



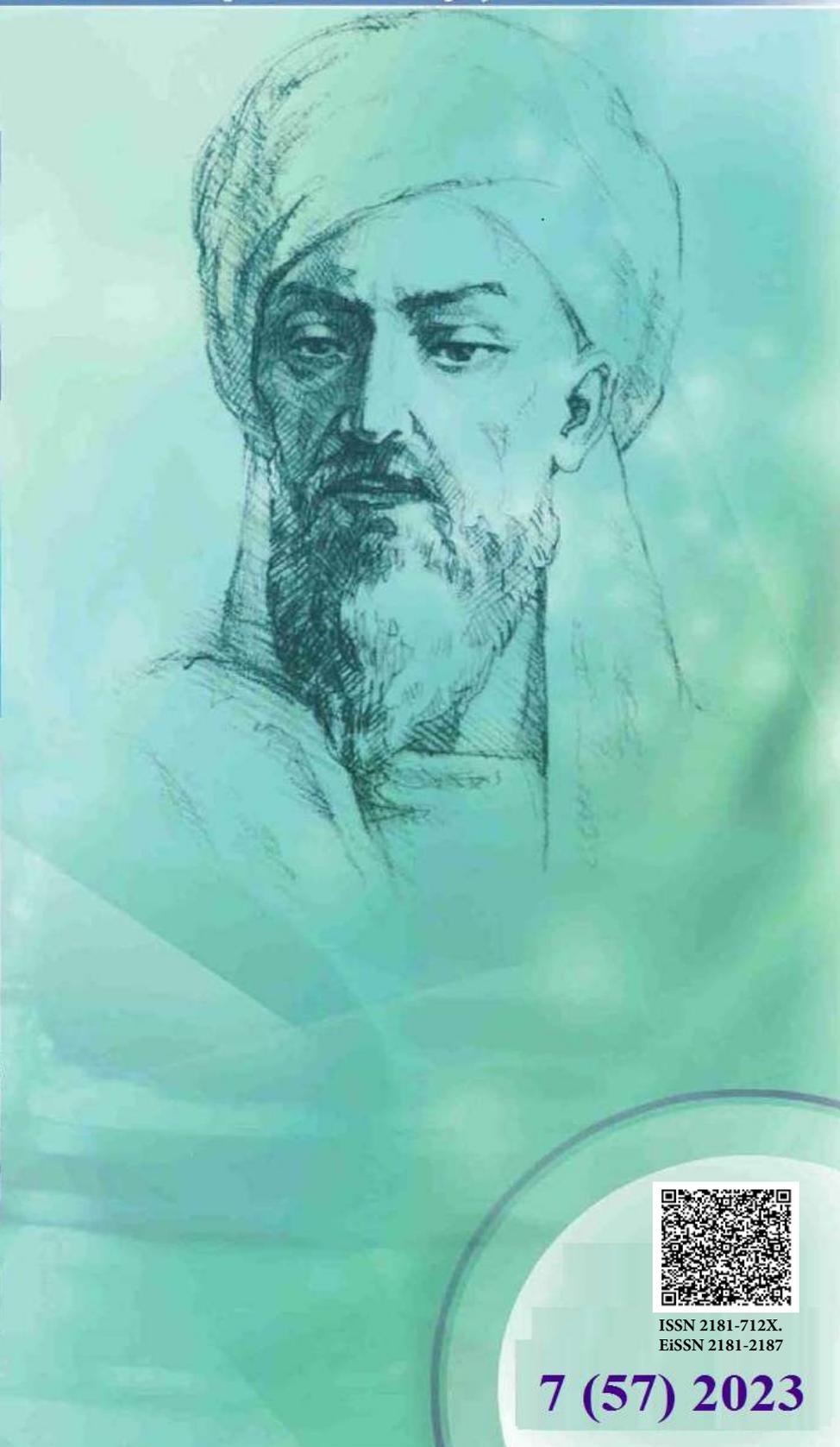
**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**7 (57) 2023**

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

*Ред. коллегия:*

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
С.И. ИСМОИЛОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**7 (57)**

**2023**

*июль*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

Received: 20.06.2023, Accepted: 30.06.2023, Published: 10.07.2023.

