

## DIAGNOSTIK KORONAROGRAFIYA AMALIYOTIDA “KARDIAL SINDROM Y”

RKIATM Jizzax filiali, t.f.d Kurbanov N. A, Abduraxmanov S. M

**Annotatsiya.** Ushbu maqolada yurak eshimik kasalliklarini koronarografiya amaliyoti yordamida tashxislash, “kardial sindrom” va ularni davolash chora tadbirlari to‘g‘risida ma’lumotlar keltirilgan.

**Kalit so‘zlar.** Koronarografiya, yurak eshimik kasalliklari, miokard infarkti, stenokardiya, koronar arteriya, EKG, konservativ davolash, instrumental tekshiruv, qorinchalar fibrillyasiyasi.

**Аннотация.** В данной статье представлена информация о диагностике ишемических заболеваний сердца с помощью коронарографии, “кардиал синдром” и мерах их лечения.

**Ключевые слова.** Коронарография, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная артерия, ЭКГ, консервативное лечение, инструментальное обследование, фибрилляция желудочков.

**Abstract.** This article provides information on the diagnosis of ischemic heart diseases using coronary angiography and measures for their treatment.

**Key words.** Coronary angiography, ischemic heart disease, myocardial infarction, angina pectoris, coronary artery, ECG, conservative treatment, instrumental examination, ventricular fibrillation.

Hozirga kelib yurak ishemik kasalliklarini aniqlash va tashxis qo‘yish, bemorlarda davolash usulini tanlashda koronarografiya amaliyoti kardiologiya yo‘nalishida “oltin standart” hisoblanadi. Bu usul koronar arteriyalarning anatomik tuzilishi, zararlanish mavjudligi va zararlanish hajmini aniq baholash imkonini beradi. Har bir invaziv tekshiruv usulida asorat kuzatilishi mumkin bo‘lgani kabi diagnostik koronarografiya amaliyotida ham asoratlarni kuzatilib turadi. Amaliyotda kuzatilishi mumkin bo‘lgan asoratlardan miokard infarkti, bosh miya qon aylanishi o‘tkir buzulishi, kontrast moddaga allergik reaksiya, koronar arteriyalarining perforatsiyasidan tashqari qorinchalar fibrillyasiyasi 0,20-0,40% hollarda uchray turadi. Ularning 80%i bemorda asistoliya kuzatilishi bilan yakunlanadi va bu asosan yurakdagi patologik jarayon hajmiga ham bog‘liqdir. Qorinchalar fibrillyasiyasining

keltirib chiqaruvchi asosiy sabablar surunkali yoki o‘tkir yurak yetishmovchiliklari, nostabil stenokardiya, o‘tkir miokard infarkti kabi og‘ir xolatlar hisoblanadi. Lekin yurakda, koronar arteriyalarda og‘ir patologik o‘zgarishlar bo‘lmagan holda xam kichik rivojlangan o‘ng koronar arteriyaga yoki uning proksimal yon tarmog‘iga ko‘p miqdorda kontrast moddaning jo‘natilishi xam qorinchalar fibrillyasiyasi kuzatilishiga olib kelishi mumkin. Bunday holat kontrast moddaning sinus va AV tuguniga to‘g‘ridan to‘g‘ri reflektor vagus ta'siri bilan izohlanadi.

Yurak ishemik kasalliklaridan miokard infarkti yoshlarda uchrashi kamdan kam kuzatilib, asosiy keltirib chiqaruvchi sabablardan nokoronarogen kasalliklar orasida virusli miokardit alohida o‘rin tutadi. Bu kasallik patogenezida koronar arteriyalarning mikrotomir darajasida zararlanishi natijasida qon oqimining susayishi fenomeni (Coronary Slow Flow Phenomenon – CSFP), yoki boshqacha aytganda kardial sindrom Y (Cardiac Syndrome Y – CSY) yotadi. Bunda koronar arteriyalarda qon oqimining mikrovaskulyar tomirlar qarshiligining ortishi (tomir endoteliysini zararlanishi bilan izohlanadi) miokard infarkti kelib chiqishiga sabab bo‘ladi. Bu sindrom bemorda og‘riqning uzoq davomiyligi, tinch holatda ham paydo bo‘lishi, erkak jinsi va yoshlarda kuzatilishi, zo‘riqishli sinamaning manfiy natijasi, angiografiyada koronar tomirlarda patologik o‘zgarishlar aniqlanmasligi yoki kontrast (qon) oqimining yaqqol sekinlashuvi bilan kuzatiladi.

