ISSN: 2181-4341, IMPACT FACTOR (RESEARCH BIB) – 9.145, SJIF – 5,431

Qoqon universteti Andijon filiali Tibbiyot fakulteti Davolash ishi

DI-25-08 guruh talabasi

Komilova Marjona Tursunboy qizi

Marjonak712@gmail.com

+998(99)714-02-08

Ilmiy raxbar: Tojiboyeva Nargizaxon Latifjonovna

TAXIKARDIYA KELIB CHIQISHI SABABLARI, KILINIK BELGILARI VA DAVOLASH USULLARI

Annotatsiya

Ushbu maqolada taxikardiyaning etiologik omillari, klinik ko‘rinishlari va davolash yondashuvlari tizimli tahlil qilindi. Tadqiqot usuli sifatida zamonaviy klinik tavsiyalar va ilmiy manbalar bo‘yicha narrativ-analitik sharh hamda taqqoslash qo‘llandi. Natijada taxikardiya turini aniqlash algoritmi, xavf stratifikatsiyasi mezonlari va individual terapiya tamoyillari umumlashtirildi. Ish amaliy qaror qabul qilishni takomillashtirishga xizmat qiladi.

Kalit so‘zlar

Taxikardiya, supraventrikulyar taxikardiya, qorincha taxikardiyasi, sinusal taxikardiya, aritmogen omillar, EKG diagnostika, antiaritmik terapiya.

Kirish. Taxikardiya klinik amaliyotda eng ko‘p uchraydigan ritm buzilishlari spektriga kiradi va u har doim ham mustaqil nosologiya bo‘lmasdan, ko‘pincha gemodinamik, metabolik yoki vegetativ disbalansning ifodasi sifatida namoyon bo‘ladi. Shunga qaramay, yurak urish tezligining patologik oshishi ayrim holatlarda o‘tkir koronar sindrom, yurak yetishmovchiligi dekompensatsiyasi, tromboembolik asoratlar yoki to‘satdan yurak o‘limi xavfini kuchaytirishi bilan klinik ahamiyat kasb etadi. Zamonaviy kardiologiyada taxikardiyaning ko‘plab shakllari mavjud bo‘lib, ular kelib chiqish mexanizmi, elektrofiziologik substrat va prognoz jihatidan bir-biridan keskin farq qiladi. Shu sababli tashxis qo‘yish jarayoni faqat yurak urish sonini qayd etish bilan cheklanmasdan, ritmning kelib chiqishi, QRS kompleksining morfologiyasi, boshlanish va tugash xususiyati, qo‘zg‘atuvchi omillar hamda hamroh xavf belgilari asosida chuqur differensial tahlilni talab qiladi [1, 2]. Mavzuning dolzarbligi, bir tomondan, taxikardiya bilan bog‘liq shikoyatlar birlamchi bo‘g‘in va shoshilinch tibbiy yordam bo‘limlarida juda keng uchrashi bilan izohlanadi; ikkinchi tomondan esa, noto‘g‘ri tasnif va empiric davolash tanlovi ayrim hollarda iatrogen xavfni oshirishi mumkin. Masalan, keng QRSli taxikardiyada supraventrikulyar kelib chiqish ehtimoli mavjud bo‘lsa ham, amaliyotda qorincha taxikardiyasi sifatida ko‘rish va shunga mos xavfsiz yondashuvni tanlash afzal, chunki ayrim AV-o‘tkazuvchanlikka ta’sir qiluvchi dori vositalari preekzitatsiya sindromi fonida hayot uchun xavfli aritmiyalarni qo‘zg‘atishi mumkin [3]. Ilmiy adabiyotlarda taxikardiyani boshqarish bo‘yicha dalillarga asoslangan tavsiyalar mavjud bo‘lsa-da, turli manbalarda terminologik farqlar, klinik qaror qabul qilish algoritmlarining amaliy qo‘llanishi va komorbid holatlar fonida individual yondashuv masalalari yetarli darajada yagona tizimga keltirilmagan. Ayniqsa, bir vaqtning o‘zida anemiya,

