

MIOKARD INFARKTI

Kamolova Shahina Qurbonnazar qizi

Termiz iqtisodiyot va servis universiteti talabasi

Email - shahinakamolova2004@gmail.com

Annotatsiya: Ushbu maqolada miokard infarkti haqida barcha so'ngi ma'lumotlar berilgan. Maqolada miokard infarktini davolash chora tadbirlari hamda oldini olishning samarali usullari haqida ma'lumotlar berilgan. Miokard infarkti hozirgi kunda yoshlar va keksa yoshdagi insonlar orasida keng tarqalganligi sababli maqolada ushbu kasallikning statistikasi ham o'rganildi.

Kalit so'zlar: miokard, yurak, tromb, yurak, fibrin, ertrosit, leykotsit, qon ivishi.

Kirish qismi. Miokard infarkti - bu yurak toj arteriyalarining tromb bilan berkilib qolishi yoki ularning siqilishi oqibatida, yurakni muskul qavatini qon bilan ta'minlanishini buzilishi natijasida yurak muskul qavatini nekrozga (mahalliy o'lim) uchrashi. Bu kasallik bilan 45—60 yoshdagi kishilar kasallanadi. Erkaklar ayollarga nisbatan miokard infarktiga ko'p chalinadilar, 40—50 yoshdagi erkaklar besh barobar ko'p kasal bo'lishadi^[1]. Keyingi yillarda miokard infarkti kasalligi tobora ko'payib boryapti. Ayniqsa, 45-60 yoshdagi kishilar o'rtasida miokard infarkti ko'p uchramoqda. Erkaklar ayollarga nisbatan miokard infarktiga ko'p chalinadilar. 40- 50 yoshdagi erkaklar besh barobar ko'p kasal bo'ladilar. Ayollar erkaklarga nisbatan o'rta hisobda 10-15 yil kech kasal boiadilar. 40 yoshga to'lmagan navqiron kishilar orasida ham miokard infarktiga uchraganlar ko'p. Miokard infarkti aksariyat ateroskleroz, gipertoniya, qandli diabet bilan kasallanganlarda ko'proq kuzatiladi.

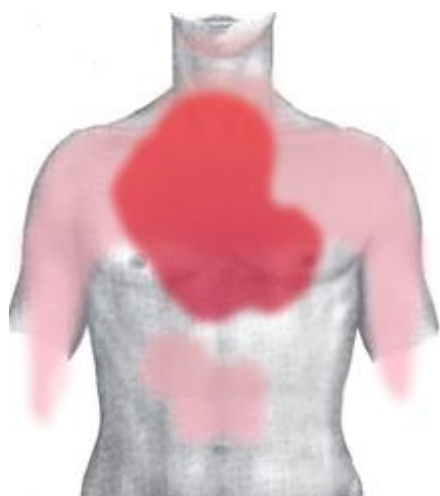
Asosiy qism. Miokard infarkti 97-98 foiz bemorlarda yurak toj qon tomiri aterosklerozga chalinganda boiadi. Yurak toj qon tomirining tiqilib qolishiga aterosklerotik pilakchalaming yara bo'lishi, ularga qon quyilishi hamda qonning ivish jarayoni buzilishi sabab boiadi. Yurak toj qon tomirining o'tkir siqilishi uzoq vaqt davom etsa, miokard infarkti ro'y beradi. Qonsizlangan miokard infarkti uchastkalari simpatik nerv tolalarini qo'zg'atadi. Miokard infarktining rivojlanishiga aterosklerotik pilakcha kapsulasining yorilishiga sabab bo'ladi. Aterosklerotik pilakcha kapsulasining yorilishiga pilakcha yadrosining nisbatan kattaligi va uning «yumshoq» (hujayra tashqarisida lipidlarning va suyuq xolesterinning ko'p boiib, kollagenning kamroqligi) boiishi, pilakcha kapsulasining yupqaligi va unda kollagen

