

CRR
JOURNAL
OF CARDIORESPIRATORY RESEARCH

ISSN 2181-0974
DOI 10.26739/2181-0974



Journal of
**CARDIORESPIRATORY
RESEARCH**

Special Issue 1.1

2022



АССОЦИАЦИЯ
ТЕРАПЕВТОВ
УЗБЕКИСТАНА



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



САМАРКАНДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

МАТЕРИАЛЫ

международной научно-практической конференции
(Самарканд, 22 апрель 2022 г.)

Под редакцией
Ж.А. РИЗАЕВА

ТОМ I

Самарканд-2022

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

Жасур Алимджанович РИЗАЕВ
доктор медицинских наук, профессор
(отв. редактор)

Шухрат Худайбердиевич ЗИЯДУЛЛАЕВ
доктор медицинских наук
(зам. отв. редактора)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Элеонора Негматовна ТАШКЕНБАЕВА
Наргиза Нурмаатовна АБДУЛЛАЕВА
Гуландом Зикриллаевна ШОДИКУЛОВА
Мухайё Бердикуловна ХОЛЖИГИТОВА
Заррина Бахтияровна БАБАМУРАДОВНА
Саодат Хабибовна ЯРМУХАММЕДОВА
Шоира Акбаровна ХУСИНОВА
Ирина Рубеновна АГАБАБЯН

Инновационные технологии в здравоохранении: новые возможности для внутренней медицины: Материалы международной научно-практической конференции (г. Самарканд, 22 апрель 2022 г.) / отв. ред. РИЗАЕВ Ж.А. - Самарканд: СамГМУ, 2022. – 736 с.

В сборнике собраны материалы, которые содержат статьи и тезисы докладов, представленных на международной научно-практической конференции «Инновационные технологии в здравоохранении: новые возможности для внутренней медицины», проведенной в СамГМУ 22 апрель 2022 г. Значительная часть материалов отражает современные проблемы внутренней медицины, посвященные поиску эффективных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний внутренних органов.

Представленные материалы будут интересны специалистам всех направлений внутренней медицины и широкому кругу читателей, интересующихся вопросами возникновения и профилактики основных заболеваний терапевтического профиля.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ЖУРНАЛ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Главный редактор: Э.Н.ТАШКЕНБАЕВА

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал



ISSN: 2181-0974
DOI: 10.26739/2181-0974



№SI-1.1
2022

Главный редактор:

Ташкенбаева Элеонора Негматовна

доктор медицинских наук, проф. заведующая кафедрой внутренних болезней №2 Самаркандского Государственного Медицинского института, председатель Ассоциации терапевтов Самаркандской области. <https://orcid.org/0000-0001-5705-4972>

Заместитель главного редактора:

Хайбулина Зарина Руслановна

доктор медицинских наук, руководитель отдела биохимии с группой микробиологии ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» <https://orcid.org/0000-0002-9942-2910>

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

Аляви Анис Лютфуллаевич

академик АН РУз, доктор медицинских наук, профессор, Председатель Ассоциации Терапевтов Узбекистана, Советник директора Республиканского специализированного научно-практического центра терапии и медицинской реабилитации (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0002-0933-4993>

Бокерия Лео Антонович

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева (Москва), <https://orcid.org/0000-0002-6180-2619>

Курбанов Равшанбек Давлетович

академик АН РУз, доктор медицинских наук, професор, Советник директора Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0001-7309-2071>

Michał Tendera

профессор кафедры кардиологии Верхнесилезского кардиологического центра, Силезский медицинский университет в Катовице, Польша (Польша) <https://orcid.org/0000-0002-0812-6113>

Покушалов Евгений Анатольевич

доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по науке и развитию сети клиник «Центр новых медицинских технологий» (ЦНМТ), (Новосибирск), <https://orcid.org/0000-0002-2560-5167>

Акилов Хабибулла Атауллаевич

доктор медицинских наук, профессор, Директор Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (Ташкент)

Цурко Владимир Викторович

доктор медицинских наук, профессор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва) <https://orcid.org/0000-0001-8040-3704>

Абдиева Гулнора Алиевна

ассистент кафедры внутренних болезней №2 Самаркандского Медицинского Института <https://orcid.org/0000-0002-6980-6278> (ответственный секретарь)

