосновано значительное снижение частоты кардиогенного шока, отека легких, повторного инфаркта миокарда, нарушений ритма и проводимости сердца, а также летальности при применении предложенного алгоритма профилактики осложнений реваскуляризацией миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом и подъемом сегмента ST;

Было показано, что внутривенная смертность у пациентов с реперфузионной фибрилляцией желудочков значительно ниже у пациентов, перенесших внутривенную реваскуляризацию миокарда, по сравнению с

пациентами, перенесшими раннюю догоспитальную реваскуляризацию миокарда.

**Достоверность результатов исследования:** на основании того, что в исследовании использованы современные клинические, биохимические, инструментальные, медико-социальные и статистические методы, достаточное количество клинических материалов, теоретическое и практическое подтверждение полученных результатов, их достоверность по сравнению с данными местных и зарубежными исследователями, обоснованность полученных выводов, а также подтверждение соответствующими организациями.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Научная значимость результатов исследования заключается в том, что вариабельность сердечного ритма достоверно отражает снижение парасимпатической вегетативной нервной системы и повышение симпатической активности в группе осложненного инфаркта миокарда без признаков реперфузии. Повышение активности симпатической нервной системы связано с наличием клинических симптомов сердечной недостаточности. Установлено, что значимой корреляции между изучаемыми электрокардиографическими показателями и наличием систолической дисфункции в остром периоде инфаркта миокарда нет. Но предикторами опасной для жизни ЖА являются QT d>80 мс, желудочковый поздний потенциал, SDNN <15 мс. Подтверждено, что повышение КДО ЛЖ и снижение HF также являются предикторами риска ЖА. Подтверждено, что у больных, получивших ТЛТ догоспитальном этапе, по сравнению с пациентами, получавшими внутригоспитальную тромболитическую реваскуляризационную терапию миокарда достоверно меньшая частота развития фибрилляции предсердий, АВ-блокады, особенно III класса, кардиогенного шока, отека легких, повторного миокард инфаркта и цереброваскулярных осложнений.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что, учитывая высокий риск развития стабильной желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, осложненным желудочковой экстрасистолией, подтверждается необходимость своевременного выявления предикторов жизнеугрожающих аритмий и начать немедленное лечебно-профилактических мероприятий. Подтверждено, что догоспитальная тромболитическая терапия у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом ST, когда неотложная ЧКВ невозможна, снижает частоту трепетания желудочков, повторного инфаркта миокарда, сердечных аритмий, нарушений проводимости и смертности по сравнению с пациентами, перенесшими госпитальное реваскуляризация миокарда.

**Внедрение результатов исследования:** Согласно заключению о применении результатов научно-исследовательской работы на практике,

выданному на основании протокола заседания № 11 от 15.01.2025 г. Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

*первая научная новизна:* было показано, что вариабельность сердечного ритма, поздние потенциалы желудочков, дисперсия интервала QT и турбулентность сердечного ритма являются чувствительными опасными для жизни факторами у пациентов с острым коронарным синдромом и позволили реализовать раннюю диагностику и создать алгоритм ранней профилактики. *Социальная эффективность* научных инноваций состоит из: Полученная информация позволит проводить раннюю диагностику и улучшить прогноз исхода заболевания, что поможет врачу-кардиологу составить заключение о целесообразности лечения больных с острым коронарным синдромом, осложненным нарушениями ритма сердца. Кроме того, результаты исследования позволят предотвратить развитие осложнений и тем самым улучшить качество жизни пациентов. *Экономическая эффективность* научной инновации складывается из того, что разработанные методические рекомендации по совершенствованию методов изучения и анализа медико-социальных аспектов течения острого коронарного синдрома у лиц молодого возраста, оценки состояния заболевания и назначения адекватного лечения данной категории больных позволят достичь социальной и экономической эффективности за счет экономии 200 000 сум; *заключение:* за исследуемый период (2018-2021 гг.) применение ранней догоспитальной реваскуляризации миокарда у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST оказало положительное влияние на центральную гемодинамику и снизило частоту фибрилляции желудочков при ОКС с 7,2% до 2,4%, что частота желудочковой тахикардии практически не изменилась за исследуемый период и составила 1,6% (2,0%). В целом частота желудочковых аритмий при ОКС снизилась с 9,2% до 4,4% за исследуемый период.

*вторая научная новизна:* на большой базе данных пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST доказана специфичность важных предикторов развития опасных желудочковых аритмий; *социальная эффективность* научной разработки заключается в том, что она позволяет широко внедрить ее в клиническую практику для первичной и вторичной профилактики течения острого коронарного синдрома, осложненного нарушениями ритма сердца, и его осложнений. *Экономическая эффективность* научных инноваций заключается в следующем: усовершенствование и внедрение в терапевтическую практику тромболитической терапии при остром коронарном синдроме, осложненном фатальными аритмиями, позволило сэкономить 147 тыс. сумов на стационарном лечении одного пациента. *Заключение:* Течение заболевания у больных с вторичной фибрилляцией желудочков значительно хуже, чем у больных первой группы. У пациентов, перенесших раннюю догоспитальную реваскуляризацию миокарда, в течение периода исследования значительно снизилась частота кардиогенного шока, отека легких, повторного

инфаркта миокарда, нарушений сердечного ритма и проводимости, а также смертности.

*третья научная новизна:* Обоснована значимость дисфункции левого желудочка и поражения коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом, а также аритмических сердечных осложнений. *Социальная эффективность* научной инновации заключается в следующем: результаты исследования предупреждают развитие аритмических осложнений и улучшают качество жизни пациентов, а также позволили сформировать диагностический алгоритм острого коронарного синдрома, сократив сроки диагностики заболевания. *Экономическая эффективность* научной инновации заключается в том, что разработанные методические рекомендации по усовершенствованию методов изучения и анализа медико-социальных аспектов тромболитической терапии у больных острым коронарным синдромом, осложненным только аритмиями, позволили достичь социальной и экономической эффективности за счет экономии ста сорока семи тысяч сумов на оценке состояния заболевания и назначении правильного лечения данной категории больных. *Заключение:* Внутрибольничная смертность у пациентов с реперфузионной фибрилляцией желудочков была значительно ниже у пациентов, перенесших внутрибольничную реваскуляризацию миокарда, по сравнению с пациентами, перенесшими раннюю догоспитальную реваскуляризацию миокарда.

*четвертая научная новизна:* Предложенный алгоритм профилактики осложнений госпитальной и догоспитальной тромболитической терапии при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST, таких как нарушения ритма сердца и изменения центральной и внутрисердечной гемодинамики, доказал свою эффективность. *Социальная эффективность* научной новизны заключается в следующем: Внутрибольничная летальность у пациентов с реперфузионной фибрилляцией желудочков была значительно ниже у пациентов, перенесших внутрибольничную реваскуляризацию миокарда, по сравнению с пациентами, перенесшими раннюю догоспитальную реваскуляризацию миокарда. Результаты исследования рекомендуются для использования в кардиологии, интенсивной терапии и медицине неотложных состояний и обосновываются тем, что применение догоспитальной ТЛТ при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST позволяет снизить частоту различных аритмических осложнений и повысить эффективность процесса реперфузии, тем самым повышая ценность тромболитической терапии в лечении больных с острым коронарным синдромом, осложненным нарушениями ритма сердца, в профилактике осложнений заболевания. *Экономическая эффективность* научной инновации заключается в следующем: в результате изучения и оценки сравнительной эффективности тромболитической терапии у каждого пациента с использованием теста при использовании его в условиях скорой помощи снизилась летальность у пациентов, сократились жизнеугрожающие аритмии, достигнуто более быстрое восстановление

трудоспособности, что позволило сэкономить средства государственного бюджета. *Заключение:* течение заболевания у больных с желудочковой тахикардией было значительно хуже, чем у больных без желудочковой тахикардии. Доказано, что во время лечения в больнице часто возникают желудочковая тахикардия, отек легких, повторный инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма и проводимости, а также смерть.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 4-х международных научно-практических конференциях.

**Опубликованность результатов исследования.** Всего по теме диссертации опубликовано 12 научных работ, из них 6 статей в научных изданиях, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан к публикации основных научных результатов диссертаций, в том числе 3 в республиканских и 3 в зарубежных журналах.