kamroq bolishi, unda makrofaglar ishtirokida yalligianish rivojlanganligi sabab bo'ladi. Pilakcha yorilgandan so'ng uning ichidagi moddalar qon bilan qo'shilib trombotsitlar agregatsiyasi rivojlanadi. Qon ivishi tizimi omillari faollashadi. Fibrin, eritrotsitlar qo'shilib yaxlit tromb hosil qiladi. Yurak toj tomirining bekilib qolishi miokardning qon bilan ta'minlanishini buzadi. Miokard nekrozi, ko'proq chap qorincha devorida rivojlanadi. Miokarddagi nekroz tufayli yurakning sistolik va diastolik faoliyati buziladi.

Patologik anatomiyasi

Miokarddagi nekrozning katta-kichikligiga qarab miokard infarkti katta o'choqli yoki kichik o'choqli miokard infarktiga bo'linadi. Katta bo'lakchali miokard infarkti: transmural — miokardni kesib o'tgan nekroz; intramural — miokard oralig'idagi katta bo'lakchali nekroz kuzatilishi mumkin. Kichik bo'lakchali miokard infarktiga quyidagilar kiradi: subepikardial (nekroz miokardning epikardga tekkan joyida bo'ladi), subendokardial (nekroz miokardning endokardga tekkan joyida bo'ladi); miokard infarkti. Miokarddagi nekrozning joyiga qarab infarkt quyidagicha ataladi. Yurakning old devori, pastki orqa diafragmal uchi, orqa devori, yon devori va orqa — to'siq devor infarkti. Miokard infarkti ko'pincha yurakning chap qorincha devorida bo'ladi. Yurakning o'ng qorincha devorida infarkt juda kam uchraydi. Miokard infarkti birinchi navbatda chap qorinchaning oldingi devorida, so'ng orqa devorida kuzatiladi. Miokard infarktidan o'lgan kishilar yuragi tekshirilganda toj tomiri ateroskleroz kasalligi bilan og'rikanligi aniqlanadi. Yurak miokardida uchta doira (zona)da o'zgarish borligi ko'riladi.

Klinikasi



Miyokard infarktida og'riq zonalari: to'q qizil - odatiy hudud, ochiq qizil - boshqa mumkin bo'lgan joylar

Bemorning miokard infarkti boshlanishidan oldingi ahvoli quyidagicha bo'ladi: Bemor yuragi oldida ilgari bo'lmagan tez-tez og'riqni seza boshlaydi. Stenokardiyaning birlamchi xurujida: ilgari bo'lib yurgan stenokardiya xuruji davomli, kuchli og'riq bilan o'tadi. Og'riq xurujlari faqat zo'riqqanda emas, balki tinch turganda ham bo'laveradi. Nafas qisishi, hansirash, yurakning notekis urishi, holsizlik qo'shiladi. Bunday bemor kardiologiya bo'limiga yotqizib davolansa, unda miokard infarkti rivojlanmasligi, miokard infarkti sodir bo'lgan taqdirda ham infarkt hajmi kichik o'choqli bo'lishi mumkin. Miokard infarktining boshlanishiga, undagi belgilarning rivojlanishiga qarab quyidagicha klinik xillarni ajratish mumkin.

Miokard infarktining og'riq bilan kechadigan turi

Klinikasi

O'tkir davri. Miokard infarkti asosan yurak sohasida bo'ladigan qattiq og'riq bilan boshlanadi. Shu belgini tekshirgan olimlardan A. L. Sirkin (1991) 94% kasallarda, F.I.Komarov va boshqalar 86-95% kasallarda miokard infarkti og'riq bilan boshlanadi, deb ko'rsatishgan. Og'riq kuchli bo'ladi. Bemor ko'pincha chidolmaydi. Ba'zan og'riqqa chidab, o'zicha dori ichgan bemorlar ham bo'ladi. Og'riqni har xil ta'riflashadi. Ba'zilar «ko'kragimga go'yo qizigan temir bosishyapti» desalar, ba'zilar esa «go'yo ko'krak qafasimda ot tuyoqlari bilan turibdi» deydilar. Og'riq uzoq — bir necha soatdan bir-ikki kungacha davom etadi.

