

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
3-ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIYOT XODIMLARINING KASBIY MALAKASINI RIVOJLANTIRISH
MARKAZI**

**«QARI VA KEKSA YOSHLI BEMORLARDA YURAK QON
TOMIR KASALIKLARI - SURUNKALI YURAK ISHEMIK
KASALLIGI» NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

«KELISHILGAN»

Tibbiyot xodimlarining kasbiy
malakasini rivojlanish markazi
direktori

Professor X.A. Akilov



“ _____ ” 2025 yil

**«QARI VA KEKSA YOSHLI BEMORLARDA YURAK
QON TOMIR KASALIKLARI - SURUNKALI YURAK
ISHEMIK KASALLIGI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

**«QARI VA KEKSA YOSHLI BEMORLARDA YURAK QON
TOMIR KASALIKLARI - SURUNKALI YURAK ISHEMIK
KASALLIGI» NOZOLOGIYASINING TASHHISLASH VA
DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT -2025

Mundarija

«QARI VA KEKSA YOSHLI BEMORLARDA YURAK QON TOMIR KASALIKLARI - SURUNKALI YURAK ISHEMIK KASALLIGI» NOZOLOGIYASINING TASHHISLASH VA DAVOLASH BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	4
«QARI VA KEKSA YoShLI BEMORLARDA YuRAK QON TOMIR KASALIKLARI - SURUNKALI YuRAK ISHEMIK KASALLIGI» NOZOLOGIYaSIDA TIBBIY ARALASHUVLAR BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI	70
"QARI VA KEKSA YoShLI BEMORLARDA YuRAK QON TOMIR KASALIKLARI - SURUNKALI YuRAK ISHEMIK KASALLIGI" NOZOLOGIYaSI TIBBIY PROFILAKTIKA VA REABILITASIYaSI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	79
«QARI VA KEKSA YoShLI BEMORLARDA YuRAK QON TOMIR KASALIKLARI - SURUNKALI YuRAK ISHEMIK KASALLIGI» NOZOLOGIYASINING PALLIATIV DAVOSI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI	92

Kirish

10 KXT bo'yicha kodlar:	Yurak ishemik kasalligi MKB 10 - Ishemicheskaya bolezn serdsa (I20-I25) (mkb-10.com)	11 KXT bo'yicha kodlar:	Yurak ishemik kasalligi https://icd11.ru/ibs-ishenicheskaya-bolezn-mkb11/
I20	Stenokardiya [grudnaya jaba]	BA40	Angina pectoris
I20.1	Tasdiklangan spazli stenokardiya Tadiqlangan spazmli stenokardiya	BA40.0	Nostabil stenokardiya
I20.8	Stenokardiyaning boshqa turlari	BA40.1	Stabil stenokardiya
I20.9	Noanik stenokardiya	BA40.2	Mikrotomir stenokardiya
I25	Surunkali yurak ishemik kasalligi	BA40Y	Stenokardiyaning boshqa aniklangan turlari
I25.0	Aterosklerotik yurak kon tomir kasalligi	BA40Z	Stenokardiya noanik
I25.1	Yurak atesklerotik kasalligi	BA41	O'tkir miokard infarkti
I25.2	O'tkazilgan miokard infarkti	BA42	miokard infarktidan keyingi xolat
I25.3	Yurak anevrizmasi	BA5Z	Noaniq surunkali yurak ishemik kasalligi
I25.4	Toj tomirning anevrizmasi		
I25.5	Ishemik kardiopatiya		
I25.6	Belsgisiz miokard ishemiyasi		
I25.8	Surunkali yurak ishemiyaning boshqa turlari		
I25.9	Noaniq surunkali yurak ishemik kasalligi		

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi (TXKMRM) hisoblanadi.

Kardiologiya ishchi guruhining quyidagi a'zolari klinik protokol va standartni ishlab chiqishga hissa qo'shdilar:

Jarayonni tashkil etish borasida kardiologiya yo‘nalishidagi ishchi guruh a'zolari:

Protokolini ishlab chiqishga ma'sul muassasa:

- Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi.

Gerontologiya yo‘nalishi bo‘yicha ishchi guruh a'zolarining ro‘yxati:

Akilov Xabibulla Ataullaevich	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor
Xamrabaeva Feruza Ibragimovna	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi terapiya fakulteti dekani, gastroenterologiya va fizioterapiya kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor
Talipova Yulduz Shavkatovna	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi bosh gerontolog, geriatri, Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedrası dosenti, tibbiyot fanlari doktori
Tulaboeva Gavxar Mirokborovna	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining kardiologiya va gerontologiya, intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedrası mudiri O‘zbekiston Kardiologlar assosiasiyasi raisining o‘rinbosari, tibbiyot fanlari doktori, professor
Sagatova Xolida Maxmudovna	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedrası dosenti, tibbiyot fanlari nomzodi
Nurillaeva Nargiza Muxtarxonovna	Toshkent tibbiyot Akademiyasi 1-sonli oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor
Tursunov Xotamjon Xasanboevich	Shifokorlar malakasini oshirish va qayta tayyorlash fakulteti dekani, Andijon Davlat tibbiyot instituti ichki kasalliklar, kardiologiya va shoshilinch tibbiy yordam kafedrası professori, tibbiyot fanlari doktori
Fozilov Xurshid G‘ayratovich	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Bosh kardiologi, ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktori, tibbiyot fanlari nomzodi, katta ilmiy xodim
Nizamov Ulugbek Irgashevich	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi kardiolog Bosh maslahatchisi, ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktorining davolash ishlar bo‘yicha o‘rinbosari, tibbiyot fanlari nomzodi, katta ilmiy xodim.

Mualliflar ro‘yxati:

Akilov Xabibulla Ataullaevich	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor
Talipova Yulduz Shavkatovna	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Bosh Gerontologi, Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedra dosenti, tibbiyot fanlari doktori
Tulaboeva Gavxar Mirokborovna	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining kardiologiya va gerontologiya, intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedra mudiri O‘zbekiston Kardiologlar assosiasiyasi raisining o‘rinbosari
Sagatova Xolida Maxmudovna	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedra dosenti, tibbiyot fanlari nomzodi
Nizamov Ulugbek Irgashevich	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi kardiolog Bosh maslahatchisi, ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktorining davolash ishlar bo‘yicha o‘rinbosari, tibbiyot fanlari nomzodi, katta ilmiy xodim.

Taqrizchilar:

Kayumov Ulugbek Karimovich	Professor kafedra vnutrennix bolezney Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazining ichki kasalliklar kafedra professori, tibbiyot fanlari doktori
Gulmira Musaevna Baitova	Qirg‘iziston Davlat tibbiyot institutining qayta tayyorlash va malakasini oshirish oilaviy tibbiyot kafedrasida gerontologiya va geriatriya kurslari rahbari, Qirg‘iziston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining Bosh Gerontologi, tibbiyot fanlari doktori, professor

Klinik protokol Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi **Markaziy tashkiliy-uslubiy Kengashida** muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi. **2025y. «19» may, bayonnoma № 9**

Klinik protokol Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi **Olimlar Kengashida** tasdiqlangan. 2025y. «28» may, bayonnoma № -51

Texnik ekspert baholash va tahrirlash:

Fayzieva Nozima Nurillaevna Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi "Preventiv tibbiyot - valeologiya asoslari" kafedra mudiri, tibbiyot fanlari nomzodi, dosent

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Qisqartmalar ro‘yxati

AAB	alfa-adrenoblokatorlar
AAF	angiotenzin-aylantiruvchi ferment
APFi	angiotenzin-aylantiruvchi ferment ingibitori
AB	arterial bosim
ABSm	arterial bosimning sutkalik monitoringi
ABUm	arterial bosimning uyda monitoringi
AG	arterialnaya gipertenziya
AGP	antigipertenziv preparat.
AGT	antigipertenziv terapiya
O‘KS	O‘tkir koronar sindrom
AIT	alaninaminotransferaza
ARA II	angiotenzin II reseptorlari antagonistlari
ASK	asetilsalisil kislotasi
AST	aspartataminotransferaza
BAB	β -adrenoblokatorlar
BMQAO‘B	bosh miya qon aylanishining o‘tkir buzilishi
BMSYo	birlamchi mediko-sanitar yordam
BUSh	buyraklarning o‘tkir shikastlanishi
BF	bo‘lmachalar fibrillyasiyasi
BX	bel hajmi
GK	gipertonik kriz
NASh	nishon-a'zolar shikastlanishi
DAD	diastolik arterial bosim
DGP	digidropiridin
DLP	dislipidemiya
EKJ	Evropa kardiologlar jamiyati
JSST	Jahon Sog‘liqni Saqlash tashkiloti
DI	isbotlanganlik darajasi
MI	miokard infarkti
IMQ	intima-media qalinligi
ISAG	izolirlangan sistolik arterial gipertenziya
KA	kalsiy antagonistlari
KT	kompyuter tomografiya

KFT	koptokchalar filtrasiyasi tezligi
KFT _x	koptokchalar filtrasiyasi tezligi hisobi
KXT-10	kasalliklarning xalqaro tasnifi-10
KD	qandli diabet
MAU	mikroalbuminuriya
MKA	mineralokortikoid reseptorlar antagonistlari
MRT	magnitno-rezonans tomografiya
MS	metabolik sindrom
MT	medikamentoz terapiya
GTB	glyukozaga tolerantlikning buzilishi
O _{Xs}	umumiy xolesterin
PGTT	peroral glyukozotolerant test
LPNP	past zichlikli lipoproteinlar
IKKS	Infarktdan keyingi kardioskleroz.
PTT	puls to'liqini tarqalish tezligi
RAAT	renin-angiotenzin-aldosteron tizimi
RNT	randomizatsiyali nazoratlangan tadqiqot
SAB	sistolik arterial bosim
SBK	surunkali buyrak kasalligi
O'SOK	o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi
SYuE	surunkali yurak etishmovchiligi
XSN pFV	surunkali yurak etishmovchiligi pasaygan otish fraksiyasi bilan
TMI	tana vazni indeksi
TG	trigliseridlar
LPI	to'piq-elka indeksi
TIX	Tranzitor ishemik xuruj
TOKA	teri orqali koronar aralashuv
TSM	tana sathi maydoni
UPKTK	umumiy periferik qon tomir qarshilik
UTT	ultratovush tekshirish
O'TX	o'rta tibbiy xodim
FR	xavf omili
X _s	xolesterin
SVK	Serebrovaskulyar kasalligi
ChK	chap qorincha
ChKG	chap qorincha gipertrofiyasi
ChKMVI	chap qorincha miokard vazni indeksi
ChKOF	chap qorincha otish fraksiyasi
EKG	elektrokardiografiya
ExoKG	exokardiografiya

