

М.К. ӨЛМҰҚАМБЕТОВ, М.С. МУСТАФИН, Э.Ф. ӨЛМҰҚАМБЕТОВА, А.И. ҚАРАБАЕВА, Ф. ЕРКИНБЕКОВА,  
Д. БЕГАЛИЕВА, А. ТАВБАЕВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА  
ВНУТРИВЕННЫЙ НИТРОГЛИЦЕРИН В НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ

**Резюме:** Изучено применение нитроглицерина для внутривенных инфузий (изокет инфузионный раствор 0,1%) в условиях скорой и неотложной медицинской помощи. Нитроглицерин для внутривенного введения является высокоэффективным и достаточно безопасным лекарственным средством во многих urgentных ситуациях.

**Ключевые слова:** нитроглицерин для внутривенных инфузий, догоспитальный этап.

M.K. ALMUHAMBETOV, M.S. MUSTAFIN, E.F. ALMUHAMBETOVA, A.I. KARABAEVA, F. ERKINBEKOVA,  
D. BEGALIEVA, A. TAVBAEVA, G.M. NURMAHANOVA  
INTRAVENOUS NITROGLYCERINE IN URGENT CARDIOLOGY

**Resume:** Application of nitroglycerine for intravenous infusions (Isosiberian salmons инфузионный a solution of 0,1 %) in the conditions of fast and urgent medical aid is studied. Nitroglycerine for intravenous introduction is highly effective and safe enough medical product in many emergency situations.

**Keywords:** nitroglycerine for intravenous infusions, a pre-hospital stage.

УДК 612.392.44.63:616-053.2:616.61.

Ж.А. КАЛКОЖАЕВА, Ж.К. ЖУБАТКАНОВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА  
Казахский Национальный медицинский университет  
им. С.Д. Асфендиярова

## ГИПОТИРЕОЗ ЖӘНЕ ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ КЕЗІНДЕ КОМОРБИДТІК ЖАҒДАЙДЫҢ ӨТУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

*Бір ҚБ дисфункциясінің маңызды шиеленістерінен, тіпті, ауру-сырқаудың және халықтың өлерлігінің аумақтауы СЖЖ болып табылады субклиниялық кезеңде. ГТ терапиясы бас аурулардың мен ЖИА шешуге қажетке өте тиянақты және күрделі мақсатты ұсынатын, тек меншікті тәжірибеге, бірақ және қазіргі зертте- сүйене. Ғана арада осы уақиғада шығару болады ГТ өтемінің және аулақта- сияқты салдар өзінің ауруға шалдығуының туатын түрлі-түрлі шиеленістердің, ал да при оның орынбасардың терапиясының.*

**Түйінді сөздер:** гипотиреоз, ЖИА, коморбидтік жағдай.

Гипотиреоз (ГТ) кезінде жүрек ырғағының бұзылуы тіпті гормондар деңгейін түзетуден кейін де науқастардың белгілі бір бөліктерінде тұрақты көрінуі мүмкін.  $\beta$ -адренергиялық рецепторлардың белсенділігі мен дәлдігі трииодтиронин деңгейіне тәуелді.

СЖЖ кезінде трииодтирониннің  $\beta$ -адренергиялық рецепторлардың белсенділігіне әсері төмендейді, сау кардиомиоциттерде бұл байқалмайды. Жүректің жасуша сыртқы матриксіне фибробластардың белсенділігі де Т3 рецепторлардың белсенділігімен байланысты.

Корректирленбеген ГТ-мен қосарланған ЖИАны компенсирленген ГТ-мен қосарланған ЖИА-мен салыстырғанда ЖИА ағымында ерекшеліктер байқалады. Корректирленбеген ГТ-мен қосарланған ЖИА-да ЖИА ағымы тәждік артериялардың өте ауыр зақымдалуларымен, ХС-ТТЛП деңгейінің жоғарылауымен АДФ-тәуелді тромбоциттер агрегациясының жоғарылауымен, сондай-ақ сол қарыншаның сызықтық және көлемдік көрсеткіштерінің жоғарылауымен және диастолалық толудың ерте жылдамдығының кемуімен көрінеді.

ЖҚЖ-не ГТ-ның әсер ету механизмі әртүрлі.