UDK 616.127-005.8+616.12-008.46

## MIOKARD INFARKTIDA O'TKIR YURAK YETISHMOVCHILIGINING RIVOJLANISHI

Raxmatova D.B., <https://orcid.org/0000-0002-7321-3248>

Zikrillaev F.A., <https://orcid.org/0009-0002-2175-2087>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Rezyume

Miokard infarkti (MI) bo'lgan bemorlarda shoshilinch kasalxonaga yotqizilgan, invaziv aralashuvlarsiz yurak yetishmovchiligi (YY) 27,5% ni tashkil qiladi va 10% kasalxonada o'lim bilan tavsiflanadi. Yurak yetishmovchiligining asosiy shakli yangi boshlangan YY. O'tkir yurak yetishmovchiligi (O'YY) bilan og'rigan MI bilan og'rigan bemorlar, O'YY bo'lmaganlar bilan solishtirganda, yurak-qon tomir xavf omillarining ko'proq tarqalishi, ChQ miokard qisqarishi va buyraklarning funktsional holatining yanada aniq buzilishlari va inotrop dorilarga ko'proq ehtiyoj bilan tavsiflanadi. KFT<sub>MDRD</sub>, chap qorincha QHH va gemoglobin darajasini aniqlash miokard infarkti va Killip II-III yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarni kasalxonada o'lim xavfi bo'yicha stratifikatsiya qilish imkonini beradi. KFT<sub>MDRD</sub> <52 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> ning kamayishi, chap qorincha QHH ning <47% ga kamayishi, gemoglobinning <112 g/l dan kamayishi kasalxonada o'limning yuqori xavfi bilan bog'liq.

Kalit so'zlar: xavf omillari, klinik va gemodinamik xususiyatlar, gipertenziya, bo'lmachalar fibrilatsiyasi, anemiya

## РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Рахматова Д.Б. <https://orcid.org/0000-0002-7321-3248>

Зикриллаев Ф.А. <https://orcid.org/0009-0002-2175-2087>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

У больных инфарктом миокарда, госпитализированных в скорпомощной стационар, без инвазивных вмешательств сердечная недостаточность встречается в 27,5% и характеризуется внутри госпитальной летальностью 10%. Преобладающей формой сердечной недостаточности является впервые возникшая СН (de novo). Пациенты ИМ с ОСН в сравнении без ОСН характеризуются большей распространенностью сердечно-сосудистых факторов риска, более выраженными нарушениями сократительной способности миокарда ЛЖ и функционального состояния почек, большей потребностью в инотропных препаратах. Определение СКФ<sub>MDRD</sub>, ФВ левого желудочка и уровня гемоглобина позволяет стратифицировать больных с инфарктом миокарда и сердечной недостаточностью Киллип II-III по риску внутри госпитальной летальности. Снижение СКФ<sub>MDRD</sub> <52 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, снижение ФВ ЛЖ <47%, снижение уровня гемоглобина <112 г/л ассоциируются с высоким риском внутригоспитальной летальности.

Ключевые слова: факторы риска, клинико-гемодинамические особенности, гипертензия, фибрилляция предсердий, анемия.

## DEVELOPMENT OF ACUTE HEART FAILURE WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Raxmatova D.B., <https://orcid.org/0000-0002-7321-3248>

Zikrillaev F.A., <https://orcid.org/0009-0002-2175-2087>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1 Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

#### ✓ *Resume*

*In patients with myocardial infarction, hospitalized in an emergency hospital, without invasive interventions, heart failure occurs in 27.5% and is characterized by in-hospital mortality of 10%. The predominant form of heart failure is new onset HF (de novo). Patients with MI with AHF, compared with those without AHF, are characterized by a greater prevalence of cardiovascular risk factors, more pronounced disorders of LV myocardial contractility and functional state of the kidneys, and a greater need for inotropic drugs. Determination of GFR MDRD, left ventricular EF and hemoglobin level allows stratification of patients with myocardial infarction and heart failure Killip II-III according to the risk of in-hospital mortality. A decrease in GFR MDRD <52 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, a decrease in LV EF <47%, a decrease in hemoglobin <112 g/L are associated with a high risk of in-hospital mortality.*

*Key words: risk factors, clinical and hemodynamic features, hypertension, atrial fibrillation, anemia.*

#### **Dolzarbligi**

O'tkir yurak yetishmovchiligi (O'YY) qon aylanish tizimi kasalliklarining tez boshlanishi yoki ko'payishi (bemorlar tomonidan toqat qilish qiyin) va ob'ektiv buzilishlar (hayot uchun xavfli, ayniqsa shoshilinch tibbiy yordam bo'lmaganda) bilan ifodalangan asorat sifatida belgilanishi mumkin. O'tkir va surunkali yurak kasalliklarining eng og'ir shakllari bilan og'rigan bemorlarning hayotini qo'llab-quvvatlash qobiliyatining yaxshilanishi tufayli O'YY muammosi tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda [1,3,22].

Ko'p sonli epidemiologik tadqiqotlar natijalari yurak yetishmovchiligi (YY) bilan og'rigan bemorlar sonining sezilarli va tez o'sishi haqida ishonch bilan gapirishga imkon beradi (ADHERE, EYYS-I, OPTIMIZ-YY registrlari ma'lumotlari).