Obyektiv ma'lumotlar: bemorning rang-ro'yi oqaradi, terisi nam, sovuq, ho'l bo'lib, terlaydi. Nafas olishi o'zgarmaydi. Yurak urishi bir daqiqada 100-120 marta bo'lishi mumkin. Arterial qon bosimi kasallikning boshlanishida birinchi kuni ozroq ko'tariladi, keyin pasayadi. Yurak tonlari bo'g'iq eshitiladi. Ba'zi kasallarda yurak cho'qqisida sistolik shovqin eshitiladi, bular yurak mushaklarining qisqarish faoliyati kuchsizlanganidan dalolat beradi. Miokard infarktining birinchi kunlarida yurak oldi xaltasining quruq yalligianishida eshitiladigan shovqin eshitiladi. 90-95 foiz hollarda ekstrasistoliya boiadi. Miokard infarktining katta-kichik o'choqligiga qarab bemorning tana harorati 37-38° C gacha ko'tariladi. Miokard infarktida yurakning mushak tolalari o'rnida har xil nekrozga uchragan moddalar hosil bo'lib, qonga so'riladi. Bunga javoban badanda yalligianishga xos jarayon rivojlanadi (qonda leykotsitlar, fermentlar ko'payishi).

Miokard infarktining o'rtacha o'tkir davri bir haftadan 30 kungacha davom etadi. Bemorning ahvoli yaxshilana boshlaydi, bemor xavf-xatarli kunlar o'tganini sezadi, yotgan joyida faolligi oshadi. Infarktdan keyingi stenokardiya xurujlari bo'lib turishi mumkin. Qon bosimi bir me'yorda bo'ladi.

Miokard infarktidan keyingi davr. Bemor ahvoli yaxshilanadi, faol yuradi, vaqti-vaqti bilan yurak atrofida og'riq sezib qoladi, qon bosimi, pulsi me'yorda bo'ladi.

Yurak urishlari bir tekis bo'lib, ba'zan ekstrasistoliya kuzatiladi. Umuman, bu davrda yurak ishemik kasalligining surunkali xili har xil kechadi. Asoratlar kam rivojlanadi. Yurak miokardidagi nekroz o'choq o'rni asta-sekin chandiq paydo boiadi. Klinik manzarasi barqaror boiib, aseptik yallig'lanish belgilari tugaydi. Bu davr 1 oydan 3 oygacha davom etadi.

Miokard infarktining gastralgik xili. Miokard infarktining qorin bo'shlig'i a'zolari kasalligiga xos belgilari boigan (gastralgik) xili qorinning yuqori qismida og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, kekirish, hiqichoq tutishi, qorinning dam bo'lishi, ich ketishi bilan kechadi. Qorin sohasida paydo boigan og'riq kurakka, kuraklar oralig'iga, to'sh oldi qismiga tarqaladi, bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, ko'ngli behuzur boiadi. (Me'da yarasi, xolesistit, pankreatitdan farq qilish kerak.)

Miokard infarktining astmatik xili. Miokard infarkti 20% kasallarda, ko'pincha qariyalarda, nafas yetishmasligi, hansirash bilan boshlanadi. Chap qorinchaning o'tkir yetishmovchiligi bu holga olib keladi. Yurak astmasi, o'pka shishi rivojlanadi. Ilgari bir marta infarktni boshdan o'tkazgan, gipertoniya kasalligiga chalingan kishilarda yuqorida keltirilgan ahvol bo'ladi. Kasallikning astmatik xili nihoyatda og'ir kechib, yurak-tomirlar tizimining surunkali yetishmovchiligiga olib keladi. Bemorlarning 40-60% ida ko'ngilsiz voqealar sodir boiadi.

Miokard infarktining aritmik xili hayot uchun xavfli bo'lib, yurakning notekis, maromsiz urishlari bilan boshlanadi. Titroq aritmiya, qorincha ekstrasistoliyasi, turli darajadagi blokadalar, paroksizmal taxikardiya, ko'proq qorincha xili rivojlanishi mumkin. Miokard infarkti boshlanishi bilan xavfli aritmiyalar paydo bo'lib, bemorning ahvolini tang qilib qo'yadi va ko'pincha o'linga olib keladi. Yurakning notekis urishini bemor tez sezadi. U yurak urishi, ko'kragiga tiqilishi, hansirash, holsizlikdan shikoyat qiladi.

Miokard infarktining serebrovaskulyar xili. Miokard infarktining miyada qon aylanishining buzilishi bilan kechadigan xili (serebral xili) boshlanishida bemorning psixikasi o'zgaradi, boshi aylanadi, hushidan ketishi mumkin. Miyada qon aylanishining buzilishiga miokard infarkti tufayli yurak qonni hayot uchun zarur a'zolarga yetkazib berolmasligi sabab boiadi. Miokard infarktining bu xili yurakning notekis urish xili bilan birga uchrashi mumkin.

Miokard infarktining belgisiz xili. Bemorlar ba'zan miokard infarktini boshdan o'tkazganliklarini bilmaydilar. Boshqa sabab bilan EKGda tekshirilganda miokard infarkti o'tkazilganligiga xos o'zgarish (chandiq) topiladi. Ba'zan miokard infarktiga xos klinik belgilar juda kam boiadi. Har qachongidek yurak sohasida stenokardiya xurujiga

xos og'riq, qisqa muddatli hansirash, bilinar-bilinmas bo'shashish bo'lib o'tganini bemorlar eslab qololmaydilar. Keyinchalik EKGda tekshirilganda miokard infarkti aniqlanadi.

Uzoqqa cho'zilgan miokard infarkti. Ko'pincha miokard infarktining o'tkir xuruji davri bir necha o'n daqiqadan bir necha soatgacha, hatto 1-2 kungacha davom etadi. Ba'zan miokard infarktining o'tkir davri bir necha kun bo'ladi. Shu davrda nekroz doirasi miokardda tarqaladi, kattalashadi. Uzoqqa cho'zilgan miokard infarktida esa nekroz o'chog'i paydo bo'lib, rivojlanishi 48-72 soatga cho'ziladi.

Miokard infarktining takrorlanishi. Miokard infarktini boshdan o'tkazgan bemorlar infarkt bilan takroran kasal boiishlari mumkin. Takror infarkt deb, birinchi marta miokard infarktini o'tkazgandan keyin 8-12 hafta ichida miokardda paydo bo'ladigan yangi nekroz o'choqlariga aytiladi. A. L. Sirkin (1981) rivojlangan miokard infarktidan 72 soatdan keyin 8 hafta ichida sodir boiadigan yangi miokard infarkti o'choqlarini takroriy miokard infarkti deb hisoblaydi. Takroriy miokard infarktiga chalingan bemorlarning ahvoli og'ir bo'ladi. Ularda yurak-tomirlar yetishmovchiligi, yurakning maromsiz urishi rivojlanadi.

Qiyosiy tashxisi

Shunday yurak-tomir kasalliklari borki, ular miokard infarktining klinik manzarasiga o'xshab ketadi. Ularni yurak infarktidan ajrata bilish lozim. Aorta tomiri qavatlari orasiga qon quyilish kasalligida, to'sh suyagi orqasida, ko'krakning oldingi qismida og'riq bo'lib, bu og'riq bemorning beliga, qomiga, orqasiga tarqaladi. Og'riqning shiddat bilan boshlanishi, tarqalishi miokard infarktidan farq qiladi. Tomir urishini paypaslab topib bo'lmaydi, panjalarining rangi ko'kimtir, qon bosimi tushib ketadi. Hansiraydi, hushidan ketadi. Dori-darmon yordam qilmaydi.