**Структура и объем диссертации.** Содержание диссертации состоит из введения, трех глав, списка использованной литературы. Объем диссертации составил 127 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

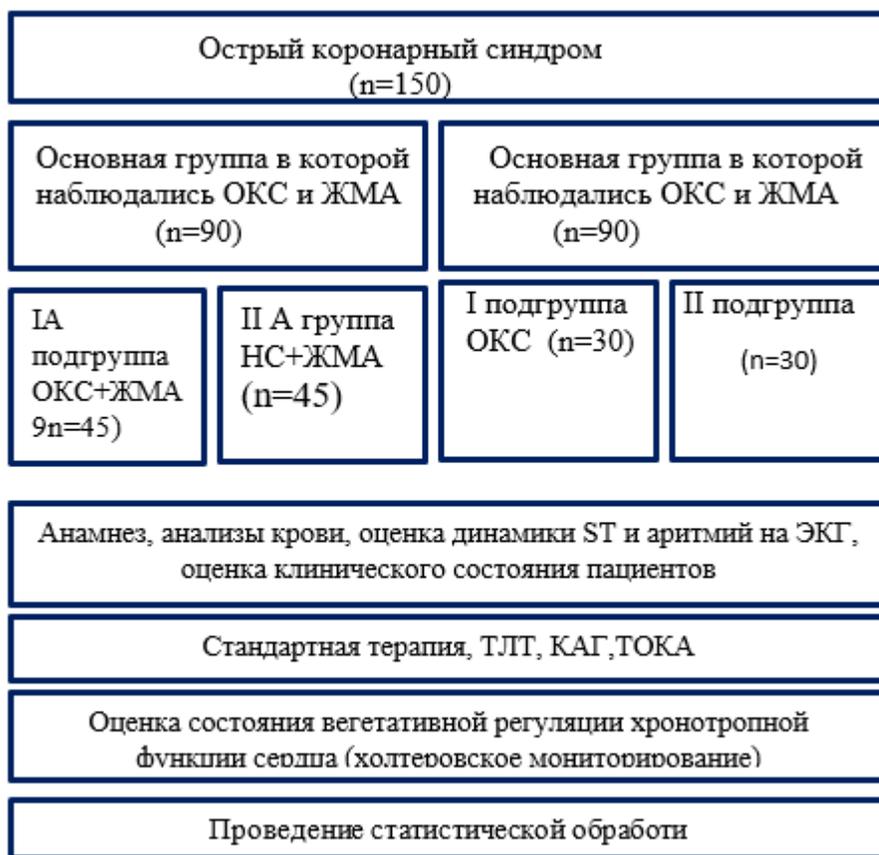
**Введение** посвящено обоснованию актуальности и необходимости проведенного исследования, описанию цели и задач, объектов и предметов исследования, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий Республики. Описаны научная новизна и практические результаты исследования, раскрыта научная и практическая значимость полученных результатов, представлены сведения о внедрении результатов исследования в практику, опубликованные работы и структура диссертации.

Первая глава диссертации под названием **«Современное состояние проблемы опасных нарушений ритма сердца при остром коронарном синдроме»** полностью описывает современное состояние проблемы нарушений сердечного ритма при ОКС. На основе обзора исследований представлены патогенез ОКС, важные аспекты классификации, эпидемиология опасных аритмий, принципы патогенеза и лечения, оптимальные условия появления симптомов. Также в данной главе раскрыты предикторы развития опасных для жизни желудочковых аритмий у больных с острым коронарным синдромом, особенности реперфузии в лечении опасных аритмий. На основе информации отечественных и зарубежных исследователей обсуждены вопросы опасных аритмий при остром коронарном синдроме.

Вторая глава диссертации под названием **«Клиническая характеристика и методы исследования больных острым коронарным синдромом, осложненным опасными нарушениями сердечного ритма»** посвящена материалам и методам исследования.

Исследование проведено на основе исследований, проведенных в отделении кардиологии, кардиореанимации Бухарского филиала Республиканского

научного центра скорой медицинской помощи в 2019-2023 годах, у 150 пациентов диагнозом «острый коронарный синдром» на основании проспективного анализа. Диагноз ОКСэСТ назначался всем пациентам на основании критериев рекомендаций ЕОК 2017 года. У 75 из этих больных наблюдалась трансформация ОКСэСТ в НС, а у 75 — трансформация в ИМ. В контрольной группе, 60 больных ОКС (средний возраст  $65,90 \pm 0,67$ ) не наблюдалось опасных желудочковых аритмий, а в основную группу включены 90 (50%) пациентов с осложненным развитием желудочковой экстрасистолии III-IV класса (В. Лоун и М. Вольф, по 1976 г.) острого коронарного синдрома со средним возрастом  $63,20 \pm 0,8$ . На рис. 1 представлен дизайн исследования.



**Рисунок 1. Дизайн исследования**

В свою очередь, эти группы делятся на 2 группы:

- Группа IA - группа больных острым инфарктом миокарда с опасными желудочковыми аритмиями (n=45);
- Группа II A - группа больных нестабильной стенокардией с опасными желудочковыми аритмиями (n=45);
- I подгруппа - группа больных острым инфарктом миокарда без опасных желудочковых аритмий (n=30);
- II подгруппа - группа больных с диагнозом нестабильная стенокардия без опасных желудочковых аритмий (n=30).

Эти подгруппы достоверно, резко не отличались друг от друга по возрасту, полу, длительности заболевания, наличию факторов риска, наличию сопутствующих состояний и полученной базисной терапии.

**Таблица 1.**

**Препараты, принимаемые больными (n=150)**

Показатели	IA группа n = 45 ОЖА+ОИМ		IB группа n = 45 ОЖА+НС		IIA группа n = 30 ОИМ		IIB группа n = 30 НС	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Стрептокиназа	45	100	45	100	30	100	30	100
Гепарин	45	100	45	100	30	100	30	100
Аспирин	45	100	45	100	30	100	30	100
Клопидогрел	43	95,6	42	93,3	28	93,3	27	90,0
Брилинта	2	4,4	3	6,67	2	6,67	3	10
Аторвастатин	42	93,3	43	95,6	27	90	27	90
Розувастатин	3	6,67	2	4,5	3	10	3	10
Наркотик анальгетик	45	100	45	100	30	100	30	100
Изосорбит динитрат	38	84,4	40	88,9	25	83,3	24	80
Бисопролол	33	73,3	30	66,7	23	76,7	22	73,3
Эналаприл	40	88,9	41	91,1	25	83,3	27	90
Лозартан	5	11,1	4	8,89	5	16,7	3	10
Верошпирон	42	93,3	37	82,2	27	90	25	83,3
Дофамин	4	8,89	1	2,22	2	6,67	0	0
Добутамин	2	4,44	0	0	1	3,33	0	0
Фуросемид	25	55,6	23	51,1	20	66,7	10	33,3
Кордарон	45	100	45	100	0	0	0	0
Аллапинин	1	2,22	3	6,67	0	0	0	0
Лидокаин	15	33,3	12	26,7	0	0	0	0
Коллоидные растворы	4	8,89	1	2,22	2	6,67	3	10
ГИК+магний сульфат растворы	40	88,9	42	93,3	22	73,3	24	80

Пациенты, соответствующие критериям включения и не имевшие критериев исключения, были одновременно клинически обследованы в течение первых 3 дней от начала острого коронарного синдрома. Обследование включало: клиническую оценку состояния, подтверждение острого коронарного синдрома по ЭКГ или кардиоспецифическим признакам, ЭхоКГ, мониторинг сердечного ритма по методу Холтера, коронарографию.

Всем пациентам, включенным в исследование, проводилась реперфузионная терапия. Пациенты получали терапию на основе рекомендаций ЕОК 2017 по лечению ИМЭСТ. В качестве базисной терапии получали антикоагулянты, двойную антиагрегантную терапию, статины, бета-адреноблокаторы,

ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, наркотические анальгетики, нитраты, кордаромон, лидокаин, глюкозо-калий-магниеую смесь и др.

Тромболитическую терапию проводили в течение 10 минут при отсутствии противопоказаний и возможности скорейшего (менее 120 минут после первого контакта с медицинским персоналом) проведения первичную ЧКВ. После неудачного тромболизиса в течение 3 часов спасительная ЧКВ была проведена у 3 (2%) пациентов, а отложенная ЧКВ после тромболизиса, была проведена у 138 (92%) пациентов до окончания периода госпитализации. Процедура ЧКВ выполнялась путем стентирования для устранения в коронарной артерии, связанной с инфарктом, и в других значительных стенозов коронарных бассейнах. Всем пациентам были установлены стенты с лекарственным покрытием. У 9 пациентов (6%) была рекомендована АКШ и через 2 мес эта процедура была проведена на фоне терапии (табл. 1).

Тромболитическую терапию проводили в течение 10 минут при отсутствии противопоказаний и возможности скорейшего (менее 120 минут после первого контакта с медицинским персоналом) проведения первичную ЧКВ. После неудачного тромболизиса в течение 3 часов спасительная ЧКВ была проведена у 3 (2%) пациентов, а отложенная ЧКВ после тромболизиса, была проведена у 138 (92%) пациентов до окончания периода госпитализации. Процедура ЧКВ выполнялась путем стентирования для устранения в коронарной артерии, связанной с инфарктом, и в других значительных стенозов коронарных бассейнах. Всем пациентам были установлены стенты с лекарственным покрытием. У 9 пациентов (6%) была рекомендована АКШ и через 2 мес эта процедура была проведена на фоне терапии (табл. 2).

**Таблица 2.**

**Виды реперфузии, выполненные у обследованных больных  
(n=150)**

Показатели	IA группа n = 45 ОЖА+ОИМ		IB группа n = 45 ОЖА+НС		IIA группа n = 30 ОИМ		IIB группа n = 30 НС	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ТЛТ	45	100	45	100	30	100	30	100
Спасат ЧКВ	2	4,44	0	0	1	3,33	0	0
Отлож ЧКВ	39	86,7	44	97,8	27	90	28	93,33
<b>АКШ</b>	4	8,89	1	2,2	2	6,67	2	6,67

Коронарография проводилась всем пациентам, включенным в исследование. Статистическая обработка полученных данных STATISTICA 6.0; BIOSTAT; Это было сделано с использованием программного пакета Microsoft Excel XR.

