

КЕКСА ЁШДА МИОКАРД ИНФАРКТИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР

Талипов Р.М., Нурметов Х.Т.
Тошкент Давлат Тиббиет Университети
2-сон ички касалликлар пропедевтики кафедраси

Долзарблик: Миокард инфаркти ўлим ва ногиронлик кўрсаткичлари юқори бўлган ижтимоий аҳамиятга эга касалликлардан биридир. Кекса ва қари ёшдаги шахслар унинг юқори хавфи ва асоратлари гуруҳига киради. Шу билан бирга, катта ёш гуруҳида миокард инфарктини атипик шакллари тез-тез учрайди, бу ташхис қўйишни қийинлаштиради ва қўшимча тадқиқот усуллари жалб қилган ҳолда диққат билан динамик кузатувни талаб қилади. Кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир миокард инфарктини даволашнинг дори-дармон ва рентген жарроҳлик усуллари қўллаш масалаларини ёритувчи замонавий илмий адабиётлар тарқоқ ва баъзи ҳолларда қарама-қарши маълумотларни тақдим этади. Муаллифлар томонидан ушбу мавзу бўйича замонавий маълумотларни йирик тадқиқотлар ва мета-таҳлиллар натижалари асосида тизимлаштиришга ҳаракат қилинган.

Калит сўзлар: ўткир миокард инфаркти, ўткир коронар синдром, юрак ишемик касаллиги, ностабил стенокардия, тери орқали коронар аралашувлар, ангиопластика, стентлаш, кексалик.

Статистик маълумотларга кўра, ҳар йили юрак-қон томир касалликлари (ЮҚТК) туфайли 1 миллиондан ортиқ одам вафот этади [4]. Маълумки, геронтологик гуруҳдаги ЮҚТК билан оғриган беморларнинг ўлим сабаблари таркибида юрак ишемик касаллиги (ЮИК) деярли 85% ўлим ҳолатларини келтириб чиқаради. Миокард инфаркти (МИ) билан оғриган беморларнинг кекса ёши касалхонада ва узок муддатли ўлимнинг кўпайиши билан боғлиқ [2]. Ҳозирги вақтда ЮИК билан оғриган беморлар таркибида кекса ва қари ёшдаги шахслар сонининг кўпайиши тенденцияси кузатилмоқда, бу эса кекса ёшдаги аҳолининг ёшга боғлиқ патологияси ва саломатлик ҳолатини олдини олишни устувор вазифа сифатида белгилайди [11].

Қариш жараёнида бир қатор инволюцион ўзгаришлар содир бўлади, инсон танаси ўзининг мослашув захираларини йўқотади: тананинг шикастловчи омилларга нисбатан адекват реактивлиги пасаяди, иммунитет заифлашади, ҳамроҳ патологиянинг частотаси ва унинг оғирлиги ошади, дори воситаларининг фармакокинетикаси ўзгаради [5]. Кекса ва қари ёшдаги шахсларда МИ ва ностабил стенокардия кўпинча атипик кечади ва ўзига хос хусусиятларга эга. Катта ёш

гуруҳидаги беморларда, одатда, атеросклеротик жараённинг тарқалиши ва ЮИҚнинг давомийлиги юқори бўлади, шу сабабли, прекоңдиционирланиш жараёни - коллатерал қон оқимининг шаклланиши хосдир [10]. Коллатералларнинг мавжудлиги туфайли ўткир миокард инфарктида (ЎМИ) коронар артериялардан бирининг ўткир окклюзияси кардиоген шок билан бирга келмайди, нисбатан ёш беморларда эса тромботик окклюзия кўпинча ўткир ишемия ва миокард дисфункциясининг катта ўчоғи пайдо бўлишига, ўткир юрак етишмовчилигига, кардиоген шокка олиб келади [8]. Ушбу ҳолатларда реперфузион даволашни кеч бошлаш аневризма ривожланишига олиб келиши ва ҳатто миокарднинг реперфузион шикастланиши натижасида унинг ёрилиши билан асоратланиши мумкин [9]. Кекса ва қари ёшда қандли диабетнинг тарқалиши ва унинг давомийлиги ортади [17]. Вақт ўтиши билан бу микро ва макроангиопатияга олиб келади, бу эса коронар артерияларнинг диффуз шикастланишига ва ЎМИнинг оғриқсиз вариантларига сабаб бўлиши мумкин [13]. Кекса беморларда оғриқ синдромининг камроқ намоён бўлиши тиббий ёрдамга кеч муружаат қилишга сабаб бўлади [2].