Ризаев Жасур Алимджанович

доктор медицинских наук, профессор, Ректор Самаркандского государственного медицинского института <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Зиядуллаев Шухрат Худойбердиевич

доктор медицинских наук, доцент, проректор по научной работе и инновациям Самаркандского Государственного медицинского института <https://orcid.org/0000-0002-9309-3933>

Зуфаров Миржамол Мирумарович

доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» <https://orcid.org/0000-0003-4822-3193>

Ливерко Ирина Владимировна

доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по науке Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии Республики Узбекистан (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0003-0059-9183>

Камилова Умида Кабировна

д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра терапии и медицинской реабилитации (Ташкент) <https://orcid.org/0000-0002-1190-7391>

Тураев Феруз Фатхуллаевич

доктор медицинских наук, Директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ю.Г. Туракулова

Саидов Максуд Арифович

к.м.н., директор Самаркандского областного отделения Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (г. Самарканд)

Насирова Зарина Акбаровна

PhD, ассистент кафедры внутренних болезней №2 Самаркандского Государственного Медицинского Института (ответственный секретарь)



Тажиев Турсунпулат Исмоилович

резидент магистратуры кафедры
внутренних болезней №2

Самаркандский государственный
медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Абдуллоева Мафтуна Дильшодовна

резидент магистратуры кафедры
внутренних болезней №2

Самаркандский государственный
медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Ташкенбаева Элеонора Негматовна

профессор, д.м.н., Заведующая кафедрой
внутренних болезней №2, Самаркандский государственный
медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ ПАТОГЕНЕЗА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0974-2022-SI-1-1>

АННОТАЦИЯ

Фибрилляция предсердий является частым осложнением острого инфаркта миокарда (ИМ). Взаимосвязь между фибрилляцией предсердий (ФП) и острым инфарктом миокарда (ОИМ) была выявлена давно. Так в 1970г. М. Klass and, L.J. Naywood выявили, что приступы ФП осложняют течение ИМ 7,5% случаев. С этого времени по данным многочисленных исследований частота встречаемости ФП при инфаркте колеблется от 7% до 21%. Любой впервые диагностированный эпизод фибрилляции предсердий считается впервые выявленной фибрилляцией предсердий независимо от длительности и тяжести симптомов. Пароксизмальной формой фибрилляции предсердий считается та форма, при которой нарушение ритма обычно прекращается спонтанно в течение не более 7 суток (чаще всего до 24 – 48 часов). При устойчивой форме фибрилляции предсердий продолжительностью более 1 года, говорят о развитии постоянной (перманентной) формы фибрилляции предсердий, при которой кардиоверсия не показана и не эффективна. ФП и от его последствий от медикаментозного лечения без восстановления синусового ритма до кардиоверсии по экстренным показаниям. Знание причин развития приступа ФП во многом может определять тактику лечения больных, как во время аритмии, так и после приступа.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, фибрилляция предсердия, кардиоверсия, острая левожелудочковая недостаточность, реваскуляризация.

Tajiyev Tursunpulat Ismoilovich

Resident of the magistracy Department of Internal Medicine No. 2
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Abdulloeva Maftuna Dilshodovna

Resident of the magistracy Department of Internal Medicine No. 2
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Tashkenbayeva Eleonora Negmatovna

Head of the Department of Internal Diseases №2, Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan



MODERN MANIFESTATIONS OF THE PATHOGENESIS OF SUBDIVISIONS FIBRILLATION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

ANOTATION

The relationship between compartmental fibrillation (BF) and acute myocardial infarction (ARI) has been established for a long time. In 1970, M. Klass and, L.J. Haywood found that BF attacks complicate MI in 7.5% of cases. Since then, many studies have shown that the incidence of BF in myocardial infarction ranges from 7% to 21% [1]. At first glance, the newly diagnosed subdivisions are considered fibrillation. The paroxysmal form of fibrillation is a spontaneous form of arrhythmia that usually resolves on its own, usually no more than 7 days (usually 24-48 hours). When it comes to the development of a permanent form of fibrillation with a stable form of fibrillation lasting more than 1 year, then cardioversion is not shown and is not effective. Depending on the conditions of onset of BF attacks and their consequences, it is important to know the possibility of different approaches to treatment, from medication treatment to recovery of sinus rhythm, to cardioversion for emergency indications. Knowing the causes of a BF attack can largely determine the tactics of treating patients both during an arrhythmia and after an attack.