YuE	yurak etishmovchiligi
YuEPOF	yurak etishmovchiligida pasaygan otish fraksiyasi
YuESOF	yurak etishmovchiligida saqlangan otish fraksiyasi
YuEUOF	yurak etishmovchiligida o‘rtacha pasaygan otish fraksiyasi
YuZLP	yuqori zichlikli lipoproteinlar
YuIK	yurak ishemik kasalligi
YuQS	yurak qisqarishlar soni
YuKTA	yurak-qon tomir asoratlari
YuKTK	yurak-qon tomir kasalliklari
YuKTX	yurak-qon tomir xavfi
EASD	Evropa Diabetni O‘rganish Assosiasiyasi
CKD-EPI	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration –
ESC –	Evropa kardiologlar jamiyati
ESH	evropa gipertoniya jamiyati
FDA	AQsh oziq-ovqatlar va dori vositalari boshqarmasi
HbA1c	glikirlashgan gemoglobin
MDRD	Modification of Diet in Renal Disease – buyraklar funksiyasini baholash shkalasi SCORE – Systematic Coronary Risk Evaluation (koronar xavfni tizimli baholash)
CHA2DS2VASc	Bo‘lmachalar fibrillyasiyasi mavjud bemorlarda insult xavfini baholash shkalasi

Protokoldan foydalanuvchilar:

Kardiologlar;

Terapevtlar;

Umumiy amaliyot shifokori;

Tez Eibbiy yordam shifokorlari;

Laborant shifokorlar;

Klinik farmakologlar;

Studentlar, klinik ordinatorlar, migstrlar, aspirantlar, Tibbiyot oliy talim muassasalarining o‘kituvchilari;

Bemor kategoriyasi: Stabil zo‘rikish stenokardiya bilan kasallangan qari va keksa yoshli bemorlar

Jadval 1.

Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi shkalasi.

EKJning tavsiyalari sinfi	Ta'rifi
I	Diagnostik muolaja, aralashuv/davolash samarali va foydali deb isbotlangan yoki umumqabul qilingan deb hisoblanadi
II	Diagnostik muolaja, aralashuv/davolashning samaradorligi/ foydasi to'g'risida qarama-qarshi ma'lumotlar va/yoki fikrlar
IIa	Ma'lumotlar/fikrlarning ko'pchiligi diagnostik muolaja, aralashuv, davolashning samaradorligi/foydasi afzalligini ko'rsatadi
IIb	Diagnostik muolaja, aralashuv, davolashning samaradorligi/ foydasi ishonchliligi kamroq deb aniqlangan
III	Diagnostik muolaja, aralashuv, davolashning befoydaligi/ besamaraligi to'g'risida ma'lumotlar yoki yagona fikr keltirilgan, bir qator hollarda esa ular ziyon etkazishi mumkin.

Jadval 2.

Dalillarning ishonchliligi darajasi

	Dalillar manbaasi
Uroven A	Ko'p sonli randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar yoki meta-tahlillar ma'lumotlari
Uroven V	Ma'lumotlar bitta randomizasiyalangan klinik tadqiqot yoki yirik randomizasiyalanmagan tadqiqotlar natijalari bo'yicha olingan
Uroven S	Ekspertlarning kelishilgan fikri va/yoki kichik tadqiqotlar, retrospektiv tadqiqotlar, registrlar natijalari

2. Asosiy qism

2.1. Kirish.

Oxirgi o'nyilliklarda aholi o'rtasida sodir bo'layotgan keskin demografik siljishlar, o'rtacha umr ko'rish davomiyligining oshishi tufayli qarigan organizmning xususiyatlarini hisobga olgan holda aholiga davolash-profilaktika xizmatlarining yangi tamoyillariga ehtiyoj paydo bo'ldi. Gerontologik xizmatning rivojlanishi sog'liq uchun asosiy muammo hisoblanadi. Butun dunyoda, ayniqsa rivojlangan mamlakatlarda qariyalar (65 yoshdan katta) va keksalar (75 yoshdan katta)larning mutlaq soni bilan ulushi ortib bormoqda va so'nggi o'n yilliklarda bu foiz sezilarli darajada oshgan. Demograflar va sosiologlarning prognozlariga ko'ra, aholining qarishi davom etadi va 2025 yilga borib 60 va undan katta yoshdagilar soni 5 barobar ortadi, bu ko'rsatkich 2050 yilda 65 mamlakatda qariyalar ulushi 30 foizdan ortib, 60 va undan katta yoshdagi dunyo aholisi taxminan 9,8 milliard aholining jami 2 milliardini (20,4%) tashkil etishi prognoz qilinmoqda. Buning muhim sabablaridan biri tug'ilishning kamayishi bilan birga keksalar o'limining asosiy sababi bo'lgan yurak-qon

tomir kasalliklarini davolashning takomillashganidir. BMT ma'lumotlariga ko'ra, 2015 yilda dunyoda 60 yosh va undan katta yoshdagilarning ulushi 20 foizni tashkil etgan bo'lsa, 2025 yilga kelib u 24 foizga, 2050 yilga kelib uchdan bir qismga ko'tariladi. O'zbekistonda keksa yoshdagi aholi ulushi eng rivojlangan mamlakatlarnikiga yaqin va o'rtacha rivojlangan mamlakatlarga nisbatan ancha yuqori va keksa aholi ulushi dinamikasi bo'yicha rivojlangan mamlakatlarga yaqinligi aniqlangan.

Yurak ishemik kasalligi barcha mamlakatlarda o'lim va nogironlikning asosiy sababi bo'lib kelmoqda, stenokardiya esa YuIKning eng tarqalgan simptomi hisoblanadi. Surunkali stabil stenokardiyaning davolashni yaxshilash strategiyasi kardiologiyaning asosiy ustuvor vazifasi bo'lib qolmoqda. Bemorlarning deyarli uchdan bir qismi hayot tarzini o'zgartirish nuqtai nazaridan ham, tavsiya qilingan antianginal preparatlar va/yoki teri orqali koronar yoki jarrohlik aralashuvlari jihatidan ham nooptimal terapiya olmoqdalar.

Optimal davolash uchun yurak ishemik kasalligi va stenokardiyaning patofiziologiyasini chuqur tushunmoq lozim. Stenokardiyaning aniq mexanizmi juda murakkab bo'lib, bunda eng asosiysi miokardning kislorodga ehtiyoji va ta'minlanishi o'rtasidagi nomutanosiblik hisoblanadi. Ko'pchilik qari va keksa yoyoshdagi bemorlarda koronar qon oqimini cheklovchi bitta yoki bir nechta epikardial koronar arteriyalarda aterosklerotik torayish aniqlanadi. Shu bilan birga, ba'zi bir qari va keksa yoyoshdagi bemorlarda koronar arteriyalarning ahamiyatga ega obstruktiv shikastlanishi bo'lmaydi hatto koronarografiyada normal koronar arteriyalar mavjudligi aniqlanadi, ammo ishemik kardiopatiya rivojlangan bo'ladi. Ushbu toifa bemorlarda stenokardiya mexanizmlari mikrosirkulyasiya darajasidagi koronar qon aylanishining funksional o'zgarishlari bilan bog'liq.

Turg'un stenokardiyali bemorlarda ishemiyaga qarshi terapiya 2 ta asosiy maqsadga muvofiq bo'lishi kerak:

o'tkaziladigan jismoniy zo'riqmalarni ko'tara olishni oshirish va hayot sifatini yaxshilash maqsadida simptomlarni xavfsiz engillashtirish;

o'tkir koronar tromboz tezlanishini pasaytirish va yurak etishmovchiligi rivojlanishi bilan bo'ladigan koronar ateroskleroz taraqqiy etishini sekinlashtirish hisobiga yurak-qon tomir hodisalarining, asosan, miokard infarkti va yurak-qon tomir kasalliklaridan bo'lgan o'limning oldini olish maqsadida prognozga ta'sirini yaxshilash.

Bundan tashqari, shuni ta'kidlab o'tish zarurki, xavf omillarining bartaraf etish davolashning muhim qismi hisoblanadi. Bemorlar bilan to'g'ri ovqatlanish, jismoniy zo'riqmalar, tamaki chekishdan voz kechish, tayinlangan preparatlarni qabul qilish qoidalariga rioya qilish to'g'risidagi suhbatlar, shubhasiz, o'tkazilayotgan medikamentoz terapiyaga muhim qo'shimcha bo'lib hisoblanadi.

Masalani yana bir muxim tomoni YuIK bilan og'rikan keksa yoshli bemorlarda kuzatiladigan komorbid xolatlar orasida gipertoniya kasalligi, buyraklar disfunktsiyasi, o'pka bronx tizimining surunkali obstruktiv xastaliklari, osteoartroz, osteoporoz va x.k. aloxida ahamiyatga ega bo'lib, YuQTTK olib keluvchi va ularni og'irlashtiruvchi mustaqil etakchi xavf omillar guruxiga kiradi. Bu esa o'z navbatida YuIK asoratlarini xususan yurak aritmiyalarni rivojlanishini erta tashxislash, samarali davolash va uning oldini olish zarurligini taqazo qiladi.

