

INFARKT MIOKARDDAN KEYINGI UCHLAMCHI PROFILAKTIKA

Yusupova Shahlo Boxrambek qizi

Xorazm viloyati Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Urganch filiali magistr 3- kurs

Annotatsiya: Ushbu maqolada infarkt miokardi, etiologiyasi va patogenezini, kasallik asoratlari haqida ma'lumot beriladi. Maqolada shuningdek, kasallikning davosi va profilaktikasi haqida so'z yuritiladi.

Kalit so'zlar: Yurak toj qon tomiri, stenokardiya, og'riq xurujlari, reflektor, arterial qon bosimi, ateroskleroz, nerv tolalar

Kirish: 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. 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 bo'ladilar. 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 bo'ladi. Yurak toj qon tomirining tiqilib qolishiga aterosklerotik pilakchalarning yara bo'lishi, ularga qon quyilishi hamda qonning ivish jarayoni buzilishi sabab bo'ladi. 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 bo'lib, kollagenning kamroqligi) bo'lishi, pilakcha kapsulasining yupqaligi va unda kollagen kamroq bolishi, unda makrofaglar ishtirokida yallig'lanish rivojlanganligi sabab bo'ladi. Pilakcha yorilgandan so'ng uning ichidagi moddalar qon bilan qo'shib trombotsitlar agregatsiyasi rivojlanadi. Qon ivishi tizimi omillari faollashadi. Fibrin, eritrotsitlar qo'shib yaxlit tromb hosil qiladi. Yurak toj tomirining bekiilib qolishi miokardning qon bilan ta'minlanishini buzadi. Miokard nekrozi, ko'proq chap qorincha devorida rivojlanadi. Miokarddagi nekroz tufayli yurakning sistolik va diastolik faoliyati buziladi.

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'riganligi aniqlanadi. Yurak miokardida uchta doira (zona)da o'zgarish borligi ko'riladi.

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.

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 yotqizilib 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.

Natijalar va muhokamalar: 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, qorniga, 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 diagnostini qo'yishda quyidagi belgilarga tayansa bo'ladi:

1. Arterial qon bosimining past bo'lishi, sistolik bosimning 80 mm simob ustuniga, diastolik bosimning 50-40 mm simob ustuniga teng yoki undan kam bo'lishi, qon bosimi yuqori bo'lgan kishilarda, qon bosimi shok bo'lganda 95-120 mm simob 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. Bemorni kasalxonaga keltirguncha unga tezlik bilan yordam ko'rsatish zarur. Og'riq qoldiruvchi, yurak urishi tezligini pasaytiruvchi dorilar qo'llaniladi. 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.

Xulosa: Infarkt miokardining keyingi uchlamchi profilaktikasi yoki ko‘rinishlariga e‘tibor berish muhimdir. Asosiy profilaktik usullar quyidagilardir:

- Hayot tarzini o‘zgartirish: Yaxshi ovqatlanish, tashvish va stressni kamaytirish, sport bilan shug‘ullanish yoki shunchaki harakatda bo‘lish.
- Bemor sog‘ligiga e‘tiborli bo‘lish: Agar bemorda yuqori qon bosimi yoki xolesterin darajasi yuqori bo‘lsa.
- Muhim faktorlarning boshqarilishi: Shu jumladan, yuqori qon bosimi, xolesterin darajasi va diabetni boshqarishni o‘z ichiga oladi.
- Kasallikni oldini oluvchi dorilar: Bir qancha dorilar infarktni oldini olishda yordam berishi mumkin.
- Muntazam muolajalar: Kasallikning yuqori darajasidagi bemorlar, konsultatsiya va davolanish bo‘yicha muntazam muolajalar qabul qilishlari kerak.

Har bir bemor uchun muhim bo‘lgan profilaktika usullari shaxsiy shifokor tomonidan belgilanadi. Bunday masalalar haqida shifokordan maslahat so‘rash tavsiya qilinadi. Tibbiy mutaxassis bemorning maxsus holatini baholaydi va kerakli muolajalarni tavsiya qiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Peto, R., Gray, R., Collins, R., Wheatley, K., Hennekens, C., Jamrozik, K., Warlow, C., Hafner, B., Thompson, E., Norton, S., Gilliland, J., Doll, R.: Randomised trial of prophylactic daily aspirin in British male doctors. *Br. Med.J.* 296, 313–316(1988).
2. Остроумова О.Д. Ацетилсалициловая кислота – препарат номер один для лечения сердечно-сосудистых заболеваний: основные показания к применению, клинические преимущества, эффективные дозы и пути повышения переносимости // *PMЖ.* 2003. Т. 11. № 5.
3. Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324:71–86.
4. Явелов И.С. Ацетилсалициловая кислота в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний: уточненные данные // *Качественная клиническая практика.* 2004. № 1. С. 11–12.
5. Fuster, V., Dyken, M. L., Vokonas, P. S., Hennekens, C.: Aspirin as a therapeutic agent in cardiovascular disease. *Circulation* 87 (2), 659–675 (1993).