

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Тиббий таълимни ривожлантириш Республика маркази
«Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш
(Саломатлик-3)» лойиҳаси**

**ЮРАК ҚОН-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ
БЎЙИЧА КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР
ТЎПЛАМИ**

**Туман ва шаҳар тиббиёт бирлашмалари
врачлари учун**

Тошкент – 2016 йил

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Тиббий таълимни ривожлантириш Республика маркази
“Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш
(Саломатлик-3)” лойиҳаси

**ЮРАК ҚОН-ТОМИР
КАСАЛЛИКЛАРИ
БЎЙИЧА КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР ТЎПЛАМИ**

**Туман ва шаҳар тиббиёт бирлашмалари
врачлари учун**

**Клиник протоколлар ҚВШ/ОП умумий амалиёт врачлари, кўп тармоқли туман/шаҳар
марказий поликлиника кардиологлари, марказий туман/шаҳар шифохоналари терапевтлари
учун мўлжалланган**

Тузувчилар:

1. Мамутов Р.Ш. – Соғлиқни сақлаш Вазирлиги бош кардиологи, РИКМ профилактика бўлими бошлиғи
2. Мавлянова Д.А. – ТошПТИ Амбулатор тиббиёти кафедраси қошидаги УАШ қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш курси ассистенти
3. Мамараджапова Д.А. – РИКМ профилактика бўлими катта илмий ходими

Такризчилар:

4. Курбанов Р.Д. – профессор, т.ф.д., РИКМ директори
5. Тулябаева Г.М. – т.ф.д., ТошВМОИ кардиология ва геронтология кафедраси мудири
6. Шомансурова Э.А. – профессор, т.ф.д., ТошПТИ амбулатор тиббиёт ва реабилитология кафедраси мудири



**Ушбу протокол Соғлиқни сақлаш вазирининг
2016 йил 1 февраль 57-сонли буйруғи билан тасдиқланган**

**Клиник протоколлар Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ва
Халқаро ривожланиш ассоциацияси иштирокидаги «Саломатлик-3» лойиҳаси доирасида
тайёрланди ва нашр этилди.**

Мундарижа

ЮИК. СТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ/ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИ.....	5
ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш	5
КТМП даражасида ташхислаш ва даволаш.....	7
ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш	9
ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМ.....	12
ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИ. НОСТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ.....	12
ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш	12
КТМП даражасида ташхислаш ва даволаш.....	13
ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш	14
ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ: СЮЕ И ЎЮЕ.....	19
Сурункали юрак етишмовчилиги	19
ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш	19
КТМП даражасида ташхислаш ва даволаш.....	21
ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш	22
ЎТКИР ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ	25
ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш	25
ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш	26
ЮРАК РИТМИ ВА ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИНГ БУЗИЛИШИ	29
Тахикардия.....	29
ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш	29
КТМП даражасида ташхислаш ва даволаш.....	32
ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш	33
Брадикардия.....	34
ҚВП/ОП даражасида ташхислаш	35
КТМП даражасида диагностика ва даволаш.....	36
ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш	37
БЎЛМАЧАЛАР ТИТРАШИ ВА ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ	41
ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш	41
КТМП даражасида ташхислаш ва даволаш.....	42
ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш	42
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ	46
ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш	46
КТМП даражасида ташхислаш ва даволаш.....	50
ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш	52
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР	56

Шартли қисқартмалар

- ААФ – Ангиотензинни айлантирувчи фермент
АБ – Артериал босим
АГ – Артериал гипертония
АКШ – Аорто – коронар шунтлаш
АЛТ – Аланинаминотрансфераза
АРА II - Ангиотензин II рецепторлари антагонистлари
АСТ – Аспартатаминотрансфераза
БАБ – Бета - адреноблокаторлар
БФ – Бўлмачалар фибрилляцияси
ВКД – Виложт кардиология диспансери
ГЎТ – Гормон-ўриндош терапия
ДАБ – Диастолик артериал босим
ДВ – Дори воситалари
ЖССТ – Жаҳон соғликни сақлаш ташкилоти
ЗС – Зўриқиш стенокардияси
МИ – Миокард инфаркти
НС – Ностабил стенокардия
ОП – Оилавий поликлиника
ПЭН – Бирламчи тиббий санитария ёрдами учун ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган юкумсиз касалликлар бўйича асосий тадбирлар пакети
ПСВТ – Пароксизмал суправентрикуляр тахикардия
САБ – Систолик артериал босим
СЮЕ – Сурункали юрак етишмовчилиги
ТВИ – Тана вазни индекси
ТТГ – Тиреотроп гормон
КТМП – Кўп тармокли туман марказий поликлиникаси
ТМШ – Туман марказий шифохонаси
УАШ – Умумий амалиёт врачлари - УАВ
УҚТ – Умумий қон таҳлили
УСТ – Умумий сийдик таҳлили
УХ – Умумий холестерин
ФС – Функционал синф
ХГТ – Халқаро гипертониклар ташкилоти
ХКТ – Халқаро касалликлар таснифи
ХО – Хавф омиллари
ЧҚГ – Чап қоринча гипертрофияси
ЧҚЕ – Чап қоринча етишмовчилиги
ЭКГ – Электрокардиография
ЭХОКГ – Эхокардиография
ЮИК – Юрак ишемик касаллиги
ЮУТ – Юрак уриши тезлиги
ЮҚТК – Юрак қон-томир касалликлари
ЮҚТХ – Юрак қон-томир касалликлари хавфи
ЎКС – Ўткир коронар синдроми
ЎМИ – Ўткир миокард инфаркти
ЎСОК - Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги
ЎЮЕ – Ўткир юрак етишмовчилиги
ЎҚЕ - Ўнг қоринча етишмовчилиги
ҚАЕ – Қон айланиши етишмовчилиги
ҚВП – Қишлоқ врачлик пункти
ҚД – Қандли диабет
* – ҚВП/ОП даражасида қаранг; ** – КТМП даражасида қаранг

ЮИК. СТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ/ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИ

ХКТ бўйича шифр – 10:

ЮИК : 120 – 125

Стабил стенокардия: 120.1

Таърифи

ЮИК. Стабил стенокардия/Зўриқиш стенокардияси (ЗС) – бу клиник синдром, кўкрак кафасида ноқулайлик ҳисси, аксарият ҳолларда оғрик тўш суяги ортида сиқувчи ёки босувчи оғрик сифатида намоён бўлади ва чап қўлга ёки ҳар иккала қўлга, бўйинга, пастки жағга узатилиши мумкин.

ЗС миокардда ўтиб кетувчи ишемия билан изоҳланиб, юрак мушагининг кислородга бўлган эҳтиёжи ва унинг коронар артериялар орқали етказиб берилиши ўртасидаги номутаносиблик натижасида юзага келади.

Эпидемиологияси

ЮИК касалланиш ва умумий ўлимнинг асосий сабаби ҳисобланади. Касалликнинг тарқалиши ёшга боғлиқ ҳолда ортиб боради. Кўпинча ЮИК ўрта ва кекса ёшдаги эркакларда ва аёлларда постменопауза даврида вужудга келади. Стабил стенокардия ЮИКнинг бошланғич намоён бўлиш шакли ҳисобланиб, тахминан ярмидан кўпроқ қисмини ташкил қилади. ЎМИ билан оғриган беморларнинг тахминан 50%нинг анамнезида стенокардия мавжуд бўлади. Ўзбекистонда ЮИКнинг тарқалиши катта ёшдаги аҳоли ўртасида 11%ни ташкил этади.

Хавфли омиллар:

- Жинси.
- Кекса ёш.
- Гиперхолестеринемия.
- АГ (артериал гипертония).
- Тамаки ва алкогольни кўп истеъмол қилиш.
- Қандли диабет.
- Суст жисмоний фаоллик, тана вазнининг ортиши ва семизлик.

ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

Кўкрак соҳасидаги оғриқ: сиқувчи, босувчи, кўкракда ноқулайлик ҳисси, чап қўлга ёки ҳар иккала қўлга, бўйинга, пастки жағга, кураклар оралиғига узатилиши мумкин. Оғрик, жисмоний зўриқишда, тез юрганда, тепаликка чиққанда ёки зинадан тез кўтарилганда, ҳаддан ташқари кўп миқдорда овқат қабул қилганда, совуқ ҳаво, эмоционал стресс пайтида ёки уйқудан уйғонгандан кейинги дастлабки соатда вужудга келади. Ноқулайликнинг давомийлиги 10-15 дақиқадан ортик эмас. Симптомлар тинч ҳолатда, бир неча дақиқа дам олгандан кейин, шунингдек, юзага келтирувчи омиллар бартараф этилганда ёки нитратлар (нитроглицерин)ни сублингувал (тил остига) қабул қилгандан кейин йўқолади.

Ҳамроҳ симптомлар: ҳолсизлик, нафас қисиши, кўнгил айниши.

Хавфли омилларни аниқлаш.

Бошдан кечирган ёки ҳамроҳ касалликлар: ЮИК, АГ, ҚД.

Наслдан-наслга ўтиш. Оилавий анамнез: 60 ёшгача бўлган яқин қариндошлар орасида ЮҚТКнинг борлиги. *ЖССТ/ХГТ жадвали бўйича йилда бир марта юрак қон-томир касалликлари хавфини баҳолаш.*

2. Клиник кўрик

- Ташқи кўрикни ўтказинг – цианоз, ранги ўчганлик.
- ТВИни ўлчанг > 25 ва/ ёки бел айланаси эркакларда > 102 см, аёлларда > 88 см.

- АБ, пульси ўлчанг (сони, маромийлиги).
- Кўкрак қафаси (юрак)ни кўриқдан ўтказинг – бўртиши, юрак уриш чўжкисининг силжиши.
- Юрак аускультациясини ўтказинг – систолик шовкин, аритмия.
- Ўпка аускультациясини ўтказинг – базал крепитация.
- СЮЕ белгиларини аниқланг – шиш, нафас қисиши, кўриниб турувчи бўйин пульсацияси; шовқинлар, чекувчилар бармоқлари каби саргайган бармоқлар.
- Канада кардиологлари жамиятининг стенокардия оғирлик даражаси таснифи бўйича стенокардия оғирлик даражасини баҳоланг.

Канада кардиологлари жамиятининг стенокардия оғирлик даражаси таснифи

Синф	Симптомларнинг намоён бўлиши
I Синф	Одатдаги жисмоний фаоллик стенокардияни чақирмайди. Стенокардия фақат кучли, тез, ёки узок, ёки психоэмоционал зўриқишлардан кейин юзага келади.
II Синф	Одатдаги жисмоний фаолликнинг “Енгил даражада” чегараланиши. Стенокардия тепаликка тез чиқишда ёки зинадан тез кўтарилганда, хаддан ташқари кўп миқдорда овқат қабул қилганда, совук ҳаво, уйқудан уйғонгандан кейинги дастлабки соатда вужудга келади.
III Синф	Одатдаги жисмоний фаолликнинг “Сезиларли даражада” чегараланиши. Стенокардия 100-200 метр масофага юрганда, одатдаги шароитда ва одатдаги тезликда 1 каватга кўтарилганда юзага келади.
IV Синф	Ҳар қандай жисмоний зўриқиш кўкрак соҳасидаги ноқулайлик ҳиссини ёки тинч ҳолатдаги стенокардияни келтириб чиқаради.

3. Лаборатор ва инструментал текширув

Кўкрак қафасида оғриқ бўлганда тезлик билан ЭКГга тушириш (ST сегменти ва T тишчаларининг ишемик ўзгаришлари, ритм ва ўтказувчанликнинг бузилиши, илгари ўтказилган ўМИнинг белгилари, чап қоринча гипертрофияси), умумий қон таҳлили (УКТ)ни ўтказиш зарур. Сўнгра режали тартибда: умумий сийдик таҳлили (УСТ), умумий холестерин (УХ), қондаги глюкоза миқдори аниқланади.

4. ҚВП/ОПда даволаш

Номедикаментоз даволаш

Ҳаёт тарзини ўзгартириш:

- Чекишни тўхтатиш.
- Алкоголни меъёردа истеъмол қилиш.
- Соғлом овқатланиш: ҳайвон ёғларини камайтириш, мева ва сабзавотлар, балиқни кўпроқ истеъмол қилиш.
- Мос келадиган мунтазам жисмоний фаолликни рағбатлантириш.

Касалликни кўзгатувчи омиллардан қочиш:

- Совук об-ҳаво.
- Стресс.

ЮҚТК хавфли омилларининг назорати:

- Артериал босим.
- Гиперлипидемия.
- Қандли диабет.
- Семириш.
- ГўТ (гормон ўриндош терапия) назорати.

Медикаментоз даволаш

ҚВП/ОП даражасида фақат зўриқиш стенокардияси хуружини тўхтатиш, сўнгра мутахассисга йўллаш назарда тутилади:

- Стенокардия хуружини зудлик билан тўхтатиш ёки бирор амалиётни бажаришдан олдин тил остига нитроглицерин таблеткасини ёки спреини қўллаш тавсия этилади.
- 5 дақиқа давомида самара бермаса, қайтадан нитроглицерин қабул қилиш мақсадга мувофиқдир. Агар нитроглицеринни такрорий дозасида ҳам оғриқ йўқолмаса, зудлик билан тез ёрдам чақириш ва беморни госпитализация қилиш зарур.
- Стенокардия хуружи бартараф этилгандан кейин стенокардия ташҳисини тасдиқлаш ва стенокардия даражаси қандай бўлишидан қатъи назар медикаментоз даволашни танлаш учун беморни КТМПга кардиолог маслаҳатига жўнатиш.

5. КТМП кардиологига йўллаш мезонлари

- ЮИК ташҳисини аниқлаш: дастлабки аниқланган, Стабил стенокардия/Зўриқиш стенокардияси.
- Кейинги даволаш терапиясини танлаш.
- Кўкрак қафасида қайта оғриқлар ёки стенокардия даражасининг ўзгариши.
- Ташҳисга шубҳаланиш.
- ФС I-II зўриқиш стенокардияси.
- Комбинацияланган терапиянинг максимал терапевтик дозасидан самаранинг йўқлиги.
- Юракдаги шовқинлар.
- Ҳамроҳ касалликларнинг кучайиши – юрак етишмовчилиги.
- Рефрактер гиперлипидемия (умумий холестерин > 8 ммол/л).

КТМП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

2. Клиник қўриқ

Канада кадиологлари жамиятининг стенокардия оғирлик даражаси таснифига қаранг.

3. Лаборатор-инструментал текширув (ҚВПда ўтказилган таҳлилларга қўшимча)

Липид спектри, АЛТ ва АСТ, жисмоний юклагани ЭКГ (велозергометрия), ЭХОКГ.

4. КТМПда даволаш

Номедикаментоз даволаш

Ҳаёт тарзини ўзгартириш:

- Чекишни тўхтатиш.
- Алкоголни меъёрда истеъмол қилиш.
- Соғлом овқатланиш: хайвон ёғларини камайтириш, мева ва сабзавотлар, балиқни кўпроқ истеъмол қилиш.
- Мос келадиган мунтазам жисмоний фаолликни кучайтириш.

Кучайтирувчи омиллардан қочиш:

- Совуқ об-ҳаво.
- Стресс.

Медикаментоз даволаш

- Стенокардия хуружини зудлик билан тўхтатиш учун ёки бирон-бир амалиётни бажаришдан олдин бир дона нитроглицерин таблеткасини тил остига ёки спреини қўллаш тавсия этилади. 5 дақиқа давомида самара бўлмаган тақдирда нитроглицерин қабулини такрорлаш мақсадга мувофиқдир.
- Бета-блокаторлар – стабил стенокардия симптомларини яхшилаш учун, шунингдек ҳамроҳ касалликларни, беморга маъқуллигини ва қарши кўрсатмаларни эътиборга олган ҳолда биринчи йўналиш препаратларидир.

- Бета-блокаторлар самара бермаса кальций антагонистлари ва/ёки узоқроқ таъсир этувчи нитратлар тавсия этилади.
- Комбинацияланган терапия. Агар бета-блокаторлар монотерапияси стенокардияни назорат қилиш имконини бермаса, унга кальций антагонистларини қўшиш мақсадга мувофиқдир.
- ЗСли барча беморларга статин ва аспирин, қарши кўрсатмалари ва ножўя таъсирини эътиборга олган ҳолда узоқ муддатга тавсия этилади.
- ЗСли барча беморларга ААФ ингибиторлари, уларнинг қарши кўрсатмалари ва ножўя таъсирини эътиборга олган ҳолда тавсия этилади.

ФСга боғлиқ равишда турғун зўриқиш стенокардиясини даволаш

Функционал синф (Канада таснифи)	Бажариш тартиби
I. Одатий жисмоний фаоллик стенокардияни чақирмайди. Стенокардия фақат кучли, ёки тез, ёки узоқ давом этган, ёки психоэмоционал зўриқишда юзага келади.	Хуруж пайтида 0,5 мг нитроглицеринни тил остига ёки изокет-спрейини 1-2 марта пуркалади. Интенсив юкламадан олдин қисқа таъсир этувчи нитратларни профилактик қўллаш ҳам мумкин. ЮИК хавфли омилларини фаол аниқлаш ва уларни йўқотиш: чекиш (воз кечиш), АБнинг ошиши (пасайтириш), дислиппротеинемия (пархез, статинлар ва бошқалар), қандли диабет (пархез, статинлар, қанд миқдорини камайтириш) ва ҳ.к. Юрак қон-томир асоратларининг юқори хавфи бўлган шахсларда (оилавий анамнезда ЮИК, ҳаётга хавф солувчи аритмиялар, тромбо-эмболик асоратлар хавфи ва б.) профилактик терапия аспирин, бета-блокаторлар, статинлардан фойдаланган ҳолда олиб борилиши мумкин.
II. Одатдаги жисмоний фаолликнинг “енгил” чекланиши. Стенокардия тепаликка чиқиш тезлигини оширганда ёки зинадан тез кўтарилганда, тўйиб овқатлангандан кейин пиёда юрганда, совуқ ҳавода, уйқудан уйғонгандан кейинги дастлабки соатда вужудга келади.	Антиангинал дори воситалар монотерапиясини: бета блокаторлар, нитратлар, кальций антагонистлари дастлабки гемодинамика, ҳамроҳ касалликлар ва бошқалар билан боғлиқ ҳолда олиб бориш мумкин. ЮИК хавфли омилларини эрта аниқлаш ва бартараф қилиш. Юрак қон-томир асоратларининг юқори хавфи (оилавий анамнезда ЮИК, ҳаётга хавф солувчи аритмиялар, тромбо-эмболик асоратлар хавфи ва б.) бўлган шахсларда профилактик терапия, аспирин, бета-блокаторлар, статинлардан фойдаланиб ўтказилиши мумкин.
III. Одатдаги жисмоний фаолликнинг “Сезиларли” чегараланиши. Стенокардия 100-200 метр масофага юрганда, одатдаги тезликда ва одатдаги шароитда 1 қаватга кўтарилганда юзага келади.	Антиангинал дори-воситалар билан комбинацияли даволаш. Энг яхши натижа беради: бета-адреноблокаторлар + нитратлар; бета-адреноблокаторлар + кальций антагонистлари. Кўрсатма бўйича – антиагрегантлар, статинлар, цитопротекторлар (предуктал) ва б. Операция йўли билан даволаш имкониятларини аниқлаш учун коронароангиографияга йўллаш.
IV. Ҳар қандай жисмоний зўриқиш кўкрак соҳасидаги ноқулайлик ҳиссини ёки тинч ҳолатдаги стенокардияни келтириб чиқаради.	Барча гуруҳдаги антиангинал дори воситалар, антиагрегантлар, статинлар, цитопротекторлар ва бошқаларни қўллаш билан даволаш. Коронароангиография, операция йўли билан даволаш.