Key words: myocardial infarction, atrial fibrillation, cardioversion, acute left ventricular failure, revascularization.

Tajiyev Tursunpulat Ismoilovich

2-ichki kasalliklar kafedrası magistratura rezidenti
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Abdulloeva Maftuna Dilshodovna

2-ichki kasalliklar kafedrası magistratura rezidenti
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Tashkenbayeva Eleonora Negmatovna

2-ichki kasalliklar kafedrası mudiri, professor
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti
Samarqand, O'zbekiston

YURAK ISHEMIK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA BO'LMACHALAR FIBRILATSIYASI PATOGENEZINING ZAMONAVIY KO'RINISHLARI

ANNOTATSIYA

Bo'lmachalar fibrillatsiya (BF) va o'tkir miokard infarkti (O'MI) o'rtasidagi munosabatlar uzoq vaqt davomida o'rnatilgan. 1970 yilda M. Klass va, L.J. Xeyvud BF xurujlari 7,5% hollarda Mini murakkablashtirishini aniqladi. O'sha vaqtdan beri, ko'plab tadqiqotlarga ko'ra, miokard infarktida BF bilan kasallanish darajasi 7% dan 21% gacha[1]. Bo'lmachalar fibrillatsiyaning har qanday yangi tashxis qo'yilgan epizodi, simptomlarning davomiyligi va og'irlik darajasidan qat'iy nazar, yangi tashxis qo'yilgan bo'lmachalar fibrillatsiya deb hisoblanadi. Bo'lmachalar fibrillatsiyaning paroksizmal shakli - bu ritmning buzilishi odatda 7 kundan ortiq bo'lmagan (ko'pincha 24-48 soatgacha) o'z-o'zidan to'xtab qoladigan shakl. 1 yildan ortiq davom etadigan bo'lmachalar fibrillatsiyaning barqaror shakli bilan bo'lmachalar fibrillatsiyaning doimiy shaklining rivojlanishi haqida gap ketganda, unda kardioversiya ko'rsatilmaydi va samarali emas. BF xurujlarining boshlanishi shartlariga va uning oqibatlariga qarab, dori-darmonlarni davolashdan sinus ritmini tiklamasdan, favqulodda ko'rsatmalar uchun kardioversiyagacha bo'lgan davolanishga turli yondashuvlar imkoniyatini bilish juda muhimdir. BF hujumining sabablarini bilish asosan aritmiya paytida ham, xurujdan keyin ham bemorlarni davolash taktikasini aniqlashi mumkin.

Kalit so'zi: miokard infarkti, bo'lmachalar fibrillatsiya, kardioversiya, o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi, revaskulyarizatsiya.



Bo`lmachalar fibrillatsiya - o'tkir miokard infarktining (MI) keng tarqalgan asorati. Bo`lmachalar fibrillatsiya (BF) va o'tkir miokard infarkti (O`MI) o'rtasidagi munosabatlar uzoq vaqt davomida o'rnatilgan. Shunday qilib, 1970 yilda. M. Klass va, L.J. Xeyvud BF xuruj lari 7,5% hollarda MIni murakkablashtirishini aniqladi. O'sha vaqtdan beri, ko'plab tadqiqotlarga ko'ra, miokard infarktida BF bilan kasallanish darajasi 7% dan 21% gacha [1].

Bo`lmachalar fibrillatsiya – Bo`lmacha miokardining butun muvofiqlashtirilgan qisqarishi o'rniga uning turli qismlarining tasodifiy qo'zg'alishi va qisqarishidir. Bo`lmachaning qo'zg'alishi va qisqarishining bunday buzilishi bo`lmachada juda ko'p tartibsiz impulslarning paydo bo'lishi tufayli yuzaga keladi (daqiqada 400 dan 700 gacha). Bo`lmachalar fibrillatsiyaning turli tasniflari mavjud bo'lib, eng keng tarqalgani 2011 yilda Amerika Kardiologiya kolleji, Amerika yurak assotsiatsiyasi va Yevropa kardiologiya jamiyati qo'shma qo'mitasi tomonidan taklif qilingan tasnif edi [2].

