

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ხელნაწერის უფლებით

ნინო ემუხვარი

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის
წარმოშობაზე მოქმედი ძირითადი რისკ-
ფაქტორების კომპლექსური სოციალურ-
ჰიგიენური შეფასება

14.00.33 – სოციალური ჰიგიენა და ჯანდაცვის ორგანიზაცია

*მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის
სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად
წარღებნილი დისერტაციის*

ა ვ ტ ო რ ე ფ ე რ ა ტ ი

თბილისი - 2006

ნაშრომი შესრულებულია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კათედრაზე

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: - გერზმავა ოთარი
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

ოფიციალური ოპონენტები: - ჯანგიერ მამალაძე
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი (14.00.33)

გულნარა ტაბიძე
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი (14.00.06)

დისერტაციის დაცვა შედგება 2006 წლის ----- — სთ-ზე თბილისის სახელმწიფო
სამედიცინო უნივერსიტეტის სადისერტაციო საბჭოს m 14.07 №7 სხდომაზე (0177,
თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ., 33).

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის
ბიბლიოთეკაში (0160, თბილისი, ვაჟა ფშაველას გამზ., 29).

ავტორეფერატი დაიგზავნა 2006 წლის -----

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი,
მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი,
დოცენტი

ქ. კეკელიძე დ. გელოვანი

ТБИЛИССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

Эмухвари Нино

КОМПЛЕКСНАЯ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РОЛИ ОСНОВНЫХ
РИСК-ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ИНФАРКТА
МИОКАРДА

14.00.33 – Социальная гигиена и организация здравоохранения

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Тбилиси
2006

Работа выполнена на кафедре общественного здравоохранения Тбилисского государственного медицинского университета.

Научный руководитель: - Отар Герзмава
доктор медицинских наук, профессор.

Официальные оппоненты: - Джангир Мамаладзе
Доктор медицинских наук,
профессор (14.00.33)

Гулнара Табидзе
Доктор медицинских наук,
профессор (14.00.06)

Защита диссертации состоится _____ 2006 г. в -----часов, на заседании диссертационного совета m14.07 №7 в Тбилисском государственном медицинском университете (0177, Тбилиси, пр. Важа -Пшавела, 33).

Ознакомиться с диссертацией можно в библиотеке Тбилисского государственного медицинского университета (0160, Тбилиси, пр. Важа -Пшавела, 29).

Автореферат разослан --- ----- 2006 г.

Ученый секретарь диссертационного совета, кандидат медицинских наук, доцент

Д. Геловани Д. Геловани

ნაშრომის ზოგადი ღახასიათება

პრობლემის აქტუალობა: მოსახლეობის ცხოვრების ჯანსაღი წესის ფორმირების პრობლემა დღესდღეობით წარმოადგენს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ძირითად მიმართულებას. ამასთან, მოდიფიცირებადი და არამოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორების (ჰიპერქოლესტერინემია, არტერიული ჰიპერტენზია, თამბაქოს წვევა, შაქრიანი დიაბეტი, სიმსუქნე და სხვ) პროფილაქტიკაზე მიმართული ღონისძიებათა განხორციელება არსებულ პირობებში გაძნელებულია. ამ კუთხით ქვეყანაში შეიქმნა განსაკუთრებით რთული სიტუაცია მოსახლეობაში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა და მათ შორის, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ფართო გავრცელებასთან დაკავშირებით.

გულის მწვავე იშემიური დაავადება არა მარტო კლინიკური კარდიოლოგიის, არამედ ეპიდემიოლოგიის, სოციალური მედიცინის, ჯანდაცვის ეკონომიკის, მთლიანად საზოგადოების სერიოზულ და ძნელად გადასატრელ პრობლემას წარმოადგენს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტთა მიერ ეს პათოლოგია ხასიათდება როგორც მე-20 საუკუნის ეპიდემია. ამის დადასტურებაა მწვავე გიდ-ით ავადობის მკვეთრი ზრდა, პაციენტთა მიერ შრომის უნარის დაკარგვის მაღალი ხარისხი, ის ფაქტი, რომ გიდ მოსახლეობის სიკვდილობის ერთერთი უმთავრესი მიზეზია.

ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად შეიცვალა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის მკურნალობა, რაც განპირობებულია ისეთი ფაქტორებით როგორებიცაა: დიაგნოსტიკის ახალი მეთოდების შემოღება, რანდომიზებული კვლევების შედეგებზე დაყრდნობით კონსერვატიული და ქირურგიული მკურნალობის უნიფიცირებული მეთოდების დანერგვა, სპეციალიზირებული სამედიცინო დაწესებულებების რიცხვის ზრდა და სხვ. თუ ჯერ კიდევ 60-იან წლებში მიოკარდიუმის ინფარქტით ლეტალობა 30-50% -ს შედგენდა მკურნალობის და დაკვირვების თანამედროვე მეთოდებმა ამ მიზეზით გამოწვეული სიკვდილობის შემთხვევათა სისშირე თითქმის გაანახევრა, ხოლო თრომბოლიზური პრეპარატების გამოყენებამ სიკვდილობა 7-5%-მდე შეამცირა.

მიუხედავად ამისა, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის წარმატებული პროფილაქტიკის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ღონისძიებაა რისკ-ფაქტორების თავიდან აცილება, რაც დაავადების წარმოშობის შემთხვევაშიც ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია მკურნალობის პროგნოზის გათვალისწინებით.

დადასტურებულია ისიც, რომ რისკ-ფაქტორების დროული კორექცია ამცირებს მიოკარდიუმის ინფარქტის შორეული გართულებების სისშირეს.

მიუხედავად რიგი დადებითი ძვრებისა კერძოდ მის მკურნალობაში, საქართველოში შექმნილი სიტუაცია არ იძლევა შესაძლებლობას, რათა მოსახლეობაში გატარდეს ფართო პროფილაქტიკური ღონისძიებები მიმართული მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის პროფილაქტიკაზე, პაციენტთა დროულ ჰოსპიტალიზაციაზე. ამასთან, კარდიოლოგიურ კლინიკაში მომუშავე სპეციალისტები ნაკლებ ყურადღებას უთმობენ რისკ-ფაქტორების მნიშვნელობის შეფასებას პაციენტთა მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროგნოზირების პროცესში.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, **კვლევის მიზანს** წარმოადგენს მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის წარმოშობაზე და პროგნოზზე მოქმედი რისკ-ფაქტორების შესწავლა და მათი კორექციური კავშირის დადგენა დაავადების

ჰოსპიტალურ და შორეულ გართულებებთან სათანადო პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავების მიზნით.

დასმული მიზნის მისაღწევად გადასაწყვეტი იყო *შემდეგი ამოცანები*:

- საქართველოში მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის გავრცელების დინამიკის შესწავლა (1990 - 2004 წლების მონაცემებით); ცალკეული რეგიონებისა და ქალაქების მიხედვით.
- პაციენტებზე მოქმედი ძირითადი რისკ-ფაქტორების (სოციალურ-ეკონომიკური, სოციალურ-ჰიგიენური და სამედიცინო-ბიოლოგიური) ურთიერთკავშირის დადგენა;
- მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის მქონე პაციენტებში ჩატარებული თრომბოლიზური თერაპიის შემდეგ მოდიფიცირებადი და არამოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორების (ჰიპერქოლესტერინემია, არტერიული ჰიპერტენზია, თამბაქოს წევა, შაქრიანი დიაბეტი, სიმსუქნე, მემკვიდრეობა, ასაკი, სქესი) როლის განსაზღვრა განვითარებულ გართულებებთან სისშირეზე;
- მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის გართულებათა პროფილაქტიკაზე მიმართული საორგანიზაციო ღონისძიებების დახასიათება და მათი ეფექტურობის კომპლექსური შეფასება;
- მიღებული მონაცემების საფუძველზე დაავადების პროფილაქტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით სათანადო პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის მეცნიერული სიახლე: პირველად დადგინდა:

- მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის გავრცელების თავისებურებები საქართველოში;
- დადგენილია მოდიფიცირებადი და არამოდიფიცირებადი რისკის ფაქტორების როლი მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ფორმირებაში, გამოვლენილია პაციენტებზე მოქმედი სოციალურ-ეკონომიკური, სოციალურ-ჰიგიენური და სამედიცინო ბიოლოგიური ფაქტორების სპეციფიკა და ურთიერთკავშირი. განსაზღვრულია შესწავლილი რისკის ფაქტორების გავლენა დანვითარებულ გართულებებთან სისშირეზე თრომბოლიზური თერაპიის შემდგომ.

ნაშრომის პრაქტიკული მნიშვნელობა:

კვლევის შედეგად მიღებულ იქნა მნიშვნელოვანი ინფორმაცია:

მოსახლეობაში მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის გავრცელების თავისებურებათა შესახებ, რომელიც საშუალებას იძლევა ობიექტურად შეფასდეს ამ კონტინენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, გამოიკვეთოს დაავადების პრევენციაზე მიმართული პრიორიტეტული პრობლემები;

- შესწავლილ იქნა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის გავრცელებაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორების გავლენის სპეციფიკა;

- დადგინდა, რომ მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის პრევენცია მოითხოვს სათანადო სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების საფუძვრებრივი სქემით ჩატარებას, რაც ხელს შეუწყობს ადექვატური მკურნალობის განხორციელებას, მნიშვნელოვნად შეამცირებს ამ დაავადებით გამოწვეული გართულებების სისშირეს, გააუმჯობესებს ავადმყოფთა ცხოვრების ხარისხს.

- კვლევის შედეგები შესაძლებელია საფუძველად დაედოს პროფილაქტიკურ პროგრამებს, რომელთა გატარება მიზანშეწონილია

როგორც ქვეყნის, ასევე ცალკეული ჯანდაცვის დაწესებულების და ინდივიდუალურ დონეზე.