O'tkir va surunkali YY tushunchalarini birlashtirgan YY bo'yicha zamonaviy xalqaro tavsiyalarga (ESC, 2021) muvofiq, birinchi marta paydo bo'lgan YY, surunkali (SYY) va dekompensatsiyalangan SYY mavjud [2,3,4,23]. O'tkir yurak yetishmovchiligi (O'YY) atamasi mutaxassislar nuqtai nazaridan qarama-qarshidir, chunki u vaqtinchalik pozitsiyadan (rivojlanish shartlari) ham, shoshilinch aralashuvni talab qiladigan namoyonlarning og'irligi nuqtai nazaridan ham talqin qilinishi mumkin. Biroq, ushbu ESC ko'rsatmalarida O'YY atamasi saqlanib qolgan va uning turli xil variantlari, jumladan, yangi boshlangan (O'YY) va o'tkir dekompensatsiyali YY(O'DYY) belgilangan [4,6,7,15,24].

SSY bo'yicha Milliy yo'riqnomaning (BRKIJ, 2021) so'nggi tahririda o'tkir osti YY o'pkada qon dimlanishidan o'pka shishigacha yoki kardiogen shok tez rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan o'tkir (kardiogen) nafas qisilishining paydo bo'lishi sifatida belgilanadi, bu qoida tariqasida, barcha o'tkir MI dan oldin o'tkir miokard shikastlanishining natijasidir. O'YY miokard infarktining (MI) eng tez-tez uchraydigan va og'ir asoratlaridan biri bo'lib, kasallikning o'tkir davri va uzoq muddatli natijalariga salbiy ta'sir qiladi [13,17,25]. Kasalxona bosqichida MIda YY bilan kasallanish holatlarining 5% dan 30% gacha o'zgarib turadi [18, 22].

MI bilan og'rigan bemorlarning o'lim darajasi bir oy ichida 20% ga yetadi (Steg G. 2004, Granger S., 2005), bir yil ichida 50% gacha ko'tariladi (Rosamond V., 2007) va YY namoyon bo'lishlarining og'irligiga proporsionaldir. MI bilan og'rigan bemorlarda O'YY paydo bo'lishi kasallikning yomon kechishi natijalarining mustaqil prognozchisi hisoblanadi (RECORD registr, 2008). Shuning uchun MIda O'YYning oldini olish va davolashga yondashuvlarni takomillashtirishga alohida e'tibor beriladi. Hozirgi vaqtda ushbu toifadagi bemorlarda O'YY rivojlanishining patogenezi masalalari faol muhokama qilinmoqda, ular haqidagi g'oyalar chuqurlashgan va miokard qisqarishining pasayishiga soddalashtirilgan bog'liqlikdan tashqariga chiqqan [19, 21, 22].

**Tadqiqot Maqsadi:** Miokard infarktida o'tkir yurak yetishmovchiligi rivojlanishining xavf omillari, klinik va gemodinamik xususiyatlarini o'rganish va baholash.

#### **Tekshirish usullar va materiallari**

Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Buxoro filiali negizida ish olib borildi. 2021 yildan 2023 yilgacha. MI tashxisi bilan kardioreanimatsiya bo'limiga yotqizilgan 80 nafar bemor tekshirildi.

MI tashxisi umumiy qabul qilingan mezonlar asosida o'rnatiladi: KFK, MB-KFK, troponin T yoki I ning xarakterli dinamikasi mavjudligi va quyidagi mezonlardan birining mavjudligi: xarakterli klinik ko'rinishning mavjudligi va patologik Q yoki QS to'lqinlarining shakllanishi bilan dinamikada xarakterli EKG o'zgarishlari.

Yurak klavn kasalliklari, kardiomyopatiyalari, ma'lum bo'lgan oxirgi bosqich buyrak yoki jigar kasalliklari, autoimmun va oxirgi bosqich saratoni va spirtli ichimliklarni suiste'mol qiluvchilar kiritilmagan.

Tahlillarga jami 80 nafar bemor kiritilgan. Bemorlarning o'rtacha yoshi 68 yoshni tashkil etdi, ulardan 47 (59%) erkaklar. Anamnezida 72% GK tarixi, 27% II turdagi qandli diabet va 33,9% da semizlik bor. 17 (36,3%) bemor kasalxonaga yotqizilgan vaqtda chekishni davom ettirgan, 28 (35%) bemorda yotqizilganida giperxolesterenemiya, 12 (15,4%) bemorda anemiya aniqlangan. Anamnezida bemorlarning 29% MI, 25% - SYY, 22% - bo'lmachalar fibrilatsiyasiga ega. Ko'pgina bemorlarga Q-tishchali MI (61,3%) va oldingi MI 54,8% tashxisi qo'yilgan (MI bemorlarining batafsil klinik va demografik xususiyatlari 1-jadvalda keltirilgan).