1-механизм процестердің ядролы және ядролы емес жолдармен жүзеге асатын тиреоидты гормондардың миокардқа тікелей әсерімен сипатталады. Клеткалардың мембранасына ГТ әсерінен клеткалы мембрана арқылы аминқышқылдардың, кальцийдің тасымалдануы өзгереді.

Екіншілік мессенджер рөлінде қатысатын кальцийге байланысты Т3-тің жылдам мембраналық әрекеті жүзеге асады.

Тиреоидты гормондар әрекетінің 2-механизмі симпатoadrenalды жүйелер қарым-қатынасымен нақтыланады. Бірақ бұл механизм аз зерттелген болып табылады. Гипертиреозда катехоламиндер концентрациясы жоғарылауы

мүмкін екендігі белгілі. Олардың дисбалансы ГТ жағдайында да дамиды.

3-механизм қалқанша без гормондарының адренергиялық иннервацияға қатысуы және жүректің лақтырысына әсер етуі мүмкін перифериялық эффектісіне тәуелді.

Тиреоидты гормондар, соңғы диастолалық қысымды жоғарылатып және шеткері вазодилаторлық әсер ете отырып алдыңғы және соңғы жүктемені өзгертеді.

**ГТ кезіндегі ЖИА-ның клиникалық ағымының ерекшеліктері.**

Клиникалық кезеңі вериабельді және ол екі аурудың да күрделілігіне байланысты. ГТ-да төс артында клиникалық қиын ажыратылатын екі түрлі ауру белгісі жиі кездеседі: тиреоидты препараттармен емделгенде өршуі мүмкін шынайы коронарогенді және ГТ-ны емдеу процесінде жойылатын метаболикалық.

ГТ-да ЖҚЖ жағынан болатын клиничко-лабораториялық көрсеткіштер негізінде миокардтың инотропты және хронотропты қызметтерінің әлсіреуі, қанның систолалық және минуттық көлемінің төмендеуі, айналымдағы қан көлемі және қан ағымының жылдамдығының төмендеуі және де тамырлардың жалпы перифериялық қарсыласуының жоғарылауы жатады.

Әдетте ГТ өзінің атерогенді әсерінен ЖИА-ның дамуы мен өршуін ынталандырады деп есептелінеді. Бір жағынан, тиреоидты гормондардың жеткіліксіздігі оттегіге қажеттіліктердің төмендеуіне байланысты жүректің ишемиядан өзіндік «қорғаныш факторы» болып табылады, сол үшін мұндай ауруларда стенокардия сирек кездеседі, тіпті 30-жылдарда күрделі стенокардиясы бар науқастарға тиреоидэктомия жүргізілген. Алайда ГТ науқастарында атеросклероз құбылысы аса айқын болуына қарамастан, қалқанша без қалыпты және

төмен қызмет атқаратын адамдар арасында миокард инфарктының жиілігінде айырмашылық байқалмайды. Шамамен ЖИА және ГТ мен ауратын науқастардың 1/3–де стенокардияның функциялық класының төмендеуі немесе оның ГТ-ның компенсация сатысында жойылуымен байқалады, МИ жиілігі өзгермейді. Тироксиннің оң әсері эутиреодты статутың қалпына келуіне байланысты болуы мүмкін, нәтижесінде алдыңғы және соңғы жүктеме төмендейді және бұзылған жүрек лақтырылысы қалпына келеді.

20 жылдық эпидемиологиялық Whickham Survey зерттеулерінің мәліметі бойынша ЖИА қауіпі жоғарылауымен ГТ-ның түрлі формасы арасында байланыс табылмады. Соған қарамастан кейбір жұмыстарда микседема (2 есе), тіпті субклиникалық ГТ-да коронарлы атеросклероз жиілігі жоғарылауы туралы хабарланады. Қалқанша без қызметі өзгерістері көптеген гемодинамикалық көрсеткіштерде және эхокардиографиялық зерттеулер мәліметтерінде айтылады (1-кесте).