Bemor Asqarov Sh. 42 yosh. Shikoyatlari to‘sh ortidagi achishuvchi xarakteridagi og‘riqlarga, og‘riqlarning jismoniy xarakterga bog‘liq bo‘lmagan holda xolda bo‘lishiga, og‘riq vaqtida nafas qisishi va sovuq ter bosishi belgilari bo‘lishiga, to‘satdan darmonsizlik kuzatilishiga shikoyat qilib kelgan. Anamnezidan bemor o‘zini 2 yildan buyon kasal hisoblaydi. Kasalligini 2 yil avval o‘tkazgan covid-19 virusli kasalligi bilan bog‘laydi. Bemorda kasallik to‘sh ortida og‘riq kuzatilishi bilan boshlangan. Bemor kardiolog shifokori tavsiyasiga ko‘ra Roksera 20mg, Niperten 2,5mg, Kardiomagnil 75mg qabul qilib yurgan. Oxirgi 20 kun ichida bemor tabletkalarni qabul qilishni to‘xtatganidan so‘ng shikoyatlar kuchayganligi sababli markazimizga koronarografiya amaliyotidan o‘tkazish maqsadida yotqizilgan. Ob‘ektiv ko‘rikda umumiy axvoli o‘rta og‘irlikda, tana tuzilishi giperstenik tipda, IMT-32,9. Nafas olishi erkin, o‘pkasida vezikulyar nafas eshitiladi. Yurak chegaralari o‘zgarishsiz, tonlari bo‘g‘iqlashgan, ritmik, patologik shovqinlar eshitilmaydi. AQB 130/80 mm.sim.ust. YuQS 78 marta/daqiqada. Ovqat hazm qilish tizimida o‘zgarishlar aniqlanmadi.

Bemorda laborator tekshiruvlardan gemoglobin–162 g/l (n-130-160); eritrosit-5,91·10<sup>12</sup>/l (n-4,0-5,0); gematokrit-44,6% (n-40-48); trombosit-188·10<sup>9</sup>/l (n-180-320); trombokrit-0,159% (n-0,108-0,282); leykosit-14,7·10<sup>9</sup>/l (n-4-9); limfosit-2,9·10<sup>9</sup>/l (n-0,8-4,0); Umumiy xolesterin-4.0 mmol/l (n-<5.2); mochevina-4,7mmol/l (n-2,5-8,3); kreatinin-90mkmol/l (n-44-115); umumiy bilirubin-12,0 (n-3,4-20,5); bog‘langan bilirubin-3,0 (n-0,86-5,3); ALT-30Ed/l (n-<40); AST-27 Yed/l (n-<35); Glyukoza-4,74mmol/l (n-3,2-6,1); Kaliy-3,10 mmol/l; Natriy-131,5mmol/l; Kal'siy-0,46mmol/l; Koagulogrammada PTI-85%; PTV-13,8 sek/%; MNO-1,12%; QFTV-35,3 sek; Fibrinogen-4,0 g/l; Troponinga test-manfiy. Natriyuretik peptid-550 pg/ml.

Instrumental tekshiruvlardan EKGda PQ-0,16 sek., QRS-0,04 sek., QT-0,36 sek., ritm sinusli, yurak qisqarishlari soni 1 daqiqada 80 ta, chap qorincha gipertrofiyasi belgilari va chap qorincha orqa devorida (III, avF tarmoqlarda) manfiy T tishcha ko‘rinishidagi koronar yetishmovchilik belgisi aniqlangan.

ExoKG tekshiruvda Ao-3.5; ChB (LP)-3,7x5,0sm; ODO‘(KDR)-4,3sm; OSO‘(KSR)-2,9sm; QAT(tMJP)-1,4sm; ChQOD(tZSLJ)-1,3sm; O‘Q(PJ baz)-3,8 sm; ChQO(massa LJ)-222,37g; ODH(KDO)-83,8ml; OSh(KSO)-34,5ml; ZH(UO)-49,3ml/m<sup>2</sup>; OF(FV)-59,0%; PP(PP)-3,1x4,4sm; E/A-0,89; MTM(plosh MO)-5sm<sup>2</sup>; ATM(plosh AO)-2,7sm<sup>2</sup>.