5. ТМШга йўллаш мезонлари

- Тинч ҳолатда 20 дақиқадан ортиқ давом этадиган давомий ангиноз оғрик (ЎКС: ностабил стенокардия ёки ўткир миокард инфарктини даволаш бўйича клиник протоколга қаранг).
- Зўриқиш стенокардияси ФС III-IV.
- Ўткир коронар синдром: миокард инфаркти (зудлик билан стационарга йўллаш);
- Ўткир коронар синдром: Ностабил стенокардия (зудлик билан стационарга йўллаш), агар: стенокардиянинг сони ва оғирлиги ошса, тинч ҳолатдаги стенокардия, инфарктдан кейинги стенокардия бўлса.
- АБ > 200 / > 120 мм.сим.уст.

ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш (ҚВП/ОП даражасида қаранг)

2. Клиник кўрик

Канада кардиологлар жамиятининг стенокардия оғирлик даражаси таснифига қаранг.

3. Лаборатор-инструментал текширув (ҚВП/ОП, КТМПда ўтказилган таҳлилларга кўшимча)

Динамикада ЭКГ, креатинин, қондаги мочевино.

4. ТМШда даволаш

Номедикаментоз даволаш

Ҳаёт тарзини ўзгартириш:

- Чекишни тўхтатиш.
- Алкоголни меъёра истеъмол қилиш.
- Соғлом овқатланиш: ҳайвон ёғларини камайтириш, мева ва сабзавотлар, балиқни кўпроқ истеъмол қилиш.
- Мос келадиган мунтазам жисмоний фаолликни рағбатлантириш.

Кучайтирувчи омиллардан қочиш:

- Совуқ об-ҳаво.
- Стресс.

Медикаментоз даволаш

- ФС ва оғирлик даражасига боғлиқ равишда (КТМП даражасидагига қаранг).
- КТМП кардиологи билан ҳамкорликда олиб борилади.

5. Вилоят кардиология диспансерига йўллаш мезонлари

- Реваскуляризация учун кўрсатмаларни аниқлаш.
- Анамнезда: ЮИК, юрак етишмовчилиги, инсульт, ҚД, инсулин билан даволаш.
- Меҳнатга лаёқатлилиқни ва ногиронлиқни баҳолаш.
- Ҳар қандай операция йўли билан даволашга муҳтож стенокардия билан оғриган беморларда юрак қон-томир касалликлари хавфини баҳолаш.

6. Диспансер кузатув ва реабилитация

ҚВП ва ОП умумий амалиёт врачлари томонидан КТМП мутахассислари билан ҳамкорликда ўтказилади ва куйидагиларни ўз ичига олади: руҳий қўллаб-қувватлаш, ЮИК ҳақида маълумот бериш / ўргатиш, жисмоний зўриқиш бўйича мос келувчи дастурлар тузиш, хавфли омилларга таъсир этиш.

- Касби, машғулоти тури: оғир меҳнат қилмаслик. Маълум касбдаги шахслар учун мос келадиган тавсиялар бериш– учувчилар, ҳайдовчилар, машинистлар ва ҳ.к.
- Чекишни тўхтатиш.
- АБ назорат қилиш ва даволаш.

- *Парҳезга риоя қилиш:* холестеринни камайтириш, овқат таркибида мева ва сабзавотларни кўпайтириш, туз истеъмолини камайтириш, семизликда – вазни камайтириш (мақсад: ТВИ = 25 кг/м² < алкоголь истеъмолини чеклаш).
- ҚДни эрта аниқлаш ва даволаш.
- Жисмоний фаоллик: беморнинг кўтара олишига мос равишда аэробика билан шугулланиш.
- *Автомобил бошқаруви:* хуруж пайтида ҳайдашни тўхтатиш. 6 ҳафтадан ортиқ давом этувчи стенокардия симптомларида автомобил бошқарувини таъқиқлаш.
- *Дори воситалари билан даволаш мониторинги:* дори воситаларнинг ножўя таъсири ва асоратларини ўз вақтида аниқлаш ва назорат қилиш.

ҚВП, ОП, КТМП, ТМШда диспансер кузатув режаси

Ташхислаш ва даволаш чора-тадбирлари	ҚВП, ОП	КТМП	ТМШ
1	2	3	4
<i>Мутахассислар маслаҳати. Ташхислаш муолажалари</i>			
Кардиолог маслаҳати	-	+	+
Невропатолог маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
Эндокринолог маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
Нефролог врач маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
Қон босимини кайд этиш	+	+	+
<i>Лаборатор текширувлар</i>			
УҚТ	+	-	К/Ў
УСТ	+	-	К/Ў
Қон зардобадаги мочевиани аниқлаш	-	+	К/Ў
Қон зардобадаги глюкозани аниқлаш	+	+	-
Қон зардобадаги холестеринни аниқлаш	-	+	-
Липид спектри	-	+	-
АЛТ, АСТни аниқлаш	+	+	-
Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси	-	К/Ў	К/Ў
ЭКГ	+	+	+
Жисмоний зўриқишли ЭКГ (велоэргометрия)	-	+	-
ЭХОКГ (доплерэхокардиография)	-	+	К/Ў
Буйрак УТГ	-	К/Ў	К/Ў
<i>Медикаментоз ва номедикаментоз даволаш</i>			
Стенокардия хуружи	+	+	+
ФС I - II	-	+	-
ФС III - IV	-	+	+
Номедикаментоз даволаш	+	+	+

К/Ў – кўрсатма бўйича ўтказилади

+ - албатта ўтказилади

ЮИК билан оғриган беморларни ташхислаш ва олиб бориш алгоритми.

Турғун зўриқиш стенокардияси

А. Анамнез/шикоятларни йиғиш:

Кўкрак кафасидаги оғрик: сиқувчи, босувчи, чап кўл ёки ҳар иккала кўлга, бўйин, пастки жағга, кураклар оралигига таркалгандек туюлиши. Жисмоний зўриқишда юзага келади. Давомийлиги - 10 – 15 дақиқа. Тинч ҳолатда, дам олгандан ва бошқа омиллардан сўнг ёки нитратлар қабулидан кейин йўқолади. Ҳамроҳ симптомлар: кучсизлик, нафас сиқиши, кўнгил айнаши. ХОни аниқлаш. Ҳамроҳ касалликлар. ЮҚТХни баҳолаш.

В. Физикал кўрик

- Нафас сиқиши, цианоз, ранги ўчганлик ; АБ, Ps
- *Кўкрак қафаси назорати*: бўртиб чиқиши, юрак учи турткисининг силжиши
- *Юрак аускултацияси*: систолик шовқин, аритмия
- *Ўлка аускултацияси*: базал крепитация
- *СЮЕ белгилари* –шишлар, нафас сиқиши, кўриниб турган бўйин пулсацияси, шовқинлар, бармоқларнинг чекувчилар бармоқларига ўхшаш сарғайиши
- Стенокардия оғирлигини тасниф бўйича баҳолаш

С. Лаборатор ва инструментал текширув

ҚВП/ОПда: ЭКГ, УҚТ, УСТ, қондаги глюкоза.

КТМПда: жисмоний зўриқишли ЭКГ, липид спектри, ЭХОКГ

ТМШда: ЭКГ динамика, кўкрак кафаси рентгени, ЭХОКГ

Д. Юритиш усули

ҚВП/ОП, КТМП, ТМШда номедикаментоз даволаш

- Хаёт тарзини ўзгартириш: чекишни тўхтатиш, пархез
- Мувофиқ келадиган мунтазам жисмоний фаоллик
- Ҳамроҳ касалликлар симптомлари ва ХО назорати

ҚВП/ОПда: хуружни тўхтатиш учун нитратлар

Медикаментоз даволаш

КТМП/ТМШда кардилог билан ҳамкорликда: β-блокаторлар – 1-йўналиш, КА, нитратлар, АПФ, статинлар, аспириин

Йўллаш мезонлари

КТМПга: ЮИК диагнозини аниқлаш: бирламчи аниқланган стенокардия. ФСни ўзгаришида Самаранинг йўклигида Юракдаги шовқинларида Рефрактер гиперлипидемия (умумий холестерин > 8 ммоль/л) да дори воситаларини тайлаш

ТМШга
Узоқ давом этувчи ангиноз оғрик
ЎКСга шубҳаланиш бўлганда (ЎМИ ёки НС)
ЮЕ: ФС III-IV
АБ > 200 / > 120 мм сим. уст.

ВКДга
Реваскуляризация учун кўрсатмаларни аниқлаш учун Анамнезда: ЮИК, юрак етишмовчилиги, инсулт, ҚД, инсулин билан даволаш Мехнатга лаёқатлилиги ва ногиронлиқни баҳолаш Ҳар қандай операция қилишдан олдин стенокардия билан оғриган беморнинг ЮҚТХни баҳолаш учун

ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМ ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИ. НОСТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ

ХКТ бўйича шифри – 10:

ЮИК: 120-125.

Ўткир коронар синдром: 120.2

Ностабил стенокардия: 120.3

Ўткир миокард инфаркти: 120.4

Таъриф

Ўткир коронар синдром – ҳар қандай клиник белгилар ёки симптомлар йиғиндиси бўлиб, ностабил стенокардияга ёки ўткир миокард инфарктига шубҳа қилиш имконини берувчи, ST сегментининг кўтарилиши ёки кўтарилмаганлиги билан намоён бўлувчи белгидир. ЎКС- стационарга ётқизишнинг асосий сабаби бўлиб, аксарият ҳолларда ўлим сабабчисидир.

Эпидемиологияси

Аёлларга нисбатан эркакларда кенг тарқалган - 0,5%гача, касалланганлар орасида ўлим 1-чи йил давомида 35-40% ташкил этади.

Хавфли омиллар

- Кўп чекиш.
- Алкоголни кўп истеъмол қилиш.
- Гиперхолестеринемия.
- Қандли диабет.
- Артериал гипертония.
- *Жинси:* эркак.
- *Ёши:* ёш ўтиши билан ортади.

ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

• Кўкрак қафасидаги оғриқ – ўткир, кучли, давомийлиги – 20 дақиқадан ортиқ, жағга ва/ёки чап қўлга тарқалади, тинч ҳолатда юзага келади, нитроглицерин қабулидан кейин ҳам оғриқ тинчланмайди. Ҳамроҳ симптомлар: ҳолсизлик, кўнгил айнаши, қайт қилиш.

- ЮИК.
- *Жинси:* эркак.
- *Ёши:* ёши ўтиши билан ортади.
- *Юрак қон-томир хавфли омилларининг мавжудлиги:* кўп чекиш, алкоголь, гиперхолестеринемия, қандли диабет, артериал гипертония.

2. Клиник кўрик

- *Ташқи кўрикни ўтказинг* – безовталиқ, ранги ўчганлик, терининг совуклиги, ёпишқоқ тер.
- *АБни ўлчанг* – гипотония, Ps – аритмик, кўпроқ тахикардия.
- *Юрак аускультациясини ўтказинг* – систолик босим, III ва/ёки IV тонлар, аритмия.

- *Ўпка аускультациясини ўтказинг* – базал нам хириллашларнинг пайдо бўлиши чап коринча етишмовчилиги белгисидир.
- *Енгил аниқланадиган клиник белгилар асосида юрак етишмовчилиги (ЮЕ) оғирлигини тоифалашни ўтказинг:* I синф – ЮЕ белгилари мавжуд эмас; II синф – кўкрак қафасининг пастки соҳасида нам хириллашлар эшитилади; III синф – нам хириллашлар кўкрак қафасининг барча соҳасида эшитилади; IV синф – кардиоген шок.

3. Лаборатор ва инструментал текширув

ЭКГ:

- *Зудлик билан ўргатилган ходим томонидан 12 та узаткичли ЭКГни қайд этиш:* патологик Q тишчасининг пайдо бўлиши, ST сегментининг кўтарилиши ёки депрессияси, ўткир учли T тишчалари, T тишчаларининг патологик инверсияси, R тишчаларининг кўтарилиши.

4. ҚВП/ОПда даволаш

- Тез ёрдамни зудлик билан чақириш.
- Қарши кўрсатмалар бўлмаса аспирин 300 мг оғиз орқали (чайнаш) қабул қилиш.
- Оғрикни камайтириш мақсадида тил остига нитратлар (нитроглицерин) ва/ёки наркотик аналгетиклар (опиоид) – морфин 5-10 мг (кекса ва ҳолдан тойган беморлар учун – ярим дозада).
- *Қайт қилишга қарши:* метоклопромид 10 мг вена ичига ёки м/и.
- Кислород.
- *Брадикардияда:* атропин 500 мкг (микрограмм) вена ичига зарур ҳолларда дозани максимал 3 мг гача етказиш.
- Стационарга боргунча бемор қабул қилган барча дори-воситаларни аниқ қайд этиш ва маълумотларни стационар ходимларига етказиш.

5. КТМП кардиологига йўллаш мезонлари

- Зудлик билан йўллаш/стационарга ётқизиш.

КТМП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш (ҚВП/ОП даражасида қаранг)

2. Клиник кўрик (ҚВП/ОП даражасида қаранг)

3. Лаборатор ва инструментал текширув

- Ўтказилмайди. Барча текширувлар ТМШда ўтказилади.

4. КТМПда даволаш

- Шифохонадан чиқарилгандан кейинги кузатув ва даволаш.

КТМП даражасида кардиолог мутахассис томонидан дори-дармонлар билан эрта даволаш ва ЎМИдан кейинги даволашни олиб бориш усули

- *Хавфли омилларга таъсир кўрсатиш*: иккиламчи профилактика.
- Бета-блокаторлар ва антиангинал терапия (нитратлар) – қарши кўрсатмалар бўлмаса узок муддатли/мунтазам.
- Кальций антагонистлари, бета-блокаторлар.
- ААФ ингибиторлари – узок муддатга/мунтазам.
- ААФ ингибиторларини кўтара олмаганда II рецепторли (АРА II) ангиотензин антагонистларини тавсия этиш.
- Статинлар – узок муддатга, умумий холестерин ва ПЗЛП (паст зичликдаги липопротеидлар) ни камайтириш мақсадида бериш.

Антитромбоцитар даволаш

- Қарши кўрсатмалар бўлмаса аспирин 75 мг узок муддатга/мунтазам.
- Клопидогрел 75 мг аспиринга кўшимча:
 - ЎМИда ST сегменти кўтарилмаганда ва Ностабил стенокардияда 1 ой мобайнида.
 - ЎМИда ST сегменти кўтарилганда 3 ой мобайнида.
- Антикоагулянтлар билан даволаш даврий (камдан-кам) баъзан хилпилловчи аритмияда, юрак чап қоринча етишмовчилигида ёки аспирин ва клопидогрелни қабул қила олмаганда ўтказилади.

ЎМИ, юрак етишмовчилиги / чап қоринча дисфункцияси отилиб чиқиш функцияси ≥ 0.40 билан асоратланганда

- Алдостерон антагонистлари (спиронолактонлар) – 25 мг дан бошлаб суткалик дозани 50 мг гача секин-аста ошириш.
- Ангиотензин II рецепторлар (АРА II) антагонистлари – узок муддатга.

Стенокардия хуружларини даволаш (стенокардияни даволаш бўйича протоколга қаранг)

Жисмоний зўриқиш синамаси

- Жисмоний зўриқиш мутаассиб синамаси ЎМИни бошдан кечирган беморларни шифохонадан чиқариш олдидан инфарктдан кейинги стенокардияни билиш ва даволаш-диагностик инвазив муолажалар: ангиография, ангиопластика, стент қўйиш ёки АКШ учун кўрсатмаларни аниқлаш мақсадида ўтказилади.

6. ТМШга йўллаш мезонлари

- ЎКС: ўткир миокард инфаркти ва ностабил стенокардия ТМШ ётқизиш учун мутлоқ кўрсатма ҳисобланади.

ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

2. Клиник кўрик

3. Лаборатор ва инструментал текширув

- 12 та узаткичли ЭКГда қайд этиш.
- Ҳолат ўзгаришларида ЭКГни динамик равишда такроран қайд этиш ва қиёсий баҳолаш.

- ЭХОКГ: миокарднинг қисқариш қобилиятини баҳолаш
- Шифохонадан чиқаришдан олдин ЭКГни такрорлаш.
- ЎКС (НС ва ўМИ)га шубҳа қилинган беморларда симптомлар бошланиши билан (кўкрак соҳасида оғрик) 12 соат давомида қон зардобадаги тропонин концентрациясини аниқлаш, умумий қон тахлили, умумий сийдик тахлили, липид спектрини, қондаги глюкозани, АЛТ ва АСТ, мочевино, креатинини аниқлаш зарур.

4. ТМШда даволаш

Интенсив даволаш блокади дастлабки 12 соат ичида

Кардиомониторлаш

- ЎКС (НС ва ўМИ) билан оғриган беморни махсус кардиология бўлимига/палатасига интенсив даволаш блокади (ИДБ) жойлаштириш лозим.
- ЎКС (НС ва ўМИ) билан оғриган бемор суткалик ҳолтер монитори назоратида бўлиши лозим.

Кислород билан даволаш

- Артериал гипоксемияда (артериал қон <90% кислород билан тўйинган) бурун катетери орқали 2-8 л/дақиқа тезликда кислород билан нафас олиш тавсия этилади.

Антитромбоциттар (антитромботик) даволаш

- ЎКС (НС ва ўМИ) билан оғриган беморларнинг барчаси зудлик билан 300 мг дозадаги (чайнаш) аспирин билан даволанади.
- ЭКГда ишемик ўзгаришлари бўлган ёки қоннинг биокимёвий тахлилида юрак маркерлари ошган ЎКС (НС ва ўМИ) билан оғриган барча беморларга зудлик билан 300 мг дозада аспирин ва 300 мг дозада клопидогрел билан комбинацияли даволашни буюриш лозим.
- Тромболитик даволаш сифатида стрептокиназа, плазминогеннинг рекомбинант тўқимали активатори (Алтеплаза) ва унинг модификацияси – Тенектеплаза, модификациялашган (рекомбинант) проурокиназа (Пуролаза)ни қарши кўрсатмаларини, дори воситанинг кўрсатмалари ва ножўя таъсирини эътиборга олган ҳолда қўлланилади.

Антикоагулянт билан даволаш

- ЭКГда ишемик ўзгаришлари бўлган ёки қоннинг биокимёвий тахлилида юрак маркерлари ошган барча беморларга зудлик билан пастмолекулярли гепарин тавсия этиш лозим.
- ЎКС билан оғриган, ST сегментини кўтарилиши қузатилган, антикоагулянт билан даволанмаган барча беморларга. Антикоагулянт билан даволаш муддати 8 кун ёки шифохонадан чиқгунча.

Бета-блокаторлар

- ЎКС билан оғриган беморда брадикардия ёки гипотония, II ва/ёки III даражали юрак етишмовчилиги симптомлари бўлмаса зудлик билан вена ичига ва per os бета-блокаторлар буюрилади.

Гликемик назорат

- ўМИ ва қандли диабет клиник симптомлари бўлган ёки гипергликемияси (>11,0 ммоль/л) бор беморларда қон зардобадаги глюкоза миқдори 24 соат мобайнида интенсив назоратда бўлиши керак.

Умумий чора-тадбирлар

- Қатъий тўшак тартиби, транквилизаторларнинг кичик дозалари, енгил, юмшоқ овқатлар, юмшатувчи сурги воситалари.

Оғриқни йўқотиш

- Нитроглицеринни уч марталик қабулида натижа бўлмаса, морфин ёки нитроглицерин вена ичига юборилиши лозим.