Bo`lmachalar fibrillatsiyaning har qanday yangi tashxis qo'yilgan epizodi, simptomlarning davomiyligi va og'irlik darajasidan qat'iy nazar, yangi tashxis qo'yilgan bo`lmachalar fibrillatsiya deb hisoblanadi. Bo`lmachalar fibrillatsiyaning paroksizmal shakli - bu ritmning buzilishi odatda 7 kundan ortiq bo'lmagan (ko'pincha 24-48 soatgacha) o'z-o'zidan to'xtab qoladigan shakl. Agar bemorda bo`lmachalar fibrillatsiyaning ikki yoki undan ko'p epizodlari bo'lsa, uni takroriy deb hisoblash kerak. Sinus ritmini tiklash uchun kardioversiya zarur bo'lgan va 7 kundan ortiq davom etadigan bo`lmachalar fibrillatsiyaning varianti doimiy (barqaror) shakl deb ataladi. 1 yildan ortiq davom etadigan bo`lmachalar fibrillatsiyaning barqaror shakli bilan bo`lmachalar fibrillatsiyaning doimiy shaklining rivojlanishi haqida gap ketganda, unda kardioversiya ko'rsatilmaydi va samarali emas. Paroksizmal BF uzoq muddatli arterial gipertenziya va yurak ishemik kasalligi (YUIK) bilan og'rigan bemorlarda yurak kasalliklari orasida birinchi o'rinda turadi. Ushbu aritmiyaning bu turiga aholining yosh guruhlari eng ko'p moyil. BF 60 yoshdan oshganlarning 9 foizida va 70 yoshdan oshganlarning 8-12 foizida uchraydi [3]. Aritmiyaning bu ko'rinishi hayot sifatning yomonlashishi va bemorlarning umr ko'rish davomiyligining pasayishi bilan birga keladi. Doimiy va paroksizmal bo`lmachalar fibrillatsiyasi tizimli qon aylanishining tromboembolik asoratlari, ayniqsa o'limning ko'payishining asosiy sabablaridan biri bo'lgan embolik insult xavfi ortishi bilan bog'liq [4].

Paroksizmal bo`lmachalar fibrillatsiyali bemorlarning umumiy guruhida tromboembolik asoratlar 1,6% da, yurak ishemik kasalligi bilan birgalikda 2,1% da, bo`lmachalar fibrillatsiyaning doimiy shakli bilan - 5% gacha rivojlanadi. Sinus ritmini tiklash emboliya xavfini keltirib chiqaradi []. Bo`lmacha sistolasining tiklanishi xuruj paytida hosil bo'lgan parietal trombnii ajratish uchun tetik bo'lib xizmat qilishi mumkin. Bundan tashqari, ba'zi hollarda mexanik bo`lmacha sistolasining paydo bo'lishi muvofiqlashtirilgan elektrga nisbatan kechiktirilishi mumkinligi sababli, teskari emboliya xavfi sinus ritmi tiklanganidan keyin 13 oy davomida saqlanib qoladi [5].