Miokard infarktining asoratlari.

I. Miokard infarktining o'tkir davrida 10-15% kasallarda shok kuzatiladi. Yurak miokardi shikastlanishi tufayli shok uch xil bo'ladi.

1. Reflektor.
2. Haqiqiy.
3. Aritmik yurakning maromsiz urishi tufayli.

Shok diagnozini qo'yishda quyidagi belgilarga tayansa bo'ladi:

1. Arterial qon bosimining past bo'lishi, sistolik bosimning 80 mm simob ustuniga, diastolik bosiinning 50-40 mm sim. ust. ga teng yoki undan kam bo'lishi, qon bosimi yuqori boigan kishilarda, qon bosimi shok boiganda 95-120 mm sim. ustuniga tushib ketishi. Arterial qon bosimi umuman aniqlanmasligi mumkin.
2. Puls qon bosimi 30 mm simob ustunidan tushib ketadi.
3. Siydik miqdori juda kamayib ketadi (oliguriya).

4. Bemorning yuz terisi, badani oqarib ketadi, sovuq yopishqoq ter chiqadi. Tomir urishi zo'rg'a aniqlanadi yoki aniqlanmaydi. Shok keltiruvchi sabablardan asosiysi yurak qisqarish

faoliyatining birdan yetishmovchiligidir. Miokard infarkti tufayli bo'lgan nekroz bunga sababchidir.

Davosi

Miokard infarktining davosi maxsus tez yordam mashinalar brigadasida, shifoxonalarda, poliklinikada, sihatgohlarda o'tkaziladi. Bemomi kasalxonaga keltirguncha unga tezlik bilan yordam ko'rsatish zarur. Og'riq qoldiruvchi, yurak urishi tezligini pasaytiruvchi dorilar qo'llanadi. Bemor shifoxonaning reanimatsiya bo'limiga yotqiziladi. O'rinda qimirlamay yotish, psixik, jismoniy osoyishtalik ta'min etiladi. Og'riqni qoldirish uchun teri ostiga 1 ml 2% li promedol. 1-2 ml 1% li morfin (morfinning qo'shimcha ta'siriga yo'l qo'ymaslik uchun 0,5 ml 0,1 % li atropin sulfat) yuborish lozim. Morfinning kuchini oshiruvchi 1 ml 2,4% li pipolfen yoki 1% li dimedrol, suprastin eritmasini 50% li 2 ml analgin bilan yuborish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Oldini olish

Miyokard infarktining oldini olish bo'yicha turmush tarzi va faoliyat bo'yicha tavsiyalar va birinchi miyokard infarktidan keyin ikkilamchi profilaktika sifatida qabul qilinishi mumkin bo'lgan tavsiyalar, umumiy xavf omillari va yurak tomirlariga ta'sir qiluvchi aterosklerozni kamaytirish maqsadi tufayli katta o'zaro bog'liqlik mavjud. Grippga qarshi emlash, shuningdek, 15 dan 45% gacha foyda bilan miokard infarktidan himoya qiladi.

Birlamchi profilaktika

Hayot tarzi

Jismoniy faollik yurak-qon tomir kasalliklari xavfini kamaytirishi mumkin va xavf ostida bo'lgan odamlarga haftasiga 150 daqiqa o'rtacha yoki 75 daqiqa kuchli intensivlikdagi aerobik mashqlar bilan shug'ullanish tavsiya etiladi. ^[98] Sog'lom vaznni saqlash, tavsiya etilgan chegaralarda spirtli ichimliklarni iste'mol qilish va chekishni tashlash yurak-qon tomir kasalliklari xavfini kamaytiradi. ^[98]