ААФ ингибиторлари

- Патологияга оид Q тишчали МИДа ёки юрак етишмовчилигида ААФ ингибиторлари тавсия этилади.

5. Вилоят кадиология диспансерига йўллаш мезонлари

- Миокард инфарктдан кейин ишемия оғирлигини баҳолаш.
- Зўриқиш синамаларини ўтказиш.
- Инфарктдан кейинги стенокардия.
- Инфарктдан кейинги қоринча аритмияси.
- Холтер мониторинг.
- Реваскуляризация учун кўрсатмаларни аниқлаш.
- Анамнезда: ЮИК, юрак етишмовчилиги, инсульт, ҚД, инсулин билан даволаш.
- Меҳнатга лаёқатлилиги ёки ногиронликни баҳолаш.
- ЎМИни бошдан кечирган ва ҳар қандай операция қилишга муҳтож бўлган беморларда юрак қон-томир хавфини баҳолаш.

6. Касалхонадан чиқарилгандан кейинги кузатув ва реабилитация

КТМП мутахассислари томонидан умумий амалиёт врачлари билан ҳамкорлигида олиб борилади ва куйидагиларни ўз ичига олади: руҳий қўллаб-қувватлаш, ЮИК тўғрисида маълумот бериш/ўргатиш, жисмоний зўриқиш бўйича мос дастурлар, хавфли омилларга таъсир этиш.

- *Ишга қайтиш, агар хавф:*
 - ҳаракати кам меҳнат бўлса: асоратсиз ЎМИдан кейин 4-6 ҳафта ўтгач;
 - енгил/чекланган ҳаракатли меҳнат: асоратсиз ЎМИдан кейин 6-8 ҳафта ўтгач;
 - оғир меҳнат: асоратсиз ЎМИдан кейин 3 ой ўтгач.
- *Жисмоний фаоллик:* жисмоний фаолликни секин-аста ошириб бориш:
 - дастлабки 2 ҳафта мобайнида – боғда ёки кўчада пиёда сайр қилиш;
 - 2 ҳафтадан 6 ҳафтагача – ҳар кун 800 м масофага пиёда юриш ва масофани аста-секин 3 км гача ошириб бориш керак.
 - 6 ҳафтадан – пиёда юриш тезлигини ошириш 3 км/30 дақиқагача.
- *Жинсий ҳаёт:* ЎМИдан сўнг 6 ҳафта ўтгач,
- *Руҳий жиҳатлари:* депрессияни аниқлаш, маслаҳат бериш ва зарурат бўлганда даволаниш.
- *Автомобилни бошқариш:* шифохонадан чиқарилгандан сўнг даволаш самарасига қараб, ангиопластикани ҳисобга олган ҳолда 1 ҳафтадан 1 ойгача муддат ўтгандан кейин рухсат этилади.

- *Самолётда учиш:* кўпчилик авиакомпаниялар ЎМИ ўтказган йўловчиларни камида 2 ҳафтагача, шунингдек, агар йўловчи самолёт трапида 1 зина юқорига кўтарила олмаса, самолёт бортига олишмайди.

- *ҚВП/ОПда саломатликнинг умумий ҳолати мониторинги:* юрак етишмовчилиги (нафас сиқиши, юрак уриши), депрессия ва рухий стресс симптомларини йил ва ҳаёт давомида кузатиш ва назорат қилиш.

- *Дори воситалар билан даволаш мониторинги:* дори воситаларининг ножўя таъсири ва унинг асоратларини ўз вақтида аниқлаш ва назорат қилиш.

- *Иккиламчи профилактика:* чекишни тўхтатиш, АГни даволаш ва назорат қилиш, парҳезга риоя қилиш, алкоголь истеъмолини чеклаш, мос келувчи жисмоний зўриқиш, ҚДни даволаш.

ҚВП, ОП, КТМП, ТМШда ЎКСни диспансер кузатиш режаси

Ташхислаш ва даволаш чора-тадбирлари	ҚВП/ОП	КТМП	ТМШ
1	2	3	4
Мутахассислар маслаҳати. Диагностик муолажалар			
Кардиолог маслаҳати	-	+	+
Невропатолог маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
Эндокринолог маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
Нефролог врач маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
Қон босимини қайд этиш	+	+	+
Лаборатория текширувлари			
УҚТ	+	+	+
УСТ	+	+	+
Қон зардобидаги мочевинани аниқлаш	-	+	+
Қон зардобидаги глюкозани аниқлаш	+	+	+
Қон зардобидаги холестеринни аниқлаш	-	+	-
Липид спектри	+	+	-
АЛТ, АСТни аниқлаш	+	+	+
Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси	-	К/Ў	К/Ў
ЭКГ	+	+	+
ЭХОКГ (доплерэхокардиография)	-	+	+
Холтер мониторинг	-	-	+
Қорин бўшлиғи УТТ	-	К/Ў	К/Ў
Дори воситалар ва дори воситаларсиз даволаш			
Хуружни баргараф этилиши	+	+	+
Касалхонадан чиқарилгандан сўнг режали даволаш	-	+	+
Дори воситаларсиз даволаш	+	+	+

К/Ў – кўрсатма бўйича ўтказилади; + - албатта ўтказилади

Ўткир коронар синдроми билан оғриган беморларни ташхислаш ва олиб бориш алгоритми

А. шикоят / анамнезни йиғиш:

Кўкракдаги оғрик: ўткир, кучли, давомийлиги – 20 дақиқадан ортиқ, пастки жағга ва/ёки чап қўлга тарқалган, тинч ҳолатда юзага келади, нитроглицерин қабул қилганидан кейин ҳам оғрик тинчланмайди. Ҳамроҳ симптомлар: ҳолсизлик, кўнгил айниши, қайт қилиш. ЮКТХ омилларининг мавжудлиги: кўп чекиш, алкоголь, гиперхолестеринемия, ҚД, АГ, ортикча тана вазни

В. Физикал кўрик

Ташки кўрик – безовталиқ, ранги ўчганлик, терининг совуқлиги, ёпишқоқ тер
АБ – гипотония, Ps – аритмик, кўпроқ тахикардия
Юрак аускултацияси – систолик шовқин, III ва/ёки IV тонлар, аритмия
Ўпка аускултацияси – базал нам хириллашлар
ЮЕ оғирлигини баҳолаш

С. Лаборатор ва инструментал текширув

ҚВП/ОПда: зудлик
билан! 12 узатмали ЭКГ

ТМШ/КТМЎда: ЭКГ динамикаси, МИ симптомлари бошланганидан бошлаб 12 соат мобайнида қон зардобдаги тропонинни аниқлаш, УҚТ, УСТ, липид спектри, қондаги глюкоза, АЛТ ва АСТ, мочевино, креатинин,

Д. Олиб бориш усули

ҚВП/ОП: Зудлик билан тез ёрдамни чақириш
Аспирин
Нитратлар (нитроглицерин)
Морфин
Метоклопромид
Кислород
Брадикардияда: атропин
Барча олинган дори воситаларини қайд этиш
Маълумотларни ТМШга узатиш

ТМШда КТМЎ кардиологи билан:
кардиомониторлаш, кислород, АТТ, АКТ, бета-блокаторлар, нитратлар, гликемик назорат, морфин К/Ў, ААФ

КТМЎда касалхонадан кейинги кузатув

Кўшимча таъсир ва қарши кўрсатмаларни эътиборга олган ҳолда, узок муддатга, ҳаётий зарур кўрсаткичлар ва миокардни қисқариш хусусияти назорати остида, қуйидагилар тавсия этилади: бета-блокаторлар, нитратлар, кальций антагонистлари, ААФ, АРАII (ААФни қабул қила олмаганда), аспирин, клопидогрел. Жисмоний зўриқишли синамалар

Е. ВКДга йўллаш мезонлари

- Миокард инфарктдан кейин ишемия оғирлигини баҳолаш
- Жисмоний зўриқишли синамаларни ўтказиш
- Инфарктдан кейинги стенокардия, инфарктдан кейинги қоринчалар аритмияси
- Ҳолтер мониторинг
- Реваскуляризация учун кўрсатмаларни аниқлаш
- Анамнезда: ЮИК, юрак етишмовчилиги, инсулт, ҚД, инсулин билан даволаш
- Меҳнатга лаёқатлилиқ ва ногиронлиқни баҳолаш
- ЎМИни ўтказган беморга ҳар қандай операция қилишдан олдин ЮКТХни баҳолаш

ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ: СЮЕ И ЎЮЕ

ХКТ бўйича шифри – 10:

Юрак етишмовчилиги: 150

Сурункали юрак етишмовчилиги : 150.0

Ўткир чап қоринча юрак етишмовчилиги 150.1

Сурункали юрак етишмовчилиги

Таърифи

Сурункали юрак етишмовчилиги – бу клиник синдром юрак мушагининг юрак ёки юрак билан боғлиқ бўлмаган функционал ва/ёки анатомик дисфункцияси сабабли, юракнинг систолик ва/ёки диастолик функциясининг бузилиши (юрак қон отиб беришининг пасайиши ёки ортиши, юрак қисқаришининг бузилиши, босим ва ҳажмнинг ортиб кетиши, диастолада тўлишнинг бузилиши) сифатида кузатилади, оқибатда юрак организмнинг эҳтиёжларини қондира олмайди.

Эпидемиологияси

СЮЕ – жуда кенг тарқалган касаллик ва кўп тарқалган ўлим сабабидир. Касалликнинг тарқалиши ёшга боғлиқ ҳолда кескин ортади. СЮЕнинг сабаблари турли-туман бўлиб, улар ичида энг кўп учрайдигани – миокард инфаркти билан кечадиган ЮИК. Бошқа сабаблар ичида дилатацион кардиомиопатия, артериал гипертония, юрак клапанлари пороги, қалқонсимон без касалликлари, алкогольни ҳаддан зиёд кўп истеъмол қилиш, миокардитлар ва идиопатик кардиомиопатия тез-тез учрайдиган ҳодиса.

Хавфли омиллари

- Эрак жинси.
- Кекса ёш.
- Гиперхолестеринемия.
- АГ, қандли диабет
- ЮИК.
- Қалқонсимон без касалликлари.
- Чекиш ва алкогольни кўп истеъмол қилиш.
- Паст жисмоний фаоллик, ортиқча тана вазни ёки семизлик.

ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезنى йиғиш

- Нафас сиқиши.
- Юракни тез уриши.
- Периферик шишлар.
- Ҳолсизлик, тез чарчаш.
- Вазннинг камайиши.

2. Клиник кўрик

- *Ташиқ текширувни ўтказинг:* нафас сиқиши тинч ҳолатда ёки зўрикишдан кейин; бемор безовта; кўп терлашлик; цианоз; оёқларнинг совуқлиги; кўз склераси ва терининг саргайганлиги, озгинлик.
- *АБни ўлчанг:* ошган, меъёردа ёки пасайган бўлиши мумкин.

- *Пульсни аниқланг* – тахикардия тинч ҳолатда ёки зўриқишда.
- *Нафас олиш тезлигини аниқланг*: бунда ётган ҳолатда ўтирган ҳолатга нисбатан ортиб кетади.
- Бўйин веналарининг бўртиши, сезиларли бўйин пульсациясини аниқланг.
- *Кўкрак қафасини текширинг*: бўртиб чиқиш, юрак уриш чўққисининг силжиши, тарқалган юрак учи турткиси.
- *Юрак аускультациясини ўтказинг*: III тон эшитилади, систолик шовқин.
- *Ўпка аускультациясини ўтказинг*: ўпканинг пастки бўлимларида ёки ўпканинг бутун сиртида нам хириллашлар.
- *Қоринни текширинг*: гепатомегалия.
- *Тананинг пастки қисмларини текширинг*: оёқда симметрик шишлар.

3. Лаборатор ва инструментал текширув

- Умумий қон таҳлили.
- Умумий сийдик таҳлили.
- Қон зардобидаги креатинин.
- Жигар ферментлари – АЛТ, АСТ ва билирубин.
- Қон зардобидаги глюкоза.
- ЭКГ (чап қоринча гипертрофияси, ЮИКда ST сегментидаги ва Т тишчаларидаги носпецифик ўзгаришлар, ритмининг бузилиши – ҳилпилловчи аритмия ва ўтказувчанликнинг бузилиши, илгари ўтказилган ЎМИнинг белгилари).

Кўрик ва текширувлар натижалари асосида УАШ қуйидаги тасниф бўйича диагноз қўйиши лозим:

НУНА (Нью-Йорк кардиологлари ассоциацияси) бўйича СЮЕ таснифи

Функционал синфлари:

- I синф: фаоллик чекланмаган. Кундалик жисмоний зўриқишларда ҳолсизланиш, нафас сиқиши, юракни тез уриши кузатилмайди.
- II синф: фаоллик бир мунча чекланган, аммо тинч ҳолатда шикоят йўқ. Кундалик зўриқиш (масалан, оғир нарсаларни кўтариш) ҳолсизланишга, нафас сиқишига, юракни тез уришига сабаб бўлиши мумкин.
- III синф: фаоллик сезиларли чекланган. Озгина жисмоний зўриқишда ҳам шикоятлар бор. Тинч ҳолатда шикоят йўқ.
- IV синф: фаоллик кескин чегараланган. Тинч ҳолатда ҳам шикоятлар бор ва озгина зўриқишларда кучаяди.

4. ҚВП/ОПда даволаш

Номедикаментоз даволаш

- Ҳаёт тарзини ўзгартириш.
- Чекишни тўхтатиш.
- Алкоголь истеъмолини тўхтатиш.
- *Парҳез*: туз истеъмолини кунда >5 г дан оширмастик; ЮЕнинг оғир шаклида – суюқлик истеъмолини 1,5 л/сут дан оширмастик.
- Вазнини назорат қилиб бориш.
 - семиз беморларда тана вазнини камайтириш;
 - мустақил равишда кунда тана вазнини ўлчаш. Агар 2 кунда 1,5 – 2 кг дан вазн ортса, умумий амалиёт врачига ёки мутахассисга мурожаат қилиш;
 - юрак кахексияси ёки озикланишда етишмовчилик белгиларини баҳолаш.
- Тинч ҳолат ва жисмоний фаоллик.
 - тинч ҳолат фақат ЎЮЕ ва декомпенсацияланган СЮЕда буюрилади;
 - симптомларни келтириб чиқармайдиган кундалик жисмоний фаоллик тавсия этилади.

- Ҳамроҳ касалликлар (ЮИК, АГ, ҚД ва х.к.) симптомларини мунтазам назорат қилиш, депрессияни аниқлаш ва даволаш.

ҚВП/ОПда медикаментоз даволаш

- Фақат I ва II ФС билан оғриган беморлар.
- ААФ ингибиторлари ёки,
- Ангиотензин II рецептори антагонистлари ва/ёки,
- Юрак гликозидлари.
- Диуретиклар.

5. КТМП кардиологига йўллаш мезонлари

- Бирламчи аниқланган юрак етишмовчилиги диагнозини тасдиқлаш.
- Уйда тиббий ёрдам кўрсатишнинг қийинчиликлари.
- Юрак етишмовчилигининг юқори/оғир даражаси.
- Биринчи йўналиш дори воситалари – ААФ ингибиторлари ва бета-блокаторлар билан даволаш шароитида назорат қилиб бўлмайдиган юрак етишмовчилиги.
 - Стенокардия сабаб бўлган юрак етишмовчилиги.
 - Юрак етишмовчилиги вазиятида ҳилпилловчи аритмия ёки ритмнинг бузилиши.
 - Ҳамроҳ касалликлар, юрак етишмовчилигини кучайтирувчи симптомлар: ЎСОК, анемия, буйрак етишмовчилиги, қалқонсимон без касаллиги, подагра, периферик кон томирлари касаллиги.

КТМП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

2. Клиник кўрик. NYHA (Нью-Йорк кардиологлари ассоциацияси) бўйича СЮЕ таснифига қаранг.

3. Лаборатор-инструментал текширув

- Электролитлар – калий, натрий, мочевина.
- Жисмоний юкламали (тредмил ёки велоэргометрда) ЭКГ.
- Липид спектри.
- Кўкрак қафаси рентгени (юрак соясининг кенгайиши, ўпка веналари соясининг кенгайиши, ўпка соҳаси тиниқлигининг пасайиши, плеврада суюқлик тўпланиши).
 - ЭХОКГ – қоринчалар ўлчами ва функцияси, клапанлар ҳолати, деворолди тромблар, перикардиал суюқлик; *гемодинамик кўрсаткичлар*: юракнинг конни отиб бериши, ўпка артерияси босими.

Бошқа ёндош касалликлар, СЮЕ асоратлари сабаблари ва қўзғатувчи омилларни баргараф этиш мақсадида қуйидагилар тавсия этилади:

- Спирометрия.
- ТТГ, Т3, Т4.

4. КТМПда даволаш

Номедикаментоз даволаш

- Ҳаёт тарзини ўзгартириш.
- Чекишни тўхтатиш.
- Алкоголь истеъмолини тўхтатиш.
- Пархез: туз истеъмолини кунда >5 г дан оширмаслик; оғир ЮЕда – суюқлик истеъмолини 1,5 л/сут да оширмаган ҳолда чеклаш.
 - Вазни назорат қилиш.
 - Тинч ҳолат ва жисмоний фаоллик.
 - Ҳамроҳ касалликлар (ЮИК, АГ, ҚД ва б.) симптомлари, хавфли омилларнинг доимий назорати, депрессияни аниқлаш ва даволаш.

Медикаментоз даволаш

- Чап қоринча систолик дисфункцияси оқибатида юзага келган юрак етишмовчилиги билан оғриган барча беморларга Нью-Йорк кардиологлар ассоциацияси таснифи бўйича аниқланган функционал синфдан қатъий назар, ААФ ингибиторлари қон зардобдаги мочевина ва креатинин миқдорининг дастлабки назорати остида тавсия этилади.

- Чап қоринча систолик дисфункцияси оқибатида юрак етишмовчилиги билан оғриган барча беморларга қарши кўрсатмалар (анамнезида бронхиал астма, юрак блокадалари, симптоматик гипотония) бўлмаса, Нью-Йорк кардиологлар ассоциацияси таснифи бўйича аниқланган функционал синфдан қатъий назар, бета-блокаторлар, пульсни, АБни ва СЮЕнинг клиник симптомларини назорати остида тавсия этилади. Чап қоринча систолик дисфункцияси оқибатида юрак етишмовчилиги билан оғриган барча беморларга агар ААФ ингибиторларини қабул қила олмаслик қузатилса, ААФ ва бета-блокаторларнинг комбинацияси билан даволашга қарамасдан юрак етишмовчилиги симптомлари сақланиб қолса ангиотензин II рецепторларининг антагонистлари тавсия этилади.

- Чап қоринча систолик дисфункцияси оқибатида ўртача ва оғир юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда буйрак етишмовчилиги ва гиперкалиемия бўлмаса алдостерон антагонистлари – спиронолактонлар кам дозада тавсия этилади.

- Диуретиклар: қовуққа таъсир этувчи ва/ёки тиазид диуретиклари нафас сикиши ва шишлари (тўпик соҳасида ва ўпкадаги шишлар) бўлган беморларга тавсия этилади.

- Юрак етишмовчилиги белгилари сақланиб қолган барча беморларга синус ритми вазиятида, бирламчи ва иккиламчи дори воситалари билан ўтказилган даволашдан қатъий назар юрак гликозидлари қўшимча дори воситаси сифатида тавсия этилади. Дигиталис интоксикацияси симптомларининг назорати олиб борилиши керак.

5. ТМШга йўллаш мезонлари

- Сурункали юрак етишмовчилиги хуружи.
- ЎКС – ЎМИ ёки НС келтириб чиқарган юрак етишмовчилиги.
- СЮЕнинг III-IV синфлари.

ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

2. Клиник кўрик. NYHA (Нью-Йорк кардиологлар ассоциацияси) бўйича СЮЕ таснифига қаранг.

3. Лаборатор-инструментал текширув. (ҚВП, КТМПда ўтказилган таҳлилларга қўшимча): динамикада ЭКГ, қондаги мочевина, креатинин, жигар ферментлари – АЛТ, АСТ ва билирубин, кўкрак қафаси рентгени (юрак соясининг катталашishi, ўпка венаси соясининг катталашishi, ўпка чегараси тиниклигини камайishi, плеврадаги суюқлик), қон зардобдаги глюкоза.

4. ТМШда даволаш

ТМШ терапевти ва КТМП кардиологи ҳамкорлигида амалга оширилади.

Номедикаментоз даволаш

- Чекиш, алкогольни кўп истеъмол қилишни тўхтатиш.
- Парҳез.
- Ош тузи истеъмолини 5 г/сут.гача камайтириш.

Медикаментоз даволаш

- ААФ ингибиторлари, кон зардободаги мочевина ва креатинин миқдорини назорат қилиш.
- Пульс, АБ ва СЮЕнинг клиник симптомлари назорати остида, қарши кўрсатмалар (анамнезида бронхиал астма, юрак блокадалари, симптоматик гипотония) бўлмаса бета-блокаторлар тавсия этилади.
- ААФ ингибиторларини қабул қила олмаслик кузатилса, ААФ ва бета-блокаторларнинг комбинацияси билан даволашга қарамасдан юрак етишмовчилиги симптомлари сақланиб қолган ҳолатларда ангиотензин II рецепторларининг антагонистлари тавсия этилади.
- Алдостерон антагонистлари – спиронолактонлар буйрак етишмовчилиги ва гиперкалиемиа бўлмаган ҳолларда кам дозада тавсия этилади.
- Диуретиклар: қовуққа таъсир этувчи ва ёки тиазидли диуретиклар нафас сикиши ва шишлари (тўпик соҳасида ва ўпкадаги шишлар) бўлган беморларга тавсия этилади.
- Юрак гликозидлари кўшимча даволаш сифатида тавсия этилади. Дигиталис интоксикация симптомларининг назорати, албатта олиб борилиши керак.

5. Вилоят кардиология диспансерига йўллаш мезонлари

- Рефрактор юрак етишмовчилиги билан оғриган беморлар.
- Ривожланиб боровчи юрак етишмовчилиги.
- Юрак етишмовчилиги бор аёлларда ҳомиладорликни режалаштириш.
- СЮЕ сабабларини аниқлаш – дилатацион кардиомиопатия ёки ЮИК.
- ЭКГда синус ритми вазиятида 0.12 сек.дан катта QRS комплекслар.
- Қоринча аритмиясининг дастлабки кўринишлари.
- Зўриқиш синамаларини ўтказиш.
- Холтер мониторинг.
- Инвазив муолажалар учун кўрсатмаларни аниқлаш (пейсмекер, дефибриллятор ва ҳ.к.).
- Допплер ЭХОКГ натижалари.
- NYHA таснифи бўйича юрак етишмовчилигининг функционал синфини ҳисобга олган ҳолда жисмоний машқларнинг индивидуал дастурини ишлаб чиқиш.

6. Кейинги кузатув ва реабилитация

КТМП ва ТТБнинг турли мутахассислари билан биргаликда умумий амалиёт врачлари ва тиббий ҳамширалар ҳамкорлигида ўтказилади ва қуйидагиларни ўз ичига олади: касаллик ҳақида ахборот бериш/ўргатиш, мунтазам тиббий парвариш, рухий қўллаб-қувватлаш, жисмоний зўриқиш бўйича яқка тартибдаги дастурни ишлаб чиқиш, хавfli омилларга таъсир этиш:

- *Касби, машгулот тури:* оғир меҳнатни қилмаслик.
- *Чекиш:* чекишни тўхтатиш. Қўллаб-қувватлаш ва ёрдам кўрсатиш.
- *Парҳезга риоя қилиш:* холестеринни камайтириш, мева ва сабзавотлар истеъмолини кўпайтириш, ош тузи истеъмолини камайтириш, семизликда – вазнини камайтириш (максад: ТВИ = 25 кг/м^2 < алкоголь истеъмолини чеклаш).
- АГни эрта аниқлаш, назорат қилиш ва даволаш.
- ҚДни эрта аниқлаш ва даволаш.
- *Жисмоний фаоллик:* беморни бажара олишига қараб аэробика машгулотлари.
- *Дори воситалар билан даволаш мониторинги:* даволашда тез мослашувчи ~~схемалар~~ фойдаланиш, дори моддаларнинг асоратлари ва ножўя таъсирларини ўз вақтида аниқлаш ва назорат қилиш.
- Самарадор дастурлар ва маслаҳатлардан фойдаланган ҳолда беморлар учун фаол тиббий тарғиботни олиб бориш (ЮҚТК профилактикаси ва асоратлари бўйича адаптация қилинган ПЭН протоколига қаранг).

ҚВП, ОП, КТМП, ТМШда СЮЕни диспансер кузатиш режаси

Ташхислаш ва даволаш тадбирлари	ҚВП/ОП	КТМП	ТМШ
Мутахассислар маслаҳати. Диагностик муолажалар			
Кардиолог маслаҳати	-	+	+
Невропатолог маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
Эндокринолог маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
Нефролог врач маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
Қон босимини қайд этиш	+	+	+
Лаборатор текширувлар			
УҚТ	+	+	+
УСТ	+	+	+
Қон зардобдаги мочевиани аниқлаш	-	+	+
Қон зардобдаги глюкозани аниқлаш	+	+	+
Қон зардобдаги холестеринни аниқлаш	-	+	-
Липид спектри	-	К/Ў	-
АЛТ, АСТни аниқлаш	+	+	+
Креатининни аниқлаш	-	+	+
ТТГ, Т3, Т4	-	+	-
Кўкрак қафасини умумий рентгенографияси	-	К/Ў	К/Ў
ЭКГ	+	+	+
Жисмоний зўриқишли ЭКГ (велозергометрия)	-	К/Ў	-
ЭХОКГ (доплерэхокардиография)	-	+	+
Буйрак УТТ	-	К/Ў	К/Ў
Медикаментоз и номедикаментоз даволаш			
Медикаментоз даволашнинг дастлабки тавсияси	-	+	+
Медикаментоз даволаш коррекцияси	-	+	+
Медикаментоз даволаш назорати	+	+	+
Номедикаментоз даволаш	+	+	+

К/Ў – кўрсаткич бўйича ўтказилади

+ – албатта ўтказилади

ЎТКИР ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Таърифи

Ўткир юрак етишмовчилиги – бу клиник синдром миокарднинг юракка ёки юракка боғлиқ бўлмаган анатомик ва/ёки функционал вазифасининг бузилиши симптомларининг тез юзага келиши билан ифодаланади. Ушбу атама кўпинча кутилмаганда ривожланадиган ЎЮЕ, ўткир чап қоринча етишмовчилигини (ЧҚЕ) ёки сурункали юрак етишмовчилиги декомпенсациясини аниқлаш учун қўлланилади. Бундан ташқари, ушбу атама гипертензив ЎЮЕ, ўпка шиши, кардиоген шок, ўнг тарафлама ЎЮЕ англатади. Кўпинча СЮЕнинг кескин хуружи ўткир юрак етишмовчилигининг кўп тарқалган шакли ҳисобланади.

Эпидемиологияси

ЎЮЕнинг сабаблари хилма-хил. У кўпинча СЮЕ декомпенсацияси натижаси бўлиб, у юрак касаллигига учрамаган беморларда ҳам юзага келиши мумкин. ЎЮЕ асосини ташкил этувчи касалликнинг кучайиши билан бир қаторда, ЎЮЕ юзага келиши юракка боғлиқ ва боғлиқ бўлмаган бир қатор сабаблар: ЎМИ, аритмия, ўпка шиши, ўпка эмболияси, астма, анафилаксия, ўпка сурункали обструктив касаллигининг хуружи, шок ҳолатлари, пневмония, пневмоторакс ва бошқалар бўлиши мумкин.

ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

- Бирдан нафас сиқиши.
- Ҳолсизлик.
- Йўтал ва/ёки пушти рангдаги қон туфлаш
- Нафас сиқишининг тунги хуружлари ва унинг ўтирганда ёки турганда яхшиланиши.

2. Клиник кўрик

- *Ташқи кўрикни ўтказинг:* диспноэ.
- *АБни ўлчанг* ошган, меъёрда ёки пасайган бўлиши мумкин.
- *Пульсни аниқланг* – тахикардия.
- *Нафас олиш тезлигини аниқланг:* ўтирган ҳолатга нисбатан ётган ҳолатда ортади.
- *Юрак аускультациясини ўтказинг:* тахикардия.
- *Ўпка аускультациясини ўтказинг:* хар икки томонда, пастки қисмларда нам крепитацияли хириллашлар.
- *Оёқларни текширинг:* Ўнг қоринча етишмовчилигида тўпик/думғаза соҳаларида шиш.

3. Лаборатор-инструментал текширув

- *ЭКГ:* ўткир қоронар синдроми белгилари; аритмия.

4. ҚВП/ОПда даволаш

Бемор чақирган жойга зудлик билан етиб бориш.

- Беморни ва қариндошларини тинчлантириш.
- Анамнез ва физикал текширув натижалари асосида имкон қадар тезроқ сабабларни аниқлаш ва бир вақтнинг ўзида тез ёрдамни чақириш.
- Беморни ўтирган ҳолатга келтириш.
- Ҳар қандай ҳолда ва сабаблар аниқланмаса, шифохонага қадар биринчи тиббий ёрдамни кўрсатган ҳолда зудлик билан ТМШга ётқизиш:
 - ✓ Кислородтерапия.

Имконият бўлганда:

- ✓ Диуретиклар: фуросемид вена ичига 20-50 мг аста-секин (ёки буметанид 1-2 мг).
- ✓ Морфин вена ичига 5-10 мг.
- ✓ Вазодилляторлар: нитратлар – нитроглицерин таблеткада ёки спрей кўринишида тил остига 2 марта сепиш (АБ назорати остида).
- ✓ Метоклопромид вена ичига 10 мг кўрсатма бўйича.

5. ТМШга йўллаш мезонлари

- Сабаби аниқланган ёки аниқланмаганлигидан қатъий назар ЎЮЕ касалхонага ётқизиш учун абсолют кўрсатма ҳисобланади.

ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш (ҚВП/ОП даражасида қаранг)

2. Клиник кўрик (ҚВП/ОП даражасида қаранг)

3. Лаборатор-инструментал текширув: умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, қон зардобадаги креатинин, жигар ферментлари – АЛТ, АСТ ва билирубин, қон зардобадаги глюкоза, ЭКГ (чап қоринча гипертрофияси, ЮИҚда ST сегменти ва Т тишчасида ишемик ўзгаришлар, ритм ва ўтказувчанликнинг бузилиши, илгари ўтказилган ЎМИ белгилари), кўкрак қафаси рентгени (юрак соясининг кенгайиши, ўпка веналари соясининг кенгайиши, ўпка майдони тиниқлигининг камайиши, плеврадаги суюқлик), пульсоксиметрия.

4. ТМШда даволаш

Пульсоксиметрияда кислород билан таъминланиш кўрсаткичи 94% бўлса, кислородтерапия. Агар анамнезда ЎСОК бўлса, кислород сатурациясини 88-92% чегарада ушлаб туриш зарур.

Имконият бўлса:

- *Диуретиклар:* фуросемид вена ичига 20-50 мг аста-секин (ёки буметанид 1-2 мг).
- *Морфин* вена ичига 5-10 мг.
- *Вазодилляторлар:* нитратлар – нитроглицерин тил остига таблеткада ёки спрей кўринишида 2 марта сепиш (АБни назорати остида).
- *Метоклопромид* вена ичига 10 мг кўрсатма асосида.

5. Вилоят кардиология диспансерига йўллаш мезонлари

• ЎЮЕнинг хуружи сабаблари, оғирлигига, ўтказилган тадбирларнинг самарадорлиги ва ижтимоий қўллаб-қувватлашга қараб юборилади.

6. Кейинги кузатув ва реабилитация

• ЎЮЕнинг хуружи сабаблари, оғирлигига, ўтказилган тадбирларнинг самарадорлиги ва ижтимоий қўллаб-қувватлашга боғлиқ ҳолда (СЮЕ бўйича юқорида келтирилган протоколга қаранг).

ЎЮЕни ҚВП/ОП, КТМП, ТМШда кузатиш режаси

Таъхислаш ва даволаш тадбирлари	ҚВП/ОП	КТМП	ТМШ
Мутахассислар маслаҳати. Дигностик муолажалар			
ЭКГ	+		+
ЭКГ, АБ, ЮУЧ мониторинги	+		+
pCO ₂	-		+
Оксигенотерапия	+		+
Лаборатор текширувлар			
УҚТ	-		+
УСТ	-		+
Қондаги креатининни аниқлаш	-		+
Қон зардободаги глюкозани аниқлаш	-		+
Қон зардободаги холестеринни аниқлаш	-		+
Липид спектри	-		К/Ў
АЛТ, АСТни аниқлаш	-		+
Қондаги билирубин	-		+
Қўкрак қафасининг умумий рентгени	-		К/Ў
ЭХОКГ (доплерэхокардиография)	-		К/Ў
Буйрак УТГ	-		К/Ў
Шошилишч медикаментоз тадбирлар	+		+

К/Ў – кўрсатма бўйича ўтказилади

+ – албатта ўтказилади

Юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларни ташхислаш ва олиб бориш алгоритми

А. Анамнез/шикоятларни йиғиш:

Нафас сиқиши, юракни тез уриши, тез чарчаш, периферик шишлар, вазнининг камайиши

В. Физикал текширув

- Нафас сиқиши, цианоз; АБ меъёрда, ошган ёки пасайган
- Пульснинг тинч ҳолатда ёки зўриқиш вақтида тезлашуви, нафас олиш тезлигининг ортиши
- Бўйин веналарининг бўртиши, кўринарли бўйин пулсацияси, шишиши, юрак учи турткисининг сурилиши, тарқалган юрак учи турткиси
- Юрак аускултацияси: III тон, систолик шовқин
- Ўпка аускултацияси: ўпканинг пастки қисмида ёки барча қисмида нам хириллашлар
- Қоринни текшириш: гепатомегалия
- Оёқларни текшириш: оёқдаги симметрик шишлар

С. Лаборатор ва инструментал текширувлар

ҚВП/ОПда: УҚТ, УСТ, креатинин АЛТ, АСТ ва билирубин, кондаги глюкоза, ЭКГ

КТМПда: ҚВП/ОП ўтказилган текширувлар + электролитлар, мочевина, жисмоний зўриқишли ЭКГ, липид спектри, ЭХОКГ

ТМШда: УҚТ, УСТ, электролитлар, креатинин АЛТ, АСТ ва билирубин, ЭКГ, кўкрак қафаси рентгени, кондаги глюкоза, ЭХОКГ

Д. Олиб бориш тактикаси

ҚВП/ОП, КТМП, ТМШда номедикаментоз даволаш

- Ҳаёт тарзини ўзгартириш: чекишни тўхтатиш, парҳез
- Тинч ҳолат ва мос келувчи жисмоний фаоллик
- Ҳамроҳ касалликлар симптомлари ва ХО назорати

КТМП ва ТМШ мутахассиси билан ҳамкорликдаги медикаментоз даволаш

АПФ, β -блокаторлар – бирламчи йўналиш
АРАП – АПФ қабул қилолмаслик ва ЮЕ симптомлари сақланиб қолганда
Диуретиклар – нафас сиқиши ва шишларда

Йўллаш мезонлари

КТМП ва ТМШга
ЮЕ диагнозини тасдиқлаш
АПФ ва β -блокаторлардан самара бўлмаганда
ЮЕда ҳилпилловчи аритмия
Ҳамроҳ касалликлар
Стенокардия натижасида
ЮЕ

Махсус муассасаларга
Рефрактер ЮЕ
Ривожланувчи ЮЕ
Ҳомиладорлар
Қоринча аритмияси
Холтер-мониторлаш
Доплер ЭХОКГ
Инвазив муолажалар

ЮРАК РИТМИ ВА ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИНГ БУЗИЛИШИ

ХКТ бўйича шифри – 10:

Ритм бузилиши: 147 - 149.9

Ўтказувчанликнинг бузилиши: 144-145.9

Касаллик таърифи

Аритмия

Юрак ритмининг бузилиши, ёки аритмия бу:

- 1 дақиқада ЮКТ > 100 ёки < 60.
- Ҳар қандай кўринишдаги нотўғри ритм.
- Ҳар қандай носинусли ритм.
- Юракнинг ўтказувчи тизими турли соҳалари бўйича импульс ўтказувчанлигининг бузилиши.

Шундай қилиб, “*юрак ритмининг бузилиши*” (“*аритмия*”) турлича механизмга, клиник манзарага ва прогностик аҳамиятга эга бўлган бузилишлар, ҳосилалар ва электр импульсларини ўтказувчанлигини бирлаштирувчи термин.

Эпидемиологияси

Юрак ритмининг бузилиши кўпинча ўткир коронар синдром, сурункали юрак ишемик касаллиги ва кардиохирургик муолажалар натижасида келиб чиқади. Аритмиянинг яна бир кенг тарқалган тури – суправентрикуляр тахикардия бундан мустасно бўлиб, унинг сабаби ҳосил бўлган қўшимча ўтказувчи йўллarning фаоллашиши билан боғлиқ.

Тахикардия

Таърифи

Тахикардия – бу симптомнинг сабаби турлича бўлиб, юрак ритми қисқаришларини бошқарувчи электр импульслари генерациясининг бузилиши натижасидир.

Тахикардия – уч ёки ундан ортиқ кетма-кет келадиган юрак циклининг бир дақиқада 100 ёки ундан ортиқ тезлик билан уриши. Тарқалиши ҳар қандай ёшда учраши мумкин.

Эпидемиологияси

Энг кенг тарқалган тахикардия бу – синусли тахикардиядир, соғлом одамларда ва турли юрак ва юрак билан боғлиқ бўлмаган касалликлар билан оғриган шахсларда учрайди. Кўпинча ҳамроҳ касалликнинг симптоми ёки белгиси сифатида аниқланади. Кўпчилик беморларда, анамнез ва физикал текшириш, асосий сабаб ёки муаммони истисно қилиш имконини беради.

Хавфли омиллар

- Дори воситалар.
- Наркотиклар.
- Алкоголь.
- Чекиш.
- Жисмоний гиподинамия.

ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

Анамнезни синчковлик билан йиғиш ва қуйидагиларни аниқлаш зарур:

- Юрак уришини сезиш – давомийлиги, тезлиги.

- Ритм характери (бемор юрак уришида вужудга келаётган ўзгаришларни қуйидагича тасвирлайди: тўсатдан туртишлар, юрак уришида нотекисликлар, “юракнинг тўхтаб қолиши” сезгиси ва бошқ.).

- Бош айланиши.
- Юрак уришини тезлаштирувчи ёки секинлаштирувчи омиллар.
- Ҳамрох симптомлар – кўкракдаги оғрик, хушни йўқотиш, терлаш.
- Анамнезда – ЮҚТК, АГ, ҚД, гиперлипидемия, қалқонсимон без касаллиги.
- Анамнезида дори воситалар.
- Наркотик истеъмоли.
- Алкоголни кўп истеъмол қилиш.
- Чекиш.
- Жисмоний гиподинамия.
- Касб.