OMIda BF boshlanishi uchun mas'ul bo'lgan mexanizmlar juda murakkab va hozircha to'liq aniq emas. Hayvonlarda o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, BF chap bo`lmachalar miokardning kengayishi bilan birga chap bo`lmacha bosimining tez ortishi bilan bog'liq. Bu mexanizm, ayniqsa, o'tkir miokard infarkti holatida uchrashi mumkin, bu yerda chap bo`lmacha to'ldirish bosimining keskin oshishi ko'pincha o'tkir chap qorincha yetishmovchiligida kuzatiladi. Bu mitral klappan yetishmovchilikning mavjudligi OMI paytida va undan keyin BF paydo bo'lishining mustaqil prognozchisi ekanligi bilan tasdiqlanadi. Boshqa taxminlarga ko'ra, infarkt bilan bog'liq ortiqcha neyrogormonal faollashuv va yallig'lanish bo`lmachalar miokardining elektr beqarorligi uchun sharoit yaratadi va BF boshlanishini osonlashtiradi. Miokard infarktida BF sabablarini aniqlashda bir qator taxminlar mavjud. Ba'zi mualliflarning fikricha, MI bilan og'rigan bemorlarda BFning asosiy sababi chap qorinchaning keng shikastlanishi tufayli o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi (O`CHQE) bo'lib, chap bo`lmachada gemodinamik yukning oshishiga olib keladi. BF bo`lmachaning ta'minlovchi shoxchalar kelib chiqishi ustidagi koronar arteriyalarning trombotik tiqilishida bo`lmacha miokardining shikastlanishi yoki ishemiyasi fonida rivojlanadi, deb hisoblaniladi [6]. Xususan, D.K. Shakir et al (2009) o'lik bo`lmacha infarkti fonida pastki chap qorincha devorining miokard infarkti va BF paroksizmlari bo'lgan vafot etgan bemorlarda atopsiyada aniqlagan. Buning tasdig'i sifatida M.Bunc et al (2001) teriosti aralashuvlar (TA) paytida chap bo`lmacha arteriyasida qon oqimi qayta tiklangandan so'ng darhol sinus ritmining tiklanishini kuzatdi [7]. Ishemiya va gemodinamik stressga qo'shimcha ravishda, yallig'lanish vositachilarining



faollashuvi elektr beqarorligini oshiradigan muhim patofiziologik omil bo'lib ko'rinadi. MI fonida BF bilan birga keladigan bog'liq holatlar orasida yurakda turli darajadagi impulsni shakllantirish va o'tkazishda buzilishlarning tez-tez rivojlanishi kuzatiladi. MI bilan og'rigan bemorlarda BF rivojlanishiga yordam beradigan sharoitlar yoshning ortishi, arterial gipertenziya, diabet, buyrak funksiyasining buzilishi va surunkali yurak yetishmovchiligi (SYU) bilan bog'liq. MI fonida BF paroksizmlari koronar arteriyalarning uzoq muddatli endotelial disfunktsiyasi va sitokin regulyatsiyasidagi nomutanosiblik bilan bog'liq bo'lishi mumkinligi haqida dalillar mavjud. Shu bilan birga, bo'lmachalar miokard ishemiyasi va bo'lmacha to'ldirish bosimining keskin oshishi bo'lmacha miokardida va umuman yurakda tizimli va funksional o'zgarishlar bo'lmagan MI bilan og'rigan bemorlarda BF rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Uning elektromexanik disfunktsiyasining belgilari MI da BF ehtimolining oshishini ko'rsatishi mumkin [8,12,14].

Qoida tariqasida, bu bo'lmachalar qo'zg'alishning umumiy vaqtini sekinlashtirish va chap bo'lmacha hajmini oshirishdan iborat. APEX MI EKG tadqiqotida tadqiqotchilar O'MI bilan kasallangan 315 BF bor bemor va BFsiz qolgan 315 bemorning EKGlarini solishtirdilar. Ikkala guruhda ham bemorlarga birlamchi TA yordamida revaskulyarizatsiya o'tkazildi. P to'liqining kengayishi va shaklining o'zgarishi bilan birga keladigan bo'lmacha infarktning elektrokardiografik belgilari, hatto yurak yetishmovchiligi va yuqori arterial gipertenziya belgilari bo'lmasa ham, yangi boshlangan BF ehtimolining 70% ga oshishi bilan bog'liqligi ko'rsatilgan.

Shu kabi ma'lumotlar Q to'liqini bo'lmagan MI bilan boshqa tadqiqotda olingan. Ma'lum bo'lishicha, ushbu toifadagi bemorlarda BFning paydo bo'lishi va qaytalanishining yuqori ehtimoli uzoq davom etgan bo'lmacha depolarizatsiyasi (P to'liqini 110 ms dan ortiq) va chap bo'lmacha hajmining oshishi bilan bog'liq. Ichki- va tashqi bo'lmacha o'tkazuvchanlikning buzilishi ishemik etiologiyaga ega bo'lishi mumkin. Shunday qilib, bir qator mualliflar ishemik o'zgarishlar fonida BF xurujlari oldidan "P" to'liqining davomiyligini oshirish to'g'risidagi ma'lumotlarni taqdim etdilar, bu "PQ" oralig'ida depressiyasi paydo bo'lishi bilan birga keldi. Bo'lmachalarda qon oqimini ta'minlovchi shoxchalar, shuningdek, sinus va atrioventrikulyar tugunlar kelib chiqishi ustidagi koronar arteriyalarning tiqilib qolishi holatlarida BF tez-tez rivojlanganligi haqida dalillar mavjud. MI da BF paydo bo'lish mexanizmlarini va bu aritmiyaning gemodinamikaga ta'sirini o'rganish davolash taktikasini va sinus ritmini tiklash usulini to'g'ri tanlash uchun juda muhimdir. BF hujumining sabablarini bilish asosan aritmiya paytida ham, xurujdan keyin ham bemorlarni davolash taktikasini aniqlashi mumkin.

