

## ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՆԱԽԱՍՐՏԵՐԻ ՇՈՂԱՑՈՒՄՈՎ ՏԱՐԲԵՐ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՁԵՎԵՐԻ ԱԽՏԱԾԱԳՄԱՆ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԵԼՔԻ ՎՐԱ

ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ Ս.Վ.<sup>1,2</sup>, ՀԱԶԱՐԱՊԵՏՅԱՆ Լ.Գ.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Երևանի Մ. Զեքացու անվ. պետական բժշկական համալսարանի հետոդիալոմային կրթության ֆակուլտետի սրտաբանության ամբիոն, Երևան, Հայաստան

<sup>2</sup>Լ.Ա.Յովհաննիսյանի անվ. սրտաբանության գիտահետազոտական ինստիտուտ, Երևան, Հայաստան

Հանձնված է՝ 11/12/2012թ., ընդունված է՝ 12/08./2013 թ.

Դիտարկվել են ոչ ռևմատիկ ծագման Նախասրտերի շողացումով 141 հիվանդ: Հետազոտության մեջ ընդգրկվել են Նախասրտերի շողացումով Նոպայաձև, պերսիստենտ և մշտական կլինիկական ձևերով հիվանդներ, 84 տղամարդ (59,2%) և 57 կին (40,8%): Հիվանդների տարիքը տատանվում էր 37-70 տարեկանի սահմաններում (միջինում 59,73±6,49): Նախասրտերի շողացման տևողությունը միջինում կազմում էր 14,36±12,7 ամիս: Հետազոտված հիվանդներից 129-ի մոտ (92,4%) ախտորոշվել է սրտի իշեմիկ հիվանդություն: Արտերիալ հիպերտենզիա դիտվել է 78 հետազոտված հիվանդի մոտ (56,1%): Սրտային անբավարարություն (NYHA ֆունկցիոնալ դաս I-II) հայտնաբերվել է 104 հիվանդի մոտ (76,4%), իսկ 33 հիվանդի մոտ (23,6%)՝ սրտային անբավարարություն III ֆունկցիոնալ դաս, ըստ NYHA: Որպես ստուգիչ խումբ, հետազոտվել են տարիքային և սեռային համանման կազմով սրտի իշեմիկ հիվանդությամբ և զարկերակային հիպերտենզիայով առանց Նախասրտերի շողացումով 18 հիվանդ:

Ստացված տվյալների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ Նախասրտերի շողացումով Նոպայաձև, պերսիստենտ կլինիկական ձևերով և ստուգիչ խմբերի մոտ C-ռեակտիվ սպիտակուցի մակարդակները համեմատելիս, այն հավաստի ավելի բարձր է՝ Նախասրտերի շողացումով հիվանդների մոտ (5,7±2,4 ընդդեմ 3,1±1,94 p=0,0002 և 4,8±2,4 ընդդեմ 3,1±1,94 p=0,024 համապատասխանաբար, երբ t=2,00 և p≤0,05): Նախասրտերի շողացումով մշտական և Նոպայաձև, պերսիստենտ կլինիկական ձևերի դեպքում, C-ռեակտիվ սպիտակուցի մակարդակների համեմատման ժամանակ, հայտնաբերվեց, որ վերջիններիս մոտ դիտվել է C-ռեակտիվ սպիտակուցի հավաստի բարձր մակարդակ (5,7±2,4 ընդդեմ 3,2±2,01 p≤0,0001 և 4,8±2,4 ընդդեմ 3,2±2,01 p≤0,001, երբ t=2,00 և p≤0,05): Նմանատիպ պատկեր դիտվեց ԻԼ-6 մակարդակի համեմատության ժամանակ:

Այսպիսով, Նախասրտերի շողացումով Նոպայաձև կլինիկական ձևով հիվանդների մոտ դիտվել է ԻԼ-6-ի մակարդակի վիճակագրական հավաստի բարձրացում՝ մշտական շողացման համեմատությամբ (34,3±8,6 ընդդեմ 20,4±7,02 p≤0,0001, երբ t=2,00 p≤0,05), ինչպես նաև՝ շողացման պերսիստենտ և մշտական ձևերով հիվանդների մոտ ԻԼ-6-ի մակարդակի համեմատության ժամանակ (33,5±6,1 ընդդեմ 20,4±7,02 p≤0,0001, երբ t=2,00 p≤0,05): Ավելին, պարզվեց, որ շողացումով Նոպայաձև և պերսիստենտ ձևերով հիվանդների մոտ ԻԼ-6-ի մակարդակը հավաստի բարձր է, քան ստուգիչ խմբի մոտ (34,3±8,6 ընդդեմ 19,7±5,5 p≤0,0001 և 33,5±6,1 ընդդեմ 19,7±5,5 p≤0,0001, երբ t=2,00 p≤0,05):

Մեր ստացված տվյալները վկայում են, որ շողացումով Նոպայաձև և պերսիստենտ ձևերի դեպքում դիտվում են C-ռեակտիվ սպիտակուցի և ԻԼ-6-ի հավաստի ավելի բարձր մակարդակներ, քան շողացման մշտական ձևի և ստուգիչ խմբի մոտ: Հետևաբար, կարելի է հաշվի առնել, որ բորբոքային գործոնների մակարդակների բարձրացումը կարող է հանդես գալ որպես Նախասրտերի շողացման Նոպայի առաջացման կամ շողացման ռեցիդիվի կանխորոշիչ: