



**Surunkali buyrak kasalligi bilan birga kechadigan o'tkinchi miyokard infarkti:  
natijalar va prognostik belgilar.**

**Mualliflar;**

**Baxriddinova Gulnora Isomiddin qizi**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti Davolash fakulteti talabasi.

**Xasanov Azizbek Murod o'g'li**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti Davolash fakulteti talabasi.

**Nurmatov Sardorbek Sarvar o'g'li**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti Davolash fakulteti talabasi.

**Ilmiy rahbar;**

**Xidirov Ziyadulla Erkinovich**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, odam anatomiyasi kafedrasi asistenti.

**Kalit so'zlar;**

- 1.Miokard infarkti
- 2.Yurak ishemik kasalligi.
- 3.Koronar qon oqimi buzilishi.
- 4.Miokard nekrozi.
- 5.Reperfuziya strategiyalari.
- 6.Antitrombotik terapiya.
- 7.Intensiv kardiologik
- 8.Surunkali buyrak kasalligi
- 9.Komorbid holatlar

**Annotatsiya**

Miokard infarkti (MI) yurak ishemik kasalligining eng og'ir va hayot uchun xavfli shakllaridan biri bo'lib, miyokardning qaytarilmas nekroziga olib keladigan koronar qon oqimining o'tkir va sezilarli darajada buzilishi natijasida yuzaga keladi. Kardiologiyadagi sezilarli yutuqlarga, jumladan, zamonaviy reperfuziya strategiyalari, kuchli antitrombotik terapiya va takomillashtirilgan intensiv terapiya boshqaruviga qaramay, MI butun dunyo bo'ylab o'lim va uzoq muddatli nogironlikning asosiy sababi bo'lib qolmoqda. MI ning yuki surunkali buyrak kasalligi (CKD) kabi birga keladigan tizimli kasalliklari bo'lgan bemorlarda ayniqsa muhimdir, bu kasallikning borishini sezilarli darajada yomonlashtiradi va qisqa muddatli va uzoq muddatli natijalarga salbiy ta'sir qiladi.



### Kirish

Miokard infarkti (MI) eng og'ir va hayot uchun xavfli kasalliklardan biridir. Miyokardning qaytarilmas nekroziga olib keladigan koronar qon oqimining o'tkir va sezilarli darajada buzilishi natijasida kelib chiqqan ishemik yurak kasalligi shakllari. Kardiologiyadagi sezilarli yutuqlarga, jumladan, zamonaviy reperfuziya strategiyalari, kuchli antitrombotik terapiya va takomillashtirilgan intensiv terapiya boshqaruviga qaramay, MI butun dunyo bo'ylab o'lim va uzoq muddatli nogironlikning asosiy sababi bo'lib qolmoqda. MI yuki, ayniqsa surunkali buyrak kasalligi (CKD) kabi birga keladigan tizimli kasalliklari bo'lgan bemorlarda juda muhimdir, bu kasallikning borishini sezilarli darajada yomonlashtiradi va qisqa muddatli va uzoq muddatli natijalarga salbiy ta'sir qiladi. CKD progressiv, ko'p omilli patologik jarayon bo'lib, glomerulyar filtratsiya tezligining (GFR) doimiy pasayishi va buyraklarning strukturaviy, shuningdek, funktsional anomaliyalari bilan tavsiflanadi. Buyrak funktsiyasining yomonlashishi neyrogormonal va metabolik mexanizmlarning murakkab kaskadini faollashtiradi, shu jumladan renin-angiotensin-aldosteron tizimi (RAAS), simpatik ortiqcha faollik, endotelial disfunktsiya va surunkali yallig'lanish, ular birgalikda tomirlarning shikastlanishiga, yurakning qayta tuzilishiga va aterosklerozga yordam beradi. Ushbu mexanizmlar nafaqat yurak-qon tomir qarishini tezlashtiradi, balki ishemik hodisalarga sezuvchanlikni oshiradi. Epidemiologik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, CKD bilan og'rigan bemorlar buyrak funktsiyasi normal bo'lgan odamlarga qaraganda yurak-qon tomir kasalliklarini rivojlanish ehtimoli 3-5 baravar yuqori.

Buyrak funktsiyasi buzilgan bemorlarda miyokard infarkti paydo bo'lganda, klinik kurs yanada og'irroq va standart terapiyaga chidamli bo'ladi. Bunday bemorlarda ko'pincha atipik yoki niqoblangan simptomlar, kech tashxis qo'yilgan, reperfuziya va farmakologik muolajalarga cheklangan tolerantlik namoyon bo'ladi. MI va CKDning birgalikda mavjudligi yurak etishmovchiligi, aritmiya, takroriy ishemiya va o'limning yuqori ko'rsatkichlariga olib keladi. Bundan tashqari, buyrak klirensining buzilishi preparatning metabolizmini o'zgartiradi, bu ko'pincha individual davolash rejimlarini va gemodinamikani diqqat bilan kuzatishni talab qiladi. Shu nuqtai nazardan, MI va CKD o'rtasidagi patofiziologik o'zaro bog'liqlikni har tomonlama tushunish samaraliroq diagnostika, prognostika va terapevtik strategiyalarni ishlab chiqish uchun zarurdir. Kardiorenal o'zaro ta'sirning dastlabki belgilarini aniqlash o'z vaqtida aralashuvni ta'minlaydi va yurak va buyrak natijalarini yaxshilashga yordam beradi. Surunkali buyrak kasalligi bo'lgan va bo'lmagan o'tkir miokard infarkti bo'lgan bemorlarda klinik, laboratoriya va instrumental ko'rsatkichlarni qiyosiy baholashni



amalga oshirish. Kardiorenal sindromning erta namoyon bo'lishini aniqlash va klinik monitoring va davolash samaradorligini oshirish uchun yurak etishmovchiligining chastotasini, sarum troponin I darajasini, glomerulyar filtratsiya tezligini (GFR) va arterial qon bosimini baholashga alohida e'tibor berildi.

### **Materiallar va usullar**

Retrospektiv klinik-laboratoriya tadqiqoti o'tkazildi, shu jumladan 30 yoshdan 75 yoshgacha bo'lgan 60 nafar bemor o'tkir miokard infarkti tashxisi bilan tasdiqlangan. Buyrak funktsiyasi bo'yicha bemorlar ikkita teng guruhga bo'lingan: 1-guruh ( $n = 30$ ): MI bilan og'rigan va buyrak funktsiyasi saqlanib qolgan (CKD bo'lmagan).

2-guruh ( $n = 30$ ): MI bilan og'rigan va ilgari CKD tashxisi qo'yilgan bemorlar.

Barcha sub'ektlar standartlashtirilgan diagnostika protokolidan o'tkazildi, unga quyidagilar kiradi:

To'liq qon ro'yxati va siydik tahlili;

Keng qamrovli biokimyoviy tekshiruv (zardobdagi kreatinin, siydik kislotasi va troponin 1); CKD-EPI formulasi yordamida taxmin qilingan GFRni hisoblash;

Yurak va buyrak morfologiyasi va faoliyatini baholash uchun elektrokardiografiya (EKG), ekokardiyografiya (EchoCG) va buyrak ultratovush kabi instrumental tadqiqotlar.

Guruhlar o'rtasida miqdoriy va toifali o'zgaruvchilarni solishtirish uchun statistik tahlil o'tkazildi. O'rtacha qiymatlar o'rtacha  $\pm$  standart og'ish (SD) sifatida ifodalangan.

### **Natija**

Klinik va instrumental topilmalar KKH bilan birga bo'lgan bemorlarda miyokard infarktining sezilarli darajada salbiy kursini aniqladi.

Yurak etishmovchiligi: II-III funktsional sinfdagi konjestif yurak etishmovchiligi belgilari 2-guruhda 1-guruhga nisbatan 2,5 marta tez-tez aniqlangan. Qon bosimi: CKD bilan og'rigan bemorlarda o'rtacha sistolik arterial bosim  $145 \pm 12$  mm Hg ni tashkil etdi, CKD bo'lmagan bemorlar esa o'rtacha  $132 \pm 10$  mm Hg ni ko'rsatdi, bu gipertenziya va gemodinamik moslashuvning buzilishining yuqori tarqalishini ko'rsatadi.