Xolter EKG monitoring xulosasida monitoring davomiyligi 20:22:12 soat, analiz uchta asosiy ulanish orqali o‘tkazildi. Monitoring davomida 80666 kompleks qayd etilgan, artefaktlar 1,73% (1398). Asosiy ritm sinusli, shundan yakka qorinchalar ekstrasistoliyasi, yakka va juft supraventrikulyar ekstrasistoliyasi bilan bo‘lingan. O‘rtacha yurak qisqarishlar soni 65 ta/daq. Minimal yurak qisqarishlar soni 50 ta/daq (12:42:18), maksimal yurak qisqarishlar soni 99 ta/daq (19:33:42). Maksimal R-R interval (sinusli) 1364 ms(13:34:28)ni tashkil etgan. Qorinchlar ekstrasistoliyasi 63 ta, yakka, monotop, kunduzi 62 ta, tunda 1 ta. Supraventrikulyar ekstrasistoliyasi 20 ta, kunduz 11 ta, tunda 9 ta, 18 ta yakka va 1 ta juft aniqlangan. ST segment analizi: diagnostik sezilarli va ishonchli (1mm depressiya/2mm elevasiya va davomiyligi 1 daqiqadan ko‘p bo‘lgan) ST segment dinamikasi aniqlanmagan.

Bemorda koronarografiya tekshiruvi xulosasida LMCA (SLKA) – o‘zgarishsiz. LAD (PNA) – o‘zgarishsiz. Cfx (OA) – og‘iz qismida 45-55% stenoz. RCA (PKA) – o‘zgarishsiz. Miokard qon aylanish turi: O‘ng. Xulosa: Koronar

tomirlar aterosklerozi. Koronar tomirlarda sezilarli zararlanishlar aniqlanmadi. Qon oqimi sustligi (TIMI – II). Selektiv koronarografiya amaliyotidan keyingi holat. Bemorda angiografiya qilish vaqtida kontrast moddaning xarakati sustligi kuzatilib, o‘ng koronar arteriyasini tekshirish vaqtida bemorda kichik voltajli qorinchalar fibrillyasiyasi kuzatildi. Koronarografiya amaliyoti to‘xtatilib, birinchi yordam sifatida 180 kDjoul kuchlanish bilan elektrokardiodefibrilyasiya amaliyoti qo‘llanilganda bir urinishda sinus ritmi tiklandi. Bemor kuzatish maqsadida kardioreanimasiya bo‘limiga o‘tkazildi.

Bo‘limda bemorga  $\beta$ -blokatorlar, antiagregant, antiaritmik, antikoagulyant, antiishemik, metabolik preparatlar buyurilgan. Bemor konservativ davolashdan so‘ng ijobiy o‘zgarishlar bilan kasalhonadan chiqarilgan.

Xulosa qilib aytganda asosan yosh erkaklarda virus etiologiyali yallig‘lanish kasalliklaridan so‘ng koronar arteriyalarning endoteliy qavati zararlanishi tufayli stenokardiya hurujlarining bo‘lishi va kam hollarda miokard infarkti bilan asoratlanishi kuzatiladi. Bunda diagnostik koronarografiya tekshiruvi vaqtida kontrast moddaning arteriyalarda turib qolishi xisobiga hayot uchun havfli aritmiyalar (qorinchalar fibrillyasiyasi) kuzatilishi qayd etilgan.

#### Foydalanilgan adabiyotlar:

1. «Феномен замедленного коронарного кровотока, или кардиальный синдром Y», А.Шариф-Якан, Д.Дивчев, У.Траутвейн, К.А.Нинабер, Кардиологическая отделение Университетской клиники, Росток, Германия, журнал Кардиология 2015й, №2.
2. «Виды осложнений чрескожных коронарных вмешательств у больных ишемической болезнью сердца», Б.Г.Алекян, А.В.Стаферов, Н.В.Закарян, Х.Г.Фозилов, журнал «Грудная и сердечно-сосудистая хирургия», Москва 2010й.
3. «Случай развития устойчивой фибрилляции желудочков при выполнении селективной коронарографии», М.А.Ильмова, М.А.Спицына, Л.Ю.Королева, Н.В.Аминева, Г.В.Ковалева, журнал «Медицинский альманах», Нижний Новгород, 2020й.
4. «Принципы интервенционной кардиологии», Харальд Лап, Инго Кракау, Москва 2019й.

5. «Интервенционная кардиология» практическое руководство, Т.Н.Нгуен, Ф.Коломбо, Д.Ху, С.Л.Грайнис, Ш.Саито, Москва 2014й.

6. «Коронарная ангиография и стентирование», под редакцией члена-корреспондента РАН А.М.Чернявского. Москва 2022й.



Research Science and  
Innovation House

