

КАРИЯЛАРДА КУЗАТИЛАДИГАН ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИКЛАРИНИ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

ЗУБАЙДУЛЛАЕВА ГУЛЧАМАН САЛИМОВНА

КАТТАКУРГОН АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ ЖАМОАТ САЛОМАТЛИГИ
ТЕХНИКУМИ GERONTOLOGIYA ФАНИ УКИТУВЧИСИ

***Аннотация:** Илмий мақола карияларда кузатиладиган юрак ишемик касалликларини кечиши хусусиятлари ҳамда унинг профилактикасини ўрганишга бағишланган.*

***Калит сўзлар:** карияларда кузатиладиган юрак ишемик касалликлари, озиқ-овқат маҳсулотлари, аллерген маҳсус иммуноглобулин E, муҳит омиллари.*

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) – юрак мушакларини кислородга бўлган талаби ва коронар қон томирларидаги қон айланиши орасидаги мувозанатни бузилиши натижасида юзага келадиган патологик ҳолат. Ушбу таъриф 1957 – йилда атеросклероз ва ЮИК ни ўрганиш бўйича жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) экспертлари томонидан таклиф этилган. Юқорида қайд этилган мувозанатни бузилиши оқибатида ишемия ёки некроз ҳолатини юзага келиши асосида аксарият ҳолларда кардиосклероз ривожланиши ётади. Бу ўзгаришлар юракни систолик ва/ёки диастолик фаолиятини ўзгариши билан кечади.

ЮИК илк бор намоён бўлганда авж олиб борувчи тож томирлар атеросклерози, баъзан эса йирик томирлар спазми, уларда тромблар ҳосил бўлиши сабабли сурункали қайталанувчи кечиши, айрим ҳолатларда ўткир кечиб ностабил стенокардия ёки миокард инфаркти (МИ) кўринишида намоён бўлиши мумкин.

ЮИК бутун дунёда жумладан, Ўзбекистонда ҳам катта ёшдаги аҳоли орасида кенг тарқалган ва ўлимга олиб келувчи асосий сабаблардан бири ҳисобланади. Ўтказилган кузатувлар 20 – 44 ёшдаги эркекларнинг 5 – 8 %, 45 – 69 ёшдагиларнинг эса 18 – 24,5 % ЮИК борлигини кўрсатган. Катта ёшдаги аёллар орасида бу кўрсаткич 13 – 15 % ни ташкил этади. Европа кардиологлар жамияти маълумотларига кўра ҳар 1 млн. аҳоли орасида ЮИК 30-40 минг одамда кузатилади. АҚШ да ЮИК билан оғриган 11 млн. одамдан ҳар йили 500000 дан кўпроғи оламдан кўз юмади.



Хавф омиллари. Ўтказилган тадқиқотлар натижасида ЮИК шаклланишида бир қатор омиллар муҳим аҳамиятга эга эканлиги тасдиқланган. Шунинг учун шифокор уларга алоҳида аҳамият бериши лозим. Чунки уларни бартараф этилиши ЮИК келиб чиқиши ва асоратланишини кескин камайтиради. Улар иккита бошқариб бўлмайдиган ва бошқариб бўладиган гуруҳларга бўлинади:

• *Бошқариб бўлмайдиган хавф омиллари:*

• Бемор ёши (ЮИК ривожланиш хавфи 40 ёшдан кейин ошиб боради);

• Жинси (эркак);

• Юрак – қон томир касалликларига наслий мойиллик (беморнинг 55 ёшгача бўлган яқин қариндошларида ЮИК, гипертония касаллиги (ГК) ва уларни асорати мавжуд бўлса);

• *Бошқариб бўладиган хавф омиллари:*

• Беморда ва унинг ота-онасида липид алмашинувининг бузилиши мавжудлиги (гиперхолестеринемия – оч қоринда умумий холестерин миқдори 250 мг/дл ёки 6,5 (5,0) ммоль/л дан юқори, гипертриглицеридемия – қонда триглицеридлар миқдори 200 мг/дл ёки 2,3 ммоль/л ва кўп, гипоальфахолестеринемия – 34 мг/дл ёки 0,9 ммоль/л ва уларни бирга келиши);

• АГ мавжудлиги (ҚБ $\geq 140/90$ мм.сим.уст. ва ундан юқори);

• Чекиш (мунтазам равишда кунда битта ва ундан кўп сигарет чекиш);

• Семизлик (тана вазни индекси ≥ 25);

• Беморда ва унинг ота-онасида углевод алмашинувини бузилиши борлиги (гипергликемия, қандли диабет – ҚД);

• Гиподинамия (паст жисмоний фаоллик);

• Психоэмоционал зўриқиш;

• Овқатланиш хусусиятлари;

• Касби, ижтимоий аҳволи;

• Атроф – муҳит таъсири;

• Сийдик кислотаси алмашинувининг бузилиши (гиперурикемия).



Бу омилларни эрта аниқлаш ҳамда мумкин қадар бартараф этиш беморлар ҳаёт сифатини яхшилади ва касалликни асоратланиши ҳамда тўсатдан ўлим хавфини камайтиради. Шунинг учун барча шифокорлар улар тўғрисида батафсил маълумотга эга бўлиши лозим.