დასაცავად წარმოდგენილი ძირითადი დებულებები:

- გიდ-ის რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირება შესაძლებლობას იძლევა შემცირდეს დაავადების გამწვავების სიხშირე და გაიზარდოს სიცოცხლის ხანგრძლივობა იმ ავადმყოფებში;
- მოდიფიცირებადი გარეგანი რისკ-ფაქტორებიდან ყველაზე დიდ და ხანგრძლივ ეფექტს იძლევა თამბაქოს წვევის მიტოვება;
- ხანგრძლივ რემისიას იძლევა არტერიული წნევის მუდმივი მონიტორინგი ამბულატორიულ პირობებში;
- თრომბოლიზურ თერაპიასთან ერთად არტერიული წნევის, სისხლში ლიპიდების და გლუკოზის დონის მოწესრიგება სარწმუნოდ ამცირებს მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების სიხშირეს, გართულებებს და სიკვდილობას საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით.

დისერტაციის აპრობაცია და პუბლიკაციები: დისერტაციის ძირითადი დებულებები მოხსენდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კათედრის სხდომაზე 23.01.2006 ოქმი № 9.

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 4 სტატია:

დისერტაციის მოცულობა და სტრუქტურა: ნაშრომი წარმოდგენილია ქართულ ენაზე 103 ნაბეჭდი გვერდით. მოიცავს შესავალს, ლიტერატურის მიმოხილვას, გამოკვლევის მეთოდიკას და მასალის საერთო დახასიათებას, საკუთარი გამოკვლევების შედეგებს, მიღებული შედეგების ანალიზს, დასკვნებს, პრაქტიკულ რეკომენდაციებს, დანართს, 22 ცხრილს, 1 დიაგრამას. ბიბლიოგრაფია მოიცავს 176 ლიტერატურის წყაროს, მათ შორის ქართული - 10 უცხოური – 166.

გამოკვლევის მასალა და მეთოდოლოგია

დასმული მიზნებიდან და ამოცანებიდან გამომდინარე, გამოკვლევაში გამოყენებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის, სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრის, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის საორგანიზაციო-ნორმატიული მასალები.

საინფორმაციო ძიების პროცესში გამოყენებულ იქნა როგორც ინტერნეტით მოძიებული მასალები, ასევე სხვადასხვა ქვეყანაში გამოცემული ლიტერატურა, რომლის საფუძველზეც გაკეთდა ინფორმაციული მიმოხილვა.

დამუშავდა სხვადასხვა ქვეყნების მონაცემები, რომლებიც შეეხებოდა მოსახლეობის მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის თავისებურებათა ანალიზს.

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის წარმოშობაზე მოქმედი მოდიფიცირებადი და არამოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორების (ჰიპერქოლესტერინემია, არტერიული ჰიპერტენზია, თამბაქოს წევა, შაქრიანი დიაბეტი, სიმსუქნე, მემკვიდრეობა. ასაკი, სქესი) შესწავლის მიზნით

გაანალიზებულ იქნა თსსუ-ის № 1 კლინიკის კარდიოლოგიურ განყოფილებაში ჰოსპიტალიზებულ ავადმყოფთა ისტორიები, რომელთაც 2000-2003 წლებში ჩაუტარდათ თრომბოლიზური თერაპია (170 პაციენტი).

საკონტროლო ჯგუფი შეადგინა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზებულმა 50-მა ავადმყოფმა, რომელთაც ჩაუტარდათ მიოკარდიუმის ინფარქტის სტანდარტული მკურნალობა, რაც მოიცავდა ასპირინს, β-ბლოკერებს, აგვ ინჰიბიტორებს, ნიტრატებს.

აგრეთვე გაანალიზებულ იქნა თრომბოლიზური თერაპიის შემდეგ განვითარებული გართულებების სიხშირე, მკურნალობის შორეული შედეგები და 5-წლიანი სიკვდილობა. ამ მაჩვენებლებზე რისკ-ფაქტორების კორექციის გავლენა.

გიდ-ის რისკ-ფაქტორების შესწავლისას გამოყენებული იქნა შემდეგი კლინიკურ-სტატისტიკური კვლევის მეთოდები:

არტერიული ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა და ხარისხის დადგენა ხდებოდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 1999 წ. მოწოდებული რეკომენდაციის საფუძველზე: სისტოლური წნევის სტაბილური მომატება 140 მმვწყსვ და/ან დიასტოლურის – 90 მმ ვწყ სვ-ზე მეტად. შაქრიანი დიაბეტის დადგენა ხდებოდა ამერიკის დიაბეტოლოგთა ასოციაციის მიერ 1997 წელს მოწოდებული კრიტერიუმების საფუძველზე: 1. შაქრიანი დიაბეტის სიმპტომებს დამატებული სისხლში გლუკოზის კონცენტრაციის მომატება 11 მმოლ/ლ-ზე მეტად დღის ნებისმიერ დროს შემთხვევით განსაზღვრისას. 2. უზმოზე სისხლში გლუკოზის კონცენტრაციის მომატება 7,0 მმოლ/ლ-ზე მეტად. 3. გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტის ჩატარებისას სისხლში გლუკოზის დონის მომატება 11,1 მმოლ/ლ-ზე მეტად. ასევე დგინდებოდა შაქრიანი დიაბეტის ტიპები: ტიპი I - ინსულინდამოკიდებული, ტიპი II – ინსულინდამოუკიდებელი.

სიმსუქნის ხარისხის დადგენა ხდებოდა სხეულის მასის ინდექსის (სმი) საშუალებით გერსოუს მეთოდით: $სმი = \frac{წონა(კგ)}{სიმაღლის^2 (მ^2)}$. როცა ინდექსია 20-24,9-მდე 0 ხარისხის სიმსუქნეა; 25-29,9 – I ხარისხის სიმსუქნეა, 30-40-მდე – II ხარისხის და 40 და მეტი – III ხარისხის სიმსუქნეა.

მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკა ხდებოდა კლინიკური, ეკგ, ლაბორატორიული და ექოკარდიოგრაფიული კვლევების მონაცემების საფუძველზე. თრომბოლიზური თერაპიის დაწყებისას ტკივილის ხანგრძლივობა არ აღემატებოდა 6 სთ-ს, აღინიშნებოდა ST სეგმენტის ელევაცია 2 და მეტ განხრებში 0,1 მმ-ზე მეტად, თრომბოლიზური თერაპია ტარდებოდა სტრეპტოკინაზით, რომლის ერთჯერადი დოზა იყო 1 500 000 ერთ. თრომბოლიზური თერაპიის ჩატარების დროს გათვალისწინებული იყო 1997 წ. მოწოდებული ჩვენებები და უკუჩვენებები. სტრეპტოკინაზას შეყვანა ხდებოდა ინფუზიონის საშუალებით 40 წთ-ის განმავლობაში, რის შემდეგაც გრძელდებოდა ჰეპარინის 48 სთ-იანი ინფუზია. რეპერფუზიის არაპირდაპირ კრიტერიუმებად ითვლებოდა: ST სეგმენტის ელევაციის შემცირება ეკგ ინფორმატიულ განხრებში თრომბოლიზური თერაპიის დაწყებიდან 60 – 90 წთ-ის ფარგლებში, ტკივილის შემცირება ან შეწყვეტა, რეპერფუზიული არიტმიების გაჩენა, დაავადების დაწყებიდან 16 სთ-ის განმავლობაში კრეატინინას მაქსიმალური აქტივობის მიღწევა.

ინფარქტის დიაგნოზის ვერიფიკაცია ხდებოდა სეგმენტური ასინერგიის უბნების გამოვლენით. ცენტრალური ჰემოდინამიკის მდგომარეობის შეფასების მიზნით ვსწავლობდით მარცხენა პარკუჭის ფუნქციურ მაჩვენებლებს: განდევნის ფრაქცია, დამოკლების ფრაქცია, საბოლოო სისტოლური და დიასტოლური ზომები და მოცულობები, ითვლებოდა დარტყმითი მოცულობა, წუთმოცულობა.

მიოკარდიუმის ინფარქტის სიმძიმის დადგენა ხდებოდა ინფარქტის ზომის: - Q კბილოვანი (მსხვილკეროვანი) და - Q კბილის გარეშე (წვრილკეროვანი), გავრცელების და გართულებების მიხედვით.

ზოგადკლინიკური გამოკვლევების გარდა ავადმყოფებს უტარდებოდა სისხლში ლიპიდური ცვლის მაჩვენებლების (საერთო ქოლესტერინი, მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების – HDL ქოლესტერინი, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების – LDL ქოლესტერინი, ძალიან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების – VLDL ქოლესტერინი, ტრიგლიცერიდები) განსაზღვრა. ქოლესტერინის სასურველი კონცენტრაცია სისხლში არის 5,2 მმოლ/ლ (200 მგ%-)მდე, ზომიერ მომატებად ითვლება 5,2 – 6,2 მმოლ/ლ (200 – 239 მგ%), ძლიერ მომატებად ითვლება ქოლესტერინის კონცენტრაცია სისხლში 6,2 მმოლ/ლ (240 მგ%-)ზე მეტი.

თრომბოლიზური თერაპიის ეფექტურობის შეფასების მიზნით ვიკვლევდით სისხლის შრატში ფერმენტ კრეატინკინაზას დინამიკას ტკივილის დაწყებიდან 8, 16, 24სთ-ის შემდეგ. ბიოქიმიური კვლევები ტარდებოდა მოწოდებული მეთოდით BIO-SYSTEM –ის ფირმის (ესპანეთი) ფოტომეტრზე ამავე ფირმის რეაქტივების გამოყენებით.

