

SENIL AORTA STENOZINING GENDER FARQLARINING EPIDEMIOLOGI XUSUSIYATLARI

Qosimov Z.O., No'monova G.D., Eshonxo'jayev O.O., Parpiyev S.B.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya

Senil aortal stenoz- yurak aortasining stenozini bilan bog'liq kasallik bo'lib, keksa yoshdagi odamlar orasida keng tarqalgan. Va aynan shuning uchun Senil aortal stenoz – hozirgi davrning oilaviy sog'liq muammosiga aylangan. Senil aortal stenoz kasalligini 100 ta odamning 15 tasida uchraydi. SAS (senile aortal stenoz) dastlab , shimoliy yevropa axolisi orasida qayd etilgan. U ko'proq keksa yoshdagi (yoshi 65 yoshdan oshgan odamlar ayniqsa, ayollar orasida) ko'p uchraydi. Ayollarda SAS ning o'ziga xos xususiyatlari : kasallik diagnostikasi, patofiziologiyasi, anatomic jihatlar va ularni tasvirlash va terapevtik jihatdan yondashuvlarga bog'liqdir. Chunki , ayollarda aortani anatomic tuzilishi va fiziologik funksiyalar erkaklarga nisbatan xilma xildir. Bu xilma xillik yosh ulg'aygan sari yanada o'zgarib boradi. SHuning uchun ayollarda nafaqat Senil aorta stenozni balki, barcha yurak –qon tomir kasalliklari uzoqroq va og'irroq kechadi. Bundan tashqari, ularda klapanlar klassifikatsiyasi bilan bog'liq kasalliklar, miokard fibroz , yuqori transvavulyar gradiyentlar, qorincha qayta tuzilishidagi patologik nuqsonlar bilan bog'liq kasalliklar namoyon bo'ladi. Shuning uchun sog'liq tizimida SASni oldini olish va ertangi bosqichlarda aniqlash uchun ko'plab tibbiy – diagnostik vazifalar bajarilishi kerak va odamlarga shu kabi og'ir darajada kechadigan , dastlab yashirin ko'rinishda rivojlanib, uzoqroq vaqtda yuzaga keladigan kaslliklar haqida tibbiy bilimlar berish kerak.

Kalit so'zlar: SAS(senil aortal stenoz), senil aortal stenozni gender farqlari, ayollarda SASning kechishini o'ziga xos xususiyatlar, miokard gipertrofiyasi, to'satdan xushdan kechish, senil aortal stenozni patogenezining immun yallig'lanishga bog'liqligi, tibbiy diagnostika.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF GENDER DIFFERENCES IN SENILE AORTIC STENOSIS

Kasimov Z.O., Numonova G.D., Eshonkhujaev O.O., Parpiev S.B.
Andijan state medical institute

Abstract

Senile aortic stenosis is a disease associated with stenosis of the aorta of the heart, which is common among elderly people. And that is why senile aortic stenosis has become a modern family

health problem. Senile aortic stenosis occurs in 15 out of 100 people. SAS (senile aortic stenosis) was first recorded among the northern European population. It is more common in the elderly (people over 65, especially women). The specific characteristics of SAS in women depend on the diagnosis, pathophysiology, anatomic aspects of the disease, and their imaging and therapeutic approaches. Because the anatomical structure and physiological functions of the aorta in women are different compared to men. This diversity changes with age. Therefore, not only senile aortic stenosis, but also all cardiovascular diseases last longer and are more severe in women. In addition, they show diseases related to the classification of valves, myocardial fibrosis, high transvalvular gradients, and diseases related to pathological defects in the reconstruction of the ventricles. Therefore, many medical-diagnostic tasks should be performed in the health system to prevent and detect SAS in the early stages, and people should be given medical knowledge about such severe, initially latent, long-term diseases.

Keywords: SAS (senile aortic stenosis), gender differences in senile aortic stenosis, specific characteristics of the course of SAS in women, myocardial hypertrophy, sudden remission, dependence of the pathogenesis of senile aortic stenosis on immune inflammation, medical diagnosis.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ ПРИ СТАРЧЕСКОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

Касимов З.О., Ноъмонова Г.Д., Эшонходжаев О.О., Парпиев С.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