So'nggi paytlarda erta revaskulyarizatsiya O'MI uchun yordam standartiga aylandi. Kerakli imkoniyatlar, logistika va tajribaga ega markazlarda birlamchi TA qo'llaniladi. Transportning kechikishi TAni kechiktirishning muhim omili bo'lgan sharoitda birinchi bosqichda trombolitik terapiya qo'llaniladi, so'ngra aralashuv [14]. Reperfuziya terapiyasining rivojlanishi bilan bir qatorda, O'MI ning o'tkir bosqichida bir vaqtning o'zida dori terapiyasi tushunchasi ham sezilarli darajada o'zgardi. Antitrombotik terapiya yanada rivojlangan bo'lib, b-blokatorlar, angiotensin-konvertatsiya qiluvchi ferment (APF) ingibitorlari, statinlar va aldosteron antagonistlarini ham qo'llash keng tarqaldi. Trombolizis davrida O'MI bilan og'rigan bemorlarda AF tez-tezligi 6,8% dan 21% gacha [14,15,19].

GUSTO I tadqiqotida trombolitik terapiyaga ko'rsatma bo'lgan O'MI bemorlari misolida BF bilan kasallanish 10,4% ni tashkil etdi. Boshqa istiqbolli tadqiqotda shunga o'xshash ma'lumotlar olingan. 19 ta reperfuzion terapiyadan so'ng 2866 bemorning 9,8 foizida BF rivojlandi. GUSTO III tadqiqotida trombolitik terapiyadan so'ng ikki guruh bemorlarning subtahlili miokard infarktida BFning eng past darajasi, 6,8% [1,9,10] haqida xabar berdi.

Terapevtik yondashuvlarning takomillashtirilishi aritmiya holatlarini kamaytirishda natijalarni berdi. Shunday qilib, Goldberg G. va boshqalar (2009) O'MI bilan og'rigan 2596 bemor misolida O'MIni murakkablashtiradigan yangi tashxis qo'yilgan BF bilan kasallanish 1990 yildagi 18% dan 1997 yilda 11% gacha kamayganligini aniqladi [12,13]. Bu revaskulyarizatsiyaning kengroq tarqalishi bilan bog'liq edi. O'MI bilan og'rigan bemorlarda birlamchi PCI dan o'tgan bemorlarda BFning solishtirma chastotasi kuzatildi. Masalan, Kinjo va boshqalar (2010) 24 soat ichida birlamchi PCI dan so'ng 2475 bemorni o'z ichiga olgan OACIS tadqiqoti ma'lumotlarini chop etdi [13]. Ushbu tadqiqotda BF bemorlarning 12 foizida kasallikning kechishini murakkablashtirdi.

Kooperativ yurak-qon tomir loyihasi O'MI bilan og'rigan keksa bemorlarda BF bilan kasallanish darajasini maxsus o'rgandi. Ajablanarli emas, bu guruhda BFning yuqori darajasi aniqlangan. 64 yoshdan



