

## MIOKARD INFARKTI REABILITATSIYASI

*Bo`ronova Siddiqa To`xtayevna*  
*Navoiy davlat pedagogika instituti Tibbiyot fakulteti*  
*Umumiy tibbiy fanlar kafedrasi o`qituvchisi*

**Annotatsiya:** Tadqiqotda Q-tishchali MI bo'lgan 112 nafar erkak bemor ishtirok etdi. Trombolizis amalga oshirilishiga qarab bemorlar 2 guruhga bo'lindi: 1-guruh (n=48) trombolizis o'tkazilmagan bemorlar, 2-guruh (n=64) trombolizis o'tkazilgan bemorlar. Qiyosiy tahlil shuni ko'rsatdiki, trombolizis o'tkazilmagan bemorlar guruhida O'YuE 2-guruhga qaraganda (87,5% va 42,6%,  $r < 0,05$ ) sezilarli darajada ko'proq uchragan. Undan so'ng korrelyatsion tahlil yordamida trombolizis o'tkazilgan bemorlar guruhida klinik-anatomik ko'rsatkichlarni O'YuE og'irlik darajasi bilan o'zaro bog'liqligini tahlil qildik. Barcha bemorlarda statsionarda bo'lgan vaqtida standart metodika bo'yicha yurak exokardiografik (ExoKG) tekshiruvi o'tkazildi. Kasallikning 1-kunida koronar o'zanni MI 1-5-kunlardagi holatini baholash uchun 30 nafar bemorda chap va o'ng polipozitsion koronarografiyani o'z ichiga olgan M Judkins usuli bo'yicha angiografik tekshiruv o'tkazildi.

**Kalitso'zlar:** -tishchali miokard infarkti (MI) bo'lgan bemorlarda o'tkir yurak yetishmovchiligi (O'YuE) rivojlanishining mumkin bo'lgan prediktorlarini baholash, trombolitik terapiya, o'tkir yurak yetishmovchiligi, miokard infarkti.

### KIRISH

Hozirgi vaqtda miokard infarkti (MI)ning erta davrlarida klinik amaliyotga trombolitik terapiya (TLT)ni tatbiq etish tufayli, o'tkir yurak yetishmovchiligi (O'YuE) uchrashining sezilarli darajada kamayishi kuzatiladi [1,2]. Shunga qaramasdan, O'YuE MIning eng qo'rqinchli asorati bo'lib, kardiologiyaning dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi, chunki boshqa sabablardan ko'ra ko'proq o'lim bilan yakunlanadi [3,4]. Ko'plab tadqiqotlarda ko'rsatilganidek, O'YuE og'irligi nekroz hajmiga bog'liq, shuning uchun MI bilan og'riqan bemorlarda ushbu asoratning rivojlanishini prognoz qilish faolroq davolashga



muhtoj bo'lgan yurak mushaklari keng shikastlangan bemorlar guruhini aniqlashda va miokard nekrozi kam bo'lgan bemorlarning statsionar davolash vaqtiniqisqartirishga imkon beradi [3,5].

O'YuE rivojlanishini prognoz qilish sohasidagi tadqiqotlar uzoq vaqtdan beri olib borilayotgan bo'lsada, O'YuE uchrashi va undan o'lim holatlarining saqlanib qolishi, ushbu muammoni dolzarbligicha qoldirmoqda [5,6,8]. Bu kasallik ko'plab simptomlarining polimorfizmi, MI ning birinchi kunida aniqlanadigan belgilarning kam ma'lumot berishi, MI kechishida turli xil davo usullarining (trombolizis, ka-sallikning erta davrida jarrohlik korreksiya) sezilarli darajada ta'sir ko'rsatishi bilan bog'liq bo'lib asoratnierta prognoz qilishda va davolash-tashxislash amaliyotlarida tegishli korreksiya qilishga imkon bermaydi [6,7,9].

## TADQIQOT METODOLOGIYASI VA EMPIRIK TAHLIL

Biz katta o'choqli miokard infarkti bo'lgan 112 nafar (erkak) bemorni ko'rikdan o'tkazdik. 64 nafar bemorda qabul qilinganidan keyin TLT o'tkazildi. Taqqoslash guruhi sifatida (TLT olmagan katta o'choqli miokard infarkti bo'lgan bemorlarda O'YuE uchrashini aniqlash maqsadida) kasallikning dastlabki 12 soatida qabul qilingan, ammo turli sabablarga ko'ra trombolizis o'tkazilmagan (qarshi ko'rsatma, davodan bosh tortish) o'xshash klinik shakl va holatlarga ega MI bilan og'rikan 48 nafar bemorni tanladik.