Старческий стеноз аорты – заболевание, связанное со стенозом аорты сердца, часто встречающееся среди людей пожилого возраста. И именно поэтому старческий стеноз аорты стал современной проблемой семейного здоровья. Старческий стеноз аорты встречается у 15 из 100 человек. САС (сенильный аортальный стеноз) впервые был зарегистрирован среди населения Северной Европы. Чаще встречается у пожилых людей (людей старше 65 лет, особенно женщин). Специфические характеристики САС у женщин зависят от диагноза, патофизиологии, анатомических аспектов заболевания, а также методов визуализации и терапии. Потому что анатомическое строение и физиологические функции аорты у женщин иные по сравнению с мужчинами. Это разнообразие меняется с возрастом. Поэтому не только старческий стеноз аорты, но и все сердечно-сосудистые заболевания у женщин протекают дольше и тяжелее. Кроме того, у них наблюдаются заболевания, связанные с классификацией клапанов, фиброз миокарда, высокие трансклапанные градиенты, а также заболевания, связанные с патологическими дефектами реконструкции желудочков. Поэтому в системе здравоохранения необходимо решать многие лечебно-диагностические задачи по профилактике и выявлению САС на ранних стадиях, а также предоставлять людям

медицинские знания о таких тяжелых, изначально латентных, длительно протекающих заболеваниях.

Ключевые слова: САС (сенильный аортальный стеноз), гендерные различия при старческом аортальном стенозе, особенности течения САС у женщин, гипертрофия миокарда, внезапная ремиссия, зависимость патогенеза старческого аортального стеноза от иммунного воспаления, медицинский диагноз.

Kardiologik amaliyotda uchraydigan yurak klapanlarining eng keng tarqalgan organik shikastlanishi kalsifikatsiyalangan aorta stenozi (SAS) bo'lib, bu yurak qopqog'i nuqsonlarining taxminan 25% ni tashkil qiladi. (shuni eslatish kerakki, dastlab bu ko'rsatkich oz bo'lgan) umumiy populyatsiyada ushbu nuqsonning tez-tez uchraydigan darajasi doimiy ravishda o'sib bormoqda: 65 yoshdan oshgan odamlarda - 3-4%, 80 va undan katta yoshdagi bemorlarda - 7-8% tashkil qilgan va senil aortal stenozni patogenetik rivojlanish mexanizmi, keksa yoshdagi (asosan 65-85 yoshlar oralig'i) odamlarda uchrashi va uning rivojlanishiga ta'sir qiluvchi tashqi va ichki faktorlarni hisobga olib, u degenerativ yoki qarilik aorta stenozi deb nomlandi. Ushbu guruhidagi bemorlarda CAS taxminan 29% hollarda surunkali yurak etishmovchiligi (CHF) rivojlanishiga sabab bo'ladi [1, 2]. Bundan 300 yil muqaddam A. Bonnet birinchi marta suyak zichligi yuqori bo'lgan aorta qopqog'i varaqlaridagi o'zgarishlar haqida ma'lumot bergan. 1863 yilda R. Virxov ohaklangan aorta qopqog'i varaqlarida mikro sinish joylari bo'lgan suyak to'qimasini topdi, klapanlardagi kalsifikatsiyalanish xuddi suyaklanish jarayoniga o'xshash bo'lishini va bu jarayonni ossifikatsiya deb nomladi. 1904 yilda J. G. Mönkeberg keksa bemorlarda aorta klapanlarining massiv toshlanishini tavsiflar ekan, qopqoq shikastlanishining sababi sifatida "eskirish" nazariyasini ilgari surdi va "qarilik degeneratsiyasi" atamasini kiritdi [3, 4]. Bu nazaryalar 20 asrda o'z isbotini to'liq topmagan va ko'pchilikda savollar tug'ilgan. CAS quyidagilar bilan tavsiflanadi: bemorlarning kechroq shifokorga murojat qilishi (qoida tariqasida, SYU belgilari paydo bo'lganda); nonspesifik simptomlar, instrumental mezonlarning noaniqligi va ular bilan bog'liq kasalliklar mavjudligi sababli tashxis qo'yishdagi qiyinchiliklar; samarali konservativ davo yo'qligi; belgilari bo'lgan bemorlarda yuqori o'lim darajasi (yiliga 15-30%); keksa yoshda ham jarrohlik davolashning sezilarli darajadagi ta'siri [5, 6]. Senil aortal stenozi patogenetik jihatdan o'rganilganda, uning asosiy patogeneza kalsiyning aorta devorlariga to'planishi va immun yallig'lanishning bo'lishi aniqlangan. Shuning senil aortal stenozni kalsifikatsiyalangan yoki degenerative aortal stenoz deb yuritilgan, ko'plar tibbiyot adabiyotlarida qayd etilgan.