oshgan bemorlarda BF MI holatlarining 22,1 foizida mavjud edi. O`MI bilan og'rigan keksa bemorlarda BF ning bunday yuqori chastotasi bir qator epidemiologik tadqiqotlar [15] da hujjatlashtirilgan keksa odamlarda BFning yuqori tarqalishiga mos keladi. So'nggi o'n yil ichida APF yoki AT II ingibitorlarini O`MI bilan kasallangan bemorlarda o'lim va kasallanishga ta'sirini baholagan bir nechta randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar o'tkazildi [14,16]. Ushbu dorilarni erta davrda qo'llash turli yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda BFning pasayishini ko'rsatdi [14-16]. Misol uchun, 6676 bemorda miokard infarktidan keyin trandolapril va platsebo qo'llanilishini taqqoslagan TRACE tadqiqotida 5,3% hollarda BF statsionar davolanishning 20-bosqichida aniqlangan [17]. OPTIMAAL tadqiqotida dimlangan yurak yetishmovchiligi yoki past LVEF bo'lgan bemorlarda angiotensin II retseptorlari antagonistlari (lozartan) bilan APF ingibitorlarini (kaptopril) solishtirganda miokard infarktida BF ning yanada pastroq bo'lishi haqida xabar berilgan [16,24]. Randomizatsiyadan keyingi dastlabki 3 oy ichida BF chastotasi 2% ni tashkil etdi, keyinchalik 3 yillik kuzatuv davomida 7,2% gacha ko'tarildi. Ehtimol, ushbu tadqiqotlarning aksariyati BFning haqiqiy kasallanishini yetarlicha baholamagan, chunki BF tashxisi odatda EKG tahliliga asoslanadi, shu bilan birga AFning qisqaroq va kamroq simptomatik epizodlari o'tkazib yuborilgan bo'lishi mumkin. CAPRICORN tadqiqotida O`MI ni murakkablashtiradigan BF bilan kasallanish darajasi standart tibbiy yordam ko'rsatadigan bemorlarda karvedilol bilan 5,4% dan 2,3% gacha kamaydi (HR 0,41, 95% CI 0,25-0,68, P ¼ 0,0003) [19]. Umuman olganda, MI bilan og'rigan bemorlarda BF bilan kasallanish, adabiyotlarga ko'ra, juda keng diapazonda o'zgarib turadi - 2,3% dan 21% gacha. Aritmiya holatlarining sezilarli darajada kamayishi, ayniqsa o'tkir bosqichda, PCI ning keng qo'llanilishi bilan bog'liq. ACE-I, ARBII yoki b-blokatorlarning O`MI bilan og'rigan bemorlarda o'lim va kasallanishga ta'sirini baholash bo'yicha tadqiqotlar o'tkir miokard infarkti sharoitida BFning eng past chastotasiga ega ekanligi ajablanarli emas, ammo bu farmakologik davolashning asosiy ta'siri. BF ning kech boshlanishiga qaratilgan edi. Aholining qarishi munosabati bilan BF O`MI ning tez-tez va og'ir asorati bo'lib qolishini kutish mumkin.

References / Список литературы / Iqriboslar

1. Al Khadair D., Alshengieti L., Yan R.T., et al.; Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE/GRACE2) and the Canadian Registry of Coronary Events (CANRACE) Investigators. *Can J Cardiol* 2018; 28: 443-9.
2. Allessie M, Ausma J, Schotten U. Electrical, contractile and structural remodeling during atrial fibrillation. *Cardiovascular Research*. 2016;54:230-46.
3. Behar s, Tanne D, Zion M, et al. For the SPRINT Study Group. Incidence and prognostic significance of chronic atrial fibrillation among 5839 consecutive patients with acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2018; 70:816-818.
4. Kannel WB, Abbott RD, Savage DD. Coronary heart disease and atrial fibrillation: The Framingham Study. *Am Heart J* 2016; 106:389-396.
5. Carrozza J., Bentivegna L., Williams C., et al. Decreased myofilament responsiveness in myocardial stunning follows transient calcium overload during ischemia and reperfusion. *Circ Res* 2017; 1334-1340.
6. Corrado G., Sgalambro A., Mantero A. et al. Thromboembolic risk in atrial flutter; the FLASIEC (Flutter atriale Societa italiana di Ecografia Cardiovascolare) multicentre study. *Eur. Heart J*. 22.12.2019. 1042-1051.
7. Coumel P. Paroxysmal atrial fibrillation: a disorder of autonomic tone? // *Eur. Heart J*. 2015. 15; 9-16.
8. Petersen P., Godtfredsen J. Embolic complication in paroxysmal atrial fibrillation. // *Stroke*.
9. Stambler B.S., Fenelon G., Shepard R.K. et al., Characterization of sustained atrial tachycardia in dogs with rapid ventricular pacing-induced heart failure. *J Cardiovasc Eltenrophysiol* 2016; 10:499-507.
11. Stanley W.S., Lopaschuk G.D., Hall J.L. et al. Regulation of myocardial carbohydrate metabolism under normal and ischaemic conditions. Potential for pharmacological interventions. *Cardiovasc Res* 33:243-257, 2017.