2. Клиник кўрик

- Анемия, тиреотоксикоз, безовталик, бошқа тизимли касалликлар, юрак етишмовчилиги белгиларини аниқлаш учун ташки текширув.

- АБ ошган, меъёрада ёки пасайган бўлиши мумкин.
- Пульс – тезлиги, тинч ҳолатда ёки юкламалардаги тахикардия.
- Ритм – ритмик, нерегуляр.
- Бўйин веналарининг бўртиши, кўринувчан бўйин пульсацияси.
- *Кўкрак қафаси назорати*: чап қоринча гипертрофияси белгиларининг аниқланиши – бўртиб чиқиши, юрак учи турткисининг силжиши.
- *Юрак аускультацияси*: нерегуляр ритм, патологик юрак тонлари, шовқинлар.
- *Ўпка аускультацияси*: пастки қисмда ёки бутун ўпка бўйлаб нам хириллашлар.

3. Лаборатор ва инструментал текширув

- Тинч ҳолатда ЭКГ.
- Умумий қон таҳлили.
- Умумий сийдик таҳлили.
- Қондаги глюкоза.

4. ҚВП/ОПда даволаш

Кўп учрайдиган турли аритмиялар

Синусли тахикардия

- *ЭКГ интерпретацияси*: Юрак уриш тезлиги 100 ёки ундан ортиқ бўлганда патологик ўзгаришларсиз синусли тахикардия белгилари.
- *Тахикардия сабаби қуйидагилар бўлиши мумкин*: инфекция, исхтма, оғрик, ЎМИ, шок, жисмоний юкламалар, безовталик, асабийлашиш, ЮЕ, дори воситалари, анемия, тиреотоксикоз.
- Тегишли мутахассис аниқлаган сабабга мувофиқ даволаш тактикасини танлаш.

Қоринча экстрасистолияси

- *ЭКГ интерпретацияси*: синус ритми фонида – Р тишчасисиз кенгайган QRS комплексининг эрта намоён бўлиши.
- Хавфли ёки хавфсиз келиб чиқиш сабабларини аниқлаш (ЎМИ ва/ёки ЎЮЕ натижасида, ва/ёки заҳарланишлар ва б.).
- Кофеин, алкоголь ва чекишдан воз кечиш.
- Экстрасистолалар кўплигида (100 уриш/соат дан ортиқ) – КТМП кардиологи маслаҳати.

- *КТМПда медикаментоз даволаш:* қарши кўрсатмалар бўлмаганда ва ножўя таъсирини эътиборга олган ҳолда амиодарон ёки бета-блокаторлар.

Пароксизмал суправентрикуляр тахикардия (ПСВТ)

- *ЭКГ интерпретацияси:* юрак уриш тезлиги 100 ортик бўлганда QRSнинг доимий қисқа комплекслари, P тишчанинг нотўғри ҳолатда бўлиши.
- *Хуруж пайтида:* каротид синусининг массажи (кекса беморларга, анамнезида ЮИК, каротид шовкин, дигиталис интоксикация, транзистор ишемик хужуми бўлган беморларга маън этилади), Валсалва синови, юзни муз билан артиш (айниқса болаларда).
- *Пароксизмал тахикардия хуружини дори моддалар билан бартараф этиш:* бета-блокаторлар, верапамил ёки амиодарон гуруҳи.
- Алкоголь, кофеин истеъмоли, чекишни тўхтатиш тавсия этилади.
- Хуруж давом этса ТМШга йўланади.

Бўлмачалар фибрилляцияси/хилпиллаши (хилпилловчи аритмия)

ЭКГ белгилари: кўпинча тахикардия доимий ёки доимий бўлмаган қисқа QRS комплекслари билан, P тишчанинг майда тўлқинли шакли ёки унинг бўлмаслиги.

Кўпинча ЭКГда бўлмачалар хилпиллаши билан титраши биргаликда учрайди.

Титрашининг ЭКГ белгилари: P тишчанинг доимий йирик тўлқинли - «аррасимон» шакли билан юрак уришининг тезлиги дақиқада 300 мартагача, тахикардия вазиятида қисқа QRS комплекси билан юрак уришининг тезлиги дақиқада 100-150 мартагача. Бўлмачалар фибрилляцияси/хилпиллаши ва титраши кекса ёшлар орасида тарқалган (9%), кўпинча белгиларсиз кечади, пароксизмал шаклида бўлиши мумкин.

Сабаблари: ЮИК/ ЎМИ, митрал пороклар (митрал клапан етишмовчилигига нисбатан стенозларда кўпроқ), гипертиреоз, юқори АБ. Инфекция сунъий равишда кўзгаши мумкин. Мия инсульт, ЮЕ ривожланишининг хавфли омили.

- ЭКГ интерпретацияси
- Агар ЭКГда миокард инфаркти ёки ностабил стенокардия белгилари бўлса биринчи ёрдам кўрсатилади ва касалхонага ётқизилади.
- Ҳар қандай ҳамроҳ касалликлар (масалан, пневмония) даволанади.
- Кардиолог тавсия этган медикаментоз даволашни назорат қилиб бориш.

Қоринча тахикардияси

- *ЭКГ белгилари:* кенгайган 0,12 сек юқори QRS комплекси билан юрак уришининг тезлиги дақиқада 100 дан кўп бўлиши, P тишчанинг бўлмаслиги.
- Тез ёрдамни чақириш ва ТМШга ётқизиш.
- Агар бемор ҳушида бўлса O₂ бериш.
- Вена ичига лидокаин юбориш.
- Агар пульс аниқланмаса, юрак тўхтаганда кўрсатиладиган ёрдамни кўрсатиш.

Рефрактерли қоринча тахикардияси

- ТМШ касалхонасига ва/ёки КТМП кардиологига зудлик билан йўллаш.

5. КТМП кардиологига йўллаш мезонлари, агар:

- Кўп учрайдиган қоринчалар экстрасистоласи – 1 дақиқада 5 тадан ортик.
- Қоринча тахикардияси.
- Медикаментоз антиаритмик даволашни танлаш.
- Анамнезда пароксизмал суправентрикуляр тахикардия, ёки
- ЭКГда пароксизмал суправентрикуляр тахикардиянинг аниқланиши, ёки

- Пароксизмал суправентрикуляр тахикардияни тез бартараф этиш учун.
- Кўкракда оғриқ.
- Бош айланиши.
- Хуруж пайтида нафас сикиши.
- Ҳилпилловчи артимия кўкракда оғриқ, паст АБ, I/II даражали ҚАЕ билан бирга кузатилганда, ёшларда, диагноз ёки даволашда шубҳа бўлганда, соталол ва верапамил билан қоринчалар титрашини даволашда самара бўлмаганда.

КТМП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш (ҚВП/ОП даражасида қаранг)
2. Клиник кўрик (ҚВП/ОП даражасида қаранг)
3. Лаборатор ва инструментал текширув

ҚВП/ОПда ўтказилганларга қўшимча:

- ЭКГ – ритмограмма.
- Жисмоний юклагани ЭКГ (қарши кўрсатмалар бўлмаганда).
- Холтер мониторинг.
- Юрагида шовқин, чап қоринча гипертрофияси белгилари бўлган 50 ёшдан кичик беморларга ЭхоКГ.
- Липид спектри.
- Қалқонсимон безнинг функционал ҳолатини баҳолаш (ТТГ, Т3, Т4).
- Электролитлар, Ca^{2+}

4. КТМПда даволаш

Синусли тахикардия

- Дигоксин, айниқса чап қоринча юрак етишмовчилиги симптомлари мавжуд бўлганда.
- *Тахикардия сабабларини аниқлаш:* жисмоний зўриқиш, ваҳимага тушиш, асабийлашиш, ЮЕ, дори воситалари, анемия, тиреотоксикоз.
- Тегишли мутахассис аниқлаган сабабларга мувофиқ даволаш.

Қоринча экстрасистолияси

- Хавфли ёки хавфсиз келиб чиқиш сабабларини аниқлаш.
- Чекиш, алкоголь, кофеин истеъмолини тўхтатиш.
- *КТМПда медикаментоз даволаш:* қарши кўрсатмалар бўлмаганда ва ноҳўя таъсирларини эътиборга олган ҳолда амиодарон ёки бета-блокаторлар.

Пароксизмал суправентрикуляр тахикардия (ПСВТ)

- *ПСВТни медикаментоз даволашни тайинлаш:* қарши кўрсатмалар бўлмаганда ва ноҳўя таъсирларини эътиборга олган ҳолда бета-блокаторлар, верапамил ёки амиодарон гуруҳи.
- Агар ПСВТнинг сабаби ўКС (ностабил стенокардия ёки ўткир миокард инфаркти), ёки юрак етишмовчилиги деб шубҳа қилинса, ТМШга йўллаш. Текшириш ва даволаш мос равишда олиб борилади (ўКС ва юрак етишмовчилиги бўйича протоколга қаранг).

Фибрилляция/Бўлмачалар ҳилпиллаши (ҳилпилловчи аритмия)

- Ҳилпилловчи аритмия симптомлари ва белгиларининг ЭКГ назорати.
- Амиодарон вена ичига, ёки
- Дигоксин, айниқса чап қоринча юрак етишмовчилиги симптомлари аниқланганда.

- Ҳилпилловчи аритмияси бор беморларга, тез қоринча реакцияси билан миокард ишемияси сақланганда, агар қарши кўрсатмалар бўлмаса бета-блокаторлар вена ичига тавсия этилади.

- Агар бета-блокаторларга қарши кўрсатмалар бўлса ва чап қоринча етишмовчилиги симптомлари кузатилмаса, ЮУТ пасайтириш мақсадида кальций антагонистлари верапамил ёки дилтиазем вена ичига юборилади.

- Эмболияни олдини олиш мақсадида антикоагулянтлар тавсия этишни эътиборга олинг.

Қоринча тахикардияси

ЭКГ белгилари: QRS комплексини 0,12 сек. кўпроқ кенгайиши билан бирга юрак уриш тезлигининг дақиқада 100 мартадан кўп бўлиши, Р тишчанинг бўлмаслиги.

Даволаш

- Агар бемор хушида бўлса O₂ бериш.
- Вена ичига лидокаин юбориш.
- Агар пульс аниқланмаса, юрак тўхтаганда кўрсатиладиган ёрдам кўрсатиш.
- ТМШга йўллаш.

Рефрактер қоринча тахикардияси

Даволаш

- Адреналин/эпинефрин вена ичига.
- Амiodарон вена ичига.
- ТМШга йўллаш.

5. ТМШга йўллаш мезонлари

- ЎКС – ЎМИ, ностабил тахикардия, шунингдек, шок, ЮЕ, дори дармонлар, тиреотоксикоз натижасида вужудга келган ҳар қандай аритмия.
- ПСВТ хуружининг узоқ вақт давомида бартараф этилмаганида.
- Кўкракдаги оғрик, бош айланиши, хуруж пайтида нафас сиқиши.
- Қоринча тахикардияси.
- Тўсатдан ривожланган ҳилпилловчи аритмия.

ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

2. Клиник кўрик

3. Лаборатор ва инструментал текширув аритмия сабабларига тахмин килинган ҳолда

- Агар сабаби ЎКС (ностабил стенокардия ёки ўткир миокард инфаркти), ёки
- Юрак етишмовчилиги бўлса, текширув мувофиқ равишда ўтказилади (ЎКС ва юрак етишмовчилиги бўйича протоколга қаранг).

4. ТМШ даражасида даволаш

Синусли тахикардия

- Дигоксин, айниқса чап қоринча юрак етишмовчилиги симптомлари аниқланганда.

Қоринча экстростеролияси

- *КТМП кардиологи билан ҳамкорликдаги медикаментоз даволаш:* қарши кўрсатмалар бўлмаганда ва ноҳўя таъсирини эътиборга олган ҳолда амиодарон ёки бета-блокаторлар.

Пароксизмал суправентрикуляр тахикардия

- *Пароксизмал тахикардия хуружида дори-дармонлар билан бартараф этиш:* бета-блокаторлар, верапамил ёки амиодарон гурухи.
- Чекишни, алкоголь ва кофеинни истеъмол қилишни тўхтатишни тавсия этиш.
- Агар ПСВТ сабаблари – ЎКС (ностабил стенокардия ёки ўткир миокард инфаркти) ёки юрак етишмовчилиги бўлса даволаш (ЎКС ва юрак етишмовчилиги бўйича протоколга қаранг).

Фибрилляция/Бўлмача ҳилпиллаши (ҳилпилловчи аритмия)

- Агар сабаби – ЎКС (ностабил стенокардия ёки ўткир миокард инфаркти) ёки юрак етишмовчилиги бўлса даволаш (ЎКС ва юрак етишмовчилиги бўйича протоколга қаранг).

Қоринча тахикардияси

- O₂ бериш.
- Вена ичига лидокаин юбориш.
- Агар пульс аниқланмаса, юрак тўхтаганда кўрсатиладиган ёрдам кўрсатиш.
- *Асосий касалликни даволаш:* ЎКС, ЎЮЕ, СЮЕ хуружи ва б.

Рефрактер қоринча тахикардияси

- Адреналин/эпинефрин вена ичига.
- Амиодарон вена ичига.
- Ихтисослаштирилган марказга юбориш.

5. Вилоят кардиология диспансерига юбориш мезонлари ва кўрсаткичлари

- Рефрактер қоринча тахикардияси.
- Номедикаментоз даволаш масаласини ҳал этиш – юқори частотали абляция.
- Электр кардиоверсия билан даволаш.
- Сурункали суправентрикуляр тахикардия.
- Волф-Паркинсон-Уайт синдроми.
- Қоринча тахикардиясида – дефибрилятор имплантацияси.

6. Кейинги кузатув ва реабилитация

Мақсад: тўсатдан юрак ўлими профилактикаси. Хавфли омилларни аниқлаш ва уларга таъсир этиш.

- Қандли диабет.
- АГ ва чап қоринча гипертрофияси.
- Гиперлипидемия.
- Носоғлом овқатланиш.
- Алкоголни кўп истеъмол қилиш.
- Гиподинамия.
- Чекиш.
- Психологик қўллаб-қувватлаш ва аралашиш.
- Ҳолатни баҳолаш босқичида, ахволига қараб даволаш ва навбатдаги кузатув парваришини танлаш.

Брадикардия

Таърифи

Брадикардия — юрак қисқариши сонининг 1 дақиқада 60 тагача камайиши, аммо 40 тадан кам бўлмаганлиги билан ифодаланади.

Эпидемиологияси

Синусли брадикардия инфарктдан кейинги даврда кўп учрайдиган синдромдир. ЎМИ вазиятида ёки дори воситалар қабул қилганда (бета-блокаторлар, дигоксин) бирдан вужудга келиши мумкин. Кўпинча спортчиларда ва яхши машқ қилган одамларда, шунингдек, юрак ва юракка боғлиқ бўлмаган касалликлар билан оғриган кекса ёшдагиларда кўп учрайди. Кўпинча қуйидаги белгилар, хушдан кетиш, бош айланиши, ҳолсизлик, кўз олдининг қоронгилашиши, тўсатдан йиқилиш, нафас сиқиши билан намоён бўлади.

Кенг тарқалган брадиаритмияларни ЭКГ ташхислашси

- *Синусли брадикардия:* барқарор/доимий брадикардия. R-R 1,00 сек дан ортиқ, мунтазам, P-Q 0,20 секдан кичик.

Сабаблари: спорт билан шуғулланиш, вазовагал хуруж, дори воситалари (бета-блокаторлар, дигоксин), пастки девор МИ, синус тугунининг сустлиги синдроми, гипотиреоз, гипотермия, мия ичи босимининг ошиши, сариқ касаллиги. Шикоят/симптомлар аниқланганда зудлик билан мутахассисга юбориш. Симптомлар бўлмаганда ҳам, ўтказилаётган даво чоралари вазиятида ЮУТ 1 дақиқада 40 дан кам бўлса, албатта мутахассисга юбориш.

- *Синус тугунининг сустлиги синдроми:* бир қанча вариантлар бради- ва тахиаритмия кўринишида намоён бўлади, унинг асосий сабаби битта – синус тугунининг дисфункцияси, бунинг натижасида бардикардия асистолия билан, синоатриал блокада, бўлмачалар титраши, суправентрикуляр тахикардия келиб чиқиши мумкин. Кекса ёшдаги беморлар ўртасида кенг тарқалган. Беморнинг шикоятларини, ЭКГ белгиларини ЮУТ бир дақиқада 40 дан кам ёки R-R интервалнинг/паузнинг 3 сек. юқори бўлганини ҳисобга олиб кардиостимулятор масаласини ҳал этиш мақсадида кардиологга юборилади.

- *Атрио-вентрикуляр блокада:* *Сабаблари* – ЮИК, ДВ (дигоксин, верапамил), миокардит, кардиомиопатия, фиброз, Лим касаллиги (камдан-кам):

- *1 даражали АВ блокада:* P-Q 0,20 сек.дан ортиқ, QRS комплексининг тушиб қолиши йўқ;

- *2 даражали АВ блокада (Мобитц 1):* P-Q интервалининг секин-аста узайиши ва кейинчалик қоринча қисқаришининг тушиб қолиши билан (QRS комплекси); *Мобитц 2:* P-Q интервали ўзгармаганида қисқаришларнинг (QRS комплекслари) мунтазам тушиб қолиши;

- АВ блокада 2:1 ўтиш билан: P-Q 0,20 сек.дан ортиқ, QRS комплексининг сезиларли узайиши билан комплексларининг мунтазам тушиб қолиши, масалан 2:1, яъни иккита бўлмача қисқаришига битта қоринча қисқариши қайд этилади;

- *3 даражали АВ блокада (тўлиқ АВ блокада)* – бўлмачадан қоринчаларга импульслар ўтмайди. Бир-бирига боғлиқ бўлмаган ҳолда бўлмача ва қоринчаларнинг хаотик, тартибсиз қисқаришлари аниқланади. QRSнинг икки ёки ундан ортиқ комплексларининг тушиб қолиши рўй бериши мумкин.

ҚВП/ОП даражасида ташхислаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

- Инфекция, интоксикация.
- Ўзини йўқотиш. Хушдан кетиш.
- Шайтонлаш.
- Гипотериоз.
- Гипотермия.
- Сариқ касаллиги.

- Спорт билан шуғулланиш.
- Юқумли касалликлар (дифтерия, гепатит, грипп, қорин тифи).
- ЮҚТК (ЮИК, туғма юрак нуқсони, миокардит) юрак ўтказиш тизимининг органик зарарланиши билан.
- ЮУТни пасайтирувчи дори воситаларни қабул қилиш.

2. Клиник кўрик

- *Пульсни ўлчаш:* секин 60 дан кам, 40 ур/дақ гача.
- *АБни ўлчаш:* меъёрда ёки пасайган.
- Юрак етишмовчилиги белгилари ва симптомларини аниқлаш.
- ЎКС симптомларини аниқлаш.
- Ҳамроҳ касалликлар симптомларини аниқлаш .

3. Лаборатор ва инструментал текширув

- Тинч ҳолатда ЭКГ.
- Умумий қон таҳлили.
- Умумий сийдик таҳлили.
- Қон глюкозаси.

4. ҚВП/ОП даражасида даволаш

- *Симптомлар аниқланганда:* систолик АБ 90 мм.сим.уст.гача камайганда, ЧҚЕ, ЮУТ 40 ур/дақ. кам бўлганида – вена ичига атропин юбориш, O_2 бериш, шундан сўнг дарҳол касалхонага ётқизиш.
- Брадикардия ва блокаданинг сабаби сифатида ЎКС (ЎМИ, ЮЕ) ва ЮЕ аниқланса, мувофиқ равишда касалхонагача бўлган ёрдам кўрсатилади (ЎКС ва ЮЕ клиник протоколига қаранг) ва ТМШ касалхонасига ётқизилади.