tireotoksikoz, infeksiya, dori intoksikatsiyasi yoki yurak yetishmovchiligi bo‘lgan bemorlarda taxikardiya birlamchi sababmi yoki kompensator javobmi degan savol ko‘pincha davolash strategiyasini belgilab beradi [4]. Ushbu maqolaning maqsadi taxikardiyaning kelib chiqish sabablari va klinik belgilari bo‘yicha konseptual tasnifni aniqlashtirish, diagnostik yondashuvning amaliy mezonlarini tizimlashtirish hamda farmakologik va invaziv davolash usullarini xavf stratifikatsiyasi bilan bog‘liq holda ilmiy asosda yoritishdan iborat. Vazifalar sifatida taxikardiyaning etiologik spektrini reaktiv va aritmogen mexanizmlar nuqtayi nazaridan ajratish, klinik belgilarni gemodinamik barqarorlik mezonlari bilan bog‘lash, EKGga tayangan differensial tashxisning prinsipial nuqtalarini umumlashtirish va davolashda xavfsizlik hamda samaradorlik muvozanatini ko‘rsatish belgilandi.

Metodlar. Ushbu ish metodologik jihatdan narrativ-analitik sharh va taqqoslovchi tahlil tamoyillariga asoslandi. Tadqiqot doirasida taxikardiya bo‘yicha xalqaro va mintaqaviy klinik tavsiyalar, shuningdek, kardiologiya va elektrofiziologiya yo‘nalishidagi monografik hamda sharh xarakteridagi manbalar mazmunan tahlil qilindi. Manbalarni tanlashda taxikardiyaning asosiy klinik shakllari, xususan sinusal, supraventrikulyar va qorincha taxikardiyalari bo‘yicha diagnostika va davolash algoritmlarini yorituvchi, hamda xavf stratifikatsiyasi va shoshilinch yordam masalalarini qamrab oluvchi ishlarga ustuvorlik berildi [1; 3; 5]. Narrativ-analitik yondashuv taxikardiya kabi ko‘p omilli va heterogen holatni faqat bitta klinik sinov natijalari bilan cheklamasdan, turli dalil darajalarini klinik mantiq asosida birlashtirish imkonini beradi. Taqqoslovchi tahlil esa supraventrikulyar va qorincha kelib chiqishli taxikardiyalarni EKG belgilariga ko‘ra farqlash, shuningdek, farmakoterapiya va invaziv usullarni ko‘rsatmalar hamda cheklovlar asosida solishtirish uchun qo‘llandi [2; 6]. Tahlil jarayonida konseptual ramka sifatida uch bosqichli klinik qaror modeli qo‘llanildi: birinchi bosqichda taxikardiyaning fiziologik-kompensator yoki primar aritmogen xarakterini aniqlash; ikkinchi bosqichda gemodinamik barqarorlik va organ perfuziyasi belgilari asosida shoshilinch taktika tanlash; uchinchi bosqichda taxikardiya turini (QRS kengligi, ritm muntazamligi, P-to‘lqin va AV munosabat) bo‘yicha tasniflab, etiologik davolash, simptomatik nazorat va retsidiv profilaktikasini rejalashtirish. Mazkur metodlar maqola maqsadiga mos keladi, chunki taxikardiyada klinik muvaffaqiyat ko‘pincha to‘g‘ri tasnif va xavfga mos terapiya tanloviga bog‘liq bo‘lib, buni tizimlashtirish uchun integrativ tahlil zarur [4 7].

Natija. Tahlil natijalari taxikardiyani kelib chiqishiga ko‘ra ikki yirik klinik-etiologik guruhga ajratish amaliy jihatdan samarali ekanini ko‘rsatdi. birinchisi, fiziologik yoki kompensator sinusal taxikardiya bo‘lib, u gipovolemiya, isitma, og‘riq, anemiya, gipoksiya, tireotoksikoz, psixoemotsional zo‘riqish, stimulyator moddalar va ayrim dori vositalari ta’siri bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin; ikkinchisi esa aritmogen taxikardiyalar bo‘lib, ular qayta kirish mexanizmi, ektopik avtomatizm yoki qo‘zg‘alishning tetiklangan faolligi asosida yuzaga keladi va supraventrikulyar hamda qorincha shakllariga bo‘linadi [1, 5]. Ushbu ajratishning klinik qiymati shundaki, kompensator sinusal taxikardiyada asosiy maqsad yurak urishini “pasaytirish”dan ko‘ra sababni bartaraf etish hisoblanadi, aritmogen shakllarda esa ritmni tiklash yoki nazorat qilish bilan birga tromboembolik va gemodinamik xavflarni kamaytirish birlamchi vazifaga aylanadi. Klinik belgilarning tizimlashtirilishi taxikardiyada simptomlar doimo yurak urish tezligi bilan chiziqli bog‘liq emasligini, balki aritmiyaning davomiyligi, yurakning struktur holati, diastolik to‘lish, miokard ishemiyasi ehtimoli va vegetativ javoblar bilan belgilanishini ko‘rsatdi. Ko‘p uchraydigan shikoyatlar palpitat-siya, nafas qisishi, ko‘krak qafasida noqulaylik, bosh aylanishi, presinkopa yoki sinkopa ko‘rinishida namoyon bo‘ladi, biroq klinik qaror uchun eng muhim belgi gemodinamik beqarorlikning dalillaridir. Bunday dalillarga arterial gipotenziya, ongning buzilishi, o‘tkir yurak yetishmovchiligi, shok belgilari yoki davomli ko‘krak og‘rig‘i kiradi; ular mavjud bo‘lsa taxikardiya turidan qat’i nazar, shoshilinch elektr kardioversiya masalasi birinchi o‘ringa chiqadi [3, 6]. Barqaror bemorlarda esa diagnostik aniqlikni oshirish uchun EKG mezonlari va klinik kontekst birgalikda baholanadi. EKGga tayangan tasniflash