Ҳозирги вақтда ЎМИ билан оғриган беморларни даволашнинг асосий стратегияси миокарднинг дори реваскуляризацияси ёки аралашув муолажаларини ўтказиш орқали инфарктга боғлиқ коронар артерияда адекват қон оқимини тезда тиклашдир. Сўнгги ўн йилликда коронар артерияларни стентлаш билан тери орқали коронар аралашувлар (ТОКА) МИ ва ностабил стенокардия билан оғриган беморларни даволашнинг етакчи стандартига айланди. Кўплаб тадқиқотлар шуни кўрсатадики, интервенцион кардиология усулларини жорий этиш барча ёш гуруҳларида ўлим даражасини пасайтириш ва ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради [0]. Аксарият ҳолларда миокард реваскуляризациясини ўтказиш учун кекса ёшдаги беморлар номзод бўлади [4]. Геронтологик жиҳатдан кекса беморлар реваскуляризациядан ёшларга қараганда кўпроқ фойда олиши алоҳида қизиқиш уйғотади [2]. Шундай қилиб, ТИМЕ тадқиқоти шуни кўрсатдики, аралашув усуллари билан реваскуляризация пайтида кекса ва қари ёшдаги беморларда мутлақ хавф парадоксал тарзда ёшроқ беморларга қараганда сезиларли даражада камаяди [15]. Бундан ташқари, О. Рана ва ҳаммуаллифларнинг тадқиқотида реваскуляризацияни

бошдан кечирган кекса беморларда 70 ёшгача бўлган беморларга нисбатан 6 ой ичида ўлим даражасининг кўпроқ пасайиши кузатилган (масъулиятли 1,8% га нисбатан 7%) [16].

Замонавий тиббиёт шароитида технологияларнинг ривожланиши ва улардан фойдаланиш имкониятининг ошиши билан ЎМИ билан оғриган беморларни даволаш самарадорлиги ошди. L. De Luca ва ҳаммуаллифларнинг мета-таҳлили натижалари шуни кўрсатадики, сўнгги ўн йил ичида ТОКА сони ва МИда тавсия этилган дори воситаларини қўллаш кўпайган. Кузатув даврида 30 кунлик ўлим кўрсаткичи 14,6 (95% ДИ 9,9-20,4) дан 9,5% (95% ДИ 7,7-11,6) гача камайди. Ўн йил давомида МИ билан оғриган беморларда таъхис қўйиш ва даволашнинг аралашув усулларини қўллаш сезиларли даражада 26,6 дан 68,4% гача ($p < 0,0001$) ошди; ушбу даврда реваскуляризация частотаси 9,9 дан 51,7% гача ($p < 0,0001$) ошди. Шунинг таъкидлаш керакки, ушбу тадқиқотга киритилган 10 983 бемордан 4350 нафари (39,6%) 75 ва ундан катта ёшдагилар эди [7].