В третьей главе диссертационной работы под названием «**Прогнозирование и эффективность лечения нарушений ритма сердца у больных острым**

**коронарным синдромом»** представлены результаты собственных исследований.

Прогноз развития опасной желудочковой аритмии выполнен на основании проспективного наблюдения за 150 пациентами с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST.

Группа больных ОКС с опасными желудочковыми аритмиями (n=90) была разделена на две группы с учетом трансформации заболевания: группа IA — 45 (30%) больных инфарктом миокарда, группа IIА — 45 (30%) больных нестабильной стенокардией. Контрольную группу составили 60 (40%) пациентов с острым коронарным синдромом без опасных нарушений сердечного ритма. В свою очередь, эту группу также разделяют на две подгруппы с учетом трансформации заболевания: В I подгруппу вошли 30 (20%) больных с острым инфарктом миокарда, во II подгруппу — 30 (20%) больных с нестабильной стенокардией. Общая характеристика, характер и объем лечения обследованных больных острым коронарным синдромом представлены в разделе 2.1. У 90 (60%) больных острый коронарный синдром осложнился развитием желудочковой экстрасистолии I-IV классов. В их состав вошли 37 (41,11%) женщин в возрасте от 45 до 73 лет (средний возраст  $65,90 \pm 0,67$  года) и 53 (58,89) мужчин в возрасте от 35 до 73 лет (средний возраст  $63,20 \pm 0,84$ ). У 75 (83,33%) больных в анамнезе была стенокардия I-III, у 33 (36,67%) больных - ИМ, хроническая сердечная недостаточность по NYHA I-II и III-IV функциональных классов соответственно у 75 (83,33%) и 11 (12,22%) больных, артериальная гипертензия - у 79 (87,78%), варикозная болезнь вен - у 30 (33,34%) больных, ожирение - у 26 (28,89%) больных, сахарный диабет - у 11 (12,22%) больных, хроническая обструктивная болезнь легких - у 17 (18,89%) больных, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки - 16 (17,78%) больных, хронический холецистит - 29 (32,2%) человек выявлен. По сравнению с контрольной группой значительных различий по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям, анамнезу ИМ не выявлено.

С учетом основного заболевания, все пациенты с острым коронарным синдромом, осложненным желудочковой экстрасистолией, были разделены на группы: I группа - 45 (50%) больных инфарктом миокарда и II группа - 45 (50%) больных нестабильной стенокардией и контрольная группа разделена на – 2 подгруппы: 30 (12,5%) больных инфарктом миокарда (I подгруппа) и 30 (12,5%) больных нестабильной стенокардией (II подгруппа).

В группу IA вошли 17 (37,78%) женщин в возрасте от 52 до 73 лет (в среднем  $68,24 \pm 1,56$  года) и 26 (57,78%) мужчин в возрасте от 47 до 75 лет (в среднем  $64,31 \pm 1,67$  лет), 20 (44,44%) женщин. в возрасте от 45 до 70 лет (средний  $63,87 \pm 1,91$  года) и 27 (60%) мужчин в возрасте от 49 до 75 лет (в среднем  $62,41 \pm 1,72$  года). В I подгруппу вошли 10 (33,33%) женщин в возрасте от 55 до 72 лет (в среднем  $60,40 \pm 4,26$  года) и 20 (66,67%) мужчин в возрасте от 45 до 75 лет (в среднем  $62,50 \pm 2,04$  года), 16 (53,33%) женщин в возрасте от 52 до 75 лет (в среднем  $67,10 \pm 1,51$  года) и 14 (46,67%) мужчин в возрасте от 49 до 70 лет (в

среднем  $59,50 \pm 1,83$  года). У больных IA и IIА групп соответственно 39 (86,67%) и 36 (80,0%) больных в анамнезе была стенокардия I-III, у 18 (40,0%) и 15 (33,33) больных - инфаркт миокарда, больных по I-II функциональным классам хронической сердечной недостаточности по NYHA - 34 (75,56%) и у 41 (91,11%) больного, а III-IV функциональный класс выявлен у 6 (13,33%) и 5 (11,11%) больных, артериальная гипертензия - у 38 (84,44%) и 41 (91,11%) больных соответственно, варикозная болезнь вен ног - у 13 (28,87%) и 17 (37,78%) больных соответственно, ожирение - у 13 (28,89%) и 13 (28,89%) больных соответственно, сахарный диабет - у 4 (8,89%) и 7 (15,56%) больных соответственно, хроническая обструктивная болезнь легких соответственно - у 8 (17,78%) и 9 (20,00%). ) пациенты, язва желудка и двенадцатиперстной кишки выявлена у 8 (17,78%) и 8 (17,78%) больных соответственно, а хронический холецистит - у 3 (6,67%) и 16 (35,56%) больных соответственно. Достоверных различий не выявлено, по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям у больных с перенесенным ИМ в анамнезе I и II групп ни при сравнении друг с другом, ни с подгруппами контрольных групп, а также, не выявлено различий по частоте желудочковых экстрасистол у больных между группами IA и IIА.

**Центральная и внутрисердечная гемодинамика, вариабельность сердечного ритма, поздние желудочковые потенциалы, состояние дисперсии интервала QT после первичного обследования у больных I и II групп.**

После первого обследования показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики, ВРС, позднего желудочкового потенциала и состояние QTd у сравнение пациентов групп IA и IIА, и с I и II подгруппами контрольной группы представлены в таблице 3. Как видно из представленных данных, значения LF, Tot QRS, LAS-40 были достоверно повышены у пациентов I группы по сравнению со II группой, ишемия сердца, ударный объем левого желудочка, значения КСОлж, КДОлж, отношения E, A и E/a были достоверно выше у пациентов II группы по сравнению с I группой. После первого обследования у больных I подгруппы по сравнению с II подгруппой было обнаружено, достоверное увеличение показателей VLF, HF, LAS-40 а снижение показателей ишемии сердца, ударного объема левого желудочка, КСОлж, КДОлж, КДОлп, E, A, E/A, SDNN. По остальным изучаемым показателям убедительных изменений не произошло.

У больных I группы по сравнению с I подгруппой контрольной группы после первого обследования отмечено достоверное увеличение значение КДО ЛП, соотношения E/A, LF, Tot QRS, LAS-40, QTd, а снижение показателей ишемии сердца, КСОлж, КДОлж, E, SDNN, RMS-40. У пациентов I группы по сравнению со II подгруппой контрольной группы после первого обследования отмечено достоверное увеличение показателей КДОлп, LF, Tot QRS, LAS-40, QTd и было обнаружено снижение показателей ишемии сердца, ударного объема левого желудочка, КСОлж, КДОлж, E, A, E/A, SDNN отношения, LF/HF, RMS-40. По остальным изучаемым показателям существенных изменений не обнаружено.

После первого обследования у пациентов II группы по сравнению с I подгруппой контрольной группы обнаружено убедительное увеличение значений УОлж, КСОлж, КДОлж, КДОлп, QRS, А, Е/А, Е/А, LF, Tot и снижение отношения RMS-40. После первого обследования у пациентов II группы по сравнению со II контрольной подгруппой были достоверно увеличены значения КДОлп, VLF, LF, Tot QRS, LAS-40, QTd, а также снижены ишемии сердца, ударного объема левого желудочка, КДОлж, соотношение Е, Е/А, SDNN, RMS-40. По остальным изучаемым показателям существенных изменений не обнаружено (табл. 3).

**Таблица 3.**  
**Состояние центральной и внутрисердечной гемодинамики, ВРС, ПЖП, QTd после первичного обследования у больных I и II групп обследования (M±m)**

Показатели больных с ОКС	I подгруппа n = 30	II подгруппа n = 30	IA группа n = 45	IIA группа n = 45	Норма
СИ, л*мин/м <sup>2</sup>	3,32±0,09	3,45±0,08*	3,06±0,08*°	3,22±0,07°	
УО ЛЖ, %	51,32±1,67	62,31±4,02*	50,27±2,49°	56,73±1,26 <sup>A*°</sup>	34
КСО ЛЖ, мл/м	34,58±0,68	37,35±0,75*	33,47±0,59*°	37,62±1,05 <sup>A*</sup>	20-70
КДО ЛЖ, мл/м <sup>2</sup>	84,76±0,92	88,47±1,26*	82,18±1,31*°	86,42±0,89 <sup>A*°</sup>	70-150
КДО ЛП, мл/м	21,46±0,96	23,24±0,94*	27,03±1,18*°	26,24±1,20*°	70-150
Е, мс	0,63±0,01	0,69±0,02*	0,52±0,02*°	0,61±0,03 <sup>A°</sup>	
А, мс	0,53±0,03	0,61±0,02*	0,56±0,03°	0,60±0,02 <sup>A*</sup>	
Е/А	0,96±0,03	1,30±0,01*	1,02±0,02*°	1,06±0,02 <sup>A*°</sup>	
SDNN, мс	41,80±6,48	56,50±7,38*	33,16±5,64*°	38,15±7,30°	112-192
VLF, мс <sup>2</sup>	232,00± 14,20	199,02±12,60*	213,79±11,60	227,16±9,53°	<sup>1170-1540</sup>
LF, мс <sup>2</sup>	179,00±24,80	155,00±18,50	237,53±13,70*°	220,04±16,19*°	100-300
HF, мс <sup>2</sup>	79,70±5,78	67,70±5,30*	80,01±11,13	75,82±6,17	
LF/HF, мс <sup>2</sup>	1,48±0,38	1,84±0,26	1,50±0,86°	1,57±0,12	1,5-2
Tot QRS, мс	125,00±4,06	126,23±2,49	138,76±4,18*°	133,12±3,48 <sup>A*°</sup>	270-300
LAS-40, мс	45,40±3,49	39,10±2,98*	56,09±4,76*°	48,51±3,18 <sup>A°</sup>	
RMS-40, мкВ	26,50±3,68	29,80±2,47	18,20±3,76*°	19,58±2,07*°	
QTd, мс	76,21±7,23	68,53±5,62	82,45±6,59*°	79,23±3,75°	

\*-p<0,05- достоверность различий внутри групп. °-p<0,05; A- p<0,01- достоверность различий между I и II подгруппами, IA и IIA группами.