Noqulay oqibatlarini hisobga olish kasalxonaga yotqizishning butun davri (o'rtacha  $21,4 \pm 2,5$  kun) va 6 oylik kuzatuvdan keyin amalga oshirildi.

1-jadval.

**Miokard infarkti bilan og'rigan bemorlarning klinik va demografik xususiyatlari.**

Ko'rsatkich	n=80
Yoshi, yillar	68±11,8
Erkaklar, n (%)	47 (59%)
Gipertenziya, n (%)	58 (72%)
Chekish, n (%)	29 (36,3%)
Semizlik, n (%)	27 (33,9%)
2-toifa qandli diabet, n (%)	21 (27,0%)
Giperxolesterenemiya, n (%)	28 (35,0%)
MI tarixi, n (%)	23 (29,0%)
SYY tarixi, n (%)	20 (25,0%)
Bo'lmachalar fibrilatsiyasi, n (%)	17 (22,0%)
Anemiya, n(%)	12 (15,4%)
Q-tishchali MI (%)	49 (61,3%)
Oldingi MI, n (%)	44 (54,8%)
ST segmentining ko'tarilishi, n (%)	31 (38,6%)
ST segmenti depressiyasi, n (%)	26 (32,3%)
Trombolizis, n(%)	22 (27,5%)

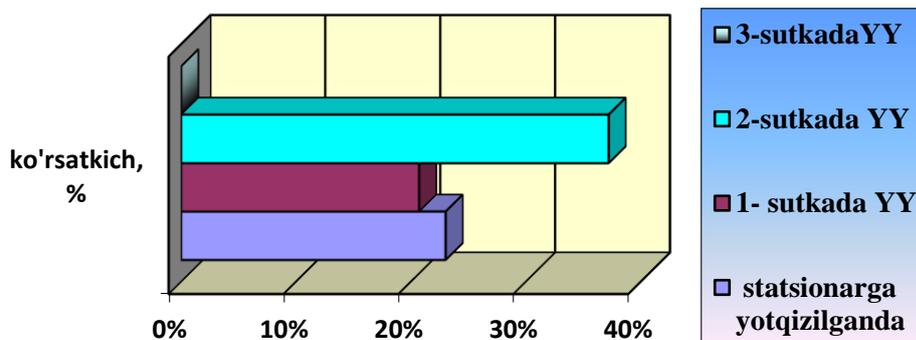
Qabul paytida YY belgilari mavjudligi yoki paydo bo'lishidan kelib chiqqan holda, MI va O'YY bilan og'rigan bemorlar guruhi tuzildi (n=22, 27,7%). Keyinchalik, MI bemorlarining O'YY bo'lgan va bo'lmagan guruhlarining qiyosiy tahlili o'tkazildi.

Bemorlarning klinik holatini baholash an'anaviy usullar (so'rovnoma, ko'rik, obyektiv tekshiruv) yordamida amalga oshirildi.

**Natija va tahlillar**

Mavjud YY mezonlariga (EKA, 2021) muvofiq, MI tashxisi bilan kardioreanimatsiya bo'limiga yotqizilgan 22 bemorda O'YY tashxisi qo'yilgan, bu MI bilan kasallangan bemorlarning umumiy sonining 27,7% ni tashkil qiladi (n = 80). Kasalxonaga yotqizilgandan so'ng, bemorlarning n = 5-23% da yurak yetishmovchiligi belgilari mavjud edi. MI bilan og'rigan bemorlarning aksariyatida YY belgilari kasallikning boshlanishidan dastlabki 3 kun ichida paydo bo'ladi. Shu bilan birga, birinchi kunida 5 bemorda (20,7%), 2-kun - 8 (37,2%) va 3-kun - 4 (19,1%) bemorda YY rivojlangan (1-rasm).

**MI da O'YY rivojlanish vaqti**



1-rasm. Miokard infarkti bo'lgan bemorlarda o'tkir yurak yetishmovchiligining rivojlanish vaqti (n=22).

O'YY rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan omillarni aniqlash uchun MI bilan og'rigan bemorlarning demografik, klinik va laboratoriya xususiyatlarining qiyosiy tahlili YY belgilari mavjudligiga qarab o'tkazildi (2-jadval). YY bilan og'rigan bemorlar sezilarli darajada kattaroq bo'lib, xavf omillari (GK, 2-toifa qandli diabet, chekish, semizlik), shuningdek, shifoxonagacha bo'lgan bosqichda o'tkazilgan MI va SYY belgilariga ega bo'lish ehtimoli sezilarli darajada yuqori edi.