5. КТМП кардиологга йўллаш мезонлари

Даво чоралари қўлланилмаган 2 ва 3 даражали АВ блокадаларда ўлим кўрсаткичи 35%ни ташкил этади. Бундай беморлар симптомлар бўлмаганда ҳам, албатта кардиологга жўнатилади.

КТМП даражасида диагностика ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш (ҚВП/ОП даражасида қаранг)

2. Клиник кўрик (ҚВП/ОП даражасида қаранг)

3. Лаборатор ва инструментал текширув ҚВП/ОП текширувига қўшимча равишда.

- ЭКГ – ритмограмма.
- Жисмоний юкламали ЭКГ (қарши кўрсатмалар бўлмаганда).
- Холтер мониторинг.
- Юрагида шовқини, чап қоринча гипертрофияси белгилари бўлган беморларга ЭхоКГ.
- Липид спектри.
- Қалқонсимон безнинг функционал ҳолатини белгилаш (ТТГ, Т3, Т4).
- Жигар синамалари.
- Дигоксин концентрацияси даражаси (агар ўша вақтда қабул қилинса).
- Электролитлар, Ca^{2+} .

4. КТМП даражасида даволаш

- Симптоматик брадикардия ёки ўтказувчанликнинг бузилиши (блокадалар) бўлган беморлар қабул қилаётган брадиаритмияни чакирувчи дори воситалари, масалан, бета-блокаторлар, дигоксин, верапамил қабул қилишлари тўхтатилади.
- 1 даражали изоляцияланган АВ блокада, АВ блокада Мобитц 1 да даволаш талаб этилмайди.
- Қуйидаги симптомлар: систолик АБ 90мм.сим.устдан пасайганда, ЧҚЕ, ЮУТ 40 ур/дак. кам бўлганда – вена ичига атропин юборилади, О₂ берилади, шундан сўнг зудлик билан касалхонага ётқизилади.
- Брадикардия ва блокада сабаби сифатида ЎКС (ЎМИ, НС) ва ЮЕ аниқланганда, касалхонагача бўлган тегишли тиббий ёрдам кўрсатилади (ЎКС ва ЮЕ клиник протокоliga қаранг) ва ТМШ ётқизилади.
- Шошилиш ва хавfli ҳолатлар бўлмаганда, ихтисослаштирилган муассасага юбориш масаласи ҳал этилади.

5. ТМШга йўллаш мезонлари

- Ўзини йўқотиш, ҳушдан кетиш билан кечадиган АВ блокадалар, брадикардия.
- ЎКС дан кейинги брадикардия.
- Ўткир ҳолатлар, захарланишдан кейин вужудга келган брадикардия.
- ДВ (дори воситалари) дозасининг ошиб кетиши оқибатида вужудга келадиган брадикардия.

ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш (КТМП даражасида қаранг)

2. Клиник кўрик (КТМП даражасида қаранг)

3. Лаборатор ва инструментал текшириш

- Брадикардия сабабларига боғлиқ ҳолда.
- Агар сабаби – ЎКС (ностабил стенокардия ёки ўткир миокард инфаркти) ёки юрак етишмовчилиги бўлса, тегишли равишда текширув ўтказилади (ЎКС ва юрак етишмовчилиги бўйича протоколга қаранг).

4. ТМШ даражасида даволаш

- Брадикардия сабабига боғлиқ равишда.
- Агар сабаби – ЎКС (ностабил стенокардия ёки ўткир миокард инфаркти) ёки юрак етишмовчилиги бўлса, даволаш тегишли равишда амалга оширилади + атропин тери остига буюрилади.
- 2 ёки 3 даражали АВ блокада:
 - Атропин 0,5-1мг
 - Допамин 5-10 мг/кг 1 дақиқада
 - Эпинефрин 2-10мг/дак
 - Изоротеренол 2-10 мг/дак

5. Вилоят кардиология диспансерига йўллаш мезонлари ва кўрсаткичлари

- Бош айланиши, ўзини йўқотиш, ЮЕни ҳосил бўлиши ва/ёки ривожланиши ва коронар етишмовчиликка олиб келувчи доимий синусли брадикардия.

- Синус-бўлмача тугунининг II-III даражали ўтиб кетувчи блокадаси ёки синус-бўлмача тугунининг тўсилиши ҳушдан кетиш билан.
- ЮУТнинг ҳаддан ташқари ортиши оқибатида жисмоний зўриқишни кўтара олмаслик.
- Яққол кўзга ташланувчи, медикаментоз даволанишга берилмайдиган, дақиқадаги ҳажми камайиш билан кечадиган, юрак етишмовчилиги ва эктопик қоринчалар аритмияси билан кечадиган синусли брадикардияни даволашда электрокардистимуляция ёки доимий электрокардистимулятор имплантацияси зарурат бўлганида.

6. Кейинги кузатув ва реабилитация

Юқорида келтирилган – бўлмачалар фибрилляцияси ва аритмиясига қаранг.

ҚВП/ОП, КТМП, ТМШда юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишларини диспансер кузатиш режаси

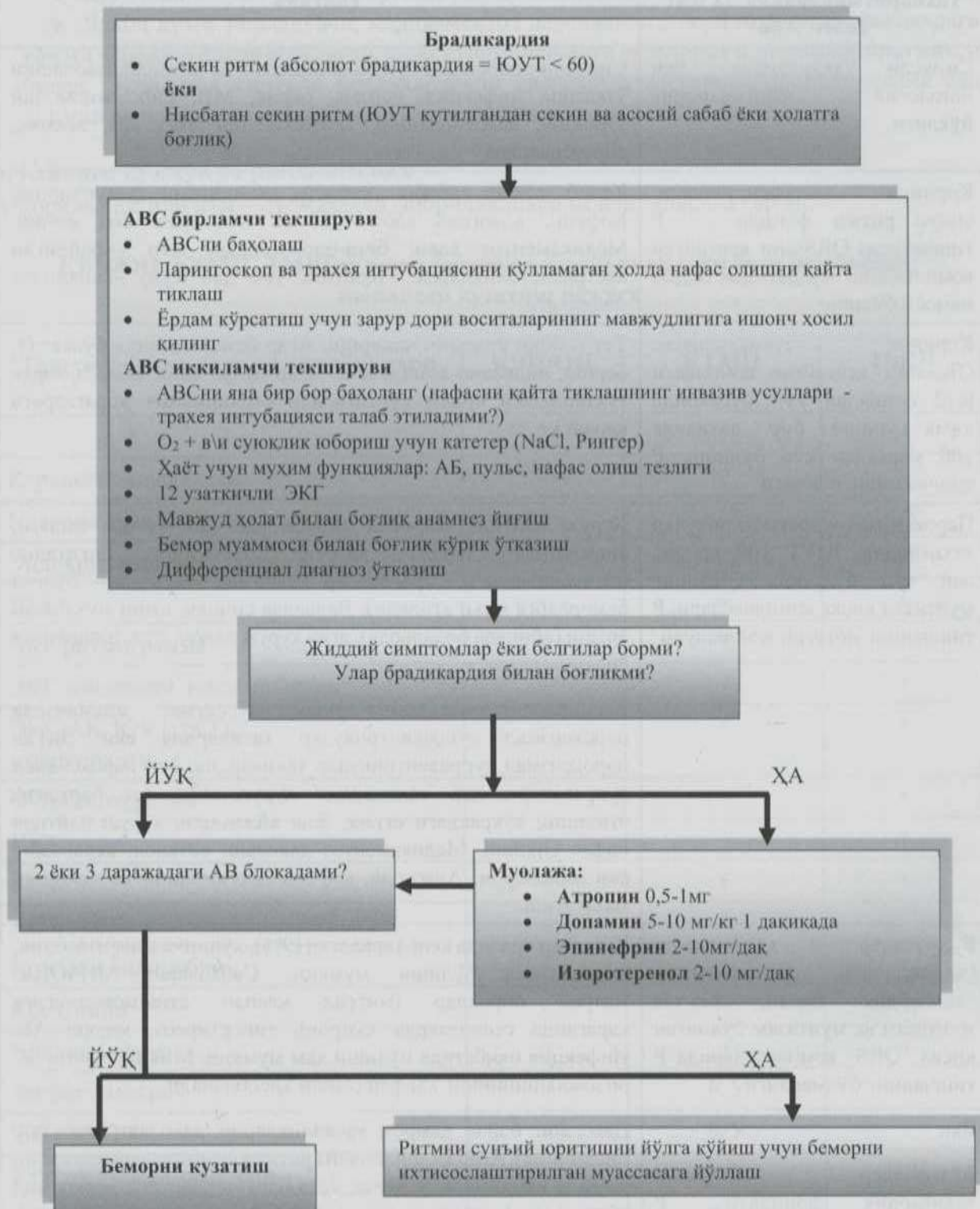
Ташхислаш ва даволаш тадбирлари	ҚВП/ОП	КТМП	ТМШ
1	2	3	4
Кардиолог маслаҳати	-	+	+
Невропатолог маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
Эндокринолог маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
ЭКГ	+	+	+
ЭКГ ритмограмма	-	+	-
ЭКГ жисмоний юклама билан	-	+	+
ЭКГ, АБ, ЮУТ, рСО ₂ мониторинги	-	+	+
Оксигенотерапия	+	+	+
УҚТ	+	+	+
УСТ	+	+	+
АСТ, АЛТ	-	+	+
Қондаги билирубин	-	+	+
Креатинин	-	+	+
Қондаги глюкоза	-	+	+
Липид спектри	-	К/Ў	-
ТТГ, Т3, Т4	-	К/Ў	-
Кўкрак қафаси рентгени	-	К/Ў	К/Ў
ЭХОКГ	-	К/Ў	+
Медикаментоз ва номедикаментоз даволаш			
Дори моддалар билан даволаш	-	+	+

К/Ў – кўрсатма бўйича ўтказилади
(+) – албатта ўтказилади

Тахиаритмияни дифференциал ташхислаш ва даволаш жадвали

Тахиаритмия шакли ва ЭКГ белгилари	Тактика
Синусли тахикардия ёки патологик белгиларнинг йўқлиги	Синусли тахикардия сабабини аниқлаш ва тегишли даволашни ўтказиш: инфекция, иситма, оғриқ, МИ, шок, жисмоний зўриқиш, хавотирланиш, асабийлашиш, НС, ДВ, анемия, тиреотоксикоз
Қоринча экстрасистолияси: синус ритми фонидан - Р тишчасисиз QRSнинг кенгайган комплексини муддатидан олдин намоён бўлиши	Келиб чиқиш сабаби хафвсиз эканлигини тушунтириш. Кофеин, алкоголь қабулидан ва чекишдан воз кечиш. Медикаментоз даво: бета-блокаторлар. Кўп учрайдиган экстрасистолияларда (соатига 100 дан кўп) –кардиолог маслаҳати
Қоринча тахикардияси: QRSнинг кенгайган комплекси 0,12 сониядан кўп бўлганида юрак уриши бир дақиқада 100 мартадан кўп бўлиши, Р тишчасининг йўқлиги	Тез тиббий ёрдамни чақириш. Агар бемор хушида бўлса O ₂ бериш, лидокаин вена ичига. Агар пульс аниқланмаса, юрак тўхташидаги ёрдам кўрсатилади («шошилинч ҳолатлар»га қаранг)
Пароксизмал суправентрикуляр тахикардия: ЮУТ 100 ур/дак дан кўп бўлганда QRSнинг мунтазам қисқа комплекслари, Р тишчанинг нотўғри жойлашуви	<p>Хуруж пайтида: каротид синуси массажи (кекса ёшдаги, анамнезида ЮИК, каротид шовқини, дигиталис интоксикацияси, транзистор ишемик ҳужуми бўлган беморларга маън этилади), Валсалва синови, юзни муз билан артиш (айниқса болаларда), агар хуруж давом этса, шошилинч ёрдам марказига йўллаш.</p> <p>Кардиолог маслаҳати учун кўрсатма: анамнезида пароксизмал суправентрикуляр тахикардия ёки ЭКГда пароксизмал суправентрикуляр тахикардия, ёки пароксизмал суправентрикуляр тахикардия хуружининг тез бартараф этилиши, кўкракдаги оғриқ, бош айланиши, хуруж пайтида нафас сиқиши. Медикаментоз даволаш: соталол, верапамил ёки амиодарон. Алкоголь, кофеин истеъмолини ва чекишни маън этиш.</p>
<p>Бўлмачалар ҳилпиллаши (ҳилпилловчи аритмия): тахикардия билан, тез-тез мунтазам ва мунтазам бўлмаган қисқа QRS комплексларида Р тишчанинг бўлмаслиги</p> <p>Ёки</p> <p>Бўлмачалар титраши: тахикардия фонидан Р тишчасининг мунтазам катта тўлқинлари - «аррасимон» шакл. ЮУТ 300 ур/дак.гача, QRSнинг қисқа комплекслари ЮУТ 100-150 ур/дак.</p>	<p>Кексалар орасида кенг тарқалган (9%), кўпинча асимптоматик, пароксизмал бўлиши мумкин. Сабаблари: МИ/ЮИК, митрал пороклар (митрал клапан етишмовчилигига қараганда стенозларда кўпроқ), гипертиреоз, юқори АБ. Инфекция оқибатида бўлиши ҳам мумкин. Мия инеульти, ЗС ривожланишининг хавфи омили ҳисобланади.</p> <p>Даволаш: барча ҳамроҳ касалликларни даволаш (масалан, пневмония). Агар ҳилпилловчи аритмия симптомлари дигоксин фонидан камаймаса, у ҳолда бета-блокаторлар ёки верапамил кўшилади. Амиодарон кардиолог томонидан тавсия этилади. Эмболияни олдини олиш мақсадида антикоагулянтлар тавсия этишни эътиборга олинг.</p> <p>Мутахассисга йўллаш учун кўрсатма: кўкракдаги оғриқ, паст АБ, КЕ I/II даражаси, ёшлар, диагноз қўйиш ва даволашдаги шубҳалар, соталол ёки верапамил билан ўтказилган даволаш самарасининг йўқлиги.</p>

Брадикардия билан оғриган беморларни ташхислаш ва олиб бориш алгоритми



*ABC:

A - AIRWAY – нафас йўллари ўтказувчанлиги, хуши аниқлиги

B - BREATHING – нафас олишнинг мавжудлиги

C - CIRCULATION – қон айланиш бузилишининг белгилари, пульс

БЎЛМАЧАЛАР ТИТРАШИ ВА ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ (Ҳилпилловчи аритмия)

ХКТ бўйича шифри – 10:

Ритм бузилиши: 147-149.9

Бўлмачалар титраши ва фибрилляцияси: 148

Таърифи

Бўлмачалар фибрилляцияси (хилпиллаши) (БФ) – бўлмачаларнинг 1 дақиқада 400 мартадан кўп тезликда уриши, уларнинг хаотик, тартибсиз, нерегуляр қўзғалишидир.

Бўлмачалар титраши – бўлмачалардаги патологик ўчоқларнинг қўзғалиши оқибатида юзага келадиган, мунтазам, бўлмачаларнинг 1 дақиқада 200-400 марта тезликда қисқаришидир.

Эпидемиологияси

Ҳилпилловчи аритмия – клиник амалиётда кўп учрайдиган, аритмиянинг турларидан бири бўлиб, юрак ритми бузилиши сабабли касалхонага ётқизиладиганларнинг тахминан 1/3 қисмини ташкил этади. Унинг тарқалиши аҳоли ёшининг ошиши ва кардиологик беморлар яшаш даврининг ортиши билан ортиб бормоқда. Ҳилпилловчи аритмия кўпинча миокарднинг органик касалликлари билан боғлиқ бўлиб, шу билан бирга БФ оғриган беморларда миокарднинг органик патологияси аниқланмаган ҳолатлар ҳам мавжуд. БФ билан боғлиқ гемодинамик бузилишлар ва тромбоэмболик асоратлар касалликнинг, ўлим кўрсаткичининг ва тиббий хизмат харажатларининг сезиларли ошишига олиб келади.

ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

- Юрак тез уришини сезиш.
- Кўкрак қафасидаги оғрик.
- Нафас сикиши.
- Ҳолсизлик.
- Кўркиш ҳисси, калтираш, титраш, полиурия, бош айланиши, ўзини йўқотиш (ритмнинг юқори тезлигида) билан кузатилиши мумкин.

2. Клиник кўрик

Ўлчанади:

- АБ ошган, меъёردа ёки пасайган бўлиши мумкин.
- Пульс – юрак қисқаришлари абсолют нерегуляр ва аускультация пайтида ва билан артерияда пульс ҳисобланганда ЮУТдан пульснинг кам бўлиши.
- Юрак аускультацияси: тонлар, ритмнинг бир меъёрида бўлиши, шовқинлар.
- Ўпка аускультацияси: нафас олиш, хириллашлар.

3. Лаборатор ва инструментал текширув

- Тинч ҳолатдаги ЭКГ.
- Умумий қон таҳлили.
- Умумий сийдик таҳлили.
- Қондаги глюкоза.

4. ҚВП/ОП даражасида даволаш

- Ҳилпилловчи аритмия ўКС – ўМИ ёки НСнинг сабаби эканлиги аниқланганда, касалхонагача бўлган тегишли тиббий ёрдам кўрсатилади ва ТМШ касалхонасига ётқизилади.

5. КТМШ кардиологига йўллаш мезонлари

- Юрак етишмовчилигида хилпилловчи аритмия.
- Кўкракдаги огрик билан кечадиган хилпилловчи аритмия.
- Хилпилловчи аритмия ва ҚАЕ I/II даражаси.
- Ёшлик даври.
- Диагноз қўйиш ва даволашдаги шубҳалар.

КТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш (ҚВП/ОП даражасида қаранг)

2. Клиник кўрик (ҚВП/ОП даражасида қаранг)

3. Лаборатор ва инструментал текширув

- ЭКГ – ритмограмма.
- Жисмоний юкламали ЭКГ (қарши кўрсатмалар бўлмаганда).
- 50 ёшдан кичик, юрагида шовқини, чап қоринча гипертрофияси белгилари бўлган беморларга ЭхоКГ.
- Липид спектри.
- Қалқонсимон безнинг функционал ҳолатини баҳолаш (ТТГ, Т3, Т4).
- Электролитлар, Ca^{2+} .

4. КТМШ даражасида даволаш

- Барқарор ва доимий БФ бўлган беморларда тинч ҳолатда пульс тезлигини ўлчаш ва пульс тезлиги даражасини медикаментоз назорат қилиш.
- Амiodорон вена ичига, аста-секин оғиз орқали қабул қилишга ўтиш билан ёки,
- Дигоксин, айниқса чап қоринча юрак етишмовчилиги симптомлари аниқланганда.
- Миокард ишемияси сақланган, тез қоринча реакцияси ва БФ бўлган беморларга қарши кўрсатмалар бўлмаганда вена ичига бета-блокаторлар, кейинчалик оғиз орқали қабул қилишга ўтиш тавсия этилади.
- Агар бета-блокаторларга қарши кўрсатмалар бўлса ва чап қоринча юрак етишмовчилиги симптомлари бўлмаса, верапамил вена ичига, кейинчалик оғиз орқали қабул қилишга ўтиш тавсия этилади.
- Эмболиянинг олдини олиш мақсадида антикоагулянтлар (аспирин) тавсия этишни эътиборга олинг.

5. ТМШга йўллаш мезонлари

- Хилпилловчи аритмия сабаби ЎКС – ЎМИ ёки НС эканлиги аниқланганда, касалхонагача бўлган тегишли тиббий ёрдам кўрсатилади ва ТМШ касалхонасига ётқизилади.
- Ривожланувчи юрак етишмовчилиги асосидаги хилпилловчи аритмия.
- Хилпилловчи аритмия ва паст АБ.

ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш (ҚВП/ОП даражасида қаранг)

2. Клиник кўрик (ҚВП/ОП даражасида қаранг)

3. Лаборатор ва инструментал текширув

- Аритмиянинг шубҳаланилган сабабига қараб текширув ўтказилади.
- Агар сабаби – ЎКС (ностабил стенокардия ёки ўткир миокард инфаркти) ёки юрак етишмовчилиги бўлса, мувофиқ равишда текширув ўтказилади (ЎКС ва юрак етишмовчилиги бўйича протоколга қаранг).

пароксизмал шакли.

- Бўлмачалар фибрилляциясининг барқарор шаклида синус ритмини қайта тиклаш мақсадга мувофиқлиги масалаларни ҳал этиш учун.
- Асоратлари ривожланганда антиаритмик даволаш.
- Тез-тез қайталанувчи (рецидивли) БФ пароксизми (антиаритмик даволашни танлаш учун).
- Бўлмачалар фибрилляциясининг барқарор шаклида юқори тахикардия ва юрак етишмовчилигининг кучайиши бўлса (медикаментоз даволашни коррекциялаш учун) касалхонага ётқизиш тавсия этилади.
- Антитромботик даволашни ўтказиш.

6. Кейинги кузатув ва реабилитация

Мақсад: юракдан тўсатдан ўлим профилактикаси. Хавфли омилларни аниқлаш ва уларга таъсир этиш.

- Қандли диабет.
- Артериал гипертония ва чап қоринча гипертрофияси.
- Гиперлипидемия.
- Носоғлом овқатланиш.
- Алкоголни кўп истеъмол қилиш.
- Гиподинамия.
- Чекиш.

ҚВП/ОП, КТМП, ТМШда хилшилловчи аритмияни диспансер кузатиш режаси

Диагностика ва даволаш тадиблари	ҚВП/ОП	КТМП	ТМШ
Кардиолог маслаҳати	-	+	+
Невропатолог маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
Эндокринолог маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
ЭКГ	+	+	+
ЭКГ ритмограмма	-	+	+
ЭКГ, АБ, ЮУТ, рСО ₂ мониторинги	-	+	+
Оксигенотерапия	-	+	+
УҚТ	+	+	+
УСТ	+	+	+
АСТ, АЛТ	-	+	+
Қондаги билирубин	-	+	+
Креатинин	-	+	+
Қондаги глюкоза	-	+	+
Липид спектри	-	К/Ў	К/Ў
ТТГ, Т3, Т4	-	К/Ў	К/Ў
Кўкрак қафаси рентгени	-	К/Ў	К/Ў
ЭХОКГ	-	К/Ў	К/Ў
Антиаритмик даволаш	-	+	+
Антитромботик даволаш	-	+	+

К/Ў – кўрсатма бўйича ўтказилади; (+) – албатта ўтказилади

Хилпилловчи аритмия билан оғриган беморларни ташхислаш ва олиб бориш алгоритми

А. Анамнез/шикоятларни йиғиш:

Юракни тез уриши, нафас сикиши, холсизлик, кўкракдаги оғрик, кўркиш хисси, титраш, бош айланиши, хушдан кетиш

В. Физикал кўрик

- АБ меъёрада, ошган ёки пасайган
- Пулс нерегуляр
- Тери қатлами: оқарган
- Юрак аускультацияси: нерегуляр ритм
- ЎКС ёки ЮИК ёки ҳар қандай бошқа асосий касаллик белгилари
- Юрак етишмовчилиги симптомлари

С. Лаборатор ва инструментал текширув

ҚВП/ОПда: тинч ҳолатдаги ЭКГ, УҚТ, УСТ, қондаги глюкоза

КТМПда: ҚВП/ОПдаги каби + ЭКГ ритмограмма, жисмоний юкламали ЭКГ, ЭхоКГ, липид спектри

ТМШда: сабабига боғлиқ ҳолдаги текширув: кўкрак қафаси рентени, коагулограмма, электролитлар, Ca^{2+}

Д. Юритиш тактикаси

КТМП ва ТМШда даволаш

Мақсад:

- ЮУТни пасайтириш, нормаллаштириш
- Тромбоземболия профилактикаси
- Синус ритмини қайта тиклаш ва сақлаш
- Хилпилловчи аритмияга олиб келган сабабларини коррекциялаш

КТМП кардиологи ва ТМШ терапевти билан ҳамкорликда медикаментоз даволаш

Узлуксиз антиаритмик даволаш:

- 1 йўналиш – амидорон
- 2 йўналиш – дигоксин (айниқса ЧҚЕда)
- 3 йўналиш – қарши кўрсатмалар бўлмаганда бетаблокаторлар
- 4 йўналиш – кальций антагонитлари – қарши кўрсатмалар бўлмаганда
- Барча беморларга - аспирин

Мутахассис ва касалхонага йўллаш мезонлари

КТМП ва ТМШга

Кўкракдаги оғрик
Паст АБ
ҚАЕ I/II
Ёшларда
Диагнозга шубҳа

Ихтисослашган муассасага

Биринчи аниқланган ҲА
Ривожланувчи ҲА
Ўтказилган даволашнинг самарасизлиги
Антиаритмик даволаш
Холтермониторлаш
Доплер ЭХОКГ
Кардиоверсия

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ

ХКТ бўйича шифри – 10:

Артериал гипертония I 10-I 15

Таърифи

Артериал гипертония – гипертония касаллигида ва маълум аъзо ва тизимларнинг қатор касалликларида рўй берадиган артериал қон босимини (САБ \geq 140 мм.сим.уст ва ДАБ \geq 90 мм.сим.уст.) ошиш синдромидир.

Гипертония касаллиги ёки эссенциал гипертония – сурункали касаллик бўлиб, асосий белгиси бирламчи аъзо патологияси билан боғлиқ бўлмаган ва юрак қон-томир асоратлари юқори хавфи билан таснифланадиган артериал гипертензиядир.

Симптоматик (иккиламчи артериал гипертония) – маълум сабабларга кўра, асосий касаллик фонида ривожланувчи АГ синдромидир.

Эпидемиологияси

АГ турли Европа мамлакатлар умумий аҳолининг 30-40%ида учрайди, ёш ортиши билан кескин ошади. Илмий тадқиқот натижаларига кўра, бизнинг мамлакатимизда катта ёшдаги (18 ёшдан катта) аҳоли ўртасида АГ 25%ни ташкил этади. АГнинг тарқалганлиги билан АБнинг кўтарилиши натижасида рўй берадиган ўлим кўрсаткичлари орасида узвий ўзаро боғлиқлик бўлиб, улар бир қатор юрак қон-томир касалликлари (инсульт, миокард инфаркти, тўсатдан ўлим, юрак етишмовчилиги ва периферик артерияларнинг зарарланиши) ва буйрак касалликлари ривожланиши билан боғлиқ. Юрак қон-томир тизимидан касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари орасидаги ўзаро боғлиқлик қўшимча юрак қон-томир хавфи омилларига қараб ўзгариб боради.

Хавфли омиллари

- Чекиш.
- Алкоголь.
- Суст жисмоний фаоллик.
- Ортиқча тана вазни, семизлик.

ҚВП/ОП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Анамнез ва шикоятлар йиғиш

• Сизни юракдаги оғриқ (стенокардия), жисмоний зўриқишда ва ётган ҳолатда нафас сиқиши, тананинг пастки қисмларида увушиш ва бўшашиш, озиб кетиш, чанқаш, полиурия, юздаги шишлар, оёқдаги шиш, сийдикдаги қон (гематурия) ва х.к.лар безовта қиялтими?

• Қанақа дорилар қабул қиласиз? АБни оширувчи ёки пасайтирувчи даво препаратларига урғу берилади: комбинациялашган оғиз орқали контрацептивлар, эстроген, кортикостероид, яллиғланишга қарши ностероид воситалар, бурун оқишига қарши воситалар, аналгетиклар.

• Чекасизми? (ха/йўқ) (агар сўнгги 12 ой ичида чеккан бўлсангиз “ха” деб жавоб беринг).

• Алкоголь истеъмол қиласизми? (ха/йўқ) (агар “ха” бўлса миқдори ва мунтазамлигини кўрсатинг).

- Машгулот тури: суэт ёки фаол.
- Жисмоний фаолликка 30 дақиқадан ортиқ, камида ҳафтасига 5 кун вақт ажратасизми? (ха/йўк).
- Сизда қуйидаги касалликлар аниқланганми: юрак касаллиги, инсулт, транзистор ишемик хужум, ҚД, буйрак касалликлари?
- Яқин қариндошларингизнинг оилавий анамнезида эрта (55 ёшгача эркакларда ва 65 ёш аёлларда) ўлим ҳолати ва юрак, буйрак, инсулт, ҚД касалликлари борми?

2. Клиник кўрик

- Ўтирган ҳолатда ҳар икки қўлда артериал босимни ўлчаш.
- Бел айланасини ўлчаш (бел айланаси эркакларда > 100 см, аёлларда > 90 см).
- Билак артериядаги пульсни ва нафас олиш тезлигини баҳолаш.
- Юрак учи турткисини пайпаслаш (бўртиб чиқиш ва силжиш).
- Юрак (ритм ва шовкинлар) ва магистрал қон томирлар (уйқу артерияси ва қорин аортаси) аускультацияси.
- Ўпка аускультацияси (икки тарафлама базал крепитация).
- Қорин бўшлиғи палпацияси (жигарнинг касаллик сезувчанлиги).
- Тўпикларда шишларни аниқлаш.
- ҚД билан оғриган беморларда оёқ кафтини текшириш (сезувчанлиги, пульсацияси ва яраларнинг борлиги).

3. Лаборатор ва инструментал текширув

- Артериал гипертония аниқланган барча беморларни 12 узатгичли ЭКГга туширилади (чап қоринча гипертрофияси, ST сегменти ва Т тишчалардаги ишемик ўзгаришлар, ритм ва ўтказувчанликнинг бузилиши, илгари кечирилган ўМИ белгилари).
- Умумий қон таҳлили.
- Умумий сийдик таҳлили.
- Оч қоринга қон зардобидаги глюкозани (диабет = оч қоринга қондаги глюкоза \geq 7 ммоль/л) ёки овқатлангандан кейин қондаги глюкозани (\geq 11,1 ммоль/л) аниқлаш
- Артериал гипертония ва/ёки ҚД аниқланган беморларда ретинопатия, кўриш нерви учларининг шиши, шоҳ пардага қон қуйилишини аниқлаш учун кўз тубини текшируви ўтказилади.
- Юрак қон-томир хавфини баҳолаш.

АҚБ даражаларининг таснифи (мм.сим.уст.) ESH/ ESC 2013

Тонфаси	Систолик		Диастолик
Оптимал	<120	ва	<80
Нормал	120-129	ва/ёки	80-84
Юқори нормал	130-139	ва/ёки	85-89
1 даражали АГ	140-159	ва/ёки	90-99
2 даражали АГ	160-179	ва/ёки	100-109
3 даражали АГ	\geq 180	ва/ёки	\geq 110
Изоляцияланган систолик АГ	\geq 140	ва	<90

Европа кардиологлар жамияти ва Европа артериал гипертония жамияти томонидан таклиф этилган юрак қон-томир хавфи стратификацияси (2013й.)

Бошқа хавфли омиллар, нишон органларининг симптомсиз зарарланиши ёки ассоциацияланган касалликлар	Артериал босим (мм.с.м.уст.)			
	Юқори нормал САБ 130-139 ёки ДАБ 85-89	1 даражали АГ САБ 140-159 ёки ДАБ 90-99	2 даражали АГ САБ 160-179 ёки ДАБ 100-109	3 даражали АБ САБ ≥ 180 ёки ДАБ ≥ 110
ОХ йўқ		Паст хавф	Ўрта хавф	Юқори хавф
1-2 хавфли омиллар	Паст хавф	Ўрта хавф	Ўрта ва юқори хавф	Юқори хавф
3 ва ундан кўп ХО	Паст ва ўрта хавф	Ўрта ва юқори хавф	Юқори хавф	Юқори хавф
Нишон органларининг зарарланиши, сурункали буйрак етишмовчилиги 3 даражаси ёки диабет	Ўрта ва юқори хавф	Юқори хавф	Юқори хавф	Юқори ва ўта юқори хавф
Клиник манифест ЮҚТК СБЕ ≥ 4 даража диабет нишон органларининг зарарланиши билан	Ўта юқори хавф	Ўта юқори хавф	Ўта юқори хавф	Ўта юқори хавф

АБ -артериал босим, АГ- артериал гипертония, СБК- сурункали буйрак касаллиги; ДАБ-диастолик артериал босим, САБ- систолик артериал босим, ЮҚТК – юрак қон-томир касалликлари.

4. ҚВП/ОП даражасида даволаш

Номедикаментоз даволаш

Ҳаёт тарзини ўзгартириш:

- Чекишдан воз кечиш.
- Тана вазнини меъёрлаштириш.
- Ош тузи истеъмолини 5 г/сут.гача камайтириш.
- Овқатланиш тартибини ўзгартириш, яъни ўсимлик озукалари истеъмолини ошириш, сабзавот, мевалар, донли маҳсулотларда миқдори кўп бўлган калий ва кальцийнинг ҳамда сутли маҳсулотларда миқдори кўп бўлган магнийнинг овқат таркибидаги миқдорини ошириш.
- Ёғ ва холестерин миқдори кўп бўлган маҳсулотлар истеъмолини камайтириш. Ҳайвон ёғи ва холестерин миқдори кўп бўлган маҳсулотлар: қаймоқ, сметана, ёғли творог, сариёғ, чўчка гўшти, ёғли мол гўшти, жигар, тухум, колбаса истеъмолини чеклаш. Гўштнинг ёғсиз навлари, масалан, балиқ, товук гўштини кўпроқ истеъмоли килиш. Гуруч, нон, ёрмалар деярли ёғ сакламайди.
- Жисмоний фаолликни ошириш – мунтазам аэробик жисмоний машиклар 30-40 дақиқадан ҳафтасига камида 4 марта. Имкон қадар зўриқишлардан (оғирлик кўтариш) йироқ бўлиш лозим, сабаби улар АБни ошишига олиб келиши мумкин.
- Алкоголь ичимликлар истеъмолини камайтириш (этанолга ҳисобланганда: <30 г/сут эркакларда ва <20 г/сут аёлларда).

ЮҚТК хавфли омиллари назорати

- Гиперлипидемия.
- Қандли диабет.
- Семириш.
- ГЎТ (гормон ўриндош терапия) назорати.

Медикаментоз даволаш ўтказилади:

- ҚД ва юрак қон-томир касалликлари (миокард инфаркти, стенокардия, юрак етишмовчилиги), цереброваскуляр касалликлар (ишемик ва геморрагик инсульт, транзистор ишемик хужум), буйрак касалликлари (диабетик нефропатия, буйрак етишмовчилиги), периферик қон-томир касалликлари (аортанинг кенгайган аневризми, периферик артериянинг зарарланиши), гипертоник ретинопатия аниқланган барча беморларда.

- Агар ахволи стабил бўлса, буюрилган даво давом эттирилади ва нишон аъзолари зарарланган беморларда, юрак қон-томир асоратлари юқори ва ўта юқори бўлса хавф 30%дан ошган ҳолатлардагидек чоралар кўрилади.

- Чап қоринча гипертрофияси, албуминурия, ретинопатия билан оғриган беморларда.
- АБ $\geq 160/100$ мм.сим.уст. дан юқори барқарор босимга эга бўлган беморларда.
- Умумий холестерини 8 ммоль/л (320 мг/бўл) ёки ундан юқори бўлган беморларда; ҳаёт тарзини ўзгартириш бўйича маслаҳатлар ва статинлар тавсия этилади.

Антигипертензив препаратлар

- Диуретиклар (асосан тиазидли).
- Ангиотензинни айлантирувчи фермент ингибиторлари.
- Кальций антагонистлари.
- Ангиотензин II (АРА II) рецепторлари антагонистлари.
- Бета-адреноблокаторлар (БАБ).
- Агар ёш 55гача бўлса, тиазид диуретиклари ва/ёки ААФ ингибиторлари тавсия этилади. Қарши кўрсатмалар бўлса ёки бу препаратларни қабул қила олмаса ангиотензин II рецепторлари антагонистлари тавсия этилади. Агар ёш 55дан юқори бўлса, узоқ муддат таъсирга эга бўлган кальций каналлари блокаторлари (кальций антагонистлари) тавсия этилади. Шишлар пайдо бўлса, юрак етишмовчилиги симптомлари мавжуд бўлса ёки кальций антагонистларининг самараси бўлмаса, тиазид диуретиклари кам дозада ва/ёки ангиотензин II рецепторлари антагонистлари тавсия этилади.
 - ААФ ингибиторларини қабул қила олмаганда (беморларда ноҳўя таъсир сифатида йўтал пайдо бўлса), узоқ муддатли таъсирга эга бўлган кальций антагонистлари ва/ёки ангиотензин II рецепторларининг антагонистлари тавсия этилади.
 - ААФ ингибиторларига қарши кўрсатмалар бўлганида ва уларни қабул қила олинмаганида ёки фертил ёшдаги аёлларга бета-блокаторлар тавсия этилади.

Аспирин

50 ёшдан юқори, юрак қон-томир хавфи юқори ёки ўта юқори бўлган беморларга, қарши кўрсатмалар бўлмаганида, шунингдек, ўрта юрак қон-томир хавфи бўлган беморларга аспиринни кичик дозаси 75мг/сут тавсия этилади.

Статинлар

Умумий холестерини 8 ммол/л.дан юқори бўлган беморларга – ҳаёт тарзини ўзгартириш бўйича маслаҳатлар ва умумий холестерин даражасини 6,0 ммол/л.дан камайтиришга эришиш учун статинлар тавсия этилади.

5. КТМП кардиологига йўллаш мезонлари

- САБ ≥ 200 ва/ёки ДАБ ≥ 120 мм.сим.уст.
- 40 ёшдан кичик бўлган шахсларда САБ ≥ 140 ва/ёки ДАБ ≥ 90 мм.сим.уст. (иккиламчи гипертония ҳам шу жумладан).
 - Қуйидаги ҳамроҳ (ассоциацияланган) касалликлар аниқланганда: юрак қон-томир касалликлари (миокард инфаркти, стенокардия, юрак етишмовчилиги), цереброваскуляр касалликлар (ишемик ва геморрагик инсульт, транзистор ишемик ҳужум), буйрак касалликлари (диабетик нефропатия, буйрак етишмовчилиги), периферик қон томирлар касалликлари (аортанинг кенгайган аневризми, периферик артерия зарарланиши), гипертоник ретинопатия.
 - Кўкракда биринчи марта оғриқни юзага келиши ёки стенокардия, ностабил стенокардия оғирлигининг ўзгариши ва гипертония касаллиги фонида транзистор ишемик ҳужум, авж олиб борувчи оксоқлик, юрак учи турткисининг бўртиши, юрак етишмовчилиги, диабетик ва гипертоник ретинопатия.
 - Юракда шовкин ҳосил бўлганда.
 - 2 ёки 3 хил препаратни қўллаш билан ўтказилган даволашга қарамасдан, барқарор гипертониянинг АБ $\geq 140 / 90$ (САБ 130/80 мм.сим.уст. юқори бўлганда) сақланиши.
 - Умумий холестерин $> 8,0$ ммол/л (320 мг/дл).
 - Юрак қон-томир касалликларининг юқори хавфи.
 - Асоратсиз гипертоник криз эпизодлари ва ҳолатларида.