1 кесте - Қалқанша без қызметі бұзылыстарындағы клиническі өзгерістер

Физикалық зерттеу көрсеткіштері	Гемодинамикалық өзгерістер	ЭКГ, Рентген, УЗИ өзгерістер
-брадикардия -Әлсіз пульс -гипертензия -Әлсіз жүрек тондары -физикалық жүктемеге толеранттық тың төмендеуі -конгестивті жүрек жеткіліксіздігі	-жүрек лақтырысының төмендеуі -соққылық көлемінің азаюы -миокардтың жиырылу қабілетінің төмендеуі -МОС төмендеуі -диастолалық АҚ төмендеуі -ОПСС жоғарылауы	-QT-интервалының ұзаруы -өткізгіштік бұзылыстары -Т-тішесінің инверсиясы -АВ блокада -жүрек томпаңадасы (сирек) -асцит

Алайда ГТ-мен ауратын, бірақ ЖҚЖ-де патологиясы жоқ науқастардағы клиникалық көрінісімен кардиосклерозбен қосарланған түрі арасында айырмашылық бар және ол ЖИА-

мен ауратын науқастардағы ГТ-ның өзіндік қалыпты диагностиканы күрделендіреді.

2 кесте - ГТ және ЖИА кезіндегі миокард дистрофиясының негізгі дифференциалды диагностикасы

Клиникалық көріністері	ГТ	ГТ+ЖИА
Жүрек тұсындағы ауру сезімі	Кардиалгия	Стенокардия
Ырғақ бұзылысы	Жиі брадикардия	Жиі тахикардия, экстрасистолия, жыпылықтаушы аритмия
Ісінудің орналасуы	Бет, алақан	Аяқ, бет
Ентігу	-	+

Екінші кестеде байқалғандай ГТ науқастар үшін жүректің қосымша коронарлы ауруларсыз кардиалгия типі бойынша жүрек тұсы ауруы тән. Олар шамамен 35% ГТ мен ауратын науқастарда кездеседі және шаншатын, сырқырайтын, ұзақ сипатта болады. ЖИА мен қатар жүретін ГТ мен ауратындарда стенокардия типі бойынша төс артының қысқа мерзімді қысып ауруы тән. Айта кету керек, қалқанша без қызметі төмендегенде миокардтың оттегіге қажеттілігі төмендеуіне байланысты ишемиялық ұстамалар саны кемуі мүмкін.

Жүрек ырғағының бұзылуынан ГТ үшін көбінесе брадикардия тән. Ол науқастардың 30-60% кездеседі. Алайда ЖИА және кардиосклерозбен қосарланған ГТ тахикардиямен, суправентрикулярлы немесе вентрикулярлы экстрасистолиямен және тіпті жыпылықтаушы аритмиямен көрінуі мүмкін. ГТ-ға тән емес мұндай жүрек ырғағының бұзылыстары бұл жағдайдың өзіндік емес диагностикасының себебі болып табылады.

ГТ және ЖИА жағдайындағы ісіктер бетте қалай болса, алақан мен табанда да солай орналасады. Қосарланған патологиясы бар науқастар үшін ентігу де тән.

ГТ кезінде қанның липидтік спектрі өзгереді: гиперхолестеринемия болады, ТТЛП жоғарылайды, ТЖЛП төмендейді және гипертриглицеридемия болады. Артериялық қысымның жоғарылауымен қатар жүретін дислипидемия ЖИА дамуының қауіп факторы болып табылады. Бірақ көрі адамдардағы ЖИА дамуында ГТ жанама фактор болады, ал коронарсклерозбен ауратын науқастарда к ампинсирленбеген ГТ ауру ағымын қиындатады.

Қазіргі кезде атерогенез процесінің дамуы мен өршүіндегі минималды тиреоидты дисфункция үлесін бағалау өте маңызды. Қалқанша без қызметінің көрсеткіштерін ЖИА-мен ауратын науқастардың коронаграфия нәтижелерімен бірге қарау өте маңызды, себебі, коронаграфия мәліметтері коронарлық ағым зақымдалуын сенімді сипаттайды. Коронаграфия нәтижелерін бағалай отырып әдетте зақымдалған артериялар санын, айқын гемодинамикалық стеноздың нақтылығын есепке алады. Күрделі зақымдануларға негізгі тамырдың сол коронагендік артерияның негізгі бағанының стенозы, тәж артерияларының ұштамырлы зақымдалуын жатқызады және оларда стеноздың кездесу реті 50% дан асады.

Кейінгі бірнеше жылдарда жүргізілген жұмыстар қатарында, ГТ мен ауратын науқастарда тәж артериялардың көп тамырлы зақымдалуы жиі кездесетіндігін көрсетті. Қалқанша без қызметтік белсенділігінің төмендеуі индукцияға және ЖИА дамуына алып келуі мүмкін. ТТГ деңгейінің өсуіне байланысты сол жақ негізгі коронаргенді артерияның зақымдалуы жиілігі және коронарогенді ағынның көптамырлы зақымдануы жоғарылады.