ეკგ-ს გადაღება ხდებოდა 12 სტანდარტულ განხრაში ზოგადად მიღებული მეთოდით SIEMENS-ELEMA ფირმის MINGOGRAF 34 მოდელის ჩამწერზე 25 მმ/წმ სიჩქარით. ST სეგმენტის ელევაცია იზომებოდა J წერტილიდან და ითვლებოდა ST სეგმენტის ელევაციის ხარისხის ჯამით სტანდარტულ განხრებში. ეკგ რეგისტრაცია ხდებოდა კლინიკაში შემოსვლისას, სტრესტოკინაზას გადასხმიდან 1 სთ-ის შემდეგ ყოველდღე 1 კვირის განმავლობაში. კლინიკიდან გაწერის შემდეგ კი ყოველ 6 თვეში ერთხელ.

ექოკარდიოგრაფიული კვლევა ერთ და ორგანზომილებიან რეჟიმში TE-BIOMEDICA-ს ფირმის SIM-5000 აპარატზე, 2,5 მგჰც-ის სისშირის გადამწოდით სტანდარტული მეთოდით. გამოკვლევა ტარდებოდა შემდეგი სტანდარტული პოზიციებიდან: პარასტერნალური გრძელი და მოკლე ღერძი (მიტრალური სარქელის და პაპილარული კუნთების დონეზე), აპიკალური ორ- და ოთხკამერიანი პოზიციებიდან. გამოკვლევისას ფასდებოდა მიოკარდიუმის ინფარქტის ლოკალიზაცია და გავრცელება. მიოკარდიუმის ლოკალური კუმშვადობის შეფასება ხდებოდა პარასტერნალურ გრძელ და მოკლე ღერძებზე და აპიკალურ ორ- და ოთხკამერიან პოზიციებში. გამოყენებული იყო ამერიკის გულის ასოციაციის მიერ მოწოდებული მარცხენა პარკუჭის დაყოფა 16 სეგმენტად.

გამოკვლევის შედეგად მიღებული ყველა მონაცემი დამუშავდა თანამედროვე სტატისტიკური მეთოდებით (ყველა შემთხვევაში გათვლილი იყო საშუალო არითმეტიკული M და საშუალო ცდომილება m. ნიშანთა შორის გამოვლენილი სხვაობის სარწმუნოების ხარისხის შეფასება ხდებოდა სტიუდენტის t კრიტერიუმის გამოყენებით).

გამოკვლევის შედეგები და მათი განხილვა

საქართველოს ისტორიული განვითარების ბოლო პერიოდის უაღრესად მოკლე მონაკვეთში მოხდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორების გამოხატული ცვალებადობა (თუმცა ბოლო დრომდე აღიარებული იყო მათი მაღალი ინერციულობა). ამასთან აღსანიშნავია, რომ სხვადასხვა დროს გამოვლინებული ტენდენციების გათვალისწინება და მათზე

სათანადო რეაქცია სახელმწიფოს მხრიდან უდავოდ შეარბილებდა დღესდღეობით არსებულ დემოგრაფიულ კრიზისს.

ზემოთაღნიშნულმა, ჩვენის აზრით, მნიშვნელოვნად განაპირობა ქვეყანაში არამარტო ე.წ. სოციალური დაავადებების (მათ შორის ტუბერკულოზი, ნარკომანია და ტოქსიკომანია, ფსიქიური მოშლილობანი და სხვ.) არამედ, ქრონიკული დაავადებების ფართო გავრცელება (იხ. ცხრილი 1)

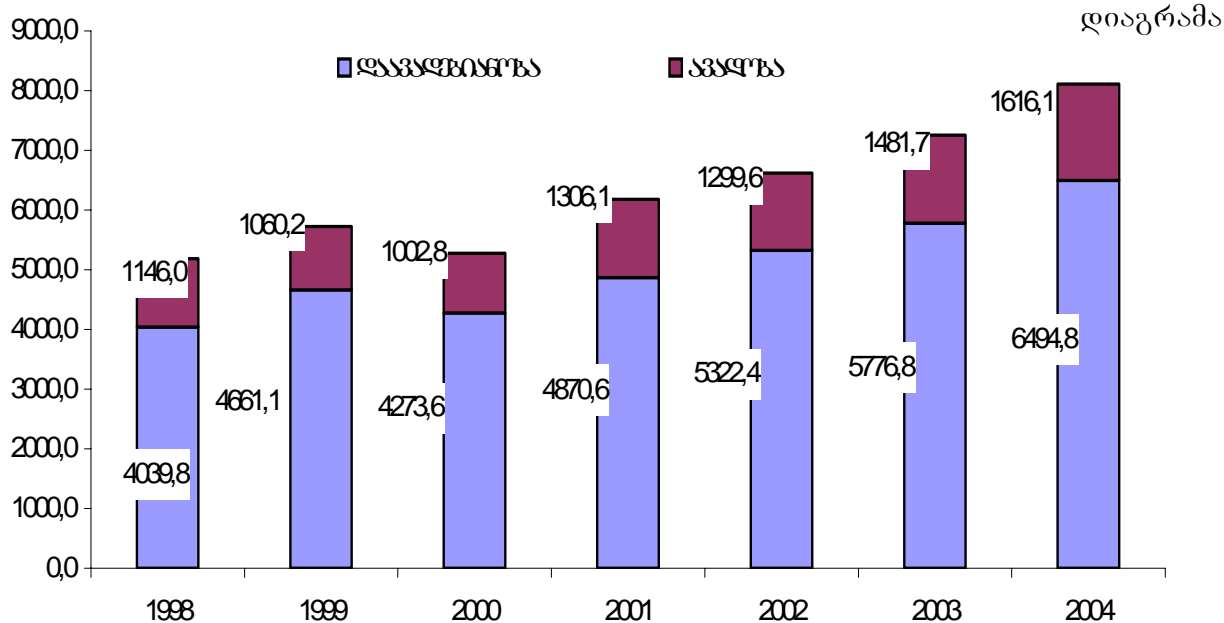
ცხრილი 1

საქართველოს მოსახლეობის დაავადებულობის და ავადობის მაჩვენებლები 2004 წლის მონაცემებით (100000 მოსახლეზე)

დაავადებათა ძირითადი კლასები IX დსკ-ს მიხედვით	სულ	დაავადუბიანობა	მ.შ. ახალი შემთხვევები	ავადობა
სულ	1444941	33053,4	621027	14206,2
ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	78080	1786,1	55577	1271,3
სიმსივნეები	40902	935,6	8347	190,9
ენდოკრინული სისტემის, კვების, ნივთიერებათა ცვლის და იმუნიტეტის დარღვევები	158603	3628,1	29920	684,4
სისხლის და სისხლმზად ორგანოთა დაავადებები	16175	370,0	8605	196,8
ფსიქიური აშლილობები	106921	2445,8	7637	174,7
ნერვული სისტემის და გრძობათა ორგანოების დაავადებები	143783	3289,1	51520	1178,5
სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	283921	6494,8	70648	1616,1
სუნთქვის ორგანოთა დაავადებები	306984	7022,3	235532	5387,9
საჭმლის მომნელებელ ორგანოთა დაავადებები	113272	2591,1	41885	958,1
შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები	69913	1599,3	31485	720,2
ორსულობა, მშობიარობა და შემდგომი პერიოდის გართულებები	7329	631,6	6052	521,6
კანისა და კანქვეშა უჯრედის დაავადებები	33859	774,5	23770	543,7
ძვალ-კუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები	31978	731,5	10731	245,5
თანდაყოლილი ანომალიები	6438	147,3	1192	27,3
ტრავმები და მოწამვლები	39948	845,2	32488	743,2

მოსახლეობის სიკვდილობის სტრუქტურა ასახავს იმ ძვრებს, რომლებიც მოხდა უკანასკნელ წლებში: სწრაფად იზრდება სიკვდილობის მაჩვენებლები დაკავშირებული გულ-სისხლძარღვთა, ონკოლოგიური, ნერვიულ-ფსიქიკური, ენდოკრინული პათოლოგიის მატებასთან.

ქვეყანაში განუხრელად იზრდება ისეთი მძიმედ მიმდინარე დაავადებების რიცხვი, როგორებიცაა გულის მწვავე და ქრონიკული იშემიური დაავადება (დიაგრამა).



გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გავრცელების დინამიკა საქართველოში 1998 – 2004წწ. (ყოველ 100000 მოსახლეზე)

წარმოდგენილი მონაცემები მოწმობენ, რომ უკანასკნელ ათწლეულში მკვეთრად იმატა როგორც მოსახლეობის დაავადებიანობამ, ასევე ავადობამ სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებების მხრივ. ამასთან ამ დაავადებების სტრუქტურის ანალიზით ირკვევა, რომ ძირითადად ეს მატება განპირობებულია ჰიპერტონული დაავადების, გულის მწვავე და ქრონიკული იშემიური დაავადებების და თავის ტვინის ვასკულარული დაავადებების თითქმის ორმაგი ზრდის ხარჯზე.

თუ განვიხილავთ მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის გავრცელების სტატისტიკას, შესაძლოა დავასკვნად, რომ ბოლო წლებში იგი ხასიათდება მთელი რიგი სერიოზული ძვრებით (იხ. ცხრილი 2)

ცხრილი 2

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის და სტენოკარდიის გავრცელება საქართველოში 1998 – 2004 წწ. მონაცემებით (100000 სულ მოსახლეზე)

წლები	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
სტენოკარდია	423.1	487.7	416.8	491.3	519.6	560.0	575.9
სტენოკარდია აქედან სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით	179.8	111.3	95.6	116.0	117.8	125.5	140,0
მწვავე ინფარქტი	62.5	92.0	55.0	56.2	70.9	69.8	75,8
აქედან სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით	18.0	22.6	20.7	22.5	35.1	32.0	39,6

როგორც ცხრილში წარმოდგენილი მონაცემები მოწმობენ პაციენტთა რიცხვის სიხშირე მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით 1998-2004 წწ გაიზარდა, ასევე იმატა იმ პაციენტთა რაოდენობამ, რომელთაც ეს დიაგნოზი სიცოცხლეში პირველად დაუდგინდა. ამასთან, ყურადსაღებია, რომ სტენოკარდიის შემთხვევათა საერთო რიცხვმა თითქმის სამჯერ იმატა, მაშინ როდესაც საგრძნობლად იკლო პაციენტთა რაოდენობამ, რომლებსაც ეს დიაგნოზი სიცოცხლეში პირველად დაუდგინდათ. ჩვენის აზრით არსებული სხვაობა მიუთითებს იმ გარემოებაზე, რომ პაციენტთა დიდი რაოდენობა სტენოკარდიის სიმპტომების წარმოჩინების შემთხვევაში საერთოდ არ მიმართავს ექიმს და ცდილობს საკუთარი ძალებით დაძლიოს წარმოქმნილი სიტუაცია.