КТМП даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Анамнез ва шикоятлар йиғиш. Хавфли омилларни аниқлаш (ҚВП/ОП даражасида қаранг)
2. Клиник қўрик (ҚВП/ОП даражасида қаранг)
3. Лаборатор ва инструментал текширув:
 - Липид спектри.
 - Қон зардобидаги мочевина.
 - Қон зардобидаги креатинин, қоптоқчалар филтрацияси тезлигини ҳисоблаш.
 - Суткалик АБни мониторинг.
 - Эхокардиография.
 - Ҳолтер ЭКГ – мониторинг (аритмия ҳолатида).
 - Уйқу артерияларнинг ултратовуш текшируви.
 - Периферик /қорин бўшлиғи артерияларларнинг ултратовуш текшируви.

4. КТМП даражасида даволаш

Номедикаментоз даволаш

- Ҳаёт тарзини ўзгартириш.
- Юрак қон-томир хавфини назорати.

Медикаментоз даволаш

Аниқ вазиятлар учун тўғри келадиган препаратлар.

Клиник вазиятлар	Препарат
Нишон-аъзоларининг шикастланиши	
ЧҚГ	ААФ ингибитори, кальций антагонистлари, ёки АРАП
Белгиларсиз атеросклероз	Кальций антагонистлари, ААФ ингибитори
Микроалбуминурия	ААФ ингибиторлари, ёки АРАП

Клиник вазиятлар	Препарат
Буйрак функциясининг бузилиши	ААФ ингибиторлари, ёки АРАII
Юрак қон-томир касалликлари	
Анамнезда инсульт	АБни самарали пасайтирувчи ҳар қандай препарат
Анамнезда миокард инфаркти	Бета-блокатор, ААФ ингибитори ёки АРАII
Стенокардия	Бета-блокатор, кальций антагонисти
Юрак етишмовчилиги	Диуретик, бета-блокатор, ААФ ингибитори, ёки АРАII, минералокортикоид рецепторлар антагонистлари
Аортанинг аневризмаси	Бета-блокаторлар
Бўлмачалар фибрилляцияси, профилактика	ААФ ингибитори, ёки АРАII, бета-блокатор ёки минералокортикоид рецепторлар антагонистлари
Бўлмачалар фибрилляцияси, қоринчалар ритми назорати	Бета-блокаторлар, нодигидропирид кальций антагонисти
БКТС/протениурия	ААФ ингибитори, ёки АРАII
Периферик артериянинг зарарланиши	ААФ ингибитори, кальций антагонисти
Бошқалар	
ИСАГ (кексаллик ва қариллик ёши)	Диуретик, кальций антагонисти
Метаболик синдром	ААФ ингибитори, ёки АРАII, кальций антагонистлари
Қандли диабет	ААФ ингибитори ёки АРАII
Ҳомиладорлик	Метилдоп, бета-блокатор, кальций антагонисти

ААФ – ангиотензинни айлантирувчи фермент, АРАII – ангиотензин II рецептори антагонистлари, АБ - артериал босим, БКТС – буйрак касалликларининг терминал босқичи, ИСАГ – изоляцияланган систолик артериал гипертония, ЧҚГ – чап қоринча гипертрофияси
Асоратсиз гипертоник кризини бартараф этиш

Махсус кўрсатмаларни эътиборга олган ҳолда қуйида келтирилган препаратлардан бирини танлаш лозим. Кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, аралаштириш усуллари, препаратларнинг нојўя таъсирларини инобатга олиш лозим:

- Лабетолол – 200-800 мг/сут миқдорда 2 маҳал ичилади ёки
- Каптоприл – 25-100 мг/сут миқдорида 2 маҳал ичилади ёки
- Клонидин – 75-150 мкг миқдорда тил остига ёки
- Нифедипин – 10 мг. дан ҳар 30 дақиқада тил остига ёки
- Гидралазин – 25-100 мг/сут миқдорда ичилади.

- Нитроглицерин – 0,5-1 мг миқдорда тил остига.
- Резерпин – 0,1-2,5 мг/сут миқдорида ичилади.

5. ТМШ кардиологига йўллаш мезонлари

- Амбулатор шароитда бартараф этилиши қийин бўлган гипертоник криз.
- Гипертоник энцефалопатиянинг кучли намоён бўлиши билан кечадиган гипертоник криз.
- Интенсив даволашни ва доимий врач назоратини талаб этувчи гипертоник криз асоратлари (инсульт, субарахноидал қон қуйилиши, кўриш қобилиятининг ўткир юзага келган бузилиши, ўпкадаги шишлар).
- Ташхиснинг ноаниқлиги ва АГ шаклини аниқлаш учун махсус (кўпинча инвазив) текширувлар ўтказиш зарурати.
- Медикаментоз даволашни танлашдаги қийинчилик (тез-тез кризлар, АГ даволашни ўтказишга бўлган резистентлик).
- АГ ва ҚД билан оғриган беморларда асоратларнинг ривожланиши – товлар яраси.

ТМШ даражасида ташхислаш ва даволаш

1. Анамнез ва шикоятлар йиғиш (ҚВП/ОП даражасида қаранг)
2. Клиник кўрик (ҚВП/ОП даражасида қаранг)
3. Лаборатор ва инструментал текширув (КТМП даражасида қаранг)
4. ТМШ даражасида даволаш

Номедикаментоз даволаш

- Ҳаёт тарзини ўзгартириш.
- ЮҚТХ назорати.

Медикаментоз даволаш

Гипертоник криз ва унинг асоратларини бартараф этиш.

Кўп ҳолатларда врачларга дастлабки соатларда АБни тез, аммо тўлиқсиз 25%дан камроқ пасайтиришни таъминлаш, кейин эса эҳтиётлик билан пасайтиришни давом эттириш тавсия этилади. Бунда хатарли АГда ишлатиладиган препаратлар дастлаб вена ичига, сўнгра оғиз орқали бериш тавсия этилади.

Махсус кўрсатмаларини ҳисобга олган ҳолда, қуйида келтирилган препаратлардан бирини танлаш лозим. Бунда кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, аралаштириш усуллари, препаратнинг ноғўя таъсирларини эътиборга олиш муҳимдир.

- Натрий нитропруссид – вена ичига томчилаб 0,5-1,5 мг/кг/дақ.
- Нитроглицерин – вена ичига томчилаб 5-100 мг/дақ.
- Гидролазин Гидрохлорид – вена ичига, м/и 10-20 мг.
- Диазоксид – вена ичига стр. 1-3 мг/кг.
- Фентоламин – вена ичига стр. 5-15 мг.
- Магний сульфат – вена ичига томчилаб.
- Фуросемид – вена ичига, м/и 20-40 мг.

5. Вилоят кардиология диспансерига йўллаш мезонлари

- Анамнезда: ЮИК, юрак етишмовчилиги, инсульт, ҚД, инсулин билан даволаш.
- Мехнатга лаёқатлилиқ ва ногиронлиқни баҳолаш.
- Дигнознинг ноаниқлиги ва АГ турини аниқлаш учун махсус (кўпинча инвазив) текширувларни ўтказиш зарурияти.
- Резистент ва асоратли АГда бош мия, юрак, буйрак ва қон томирлар шикастланиши белгиларини чуқур текшириш.
- Агар анамнездаги маълумотлар иккиламчи АГ дан далолат берса, сабабларини кидириш, физикал текширув ёки кўшимча текширув усуллари тавсия этилади.

6. Кейинги кузатув ва реабилитация

Аниқланган ЮҚТКга боғлиқ ҳолда, умумий амалиёт врачлари, ҳамширалар КТМП мутахассислари билан ҳамкорлигида олиб борилади.

Паст хавф 20% гача

- Парҳез қилиш, жисмоний фаоллик, чекишни тўхтатиш ва алкогольни кўп истеъмол қилиш масалалари бўйича маслаҳатлар.
- Агар хавф 10%дан кам бўлса, навбатдаги кузатиш 12 ойдан сўнг ўтказилади.
- Агар хавф 10 – <20% бўлса, кўзланган кўрсаткичга эришгунча ҳар 3 ойда АБни ўлчаш/назорат қилинади, кейин ҳар 6-9 ойда назорат олиб борилади.
- Сийдикдаги оксил, қондаги глюкоза, кўз тубини текшириш, ЭКГ – йилда 1 марта.
- Холестеринни аниқлаш – 2 йилда 1 марта.

Ўрта хавф 20дан 30% гача

- Парҳез қилиш, жисмоний фаоллик, чекишни тўхтатиш ва алкогольни кўп истеъмол қилиш масалалари бўйича маслаҳатлар.
- Кузатув: АБни ўлчаш/ҳар 3-6 ойда назорат.
- Барқарор АБ $\geq 140/90$, медикаментоз даво қўллашни қараб чиқиш (Антигипертензив дориларга қаранг*).
- Сийдикдаги оксил – ҳар 6 ойда.
- Қондаги глюкоза, кўз тубини текшириш, ЭКГ – йилда 1 марта.
- Кардиолог маслаҳати – йилда 1 марта (КТМПда креатинин, холестеринни аниқлаш – йилда 1 марта).

Юқори ёки ўта юқори хавф 30%дан юқори

- Парҳез қилиш, жисмоний фаоллик, чекишни тўхтатиш ва алкогольни кўп истеъмол қилиш масалалари бўйича маслаҳатлар.
- Барқарор АБ $\geq 130/80$ мм.сим.уст., медикаментоз даво қўллашни қараб чиқиш (Антигипертензив дориларга қаранг*).
- Статинларни тавсия этиш.
- Ҳар 3 ойда кузатиб бориш, агар 6 ой мобайнида юрак қон-томир хавфи камаймаса, касалхонада даволашга йўллаш.
- Ҳар 6 ойда – сийдикдаги оксил, қонда глюкоза, ЭКГ.
- Йилда 1 марта – кўз тубини текшириш.
- Албатта кардиолог, эндокринолог, невропатолог маслаҳати – йилда 2 марта (КТМПда креатинин, холестеринни аниқлаш – йилда 2 марта).

ҚВП/ОП, КТМП, ТМШда АГни диспансер кузатиш режаси

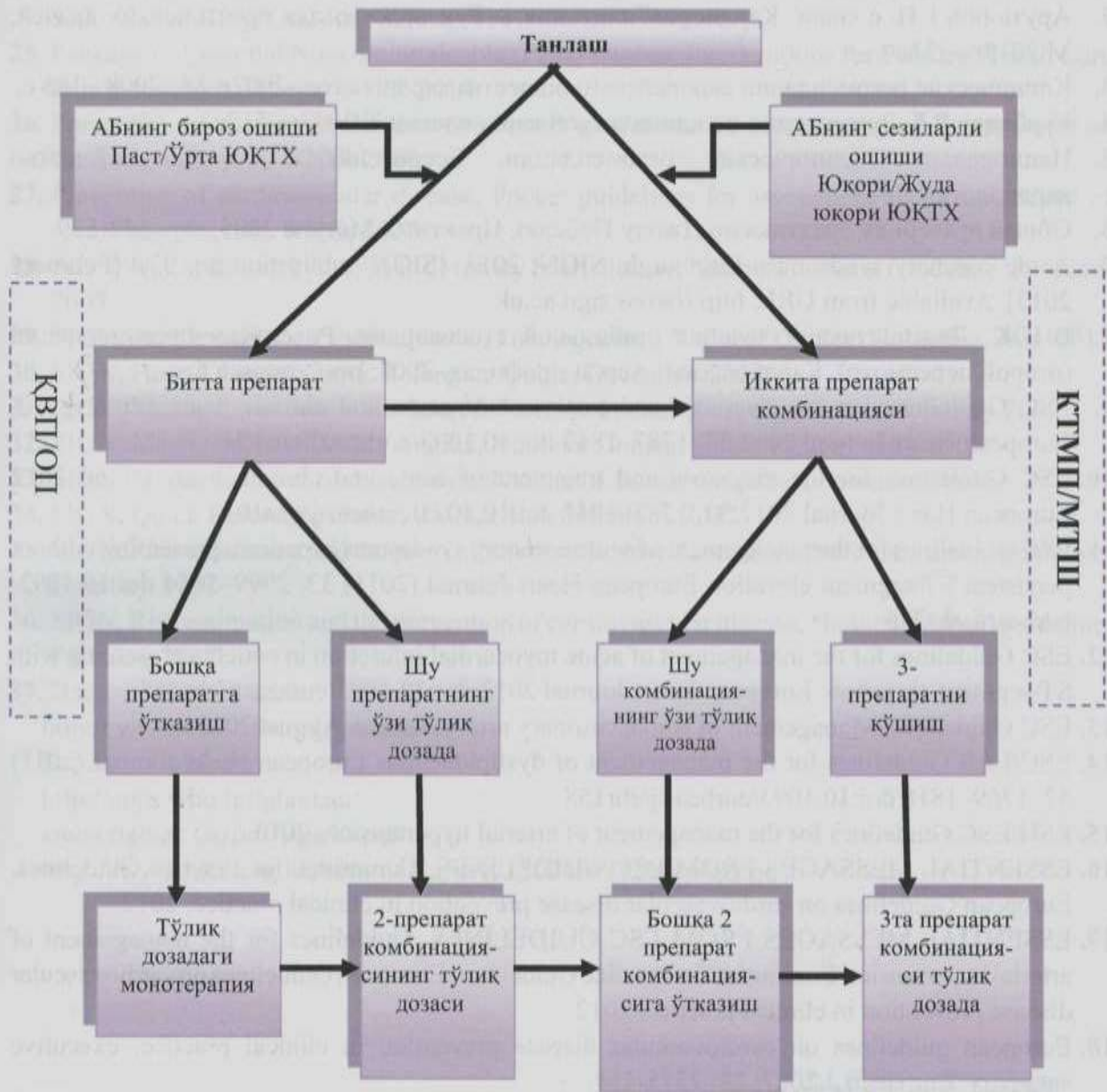
Диагностик ва даволаш таъминоти	ҚВП/ОП	КТМП	ТМШ
1		2	3
Мутахассислар маслаҳати. Диагностик муолажалар			
Кардиолог маслаҳати	-	+	+
Невропатолог маслаҳати	-	+	К/Ў
Офтальмолог маслаҳати	-	+	К/Ў
Қон томир хирургии маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
Эндокринолог маслаҳати	-	+	+
Нефролог врач маслаҳати	-	К/Ў	К/Ў
Қон босимини қайд этиш	+	+	+
Кўз тубини текшириш (бевосита офталмоскопия)	+	+	К/Ў
Лаборатор текширувлар			
УҚТ	+	+	+
УСТ	+	+	+
Қон зардобидаги глюкозани аниқлаш	+	+	+
Қон зардобидаги холестеринни аниқлаш	-	К/Ў	-
Липид спектри	-	К/Ў	-
Билирубинни аниқлаш	+	+	+
АЛТ, АСТни аниқлаш	+	+	+
Қон зардобидаги натрий ва калийни аниқлаш	-	К/Ў	+
Коагулограмма	-	К/Ў	+
Кўкрак қафаси аъзоларини умумий рентгенографияси	-	К/Ў	К/Ў
ЭКГ	+	+	+
Жисмоний юклаган ЭКГ (велозергометрия)	-	К/Ў	+
ЭХОКГ (доплерэхокардиография)	-	+	+
Қорин бўшлиғи УТГ	-	К/Ў	К/Ў
Холтер мониторинг	-	К/Ў	К/Ў
АБни мониторинг	+	К/Ў	+

К/Ў – кўрсатма бўйича ўтказилади

+ - албатта ўтказилади

Артериал гипертония билан оғриган беморларни ташхислаш ва олиб бориш алгоритми

Артериал гипертония билан оғриган беморлар диагностикаси ва олиб бориш алгоритми



Фойдаланилган адабиётлар

1. Алгоритм лечения острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда без подъема сегмента ST, инфаркт миокарда без зубца Q)// МЗ РК.- 2012 г.
2. Арутюнов Г.П. с соавт. Кардиореабилитация. – Руководство для практических врачей. М 2013г. -335с
3. Клинические рекомендации европейского общества кардиологов -2007г М., 2008 - 186 с.
4. Курбанов Р.Д. Руководство по клинической кардиологии Т 2007г. -512с.
5. Национальные клинические рекомендации, Всероссийское научное общество кардиологов, 2009
6. Общая врачебная практика по Джону Нобелю, Практика, Москва 2005, стр. 522-539
7. Acute coronary syndromes. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 93). [February 2013]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>
8. ВНОК. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации (второй пересмотр). Кардиоваскул. тер. и профилак. 2008; приложение 4
9. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012, European Heart Journal 2012 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104
10. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 European Heart Journal 2012 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104
11. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation European Heart Journal (2011) 32, 2999–3054 doi:10.1093/eurheartj/ehr236
12. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation European Heart Journal 2012;doi:10.1093/eurheartj/ehs215
13. ESC Guidelines, Management of stable coronary artery disease, August 2013
14. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias European Heart Journal (2011) 32, 1769–1818 doi:10.1093/eurheartj/ehr158
15. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension, 2013
16. ESSENTIAL MESSAGES FROM ESC GUIDELINES, Committee for Practice Guidelines. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012
17. ESSENTIAL MESSAGES FROM ESC GUIDELINES, Guidelines for the management of arterial hypertension Committee for Practice Guidelines. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2012
18. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Eur Heart J 2007; 28: 2375-414.
19. European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice //European Heart Journal (2012) 33, 1635–1701 - doi:10.1093/eurheartj/ehr092 European Journal of Preventive Cardiology 2012;19: 4:585-667
20. Fihn S.D., Gardin J.M., MD, Chair V. et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons // Circulation. – 2012. – Vol. 126. – P. e354-e471.
21. Management of chronic heart failure Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2007/ www.sign.ac.uk

22. Management of stable angina A national clinical guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2007
23. NICE, The clinical management of primary hypertension in adults, # 127, NCGC (National Clinical Guideline Center), 2011
24. Oxford Handbook of General Practice, Cardiology and vascular disease, page 231-293, 248-252, United Kingdom, 4th edition, 2014
25. Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in low-resource settings, WHO, 2014
26. Prevention of cardiovascular disease, Pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk, WHO, 2007
27. Prevention of cardiovascular disease, Pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk, WHO, 2007
28. SIGN 94, Cardiac arrhythmias in coronary heart disease, National Clinical Guideline, February 2007
29. SIGN, Antithrombotics: indications and management, National Clinical Guideline, June 2013
30. SIGN, Heart Disease, Quick Reference Guide, December 2012
31. SIGN, Management of chronic heart failure. A national clinical guideline. February 2007
32. SIGN, Management of Stable Angina, National Clinical Guideline, February 2007
33. SIGN, Management of Stable Angina, National Clinical Guideline, February 2007
34. SIGN, Quick Reference Guide, Cardiac Rehabilitation, 2012
35. SIGN, Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease, National clinical guideline, February 2007
36. SIGN, Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease, National clinical guideline, February 2007
37. Электронные ссылки:
[http:// www.escardio.org/guidelines](http://www.escardio.org/guidelines)
<http://www.infobase.who.int>
<http://apps.who.int/ghodata/>
www.sign.ac.uk/pdf/sign97.pdf
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13024/49325/49325.pdf>



Босишга 14.09.2016 да рухсат этилди.
Бичими 60x84 1/8. Офсет босма. «Таймс» гарнитураси. Ҳажми 7,5 б. т. Шартли б. т. 6.97.
Адади 3458 нусха. 33-16 рақамли буюртма.

«Yangiyo'l poligraf servis» МЧЖ босмахонасида чоп этилди.
112001, Тошкент вилояти, Янгийўл тумани, Самарқанд кўчаси, 44-уй.