Шубҳасиз, ЎМИда адекват ва тўлақонли медикаментоз терапия даволашнинг ажралмас қисми ҳисобланади. ЎМИда дори-дармонлар билан даволаш қуйидаги мақсадларга қаратилган: коронар қон оқимини тиклаш; ТОКА пайтида ва операциядан кейинги эрта даврда коронар артерияларда тромб ҳосил бўлишининг олдини олиш; коронар томирларни дори-дармонлар билан кенгайтириш; юрак ва томирлар ремоделланишининг олдини олиш; миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжини камайтириш; атеросклеротик бляшкаларни барқарорлаштириш. Алоҳида ҳолларда, асоратлар ривожланганда, юрак қисқарувчанлигини рағбатлантириш; брадикардияни тузатиш; антиаритмик даволаш ва бошқалар талаб қилинади. Маълумки, кекса ёшдаги беморлар ёшларга нисбатан камроқ дори воситаларини қабул қиладилар: β -блокаторлар қиймати бўйича - 71,2% га қарши 55,9 ($p < 0,001$), статинлар - 62,3% га қарши 44,3 ($p < 0,001$). Кекса ёшдаги беморларда етарли даражада даволашнинг йўқлиги ўлим даражасининг ошиши билан боғлиқ [10]. Бироқ, кекса ва қари ёшдаги беморларда ЎМИда кўпинча дори-дармонлар билан даволаш тенденцияси мавжуд. Шундай қилиб, ЎМИ билан оғриган беморларни касалхонага ётқизишда β -блокаторларни эрта тайинлаш, 2001-2010 йилларда статинлар ва икки

томонлама антитромботик терапияни қўллаш ушбу беморлар гуруҳида сезиларли даражада ошди ($p < 0,0001$) [7].

Кекса одамларда дори терапиясининг ножўя таъсирлари хавфи юқори. Хусусан, бу антитромбоцитар препаратлар ва антикоагулянтлар билан даволашда қон кетиш хавфининг ортиши, шунингдек, гипотония, брадикардия ва буйрак етишмовчилиги билан боғлиқ. Кекса одамларга хос бўлган қон кетиш хавфининг юқорилигидан ташқари, улар кўпинча буйраклар орқали чиқариладиган антитромботик дориларнинг ҳаддан ташқари юқори дозасига дуч келишади [6]. Қарияларда фракцияланмаган гепарин, эноксапарин, гликопротеин IIb/IIIa-рецепторлари блокаторлари ва P2Y12 рецепторлари билан даволашда катта қон кетиш хавфи сезиларли даражада ошади. Қон кетиш хавфи қўлланиладиган антитромбоцитар дорилар, жумладан антикоагулянтлар, аспирин, P2Y12 рецепторлари блокаторлари ва айниқса гликопротеин IIb/IIIa рецепторлари блокаторлари сони кўпайганда, шунингдек, ТОКА ўтказишда радиал томир эмас, балки феморал усул қўлланилганда ҳам ортади [18]. Бундан ташқари, геморрагик асоратлар хавфи энг юқори бўлган беморларда, хусусан, аёллар, кексалар ва буйрак етишмовчилиги бўлган беморларда дори воситаларини ҳаддан ташқари юқори дозаларда қўллаш фонида қон кетиш хавфи ортади [6]. ТОКА пайтида янги антитромбоцитар препаратларни қўллаш кекса беморларда геморрагик асоратлар хавфини камайтиришга имкон беради. Шундай қилиб, ACUTY тадқиқотида кўра, бивалирудин - тромбиннинг тўғридан-тўғри селектив ингибиторини қўллаш гепарин ва гликопротеин IIb/IIIa рецепторлари ингибиторлари комбинациясига нисбатан катта қон кетиш хавфини сезиларли даражада камайтирди (6,2 га нисбатан 9,8%; $p = 0,008$) [14].

Контраст-индуцирланган нефропатия (КИН) сурункали буйрак касаллиги (СБК) бўлган ўМИ билан оғриган беморларда ТОКА бажарилгандан сўнг жиддий асорат ҳисобланади. Ж.Х. Кимнинг тадқиқотида КИН мавжудлиги кўп жиҳатдан касалхонада ўлим даражасининг ошиши билан боғлиқлиги кўрсатилган (18,2 га нисбатан 3,7%, $p = 0,001$) [12]. Шунинг таъкидлаш керакки, ушбу тадқиқотда ёш КИНнинг юқори хавфи омили бўлмаган. Демак, буйракларга дори воситасининг

токсик таъсирининг олдини олиш учун беморда ТОКА ўтказишда (одатда 3-4 мл/кг) эҳтиёткорлик ва ишлатиладиган контраст модда миқдорини чеклаш зарур [3].