ЖИА-мен ауратын науқастарда ГТ диагностикалағанда тиреоидты қызметінің компенсациясы жайлы сұрақ туады. Көп жағдайларда ГТ мен ауратын науқастар үшін тиреоидты гормондар препараттарымен өмірлік орынбасу терапиясы қажет болады. Бірақ эутиреоздың жылдам қалпына келуі анаболизмнің күшеюімен, миокардтың оттегіге қажеттілігінің жоғарылауымен жүретінін есте сақтау керек, мұндайда науқас копенсирленбеген ГТ-мен қанша ұзақ ауырса миокардтың тиреоидты гормондарға сезімталдығы соншалықты жоғары болады. Бұл әсіресе қарттарда болады.

**СТГ кезіндегі ЖИА-ның тұрақсыз формасының ерекшеліктері.** Тұрақсыз стенокардия қалқанша бездер дисфункциясымен қосарланғанда аса күрделі ағыммен сипатталады. ГТ мен ауратын науқастарда ангинозды ұстамалардың үлкен созылмалылығы, ЭКГ-да ишемиялық өзгерістердің баяу регрессиясы, ББИ мұлкен жиілігі, қарырышалық экстрасистолия және сол қарыншаның диастолалық дисфункциясы байқалған. Тұрақсыз стенокардия ГТ-мен қосарланғанда эутиреодты науқастармен салыстырғанда қанның липидтік спектрінің проатерогенді бұзылуы айқынырақ, осыдан ТТГ, ЖХС, ХС-ТТЛП, және ТГ деңгейлері арасындағы тікелей берілген корреляционды тәуелділікке негізделі отырып, липидтік метаболизм бұзылыстары ГТ дамуымен байланысты екені нақтыланды.

ГТ-мен қосарланған тұрақсыз стенокардия науқастарындағы гемостаз жүйесін зерттеуде тамырлы-тромбоцитарлық жүйе бұзылуы, айқын емес гиперкоагуляция және тиреоидты патологиясыз науқастармен салыстырғанда қан плазмасының жоғарылаған фибринолитикалық белсенділігі байқалды. Гипертиреозбен қосарланған тұрақсыз стенокардиясы бар науқастардағы гемостаз жүйесіндегі өзгерістер тромбоциттер агрегациясы төмендеуімен, бірақ айқын гиперкоагуляциямен және эутиреодты науқастармен салыстырғанда қанның

фибринолитикалық белсенділігінің бәсеңдеуімен сипатталады. Қалқанша без дисфункциясы бар науқастарда қабыну маркерлері деңгейі тиреоидты патологиясы жоқ науқастардағы көрсеткіштен әлдеқайда жоғары және бұл гипертиреозбен қосарланған тұрақты стенокардиясы бар науқастарда басым байқалады.

## **ЖИА-мен қосарланған ГТ-ны емдеу ерекшеліктері.**

ЖИА науқастарын тиреоидты препараттармен емдеу кезінде стенокардия ұстамалары жиілеуі мүмкін. АҚ жоғарылайды, тахикардия дамиды, түрлі ырғақ бұзылыстары болуы мүмкін. Тиреоидты препараттармен емдеу кезінде ЖИА науқастарында миокард инфаркты дамыған жағдай тіркелген.

ЖИА-мен қосарланған ГТ-ны емдеу ережелері:

- ГТ-ны емдеуді тиреоидты препараттардың азғана мөлшерінен бастау керек және оларды эутиреозды жағдайды шақыратын қалыпты мөлшерге дейін аздап мөлшерін жоғарылатып отыру керек;

- тиреоидты препараттардың ішінен кардиотоксикалық әсері аз болуына байланысты L-тироксинді қолданамыз;

- тиреоидты препараттармен емдеу әсіресе олардың мөлшерін көтеруді АҚ, ЖЖС, ЭКГ бақылауында жүргізу керек;

- тиреоидты препараттардың әсері антикоагулянттар әрекетін күшейтетінін есте сақта керек;

- миокард инфаркты дамығанда тиреоидты препараттарды бірнеше күнге тоқтатып, кейіннен мөлшерін азайтып енгізу керек.