თვითმკურნალობის ფართო გავრცელებას აშკარად ხელს უწყობს სააფთიაქო ქსელში ძლიერმოქმედი მედიკამენტების თავისუფალი გაყიდვა და როგორც შედეგი – მოსახლეობაში მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის შემთხვევათა გამოსატყუი გახშირება.

წარმოშობილი სიტუაციის ერთ-ერთ ძირითად მიზეზად შესაძლოა ჩაითვალოს მოსახლეობის ცხოვრების წესის შეცვლა, დაავადების გავრცელებაზე მოქმედი შედარებით ახალი ჯგუფის რისკ-ფაქტორების გახშირება (ნარკომანია, ტოქსიკომანიები, ალკოჰოლიზმი და სხვ.). ასე, მაგალითად ქვეყანაში მკვეთრად გაიზარდა თამბაქოს მოხმარება, რომელმაც მოიცვა მოსახლეობის ის ჯგუფები, რომლებშიც ეს ჩვევა სულ ცოტა ხნის წინ ერთეულ შემთხვევებში აღინიშნებოდა (მოზარდები, ქალები და სხვ.).

თამბაქოს მოხმარება საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთ უმთავრეს პრობლემას წარმოადგენს. სხვადასხვა საბაზისო კვლევების მონაცემებით, სადღეისოდ თამბაქოს მოიხმარს ქვეყნის მოსახლეობის დაახლოებით 37-40%. მამაკაცებს შორის მწვეველია 50-65%, ხოლო ქალებს შორის 16-22%. ძალზე საყურადღებოა მდგომარეობა მოზარდებს შორის. სკოლის მოსწავლეების 22,1% მწვეველია, ხოლო ქალებს შორის მწვევლობის პროგრესი კატასტროფულია – იგი ბოლო 16 წლის განმავლობაში თითქმის 6-ჯერ გაიზარდა (მ.შ. თამბაქოს მოხმარების გავრცელება გაზრდილია ორსულეებში).

სხვადასხვა კვლევებით დადასტურდა, რომ საქართველოს მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი იმყოფება თამბაქოს პერმანენტული და ინტენსიური ზემოქმედების ქვეშ. თამბაქოს მოხმარების სიხშირე როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში ყველაზე მაღალია 26-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, ისინი ეწვეიან მთელი მოხმარებული სიგარეტის 60,5%-ს. მათზე მოდის სიგარეტის შექმნაზე დახარჯული მთელი თანხის ორი მესამედი.

საკმარისია აღინიშნოს, რომ თუ ევროპაში სიგარეტზე მოთხოვნილება ერთ მოზრდილ მოსახლეზე, ბოლო ათწლეულის მანძილზე იკლო 7%-ით, აშშ-ში და 6%-ით კანადაში, იმავდროულად დსთ-ს ქვეყნებში და მათ შორის საქართველოში იგი გაიზარდა - 42%-ით (იხ.ცხრილი 3).

ცხრილი 3

ზოგიერთი ქვეყნის მოსახლეობის მიერ მოხმარებული სიგარეტის საშუალო წლიური რაოდენობა (ერთ სულ მოსახლეზე)

ქვეყანა	1980 წ.	1990 წ.	2002 წ.
ევროპა (მთლიანად)	1856	1679	1678
ბელგია	1842	1751	1403
ჩინეთი	1489	1436	1019
საქართველო	700	950	1583
თურქეთი	1088	1304	1607
შვედეთი	1569	1254	985

უკანასკნელ წლებში საქართველოში მკვეთრად შეიცვალა კვების პროდუქტების მოხმარების დინამიკა. არსებული მონაცემებით მოსახლეობის უმეტესი ნაწილის ყოველდღიურ რაციონში გამოხატულად გაიზარდა პურისა და პურპროდუქტების (სხვადასხვა სოციალური ჯგუფებისათვის 65-დან 85%-მდე) და კარტოფილის- (8-14%) მოხმარება, რაც ძირითადად მოხდა რძისა და რძის პროდუქტების (2-8% სხვადასხვა ჯგუფების მიხედვით), ხორცისა და ხორცის პროდუქტების (5-12%), შაქრისა და საკონდიტრო ნაწარმის (2-6%) შემცირების ხარჯზე. ამასთან, აღინიშნება ქვეყნის მოსახლეობის ყოველდღიური საკვები რაციონის კალორიულობის კლება (იხ. ცხრილი 4).

ცხრილი 4

საქართველოს და ზოგიერთი სხვა ქვეყნის მოსახლეობის ყოველდღიური საკვების კალორიულობა (1990 და 2002 წწ. მონაცემებით)

ქვეყანა	1990 წ.	2002 წ.
სომხეთი	2794	1975
აზერბაიჯანი	2577	2095
საქართველო	3028	2222
საფრანგეთი	3534	3588
ფინეთი	3077	3022
ისრაელი	3276	3271
რუსეთი	3122	2926

მიუხედავად იმისა, რომ მოსახლეობის კვების რაციონის კალორიულობამ სხვა ქვეყნებშიც იკლო, ღსთ-ს ქვეყნებში, და მათ შორის საქართველოში ეს პროცესი გაცილებით სწრაფად მიმდინარეობს. ამასთან, ამიერკავკასიის ქვეყნებში საკვების რაციონის კალორიულობა უფრო დაბალია, ვიდრე დადგენილი ფიზიოლოგიური ნორმა (სხვადასხვა ავტორის აზრით იგი 3200-2800 კალორიას შეადგენს).

ზემოაღნიშნული დასტურდება ჩვენს მიერ მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით შესწავლილი ძირითადი და საკონტროლო ჯგუფის ავადმყოფთა მონაცემებითაც (იხ. ცხრილი 5)

ცხრილი 5

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ძირითადი და საკონტროლო ჯგუფის ავადმყოფებში ზოგიერთი რისკ-ფაქტორის გავრცელება

ავ. ჯგუფი რიცხვი	ძირითადი ჯგუფი		საკონტროლო ჯგუფი	
	აბს. რიცხვი	%	აბს. რიცხვი	%
მამაკაცი	115	67,4	31	62,0
ქალი	55	32,6	19	38,0
ასაკი	0,9	67,1	0,6	69,3
მი Q კბილით	115	68,0	33	66,0
მი Q კბილის გარეშე	54	32,0	17	34,0
წინა კედლის	89	52,7	28	56,0
უკანა კედლის	80	47,3	22	44,0
ჰიპერტოლესტერინემია	129	76,3	39	78,0
არ არტერიული	112	66,3	34	68,0
ჰიპერტენზია	24	14,2	7	14,0
შაქრიანი დიაბეტი	81	47,9	29	58,0
თამბაქოს მოხმარება	37	21,9	9	18,0
სიმსუქნე	49	30,0	7	14,0
მემკვიდრეობა	18	10,6	4	8,0
ჰიპოდინამია				

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ძირითადი და საკონტროლო ჯგუფის ავადმყოფები იყვნენ შედარებადნი ასაკის, სქესის, მიოკარდიუმის ინფარქტის ზომის, ლოკალიზაციის მიხედვით. მამაკაცები ორჯერ უფრო მეტი იყვნენ, ვიდრე ქალები, შესაბამისად 114 (67,4%) და (55 – 32,6%). საშუალო ასაკი იყო შესაბამისად 67,1±0,9 და 69,3±0,6 წელი. ორივე ჯგუფში ჭარბობდა წინა ლოკალიზაციის ინფარქტი, შესაბამისად 89 – 52,7% და 28 – 56% და ასევე ჭარბობდა ინფარქტი Q კბილით, შესაბამისად 115 – 68% და 33 – 66%.

მიოკარდიუმის ინფარქტის რისკ-ფაქტორების შესწავლამ აჩვენა, რომ ავადმყოფთა უმრავლესობას როგორც ძირითად, ასევე საკონტროლო ჯგუფში ჰქონდა ჰიპერტოლესტერინემია 129 (76,3%) და 39(78%) ავადმყოფს, არტერიული ჰიპერტენზია, შესაბამისად 112 – 66,3% და 34 – 68% პაციენტს, სისხშირით მესამე ადგილზე იყო თამბაქოს წევა – შესაბამისად 81 – 47,9% და 29 – 58%, ავადმყოფთა დაახლოებით ერთ მესამედს აღენიშნებოდა გიდ მემკვიდრეობაში, ერთ მესუთედს – 21,9%-ს სიმსუქნე და ყველაზე ნაკლებ პროცენტში გვხვდებოდა ჰიპოდინამია (სქემა 1).