После первого обследования значимой разницы в показателях пациентов IA и IIA-групп по сравнению с I-подгруппой контрольной группы не выявлено, поздний желудочковый потенциал и QTd > 80 мс достоверно чаще выявлялись у пациентов IA группы по сравнению со II подгруппой контрольной группы, а желудочковый поздний потенциал достоверно чаще выявлялся у пациентов группы IIA по

сравнению со II подгруппой контроля. У больных I подгруппы контрольной группы по сравнению со II подгруппой достоверно чаще выявлялся поздний потенциал желудочков. По остальным изучаемым показателям убедительных изменений обнаружено не было.

В I и II группах больных оценивали желудочковую экстрасистолию и турбулентность сердечного ритма путем суточного мониторирования ЭКГ. Для ее анализа были использованы группы I и II - те, у которых у каждого пациента наблюдалось 50 и более желудочковых экстрасистол (в среднем  $256 \pm 5$  ЖЭ). Желудочковые экстрасистолы у больных I и II групп после первого обследования.

Из представленных данных видно, что у больных группы IA после первого обследования наблюдались достоверно более высокие значения патологической желудочковой экстрасистолии (норма  $<0\%$ ) по сравнению с группой IIА. Следует отметить, что значения тропонина у пациентов этих групп были разными: патологические значения ТнТ составили  $14,2 \pm 0,6$  и  $13,4 \pm 0,8$  нг/мл в подгруппах IA и I соответственно, тогда как у пациентов остальных этих групп группы - значение данного показателя составило менее  $0,05$  нг/мл в подгруппах IIА и II. У больных группы IA по сравнению с группой IIА отмечались достоверно более низкие значения TS, которые расценивались как патологические (норма  $>3,61$  мс/RR) у 3 (3,61%) пациентов I группы ва ушбу гуруҳларнинг қолган беморларида TS қиймати  $2,5$  МС/RR дан ортиқ эди а у остальных пациентов этих групп значение TS было более  $2,5$  МС/RR.

#### **Лечение желудочковой экстрасистолии у больных IA и IIА групп на госпитальном этапе**

Все пациенты групп IA и IIА получали стандартную терапию острого коронарного синдрома, подробно описанную в разделе 2. Клинический эффект во время лечения различался у пациентов группы IA и IIА. Положительный клинический эффект наблюдался у пациентов групп IA и IIА и контрольной группы (подгруппы IA и IIА) соответственно: в контрольной и основной группах в течение 3-4 дней и в течение периода наблюдения исчезли ангинозные симптомы, купировались или уменьшились желудочковые экстрасистолы более чем на 75% по сравнению с исходной частотой (табл. 4).

В остром периоде заболевания стабильная желудочковая тахикардия и угрожающая желудочковая аритмия отмечались у 15 (12,5%) и 15 (12,5%) больных этих групп соответственно (по сравнению с группой контроля) у 30 больных IA и IIА групп. Фибрилляция желудочков наблюдалась у 6 пациентов (во всех случаях успешно устранено). Среди антиаритмических препаратов амиодарон применялся в 100% случаев в группе IA и в 95,5% случаев в группе IIА. Больным назначались бета-адреноблокаторы при отсутствии противопоказаний. Лидокаин применялся у небольшого числа больных (6,66% по сравнению 4,44%), а аллапинин (2,22% по сравнению 6,66%) — у больных без серьезных нарушений систолической функции левого желудочка. Кроме того, в

случаях гипокалиемии и гипомагниемии, когда наблюдалось расширение интервала Q-T, применяли препараты калия и магния в виде инфузий и таблеток.

**Таблица 4**

**Характер антиаритмического лечения у больных IA и IIА подгрупп на госпитальном этапе.**

подгруппа пациентов показатели	I подгруппа n = 30		II подгруппа n = 30		IA группа n = 45		IIА группа n = 45	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Метопролол	2	6,67	2	6,67	1	2,22	2	4,44
Атенолол	2	6,67	2	6,67	1	2,22	1	2,22
Бисопролол	26	86,7	26	86,7	39	86,7	42	93,33
Амиодарон*					45	100	43	95,5
Лидокаин					3	6,66	2	4,44
Аллапинин					1	2,22	3	6,66
ЭИТ					25	55,6	5	11,1
дефибрилляция					5	11,1	1	2,22

**Центральная и внутрисердечная гемодинамика, вариабельность ритма сердца, поздние желудочковые потенциалы, дисперсия интервала QT, желудочковая экстрасистолия, статус турбулентности сердечного ритма у больных подгрупп IA и IIА после первичного обследования**

Центральная и внутрисердечная гемодинамика, вариабельность сердечного ритма, поздние потенциалы желудочков, состояние дисперсии интервала QT после первого обследования у больных подгрупп IA и IIА в сравнении с подгруппами I и II контрольной группы представлены в табл. 3.6. Из представленных данных видно, что значения LF, HF, Tot QRS, QTd были достоверно увеличены у пациентов подгруппы IA по сравнению с подгруппой IIА, тогда как у пациентов подгруппы IIА по сравнению с подгруппой IA значения УОлж, КСОлж, КДОлж, КДОлп были достоверно выше. У больных I подгруппы контрольной группы по сравнению со II подгруппой после первого обследования отмечено достоверное увеличение значений VLF, HF, LAS-40 и выявлены снижение значений ЮИ, УОлж, КСОлж, КДОлж, КДОлп, E, A и E/A, SDNN. По остальным изучаемым показателям убедительных изменений обнаружено не было.

В подгруппе IA пациентов по сравнению с I подгруппой контрольной группы после первого осмотра отмечено достоверное увеличение значений КДОлж, КДОлп, A, LF, HF, Tot QRS, LAS-40 и обнаружено снижение соотношения значений ИС, КСОлж, E, LF/HF, RMS-40.

У пациентов IA подгруппы по сравнению со II подгруппой контрольной группы после первого обследования отмечено достоверное увеличение значений КДОлп, LF, HF, Tot QRS, LAS-40, QTd и уменьшение ИС, УОлж, КСОлж, КДОлж, E, A, а также E/A определялось отношений SDNN, LF/HF, RMS-40.