Bundan tashqari, YY bo'lmagan MI bemorlariga nisbatan, miokard infarkti bilan og'rigan bemorlarda O'YY rivojlanishi bilan kasallik kechishi murakkablashgan, buyrak funksiyasining sezilarli darajada buzilishi aniqlangan, bu kreatinin darajasining oshishi va taxminiy KFT<sub>MDRD</sub>ning pasayishi bilan tasdiqlanadi. Shuningdek, MI va YY bilan og'rigan bemorlarda anemiya ehtimoli deyarli ikki baravar ko'pligi qayd etildi.

Qabul paytida SQB va DQB parametrlarida ham sezilarli farqlar aniqlandi, bu MI bilan og'rigan bemorlarda YY bo'lmagan guruhga nisbatan YY guruhida pastroq bo'lgan va xuddi shu bemorlarda yurak qisqarish soni yuqori bo'lgan bemorlarga nisbatan "gemodinamik beqarorlik" ni ko'rsatishi mumkin.

YY bo'lmagan guruhga nisbatan YY guruhida Q-tishchali MI bo'lgan bemorlar (n=16, 74,8% va n=33, 56,1%), (p<0,001), oldingi lokalizatsiya (n=18, 77, 7% ga nisbatan n=26, 46%), (p<0,001) ustunlik qildi.

YY belgilarining og'irligini baholashda Killip II 15 (69,3%) bemorga, Killip III - 5 bemorga (21,4%) va Killip IV - 2 bemorga (9,1%) to'g'ri keldi. MI bilan og'rigan bemorlarning O'YY og'irligi xususiyatlariga qarab 3-jadvalda keltirilgan. O'YY og'irlik darajasining rivojlanishiga ko'ra, bemorlarning yoshi o'sishi qayd etilgan, ayollar soni esa ko'paygan. MI bilan og'rigan bemorlarda O'YY og'irligini klinik baholash uchun Killip va Kempbell (1967) tasnifi ishlatildi.

O'YY bilan og'rigan bemorlar umumiy sonining 30,7% ni tashkil etgan O'YY (Killip III-IV) ning og'ir holatlarini tahlil qilishda bemorlarning yoshi keksaligiga, va hamkor kasalliklar, past KFT<sub>MRD</sub> va ChQ QHH barcha xavf omillarining yuqori tarqalishiga e'tibor qaratildi.

Miokard infarkti bo'lgan barcha bemorlarda buyrak funksiyasi kreatinin darajasi va taxminiy KFT asosida qabul qilinganda baholandi. MI va O'YY bilan og'rigan bemorlarning yarmi qabul qilinganida KFT<sub>MDRD</sub> 30-60 ml / min / 1,73 m<sup>2</sup>, 78% oralig'ida edi. Bemorlarning 17 foizida og'ir (KFT<sub>MDRD</sub><30ml/min/1,73m<sup>2</sup>) buyrak yetishmovchiligi va O'YY bilan og'rigan bemorlarning 5 foizida terminal (KFT<sub>MDRD</sub><15ml/min/1,73m<sup>2</sup>) aniqlangan. MI uchun asoratlanmagan YY bilan og'rigan bemorlarning 30% da KFT<sub>MDRD</sub> o'rtacha darajada pasaygan va 9% jiddiy buyrak yetishmovchiligi bo'lgan (2-rasm).

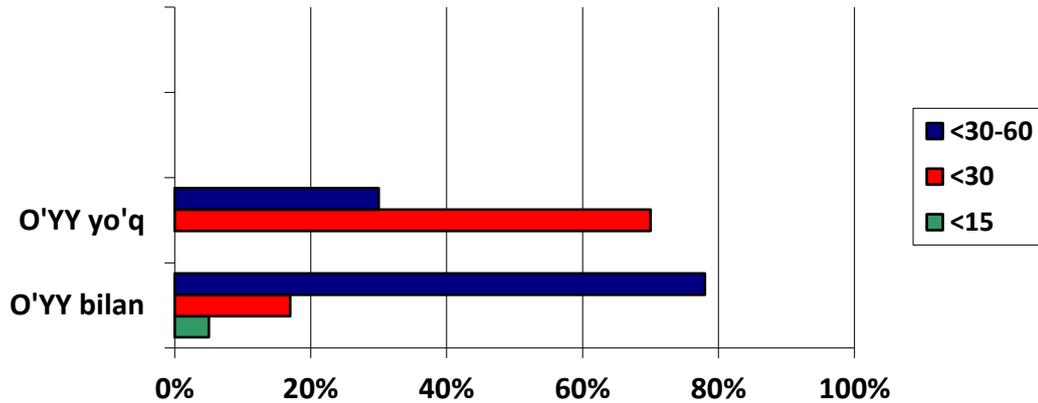
## 2-jadval.