Ўзбекистонда кексаларда (МИ) муаммоси юқори ижтимоий аҳамиятга эга, чунки юрак-қон томир касалликлари мамлакатда ўлимнинг асосий сабаби ҳисобланади. 2026 йил январь ойдан бошлаб Республикада ўлим ва ногиронликни камайтиришга қаратилган Инфаркт ва инсультга қарши курашиш миллий дастури амалга оширилмоқда. Статистика ва долзарблик- Хавф гуруҳи: Асосий касалланиш 50 ёшдан ошган шахсларга тўғри келади. Юрак ишемик касаллиги билан касалхонага ётқизилган беморлар орасида қариялар гериатрик популяциянинг катта қисмини ташкил қилади. Ўлим даражаси: Ўрта даромадли мамлакатларда, шу жумладан Ўзбекистонда юрак-қон томир касалликларидан ўлимнинг 75 фоиздан ортиғи МИ ва инсульт билан боғлиқ. Прогноз: ўз вақтида даволанганда 60 ва ундан катта ёшдаги МИ ўтказган беморларнинг яшовчанлик медианаси тахминан 9 йилни ташкил қилади. Давлат чора-тадбирлари ва ислохотлар (2024-2026) Президент қарорлари (20.01.2026 йилдаги ПҚ-20 ва 26.01.2022 йилдаги ПҚ-103-сон) доирасида қуйидаги чора-тадбирлар амалга оширилмоқда: Миллий дастур (2026-2030 йиллар): Stent for Life халқаро протоколлари асосида ишлаб чиқилган. Ҳар йилги профилактик кўриклар ва касалликларни эрта аниқлаш тизимини такомиллаштиришни ўз ичига олади. Дори-дармонларнинг арзонлиги: референт нархлар тизимини жорий этиш ҳисобига юракни даволаш учун бир қатор импорт дори воситаларининг нархи 40-60 фоизга арзонлашди. Худудларни ривожлантириш: Қишлоқ врачлик пунктларидан Республика ихтисослаштирилган кардиология марказигача бўлган вертикал кардиология ёрдами тизими яратилди. Тиббий суғурта: 2024 йил сентябрь ойдан бошлаб юқори технологияли ёрдамдан фойдаланиш имкониятини ошириш учун давлат тиббий суғуртаси механизмлари босқичма-босқич жорий этилади.

Ўзбекистонда ёрдам кўрсатишнинг ўзига хос хусусиятлари Шошилинч ёрдам: Асосий бўғин Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази (РШТЎИМ) ва унинг худудий филиаллари ҳисобланади. Юқори технологиялар: Мамлакатда ўткир миокард инфарктини даволашнинг "олтин стандарти" бўлган ТОКА (стентлаш) қўлланилиши фаол равишда кенгаймоқда. Рақамлаштириш: кексаларни диспансер

кузатувини назорат қилиш учун беморларни кузатиш тизимлари ва рақамли реестрлар жорий этилмоқда.