To'yingan yog'lar o'rniga zaytun moyi va kolza yog'i kabi to'yinmagan yog'larni almashtirish miyokard infarkti xavfini kamaytirishi mumkin, garchi universal kelishuv mavjud emas. Ba'zi milliy hokimiyat organlari tomonidan dietani o'zgartirish tavsiya etiladi, jumladan, to'liq donli kraxmal iste'molini ko'paytirish, shakarni iste'mol qilishni kamaytirish (ayniqsa, tozalangan shakar), kuniga besh porsiya meva va sabzavotlarni iste'mol qilish, haftada ikki yoki undan ko'p baliq iste'mol qilish, va haftasiga 4-5 portsiyadan

tuzsiz yong'oqlar , urug'lar yoki dukkaklilarni iste'mol qilish. Eng katta qo'llab-quvvatlovchi parhez namunasi O'rta er dengizi dietidir . Vitaminlar va mineral qo'shimchalar isbotlangan foyda keltirmaydi, va na o'simlik stanollari yoki sterollari . Sog'liqni saqlash choralari, shuningdek, miyokard infarkti xavfini kamaytirish uchun aholi darajasida harakat qilishi mumkin, masalan, nosog'lom ovqatlanishni (ortiqcha tuz, to'yingan yog'lar va trans-yog'lar), shu jumladan oziq-ovqat mahsulotlarini etiketlash va marketing talablarini, shuningdek, ovqatlanish va restoranlarga qo'yiladigan talablarni kamaytirish orqali. va jismoniy faollikni rag'batlantirish. Bu yurak-qon tomir kasalliklarining oldini olish bo'yicha mintaqaviy dasturlarning bir qismi yoki mintaqaviy va mahalliy rejalar va siyosatlarning sog'liqqa ta'sirini baholash orqali bo'lishi mumkin.

Aksariyat ko'rsatmalar turli xil profilaktika strategiyalarini birlashtirishni tavsiya qiladi. 2015 yilgi Cochrane Review, bunday yondashuv qon bosimi , tana massasi indeksi va bel atrofi bilan yordam berishi mumkinligi haqida ba'zi dalillarni topdi . Biroq, o'lim yoki haqiqiy yurak-qon tomir hodisalariga ta'sirini ko'rsatish uchun dalillar etarli emas edi.

Dori-darmonlar

Statinlar , qonda xolesterin darajasini pasaytiradigan dorilar, miyokard infarkti bilan kasallanish va o'lim darajasini pasaytiradi. Ular ko'pincha yurak-qon tomir kasalliklari xavfi yuqori bo'lganlarga tavsiya etiladi.

Aspirin miyokard infarkti xavfi yuqori bo'lgan odamlarda keng o'rganilgan. Turli guruhlarda (masalan, qandli diabet bilan og'rig'an yoki bo'lmagan) ko'plab tadqiqotlarga asoslanib, ortiqcha qon ketish xavfidan ustun turadigan foyda yo'q. Shunga qaramay, ko'plab klinik amaliyot ko'rsatmalari aspirinni asosiy oldini olish uchun tavsiya etishda davom etmoqda va ba'zi tadqiqotchilar yurak-qon tomir xavfi juda yuqori bo'lgan, ammo qon ketish xavfi past bo'lganlar aspirinni qabul qilishni davom ettirishlari kerak deb hisoblaydilar.

Ikkilamchi profilaktika

Miyokard infarktining oldini olish bo'yicha turmush tarzi va faoliyat bo'yicha tavsiyalar va dastlabki miyokard infarktidan keyin ikkilamchi profilaktika sifatida qabul qilinishi mumkin bo'lgan tavsiyalar o'rtasida katta o'zaro bog'liqlik mavjud . Tavsiyalar orasida chekishni to'xtatish , jismoniy mashqlarga bosqichma-bosqich qaytish, sog'lom ovqatlanish , to'yingan yog'lar va past xolesterin miqdori , tavsiya etilgan chegaralarda spirtli ichimliklarni iste'mol qilish , jismoniy mashqlar qilish va sog'lom vaznga erishishga harakat qilish kiradi. Jismoniy mashqlar odamlarda stent yoki yurak yetishmovchiligi bo'lgan taqdirda ham xavfsiz va samarali va 1-2 haftadan so'ng asta-sekin boshlash tavsiya etiladi. Qo'llaniladigan dori-darmonlar bilan bog'liq