### Miokard infarkti bo'lgan bemorlarning mavjudligiga qarab yurak yetishmovchiligi xususiyatlari.

Ko'rsatkich	YY mavjud	YY yo'q
	(n=22)	(n=58)
Yoshi, yillar	71+13,7	66+14,2**
Erkak,(%)	12 (54,9%)	35(61,0%)*
GK, n (%)	19 (83,9%)	39 (68,0%)**
Chekish, n (%)	10 (45,0%)	19 (33,0%)**
Semizlik, n (%)	12 (51,9%)	15 (27,0%)**
2-toifa diabet, n (%)	10 (47,4%)	11(19,2%)**
MI tarixi, n (%)	9 (42,7%)	14 (23,7%)**
SYY tarixi, n (%)	8(35,5%)	12 (20,9%)**
Bo'lmaachalar fibrilatsiyasi, n (%)	7 (33,0%)	10(17,8%)**
Anemiya, n(%)	5 (21,8%)	7 (12,9%)
Giperxolesterenemiya, n (%)	7 (33,2)	21 (35,7%)
Kreatinin, mkmol/l	135,3+13,1	111,3+10,7**
KFT <sub>MDRD</sub> , ml/min/1,73 m <sup>2</sup> , < 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	58,6+12,1	75,7+15,8**
ChQ QHH (%)	42,7+14,2	51,4+16,3**
Qabul paytida SQB, mm.sim. ust.	120,1+14,7	133,5+15,4**
Qabul paytida DQB, mm.sim. ust.	70,4+10,3	78,2+12,7**
Qabul paytida YQS	76,2+12,4	71+7,7**

Eslatma: guruhlar orasidagi farqlarning ahamiyati \*p <0,01; \*\* p<0,001; o'rtacha qiymatlar M±m, l anemiya: gemoglobin darajasining pasayishi ayollarda <130 g/l, erkaklar uchun <120 g/l.

KFT, ml/min/1.73m<sup>2</sup>

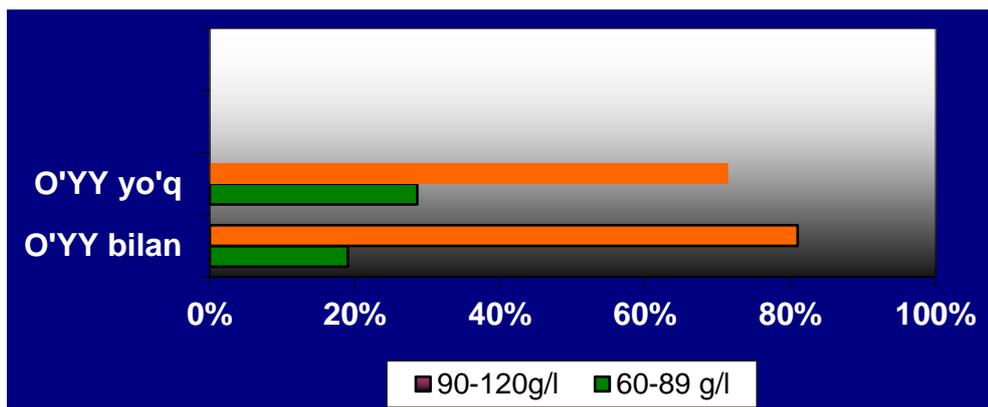


3.1.2-rasm. Miokard infarkti bo'lgan bemorlarni qabul qilishda KFTga qarab taqsimlash.

3-jadval  
O'tkir yurak yetishmovchiligining og'irligiga qarab miokard infarkti bo'lgan bemorlarning klinik va gemodinamik xususiyatlari.

Indeks	Killip II n-15	Killip III n-5	Killip IV n-2
Yoshi, yillari	66,2±12,9	71,4±21,1	74,8±20,8
Erkak jinsi, n (%)	7 (58,3%)	3 (25%)	2 (16,7%)
GK, n (%)	15 (79%)	2 (10,5%)	2(10,5%)
Chekish, n (%)	6 (60%)	3(30%)	1(10%)
Semizlik, n (%)	7 (58,3%)	3(25%)	2(16,7%)
QD II turi, n (%)	5(50%)	4 (40%)	1(10%)*
MI tarixi, n (%)	3 (33,3%)	5 (55,6%)	1 (11,1%)
SYT tarixi, n (%)	2 (25%)	5 (62,5%)	1(12,5%)
Bo'lmachalar fibrilatsiyasi, n (%)	3 (42,8%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)
Anemiya, n (%)*	3 (60%)	1(20%)	1 (20%)
Giperxolesterenemiya, n (%)	3 (42,8%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)
Kreatinin, mkmol/l	129,4±15,7	132,4±14,7	148,9±17,3*
KFT <sub>MDRD</sub> , ml/min/1,73	57,2±9,2	49,4±11,7	38,3±13,2*
ChQ QHH (%)	40,1±5,2	36,0±5,7	31,5±4,7*
Qabul paytida SQB, mm.sim. ust.	126±14,5	118±15,2	98±18,7*
Qabul paytida DQB, mm.sim. ust.	72±11,3	69±12,5	68±13,4
YQS	74,2±12,5	76,1±13,2	80,1±18,1

Eslatma: guruhlar orasidagi farqlarning ahamiyati \* $p < 0,05$ ; o'rtacha qiymatlar  $M \pm m$  sifatida ko'rsatilgan; 1 anemiya: gemoglobin darajasining pasayishi ayollarda  $< 130$  g/l, erkaklarda  $< 120$  g/l.