Таблица 5

**Центральная и внутрисердечная гемодинамика при первичном осмотре у больных IA и ПА групп, (M±m)**

Под- группы пациентов	После первого осмотра				При выписке из больницы			
	I подгруппа n= 30	II подгруппа n = 30	IA группа n = 45	ПА группа n = 45	I подгруппа n = 30	II подгруппа n = 30	IA группа n = 45	ПА группа n = 45
СИ, л*мин/м <sup>2</sup>	3,32± 0,09	3,45± 0,08*	3,16± 0,08* <sup>o</sup>	3,25± 0,09 <sup>o</sup>	3,39± 0,09	3,50± 0,06*	3,47± 0,08 <sup>#</sup>	3,31± 0,09 <sup>do</sup>
ФВЛЖ, %	51,32± 1,67	62,31± 4,02*	50,96± 2,80 <sup>o</sup>	59,74± 1,92 <sup>l*</sup>	58,48± 1,18*	67,17± 1,43* <sup>#</sup>	58,97± 3,19 <sup>#</sup>	62,42± 1,64* <sup>o#</sup>
КСОЛЖ, мл/м <sup>2</sup>	34,58± 0,68	37,35± 0,75*	32,27± 0,91* <sup>o</sup>	35,82± 0,74 <sup>l*o</sup>	36,89± 0,97 <sup>#</sup>	42,46± 0,89* <sup>#</sup>	35,32± 0,65* <sup>o#</sup>	41,78± 1,19 <sup>l*#</sup>
КДОЛЖ, мл/м <sup>2</sup>	84,76± 0,92	88,47± 1,26*	86,43± 1,07* <sup>o</sup>	91,18± 1,19 <sup>l*o</sup>	83,87± 0,87	86,42± 1,18* <sup>#</sup>	84,39± 0,90* <sup>#</sup>	89,69± 0,97 <sup>l*o</sup>
КДО ЛП, мл/м	21,46± 0,96	23,24± 0,94*	27,71± 0,82* <sup>o</sup>	29,65± 1,32 <sup>l*o</sup>	21,45± 0,91	26,53± 1,32* <sup>#</sup>	30,23± 0,83* <sup>o#</sup>	31,85± 1,12 <sup>l*o#</sup>
Е, мс	0,63± 0,01	0,69± 0,02*	0,59± 0,02* <sup>o</sup>	0,62± 0,03 <sup>o</sup>	0,67± 0,03 <sup>#</sup>	0,68± 0,01	0,63± 0,02* <sup>o#</sup>	0,65± 0,03 <sup>o</sup>
А, мс	0,53± 0,03	0,61± 0,02*	0,57± 0,03* <sup>o</sup>	0,59± 0,02*	0,54± 0,04	0,62± 0,06*	0,58± 0,03	0,57± 0,02
Е/А	0,96± 0,03	1,3 0± 0,01*	0,92± 0,04 <sup>o</sup>	0,94± 0,06 <sup>o</sup>	1,16± 0,02 <sup>#</sup>	1,28± 0,01* <sup>#</sup>	1,20± 0,02* <sup>o#</sup>	1,25± 0,04 <sup>l*#</sup>
SDNN, мс	41,80± 6,48	56,50± 7,38*	38,14± 5,07 <sup>o</sup>	44,02± 9,04 <sup>o</sup>	59,80± 2,02 <sup>#</sup>	67,90± 3,65* <sup>#</sup>	47,18± 8,06* <sup>o</sup>	52,36± 6,31* <sup>o</sup>
VLF, мс <sup>2</sup>	232,00± 14,20	199,02± 12,60*	216,05± 19,01	231,72± 12,10 <sup>o</sup>	254,00± 9,50 <sup>#</sup>	242,3 0± 8,97*	298,41± 8,02* <sup>o#</sup>	261,07± 10,50 <sup>l*#</sup>
LF, мс <sup>2</sup>	179,00± 24,80	155,00± 18,50	264,11± 14,20* <sup>o</sup>	236,14± 21,70 <sup>l*o</sup>	113,20± 11,20 <sup>#</sup>	200,04± 18,60* <sup>#</sup>	277,04± 19,74* <sup>o</sup>	243,11± 18,21 <sup>l*o</sup>
HF, мс <sup>2</sup>	79,70± 5,78	67,70± 5,30*	89,20± 5,14* <sup>o</sup>	80,40± 6,07 <sup>lo</sup>	85,50± 9,50	70,10± 5,81*	93,14± 3,20 <sup>o</sup>	81,15± 3,72 <sup>lo</sup>
LF/HF, мс <sup>2</sup>	1,48± 0,38	1,84± 0,26	0,94± 0,23* <sup>o</sup>	1,08± 0,44 <sup>o</sup>	1,32± 0,41	3,44± 0,83* <sup>#</sup>	1,63± 0,48 <sup>o#</sup>	2,24± 0,35 <sup>l*o#</sup>
Tot QRS, мс	125,00± 4,06	126,23± 2,49	137,00± 3,11* <sup>o</sup>	131,06± 3,71 <sup>l*o</sup>	111,09± 8,01 <sup>#</sup>	118,11± 2,10 <sup>#</sup>	124,02± 3,56* <sup>o*</sup>	120,79± 4,12* <sup>#</sup>
LAS-40, мс	45,40± 3,49	39,10± 2,98*	52,3 0± 2,31* <sup>o</sup>	48,29± 7,75	43,30± 4,22	36,12± 7,39	49,50± 4,87 <sup>o</sup>	37,85± 2,86 <sup>l*#</sup>
RMS-40, мкВ	26,50± 3,68	29,80± 2,47	17,89± 4,04* <sup>o</sup>	19,10± 3,57* <sup>o</sup>	38,75± 2,39*	41,20± 2,56*	29,73± 7,11* <sup>o*</sup>	32,18± 4,75* <sup>o*</sup>
QTd, мс	76,21± 7,23	68,53± 5,62	85,40± 3,82 <sup>o</sup>	77,80± 6,20 <sup>lo</sup>	61,90± 8,72 <sup>#</sup>	48,80± 7,13* <sup>**</sup>	72,32± 4,13* <sup>o*</sup>	58,07±5,93 <sup>lo*</sup>

\*-p<0,05- достоверность различий внутри групп; <sup>o</sup>-p<0,05; А- p<0,01- достоверность различий между подгруппами I и II, группами IA и ПА; <sup>d</sup>- p<0,01 - достоверность разницы между исходным и выписным из стационара

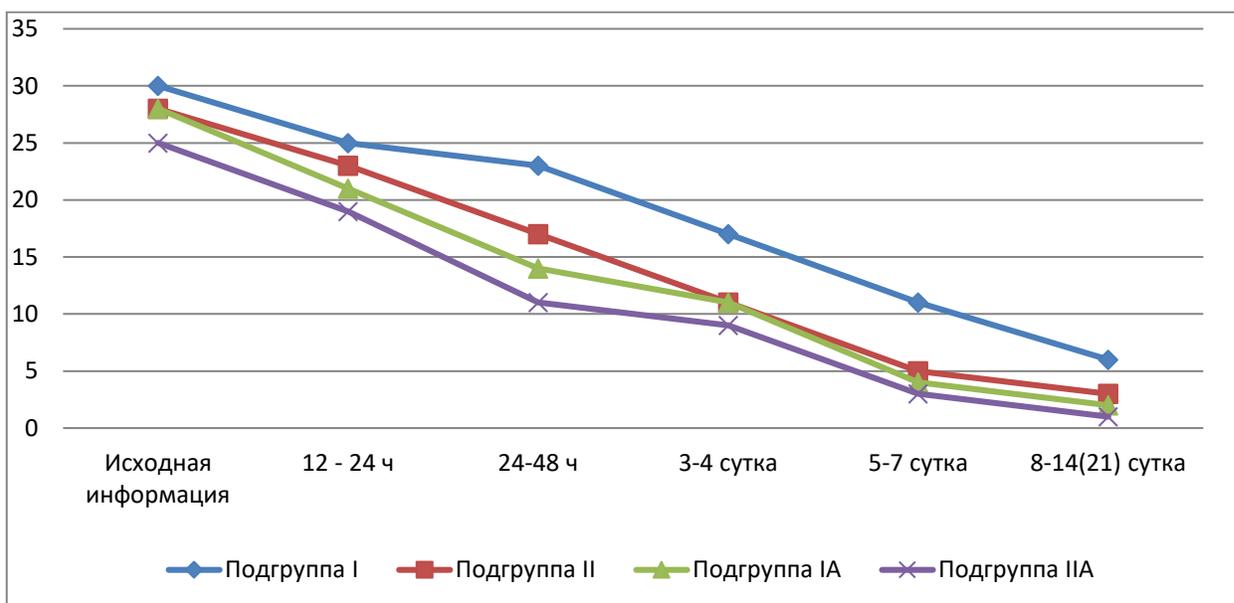
По остальным изучаемым показателям убедительных изменений обнаружено не было. У пациентов ПА подгруппы по сравнению с I подгруппой

контрольной группы после первого осмотра отмечено убедительное увеличение значений УОлж, КСОлж, КДОлж, КДОлп, А, LF, Tot QRS и снижение RMS-40. После первого обследования в ПА-подгруппе больных по сравнению со II-подгруппой контрольной группы значения КДОлж, КДОлп, VLF, LF, HF, Tot QRS, QTd были достоверно увеличены, а значения ЮИ, КСОлж, E и E/A, SDNN, соотношение, LF/HF, RMS-40 наблюдалось снижение соотношения.

Из представленных данных видно, что после первого обследования у пациентов IA подгруппы достоверно чаще выявлялись пациенты IA подгруппы SDNN и QTd > 80 мс по сравнению с контрольной II подгруппой. Поздний желудочковый потенциал достоверно чаще выявлялся у пациентов I-контрольной подгруппы по сравнению с ПА-подгруппой. По остальным изучаемым параметрам достоверных различий обнаружено не было.

У пациентов подгрупп IA и ПА оценку ТСР ЖЭ проводили на основании суточного мониторирования ЭКГ, при этом для анализа и сравнения точности данных мониторинга у каждого пациента использовали 50 и более желудочковых экстрасистол в нормативном холтеровском мониторировании (в среднем 256±5 ЖЭ). Частота выявления патологических значений ТСР и ТТ и ТС у больных подгрупп IA и ПА после первого обследования представлена в табл. 6.

У пациентов IA подгруппы по сравнению с ПА подгруппой отмечены достоверно более высокие значения ТТ после первого обследования, как патологические (норма < 22,54%) они были оценены у 0 (19%) и 30,65 (16%) пациентов этих подгрупп соответственно, тогда как у остальных пациентов этих подгрупп значение ТТ было менее 0% (рисунок-2).



**Рисунок 2. Частота выявления ТО >0% у пациентов подгрупп IA и IIA на госпитальном этапе.**

Во всех IA и IIA-подгруппах пациентов значения TS у пациентов не превышали нормативные значения и не имели достоверной разницы.