DVD 2019 - yil ma'lumotlariga ko'ra, kalsifikatsiyalangan aortal stenoz (senil aortal stenozni) tarqalish hajmi 201,8% gacha 1990 –yilda 100.000 kishiga 7,9% dan 23,7 % ga ko'tarilgan. 2019 yilda 100000 kishiga nisbatan 20% erkaklar va 80%

ayollarda kasallik namoyon bo'lgan. Ushbu davrda yoshga qarab standartlashtirilgan o'lim kamaygan bo'lsada, aorta qopqog'ining kalsifikatsiyalashgan kasalligidan o'lganlar soni (asosan 70 yosh, undan yuqorilar) 17% ga oshgan [7, 8]. Bunga o'xshash ko'rsatkichlar yevropa mamlakatlarida ham qayd etilgan. Xususan, Brazilya davlatida ham kalsifikatsilangan aortal stenozdan vafot etganlarning ko'pchiligini yuqori yoshdagi ayollar tashkil etgan. Ammo ayollarda ko'pincha SAS ning kam simptomlari namoyon bo'lgan va ular odatda uzoq yashaganlari uchun kasallik haqida murojoatlar deyarli kam tushgan. Chunki, keksa ayollarda belgilar va alomatlar aynan shu yoshda kelib chiqadigan simptomlar va boshqa yurak qon –tomir kasalliklari (masalan: gipertoniya kasalligi, yurak ishemik kasalligi) bilan maskalangan [9, 10]. Ko'pincha simptomlar boshlanishidan oldin, qorincha ejeksion fraksiyasining pasayishi aniqlanadi, bu esa yomon prognozga olib keladi. SAS genderlik jihatidan ayollarda ko'proq uchraydi va bu yuqoridagi faktlar bilan o'z isbotlandi [11, 12].

Bundan tashqari ko'payib borayotgan dalillar, gender bo'yicha erkak va ayollar o'rtasidagi yurak qopqoqlarining kalsifikatsiyalangan fibrozi va aorta stenozining gemodinamik o'zgarishlar jarayoniga nisbatan muhim farqlarni aniqlashi mumkinligini ko'rsatdi. Bu farqlar turli qopqoq fenotiplari chap qorincha gipertrofiyasi va yurak- qon tomir kasalliklarining rivojlanishiga olib keladi. Yaqinda o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, erkaklarga nisbatan ayollarning yurak qopqoqlarida fibrozlanish jarayoning rivojlanishi, qaytalanishi yuqori darajada. Bundan tashqari ayollar yuqori transvalvulyar gradyanlar, kattaroq devor qalinligi, sistolik funksiyalardagi buzilishlar aniqlangan. Ayollarda ko'proq ejeksion fraksiya saqlanib qolgan yurak yetishmovchiligi rivojlanadi [13, 14]. Erkaklarda esa buning aks holati uchraydi. Erkaklarda kollagen 1 va 3 matrisa metalloproteinaza (CMMP) 2 va 9 ning aorta qopqog'I muolajalarining intra-operativ biopsiyalarida ayollarga qaraganda yuqori geneksprasiyasiga ega va kollagen 1 va 3 ning gipertrofiya darajasi va chap qorincha geometriyasining o'zgarishi bilan bog'liq. Ular ayollar yuraklarida kamroq aniq bo'lgan intersistitsial fibrozni tushintirishi mumkin. Chunki, esterogen kollagenlarning ko'payishini oldini oladi va shu bilan uning sintezini ingubatsiya qiladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdikki, jinsga nisbatan kalsifikatsiyalangan aortal stenozni tarqalishi bir xil lekin kasallikning prognostic kechishi xilma – xildir [15, 16].

Aorta stenozining klassik klinik belgilari odatda juda oz: yurakda og'riqning paydo bo'lishi, to'satdan hushidan ketish va nafas qisilishidir . Stenokardik og'riqning paydo bo'lishi miokardning kislorodga bo'lgan ehtiyojining kislorodni yetkazib berish qobiliyatiga nisbatan ko'pligi bilan bog'liq. Kislorodga bo'lgan ehtiyojning ortishi, o'z navbatida, chap qorincha (CHQ) miokardning giperfunksiyasi va keyinchalik gipertrofiyasi, sistolik devor tarangligining kuchayishi va sistolaning uzayishiga olib