2) *Atamalar va ta'riflar*

Geriatrik sindrom - bu hayot sifatini yomonlashtiradigan, salbiy natijalar (o'lim, tashqi yordamga qaramlik, takroriy kasalxonaga yotqizish va uzoq muddatli parvarishga ehtiyoj) va funksional buzilishlar xavfini oshiradigan ko'p omilli yoshga bog'liq klinik holat. An'anaviy klinik sindromdan farqli, geriatrik sindrom organizmning ma'lum bir organi yoki tizimidagi patologiyaning namoyon bo'lmasligi, balki bir nechta tizimlardagi o'zgarishlar majmuasini aks ettiradi. Bir geriatrik sindromning paydo bo'lishi boshqa geriatrik sindromlarning rivojlanish xavfini oshiradi. Geriatrik sindromlarga quyidagilar kiradi: keksalik asteniyasi, demensiya, deliriy, depressiya, demensiya bilan bemorlarda xulq atvor va ruxiy buzilishlar sindromi, osteoporoz, sarkopeniya, funksional buzilishlar, harakatchanlikning pasayishi, muvozanat buzilishi, bosh aylanishi, ortostatik sindrom (ortostatik gipotenziya, simptomlar va bilan yoki simptomlarsiz ortostatik taxikardiya), sensor buzilishlar (ko'rish, eshitish qobiliyati pasayishi), peshob\najasnini tuta olmaslik, qabziyat sindromi, noto'g'ri ovqatlanish (malnutrisiya), suvsizlanish, surunkali og'riq sindromi.

dalillarga asoslangan tibbiyot – bemor sog'lig'i holatini baholashda va davolashda qaror qabul qilish jarayonida eng yaxshi zamonaviy dalillar (klinik tadqiqotlar natijalari) ni to'g'ri, ketma-ket va ongli ravishda qo'llash [DAT].

kasallik – patogen omillar ta'siri bilan paydo bo'ladigan organizm faoliyati, ishga layoqatliligi, tashqi va ichki muhit sharoitining o'zgarishlariga moslashish qobiliyati va shu bilan birga organizmning himoya – kompensator hamda himoya-moslashish reaksiyalari va mexanizmlari buzilishi.

instrumental diagnostika – bemorni tekshirish uchun turli asbob-uskunalar va moslamalarni qo'llash yordamida tashxis qo'yish.

oqibat – sababli omil, profilaktik yoki terapevtik aralashuv ta'sirida paydo bo'ladigan har qanday natija, salomatlik holatining aralashuv oqibatida paydo bo'ladigan barcha aniqlangan o'zgarishlar.

manfaatlar mojarosi – tibbiyot xodimi yoki farmasevt tomonidan professional faoliyatini amalga oshirishda o'zining shaxsiy manfaati uchun kompaniya vakili orqali moddiy foyda yoki boshqa biron-bir imtiyoz olishda paydo bo'ladigan vaziyat, bu tibbiyot xodimi yoki farmasevtning shaxsiy manfaatdorligi va bemor manfaatlari o'rtasida qarama-qarshiliklar natijasida tibbiyot xodimi yoki farmasevt tomonidan professional vazifalarning to'g'ri bajarilishiga ta'sir ko'rsatishi mumkin.

klinik tekshiruv – tekshirilayotgan mahsulotlarning farmakologik samaralarini aniqlash yoki tasdiqlash va/yoki tekshirilayotgan mahsulotlarga noxush ta'sirlarni aniqlash uchun ularning xavfsizligi va/yoki samaradorligini baholash maqsadida so'rilishi, taqsimlanishi, metabolizmi va chiqib ketishi o'rganiladigan inson ishtiroki bilan o'tkaziladigan har qanday tadqiqot. «klinik sinov» va «klinik tadqiqot» sinonim hisoblanadi.

laborator diagnostika – turli maxsus asbob-uskunalar yordamida tekshirilayotgan biologik materialning tahlil qilishga qaratilgan uslublar yig'indisi.

dori vositalari – kasallikni profilaktika qilish, davolash, reabilitatsiya qilish uchun, homiladorlikdan saqlanish, homiladorlikning oldini olish va homiladorlikni to'xtatish uchun qo'llaniladigan dori shakllaridagi dori vositalari.

tibbiy aralashuv – tibbiyot xodimi yoki tibbiy faoliyatni yuritish huquqiga ega hodim tomonidan bajariladigan bemorga nisbatan insonning jismoniy yoki ruhiy holatiga tegishli va profilaktik, diagnostik, davolash, reabilitasion yoki tadqiqot yo‘nalishiga ega tibbiy tekshiruvlar va/yoki tibbiy muolajalar turlari, shuningdek, homiladorlikni sun‘iy to‘xtatish.

tibbiyot xodimi – tibbiy yoki boshqa ma'lumotga ega, tibbiyot muassasasida ishlaydigan va mehnat (lavozim) vazifalari tibbiy faoliyatdan iborat jismoniy shaxs yoki bevosita tibbiy faoliyatni amalga oshiruvchi individual tadbirkor bo‘lgan jismoniy shaxs.

o‘tkir miokard infarkti (O‘MI) – ishemiya natijasida qondagi biomarkerlarning o‘ziga xos o‘zgarishi bilan tasdiqlangan miokardning o‘tkir shikastlanishi (nekrozi).

o‘tkir koronar sindrom (O‘KS) – o‘tkir MI yoki nostabil stenokardiyani gumon qilishga imkon beruvchi klinik belgilar va simptomlarning har qanday guruhini bildiruvchi atama.

koronar shuntlash (KSh) amaliyoti – KAda gemodinamik ahamiyatga ega stenozdan distal qon oqimini yaxshilashga imkon beruvchi aylanib o‘tuvchi anostomozni o‘rnatish. Uslubga ko‘ra aortokoronar, mammarokoronar va boshqa turdagi shuntlash mavjud.

klinik tavsiyalarni ishlab chiqish/yangilash bo‘yicha ishchi guruh – klinik tavsiyalarni ishlab chiqish/yangilash maqsadida birgalikda va kelishgan holda ishlovchi va ushbu ishning natijalari uchun umumiy javobgarlikka ega mutaxassislar jamoasi.

holat – organizmning patogen va/yoki fizilogik omillar munosabati bilan paydo bo‘lgan va tibbiy yordam ko‘rsatilishiga muhtoj o‘zgarishlari.

sindrom – yagona patogenezga ega bir qator simptomlarning turg‘un yig‘indisi.

KA uchun dori vositasini ajratib turuvchi stent* (DQS)** – neointima hosil bo‘lishiga to‘sqinlik qiluvchi antiproliferativ modda ajratib turadigan va shu hisobiga qayta stenozlanishni sekinlashishiga yordam beruvchi stent.

Dalillarning aniqlik darajasi (DAD) – tibbiy aralashuv qo‘llanilishidan olingan samara haqiqiy ekanligiga ishonch darajasi.

Evropa kardiologlar jamiyati (EKJ)

tavsiyalarning ishonchlilik darajasi (TID) – aralashuv samarasining va aniq vaziyatda tavsiyalarga rioya qilishning ziyonga nisbatan ko‘proq foyda keltirishiga ishonchlilik hamda aniqlik darajasi [200].

Jarrohlik yo‘li bilan davolash – jarrohlik amaliyoti davomida to‘qimalarni ajratish yoki birlashtirish yo‘li bilan kasallikni davolash uslubi.

teri orqali koronar aralashuv (TOKA) – KAning stenozlangan qismida teri orqali zarur moslamalarni qo‘llash yordamida qon oqimini tiklash. Uslubga teri orqali ballonli angioplastika, koronar stentlash va kamroq tarqalgan boshqa usullar kiradi. Odatda, agar boshqa narsa ko‘rsatilmagan bo‘lsa, TOKA tushunchasi ostida koronar stentlash ko‘zda tutiladi.

2.2 YuIKning klinik tasnifnomasidan klinik amaliyotda foydalanish juda qulay.

Stenokardiya:

Turg‘in zo‘riqish stenokardiyasi (Kanada tasnifnomasi bo‘yicha funksional sinfini (I-IV) ko‘rsatgan holda.

Vazospastik stenokardiya.

Mikro-qon tomir stenokardiyasi.

Infarktdan keyingi o'choqli kardioskleroz (o'tkazilgan infarkt sanasini, lokaliza- siyasini, turini ko'rsatgan holda (EKJ, Amerika kardiologik kolleji, Amerika yurak assosiasiyasi va Butunjahon kardiologik federasiyasining birlashgan ishchi guruhi tomonidan tayyorlangan MIning universal ta'rifiga muvofiq).

Og'riqsiz miokard ishemiyasi.

Ishemik kardiomiopatiya.

2000 yilda O'zbekiston kardiologlarining IV s'ezdida YuIkning mavjud tasnifnomasiga qo'shimchalar kiritgan holda yangi tasnifnoma qabul qilindi.

O'zbekistonda qabul qilingan YuIK tasnifnomasi.

to'satdan koronar o'lim (yurakning birlamchi to'xtab qolishi)

Stenokardiya

Zo'riqish stenokardiyasi (FSni ko'rsatgan holda)

nostabil stenokardiya:

Ilk bor paydo bo'lgan.

Avj etuvchi zo'riqish stenokardiyasi.

Angiospastik stenokardiya.

Erta infarktdan keyingi stenokardiya.

Erta jarrohlik amaliyotidan keyingi stenokardiya.

Og'riqsiz miokard ishemiyasi.

Miokard infarkti:

Q tishchali – QMI.

Q tishchasiz – NQMI.

Infarktdan keyingi kardioskleroz.

Yurak ritmi buzilishi (shaklini ko'rsatgan holda).

Yurak etishmovchiligi (shaklini va bosqichini ko'rsatgan holda).

YuIKni statistik kodlashning o'ziga xos xususiyatlari bo'yicha izohlar:

Mikro-qon tomir va stabil stenokardiya uchun KXT-10 da shaxsiy kodlar ajratilmaganligi sababli, ular I20.8 kodga umumlashtirilgan.

O'lim statistikasini ishlab chiqishda I20 kodlari qo'llanilmaydi, ya'ni stenokardiyaning hech qaysi shakli o'limning birlamchi sababi sifatida qaralmaydi va o'limdan keyingi klinik va patologoanatomik diagnostikalarining «asosiy kasallik» rubrikasida qayd etilishi mumkin emas.

Rubrika I25.0 – aterosklerotik yurak-qon tomir kasalligi, ta'riflangan: kod noaniq shakllantirilgan diagnozga muvofiq keladi, amaliyotda qo'llash kerak emas.