### Лечение больных подгрупп IA и IIA на госпитальном этапе.

Все пациенты подгрупп IA и IIA получали лечение по поводу острого коронарного синдрома, который подробно описан в разделе 2. Характер антиаритмического лечения больных IA и IIA подгрупп на госпитальном этапе представлен в таблице 6. Из приведенных данных видно, что наилучший эффект достигнут при применении бета-блокаторов. У 4 (8,88%) и 1 (2,22%) из 7 пациентов IA и IIA групп соответственно были абсолютные противопоказания к назначению бета-адреноблокаторов, а у 2 (4,44%) из 2 пациентов IIA группы были абсолютные противопоказания к назначению амиодарона, а у остальных пациентов его применяли при возникновении побочных эффектов (гипотония, аллергические реакции и т. д.).

**Таблица 6**

#### Желудочковая тахикардия TSP ( $M \pm m$ ) у больных IA и IIA подгрупп при первом посещении и при выписке из стационара

Показатели	После первого осмотра		При выписке из больницы	
	I подгруппа n = 30	II подгруппа n = 30	IA подгруппа n = 45	IIA подгруппа n = 45
TT, % (норма < 0%)	1,16±1,12	-3,41±0,94*	0,93±1,08	-2,14±0,32*#
TS, мс/RR (меъёр > 2,5 мс/RR)	19,46±3,64	22,73±2,61	21,45±4,06	18,04±3,27

\*- $p < 0,05$ - достоверность различий внутри групп; #- $p < 0,05$ - значимость различий между исходным уровнем и выпиской из больницы.

**Таблица 7**

#### Характер антиаритмического лечения у больных IA и IIA подгрупп на госпитальном этапе.

Показатели	I подгруппа n = 30		II подгруппа n = 30		IA подгруппа n = 45		IIA подгруппа n = 45	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Метопролол	14	46,67	16	53,33	18	40,00	16	35,56
Атенолол	10	33,33	8	26,67	10	22,22	12	26,60
Бисопролол	6	20,0	6	20,0	8	17,78	10	22,22
Амиодарон*					9	20,0	7	15,56

Характеристика динамики желудочковых экстрасистол, а также частота регистрации недостаточности кровообращения на фоне антиаритмического лечения у больных IA и IIA подгрупп на госпитальном этапе представлены в таблице 7. Из приведенных данных видно, что во время антиаритмического лечения в первые 48 часов от начала заболевания и через 48 часов после начала заболевания у больных подгрупп IA и IIA отмечались достоверно частые правожелудочковые экстрасистолы, при этом отмечались достоверно частая полиморфная правожелудочковая экстрасистолия и достоверно реже - левожелудочковая экстрасистолия. В ходе антиаритмического лечения по сравнению с исходными данными (в течение первых 48 часов) достоверных

различий через 48 часов не выявлено. Политопная желудочковая экстрасистолия выявлена у 6 (11,29%) и 5 (11,11%) пациентов IA и IIA подгрупп в первые 48 часов соответственно и не регистрировалась на госпитальном этапе через 48 часов.

На фоне продолжающегося лечения положительный эффект достигался через 24-48 часов от начала заболевания. Стоит отметить, что у 33 (53,23%) и 49 (69,01%) больных подгрупп IA и IIA соответственно в течение 3-4 дней от начала заболевания и в период наблюдения желудочковых экстрасистол не регистрировалось или от 1(2) ЖЭ в час не увеличилось. У остальных больных этих подгрупп наблюдалось снижение желудочковых экстрасистол до 5-10 в час (в среднем  $7\pm 1$  в час), которое сохранялось на госпитальном этапе наблюдения.

Нестабильная полиморфная правожелудочковая тахикардия на госпитальном этапе наблюдалась у 9 (14,52%) и 6 (8,45%) пациентов IA и IIA подгрупп соответственно, из этих подгрупп в 3 (4,84%) и 3 (4,23%) больных соответственно отмечалась нестойкая мономорфная левожелудочковая тахикардия, у 4 (6,45%) и 2 (2,82%) больных этих подгрупп соответственно отмечалась нестойкая полиморфная левожелудочковая тахикардия (левожелудочковая тахикардия), купированная увеличением дозы бета-адреноблокаторов.

#### **Лечение больных подгрупп IA и IIA после выписки из стационара.**

После выписки из стационара всем пациентам в подгруппах IA и IIA были рекомендованы модификация образа жизни (отказ от курения, умеренная масса тела, упражнения средней интенсивности), антиагреганты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторы или амиодарон, статины и коронарография. Всем пациентам проводилась ЭКГ один раз в месяц, не реже одного раза в 3-6 месяцев - суточное ЭКГ-мониторинг. Мониторинг артериального давления и частоты сокращений желудочков осуществлялся пациентами самостоятельно.

Лечение больных подгрупп IA и IIA после выписки из стационара представлено в таблице 8. Судя по представленным данным, все пациенты IA и IIA подгрупп после выписки из стационара продолжали прием ААД, бета-адреноблокаторов или амиодарона, I и II подгруппы контрольной группы продолжали получать бета-адреноблокаторы, начатые в стационаре. Статины, рекомендованные всем пациентам после выписки из стационара, принимали 23 (20,32%) и 22 (18,99%) пациента из подгрупп IA и IIA, соответственно, а также 9 (15,14%) и 10 (12,19%) пациентов из подгрупп I и II соответственно.

По представленным данным, после выписки из стационара стабильная левожелудочковая тахикардия зарегистрирована у 2 (4,44%) и 1 (2,22%) пациентов IA и IIA подгрупп соответственно в течение 3-го и 6-месячного периода наблюдения (среднее число сокращений желудочков в минуту составляет  $158\pm 2$  и  $140\pm 3$  соответственно), как и в I группе контроля - у 1 (3,33%) пациента подгруппы через 1 мес наблюдения (частота 137 желудочковых

сокращений в 1 минуту) и фибрилляция желудочков. Кроме того, у 2 (40,00%) из 5 пациентов после реваскуляризации миокарда (после стентирования) наблюдалась стабильная мономорфная левожелудочковая тахикардия. ЭФИ и радиочастотная абляция были выполнены 5 пациентам (4 из группы IA и 1 из группы ПА), имевшим жизнеугрожающие желудочковые аритмии и рецидивирующий стабильный интервал QT без адекватного ААП. Двум пациентам (аневризма левого желудочка после инфаркта и фракция выброса левого желудочка менее 35%) был имплантирован кардиовертер-дефибриллятор.

**Таблица 8**

**Лечение пациентов IA и ПА подгруппы после выписки из стационара (n=150)**

Показатели	I подгруппа n = 30		II подгруппа n=30		IA группа n = 45		ПА группа n = 45	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Метопролол	20	66,67	26	84,76	38	81,29	33	75,56
Атенолол	16	53,33	20	66,06	11	17,74	12	16,90
Пропранолол	18	60,0	18	60,0	8	12,90	9	12,68
Амиодарон					5	8,07	7	9,86
Статины	18	60,0	20	66,6	25	40,32	22	30,99

После выписки из стационара летальные последствия наблюдались у 2 (3,23%) и 3 (4,23%) больных подгрупп IA и ПА соответственно, а также у 1 (2,63%) и 1 (2,38%) больных I и II контрольных групп. Кроме того, фибрилляция желудочков была зарегистрирована у 1 (1,61%) и 2 (2,82%) пациентов подгрупп IA и ПА соответственно, а также у 1 (2,63%) пациента I подгруппы контрольной группы, а также у остальных больных, внезапная смерть которых установлена по данным судебно-медицинской экспертизы.

По данным патологоанатомического вскрытия, более 90% этих больных имели стенозы 2-х коронарных артерий и более 70% - 3-х коронарных артерий.

Всем пациентам проводилась коронарография. При выполненной коронарографии у 19 (30,65%) и 13 (18,31%) пациентов IA и ПА групп соответственно, а также у 11 (29,73%) и 7 (16,67%) больных I и II подгруппы соответственно выявлены стенозы >70%: в 1 коронарной артерии - у 21 (46,7%) пациента IA группы, а также у 16 (53,3%) и 18 (60%) контрольной группы I и II подгрупп соответственно поражение 2 коронарных артерий - IA и ПА групп 17 (37,8%) и 15 (33,33%) пациентов соответственно, в свою очередь, также у 12 (40%) больных I подгруппы контрольной группы, стеноз 3 и более коронарных артерий - у 7 (15,5%) и 4 (8,88%) больных IA и ПА групп соответственно, а также как у 2 (6,67%) и 2 (6,67%) пациентов контрольной группы I и II подгрупп соответственно. Этим пациентам подгрупп IA и ПА, а также контрольных

подгрупп выполнено стентирование коронарных артерий. УЗИ было рекомендовано 11 пациентам. Стенты с лекарственным покрытием были имплантированы 132 пациентам, у 7 пациентов гемодинамически значимых стенозов при КАГ не выявлено (таблица 9).