keladi. Kislorod yetkazib berish va koronar zahiraning kamayishi- kattalashgan miokard massasi birligiga kapillyarlarning past zichligi, subendokardial joylashgan koronar tomirlarning siqilishi va diastolaning qisqarishi bilan bog'liq. Yurakni tasvirlashning yangi usullarini joriy etish tufayli yana bir mexanizm aniqlandi. CAS paytida stenokardiya og'rig'ining paydo bo'lishi - qorincha sistolasida koronar arteriyalardan aortaga "teskari" qon oqimi tufaylidir [17, 18]. Aorta stenozining ikkinchi eng keng tarqalgan klinik alomati - hushidan ketish bo'lib, unga birinchidan-jismoniy faollik paytida, insult hajmi va qon oqimiga bo'lgan talabning ortishi o'rtasidagi nomuvofiqlikning paydo bo'lishi (kichik sindromi); ikkinchidan-mashg'ulotdan so'ng CHQda sistolik bosimning oshishiga javoban mieliniz miokard tolalarining faollashishi (Bezold-Jarisch refleksi), natijada bradikardiya va gipotenziya bilan CHQ barotseptorlarining haddan tashqari qo'zg'alishi; uchinchidan-dam olishda ritm va o'tkazuvchanlikning buzilishi kabi o'zgarishlar sabab bo'lishi mumkin [19, 20]. Yuqoridagilarga qo'shimcha ravishda, hushidan ketish markaziy asab tizimidagi yoshga bog'liq o'zgarishlar tufayli ham yuzaga kelishi mumkin, bu bosh aylanishi va yoki sababsiz zaiflik xurujlari bilan namoyon bo'ladi [21, 22]. Nafas qisilishi ko'pincha CASning birinchi va yagona klinik alomatidir. Bunday hollarda chap qorincha yetishmovchiligining sababi- diastolik disfunksiyaning buzilishi, CHQ miokardning qattiqqligining kuchayishi bilan bog'liq bo'lib, CHQ geterogen gipertrofiyasi, shuningdek, kollagenning to'planishi va uning o'zaro ta'siridagi o'zgarishlar sabab bo'ladi. CASda aorta qopqog'i proyeksiyasida sistolik shovqinning auskultativ belgilari (asosiy ob'ektiv belgisi) quyidagilar: musiqiy tembr (chayqa qichqirig'i) - 54%; uni yurak cho'qqisiga olib borish (Galaverden simptomi) - 53%; shovqinning "uzilishi" hodisasi - 68% [23]. Sistolik shovqinning bunday xususiyatlari, birinchi navbatda, aorta qopqog'ining tolali halqasining ustun zararlanishi, ayniqsa kasallikning boshlanishi va aorta qopqog'i varaqlarining qolgan harakatchanligi bilan bog'liq [24]. CAS (mahalliy tadqiqotlar va xorijiy tadqiqotlar) davomida aorta klapanlari qalinligida suyak to'qimalaridan olingan patomorfologik na'munalar ushbu guruhdagi bemorlarda kaltsiy va suyak metabolizmini batafsil o'rganishni talab qildi. Birinchi marta CAS bilan og'rikan bemorlarda suyak mineral zichligining buzilishi 70% hollarda, bu populyatsiyada D vitamini yetishmasligining yuqori darajasi, shuningdek, 35% hollarda paratiroid gormoni miqdorining oshishi aniqlangan [25].

CASni davolashning yagona usuli jarrohlikdir, ammo keksa bemorlarning ko'p kasallanishini hisobga olgan holda, kasallik haqidagi bilimlarimizni kengaytirish kerak, bu bizga patogenez bosqichlarini tartibga solishga, farmakologik tuzatishning samarali usullarini taklif qilishga va, ehtimol, CASni oldini olishga imkon beradi. natijada bemorlarning sifati va umr ko'rish davomiyligi oshadi [26, 27].

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Qarish va salomatlik bo'yicha jahon hisoboti. JSST 2015. Mavjud: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf?sequence=10.
2. Medkov V.M. Demografiya. O'quv qo'llanma. M.: INFRA-M, 2003. [Medkov V.M. Demografiya. O'quv qo'llanma. Moskva: INFRA-M, 2003.(Rus tilida)].
3. Thaden J.J., Nkomo V.T., EnriquezSarano M. The global burden of aortic stenosis. Prog Cardiovasc Dis 2014;56(6):565–71. DOI: 10.1016/j.pcad.2014.02.006.
4. Benjamin E.J., Blaha M.J., Chiuve S.E. et al. Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2017;135(10):146–603. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000485.
5. Iung B., Baron G., Butchart E.G. et al. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro heart survey on valvular heart disease. Eur Heart J 2003;24(13):1231–43. DOI: 10.1016/s0195-668x(03)00201-x.
6. Karpova N.Yu., Shostak N.A., Rashid M.A. va boshqalar kalsifikatsiyalangan aorta stenozi. Monografiya. M.: Media sohasi, 2011 yil. [Karpova N.Yu., Shostak N.A., Rashid M.A. et al. Calcined aortic stenosis. Monograph. Moscow: Media Sphera, 2011. (In Russ.)].
7. Egorov I.V. Senil aorta stenozi: bir asrlik tadqiqot. Zamonaviy revmatologiya 2007; 1 (1): 20-5. [Egorov I.V. Senile aortic stenosis: century of studies. Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal 2007;1(1):20–5. (In Russ.)].
8. Lindman B.R., Bonow R.O., Otto C.M. Current management of calcific aortic stenosis. Circ Res 2013;113(2):223–37. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.111.300084.