

MIOKARD INFARKTIDA TROMBOLITIK TERAPIYA UCHUN KO'RSATMALARNI BELGILASH

Solijonov Dovutbek Umidjon o'g'li

Qo'qon Universiteti Andijon Filiali

Tibbiyot fakulteti Davolash ishi yo'nalishi

1-bosqich talabasi

Ilmiy Rahbar: Qo'qon Universiteti Andijon Filiali

Klinik fanlar kafedrası katta o'qituvchisi

Ataxanova Nilufar Sayibjanovna

Annotatsiya. Miokard infarktida, xususan ST-segmenti ko'tarilgan miokard infarktida (STEMI), trombolitik terapiya hayotni saqlab qoluvchi muhim strategiyalardan biridir. Ushbu maqolada trombolitik terapiyani qo'llash uchun aniq klinik ko'rsatmalar, cheklovlar va zamonaviy algoritmik yondashuvlar tahlil qilinadi. Bemorlarning yosh-guruhi, yurak qon-tomir kasalliklari bo'yicha xatar omillari va tibbiy infratuzilmaning mavjudligi terapiya samaradorligiga bevosita ta'sir ko'rsatuvchi omillar sifatida ko'rib chiqiladi. Tadqiqot asosida individual yondashuvni shakllantirish va nojo'ya ta'sirlarni kamaytirish bo'yicha tavsiyalar ishlab chiqilgan.

Kalit so'zlar: miokard infarkti, trombolitik terapiya, STEMI, fibrinolitik dori, ko'rsatmalar, klinik algoritm, TIMI oqimi, reperfuzion davolash.

Dolzarbliqi. Kardiologiyada ST-segmenti ko'tarilgan miokard infarkti (STEMI - ST Elevation Myocardial Infarction) o'tkir koronar sindromning eng xavfli ko'rinishidir. STEMI diagnostikasi aniqlangach, bemorni imkon qadar tezroq reperfuzion davolashga jalb etish hayotiy muhim bosqichga aylanadi [1,2]. Agar invaziv muolajalar (koronar angioplastika) 120 daqiqa ichida amalga oshirilmasa, trombolitik terapiya muqobil va samarali usul sifatida ko'riladi. Trombolizisning

samaradorligi bemorning klinik holatiga, simptomlarning boshlanishidan o'tgan vaqtga va kontrendikatsiyalarning mavjudligiga bog'liq. Shu sababli trombolitik terapiyani boshlash uchun aniq, dalillarga asoslangan ko'rsatmalarni ishlab chiqish dolzarb masala bo'lib qolmoqda [3,4].

Maqsad. Miokard infarktida trombolitik terapiyani qo'llash uchun zamonaviy klinik ko'rsatmalar va cheklovlarni aniqlash, ularning amaliy samaradorligini baholash, va asoslangan algoritmlar orqali klinik qaror qabul qilishni standartlashtirish.

Material va usullar. 2020–2024 yillar oralig'ida O'zbekiston va Mustaqil davlatlar hamdo'stligi (MDH) dagi 11 ta kardiologik markazda olib borilgan retrospektiv ko'p markazli tahlil asosida 637 nafar STEMI tashxisi qo'yilgan bemorning epikrizlari tahlil qilindi. Bemorlar quyidagi mezonlarga ko'ra guruhlashtirildi: I-guruh (n=412): trombolitik terapiya qabul qilgan bemorlar, II-guruh (n=225): trombolitik terapiya qo'llanilmagan, invaziv yoki konservativ davolash bilan chegaralangan bemorlar

Qo'llanilgan preparatlar: Alteplaza (rtPA) – to'g'ridan-to'g'ri plazminogen aktivatori. Tenekteplaza – modifikatsiyalangan rtPA, dozasi tana vazniga qarab. Streptokinaza – an'anaviy, past narxli, ammo allergenlik xavfi yuqori.

Baholash mezonlari:

1. Onset-to-Needle time (ONT)
2. TIMI perfuziya indeksi (0–3)
3. 30 kunlik va 6 oylik mortalitet
4. Qon ketish xavfi (GUSTO va BARC mezonlari asosida)
5. Yurak quvvatining saqlanishi (EF%)
6. Nojo'ya ta'sirlar, reoklüziya holatlari

Natijalar. Vaqt omili. Trombolitik terapiya simptomlar boshlanishidan 3 soat ichida berilgan holatlarda TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) oqimi 82,5% holatlarda kuzatildi ($p < 0.001$). 3–6 soatdan keyin bu ko'rsatkich 60,3%, >6 soatdan keyin esa 42,7% gacha kamaydi.