va depressiyaning ogohlantiruvchi belgilari bo'yicha maslahat berish kerak. Oldingi tadqiqotlar omega-3 yog 'kislotalari qo'shimchasining foydasini taklif qildi, ammo bu tasdiqlanmagan.

Dori-darmonlar

Yurak xurujidan so'ng, ikki kun davomida qabul qilingan nitratlar va ACE inhibitörleri o'lim xavfini kamaytiradi. Boshqa dorilarga quyidagilar kiradi:

Aspirin cheksiz muddatga, shuningdek, klopidoqrel yoki tikagrelor ("ikkilamchi antiplatelet terapiya" yoki DAPT) kabi boshqa antiplatelet agenti o'n ikki oygacha davom etadi. Agar kimdir antikoagulyatsiyani talab qiladigan boshqa tibbiy holatga ega bo'lsa (masalan, warfarin bilan), bu keyingi yurak hodisalari va qon ketish xavfidan kelib chiqqan holda tuzatilishi kerak bo'lishi mumkin. Stent qo'ygan kishilarda 12 oydan ortiq klopidoqrel va aspirin o'lim xavfiga ta'sir qilmaydi.

Metoprolol yoki karvedilol kabi beta-bloker terapiyasini, agar o'tkir yurak etishmovchiligi yoki yurak blokirovkasi bo'lmasa, 24 soat ichida boshlash tavsiya etiladi. Dozani toqat qilinadigan eng yuqori darajaga oshirish kerak. Ko'pgina ko'rsatmalardan farqli o'laroq, beta-blokerlardan foydalanish o'lim xavfiga ta'sir qilmaydi, ehtimol, MI uchun boshqa davolash usullari yaxshilanganligi sababli. STEMI dan keyingi dastlabki 24-72 soat ichida beta-blokerlar buyurilganda, hech kimning hayoti saqlanib qolmaydi. Shu bilan birga, 200 kishidan 1 nafari takroriy yurak xurujidan, yana 200 kishidan 1 nafarida yurak ritmi anormalligidan saqlandi. Bundan tashqari, 91 tadan 1 tasi uchun dori yurakning qonni pompalash qobiliyatini vaqtincha pasayishiga olib keladi.

ACE ingibitorlari bilan davolash 24 soat ichida boshlanishi va eng yuqori toqat qilinadigan dozada cheksiz davom etishi kerak. Bu buyrak etishmovchiligining kuchayishi, yuqori kaliy, past qon bosimi yoki buyrak arteriyalarining torayishi haqida hech qanday dalil bo'lmasa. ACE inhibitörlerine toqat qila olmaydiganlar, angiotensin II retseptorlari antagonisti bilan davolash mumkin.

Statin terapiyasi o'limni va keyingi yurak kasalliklarini kamaytirishi ko'rsatilgan va LDL xolesterinni kamaytirish uchun boshlanishi kerak. Ezetimib kabi boshqa dorilar ham ushbu maqsadni hisobga olgan holda qo'shilishi mumkin.

Aldosteron antagonistlari (spironolakton yoki eplerenon) MI dan keyin chap qorincha disfunktsiyasi haqida dalillar mavjud bo'lsa, ideal holda ACE inhibitori bilan davolash boshlanganidan keyin foydalanish mumkin.