**Таблица 9.**

**Данные КАГ у пациентов, включенных в обследование  
(n=150)**

Показатели	I подгруппа n = 30		II подгруппа n = 30		IA группа n = 45		IIA группа n = 45	
	авс	%	авс	%	авс	%	авс	%
Коронарография	30	100	30	100	45	100	45	100
поражения 1 сосуда	16	53,3	18	60	21	46,7	26	57,8
поражения 2 сосуда	12	40	10	33,3	17	37,8	15	33,3
поражения 3 и более сосудистых	2	6,67	2	6,67	7	15,5	4	8,88
ТМІ 0	28	93,3	-	-	41	91,1	2	4,44
ТМІ 1	2	6,67	2	6,67	2	4,44	5	11,1
ТМІ 2	-	-	12	40	1	2,22	10	22,2
ТМІ 3	-	-	16	53,3	1	2,22	26	57,7
Стентирование коронарных артерий	28	93,3	24	80	41	91,1	40	88,8
АКШ	2	6,67	2	6,67	4	8,9	3	6,67

Реваскуляризация миокарда привела к достоверному снижению количества ЖУЖА и улучшению клинического состояния больных в результате повторных динамических исследований. Видно, что при выявлении ЖУЖА у больных с ХБП следует немедленно назначать антиаритмические препараты (предпочтительны III класс и бета-адреноблокаторы), а по результатам коронарографии проводить реваскуляризацию.

**В четвертой главе диссертации под названием «Анализ угрожающих жизни аритмий у пациентов с острым инфарктом миокарда, получавших тромболитическую терапию до и в стационаре», рассматривается влияние тромболитической терапии на аритмии при остром инфаркте миокарда до госпитализации.** Пациенты были разделены на две группы для изучения частоты нарушений ритма сердца у пациентов, получающих ТЛТ на догоспитальном этапе, и у пациентов, получающих ТЛТ в стационаре. В 1-ю группу вошли 45 пациентов, получавших тромболитическую терапию и стандартную терапию. Во 2-ю группу вошли 45 пациентов, получавших стандартное лечение и тромболитическую терапию в условиях неотложной

медицинской помощи. Достоверных различий по полу и возрасту в обеих группах не было. В первой группе больных мужчин было 19 (44,5%), женщин 26 (55,5%), во второй группе мужчин было 25 (55,5%) и женщин 20 (44,5%),  $r > 0,05$ . В исследовании не было выявлено достоверных различий между группами по частоте острого коронарного синдрома, артериальной гипертензии, сахарного диабета, нестабильной стенокардии, хронической почечной недостаточности и курения в анамнезе. Всем пациентам назначалось стандартное лечение (тромболитики, антикоагулянты, антиагреганты,  $\beta$ -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты), антиаритмические, диуретики, вазопрессорные препараты согласно инструкции. Догоспитальная тромболитическая терапия препаратом стрептокиназы (по схеме в инструкции) проводилась специально подготовленными врачами-кардиологами на машинах скорой помощи, оснащенных оборудованием (кардиомонитор, ЭКГ, дефибриллятор, портативный аппарат искусственной вентиляции легких). В течение первых трех дней всем пациентам осуществляли холтеровское мониторирование ЭКГ для контроля показателей гемодинамики и анализа нарушений сердечного ритма, variability сердечного ритма, поздний желудочковый потенциал, дисперсии Q-T и турбулентности ритма. ЭКГ записывали несколько раз в день. Ферментативная диагностика острого коронарного синдрома была проведена на основе определения уровня тропонина. Всем пациентам проводилась 2D-эхокардиография для оценки функционального состояния сердца. Методы исследования проводились исходно, при выписке и через 1 год. Всем пациентам впоследствии была проведена коронарография и полная реваскуляризация. В отношении методов реваскуляризации между двумя группами не было различий. Для изучения отдаленных последствий острого коронарного синдрома мы наблюдали за пациентами, выжившими в течение 1 года после выписки из стационара.

В ходе нашего исследования, на фоне лечения тромболитизисом у больных острым коронарным синдромом в обеих группах наблюдались опасные для жизни аритмии (желудочковая тахикардия (ЖТ), фибрилляция желудочков (ФЖ)). Первичная фибрилляция желудочков наблюдалась у 2 (4,44%) больных первой группы и у 3 (6,66%) больных второй группы, причем во всех случаях ритм восстановился после дефибрилляции. Устойчивая желудочковая тахикардия возникла у 3 (6,66%) больных первой группы и у 1 (2,22%) больного второй группы и была немедленно восстановлена электрокардиоверсией. Нестабильная желудочковая тахикардия наблюдалась у 5 больных (11,11%), перенесших терапию тромболитизиса в стационаре, и у 8 больных (17,77%), перенесших ТЛТ на догоспитальном этапе. Полная АВ-блокада наблюдалась у 1 (2,22%) пациента в первой группе, у 3 (6,66%) больных в группе госпитальной ТЛТ. Предсердная фибрилляция зарегистрирована у 4 (8,88%) больных в первой группе, у 2 (4,44%) больных во 2-й группе.

При этом следует отметить кардиогенный шок (2,22% соответственно 11,11%,  $p < 0,001$ ), отек легких (4,44 соответственно 11,11%,  $p < 0,001$ ), повторный инфаркт миокарда (2,22% соответственно 6,66%  $p < 0,05$ ), другие цереброваскулярные осложнения (соответственно 2,22% и 6,66%  $p < 0,05$ ) встречались значительно меньше в группе получавшие госпитальной ТЛТ.

При сравнении исходных лабораторных данных уровень КФК (2180,28±731,04 и 1016,49±2,88 соответственно),  $p < 0,05$ ) и МВ-КФК (346,80±69,06 и 146,13±14,07),  $p < 0,01$ ), вероятно, связано с обширным повреждением миокарда.

При анализе случаев, завершившихся летальным исходом, летальность составила 2 (4,44%) у больных, получавших тромболитическую терапию в стационаре, и 1 (2,22%) в группе с догоспитальной ТЛТ. Причиной смерти стал кардиогенный шок и рецидив ФЖ.

В течение года убедительных различий в показателях смертности среди обследованных пациентов, не было обнаружено. Показатели смертности достоверно не различались у пациентов, перенесших госпитальную и догоспитальную ТЛТ через год. Однако следует отметить, что частота желудочковых аритмий (желудочковая экстрасистолия, желудочковая пароксизмальная тахикардия) при обследовании чаще встречается в группе больных с острым коронарным синдромом, осложненным желудочковой аритмией в остром периоде. Таким образом, у больных с желудочковой аритмией в острой фазе заболевания после перенесенного инфаркта миокарда высок риск внезапной смерти, и таких больных следует наблюдать в течение длительного времени.

## ВЫВОДЫ

1. Изменения показателей variability сердечного ритма в группе инфарктов миокарда, осложненных жизнеугрожающими аритмиями, достоверно отражают дисбаланс вегетативной регуляции сердца и повышение симпатической активности. В группе инфаркта миокарда с опасными желудочковыми аритмиями отмечено снижение показателей variability сердечного ритма SDNN, LF, VF и достоверное увеличение значений Tot QRS, QTd.

2. У больных инфарктом миокарда с жизнеугрожающими желудочковыми аритмиями наличие QTd > 80 мс, наличие поздних потенциалов желудочков, SDNN < 50 мс, наряду с увеличением конечно-диастолического объема левого желудочка и снижением его фактора риска, могут служить важными ранними признаками развития опасных желудочковых аритмий.

3. У больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и опасными аритмиями отчетливое отклонение функциональных показателей левого желудочка (т.е. увеличение объемных показателей и нарушение систолической и диастолической функции) сопровождается снижением variability сердечного ритма, значительным увеличением частоты выявления поздних желудочковых потенциалов с QTd > 80, а также достоверно высокими значениями TO и достоверно низкими значениями TS.

4. Догоспитальная ТЛТ достоверно снизила частоту таких осложнений, как мерцательная аритмия (4,44% и 8,88% соответственно,  $p < 0,05$ ), АВ-блокада, особенно III степени (2,22% против 4,66%,  $p < 0,05$ ), кардиогенный шок (2,22% против 11,11%,  $p < 0,001$ ), отек легких (4,44% против 11,11%,  $p < 0,001$ ), повторный инфаркт миокарда (2,22% против 6,66%,  $p < 0,05$ ), другие цереброваскулярные нарушения (2,22% против 6,66%,  $p < 0,05$ ), по сравнению с госпитальной ТЛТ. Догоспитальная ТЛТ предотвращает развитие существенных нарушений систолической и диастолической функции левого желудочка.



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

---

**BUKHARA BRANCH OF REPUBLICAN SCIENTIFIC CENTER OF  
EMERGENCY MEDICINE**

**BABAYEVA MAKSUDA MUIDINOVNA**

**IMPROVING OF THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ACUTE  
CORONARY SYNDROME COMPLICATED BY CARDIAC ARRHYTHMIAS**

**14.00.40 – Emergency medicine**

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

**TASHKENT – 2025**

**The theme of dissertation is registered at Higher Attestation Commission of the Ministry of Higher education, science and innovations of the Republic of Uzbekistan in number B2019.3.PhD/Tib1058.**

The dissertation has been prepared at the Bukhara Regional Branch of the Republican Emergency Medical Research Center.

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

**Scientific consultant:**

**Kenjaev Majid Latipovich**

Doctor of Medical sciences

**Official opponents:**

**Mukhamedova Barno Farkhadovna**

Doctor of Medical sciences

**Gadaev Abdigaffor Gadaevich**

Doctor of Medical sciences, Professor

**Leading organization:**

**I.K. Akhunbaev Kyrgyz Medical Academy**

(Republic of Kyrgyzstan).