Rubrika I25.1 – aterosklerotik yurak kasalligi: KA aterosklerozi (KA da rejali aralashuv bilan.

bog'liq tibbiy yordam ko'rsatishning sababi sifatida instrumental tarzda tasdiqlangan bo'lishi kerak); yurak ritmi buzilishlari YuIK guruhidan nozologik shakl sifatida (agar YuIK guruhidan boshqa nozologiyalar bo'lmasa, albatta, KA aterosklerozi tasdiqlanganda asosiy kasallik sifatida olib chiqiladi. YuIK guruhidan boshqa nozologiyalar, masalan,

infarktdan keyingi kardioskleroz mavjud bo'lgan taqdirda yurak ritmi buzilishini ularning asorati sifatida qaralishi maqsadga muvofiq).

Rubrika I25.2 – avval o'tkazilgan MI (infarktdan keyingi kardiosklerozdan – I25.8 farqlash lozim), Butunjahon sog'liqni saqlash tashkiloti (BJST) tomonidan faqat tasodifan retrospektiv aniqlangan va aniqlangan hamda bemor kuzatilayotgan vaqtda hech qanday klinik ko'rinishga ega bo'lmagan MI hollari uchun ko'zda tutilgan. Ushbu klinik vaziyat letal oqibatga olib kelishi mumkin emas, bundan tashqari, XKT-10 da o'lim statistikasini ishlab chiqishda I25.2 rubrikasini qo'llash to'g'ridan-to'g'ri taqiqlangan.

Rubrika I25.3 – Yurak anevrizmasi: yurakning surunkali anevrizmasi YuIK ning mustaqil nozologik shakli bo'lib hisoblanmaydi, balki infarktdan keyingi kardiosklerozning ko'rinishidir, shuning uchun klinik diaqnozning ta'riflanishini «infarktdan keyingi kardioskleroz» atamasidan boshlash lozim, lekin yurakning surunkali anevrizmasini diaqnozda ko'rsatish kerak, chunki uning mavjudligi to'g'ri shifrn tanlashni talab qiladi.

Rubrika I25.4 – KA anevrizmasi: agar ushbu rubrikada ko'rsatilgan patologik holatlar tibbiy

muolajalar asorati bo'lsa, ular asosiy kasallik/o'limning birlamchi sababi sifatida qaralishi mumkin emas, balki o'tkazilgan aralashuvning asorati sifatida olib chiqiladi. Agar ular tibbiy yordam bilan bog'liq bo'lmasa, ularni asosiy kasallik (jumladan, letal oqibat holatida – o'limning birlamchi sababi) sifatida qayd etish uchun hech qanday chegaralar yo'q.

Rubrika I25.5 – ishemik kardiomiopatiya Xkt-10 da saqlanib qolgan (2016 y. versiyasi). Bundan tashqari, XKT-11 loyahasida ham ushbu rubrika mavjud. shuningdek, XKT-10 ishemik kardiomiopatiyaning o'lim statistikasida qo'llanilishiga hech qanday cheklov qo'ymaydi.

Rubrika I25.6 – simptomsiz miokard ishemiyasi o'limning birlamchi sababi (o'limdan keyingi klinik va patologoanotomik diaqnozlarda asosiy kasallik) sifatida ko'rilishi mumkin emas. Letal oqibat holatida o'lim sababini tanlash o'limga olib keluvchi klinik ko'rinish bilan aniqlanadi.

Rubrika I25.8 – surunkali YuIKning boshqa shakllari: o'tkazilgan miokard infarkti I25.2 dan farqli (Rubrika I25.2 ga qarang) XKT-10 infarktdan keyingi kardiosklerozni shifrlash uchun (I25.8) o'lim oqibati sababi sifatida aniqlaydi; koronar shunt, transplantasiya qilingan yurak KA va avval stentlangan KA aterosklerozi, agar ushbu patologik holatlar rejali yuqori texnologik tibbiy yordam uchun sabab bo'lgan bo'lsa. Ushbu holatlarni o'limning birlamchi sababi (asosiy kasallik – o'limdan keyingi klinik/patologoanotomik diaqnozda) sifatida ko'rish maqsadga muvofiq, agar invaziv/jarrohlik aralashuv ushbu patologiya bo'yicha letal asoratlar rivojlanishiga olib kelgan bo'lsa.

Rubrika I20.9 – noaniq stenokardiya va rubrika I25.9 – noaniq surunkali YuIK: kodlar noaniq ta'riflangan diaqnozga muvofiq keladi, amaliyotda qo'llash kerak emas.

3. Usullar, yondashuvlar va tashxislash jarayonlari

YuIK diaqnozi shikoyatlar yig'indisi (stenokardiya klinikasi), anamnez ma'lumotlari (yurak-qon tomir), diaqnostik uslublar yordamida yashirin koronar etishmovchilik (ishemiya) aniqlanishi asosida qo'yiladi. Diaqnoz qo'yilgandan keyin stenozlovchi

koronar aterosklerozni va jarrohlik yo'li bilan davolashga ko'rsatmalarni aniqlash uchun koronarografiya (KAG) o'tkazish zarur.

3.1 Shikoyatlar va anamnez

Diagnostika bosqichida YuIKga gumon qilingan barcha bemorlarning shikoyatlari tahlili o'tkaziladi va anamnez yig'iladi. Zo'riqish stenokardiyasida eng ko'p shikoyat stabil YuIKning eng ko'p tarqalgan shakli sifatida ko'krakdagi og'riq hisoblanadi.

Stenokardiya klinikasini aniqlash maqsadida tibbiyot xodimi (vrach) YuIKga gumon qilingan bemorni ko'krak qafasidagi og'riq sindromi mavjudligi, uning tavsifi, paydo bo'lish tezlanishi va paydo bo'lishi hamda yo'qolishi sharoitlari to'g'risida so'raydi.

Jadval 3.

Stenokardiya shakllarining klinik tavsifnomasi

Stenokardiya turlari	Klinik ko'rinishi
Tipik (shubhasiz) zo'riqish stenokardiyasi:	tipik (shubhasiz) zo'riqish stenokardiyasining belgilari: ko'krak suyagi sohasida og'riq (yoki diskomfort), chap qo'lga, orqaga yoki pastki jag'ga, kamroq hollarda epigastral sohaga irradiasiya bo'lishi mumkin, davomiyligi 2 dan 5 (20 dan kam) daqiqa. og'riqning ekvivalent holatlari: hansirash, «og'irlik», «kuyish» hissi; yuqorida bayon qilingan og'riq jismoniy zo'riqmada yoki yaqqol ifodalangan ruhiy-emosional stress vaqtida paydo bo'ladi; yuqorida bayon etilgan og'riq jismoniy zo'riqma to'xtatilgandan keyin yoki nitrogliserin qabul qilgandan 1–3 daqiqadan so'ng o'tib ketadi. tipik (shubhasiz) stenokardiya diagnozini tasdiqlash uchun bemorda bir vaqtning o'zida yuqorida sanab o'tilgan barcha uchta belgi mavjud bo'lishi kerak. Jismoniy zo'riqmaga ekvivalent bo'lib arterial bosim (AB)ning krizli ko'tarilish bilan miokardga zo'riqma ortishi, shuningdek, katta miqdorda ovqat iste'mol qilish hisoblanadi.
Atipik stenokardiya	atipik stenokardiya diagnozi agar bemorda tipik stenokardiyaning yuqorida sanab o'tilgan uchta belgisidan har qanday ikkitasi mavjud bo'lsa qo'yiladi.
Ko'krak qafasidagi nostenokardik og'riqlar	ko'krak qafasidagi noanginoz (nostenokardik) og'riqlarning belgilari: og'riqlar navbatma-navbat ko'krak suyagining o'ng va chap tomonida lokallashadi; og'riqlar «nuqtali» xususiyatga ega bo'ladi; og'riqlar paydo bo'lgandan keyin 30 daqiqadan (bir necha soat yoki sutkagacha) ko'p vaqt davom etadi, og'riqlar doimiy, «sanchib turuvchi» bo'lishi mumkin; og'riqlar piyoda yurish yoki boshqa jismoniy zo'riqma bilan aloqador emas, biroq tana holatiga bog'liq bo'ladi: tana korpusi engashganda va yon tomonlarga burilganda, yotgan holatda («decubitus» stenokardiyasi – yotgan holatda venoz qaytishning ortishi va yurakka old

	<p>zo‘riqmaning oshishi hamda miokardning kislorodga bo‘lgan ehtiyojining ortishi natijasida paydo bo‘ladigan chin stenokardiya bundan istisno), tananing uzoq vaqt davomida noqulay holda bo‘lishida, chuqur nafas olganda nafas olish cho‘qqisida paydo bo‘ladi.</p> <p>og‘riqlar nitrogliserin qabul qilganda o‘tib ketmaydi; ko‘krak suyagini va/yoki ko‘krak qafasining qovurg‘alararo oraliqlarini palpasiya qilinganda og‘riqlar kuchayadi.</p>
Vazospastik stenokardiya	<p>vazospastik stenokardiyada ko‘krak qafasidagi og‘riq sindromining o‘ziga xos xususiyati bo‘lib shu narsa hisoblanadiki, og‘riq xuruji odatda juda kuchli,</p> <p>«tipik» joyda – ko‘krak suyagi sohasida lokallashgan bo‘ladi. ko‘pincha bunday xurujlar kechasi va erta tongda, shuningdek, tananing ochiq qismlariga sovuq ta'sir qilgan vaqtda paydo bo‘ladi.</p>
Mikro-qon tomir stenokardiyasi	<p>Mikro-qon tomir stenokardiyasida ko‘krak qafasidagi og‘riq sindromining o‘ziga xos xususiyati shundan iboratki, anginoz og‘riq sifat belgilari va lokalizatsiyasi bo‘yicha stenokardiya muvofiq keladi, lekin jismoniy zo‘riqmadan keyin bir qancha vaqt o‘tgandan so‘ng, shuningdek, emosional zo‘riqishdan keyin paydo bo‘ladi, tinch holat paydo bo‘lishi mumkin va organik nitratlar yordamida qiyin bartaraf etiladi.</p> <p>ko‘krak qafasidagi og‘riq sindromining mavjudligi stenokardiya munosabatida ehtiyotkorlikka chaqirishi lozim, keyin esa o‘xshash simptomatika beradigan boshqa kasalliklarni izlash zarur. shuni hisobga olish kerakki, har qanday genezga ega og‘riq (nevralgiyalar, gastralgiyalar, xolesistitdagi og‘riqlar va b.) mavjud stenokardiyaning provokatsiya qilishi va kuchaytirishi mumkin.</p> <p>So‘rov vaqtida zo‘riqish stenokardiyasi aniqlanganda uning ifodalanganligini baholash maqsadida ko‘tara oladigan jismoniy zo‘riqmaga ko‘ra funksional sinf (FS) ni (stenokardiyaning Kanada tasnifnomasiga muvofiq) aniqlab olish zarur.</p>

Kanada yurak-qon tomir jamiyatining tasnifnomasi hanuzgacha stabil stenokardiya gradasiyalari tizimi sifatida jismoniy faollik bilan bog‘liq simptomlar paydo bo‘ladigan chegarani miqdoriy aniqlash uchun qo‘llaniladi.