АДАБИЁТЛАР:

1. Богачев А.А., Козлов К.Л., Олексюк И.Б. Сравнение реваскуляризации и медикаментозной терапии при многососудистом поражении коронарных артерий у пациентов пожилого и старческого возраста со стабильной стенокардией. Успехи геронтологии. 2011; 24 (4): 650-657.
2. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Толипова Ю.Ш. Особенности течения инфаркта миокарда у лиц пожилого и старческого возраста // Кардиология Узбекистана. – 2015. – №3.– С. 149-153.
3. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Маманазарова Д.К., Толипова Ю.Ш. Клинико-эпидемиологические особенности прогнозирования пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда // Терапевтический вестник Узбекистана научно-практический журнал. – 2015. – №4.– С. 49-52.
4. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Маманазарова Д.К., Толипова Ю.Ш. Особенности фармакотерапии инфаркта миокарда у лиц пожилого возраста // Терапевтический вестник Узбекистана научно-практический журнал. – 2015. – №4.– С. 172-175.
5. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Маманазарова Д.К., Миокард инфарктининг фармако-эпидемиологик хусусиятлари// Терапевтический вестник Узбекистана научно-практический журнал. – 2016. – №2-3.– С. 198-203.
6. Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Абдукодирова Н.М., Толипова Ю.Ш. Миокард инфаркти билан оғриган беморларнинг клиник ва демографик хусусиятлари // Терапевтический вестник Узбекистана научно-практический журнал. – 2021. – №2.– С. 49-55.
7. De Luca L., Olivari Z., Bolognese L. et al. A decade of changes in clinical characteristics and management of elderly patients with non-ST elevation myocardial infarction admitted in Italian cardiac care units. Open Heart. 2014. Dec 13; 1 (1): e000148. doi: 10.1136/openhrt-2014 000148. E Collection 2014.
8. Deok M.H., Eun-Ho L., Hyun J.K. et al. Remote ischaemic preconditioning with postconditioning outcome trial. Eur. Heart J. 2014; 35 (3): 176-183.

9. Dubey L. A rare case of stenting of spontaneous dissection of Shepherd's Crook right coronary artery. *Atherosclerosis*. 2014; 10 (2): 129.
10. Fernández-Bergés D., Félix-Redondo F.J., Consuegra Sánchez L. Myocardial infarction in older than 75 years: An increasing population. *CASTUO Study*. *Rev. Clin. Esp.* 2014 Dec; 11. pii: S0014-2565(14)00423-8. doi: 10.1016/j.rce.2014.11.003.
11. Khavinson V.Kh., Mikhailova O.N. Health and aging in Russia // In: *Global health and global aging*. Ed. M. Robinson et al. San Francisco; 2007: 226-237.
12. Kim J.H., Yang J.H., Choi S.H. et al. Predictors of outcomes of contrast-induced acute kidney injury after percutaneous coronary intervention in patients with chronic kidney disease. *Am. J. Cardiol.* 2014 Dec 15; 114 (12): 1830-1835. doi: 10.1016/j.amjcard.2014.09.022. Epub 2014 Sep 28.
13. Rana O., Ryan M., O’Kane P. et al. Percutaneous coronary intervention in the very elderly (>85 years old): trends and outcomes. *Br. J. Cardiol.* 2013; 20: 27-31.
14. Sue K., Vanessa J.B., Nathaniel C. Diabetes in Older Adults. *Diabetes Care*. December 2012; 35 (12): 2650-2664.
15. Talipov R.M., Tulaboeva G.M. Pharmacological and epidemiologic features of myocardial infarction in stationary condition and in the remote monitoring phase // *European science review*. – 2016. – №3-4. – P. 183-185.
16. Talipov R.M., Tulaboeva G.M. The effectiveness of ACE inhibitors and sartans patients with acute myocardial infarction in the elderly on a distant stage monitoring // *European science review*. – 2016. – №5-6. – P. 120-122.
17. Talipov R.M., Tulabaeva G.M., Tolipova Y.Sh. Features of pharmacoepidemiology in hospital conditions and at the remote stage of observation in patients who have suffered a myocardial infarction// *Евразийский вестник педиатрии*.-2022.-№2(13) P.-86-91.
18. Zhen-xian Y., Yu-jie Z., Ying-xin Z. et al. Safety and feasibility of transradial approach for primary percutaneous coronary intervention in elderly patients with acute myocardial infarction. *Chinese medical journal*. 2008; 121 (9): 82-86.