სქემა 1

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის წარმოშობის რისკის სტრატეგიკაციის კრიტერიუმები

რისკის ფაქტორები	სამიზნე ორგანოების დაზიანება	ასოცირებული კლინიკური მდგომარეობა
<p>მამაკაცები >55 წ. ქალები >65 წ. სიგარეტის მოწევა ჰიპელქოლესტერინემია სამუშაო პირობები სოციალური პირობები ოჯახური ანამნეზი გულ-სისხლძარღვთა დაავადების ადრეული ფორმები (ქალები<65 წ., მამაკაცები <55 წ.) ჰიპერტონული დაავადება შაქრიანი დიაბეტი</p>	<p>მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია (ეკგ,ექოკგ ან რენტგენოგრაფია); პროტეინურია და/ან კრეატინემია 1,2–2,0 მგ/დლ; ათეროსკლეროზული ფოლაქის ულტრაბგერითი ან რენტგენოლოგიური ნიშნები არტერიის ბადის გენერა- ლიზებული ან კეროვანი შევიწროება</p>	<p><u>ცერებროვასკულარული</u> <u>დაავადებები</u> იშემიური ინსულტი ჰემორაგიული ინსულტი ტრანზიტორული იშემიური შეტევა <u>გულის დაავადებები</u> სტენოკარდია ოპერაცია კორონარულ არტერიებზე შეგუბებითი გულის უკმარისობა</p>

დაკვირვების პერიოდში განმეორებითი ინფარქტი 1 რისკ-ფაქტორით ავადმყოფთაგან არავის განუვითარდა. 2 რისკ-ფაქტორით ავადმყოფთაგან განუვითარდა ძირითადი ჯგუფის 4(7,8%) და საკონტროლო ჯგუფის 2(16,7%) პაციენტს. 3 რისკ-ფაქტორით, შესაბამისად, 6(10%) და 4(22,2%) პაციენტს. 4 რისკ-ფაქტორით – 6(16,2%) და 4(28,6%) პაციენტს შესაბამისად.

30-დღიანი სიკვდილობის შესწავლამ აჩვენა, რომ 1 რისკ-ფაქტორით ავადმყოფთაგან არცერთი ავადმყოფი არ გარდაცვლილა. 2 რისკ-ფაქტორით ძირითად ჯგუფში გარდაიცვალა 2(3,9%) და საკონტროლო ჯგუფში – 1(8,3%) პაციენტი. 3 რისკ-ფაქტორით გარდაიცვალა 5(8,3%) და 3(16,7%) პაციენტი. 4 რისკ-ფაქტორით, შესაბამისად, 5(13,5%) და 3(21,4%) პაციენტი.

5-წლიანი სიკვდილობის შესწავლამ აჩვენა, რომ 1 რისკ-ფაქტორით ავადმყოფთაგან ძირითად ჯგუფში გარდაიცვალა 2(9,5%) და საკონტროლო ჯგუფში – 2(33,3%) პაციენტი. 2 რისკ-ფაქტორით ძირითად ჯგუფში

გარდაიცვალა 8(15,7%) და საკონტროლო ჯგუფში – 4(33,3%) პაციენტი. 3 რისკ-ფაქტორით გარდაიცვალა 9(15%) და 6(38,9%) პაციენტი. 4 რისკ-ფაქტორით, შესაბამისად, 4(10,8%) და 5(45,4%) პაციენტი (ცხრილი 6)

ცხრილი 6

მი ავადმყოფთა სიკვდილობა გიდ რისკ-ფაქტორების მიხედვით

სიც. ხანგრძ.	30-დღიანი		5-წლიანი	
	ძირითადი	საკონტროლო	ძირითადი	საკონტროლო
ერთი	–	–	2 – 9,5%	2 – 33,3%
ორი	2 - 3,9%	1 – 8,3%	8 – 15,7%	4 – 33,3%
სამი	5 - 8,3%	3 – 16,7%	9 – 15%	6 – 38,9%
ოთხი	5 - 13,5%	3 – 21,4%	4 – 10,8%	5 – 45,4%
სულ	12 – 7,1%	7 – 14%	23 – 13,6%	17 – 34%

ამგვარად, რისკ-ფაქტორების რაოდენობის მიხედვით სიკვდილობის შესწავლით აღმოჩნდა, რომ მისი სიდიდე კორელაციაშია რისკ-ფაქტორების რაოდენობასთან, ხოლო თრომბოლიზური თერაპია სარწმუნოდ ამცირებს სიკვდილობას საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით რისკ-ფაქტორების მიუხედავად.

ავადმყოფებში ლეტალობა შევისწავლეთ რისკ-ფაქტორების სახესა და რაოდენობასთან კავშირში, რისთვისაც პაციენტები დაყავით 4 ჯგუფად. 1 რისკ-ფაქტორით ავადმყოფთაგან ძირითად ჯგუფში 30 დღის განმავლობაში არც ერთი არ გარდაცვლილა, ხოლო 5-წლიანი სიკვდილობა 9,5% იყო. საკონტროლო ჯგუფში – 33,3%. 2 რისკ-ფაქტორით ავადმყოფებში 30-დღიანი სიკვდილობა იყო 3,9%, 5-წლიანი – 15,7%. ამ ავადმყოფებში ყველაზე ხშირი რისკ-ფაქტორი იყო არტერიული ჰიპერტენზია და ჰიპერქოლესტერინემია. 3 რისკ-ფაქტორით ავადმყოფებში არტერიული ჰიპერტენზიასა და ჰიპერქოლესტერინემიასთან ერთად დიდი იყო მწვეველების რაოდენობა, შედარებით იშვიათი იყო ჭარბი წონა და მემკვიდრული ფაქტორი. ამ ავადმყოფთა სიკვდილობა კიდევ უფრო მაღალი იყო და 30 დღეზე შეადგინა 8,3%, 5 წლის შემდეგ – 15%. 4 რისკ-ფაქტორით ავადმყოფებში ჭარბობდა არტერიული ჰიპერტენზია, ჰიპერქოლესტერინემია, თამბაქო, შაქრიანი დიაბეტი. ამ ავადმყოფთა 30-დღიანი სიკვდილობა იყო 13,5%, 5-წლიანი – 10,8%.

თრომბოლიზური თერაპიის ჩატარების შემდგომ პერიოდში პირველი წლის განმავლობაში 72(42,6%) პაციენტს ჩაუტარდა კორონაროგრაფია, რომელთაგან 54 (32%)-ს დასჭირდა სტენტირება. ამ ავადმყოფთაგან უმეტესობა იყო შაქრიანი დიაბეტით, თამბაქოს მწვეველები და აღენიშნებოდათ გულის უკმარისობა. ეს მონაცემები საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ გიდ-ის რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირება ინტერვენციული თერაპიის გადავადების საშუალებას იძლევა.

ამრიგად, ამ მონაცემებიდან გამომდინარეობს, რომ ასაკის და სქესის გათვალისწინების გარეშე, მიოკარდიუმის ინფარქტით სიკვდილობის ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორი არტერიული ჰიპერტენზიაა. ქალებში ამ ფაქტორს ემატება შაქრიანი დიაბეტი და სხეულის ჭარბი წონა. მამაკაცებში სიკვდილობის ძირითადი რისკ-ფაქტორებია არტერიული ჰიპერტენზია და თამბაქო. ასევე მოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორების კორექცია ზრდის თრომბოლიზური თერაპიის ეფექტურობას როგორც ხანმოკლე, ისე ხანგრძლივი დაკვირვების პერიოდში.

დასკვნები

1. გიდ-ის რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირება შესაძლებლობას იძლევა შემცირდეს დაავადების გამწვავების სიხშირე და გაიზარდოს სიცოცხლის ხანგრძლივობა იმ ავადმყოფებში, რომელთაც არ ჩატარებიათ ანგიოპლასტიკა ან აორტო-კორონარული შუნტირება.
2. ისეთ მოდიფიცირებად რისკ-ფაქტორებზე ზემოქმედება, როგორებიცაა თამბაქოს წვევა, სიმსუქნე, ჰიპოდინამია, მკვეთრად ამცირებს მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების სიხშირეს, გართულებებსა და სიკვდილობას, როგორც თრომბოლიზისის, ისე საკონტროლო ჯგუფში.
3. მოდიფიცირებადი გარეგანი რისკ-ფაქტორებიდან ყველაზე დიდ და ხანგრძლივ ეფექტს იძლევა თამბაქოს წვევის მიტოვება, შემდეგ მოდის სხვა გარეგანი რისკ-ფაქტორები. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია ამ მიმართულებით პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება. ასეთივე ხანგრძლივ რემისიას იძლევა არტერიული წნევის მუდმივი მონიტორინგი ამბულატორიულ პირობებში.
4. თრომბოლიზურ თერაპიასთან ერთად არტერიული წნევის, სისხლში ლიპიდების და გლუკოზის დონის მოწესრიგება სარწმუნოდ ამცირებს მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების სიხშირეს, გართულებებს და სიკვდილობას საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით.
5. თრომბოლიზური თერაპია ინტერვენციული თერაპიის ალტერნატიულ მეთოდს წარმოადგენს, რომლითაც შესაძლებელი ხდება მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების გადავადება ან მისი ზომის მკვეთრი შემცირება.
6. ავადმყოფების 32%-ში თრომბოლიზისის შემდეგ, 1 წლის განმავლობაში, აუცილებელი გახდა ინტერვენციული თერაპია, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს იმ ფაქტს, რომ თრომბოლიზისი არის შუალედური პროცედურა ინტერვენციულ მკურნალობამდე, მაგრამ როგორც გარეგანი, ასევე შინაგანი რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირება ინტერვენციული თერაპიის გადავადების საშუალებას იძლევა.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

1. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს სიკვდილობის რისკის ხარისხის და გართულებების პროფილაქტიკისთვის მიზანშეწონილია გიდ-ის მოდიფიცირებადი გარეგანი და შინაგანი რისკ-ფაქტორების გამოვლენა.
2. გიდ-ის მოდიფიცირებადი რისკ-ფაქტორების დროული გამოვლენა და მასზე ზემოქმედება საშუალებას მისცემს პაციენტს „გადაავადოს“ ინტერვენციული თერაპიული ღონისძიებები მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის შესაძლო განვითარების, გართულებებისა და სიკვდილობის შემცირების მიზნით.
3. თრომბოლიზური თერაპიის ჩატარების შემდეგ აუცილებელია გიდ-ის მეორადი პროფილაქტიკა ამბულატორიულ პირობებში, მიმართული რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირებისკენ.
4. თრომბოლიზური თერაპიის შემდგომ გიდ-ის რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირებასთან ერთად პაციენტები აუცილებლად საჭიროებენ კორონაროგრაფიას მკურნალობის მეთოდის შესარჩევად.