Kanada kardiologik jamiyati tasnifnomasi bo‘yicha stenokardiyaning 4 ta funksional sinf (FS) farqlanadi

Jadval 4.

Stenokardiya FS tasnifnomasi

Fs I	Fs II	Fs III	FS IV
-------------	--------------	---------------	--------------

30–39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%
40–49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%
50–59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%
60–69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%
70+	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%

izoh: * – guruhga faqat hansirashga yoki asosiy simptom sifatida hansirashga ega bemorlar kirgan; zo‘riqma sinamalarini o‘tkazish eng samarali bo‘lgan katakchalar to‘q yashil rang bilan ajratilgan (SOE >15%), bunda har yillik yurak-qon tomir o‘limi yoki o‘tkir MI xavfi $\geq 3\%$; och yashil rangdagi katakchalar YuIK SOE 5–15% ni anglatadi, bunda zo‘riqmali sinama o‘tkazish to‘g‘risida xavf modifikatorlarini aniqlash asosida YuIK mavjudligining umumiy klinik ehtimolini baholashdan keyin muhokama qilish mumkin.

sharhlar. SOE – bu bemorda YuIK mavjudligi ehtimolining oddiy ko‘rsatkichi, u og‘riq xususiyati, yoshi va jinsini baholashga asoslangan [6]. YuIKning SoE <5% qiymatida juda past hisoblanadi (har yillik yurak-qon tomir o‘limi yoki MI xavfi <1% ni tashkil qiladi). Bunday holda birlamchi tekshiruvdan keyin SOEni oshiruvchi omillar topilmagandan so‘ng YuIK diagnozi istisno qilinishi mumkin. YuIKning SOE >15% qiymati o‘rtamiyona hisoblanadi va nafaqat birlamchi tekshiruvni, balki YuIK diagnostikasining qo‘shimcha spesifik uslublarini o‘tkazishni talab qiladi. YuIKning SOE 5–15% qiymatlari, umuman olganda, yaxshi prognozni ta‘minlaydi (har yillik yurak-qon tomir o‘limi yoki MI xavfi <1% ni tashkil qiladi), lekin YuIK ehtimolini oshiruvchi qo‘shimcha klinik omillar yoki aniq simptomlar mavjudligida birlamchi tekshiruv o‘tkazilgandan keyin qo‘shimcha maxsus tekshiruvni bajarishni talab qilishi mumkin.

Stabil YuIkni diagnostika qilganda birlamchi tekshiruv spesifik hisoblanmaydi, biroq YuIK SOEni oshiruvchi omillarni aniqlashga imkon beradi va bir qator hollarda YuIK uchun xos bo‘lgan belgilarni, masalan, elektrokardiogramma (EKG)da chandiqli o‘zgarishlarni yoki exokardiografiya (ExoKG)da lokal qisqaruvchanlikning buzilishlarini topishga imkoniyat yaratadi.

3.3 Laborator-diagnostik tekshiruvlar

Eng muhim ko‘rsatkich bo‘lib qonning lipid spektri hisoblanadi. Qolgan qon va peshob tekshiruvlari YuIK prognozini yomonlashtiruvchi yondosh kasalliklar va sindromlar (YuE, QD, qalqonsimon bez disfunksiyasi, anemiya, eritremitiya, trombotoz, trombositopeniya, surunkali jigar yoki buyrak etishmovchiligi va b.) ni aniqlashga imkon beradi va medikamentoz terapiyani tanlashda ularni hisobga olishni talab etadi hamda zarurat tug‘ilganda bemorning jarrohlik yo‘li bilan davolanishiga yo‘llanma berilishiga sabab bo‘ladi.

Jadval 7.

Tavsiyalar	Sinf	Daraja	iqibos
YuIK bor yoki unga gumon qilingan barcha bemorlarga birlamchi murojaat qilganda yondosh kasalliklarni, shuningdek, stenokardiya paydo bo‘lishining ikkilamchi	I	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IB

xususiyatini istisno qilish uchun gemoglobinni, eritrositlar va leykositlar sonini aniqlash bilan birga qonning umumiy (klinik) tahlilini kengaytirilgan holda o'tkazish tavsiya etiladi			<u>S-unlocked.pdf?y sclid=ltmjvbnw 378201129</u>
YuIK bor yoki unga gumon qilingan barcha bemorlarga QDni aniqlash uchun skrining asoslari mavjud bo'lganda qondagi glikirlangan gemoglobin, och qoriga qondagi glyukoza miqdorini aniqlashdan boshlash tavsiya etiladi. Agar natijalar ishonchli bo'lmasa – qo'shimcha glyukozaga tolerantlik peroral sinamasini o'tkazish lozim	I	B	<u>https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false</u>
YuIK bor yoki unga gumon qilingan barcha bemorlarga ba'zi dori vositalarini tayinlash, shuningdek, ularning dozalarini korreksiya qilish imkoniyatini aniqlash uchun qondagi kreatinin darajasini tekshirish va ko'ptokcha filtrasiyasi tezligi (KFT)ni* hisob- kitob yo'li bilan yoki kreatinin klirensini aniqlash orqali buyrak funksiyasi holatini baholash tavsiya etiladi	I	B	<u>https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false</u>
YuIK bor yoki unga gumon qilingan barcha bemorlarga lipidlar almashinuvi buzilishlarini baholash maqsadida qonning biokimyoviy tahlilini o'tkazish, jumladan, Xoni aniqlash va zarurat tug'ilganda terapiyani korreksiya qilish uchun umumiy xolesterin (UXS) miqdorini, past zichlikdagi lipoproteidlar xolesterini (PZLP XS) va trigliseridlarni aniqlash tavsiya etiladi	I	C	<u>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false</u>

***izox:** keksa bemorlarni tekshirishda bir qarashda, bir-biriga qarama-qarshi bo'lgan, birga keladigan (komorbid, polimorbid bo'lgan) kasalliklarning tuzilishida o'xshashliklar aniqlanadi, ammo batafsilroq tahlil qilinganda, bunday qarama-qarshiliklar asoslangan va batafsil o'rganilganda bartaraf etilishi mumkinligi izoxlanadi.

Jadval 7.

Surunkali buyrak kasalligi (SBK) bosqichlari va klinik harakatlar rejasi

BBosqichlar	Ta'rifi	KFT (ml/min/ 1,73 m ²)	Harakatlar*
-------------	---------	--	-------------

1	normal yoki ortgan KFT bo'lgan buyraklar shikastlanishi	≥ 90	Diagnoz va davolash; yondosh kasalliklarni davolash; kasallik taraqqiy etishini sekinlashtirish; YuQtk xavfini pasaytirish
2	KFT biroz pasaygan buyraklar shikastlanishi	60–89	taraqqiy etish tezligini baholash
3A	KFT o'rtamiyona pasaygan buyraklar shikastlanishi	45–59	Asoratlarni tekshirish va davolash
3B	KFT yaqqol ifodalangan darajada pasaygan buyraklar shikastlanishi	30–44	
4	KFT og'ir darajada pasaygan buyraklar shikastlanishi	15–29	O'rnini bosuvchi terapiyaga tayyorgarlik
5	terminal buyrak etishmovchiligi	< 15 (yoki dializ)	O'rnini bosuvchi terapiya (uremiya mavjudligida)

Tavsiyalar	Sinf	Daraja	iqibos
YuIK bor yoki unga gumon qilingan barcha bemorlarga lipidlar almashinuvi buzilishlarini baholash maqsadida qonning biokimyoviy tahlilini o'tkazish, jumladan, Xoni aniqlash va zarurat tug'ilganda terapiyani korreksiya qilish uchun umumiy xolesterin (UXS) miqdorini, past zichlikdagi lipoproteidlarning xolesterini (PZLP XS) va trigliseridlarni aniqlash tavsiya etiladi	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Qalqonsimon bez patologiyasining klinik ko'rinishlar mavjudligida YuIK bor bemorlarga qalqonsimon bez kasalliklarini aniqlash maqsadida qalqonsimon bez funksiyasini baholash (qondagi tireotrop gormon darajasini, umumiy tiroksin (T4) miqdorini, erkin tiroksin (ET4) miqdorini, erkin triyodtironin (ET3), umumiy triyodtironin (T3) darajasini aniqlash) tavsiya etiladi, chunki ular yurak-qon tomir tizimi holatiga ta'sir etishi mumkin	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?yclid=ltmjvbn378201129
Stabil YuIK diagnozi qo'yilgan barcha bemorlarda takroriy tekshiruvlarda zarurat tug'ilganda terapiyani o'z vaqtida korreksiya qilish maqsadida har yili kengaytirilgan umumiy (klinik) qon tahlilini, biokimyoviy	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ys

umumterapevtik tahlilini, lipidlar almashinuvi buzilishlarini baholash bo'yicha biokimyoviy tahlilini, qondagi kreatinin miqdori tahlilini va och qoringa glyukoza miqdori tahlilini nazorat sifatida o'tkazish tavsiya qilinadi			clid=ltmjvbn378201129
YuIK bor va bo'lmachalar fibrillyasiyasi (BF) bo'lgan barcha bemorlarda antikoagulyantlar tayinlash zaruratini hisobga olgan holda qondagi kreatinin miqdori asosida kokroft-Golt formulasi bo'yicha kreatinin klirensini aniqlash tavsiya etiladi	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false

***izox:** insonlarning yoshi keksaygani bilan tanadagi suyuqlik tarkibining o'ziga xos zichligi kamaishi kuzatiladi, bu fibroz bilan progressiv to'qimalarni almashtirilishi bilan namoyon bo'ladi, bu esa barcha to'qimalarning ishemik shikastlanish zonalarini ortib borilishi bilan ifodalanadi. Bu progressiv apoptoz va patologik nekroz tufayli ham sodir bo'ladi.