MI tashxisi klinik ko'rinishi (anginoz hujum 30 daqiqadan ko'proq), EKG ko'rsatkichlari (ST segmentining standart tarmoqlarda 1 mm va undan yuqori, ko'krak tarmoqlarining kamida ikkita tarmog'ida 2 mm va undan yuqori elevatsiyasi), qon zardobidagi kardiospesifik fermentlari faolligining oshishi kabi umumiy qabul qilingan mezonlar asosida tasdiqlandi.

40 yoshdan 79 yoshgacha (o'rtacha yoshi  $62,5 \pm 2,6$  yil) bo'lgan bemorlar kasallik boshlanishida dastlabki 6 soatida reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limiga qabul qilindi. TLT qo'llanilganidan keyin miokardning reperfuziya belgila-ri 64 nafar bemordan 40 tasida (62,5%) qayd etildi. Bizning ishimizda Killiptomonidan tavsiya etilgan O'YuE tasnifidan foydalanildi. TLT olgan bemorlardan O'YuEning rivojlanishi ko'rikdan o'tgan 64 nafar

bemordan 27 (42,2%) na-far bemorda qayd etilgan bo'lib, ulardan 24 (37,5%) nafarida Killip bo'yicha 2-sinf O'YuE, 3 (4,7%) kishida esa 3-sinf O'YuE aniqlangan.

Katta o'choqli MI bo'lgan va turli sabablarga ko'ra TLT o'tkazilmagan 48 nafar bemordan 42 (87,5%) nafarida ( $r < 0,05$ ) O'YuE rivojlangan. Qo'yilgan vazifalarni hal qilish uchun TLT olgan 64 nafar bemorni ikki guruhga ajratdik: asosiy guruh – 27 (42,2%) kishi (Killip bo'yicha 2-chi va 3-sinfdagi bemorlar) va nazorat guruhi – 37 (57,8%) kishi (O'YuE klinik belgilar bo'lmagan bemorlar yoki Killip bo'yicha 1-sinf).

Davolanishning hospital bosqichida biz ko'rikdan o'tkazgan 64 nafar bemordan 5 (8%) nafari vafot etdi. Bizning tadqiqotimizda asosiy va nazorat guruhidagi barcha 64 nafar bemor kasalxonaga yotqizilganida TLT oldi. Davolash bir soat davomida 1,5 mln TB streptokinazani tomir ichiga yuborish orqali amalga oshirildi. TLT tugaganidan so'ng, standart terapiya buyurildi. Barcha bemorlarda TLTdan oldin, trombolizisdan so'ng, darhol MI boshlanishidan 24 soat o'tgach, MIning 3-chi va 5-kunida umumiy qabul qilingan 12 tarmoqda EKG qayd etish o'tkazildi. Bemorlar kasalxonaga qabul qilinayotgan paytda tropo-nin tahlili o'tkazildi. Barcha bemorlar, statsionarda bo'lgan vaqtda, standart metodika bo'yicha yurak exokardiografik (ExoKG) tekshiruvi o'tkazildi — kasallikning 1-kunida, MIning 1–5-kunida koronar o'zanning holatini baholash uchun 30 nafar bemorda M Judkins usuli bo'yicha chap va o'ng polipozitsion koronarografiyani o'z ichiga olgan angiografik tekshiruvi o'tkazildi.

## NATIJALAR

MI bilan og'riq va TLT olgan bemorlarda kasallikning dastlabki soatlaridan kasallikning boshlanishidan bir necha kungacha O'YuE bo'lishi kuzatilgan. Olingan ma'lumotlar tahlili shuni ko'rsatdiki, O'YuE bilan og'riq bemorlarda yurak yetishmovchiligi klinik belgilari MIning 1-kunida 14 (51,9%) nafar bemorda, 2-kunida – 8 (29,6%) nafar bemorda, 3–5-kunida — 5 (18,5%) nafar bemorda qayd etilgan. TLT o'tkazgandan keyin miokard reperfuziya belgilari statistik jihatdan O'YuE bo'lmagan bemorlar guruhida sezilarli darajada ko'proq kuzatildi – 37 kishidan 34 (91,9%) kishida, asosiy guruhda esa 27 kishidan 6 (22,2%) kishida ( $r < 0,05$ ). Klinik simptomlarning O'YuE

rivojlanishi bilan bog'liqligini tahlil qilganda sinusli taxikardiya va 65 yoshdan oshgan kishilar-da sezilarli darajada musbat korrelyatsion bog'liqlik aniqlandi (1-jadval).