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო ნაშრომები

1. ზოგიერთი რისკის ფაქტორის გავლენა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის მკურნალობაზე. საქართველოს სამედიცინო მოამბე. ოქტომბერი-დეკემბერი, 4, 2005. გვ. 20-24.
2. რისკის ფაქტორები მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს. საქართველოს სამედიცინო მოამბე. იანვარი-მარტი, 1, 2006, გვ. 38-41.
3. თრომბოლიზური თერაპიის ეფექტურობის შესწავლა მიოკარდიუმის ინფარქტით სხვადასხვა ასაკის პაციენტებში. კარდიოლოგია და შინაგანი მედიცინა, 1, 2006, გვ.15-19, ნაფეტვარიძე რ. (თანაავტორი)
4. Effect of Thrombolytic Therapy on Remodeling of Left Ventricular in Myocardial Infarction Patients. Clinical Medicine 2005, გვ.34-37. Svanidze S, Mamatsashvili I. (თანაავტორი)

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы: Формирование здорового образа жизни населения на сегодняшний день является одним из главных направлений деятельности системы здравоохранения Грузии. В данной ситуации особую значимость приобретают меры по профилактике модифицированных и немодифицированных риск-факторов (гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, ожирение и др.).

Широкое распространение острого инфаркта миокарда представляет собой комплексную трудноразрешимую проблему, требующую особого внимания не только кардиологов, но и эпидемиологов, менеджеров здравоохранения, и общества в целом. Экспертами Всемирной организации здравоохранения эта патология охарактеризована как эпидемия, подтверждением чему является резкий рост заболеваний острой ишемической болезнью сердца, высокий уровень потери трудоспособности пациентами. Острая ишемическая болезнь сердца является одной из главных причин смертности населения.

За последние годы значительно изменилась стратегия профилактики и лечения острого инфаркта миокарда, что обусловлено такими факторами, как: внедрение на основе рандомизированных исследований новых методов диагностики, консервативных и хирургических методов лечения, увеличение числа специализированных медицинских учреждений и др. Если еще в 60-е годы летальность от инфаркта миокарда составляла 30-50%, то современные методы лечения и наблюдения за больными почти наполовину снизили частоту смертности от этой патологии, а применение тромболитических препаратов – еще на 5-7%.

Мероприятия по успешной профилактике острого инфаркта миокарда влияют не только на снижение вероятности его возникновения и чрезвычайно важны для прогноза результатов лечения. Подтверждено, что своевременная коррекция риск-факторов сокращает частоту дальнейших осложнений, улучшает качество жизни пациентов.

Несмотря на ряд положительных сдвигов, сложившаяся ситуация в Грузии не позволяет проводить среди населения широких мероприятий по профилактике острого инфаркта миокарда, своевременной госпитализации пациентов. Вместе с тем, сотрудники кардиологических клиник в своей работе уделяют меньше внимания оценке значения риск-факторов в прогнозировании процесса лечения и реабилитации данной патологии.

Исходя из вышеизложенного, **целью исследования** являлось изучение риск-факторов возникновения острого инфаркта миокарда с целью разработки соответствующих практических рекомендаций, направленных на предотвращение осложнений и летальности пациентов, осложнений заболевания.

Для достижения поставленной цели необходимо было решение следующих задач:

- Изучение динамику распространенности острого инфаркта миокарда в Грузии за период 1990-2004гг.;
- установление взаимосвязи между основными риск-факторами, действующими на пациента (социально-экономические, социально-гигиенические и медико-биологические);
- определение роли модифицированных и немодифицированных факторов (гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, ожирение, наследственность, возраст, пол) в процессе развития осложнений заболевания после проведения у пациентов с острым инфарктом миокарда тромболитической терапии;
- комплексная оценка эффективности организационных мероприятий, направленных на профилактику острого инфаркта миокарда;
- разработка практических рекомендаций с целью повышения эффективности реабилитации и лечения острого инфаркта миокарда.

Научная новизна исследования: Впервые были установлены:

- особенности распространения острого инфаркта миокарда в Грузии;
- установлена роль модифицированных и немодифицированных риск-факторов на формирование острого инфаркта миокарда, выявлено влияние на пациентов специфики и взаимодействия социально-экономический, социально-гигиенических и медико-биологических факторов. Определены влияния изученных риск-факторов на частоту развившихся осложнений после тромболитической терапии.

Практическое значение работы:

- Получена важная информация, касающаяся особенностей распространения острого инфаркта миокарда среди населения, что дает возможность объективно оценить состояние здоровья этого контингента, определить приоритетные проблемы в процессе заболевания.
- Изучена специфика влияния риск-факторов на распространение острого инфаркта миокарда.
- Установлено, что превенция острого инфаркта миокарда требует проведения лечебно-профилактических мероприятий по поэтапной схеме, что способствует адекватному лечению, значительно сокращает частоту осложнений, улучшает качество жизни больных.
- Итоги исследования могут составить основу при разработке профилактических программ, проведение которых рекомендуется как для страны в целом, так и для отдельных учреждений.

Основные положения, выносимые на защиту:

- Модифицирование риск-факторов ИБС позволяют уменьшить частоту осложнения заболевания и увеличить продолжительность жизни больных;
- среди модифицированных внешних риск-факторов самым отрицательным является курение;
- длительной ремиссии пациентов способствует постоянный мониторинг артериального давления в амбулаторных условиях;
- наряду с тромболитической терапией, упорядочение артериального давления, липидов в крови и уровня глюкозы достоверно уменьшает увеличение частоты осложнений и смертности при остром инфаркте миокарда.

Апробация диссертации и публикации: Основные положения диссертации были доложены на заседании кафедры общественного здравоохранения 23.01.2006, протокол №9

На тему диссертации было опубликовано 4 статьи.

Структура и объем диссертации. Диссертация представлена на грузинском языке, на 103 печатных листах и состоит из введения, обзора литературы, методики исследования и содержит общую характеристику материала, анализ полученных данных, выводы, практические предложения, приложения, иллюстрирована 29 таблицами, 1 диаграмма.

Библиография содержит 176 литературных источников, в том числе на грузинском языке 10 и иностранных языках 166.

Материал и методы исследования

Исходя из поставленных целей и задач в исследовании использованы информационные и нормативные материалы Министерства труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, Центра медицинской статистики и информации, Государственной компании медицинского страхования.

В процессе информационного поиска были использованы как материалы, найденные в интернете, так и специальная литература.

Были обработаны данные касающиеся анализа особенностей заболеваемости и смертности от острого инфаркта миокарда.

Для изучения роли в развитии острого инфаркта миокарда модифицированных и немодифицированных риск-факторов (гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, ожирение, наследственность, возраст, пол) были проанализированы истории госпитализированных больных кардиологического отделения №1 клиники ТГМУ, которым в 2000-2003 годах была проведена тромболитическая терапия (170 пациентов).

Контрольную группу представляли 50 больных госпитализированных с диагнозом острого инфаркта миокарда, которым было проведено стандартное лечение инфаркта миокарда, что включало аспирин, β -блокаторов, ингибиторов АГФ, нитраты.

Также была проанализирована частота осложнений после тромболитической терапии, долгосрочные результаты лечения и 5-летняя смертность. Во время изучения риск-факторов ИБС были использованы следующие клиничко-статистические методы исследования:

Роль артериальной гипертензии изучалась на основе рекомендаций разработанных экспертами Всемирной организации здравоохранения (1999 г.), указывающаяся на то, что риск развития ИБС представляет стабильное повышение систолического давления до 140 мм.рт.ст. и/или – диастолического давления до – 90 мм.рт.ст. и больше.

Риск влияния сахарного диабета изучался на основании критериев, разработанных в 1997 году Американской ассоциации диабетологов по следующей схеме:

1. При симптомах сахарного диабета повышение концентрации глюкозы в крови на 11 ммоль/л в любое время дня при случайном определении.
2. Натощак увеличение концентрации глюкозы больше чем на 7,0 ммоль/л.
3. При проведении теста на толерантность к глюкозе увеличение уровня глюкозы в крови больше чем на 11,1 ммоль/л. Также устанавливались типы сахарного диабета: I тип – инсулинозависимый, II – неинсулинозависимый.

Установление роли риска ожирения проводилось с использованием индекса массы тела (ИМТ), методом Герсоу: $ИМТ = \text{вес (кг)} : \text{рост (м}^2\text{)}$, когда индекс до 20-24,9, ожирение – 0; 25-29,9 – ожирение I степени, 30-40 – ожирение II степени и 40 и выше – III степени.

Диагностика инфаркта миокарда – изучалась с использованием лабораторных и электрокардиографических исследований. До начала тромболитической терапии продолжение боли не превышало 6 часов, отмечалась элевация ST сегментов по 2-м направлениям и больше 0,1 mV.

Тромболитическая терапия проводилась при помощи стрептокиназы, одноразовая доза которой составляла 1 500 000 единиц. Во время проведения тромболитической терапии были учтены показания и противопоказания. Введение стрептокиназы происходило при помощи инфузомата в течение 40 минут, после чего продолжалась инфузия гепарина в течение 48 часов. Непрямыми критериями реперфузии считались:

уменьшение элевации ST сегментов по информации ЭКГ с начала проведения тромболитической терапии в течение 60-90 минут, уменьшение или прекращение боли не наблюдалось, возникла реперфузионная аритмия, с начала заболевания в течение 16 часов креатинкиназа достигала максимальной активности.