3.4 Instrumental diagnostik tekshiruvlar

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
YuIK gumon qilingan barcha bemorlarga tinch holatda ishemiya (jumladan, og'riqsiz miokard ishemiyasi) belgilarini, shuningdek, Q tishcha mavjudligi ehtimolini, yondosh yurak ritmi va o'tkazuvchanligi buzilishlarini aniqlash uchun tinch holatdagi 12-kanalli EKG ni qayd qilish, elektrokardiografik ma'lumotlarni ta'riflash va interpretasiya qilish tavsiya etiladi	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Sharhlar: ko'krak qafasidagi og'riq xuruji paytidagi EKG tinch holatdagi EKG ga nisbatan ko'proq ahamiyatga egadir. Agar og'riq vaqtida EKGda o'zgarishlar bo'lmasa, bunday bemorlarda YuIK ehtimoli kamayadi, lekin baribir to'liq istisno qilinmaydi. og'riq xuruji vaqtida yoki undan keyin darhol o'tkazilgan EKGda o'zgarishlarning paydo bo'lishi YuIK ehtimolini ancha oshiradi. Ishemiyaning spesifik belgilari bo'lib bitta yoki undan ko'p EKG ushlanmalarida J nuqtadan ST segmentining 0,1 mV dan kam bo'lmagan chuqurlikdagi davomiyligi 0,06–0,08 s gorizontali yoki qiyshiq tushuvchi depressiyasi hisoblanadi. Vazospazmning spesifik belgilari bo'lib ikkita va undan ko'p ushlanmalarda ST segmentining kamida 0,1 mV ga tranzitor ko'tarilishi xizmat qiladi.

Exokardiografiya (ExoKG)-tadqiqoti

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
tinch holatdagi doppler rejimlarini qo'llagan holda transtorakal ExoKG o'tkazish YuIK ga gumon qilingan bemorlarga:	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137

ko'krak qafasidagi og'riqning boshqa sabablarini istisno qilish uchun; ChQning lokal qisqaruvchanligi buzilishlari (LQB)ni aniqlash uchun; ChQ otish fraksiyasi (OF) ni o'lchash uchun; ChQ diastolik funksiyasini baholash uchun; yurak klapan apparati patologiyasini aniqlash uchun tavsiya etilgan			?login=false
--	--	--	------------------------------

Sharhlar: tinch holatdagi ExoKGni bajarishning asosiy maqsadi – ChQ sistolik va diastolik funksiyasini baholashdan, shuningdek, ko'krak qafasidagi og'riqning boshqa sabablarini, jumla- dan, klapan shikastlanishi, perikardit, miokardit, chiquvchi aorta anevrizmalari, gipertrofik kardiomiopatiyalar va boshqa kasalliklarni istisno qilishdan iborat. O'tkazilgan o'tkir MIning ExoKG belgilari bo'lib muvofiq arteriyaning qon bilan ta'minlanish sohasida LQB hisoblanadi. YuIK yoki mikro-qon tomir disfunktsiyasining erta belgisi ChQ diastolik funksiyasining buzilishlari bo'lishi mumkin.

Qari va keksa yoshlilarda ExoKGda odatda chap qorincha miokardining disfunktsiyasi (sistolik va diastolik) aniqlanadi, bu jarayon dasturiy apoptoz yoki patologik sklerozning progressiv rivojlanishi tufayli o'zini tipik stenokardiya va/yoki (atipik, spontan, mikrovaskulyar, og'riqsiz va x.k.) sifatida namoyon bo'lishi mumkin, shu qatorda o'tkir miokard infarktidan so'ngi kardioskleroz (ISKS) natijasi, yoki ishemik kardiomiopatiya tufayli progressiv rivojlanuvchi surunkali yurak etishmovchiligining oqibati bo'lishi bilan ifodalanadi.

Uyqu arteriyalarining ultratovush tekshiruvlari

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
YuIKga gumon qilingan va avval har qanday lokalizatsiyadagi ateroskleroz verifikatsiya qilinmagan barcha bemorlarga ASBni aniqlash uchun uyqu arteriyalarining ekstrakranial bo'limlarini dupleks skanerlash tavsiya etiladi	Ila	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

Sharhlar: ASBning mezoni bo'lib intima-media kompleksi (IMK)ning $\geq 1,5$ mm, 50% ga yoki uyqu arteriyasining yaqin joylashgan qismlari qalinligidan 0,5 mm ga ko'p lokal qalinlashuvi hisoblanadi [19, 20]. YuIKga gumon qilingan bemorlarda uyqu arteriyalarida ateroskleroz belgilari mavjudligi YuQTA ning yuqori xavfi bilan bog'liq bo'ladi va statinlar tayinlanishiga asos bo'lib hisoblanadi.

Ko'krak qafasi rentgenografiyasi

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
YuIK uchun notipik simptomlari bo'lgan bemorlarda ko'krak qafasi a'zolarining mo'ljallangan rentgenografiyasi yurak va yirik qon tomirlarning boshqa kasalliklari uchun, shuningdek, yurakdan tashqari patologiyasi (mediastinum)ning boshqa a'zolari, o'pka, plevra patologiyasini) istisno qilish uchun tavsiya etiladi	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false

EKGni sutkalik (Xolter) monitorlash

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Yurak ritmini Xolter monitorlash YuIK bor yoki YuIKga gumon qilingan bemorlarga yurak ritmi va/yoki o'tkazuvchanligi buzilishini aniqlash va zarurat tug'ilganda terapiya tanlash uchun o'tkazish tavsiya etiladi	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false

Sharhlar: uslub yurak ritmi va o'tkazuvchanligi buzilishlarining paydo bo'lish tezlanishlarini, davomiyligini va paydo bo'lish sharoitlarini aniqlashga imkon beradi. EKGni monitorlash vazospazm bilan bog'liq EKGdagi o'zgarishlarni hujjatlashtirishga imkoniyat yaratadi. EKGni monitorlashda, avval aytilganidek, miokardning tranzitor ishemiyasi belgisi sifatida ST segmentining depressiyasi aniqlanishi mumkin. Biroq, monitorlashda ST depressiyasi noxush prognoz bilan o'zaro bog'liq emas, zo'riqma sinamalariga nisbatan qo'shimcha ma'lumot bermaydi va ko'pincha vizualizatsiyali zo'riqma sinamaları o'tkazilganda vaqtincha ishemiya belgisi sifatida ham tasdiqlanmaydi [22–24]. EKGni monitorlash diagnostikaning boshqa uslublarini o'tkazish uchun sharoit bo'lmagan taqdirda ham miokard ishemiyasi diagnostikasi uchun qo'llanilishi mumkin emas, chunki tekshiruvning manfiy natijalari YuIK mavjudligini istisno qilmaydi.

Koronar kalsinozni baholash uchun kompyuterli tomografiya (KT)

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
YuIK gumon qilingan bemorlarga YuIK SOEning modifikatsiyalanuvchi omillarini aniqlash uchun Agatson indeksini hisoblab chiqarish bilan birga yurak KT yordamida (imkoniyat maqjudligida) koronar kalsiy baholanishi tavsiya etiladi	II	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/ClinicrekomIBS-

			unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbw n3 78201129
--	--	--	---

Sharhlar: koronar kalsiyning qiymati 0 ga teng bo'lganda YuIK ehtimoli pasaygan uslub sifatida, koronar kalsiyning aniqlanganda esa YuIK ehtimolini oshiruvchi uslub sifatida maqsadga muvofiqdir.

Zo'riqmali EKG

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
YuIKga gumon qilingan bemorlarda YuIK SoEni modifikasiyalovchi omillarni aniqlash uchun antiishemik terapiyani bekor qilish fonida (imkon bo'lganda) zo'riqmali EKG sinamasini o'tkazish tavsiya etiladi)*	II	B	https://scardio.ru/content/Guidelin es/2020/Clin icrekom IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjv bwn37820112 9

***Izox:** keksa bemorlarda zo'riqish sinamalaridan foydalanish keksa asteniya va sarkopeniyaning ko'payishi bilan bog'liq ba'zi cheklovlarga ega, shuning uchun stenokardiyaning klinik shakllarini tashxislashda klinik ko'rinishlarni hisobga olish maqsadga muvofiqroq bo'lib, ularning aksariyati atipikligini inobatga olish lozim. Bundan tashqari, aksariyat qariyalarda miokardning og'riqsiz ishemiyasi uchraydi. Ishemiyaning spesifik belgilari bo'lib bitta yoki undan ko'p EKG ushlanmalarida J nuqtadan ST segmentining 0,1 mV dan kam bo'lmagan chuqurlikdagi davomiyligi 0,06–8,08 s gorizontal yoki qiyshiq tushuvchi depressiyasi hisoblanadi.