ЖИА-мен ГТ науқастарына орынбасушы терапия жүргізгенде келесі жүрек-тамырлы асқынулар дамуы мүмкін:

- миокард ишемиясының өршуі;

- стенокардия ұстамасының жиілеуі, тұрақты стенокардияның тұрақсызға өтуі;

- миокард инфаркты;

- ырғақтың ауыр бұзылыстары;

- кенеттен өлім.

Алайда, миокард ишемиясының өршуі тиреоидты гормондар препараттарымен орынбасушы терапияны тоқтатудың себебі емес.

Жоғарыда айтылғандарды ескере отырып, дәрігердің міндеті-тұрақты ишемияға қарсы терапияны жүргізе отырып, ГТ-ны мүмкіндігінше тежеу.

ГТ-мен ЖИА науқастарын емдеуде үлкен сақтық таныту керек. ГТ мен ауыратын, кардиологиялық зерттеу жүргізілмеген науқастарға ЖИА немесе ЖИА-ның қауіп факторын жоққа шығару керек.

ГТ-мен ЖИА науқастарын емдеуде таңдаулы препарат тироксин болып табылады, бұл препараттың бастапқы мөлшері тәулігіне 12,5-25 мкг аспауы керек, ал тироксиннің мөлшерін 4-6 апта аралығында тәулігіне 12,5-25 мкг жоғарылату керек. Коронарлы қан айналымның нашарлауының клиникалық немесе ЭКГ белгілері байқалса тироксиннің бастапқы мөлшеріне қайту керек және бейімделу уақытын созу, сонымен қатар антиишемиялық терапияны түзету қажет.

Жүрек-қан тамыр патологиясынан науқастарда ТТГ-ны компенсациялау үшін орта есеппен тироксинді тәулігіне 1 кг салмаққа 1,6 мкг мөлшерде беру керек, бірақ ЖИА науқастары үшін тироксиннің оптималды мөлшері сарысудағы Т<sub>4</sub> және ТТГ қалыпты деңгейін орнына келтіруге мүмкіндік беретін мөлшелме емес, жүректің жағдайын нашарлатпай, ГТ мөлшерін жеңілдететін мөлшер болуы мүмкін.

ГТ және ЖИА науқастарын тироксинмен емдеу әрқашан таңдамалы антиишемиялық терапиямен қатар жүргізілуі тиіс: тироксинмен терапияны ЖИА-ның комбинирленген еміндегі селективті β-адреноблокаторлармен, әсері ұзартылған кальций антагонистерімен, цитопротекторлармен, қажет болса зәр айдағыштармен, нитраттармен үйлестіріп қолданған дұрыс.

β-адреноблокаторлармен тироксиннің үйлесімділігі тиреоидты терапияға деген жүрек-қан тамырлы жүйе реактивтілігін

төмендетеді. Және науқастардың тироксинге бейімделу уақытын қысқартады.

Жүрек гликозидтер терапиясында (егер жыпылтаушы аритмия мен СЖЖ болса) тиреоидты гормондар жүрек бұлшықеттерінің гликозидке сезімталдығын жоғарылатады және сәйкесінше жүрек гликозидтері мөлшері жоғарылау қаупі туады. Сондықтан мұндай үйлестірілген ем апта сайын ЭКГ бақылауымен қатар жүргізілуі тиіс.

Мүмкін ГТ және ЖИА науқастарына орынбасушы терапияны көпсалалы стационар (эндокринологиялық, кардиологиялық және кардиореанимациялық бөлімдер) жағдайында ғана, әсіресе ЖИА күрделі формаларында (тұрақсыз стенокардия, тұрақты стенокардияның күрделі функционалды кластары, жақында алған миокард инфаркты, жыпылықтаушы аритмия, СЖЖ) таңдау керек шығар.

Таңдалып алынған орынбасушы терапияны міндетті түрде эндокринолог пен кардиологтың тұрақты бақылауымен тек ТТГ деңгейін ғана емес, ЖҚЖ жүйесінің (ЭКГ, ЭхоКГ, Холтер бойынша ЭКГ мониторингі) жағдайына да 2-3 айда бір рет динамикалық бақылау жасап отыру арқылы жүргізу керек.