Верификация диагноза инфаркта предусматривала выявление сегментативной асинергии. При оценке состояния центральной гемодинамики изучались показатели левого желудочка: систолические и диастолические показатели АД, ударный объем, минутный объем.

Тяжесть инфаркта миокарда определялась по размерам: Q-зубцу (крупноочаговый) и без Q-зубца (мелкоочаговый), по осложнению и тяжести.

Помимо общеклинических обследований определялся липидный обмен (общий холестерин, высокая плотность липопротеинов – HDL холестерин, низкая плотность липопротеинов - LDL, очень низкая плотность липопротеинов – VLDL. Принято считать, что концентрация холестерина в крови должна составлять до 5,2 ммоль/л (200 мг%), умеренное повышение – 5,2-6,2 ммоль/л (200-239 мг%), значительным увеличением считается повышение концентрации холестерина в крови больше 6,2 ммоль/л (240 мг%).

С целью оценки эффективности тромболитической терапии изучалась динамика фермента креатинкиназы в сыворотке крови с начала возникновения боли, а также через 8, 16, 24 часа. Биохимические исследования проводились на фотометре методики BIO-SYSTEM (Испания) с применением реактивов этой же фирмы.

Снятие ЭКГ проводилась по 12 стандартным направлениям по общепринятой методике SIEMENS-ELEMA фирмы MINGOGRAF со скоростью 25 мм/мин.

Эхокардиографическое исследование в одном и двух измерениях проводилось аппаратом фирмы OTE-BIOMEDICA SIM-5000, по стандартной методике на частоте 2,5 мггерц.

Обследование проводилось по следующим стандартным позициям: длинные и короткие парастеральные стержни (на уровне митрального клапана и папиллярных мышц), с позиций 2-и 4-х камерных апикальных позиций. При обследовании оценивались локализация и распространение инфаркта миокарда. Оценка локального сокращения миокарда проводилась на длинных и коротких стержнях парастернала и 2-х и 4-х камерных позициях апикала. Использовалась разделение левого желудка на 16 сегментов по методике Американской сердечной ассоциации.

Полученные в результате исследования данные были обработаны современными статистическими методами (во всех случаях была рассчитана средняя арифметическая (M) и ошибка средней (m). Оценка выявленных показателей определялась уровнем достоверности при помощи критерия t Стьюдента).

Результаты исследования и их обсуждение

За последние годы произошли выраженные изменения основных индикаторов здоровья населения.

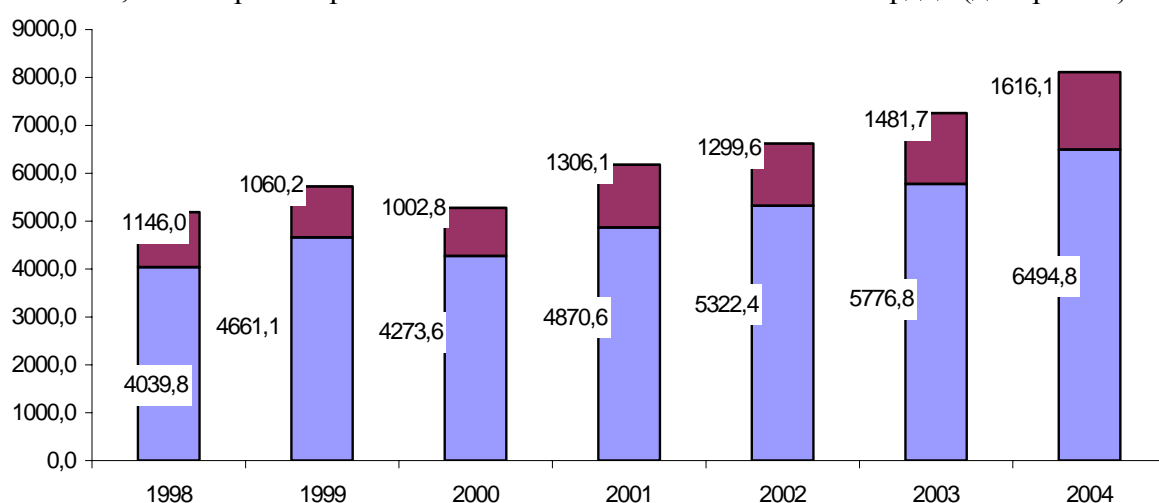
На первый план выходят, так называемые социальные заболевания (среди них туберкулез, наркомания и токсикомания, психические расстройства и др.), а также некоторые хронические заболевания, в том числе атеросклероз сердца и сосудов. (см.таблицу 1).

Таблица 1: Показатели болезней и заболеваемости Грузинского населения по данным 2004 года (на 100000 жителей)

Основные классы болезней по IX МКЗ	Всего	Общая заболеваемость	Новые случаи	Первичная заболеваемость
Всего	1444941	33053,4	621027	14206,2
Инфекц. и паразит. заболевания	78080	1786,1	55577	1271,3
Опухоли	40902	935,6	8347	190,9
Нарушения питания, обмена веществ, иммунитета	158603	3628,1	29920	684,4
Заболевания крови и кроветворных органов	16175	370,0	8605	196,8
Психические расстройства	106921	2445,8	7637	174,7
Заболевания нервной системы	143783	3289,1	51520	1178,5
Заболевания системы кровообращения	283921	6494,8	70648	1616,1
Заболевания органов дыхания	306984	7022,3	235532	5387,9
Заболевания органов пищеварения	113272	2591,1	41885	958,1
Заболевания моче-половой системы	69913	1599,3	31485	720,2
Беременность, роды и осложнения последующего периода	7329	631,6	6052	521,6
Заболевания кожи и подкожной клетчатки	33859	774,5	23770	543,7
Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани	31978	731,5	10731	245,5
Врожденные аномалии	6438	147,3	1192	27,3
Травмы и отравления	39948	845,2	32488	743,2

Особое внимание в процессе анализа структуры смертности населения привлекает факт быстрого роста смертности от сердечно-сосудистых, онкологических, нервно-психических и эндокринных заболеваний.

В стране наблюдается значительный рост распространенности таких тяжелых заболеваний, как острое и хроническое ишемическое заболевание сердца (диаграмма).



Динамика развития сердечно-сосудистых заболеваний в Грузии 1998-2004 г.г. (на 100000 населения)

Представленные данные показывают, что в последние 10 лет резко повысилась как общая заболеваемость среди населения, также и первичная заболеваемость системы органов кровообращения. Вместе с тем структурный анализ этих патологий свидетельствует, что в основном это произошло за счет почти двухкратного увеличения васкулярных заболеваний головного мозга и сердца.

Если рассмотрим статистику распространения острого инфаркта миокарда можно заключить, что она также характеризуется рядом серьезных сдвигов (см.таблицу 2).

Таблица 2: Распространение острого инфаркта миокарда и стенокардии в Грузии по данным

1998-2004 гг.(на 100000 населения).

Годы Диагноз	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Острый инфаркт миокарда (всего)	62.5	92.0	55.0	56.2	70.9	69.8	75,8
в том числе первичные обращ.	18.0	22.6	20.7	22.5	35.1	32.0	39,6
Стенокардия (всего)	423.1	487.7	416.8	491.3	519.6	560.0	575,9
в том числе первичные обращ.	179.8	111.3	95.6	116.0	117.8	125.5	140,0

Как указывают данные, приведенные в таблице 2 число пациентов с острым инфарктом миокарда в 1998-2004 годах возросло; также увеличилось число лиц с данной патологией, которые обратились к специалисту впервые. Вместе с этим надо отметить, что общее число случаев стенокардии увеличилось, тогда как постепенно уменьшается первичная заболеваемость среди пациентов. По нашему мнению существующая разница отражает то обстоятельство, что большинство пациентов со стенокардией вообще не обращается к врачу, а старается своими силами найти выход из создавшейся ситуации. Широкому распространению самолечения очевидно способствует свободная продажа в аптечной сети анальгетиков и спазмолитиков, результатом чего в дальнейшем являются запущенные случаи стенокардии и рост частоты острого инфаркта миокарда.

Одной из основных причин создавшейся ситуации можно считать изменение образа жизни населения, учащение действия новых групп риск-факторов (наркомания, токсикомания, алкоголизм и др.). Так, например, в стране резко увеличилось употребление табачных изделий, в тех группах населения, среди которых этот навык в прошлом отмечался как единичные случаи (подростки, женщины и др.).

Употребление табачных изделий в Грузии представляет одну из главных проблем системы общественного здравоохранения. По разным данным на сегодняшний день их употребляет 37-40% населения страны. Среди мужчин - курящих 50-65%, а среди женщин 16-22%. Настораживает положение среди подросткового населения. Среди учащихся школ 22,1% курящие. Наблюдается катастрофический прогресс роста курильщиц – за последние 16 лет их количество выросло почти в 6 раз (в том числе наблюдается рост курящих среди беременных).

Разные исследования доказали, что большинство населения Грузии находится под влиянием перманентного и интенсивного действия табачного дыма. Частота употребления

табачных изделий очень высока в возрастной группе 26-59 лет как у мужчин, так и у женщин (употребляет 60,5%).

Если в Европе потребность сигареты на одного жителя в последние 10 лет уменьшилась на 7%, в США и Канаде на 6%, в странах СНГ и в частности в Грузии выросла на 42%. (см.таблицу 3).

Таблица 3 Среднее количество годового потребления сигарет населением в отдельных странах (на душу населения)

Страна	1980 г.	1990 г.	2002 г.
Европа (в целом)	1856	1679	1678
Бельгия	1842	1751	1403
Китай	1489	1436	1019
Грузия	700	950	1583
Турция	1088	1304	1607
Швеция	1569	1254	985

За последнее время в Грузии резко изменилась структура и динамика потребления основных пищевых продуктов. По имеющимся данным у большей часть населения в каждодневном рационе выросло потребление хлеба и хлебобулочных продуктов (для разных социальных групп от 65 до 85%) и картофеля (8-14%), за счет значительного сокращения употребления молока и молочных продуктов (2-8% по разным группам), мяса и мясопродуктов (5-12%), сахара и кондитерских изделий (2-6%). Вместе с этим отмечается уменьшение калорийности рациона питания (см.таблицу 4).