Sharhlar: avvallari zo'riqmali EKG tredmil yoki veloergometrda zo'riqma vaqtida ST segmentining paydo bo'lishi asosida miokard ishemiyasini bilvosita baholash uchun tavsiya etilar edi. Ishemiyaning asosiy EKG belgisi bo'lib bitta yoki undan ko'p EKG ushlanmalarida J nuqtadan ST segmentining 0,1 mV dan kam bo'lmagan chuqurlikdagi, davomiyligi 0,06–8,08 s gorizontal yoki qiyshiq tushuvchi depressiyasi va o'rtacha hamda yuqori intensivlikdagi tipik stenokardiyaning paydo bo'lishi hisoblanadi. Hozirgi paytda ahamiyatga ega YuIK uchun birinchi uslub sifatida zo'riqmali EKG o'rniga diagnostik vizualizasiya qilinuvchi uslublarni qo'llash tavsiya etiladi. Agar ba'zi texnik sabablarga ko'ra vizualizasiya sinamalaridan foydalanish imkoni bo'lmasa, zo'riqmali EKG YuIKni tasdiqlash yoki istisno qilish uchun alternativ sinama sifatida qo'llanilishi mumkin. Maksimal diagnostik axborot olish uchun sinamani simptomlar/belgilar paydo bo'lgunga qadar o'tkazish kerak, chunki bu holatlar sinamani o'tkazishni cheklaydi va soxta musbat va soxta manfiy natijalarning yuqori xavfi to'g'risida esda tutmoq lozim. ST segmenti depressiyasi paydo bo'lishi yoki jismoniy zo'riqmalarga past chidamlilik kabi sinamaning

musbat natijasi YuIKning klinik ehtimolini kuchaytiruvchi qo‘shimcha omil va YuIK diagnostikasining qo‘shimcha spesifik uslublarini o‘tkazish uchun ko‘rsatma bo‘lib hisoblanadi.

3.5 YuIK diagnostikasida yuqori sezgirlikka ega qo‘shimcha spesifik noinvaziv va invaziv sinamalar o‘tkazilishi zarurati to‘g‘risida qaror qabul qilish

YuIK SOEni modifikasiyalovchi va uning ehtimolini oshiruvchi omillar			
YuQTK XO (YuQTK bo‘yicha oilaviy anamnez, dislipidemiya, QD, AG, tamaki chekish, semizlik); EKG da Q tishchani mavjudligi yoki ST-T segmentining o‘zgarishlari, ChQ disfunktsiyasi, patologik zo‘riqmalik EKG va kalsinoz	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

YuIK SOEni modifikasiyalovchi va uning ehtimolini pasaytiruvchi omillar			
Otrisetelnie rezultati nagruzochnoy Yuklamali zo‘riqish EKGdagi salbiy ko‘rsatkichlar; KT koronar kalsinozni yuqligi (Agatstona indeksi 0ga teng)	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbnwn378201129

YuIK SOEni baholash, YuIKga gumon qilingan bemorlarning birlamchi tekshiruv va diagnos- tikaning qo‘shimcha spesifik uslublarini o‘tkazish to‘g‘risidagi qaror sog‘liqni saqlashning birlamchi halqasida bajarilishi lozim.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
YuIKning o‘rtacha SOE bo‘lgan (>15%) bemorlarda YuIK diagnozini tasdiqlash yoki istisno qilish uchun qo‘shimcha spesifik noinvaziv vizualizasiya sinamalari o‘tkazilishi tavsiya etiladi	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbnwn378201129
YuIKni diagnostika qilish uchun birinchi noinvaziv vizualizasiya sinamasi sifatida miokard ishemiyasini aniqlashning noinvaziv vizualizasiya stress-uslublaridan	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137

birini (jismoniy zo'riqmali yoki qizilo'ngachni stimulyasiya qilgan holda yoki farmalogik zo'riq- mali ExoKG, funksional sinamali miokard ssintigrafiyasi, miokardning pozitron- emission tomografiyasi (PET), miokardning perfuzion funksional sinamali bir fotonli emission kompyuterli tomografiyasi (BFEKT) o'tkazish tavsiya etiladi			?login=false
---	--	--	------------------------------

Sharhlar: diagnostikaning vizualizasiya qilinuvchi stress-uslublari miokard ishemiyasini aniqlash uchun mo'ljallangan. Ishemiya tredmilda/veloergometrda provokasiya qilinadi, qizilo'ngach orqali elektrokardiostimulyasiya yoki farmakologik stress-agentlar orqali tezlashadi, ular yurakning ishini ko'paytiradi va kislorodga bo'lgan ehtiyojini oshiradi yoki vazodilatatsiyada miokardial perfuziyaning geterogenligini provokasiya qiladi. Ushbu uslublar nafaqat ishemiyani aniqlashga, balki ChQning vaqtincha disfunktsiyasi yoki ChQ perfuziyasining vaqtincha defekti lokalizatsiyasi bo'yicha simptom-bog'liq KAni dastlab aniqlashga imkon beradi. Noinvaziv vizualizasiya qilinuvchi stress- uslublar invaziv sinamalar (qon oqimining fraksion zaxirasini baholash va o'lchash)ga nisbatan gemodinamik ahamiyatga ega stenozlarni aniqlashda yuqori diagnostik aniqlikka ega, chunki ikkala guruh uslublari shikastlanishning funksional ahamiyatini baholashga qaratilgan.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
YuIK diagnostikasi uchun noinvaziv vizualizasiya stress-sinamalarga alternativ sifatida birinchi noinvaziv vizualizasiya sinamasi sifatida multispiral kAning kt (MSKT), KAning kompyuterli-tomografik KAG yoki MSKT angiografiya perfuziyani MSKT-baholash (yurakning kontrastli kt) bilan birga o'tkazilishi tavsiya etiladi	I	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?yclid=ltmjvbw378201129

Sharhlar: kontrastli MSKT KAning anatomiyasini, teshigini, devorini, shuningdek, ASBning lokalizatsiyasini, tuzilmasini va ustini baholashga imkon beradi. Uslub KAGga nisbatan stenozlar diagnostikasining yuqori (>50%) aniqligiga ega, chunki ikkala uslub ham KA tuzilmasini baholashga asoslangan.

Diagnostikaning noinvaziv vizualizasiya uslubini tanlash

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Birinchi noinvaziv vizualizasiya uslubini tanlash YuIK SoE, bemorning o'ziga xos xususiyatlari va shaxsan diagnostika uslubini (zo'riqmani ko'tara olish, yaxshi sifatdagi suratni olish ehtimoli, nurli	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS

zo'riqma mavjudligi, xavflar va qarshi ko'rsatmalar), tibbiyot tashkilotining texnik imkoniyatlari va mutaxassislar malakasi asosida o'tkazish tavsiya etiladi			unlocked.pdf?v scid=ltmjvbnw 378201129
YuIK SoE pastroq ($\leq 15\%$), revaskulyarizatsiya ehtimoli past bo'lgan bemorlarda YuIKning birinchi spesifik noinvaziv uslubi sifatida kAning MSKT-angiografiyasini tanlash tavsiya etiladi	IIa	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
YuIK SoE yuqoriroq ($> 15\%$), revaskulyarizatsiya ehtimoli yuqori va miokardning hayotga layoqatliligini baholash zarurati bo'lgan bemorlarda YuIKning birinchi spesifik noinvaziv uslubi sifatida quyidagilarni: jismoniy zo'riqmali ExoKGni yoki farmakologik zo'riqmali ExoKGni, yoki funksional sinamali miokard ssintigrafiyasini, yoki PETni, yoki miokardning perfuzion funksional sinamali BFEKTni tanlash tavsiya etiladi	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Miokard ishemiyasini vizualizatsiya qilinadigan zo'riqmali stress-uslub (jismoniy zo'riqmali ExoKG yoki farmakologik zo'riqmali ExoKG, yoki funksional sinamali miokard ssintigrafiyasi, yoki PET, yoki miokardning perfuzion funksional sinamali BFEkt) MSKT-angiografiyada noaniq funksional ahamiyatga ega (50–90%) stenozlar tashxis qilingan yoki uslub axborotli bo'lmagan engil simptomli bemorlarga ikkinchi noinvaziv uslub sifatida tavsiya etiladi	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Vizualizatsiyali stress-sinama axborotli bo'lmagan yoki noaniq bo'lgan bemorlarga kompyuterli-tomografik KAG (imkoniyat mavjudligida) diagnostikaning ikkinchi uslubi sifatida tavsiya etiladi	IIa	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Stress-ExoKG YuIKning eng talab qilinadigan va yuqori axborotli noinvaziv uslublaridan biri hisoblanadi va barcha turdagi stress-agentlarni qo'llash orqali bajariladi. Boshqa funksional sinamalarga nisbatan stress-ExoKG ning asosiy afzalliklari uning qulayligi, bir vaqtning o'zida ChQ sistolik, diastolik ishemiyasini va yurak klapanlari funksiyasini baholashdan iborat. texnologiya ionlovchi nurlanish ta'siri bilan bog'liq emas, lekin shu bilan birga radionuklidli stress-uslublar va stress-MRtdagidek diagnostik va prognostik aniqlikka egadir.

YuIK diagnozi qo'yilgan bemorda diagnostika usublari

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
EKGni qayd etish, rasshifrovka qilish, EKG ma'lumotlarini ta'riflash va interpretasiya qilish, doppler rejimlari bilan birga qo'llangan va ChQ o'F baholangan tinch holatdagi uch o'lchamli ExoKG o'tkazish YuIK diagnozi qo'yilgan bemorlarga, jumladan, miokard revaskulyarizasiyasidan keyin, optimal medika- mentoz terapiyaga qaramay yurak simptomlari taraqqiy etganda va/yoki yangi simp- tomlar paydo bo'lganda tavsiya etiladi [1, 10].	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
ko'krak qafasi a'zolarining mo'ljal qilingan rentgenografiyasini bajarish YuIK diagnozi qo'yilgan bemorlarga YuE rivojlanishi gumon qilinganda tavsiya etiladi	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/rekomostr_hron_nedost_2016.pdf
Yurak ritmini Xolter monitorlash isbotlangan stabil YuIK bor va yondosh aritmiya gumon qilingan bemorlarga tavsiya etiladi	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
KAning MSKT-angiografiyasini anamnezida KA aterosklerotik shikastlanishi ma'lum bo'lgan simptomsiz bemorlarda oddiy uslub sifatida qo'llash tavsiya etilmaydi	III	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS_unlocked.pdf?yclid=ltmjvbnw378201129
Noinvaziv vizualizasiya qilinuvchi stress-uslublar (texnik imkoniyatlar bo'lsa, va mutaxassislarning malakasi etarli bo'lsa,	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/