Алайда ГТ және ЖИА науқастарының белгілі бір төбе үшін адекватты орынбасушы терапияны таңдау, тіпті жоғарыдағы ережелерді сақтағанда да мүмкін емес, немесе тироксинмен емдеу тіпті аз мөлшерінің өзі де миокард ишемиясымен жылдам асқынады. Мұның себебі коронарлық артериялардың айқын стенозы болу мүмкін. Сол үшін мұндай жағдайларда науқасқа селективті коронарографиясын, ал егер науқастың диагнозы нақтыланса аортокоронарлы шунт жасау керек. ГТ хирургиялық емдеу жүргізуге қарсы көрсеткіш ретінде есептелмейді және мүмкін болатын асқынулардың немесе ота нәтижесінде өлімнің себебі бола алмайды. Сәтті жасалған хирургиялық емдеуден кейін науқасқа кардиалды терапияда тироксин беріледі.

Олай болса, ЖИА мен ГТ науқастарын емдеу эндокринолог пен кардиолог бірігіп өзінің ғана тәжірибесіне сүйенбей, заманауи зерттеу мәліметтеріне сүйеніп шешетін өте маңызды, жауапты және күрделі тапсырмаларды біріктіреді. Тек осындай жағдайда ғана ГТ компенсациясына қол жеткізіп, аурудың өзінен және орынбасушы терапиядан болатын асқынулардан сақтануға болады.

## **ЖИА мен ГТ науқастарына ұсыныстар:**

- ЖИА-мен қосарланған ГТ-ны ауыратын науқастар үшін стенокардия типі бойынша төс артындағы қысқа мерзімді қысып ауыратын ауру сезімі тән, бірақ қалқанша без қызметі төмендегенде миокардтың оттегіге қажеттілігінің төмендеуімен байланысты ишемиялық ұстамалардың саны азаюы мүмкін екендігін айта кету керек.

- Тиреоидты гормондармен терапия ЖИАда миокардтың оттегіге қажеттілігінің өсуімен байланысты ишемия дамуының белгілі бір қаупімен байланысты. Сол үшін оны мұқият бақылауда жүргізген дұрыс, тиреоидты гормондардың мөлшерін ақырын жоғарылата отырып аз мөлшерден бастау керек. ЖИА мен ГТ науқастарын емдеуде таңдау препараты тироксин болып табылады.

- ГТ және ЖИА мен ауыратын науқастарда қанның липидтік спектрінің атерогенді өзгерістері, негізнен ЖХ және ХС-ТЛП деңгейлерінің ақырын жоғарылауымен көрінеді.

- Орынбасушы терапия қанның липидтік спектрлерінің жеке көрсеткіштеріне дененің артық салмағы болмаса оң әсер етуі мүмкін.

- Орынбасушы терапия ГТ және ЖИА қосарланғанда 70 жасқа дейінгі, және жүрек ырғағының бұзылуын жоқ ЖИА мен ауыратын адамдарға қауіпсіз. ЖИА мен жүрек ырғағының бұзылуы жеке алғанда қарыншалық экстраистолиясы болса орынбасушы терапия ырғақ бұзылысының ауырлауына алып келеді.

- ГТ және ЖИА мен науқастарға ем тағайындағанда міндетті түрде жүрек ырғағының мүмкін болатын бұзылыстарын анықтау мақсатында тәуліктік ЭКГ мониторингі жүргізілуі қажет.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Трошина Е.А., Александрова Г.Ф., Абдулхабирова Ф.М., Мазурина Н.В. Синдром гипотиреоза в практике интерниста. Методическое пособие для врачей. – М.: 2002. – 42 с.
- 2 Воронцов В. Л., Смирнова О. И. Особенности течения атеросклероза у больных, страдающих гипотиреозом // Клинический вестник. – 1997. – №2. – С. 64–67.
- 3 Parle JV, Maisonneuve P, Sheppard MC, Boyle P, Franklyn JA, 2001 Prediction of all-cause and cardiovascular mortality in elderly people from one low serum thyrotropin result: a 10-year cohort study. Lancet. - 358. – P. 861-865.
- 4 Caraccio N., Ferrannini E., Monzani F. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2002. - V. 87. – P. 1533-1538.
- 5 Toft A.D. // Thyroid Intern. - 2001. - N 4. – P. 3-12.
- 6 31. Tzotzas T., Krassas G.E., Konstantinidis T., Bougoulia M. // Thyroid. - 2000. - V. 10. - P. 803-808.
- 7 А. В. Будневский, Т. И. Грекова, В. Т. Бурлачук. Гипотиреоз и нетиреоидные заболевания. ИнтелТек, 2004. – С. 176
- 8 Волкова А.Р., Беркович О.А., Красильникова Е.И., Дора С.В., Шляхто Е.В. Функциональное состояние щитовидной железы и выраженность коронарного атеросклероза у больных ишемической болезнью сердца. // Вестник современной клинической медицины. – Т. 3, вып. 2. – 2010. – С.12-16.
- 9 Макар Р. Д., Макар О. Р. Заболевания щитовидной железы в пожилом возрасте. // Международный эндокринологический журнал. – 2007. – № 6.
- 10 Котова Г. А. Синдром гипотиреоза. Болезни эндокринной системы / Под ред. И. И. Дедова. – М.: Медицина, 2000. – С. 277-290.