natijalarining eng amaliy qismi QRS kompleksining kengligi va ritmning muntazamligiga asoslangan yondashuvdir. Tor QRSli muntazam taxikardiyada AV tugun bilan bog‘liq qayta kirish taxikardiyasi yoki ortodrom AV qayta kirish taxikardiyasi ehtimoli yuqori bo‘lib, vagal manevrlar va AV tugun o‘tkazuvchanligini qisqa muddatli bloklovchi usullar diagnostik hamda terapevtik ahamiyatga ega. Tor QRSli nomuntazam taxikardiyada esa ko‘pincha bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi yoki bo‘lmachalar fluteri o‘zgaruvchan o‘tkazuvchanlik bilan ko‘riladi, bu holatda tromboembolik xavf va antikoagulyatsiya masalasi tashxis bilan birga ko‘tariladi [2, 7]. Keng QRSli taxikardiyada qorincha taxikardiyasini birlamchi ehtimol sifatida ko‘rish xavfsizlik nuqtayi nazaridan ustun, chunki supraventrikulyar taxikardiya aberrant o‘tkazuvchanlik bilan kechishi mumkin bo‘lsa ham, noto‘g‘ri dori tanlovi og‘ir asoratlar xavfini oshiradi [3]. Shuningdek, preekzitatsiya fonida bo‘lmachalar fibrillyatsiyasi keng QRSli va juda tez ritm bilan namoyon bo‘lishi mumkinligi aniqlashtirildi, bu holatda AV tugun blokatorlari qo‘llanishi cheklangan bo‘lib, ritmni xavfsiz strategiya bilan boshqarish talab etiladi [6]. Davolash usullarini tizimlashtirishda uch yo‘nalish ajralib chiqdi: shoshilinch ritmni tiklash, yurak urishini nazorat qilish va etiologik-uzoq muddatli profilaktika. Gemodinamik beqarorlikda sinxron kardioversiya asosiy usul sifatida qaraladi, chunki u tezkor perfuziya tiklanishini ta’minlaydi va dori vositalarining sekin yoki noaniq ta’siriga bog‘lanib qolmaydi [3, 5]. Barqaror supraventrikulyar taxikardiyalarda vagal manevrlar, so‘ng farmakologik konversiya yoki chastota nazorati yondashuvlari qo‘llanadi; qorincha taxikardiyalarida esa struktur yurak kasalligi bor-yo‘qligi, QT oralig‘i bilan bog‘liq proaritmik xavf va elektrolit disbalansi kabi omillar inobatga olinadi. Uzoq muddatli boshqaruvda kateter ablatsiyasi ayrim qayta kirish taxikardiyalarida yuqori samaradorlik va retsidivning kamayishi bilan ajralib turadi, antiaritmik farmakoterapiya esa individual xavf-profilga mos tanlanishi zarurligi bilan tavsiflanadi [1, 8]. Kompensator sinusal taxikardiyada natijalar etiologik davolashning ustuvorligini ko‘rsatdi: masalan, isitmada antipiretik va rehidratasion yondashuv, anemiyada sababga yo‘naltirilgan korreksiya, tireotoksikozda endokrin nazorat birlamchi ahamiyatga ega.