Таблица 4 Калорийность питания населения Грузии и некоторых других стран (по данным 1990 и 1995 гг.).

Страна	1990	2002 г.
Армения	2794	1975
Азербайджан	2577	2095
Грузия	3028	2222
Франция	3534	3588
Финляндия	3077	3022
Израиль	3276	3271
Россия	3122	2926

Несмотря на то, что калорийность питания в других странах СНГ также уменьшилась, в Грузии этот процесс прогрессирует значительно быстрее, например, в странах Закавказья калорийность рациона питания гораздо ниже, чем установленная физиологическая норма (по данным разных авторов она составляла 3200-2800 калорий).

Вышесказанное подтверждают и изученные нами (см.таблицу 5).

Таблица 5

Распространение некоторых риск-факторов среди основных и контрольных групп больных острым инфарктом миокарда

Группа бол.	Число	Основная группа		Контрольная группа	
		абс.число	%	абс.число	%
Мужчины		115	67,4	31	62,0
Женщины		55	32,6	19	38,0
Возраст		0,9	67,1	0,6	69,3
ИМ с зубцом Q		115	68,0	33	66,0
ИМ без зубца Q		54	32,0	17	34,0
Передней стенки		89	52,7	28	56,0
Задней стенки		80	47,3	22	44,0
Гиперхолестеринемия		129	76,3	39	78,0
Артериальная гипертензия		112	66,3	34	68,0
Сахарный диабет		24	14,2	7	14,0
Употребление табака		81	47,9	29	58,0
Ожирение		37	21,9	9	18,0
Наследственность		49	30,0	7	14,0
Гиподинамия		18	10,6	4	8,0

Как видно из таблицы, основные и контрольные группы больных сравнивались по возрасту, полу, обширности локализации инфаркта миокарда.

Среди пациентов мужчин было в 2 раза больше, чем женщин, (соответственно 114 (67,4%) и 55 (32,6%). Средний возраст был соответственно $67,1 \pm 0,9$ и $69,3 \pm 0,6$ лет. В обеих группах превалировал инфаркт передней стенки. Соответственно 89 – 52,7% и 28 – 56%, также превалировал инфаркт с Q зубцом, (соответственно 115 – 68% и 33 – 66%).

Изучение риск-факторов инфаркта миокарда показало, что у большинства больных, как в основной, так и контрольной группе наблюдалась гиперхолестеринемия (129 (76,3%) и 39 (78%) больных), артериальная гипертензия (соответственно 112 – 66,3% и 34 – 68% пациентов), на 3-м месте по частоте было курение (соответственно 81 – 47,9% и 29 – 58%). Примерно у 1/3 больных наблюдалась ИБС в наследственности, (у 1/5 - 21,9%) ожирение, и в гиподинамия.

В период наблюдения вторичный инфаркт по 1 риск-фактору ни у кого не развился. По 2-м риск-факторам вторичный инфаркт у основной группы больных развился – 4(7,8%) и в контрольной группе 2(16,7%). По 3-м риск-факторам соответственно 6(10%) и 4(22,2%) пациентов. По 4-м риск-факторам соответственно - 6(16,2%) и 4(28,6%) пациентов.

30-дневное наблюдение смертности показало, что по 1 риск-фактору ни один из больных не скончался. По 2-м риск-факторам в основной группе скончались 2(3,9%), а в контрольной - 1(8,3%) пациентов. По 3-м риск-факторам скончались 5(8,3%) и 3(16,7%) пациентов. По 4-м риск-факторам соответственно соответственно 5(13,5%) и 3(21,4%) пациентов.

5-летнее изучение смертности показало, что по 1-му риск-фактору в основной группе скончалось 2(9,5%) и в контрольной группе 2(33,3%) пациентов. По 2-м риск-факторам в основной группе скончались 8(15,7%) и в контрольной группе 4(33,3%) пациентов. По 3-м риск-факторам скончались 9(15%) и 6(38,9%) пациентов. По 4-м риск-факторам соответственно 4(10,8%) и 5(45,4%) пациентов (таблица 6)

Таблица 6. Зависимость смертности от острого инфаркта миокарда, исходя из числа риск-факторов

Длит. жизн. Риск-факт.	30-дневные		5-летние	
	основные	контрольные	основные	контрольные
один	–	–	2 – 9,5%	2 – 33,3%
два	2 - 3,9%	1 – 8,3%	8 – 15,7%	4 – 33,3%
три	5 - 8,3%	3 – 16,7%	9 – 15%	6 – 38,9%
четыре	5 - 13,5%	3 – 21,4%	4 – 10,8%	5 – 45,4%
всего	12 – 7,1%	7 – 14%	23 – 13,6%	17 – 34%

На данном этапе изучение смертности по количеству риск-факторов показало, что ее величина находится в корреляции с количеством риск-факторов, а тромболитическая терапия значительно уменьшает смертность в контрольной группе независимо от риск-факторов.

Смертность больных была изучена исходя их характера риск-фактора в связи с их количеством..

По 1-му риск-фактору в основной группе в течение 30-дневного наблюдения ни один больной не скончался. При 5-летнем наблюдении смертность составила 5%. В контрольной группе – 3,9%.

По 2-м риск-факторами в течение 30-дневного смертность составила 3,9%. При 5-летнем наблюдении – 15,7%. Среди этих больных наиболее частыми риск-факторами были артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия.

По 3-м риск-факторам, наряду с артериальной гипертензией и гиперхолестеринемией, наблюдалось большое количество курящих, сравнительно редко встречался избыточный вес и наследственный фактор. У этих больных смертность была более высокой, а на 30 день составила 8,3%, после 5 лет – 15%. По 4-м риск-факторам у больных преобладали артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, сахарный диабет. У этих больных смертность в течение 30 дней составила 13,5%, при 5-летнем наблюдении – 10,8%.

После проведения тромболитической терапии в течение первого года 72 (42,6%) пациентам была проведена коронарография, из которых 54 (32%) понадобилась стентирование. Большинство больных были с сахарным диабетом, курильщики и отмечалась сердечная недостаточность.

Эти данные дают возможность заключить, что модифицирование риск-факторов ИБС дает возможность продлить интервенционную терапию.

Можно заключить, что кроме возраста и пола, определяющим риск-фактором смертности от острого инфаркта миокарда является артериальная гипертензия. У женщин к этому фактору добавляется сахарный диабет и избыточный вес. У мужчин основным риск-фактором смертности является артериальная гипертензия и курение. Вместе с тем, коррекция модифицированных риск-факторов увеличивает эффективность тромболитической терапии, как при кратком, так и длительном периоде наблюдения.

Выводы

1. Модифицирование риск-факторов ИБС позволяют уменьшить частоту осложнения заболевания и увеличить продолжительность жизни больных, которым не была проведена ангиопластика или аорто-коронарное шунтирование.
2. Воздействие на такие модифицированные риск-факторы, как курение, ожирение, гиподинамия, резко уменьшает частоту развития, осложнения и смертности от острого инфаркта миокарда (как в основных, так и контрольных группах).
3. Среди модифицированных внешних риск-факторов наиболее отрицательным является курение, далее артериальная гипертензия, ожирение, гиподинамия. Длительной ремиссии пациентов способствует постоянный мониторинг артериального давления в амбулаторных условиях.
4. Наряду с тромболитической терапией, упорядочение артериального давления, липидов в крови и уровня глюкозы достоверно уменьшает увеличение частоты осложнений и смертности при остром инфаркте миокарда, в сравнении с контрольной группой.
5. Тромболитическая терапия является альтернативой интервенционной терапии, которая дает возможность удлинить срок возникновения инфаркта миокарда или резко сократить объем поражения при ИБС.
6. У 32% больных после тромболитической терапии в течение одного года возникала в необходимость проведения повторной интервенционной терапии. Что подтверждает факт, согласно которому тромболитиз является процедурой, необходимость которой важна не только в процессе интервенционной терапии, но и при модифицировании как внутренних, так и внешних риск-факторов.

Практические рекомендации

1. С целью снижения уровня риска смертности и профилактики осложнений острого инфаркта миокарда рекомендовано выявление модифицированных внешних и внутренних риск-факторов ИБС.
2. Своевременное выявление модифицированных риск-факторов и их коррекция дает возможность продлить срок интервенционной терапии пациенту, уменьшить число осложнений и сократить уровень летальности.
3. После проведения тромболитической терапии обязательны профилактика вторичной ИБС в амбулаторных условиях, в комплексе с модифицированием риск-факторов.
4. После проведения тромболитической терапии ИБС вместе с модифицированием риск-факторов пациенты обязательно нуждаются в коронарографии для выбора дальнейших методов лечения.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Влияние некоторых риск-факторов на лечение острого инфаркта миокарда. Сакартвелос самедицино моамбе №4, Тбилиси, 2005, октябрь-декабрь, стр.20-24 (на груз. языке).
2. Риск-факторы при остром инфаркте миокарда. Сакартвелос самедицино моамбе №1, Тбилиси, 2006, январь-март стр.38-41 (на груз. языке).
3. Изучение эффективности тромболитической терапии при инфаркте миокарда у пациентов разного возраста. Кардиология и внутр. медицина. Тбилиси, 2006, стр.15-19 (на груз. языке) (соавтори Напетваридзе Р.)
4. Effect of Thrombolytic Therapy on Remodeling of Left Ventricular in Myocardial Infarction Patients. Clinical Medicine 2005,cc.34-37, (соавтори *Svanidze S, Mamatsashvili I.*)