Manbalar

1. ↑ Y. L. Arslonov , T. A Nazarov A. A. Bobomurodov. *Ichki kasalliklar*. ILM ZIYO - 2013.
2. ["Koroner yurak kasalligining belgilari va belgilari qanday?".www.nhlbi.nih.gov. 2014-yil 29-sentabr.2015-yil 24-fevraldaasl nusxadan.2015-yil 23-fevralda olindi.](#)
3. ^ ["Ayollarda yurak xuruji belgilari"](#) . Amerika yurak assotsiatsiyasi .
4. ^Yuqoriga o'tish:[a b c d e f](#) ["Yurak xuruji nima?".www.nhlbi.nih.gov. 2013 yil 17 dekabr.2015 yil 19 fevralda asl nusxadanarxivlangan.2015-yil 24-fevralda olindi.](#)
5. ^Yuqoriga o'tish:[a b](#) ["Yurak xuruji yoki to'satdan yurak tutilishi: ular qanday farq qiladi?".www.heart.org. 2014-yil 30-iyul.Asl nusxadan 2015-yil 24-fevraldaarxivlangan.2015-yil 24-fevralda olindi.](#)
6. ^Yuqoriga o'tish:[a b](#) Mehta PK, Vey J, Venger NK (2015 yil fevral).["Ayollarda ishemik yurak kasalligi: xavf omillariga e'tibor"](#).Yurak-qon tomir tibbiyotidagi tendentsiyalar.**25**(2):140-51.[doi:10.1016/j.tcm.2014.10.005.PMC 4336825 .PMID25453985.](#)
7. ^Yuqoriga o'tish:[a b](#) Mendis S, Puska P, Norrving B (2011). [Yurak-qon tomir kasalliklarining oldini olish va nazorat qilish bo'yicha global atlas](#) (PDF)(1-nashr). Jeneva: Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti Jahon yurak federatsiyasi va Jahon insult tashkiloti bilan hamkorlikda.3–18-betlar. [ISBN 978-92-4-156437-3](#). Asl nusxadan [arxivlangan](#) (PDF) 2014-08-17 da.
8. ^Yuqoriga o'tish:[a b c](#) ["Yurak xuruji qanday aniqlanadi?".www.nhlbi.nih.gov. 2013 yil 17 dekabr.2015 yil 24 fevralda asl nusxadanarxivlangan.2015-yil 24-fevralda olindi.](#)
9. ^Yuqoriga o'tish:[a b c d e f g h i](#) Steg PG, Jeyms SK, Atar D, Badano LP, Blömstrom-Lundqvist C, Borger MA va boshqalar. (2012 yil oktyabr).["ST segmenti ko'tarilishi bilan og'rigan bemorlarda o'tkir miokard infarktini davolash bo'yicha ESC ko'rsatmalari"](#).Yevropa yurak jurnali.**33**(20):2569–619.[doi: 10.1093/eurheartj/ehs215 .PMID22922416.](#)
- 10.^Yuqoriga o'tish:[a b c d e](#) O'Konnor RE, Brady W, Brooks SC, Diercks D, Egan J, Ghaemmaghami C va boshqalar. (2010 yil noyabr).["10-qism: o'tkir koronar sindromlar: 2010 yil Amerika yurak assotsiatsiyasi yurak-o'pka reanimatsiyasi va shoshilinch yurak-qon tomir yordami bo'yicha](#)

- [ko'rsatmalar".Aylanma.122\(18 Suppl 3\): S787–817.doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971028 .PMID20956226.](#)
- 11.^Yuqoriga o'tish:^{a b} Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A va boshqalar. (GBD 2015 Kasallik jarohati insidansi tarqalishi bo'yicha hamkorlikchilar) (2016 yil oktyabr).["Global, mintaqaviy va milliy kasallanish, tarqalish va nogironlik bilan yashagan yillar 310 ta kasallik va jarohatlar, 1990–2015: Global kasallik yukini o'rganish 2015 uchun tizimli tahlil".Lancet.388\(10053\):1545-1602.doi:10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6.PMC 5055577 .PMID27733282.](#)
- 12.↑ O'. Sharopov, F. G'afforova. *Ichki kasalliklar*. Yangi asr avlodi 2006.