The defense will be take place on «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 year at \_\_\_\_\_ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 at the Republican Scientific Center of Emergency Medicine (address: 100115, Tashkent c., Chilonzor district, small road Street, 2nd house. Tashkent, Uzbekistan; Tel./Fax: (+99878) 150-46-00; (+99878) 150-46-05; e-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru)).

The Doctoral dissertation (PhD) is available in the Information Resource Center of the Republican Scientific Center of Emergency Medicine (Registration number № \_\_\_\_\_), (Adress 2, Chilonzor district, small road Street, Tashkent, Uzbekistan; Tel./Fax: (+99878) 150-46-00; (+99878) 150-46-05; e-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru)).

The abstract of the dissertation sent on «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025.

(protocol of mailing № \_\_\_\_ from \_\_\_\_\_ 2025)

**A.M. Khadjibaev**

Chairman of the Scientific Council

to Award of Scientific Degrees,

Doctor of Medical sciences, Professor

**Kh.E. Anvarov**

Scientific Secretary of the Scientific Council for the

Awarding of Academic Degrees,

Doctor of Philosophy in Medical sciences,

Senior researcher

**B.K. Altiev**

Chairman of the Scientific Seminar at the

Scientific Council to Award a Scientific Degrees,

Doctor of Medical sciences, Professor

## INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

**The aim of research works** is the optimization of treatment by developing a differentiated approach to assessing central and intracardiac hemodynamics, heart rate variability, late ventricular potentials, predictors of dangerous ventricular arrhythmias in patients with acute coronary syndrome, development of a differentiated approach and optimization of treatment.

**Objects of the research.** There were 90 patients aged 45-75 years were diagnosed with acute coronary syndrome. In 45 of them, ACS was complicated by class I-IV ventricular extrasystole.

### **The scientific novelty of research works.**

heart rate variability, late ventricular potentials, qt interval dispersion and heart rate turbulence have been shown to be sensitive and life-threatening factors in patients with acute coronary syndrome;

a large database of patients with acute coronary syndrome with ST-segment elevation has demonstrated the specificity of important predictors of dangerous ventricular arrhythmias;

the significance of left ventricular dysfunction and coronary artery disease in patients with acute coronary syndrome, as well as arrhythmic cardiac complications, has been substantiated;

the proposed algorithm for preventing complications of hospital and prehospital thrombolytic therapy in acute coronary syndrome with ST segment elevation, such as heart rhythm disturbances and changes in central and intracardiac hemodynamics, has proven its effectiveness.

### **The practical significance is as follows:**

early prehospital thrombolytic therapy in patients with acute coronary syndrome with ST-segment elevation had a positive effect on central hemodynamics and reduced the incidence of high-grade ventricular arrhythmias and ventricular fibrillation in acute coronary syndrome;

it is based on the fact that in patients with acute coronary syndrome with myocardial revascularization with ST-segment elevation, the incidence of cardiogenic shock, pulmonary edema, recurrent myocardial infarction, cardiac rhythm and conduction disturbances, and mortality are significantly reduced;

it was shown that in-hospital mortality in patients with ventricular reperfusion fibrillation is significantly lower in patients who underwent in-hospital myocardial revascularization compared to patients who underwent early prehospital myocardial revascularization.

**Scientific and practical significance of the study results.** The scientific significance of the study results is that heart rate variability reliably reflects a decrease in the parasympathetic autonomic nervous system and an increase in sympathetic activity in the group of complicated myocardial infarction without signs of reperfusion. An increase in the activity of the sympathetic nervous system is associated with the

presence of clinical symptoms of heart failure. It was found that there is no significant correlation between the studied electrocardiographic parameters and the presence of systolic dysfunction in the acute period of myocardial infarction. The practical significance of the study results is that, given the high risk of developing stable ventricular tachycardia and ventricular fibrillation in patients with acute coronary syndrome with ST segment elevation complicated by ventricular extrasystole, the need for timely detection of predictors of life-threatening arrhythmias and the initiation of immediate treatment and preventive measures is confirmed. Prehospital thrombolytic therapy in patients with ST-elevation acute coronary syndrome when emergency PCCI is not possible has been shown to reduce the incidence of ventricular flutter, recurrent myocardial infarction, cardiac arrhythmias, conduction disturbances, and mortality compared with patients undergoing in-hospital myocardial revascularization.

#### **Implementation of research results.**

Based on the results obtained on improving the management of patients with acute coronary syndrome complicated by cardiac arrhythmias:

methodological recommendations "Improving the management of patients with acute coronary syndrome complicated by cardiac arrhythmias" were approved, which allowed one of the dangerous complications in patients who underwent prehospital thrombolysis for acute coronary syndrome with ST segment elevation to be the treatment of arrhythmias, which made it possible to improve therapeutic measures for invoice for thrombolysis therapy before hospitalization (certificate of the Ministry of Health 8n-m/813 of September 23, 2021). In this methodological recommendation, the use of prehospital thrombolytic treatment for acute coronary syndrome with ST segment elevation made it possible to reduce the incidence of various arrhythmic complications and increase the efficiency of the reperfusion process.

the obtained scientific results on improving the management of patients with acute coronary syndrome complicated by cardiac arrhythmias have been introduced into practical healthcare, in particular, into the practice of the Bukhara regional branch of the Republican Specialized Scientific Park Medical Center for Cardiology, in the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (conclusion of the Ministry of Health No. 8n-z/97 dated February 22, 2022). As a result of the introduction, it was possible to accelerate the diagnosis of acute coronary syndrome, reduce the duration of the disease and its complications, as well as reduction of hospital stay.

On the practical of the results of the scientific research, the conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan (№ 11 dated January 15, 2025) was issued and recommended for widespread implementation in practice.

**The outline of thesis.** The dissertation consists of an introduction, three chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of references. The volume of the dissertation is 127 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I қисм (I часть; I part)**

1. Babayeva M.M. Patients with Acute Coronary Syndrome Complicated by Arrhythmias at the Stages of Treatment // International Journal of Health Systems and Medical Sciences, 2023. Volume 2(10):1851.
2. Babayeva M.M. Improving the management of patients with acute coronary syndrome complicated by arrhythmias at the stages of treatment. // Central Asian Journal of Medical and natural science. 2021. Volume 4(05):1934
3. Кенжаев М.Л., Бабаева М.М., Ахмедов Л.А. Оптимизация лечения жизнеугрожающих аритмий при остром инфаркте миокарда. // Journal of Global science and innovations 2019: Central Asia» Nur-Sultan, Kazakhstan, Sep-Oct 2019, № 2(3), p. 79-83.
4. Бабаева М.М., Ахмедов Л.А. Аритмии при остром инфаркте миокарда. // Терапевтический вестник Узбекистана. 2019, № 4, с. 14-17. 14.00.00, №7
5. Бабаева М.М. Юрак уриши тезлиги ўзгарувчанлигини ўткир коронар синдромида учрайдиган аритмияларни ўрганишдаги роли // Ўзбекистон терапия ахборотномаси. № 4, 2019, 17-21 б. 14.00.00 №7
6. Babayeva M.M. Improving of the management of patients with acute coronary syndrome complicated by arrhythmias at the stages of treatment. // International Journal for Innovative Engineering and Management Research. 2021. Volume 10 (01), p. 24-32. IF 7.812.

**II қисм (II часть; II part)**

7. Бабаева М.М., Ахмедов Л.Э. Нарушения ритма и проводимости при инфаркте миокарда. // Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы социально значимых заболеваний», Ташкент, 20 сентября 2019, № 02(1) с. 40-41.
8. Кенжаев М.Л., Ахмедов Л.А., Бабаева М.М. Выбор лекарственных средств при лечении заболеваний сердца // Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы социально значимых заболеваний». Ташкент, 19 сентября 2019 г., стр. 23-24.
9. Ахмедов Л. А., Бабаева М.М., Ризаева М.Ж. Селективный β-адреноблокатор в лечении больных с сердечно-сосудистой патологией на до госпитальном этапе // Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы социально значимых заболеваний». Ташкент, 19 сентября 2019, с. 24-25.
10. Кенжаев М.Л., Ахмедов Л.А., Бабаева М.М. Особенности наличия факторов риска у больных с острым коронарным синдромом молодого возраста. // Материалы международная конференция «Спорные и нерешённые вопросы кардиологии - 2021». Бухара, 13-14 октября 2021, с. 19-20.

11. Кенжаев М.Л., Рахимова Р.А., Бабаева М.М. Юрак ритми бузилишлари билан асоратланган ўткир коронар синдромли беморларни олиб боришни такомиллаштириш // Методические рекомендации. Бухара, 2021 ,24 с.
12. Бабаева М.М. Совершенствование ведения больных с острым коронарным синдромом осложненным аритмиями на этапах лечения // Свидетельство на программу для ЭВМ № DGU-35772, 04.06.2020.

Автореферат «Шошинч тиббиёт ахборотномаси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

**Босмахона лицензияси:**



**9338**

Бичими: 84x60 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. «Times New Roman» гарнитураси.  
Рақамли босма усулда босилди.  
Шартли босма табоғи: 3,5. Адади 100 дона. Буюртма № 32/24.

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