*1-jadval. Miokard infarkti bo'lgan bemorlarda klinik belgilar bilan o'tkir yurak yetishmovchiligi rivojlanishining o'zaro bog'liqligi*

Belgilar	r	p<
Hansirash	0,85	0,001
Sianoz	0,81	0,001
Sinusli taxikardiya	0,48	0,05
65 yoshdan yuqori	0,48	0,05
Reperfuziya mavjudligi	0,39	0,05
Qandli diabet	0,35	0,05
Postinfarkt kardioskleroz	0,37	0,05

Klinik belgilarni o'rganish O'YuE bilan og'riqan bemorlarda bir qator xususiyatlarni aniqladi: asosiy guruhdagi bemorlarda o'rtacha yoshi  $68,6 \pm 0,9$  yilni tashkil etgan bo'lsa, nazorat guruhidagi bemorlarda  $57,5 \pm 0,9$  yil ( $r < 0,05$ ), ilgari kuzatilgan MI yurak ishemik kasalligi davomiyligi asosiy guruhda  $5,9 \pm 0,3$  yil va nazorat guruhida  $2,9 \pm 0,4$  yil ( $r < 0,05$ ), O'YuE bilan og'riqan bemorlarda sezilarli darajada ko'proq postinfarkt kardiosklerozi kuzatilgan — 10 (39,1%) kishida, nazorat guruhida esa 9 (25,8%) kishida ( $r < 0,05$ ).

KAG ko'rsatkichlarining tahlili shu-ni ko'rsatdiki, O'YuE bo'lgan bemorlar-da koronar arteriyaning infarktga bog'liq okklyuziyasi statistik jihatdan sezilarli darajada ko'proq uchragan — 15 kishidan 11 (81,6%) kishida, O'YuE bo'lmaganda esa — 15 kishidan 6 (41,2%) kishida ( $r < 0,05$ ). Shunday qilib, stenoz jarayoni tufayli o'zgargan yurak arteriyalari soni O'YuE bo'lgan bemorlarda O'YuE bo'lmagan bemorlarga nisbatan sezilarli darajada ko'p bo'lgan —  $2,8 \pm 0,6$  bilan  $1,9 \pm 0,8$  nisbatda ( $r < 0,05$ ). Chap koronar arteriya tanasining stenoz nazorat guruhida 5,9% kishida va asosiy guruhdagi 18,4% bemorda ko'proq aniqlashga tendensiyasini qayd etganimizga qaramay, O'YuE rivojlanishi va infarktga bog'liq koronar arteriya lokalizatsiya orasida statistik jihatdan sezilarli darajadagi bog'liqlikni aniqlamadik.

## XULOSA VA MUNOZARA



Katta o'choqli MI bo'lgan bemorlarda klinik ko'rsatkichlarning tahlili shuni aniqladiki, O'YuEning asosiy prediktorlari postinfarkt kardiosklerozi, surunkali yurak anevrizmi, qandli diabet, 65 yoshdan yuqori, trombolitik terapiya o'tkazgandan keyingi miokard reperfuziyasi belgilarining yo'qligidir. Miokard infarktining dastlabki kunlarida o'tkir yurak yetishmovchiligining instrumental-laborator prediktorlari ST segmenti elevasiyasining pasayishi (50% dan kamroq), QOBF ning 50% dan pastligi va infarktga bog'liq koronar arteriyaning okklyuziyasi hisoblanadi.

## ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. **Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в лечении сердечно-сосудистых заболеваний. М Инсайт 2013;105.**
2. Булычев А.Б. Выживаемость и качество жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда: Дисс. д-ра мед. наук. СПб 2010;279.
3. Крыжановский В.А. Медикаментозная (без тромболитических препаратов) терапия инфаркта миокарда: подходы, основанные на доказательствах. Кардиол 2011;8:75-86
4. ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure in the Adult. Circulation 2011;86:2996-3007.