### 3-rasm. Miokard infarkti va anemiya bilan og'riqan bemorlarning qabul paytida gemoglobin darajasiga qarab taqsimlanishi

So'nggi paytlarda anemiyaning YY rivojlanishidagi roli va MI bilan og'riqan bemorlarning prognozi faol o'rganilmoqda. Tadqiqotda MI bilan og'riqan bemorlarning 15,3 foizida (n = 12) turli xil kelib chiqadigan anemiya, 41,7% (n = 5) bemorlarda O'YY borligi aniqlangan. MI bilan og'riqan bemorlarni anemiya mavjudligi va og'irligiga qarab taqsimlashda, anemiya bilan og'riqan bemorlarning ko'pchiligi 81% (n=4) gemoglobin darajasi 90 dan 120 g / l gacha, qolgan 19% ni tashkil etganligi qayd etildi. (n=1) gemoglobin darajasi 90 g/l dan past edi.

MI va anemiya bilan og'riqan bemorlarda, O'YY yo'qligida ham xuddi shunday tendentsiya kuzatildi: anemiya bilan og'riqan bemorlarning maksimal sonida gemoglobin darajasi 90-120 g / l oralig'ida edi. Yengil kamqonlik (gemoglobin darajasi 90 dan 120 g / l gacha) va o'rtacha (gemoglobin darajasi 90 g / l dan past) bilan MI bilan og'riqan bemorlarning soni sezilarli darajada kamaydi (71,4% gacha (n=5) va 28,6% (n= 2) mos ravishda).

Shunday qilib, MI ning konservativ davosi bilan kasalxonada davrining kechishi har uchinchi bemorda har xil darajadagi O'YY rivojlanishi bilan murakkablashadi va kasalxonada o'limning ko'payishi bilan birga keladi. MI va O'YY bilan og'riqan bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari uchun barcha asosiy xavf omillari ko'proq uchraydi, giperxolesterinemiya bundan mustasno.

MI va SYY belgilari ham O'YY bilan og'riqan bemorlarda tez-tez uchragan. ChQ miokardining sistolik funksiyasining pasayishi O'YY bor bemorlarda 63%, O'YY yo'q bemorlarda 30% aniqlandi. Shu bilan birga, O'YY bilan og'riqan bemorlarning 24 foizida QHH 45 foizdan yuqori bo'lgan. MDRD formulasi yordamida hisoblangan KFT bilan o'lchanadigan buyrak funksiyasining buzilishi va anemiya MI bilan og'riqan bemorlarda, ayniqsa O'YY guruhida keng tarqalgan.

### Xulosa

1. Miokard infarkti bo'lgan bemorlarda shoshilinch kasalxonaga yotqizilgan, invaziv aralashuvlarsiz yurak yetishmovchiligi 27,5% ni tashkil qiladi va 10% kasalxonada o'lim bilan tavsiflanadi. Yurak yetishmovchiligining asosiy shakli yangi boshlangan YY. O'YY bilan og'riqan MI bilan og'riqan bemorlar, O'YY bo'lmaganlar bilan solishtirganda, yurak-qon tomir xavf omillarining ko'proq tarqalishi, CHQ miokard qisqarishi va buyraklarning funksional holatining yanada aniq buzilishlari va inotrop dorilarga ko'proq ehtiyoj bilan tavsiflanadi.

2. KFT<sub>MDRD</sub>, chap qorincha QHH va gemoglobin darajasini aniqlash miokard infarkti va Killip II-III yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarni kasalxonada o'lim xavfi bo'yicha stratifikatsiya qilish imkonini beradi. KFT<sub>MDRD</sub> <52 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> ning kamayishi, chap qorincha QHH ning <47% ga kamayishi, gemoglobinning <112 g/l dan kamayishi kasalxonada o'limning yuqori xavfi bilan bog'liq.

### ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Аминов А. А., Мамутов Р.Ш. Основные направления популяционных исследований в Республике Узбекистан // Кардиология Узбекистана 2019;3(53):61-63.
2. Ахунова Д., Журабоев Б.Н., Ягудаев А.М. Особенности клинического течения инфаркта миокарда в пожилом и старческом возрасте // В кн.: актуальные вопросы патологии у лиц пожилого и старческого возраста. – Андижан. 1986;114-115.
3. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Шкловский Б.Л. Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца - проблема врача и пациента –Москва 2015;445-446.

4. Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин С.С., Фурменко Г.И. и др. Острые формы ишемической болезни сердца в пожилом и старческом возрасте: анализ заболеваемости, летальности и диагностика по результатам Российского много центрового эпидемиологического исследования заболеваемости, смертности, качества диагностики и лечения острых форм ИБС («Резонанс») //Клиническая геронтология 2011;17(1-2):74-76.
5. Бойцов С.А., Якушин С.С., Никулина Н.Н. и др. Acute coronary lethality: age-related tendencies (Russia) // European Heart Journal Supplement 2010;12:102.
6. Бойцов С.А., Якушин С.С., Никулина Н.Н. и др. Возрастные аспекты заболеваемости острыми формами ишемической болезни сердца и смертности от них у мужчин и женщин //Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2010;6(5):640-643.
7. Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С. Оценка факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в целях их предотвращения и профилактики //Материалы науч. практ. конф. «Профилактическая медицина: сегодня и завтра. /Сборник тезисов 2019;39.
8. ВОЗ Сердечно-сосудистые заболевания (2017). [www. who. int/ru/newsroom/fact-Shuta/detaile/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/ru/newsroom/fact-shuts/detaile/cardiovascular-diseases-(cvds)).
9. Гарганеева А.А., Кужелева Е.А., Борель К.Н., Паршин Е.А. Атипичное течение острого инфаркта миокарда: клиника – анамнестическая характеристика ведения и исходы (по данным «Регистра острого инфаркта миокарда») //Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2020;10-15.
10. Гордеев А.В. О реализации областного межведомственного проекта «Жив долго» в 2018-2020 годах // Воронеж. 2017;2.
11. Герасименко Н.Ф., Оганов Р.Г. Мычка В.Б. Женское сердце //Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 1:5-13.
12. Демографический ежегодник России (официальное издание федеральной службы государственной статистики) 2000-2011-Стат.сб./Росстав.
13. Джанашия П.Х., Шевченко Н.М., Олишенко С.В. Неотложная кардиология. Руководство для врачей –Москва 2015;1.
14. Кардиология //Национальное руководство под ред. Е.В.Шляхто. Москва 2019;424.
15. Котова О.В., Акарачкова Е.С. Сочетание сердечно-сосудистых заболеваний и тревоги /депрессии у пожилых пациентов: как повысить эффективность лечения и качество жизни //Кардиология 2018;1(11):95-96.
16. Коков А.Н., Брел Н.К., Груздева О. Каретникова В.Н. и др. Мультиспиральная компьютерная томография в оценке ожирения больных ишемической болезнью сердца // Кардиология 2018;1(11):99-103.
17. Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Кучкаров Х.Ш., Ирисов Дж.Б. Предварительные результаты 6-месячного применения отечественного антиаритмического препарата аксаритмии //Кардиология Узбекистана. 2020;1(55):27-32.
18. Курлянская Е.К., Денисевия Т.Л. Прогнозирование неблагоприятных кардиальных событий при тяжелой хронической сердечной недостаточности //Кардиология 2014;10-:39-44.
19. Лазебник Л.Б., Вёрткин А.Л., Конев Ю.В., Ли Е.Д. и др. Старение. Профессиональный врачебный подход. - Москва 2014;13.
20. Марцевия С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ЛИС): анализ анамнестических факторов, определяющих смерть в стационаре //Кардиоваскулярная терапия и профилактика: 2020;1:46-47.
21. Мамасолиев Н.С., Туйчиев А. Скрининг на внезапную смерть. Сообщение 1-4 // Материалы науч. практ. конф. «Профилактическая медицина: сегодня и завтра» Сборник тезисов. 2020;218-219.
22. Д.Б.Рахматова Анализ факторов риска ИБС у лиц старше 60 лет среди населения города Бухары /Г.Х.Ражабова, Н.Х.Мавлонов //Тиббиётда янги кун 2018;4(28):102-104.
23. Д.Б.Рахматова Бухоро шахрида яшовчи 60 ёшдан катта аҳоли ўртасида ЮИК хавф омилларининг тахлили //Биология ва тиббиёт муаммолари Халқаро илмий журнал 2019;1/1(108):258-259.
24. Рахматова Д.Б. Analysis of the risk factors of chd in persons over 60 years among the population of the city of Bukhara //Asian studies №1, Индия 2019;33-38. <https://Journals.pen2print.org>
25. Рахматова Д.Б. «Главные» симптомы и ведущие клинические варианты течения острого коронарного синдрома у женщин. //Journal of Biomedicine and Practice 2019;2(6):68-73. <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2019-6-8>

**Qabul qilingan sana 20.06.2023**