Xulosa. Olingan natijalar taxikardiyani “tez yurak urishi” sifatida soddalashtirib talqin qilish klinik xatolarga olib kelishini ko‘rsatadi, chunki amaliyotda bir xil yurak urish tezligi turli patofiziologik vaziyatlarda mutlaqo boshqa xavf darajasiga ega bo‘ladi. Xalqaro tavsiyalarda shoshilinch baholashning markazida gemodinamik barqarorlik turishi ta’kidlanadi; bu pozitsiya ritmning kelib chiqishidan qat’i nazar, perfuziya buzilishining qaytarilmas oqibatlarini oldini olishga qaratilganligi bilan asosli [3]. Shu bilan birga, barqaror bemorlarda “ritmni darhol tiklash”ga haddan tashqari intilish ham har doim foyda keltirmaydi, chunki ayrim holatlarda taxikardiya organizmning kislorod yetkazib berish talabiga kompensator javobi bo‘lishi mumkin va yurak urishini agressiv pasaytirish perfuziyani yomonlashtirishi ehtimoli bor. Bu fikr klinik farmakologiya va shoshilinch tibbiyot adabiyotlarida ham qo‘llab-quvvatlanadi, chunki beta-blokatorlar yoki boshqa negativ xronotrop vositalar gipovolemiya yoki sepsis kabi vaziyatlarda ehtiyotkorlik bilan qo‘llanadi [4, 9]. Demak, biz taklif etgan uch bosqichli qaror modeli taxikardiyani boshqarishda xavfsizlik va mantiqiy izchillikni kuchaytiradi. EKGga tayangan differensial tashxis bo‘yicha natijalar kardiologiya maktablarida keng qabul qilingan yondashuvlar bilan mos keladi, xususan keng QRSli taxikardiyada qorincha kelib chiqishini birlamchi ehtimol sifatida ko‘rish prinsipining klinik qiymati yuqori [6]. Mazkur prinsipning ilmiy asosi shundan iboratki, qorincha taxikardiyasi ko‘pincha struktur yurak kasalligi bilan bog‘liq bo‘lib, noto‘g‘ri davolash strategiyasi, ayniqsa AV tugun o‘tkazuvchanligini bloklovchi preparatlarni nojo‘ya qo‘llash, gemodinamik kollaps xavfini oshiradi. Shu nuqtayi nazardan, rus va xalqaro elektrofiziologik qo‘llanmalarda ta’kidlangan “xavfsizlik foydasiga xato qilish” yondashuvi amaliy qaror qabul qilish uchun ratsional hisoblanadi [2, 6]. Biroq EKG mezonlarining o‘zi ham mutlaq emas: aberrant o‘tkazuvchanlik, preekzitatsiya, oldingi infarkt izlari yoki elektrolit buzilishlari morfologiyani murakkablashtiradi. Shuning uchun natijalarda klinik kontekstni kiritish zarurati alohida ko‘rsatildi, bu esa tashxisni faqat bir belgi bilan emas, belgilar majmuasi bilan qo‘yish tamoyiliga mos keladi [5]. Davolash bo‘yicha natijalar invaziv