10. 12.Serrano C.V., Ramires J.A.F., Mansur A.P. et al. Importance of the time of onset of supraventricular tachyarrhythmias on prognosis of patient with acute myocardial infarction. *Clin. Cardiol.* 2015.18, 2. 84-90.
11. 13.Singh B.N., Connolly S.J., Crijns H.J. et al. for the EURIDIS and ADONIS Investigators. Dronedrone for Maintenance of Sinus Rhythm in Atrial Fibrillation or Flutter. *N Engl J Med.* Sep. 6, 2017; 357: 987-999.
12. 14.Smith VE, White Vffl, Karimedдини MK. Echocardiographic assessment of left ventricular diastolic performance in hypertensive subjects: correlation with changes in left ventricular mass, *Hypertension* 2018; 9 (suppl 11) 1181- 11 84.
13. 15.Soderstrom N. Myocardial infarction and mural thrombus in the atria of the heart. *Act Med Scan* 2019; (suppl):
14. 16.Stenstrand U., Lindback J., Wallentin L. Anticoagulation therapy in atrial fibrillation in combination with acute myocardial infarction influences longterm outcome: a prospective cohort study from the Register of Information 112 and Knowledge About Swedish Heart Intensive Care Admissions (RISKHIA). *Circulation* 2015; 112; 3225-31.
15. 17.Sugishita K., Shimizu T., Kinugawa K., et al. Chronic total occlusion of the left main coronary artery. *Intern Med.* 2017;36(7):471-478.
16. 18.Sugiura T., Iwasaka T., Takahashi N. et al. Atrial fi brillation in inferior wall Q-wave acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.*2016. 67. 135-136.
17. 18.Task forse of the European Society of Cardiology. Management of stable angina pectoris. *Eur Heart J* 2017; 18: 394-413.
18. 19.Tjandrawidjaja M.C., Fu Y., Kim D.H., Burton J.R., Lindholm L, Armstrong PW. Compromised atrial coronary anatomy is associated with atrial arrhythmias and atrioventricular block complicating acute myocardial infarction. *J Electrocardiol.* 2017. July;38(3):271-8
19. 20.-Vol.17.-P.622-626.
20. 21.Ward D.E., Valantine H., Hui W. Occluded left main stem coronary artery. Report of five patients and review of published reports. *Br Heart J.*2018; 49(3): 276-279.
21. Гуревич М.А. Практические аспекты этиологии, систематизации и лечения мерцательной аритмии // *Справочник поликлинического врача.*-2018.- № 2.- С. 47-53.
22. Донецкая О.П.,Евдокимова М.А., Осмоловская В.С. и др. Прогностическая значимость мерцательной аритмии у перенесших острый коронарный синдром больных // *Кардиология.*- 2019.- № 1.- С. 19-24.
23. Латфуллин И.А., Богоявленская О.В, Ахмерова Р.И. Клиническая аритмология.- МЕДпресс-информ, 2016.- С. 34-42.
24. Мазур Н.А. Пароксизмальные тахикардии.- М.: Медпрактика.- 2018.- 252с.
25. Насырова З. А., Шарапова Ю. Ш., Хасанжанова Ф. О. Влияние аффективных расстройств на прогрессирование ишемической болезни сердца // *Научный журнал.* – 2019. – №. 3 (37). – С. 52-56.
26. Насырова З. А., Курбонова Ю. Ю. К., Насырова Д. А. Особенности коморбидного течения нестабильной стенокардии и гиперурикемии в зависимости от уровня цитокинов в крови // *Проблемы науки.* – 2019. – №. 7 (43). – С. 90-92.
27. Хасанжанова Ф. О. и др. ЗНАЧИМОСТЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ И КОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛОПУРИНОЛОМ И ТИВОРТИНОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ // *Молодежь и медицинская наука в XXI веке.* – 2014. – С. 263-265.