Yosh va komorbid holatlar. Trombolizis <65 yosh bemorlarda mortalitet 4,2%, >75 yoshda esa 11,8% ($p < 0.01$). Gipertoniya, diabet va insult tarixiga ega bemorlarda qon ketish xavfi 2,3 baravar yuqori. Ayollarda trombolitik terapiyadan keyingi ichki qon ketishlar erkaklarga nisbatan ko'proq qayd etilgan ($BARC \geq 2$ darajada – 14% va 9% mos ravishda).

Trombolitik terapiya turi. Tenekteplaza: yuqori TIMI oqimi (85%) va kam qon ketish (5.2%) bilan eng samarali. Alteplaza: samaradorligi yuqori, lekin qimmat. Streptokinaza: kam narxli, ammo allergenlik va ikkilamchi reokklyuziya xavfi bor.

Kontrendikatsiyalar. Trombolitik terapiyadan chetlashtirish uchun asosiy sabablar quyidagilar bo'ldi: 30 kun ichida insult ($n=18$). Faol qon ketish ($n=22$). Yaqinda o'tkazilgan jarrohlik ($n=16$). Yuqori darajadagi gipertenziya ($>180/110$ mmHg, $n=31$). Antikoagulyant terapiya foni $INR > 2.5$ ($n=14$).

Muhokama. Tadqiqot shuni ko'rsatadiki, trombolitik terapiya STEMI bilan og'rigan bemorlar uchun samarali va hayotni saqlovchi muolaja bo'lib, ayniqsa koronar angiografiya mavjud bo'lmagan hududlarda birinchi tanlovga aylanishi mumkin. Shunga qaramay, har bir klinik holatda trombolizis uchun aniq mezonlar asosida qaror qabul qilish zarur [5,6].

Xulosa. Miokard infarktining ST-segmenti ko'tarilgan shaklida trombolitik terapiya - hayotni saqlab qoluvchi asosiy muolajalardan biridir. Terapiya samaradorligi simptomlarning davomiyligi, bemorning yoshi, qon ketish xavfi va dori turiga bevosita bog'liq [7,8]. Zamonaviy yo'riqnomalarga asoslangan, individual yondashuvni o'z ichiga olgan algoritmlar bemor xavfsizligini ta'minlab, natijalarni yaxshilaydi. Mahalliy infratuzilma cheklangan sharoitlarda trombolizis strategiyasini to'g'ri boshqarish o'lim ko'rsatkichlarini sezilarli kamaytiradi [9,10].

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati.

1. Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., ... & Widimsky, P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal, 39(2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>

2. Н.С.Атаханова. Частота факторов риска сердечно сосудистых заболеваний в различных возрастных категориях у мужчин и женщин // Международный журнал научной педиатрии 2024, №3/8, стр 695-698.

3. O’Gara, P. T., Kushner, F. G., Ascheim, D. D., Casey, D. E., Chung, M. K., de Lemos, J. A., ... & Zhao, D. X. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction. Journal of the American College of Cardiology, 61(4), e78–e140. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.11.019>

4. Armstrong, P. W., Gershlick, A. H., Goldstein, P., Wilcox, R., Danays, T., Lambert, Y., ... & Steg, P. G. (2013). Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. New England Journal of Medicine, 368(15), 1379–1387. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1301092>

5. Steg, P. G., James, S. K., Atar, D., Badano, L. P., Blomstrom-Lundqvist, C., Borger, M. A., ... & Widimsky, P. (2012). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Heart Journal, 33(17), 2569–2619. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs215>

6. Tanguay, J. F., et al. (2021). Efficacy and safety of tenecteplase compared to alteplase in acute ST-elevation myocardial infarction: A meta-analysis. American Heart Journal, 232, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2020.11.003>

7. Bøtker, H. E., Terkelsen, C. J., & Sørensen, J. T. (2020). Time to reperfusion in STEMI: Is faster always better? Nature Reviews Cardiology, 17, 537–548. <https://doi.org/10.1038/s41569-020-0372-z>

8. Antman, E. M., Anbe, D. T., Armstrong, P. W., Bates, E. R., Green, L. A., Hand, M., ... & Smith, S. C. (2004). ACC/AHA Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. Circulation, 110(9), e82–e292. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000134791.68010.FA>

9. GUSTO Investigators. (1993). An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. New England Journal of Medicine, 329(10), 673–682. <https://doi.org/10.1056/NEJM199309023291001>

10. The TIMI Study Group. (1985). The thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) trial. New England Journal of Medicine, 312(14), 932–936. <https://doi.org/10.1056/NEJM198504043121437>