va farmakologik usullar o‘rtasidagi muvozanat masalasini yoritadi. Kateter ablatsiyasi bo‘yicha xalqaro manbalarda qayta kirish mexanizmli supraventrikulyar taxikardiyalarda yuqori muvaffaqiyat ko‘rsatkichlari va hayot sifatining yaxshilanishi qayd etiladi. Bizning tahlilda bu yondashuvning afzalligi dori yuklamasini kamaytirishi va uzoq muddatli proaritmik xavflarni cheklashi bilan izohlandi [8]. Shu bilan birga, ablatsiya hamma bemorda birdek qo‘llanadigan universal yechim emas, komorbid holatlar, anatomik murakkablik va resurs omillari tanlovga ta’sir qiladi. Farmakoterapiyada esa antiaritmik preparatlarning sinfga xos proaritmik xavfi va dori-dori o‘zaro ta’sirlari klinik ehtiyotkorlikni talab qiladi, bu jihat klinik amaliyotda ko‘pincha yetarli baholanmaydi, natijada “simptomni davolash” bilan “xavfni oshirish” o‘rtasida noxush muvozanat yuzaga kelishi mumkin [1, 7]. Shuning uchun davolashni tanlashda faqat ritmni qisqa muddatli normallashtirish emas, balki bemorning uzoq muddatli prognozi, tromboembolik xavfi, miokard funksiyasi va takrorlanish ehtimoli inobatga olinishi kerak. Kompensator sinusal taxikardiya masalasida natijalar klinik tafakkur uchun muhim bir nuqtani mustahkamlaydi: taxikardiya ba’zan “signal” bo‘lib, asosiy kasallikning og‘irligini ko‘rsatadi. Masalan, anemiya yoki tireotoksikoz fonidagi taxikardiyani faqat xronotrop nazorat bilan cheklash etiologik muammoni yashirib qo‘yishi mumkin, holbuki sababni bartaraf etish ritmni barqarorlashtirishning eng fiziologik yo‘lidir [4]. O‘zbek va mintaqaviy klinik qo‘llanmalarda ham yurak urish tezligini baholash bilan bir qatorda, umumiy somatik holat, gemoglobin, qalqonsimon bez ko‘rsatkichlari, infektsion markerlar va elektrolitlarni tekshirish zarurligi ta’kidlanadi; bizning tahlilda bu yondashuv taxikardiyaning ko‘p omilliligini hisobga olgan holda yagona klinik strategiyaga birlashtirildi [9, 10]. Shunday qilib, muhokama natijalari diagnostika va davolashda fragmentar emas, integrativ qarashning ustuvorligini ko‘rsatadi. Maqolada taxikardiyaning kelib chiqish sabablari kompensator sinusal mexanizmlar va primar aritmogen jarayonlar sifatida konseptual ajratildi hamda klinik belgilarning diagnostik qiymati gemodinamik barqarorlik mezonlari bilan bog‘lab tizimlashtirildi. EKGga tayangan amaliy yondashuv tor va keng QRSli taxikardiyalarda xavfsiz differensial tashxisni qo‘llab-quvvatlashi, shoshilinch holatlarda esa perfuziya buzilishi belgilari birlamchi qaror mezoni bo‘lishi ko‘rsatildi. Davolash strategiyalari shoshilinch kardioversiya, barqaror holatlarda maqsadli farmakoterapiya va qayta kirish taxikardiyalarida kateter ablatsiyasining uzoq muddatli ustunliklari doirasida umumlashtirildi. Amaliy jihatdan, taxikardiyani boshqarish bemorning umumiy somatik holati va sababiy omillarni aniqlash bilan uyg‘unlashtirilgan individual, xavfga mos yondashuvni talab qiladi. Kelgusidagi tadqiqotlar komorbid holatlar fonida taxikardiya boshqaruvining real klinik natijalari, birlamchi bo‘g‘inda diagnostik algoritmlarning bajarilishi va xavfsiz farmakoterapiya strategiyalarini optimallashtirishga qaratilishi maqsadga muvofiq.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Braunvald E. Braunvaldning yurak kasalliklari. yurak-qon tomir tibbiyoti bo‘yicha qo‘llanma. Toshkent. Tibbiyot nashriyoti. 2019. 1120 b.

2. Кушаковский М. С. Аритмии сердца. руководство для врачей. Санкт-Петербург. СпецЛит. 2018. 640 с.

3. European Society of Cardiology. 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. Oxford: Oxford University Press. 2019. P. 655–720.

4. Marriot H. J. L. Practical electrocardiography. Philadelphia. Wolters Kluwer; 2014. 416 p.

5. Al-Khatib S. M. Stevenson W. G. Ackerman M. J. Bryant W. J. 2017 AHA/ACC/HRS guideline for management of patients with ventricular arrhythmias and prevention of sudden cardiac death. Dallas: American Heart Association. 2017. P. 1–160.

6. Задионченко В. С. Шехян Г. Г. Клиническая аритмология. Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2020. 432 с.

7. Zipes D. P. Jalife J. Cardiac electrophysiology, from cell to bedside. Philadelphia. Elsevier. 2018. 1312 p.

8. Calkins H. Hindricks G. Cappato R. Kim Y. H. 2017 HRS/EHRA/ECAS/APHRS/SOLAECE expert consensus on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation. New York. Heart Rhythm Society. 2017. P. 1–66.

9. Абдуллаев Ф. М. Мирзаев Р. Р. Kardiologiya: klinik tavsiyalar va amaliy yondashuvlar. Toshkent. O‘zbekiston tibbiyot nashriyoti; 2021. 520 b.

10. Каримов Н. Н. Рахимов Ш. А. Yurak ritmi buzilishlari. diagnostika va davolash. Samarqand. SamDTU nashriyoti. 2020. 280 b.