Этиологияси ва патогенези. ЮИК асосий сабаби тож томирлар атеросклерози, уни спазми ва тромблар ҳосил бўлиши сабабли миокардни кислородга бўлган талабини қондирилмаслиги ҳисобланади. Улар орасида коронар қон томирлар атеросклерози нафақат катта балки 40 ёшгача бўлган эркаклар орасида ҳам ЮИК ривожланишининг асосий сабаби ҳисобланади.

Коронар қон томирлардаги атеросклеротик ўзгаришлар уларни қон билан таъминлайдиган соҳаларида ўтиб кетувчи ёки доимий ишемия жараёнини юзага келтиради. Тож томирлардаги атеросклеротик ўзгаришлар даражаси турлича бўлиб, уларни биттасини зарарланиши тахминан 30 % беморларда, иккитаси 1/3 қисмида ва қолганларида эса учта томирларда аниқланади. Атеросклеротик жараён кўп ҳолларда биринчи бўлиб чап артериянинг олдинги қоринчалараро кейин уни айланиб ўтувчи шохини ва сўнг ўнг коронар артерияни шикастлайди. Айрим маълумотларга кўра коронар артериясининг бошланиш 6 см да атеросклероз кўпроқ кузатилади. Шу билан бир қаторда ЮИК билан оғриган беморларда коронарография текшириш усули ёрдамида бир вақтнинг ўзида тож томирларнинг бир нечта шохчаси шикастланганлиги, яққол намоён бўлган клиник ҳолатларда эса атеросклеротик ўзгаришлар туфайли 75 % ва ундан кўпроқ қисми торайганлиги аниқланган.

ЮИК ни яққол намоён бўлган клиник белгилари билан кечадиган миокардни ўтиб кетувчи ишемияси ташхисланган 10 – 15 % беморларда проксимал йирик тож артерияларини атеросклеротик торайиши аниқланмайди. “Х синдром” деб юритиладиган ушбу турдаги ЮИК нинг ривожланиши асосида коронарография ёрдамида аниқланмайдиган периферик майда қон томирларини шикастланиши ётади.

Тож томирлар етишмовчилигига уларни зарарланиши билан кечадиган бир қатор касалликларда (коронар артерияларни туғма анамолиялари, тизимли артериитлар, ревматизм, инфекцион эндокардит, тизимли қизил югурдак,



васкулитлар, амилоидоз, аорта стенози, кўкрак аортасини қаватланувчи аневризмаси, кардиопатиялар) ҳам ўтиб кетувчи миокард ишемияси ҳатто МИ кузатилиши мумкин. Лекин булар ЮИК ҳисобланмайди. Чунки ушбу ҳолатларнинг ҳар бири ўзининг аниқ ва алоҳида клиник ва патоморфологик белгиларига эга бўлиб, коронар қон айланишини бузилиши асосий касаллик оқибатида кузатиладиган иккиламчи синдром ёки уларни асорати кўринишида намоён бўлади.

Юрак мушакларини кислородга бўлган талаби ва тож томирларидаги қон айланиш орасидаги мувозанатни ўтқир ёки сурункали бузилиши ЮИК нинг асосий патогенетик ривожланиши сабаби ҳисобланади. Миокардни кислородга бўлган талаби қуйидаги асосий омилларга боғлиқ: юрак уруш сонига (ЮУС), миокард мушакларини қисқарувчанлигига, деворларини систола вақтидаги зўриқишига ҳамда унинг оғирлигига. Ушбу омилларни кўпайиши миокардни кислородга бўлган талабини оширади. Миокардни кислород билан таъминланиши қондаги уни ташиш хусусиятига ҳамда тож томирлардаги қон айланиш даражасига боғлиқ. Ўз навбатида тож томирлардаги қаршилик ва диастола давридаги перфузия босими (аортада ва чап қоринчадаги диастолик босимлар фарқи) коронар қон томирлардаги қон айланишига кучли таъсир кўрсатади.

Адабиётлар рўйхати

1. А.А. Баязитова Н.И., Глушко С.А., Лисовская Е.В. и др. Аллергены *Aspergillus niger* и *Aspergillus fumigatus*. Практическая медицина 3 (95) 2016. С. 73-76
2. Бержец В.М., Хлгтян С.В., Коренева Е.А., и др. Изучение распространенности сенсibilизации к плесневым грибам у жителей Москвы и Московской области // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2012. – т. 3. – с. 18–22.
3. Гурина О.П. и др. Сенсibilизация к *Aspergillus niger* при рецидивирующем бронхите у детей // Проблемы медицинской микологии, 2011, Т.13, №2. -С.72
4. О.П. Гурина, Е.А. Дементьева, А.Е. Блинов, О.Н. Варламова, В.И. Тимохина IgE-гиперчувствительность к аллергенам грибов *Rhizopus Nigricans* и *Cladosporium*



herbarum у детей с респираторными аллергиями // Педиатр. - 2016. -Т.7. Вып.4. С.61-66.

5. Доршакова Е.В. и др. Микромицеты в естественной среде обитания и в помещениях – их потенциальная опасность для здоровья людей // проблемы медицинской микологии, 2012, Т.14, №3.-С.53-58.