### Ж.А. КАЛКОЖАЕВА, Ж.К. ЖУБАТКАНОВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА, Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНОГО СОСТОЯНИЯ: ГИПОТИРЕОЗ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

**Резюме:** Одним из важных осложнений дисфункции ЩЖ, даже на субклинической стадии, является увеличение заболеваемости и смертности населения от сердечно-сосудистой патологии. Лечение ГП у больных с ИБС представляет собой очень серьезную и сложную задачу, которую необходимо решать, опираясь не только на собственный опыт, но и на современные исследования. Только в этом случае можно добиться компенсации ГП и избежать всевозможных осложнений, возникающих как следствие самого заболевания, а также при его заместительной терапии.

**Ключевые слова:** гипотиреоз, ИБС, коморбидное состояние.

### ZH.A. KALKOZHAYEV, ZH.K. ZHUBATKANOVA, ZH.M. NURMAKHANOVA, G.G. BEDELBAEVA FEATURES OF THE CURRENT OF KOMORBIDI OF THE CONDITION: HYPOTHYROIDISM AND CORONARY HEART DISEASE

**Resume:** One of important complications of dysfunction of thyroid gland, even at a subclinical stage, the increase in incidence and cardiovascular pathology mortality of the population is. TG treatment at patients with CHD represents very serious and complex challenge which needs to be solved, relying not only on own experience, but also on modern researches. Only in this case it is possible to achieve compensation of TG and to avoid the various complications arising as a result of the disease, and also at its replaceable therapy.

**Keywords:** hypothyroidism, CHD, komorbidi condition.

УДК 615.9.036.11.083.88.

М.С. МУСТАФИН  
ТОО «ИнтерТич»,  
КазНМУ

### ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*В структуре обслуженных вызовов скорой медицинской помощи ведущее место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертонические кризы, ИБС, стенокардия, инфаркт миокарда). Неотложная медицинская помощь проводилась в соответствии со стандартами диагностики и лечения на догоспитальном этапе.*

**Ключевые слова:** неотложная медицинская помощь, сердечно-сосудистые заболевания

Согласно статье 49 Кодекса Республики Казахстан (РК) №193- IV от 18.09.2009 «О здоровье народа и системе здравоохранения» скорая медицинская помощь – это форма предоставления медицинской помощи при возникновении заболеваний и состояний, требующих экстренной медицинской помощи для предотвращения существенного вреда здоровью или устранения угрозы жизни [ 1 ] .

В настоящее время основной причиной обращаемости за скорой медицинской помощью и одной из основных причин смертности взрослого населения являются болезни сердечно-сосудистой системы, поэтому оказание экстренной кардиологической помощи является основной задачей для практического здравоохранения.

На отрезке работы скорой медицинской помощи огромное, а иногда и решающее значение имеет знание и умение оказать комплексные неотложные мероприятия, что даст возможность в некоторых случаях сохранить человеческие жизни и вернуть людей к полноценной жизни [ 2, 3 ] .

**Целью работы** явилось изучение неотложной медицинской помощи, оказанной при заболеваниях сердечно-сосудистой системы в период с 2011 г. по 2012 г.

Материалы и методы исследования:

За указанный период было обслужено 427 вызовов скорой медицинской помощи с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Результаты проведенного исследования** показали, что кардиологические вызова составили 25,8% вызовов в общей структуре обращений за скорой медицинской помощью.