Troponin I: qon zardobidagi troponin I kontsentratsiyasi CKD bo'lmagan guruhga nisbatan CKD guruhida ( $3,8 \pm 1,2$  ng / ml) sezilarli darajada oshdi, bu miokardning kengroq shikastlanishini va uzoq davom etgan ishemik insultni aks ettiradi.

### **Muhokama**

Ushbu tadqiqot o'tkir koronar sindromlar sharoitida yurak va buyraklar o'rtasidagi murakkab ikki tomonlama munosabatlarni ta'kidlaydi. Surunkali buyrak kasalligi



nafaqat komorbid kasallik, balki endotelial disfunktsiya, oksidlovchi stress, hajmning ortiqcha yuklanishi va miokard fibrozining kuchayishi kabi bir qancha mexanizmlar orqali ishemik miyokard shikastlanishini kuchaytiradigan mustaqil xavf omili sifatida ham ishlaydi. Bundan tashqari, troponin kabi yurak biomarkerlarining buyrak klirensining kamayishi diagnostik talqinni murakkablashtirishi mumkin, bu esa laboratoriya, klinik va tasviriy ma'lumotlarni birlashtirishni talab qiladi.

### **Xulosa**

Surunkali buyrak kasalligi bilan og'rigan bemorlarda miyokard infarkti og'irroq klinik kechishi, yurak etishmovchiligining ko'pligi, troponin darajasining oshishi va aniq arterial gipertenziya bilan tavsiflanadi. Buyrak funksiyasining pasayishi terapevtik imkoniyatlarni sezilarli darajada cheklaydi va prognozga salbiy ta'sir qiladi. Shu sababli, kardioresenal o'zaro ta'sirlarni erta aniqlash va boshqaruvga integratsiyalashgan, bemorga yo'naltirilgan yondashuvni amalga oshirish juda muhimdir. Kardiologlar va nefrologlar o'rtasidagi hamkorlik doimiy klinik va laboratoriya monitoringi bilan birgalikda ushbu yuqori xavfli bemorlar guruhida davolanish natijalari va hayot sifatini sezilarli darajada oshirishi mumkin.

### **Foydalanilgan adabiyotlar;**

1. Raxmatov, A., Jabborov, O., Qodirova, Sh., Jumanazarov, S., Mirzayeva, G., & Tojiboyev, M. S. (2022). Подаграда буйраклар зарарланишининг клиник ва генетик хусусиятлари.
2. Raxmatov, A. M., & Zaripov, S. I. (2024). GOUT AND ITS ASSOCIATION WITH GOUTY NEPHROPATHY: AN ANALYSIS OF 46 PATIENTS. Современные подходы и новые исследования в современной науке, 3(16), 100–102.
3. Mirzayeva, P. P., Jabborov, O. O., Alikulov, I. T., Buvamuhamedova, N. X., & Raxmatov, A. M. (2022). Особенности течения подагрического поражения почек у больных с ожирением.
4. Buvamuhamedova, N. T., Jabborov, O. O., Mirzayeva, G. F., & Raxmatov, A. M. (2022). Перспективы Применения Ривароксабана В Лечении Пациентов С Хронической Ишемической Болезнью Сердца.
5. Ro'zmetova, O., Jabborov, O., Qodirova, Sh., Jumanazarov, S., & Raxmatov, A. (2022). Сурункали буйрак касаллиги I–II босқичларидаги беморларда гипозотемика даволаш самарадорлигини ўрганиш.
6. Sultonov, P. I., Umarova, Z. F., Jabborov, O. O., Xodjanova, Sh. I., Qodirova, Sh. A., Jumanazarov, S. B., & Raxmatov, A. M. (2023). Surunkali buyrak kasalligida antiagregant terapiyaning buyrak funksional zahirasiga ta'siri.