<p>jismoniy zo‘riqmali yoki qizilo‘ngach orqali stimulyasiyali yoki farmakologik zo‘riqmali ExoKG, yoki funksional sinamali miokard ssintigrafiyasi, yoki PET, yoki perfuzion, funksional sinamali BFEkt) YuIK diagnozi qo‘yilgan bemorlarda, jumladan, miokard revaskulyarizasiyasidan keyin, yurak simptomlari tezlanishi va og‘irligi ortgan bo‘lsa, prognozni yaxshilash maqsadida revaskulyarizasiya rejalashtirilganda YuQTA xavf stratifikasiyasi uchun tavsiya etiladi</p>			<p>3/407/5556137?login=false</p>
<p>Noinvaziv stress-sinamalarini bajarishning imkoni bo‘lmaganda va prognozni yaxshilash maqsadida revaskulyarizasiya imkoniyati muhokama qilinganda optimal terapiyaga qaramay kasallik simptomlari mavjud bo‘lgan va noinvaziv diagnostika uslublari ma‘lumotlari yuqori YuQTA ni ko‘rsatgan bemorlarda koronar qon oqimi holatini baholash uchun qon oqimining fraksion zaxirasi yoki qon oqimining momental zaxirasini o‘lchash bilan birga KAGni o‘tkazish tavsiya etiladi</p>	I	A	<p>https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>
<p>Zo‘riqmali EKG (tredmilda yoki veloergometrda zo‘riqmali EKG) YuIK diagnozi qo‘yilgan bemorlarga jismoniy zo‘riqmaga chidamlilikni, simptomlarni, yurak ritmi buzilishlari, AB javobini va kasallikning stabil kechishida hodisalar xavfini baholash hamda ekspert masalalarini echish uchun tavsiya etiladi</p>	I	C	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false</p>
<p>Zo‘riqmali EKG (tredmilda yoki veloergometrda zo‘riqmali EKG) YuIK diagnozi qo‘yilgan va terapiya olayotgan bemorlarga davolashning simptomlarga va miokard ishemiyasiga ta‘sirini baholash uchun tavsiya etilishi mumkin</p>	Ib	C	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false</p>

3.6 Stabil YuIKda tekshiruvning invaziv uslublari invaziv KAG

KAG – invaziv diagnostik tadqiqot bo‘lib, rentgen – jarrohlik sharoitida rentgenologik nazorat ostida KA og‘ziga kontrast modda kiritish yo‘li bilan bajariladi. An'anaviy ravishda YuIK diagnostikasi va asoratlar xavfi stratifikasiyasida KAda stenozlarni, ularning

lokalizatsiyasini, davomiyligini va ifodalanganligini aniqlash uchun, bir qator hollarda esa ASB ning nostabilligini topish uchun qo'llaniladi

Stenokardiya klinikasi mavjudligida

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Isbotlangan YuIKda KAG og'ir stabil stenokardiyali (FS III–IV) bemorlarga yoki YuQTA ning yuqori xavfi belgilari bo'lganda, ayniqsa, simptomlarga medikamentoz terapiya yaxshi ta'sir etmaganda, jumladan, dastlab stress-sinama o'tkazmasdan ham tavsiya etiladi	I	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
Qon oqimining fraksion zaxirasini invaziv o'lchash revaskulyarizatsiyaga ko'rsatmalarni aniqlash uchun zo'riqimli stress-sinama ma'lumotlari yo'qligida, stenozlar >90% bo'lgan hollardan tashqari, texnik imkoniyat va mutaxassislar mavjudligida tavsiya etiladi	I	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
Qon oqimining fraksion zaxirasini yoki qon oqimining momental zaxirasini o'lchash imkoni bilan birga KAG o'tkazish noinvaziv tekshiruvlarning axborotli bo'lmagan yoki qarama-qarshi bo'lgan natijalari olingan bemorlarda YuQTA xavfi stratifikatsiyasi uchun tavsiya etiladi	IIa	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
KAGni o'tkazish ayniqsa stabil YuIK ning yuqori yoki oraliq SoE bor bemorlarda KA MSKT ma'lumotlariga ko'ra aniqlangan og'ir kalsinozda KA stenozlanishining ifodalanganligini qayta baholashda tavsiya etiladi	IIa	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-

Sharhlar: KAGni asoslangan ravishda o'tkazilishi uchun so'rovnoma, ko'ruv va noinvaziv instrumental tekshiruvlar davomida olingan barcha ma'lumotlarni hisobga olish zarur. KAGni o'tkazish ayniqsa og'ir YuQTA yuqori xavfi bo'lgan bemorlarda oqlangan, chunki tekshiruv davomida bunday bemorlarda ushbu xavfni pasaytirish maqsadida miokardning revaskulyarizatsiyasi usuli to'g'risidagi qaror qilinadi. YuQTAning past darajadagi xavfida KAG o'tkazish maqsadga muvofiq emas, chunki uning natijalari odatda davolash olib borilishiga ta'sir ko'rsatmaydi va muvofiq ravishda prognozni o'zgartirmaydi.

Stenokardiya klinikasining yo'qligida va/yoki kasallikning simptomsiz kechishida

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Zo'riqimli stress-sinamalari ma'lumotlarini olish imkoniyati yo'qligida noinvaziv tekshirish uslublari natijalari YuQTA yuqori xavfini ko'rsatgan, medikamentoz terapiya fonida kasallik kechishi kam ifodalangan simptomli yoki simptomsiz bo'lgan bemorlarda koronar oqim holatini aniqlash uchun qon oqimining fraksion zaxirasi yoki qon oqimining momental zaxirasini o'lchash bilan birga KAG o'tkazish tavsiya etiladi va texnik imkoniyat mavjudligida revaskulyarizatsiya imkoniyati muhokama qilinadi sharhlar. Ventrikulografiyada aniqlangan ChQ disfunksiyasi YuIKning barcha shakllarida bemorlarning yashab qolishni prognoz qilishda juda muhimdir.	I	A	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
ChQning umumiy va lokal qisqaruvchanligini baholash uchun avval o'tkazilgan transtorakal ExoKGning axborotli emasligida, shuningdek, yurak ChQda rekonstruktiv jar-rohlik amaliyoti o'tkazilishi rejalashtirilgan infarkt dan keyingi ChQ anevrizmasi bor bemorlarda KAG vaqtida ikkita proeksiyada yurakning rentgenkontrast ventrikulografiyasini bajarish tavsiya etiladi	IIa	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

			<u>for</u>
YuQTA yuqori xavfi bo'lgan uzoq muddatli YuIK anamnezli bemorlarda noinvaziv stress-sinama natijalari bo'yicha ishemiya belgilari paydo bo'lganda va/yoki ishemiyaning yaqqol ifodalangan simptomlarida (zo'riqish stenokardiyasi III–IV FS), shuningdek, ChQ miokardi lokal qisqaruvchanligining tushuntirib bo'lmaydigan pasayishida KAG bajarish tavsiya etiladi	I	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

Kam o'zgargan/o'zgarmagan KA va vazospastik stenokardiya

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Miokard ishemiyasi simptomlari bo'lgan va KAGda o'zgarmagan yoki kam o'zgargan KAlI bemorlarda mikro-qon tomir stenokardiyasini istisno qilish uchun tavsiya etiladi: A) Doppler datchigi yordamida koronar ichi qon oqimini o'lchash (qon oqimining fraksion zaxirasini o'lchash)	IIa	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
B) Endoteliyga bog'liq koronar va endoteliyga bog'liq bo'lmagan koronar oqimi zaxirasini baholash hamda epikardial arteriyalar va mayda qon tomirlar spazmini verifikasiya qilish uchun KAG o'tkazganda koronar tomir ichiga asetilxolin xloridi (S01EB09) va adenzin fosfat (S.01.e.V.10) ni kiritish imkoniyatini ko'rib chiqish tavsiya etiladi	IIb	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
KAlarni KAGni yoki MSKT-angiografiyani o'tkazish ST segmentining tavsifli o'zgarishlari bor, organik nitratlar va/yoki kaliy antagonistlarini qabul qilish	I	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

yordamida bartaraf qilinadigan tinch holatdagi stenokardiyasi bo'lgan bemorlarda vazospastik stenokardiyaga gumon qilinganda KA aterosklerotik shikastlanishlarini istisno qilish uchun tavsiya qilinadi			Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
KAG natijalari bo'yicha normal yoki kam o'zgargan KAl shaxslarda vazospastik stenokardiyaga gumon qilinganda KAG vaqtida KA spazmini aniqlash uchun provokasion koronar tomir ichi farmakologik sinamalar o'tkazish tavsiya qilinadi	IIa	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

KA ni tekshirish uchun boshqa ko'rsatmalar

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Quyidagi belgilarning biri: YuQTK anamnezi (stenokardiya mavjudligiga ko'rsatish), miokard ishemiyasiga, ChQ sistolik disfunksiyasiga gumon, 40 yoshdan katta erkaklar, postmenopauzal davrdagi ayollar, shuningdek, YuQTA ning bitta yoki bir nechta Xo mavjud bo'lganda yurak klapan patologiyasini jarrohlik yo'li bilan davolashdan avval KAG o'tkazish tavsiya etiladi	I	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
KAG o'tkazilishi o'rta va og'ir darajadagi mitral regurgitاسiyasi bor bemorlarga tavsiya etiladi	I	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

Og'ir klapanli nuqsonlari bor va KA shikastlanishining past ehtimoliga ega bemorlarda yurak klapanlarida jarrohlik amaliyoti bajarilishidan oldin KA MSKT-angiografiyasini o'tkazishni KAGga alternativ sifatida ko'rib chiqilishi tavsiya etiladi	IIa	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
Yurak transplantasiyasi o'tkazilgan bemorlarda transplantasiyadan keyin 5 yil davomida har yili, keyinchalik KAning gemodinamik ahamiyatga ega shikastlanishlari bo'lmaganda 2 yilda bir marta KAG bajarilishi tavsiya etiladi	IIa	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

Boshqa diagnostik tekshiruvlar

KAGdan oldin stabil stenokardiyali bemorlarga qo'sh antitrobositar terapiyasini buyurishda qon ketishining oldini olish uchun oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklarini tekshirish va aniqlash uchun fibrogastroduodenoskopiya (FGDS) o'tkazish tavsiya etiladi.

YuIK bor bemorlarda xavf stratifikatsiyasi

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
YuIK diagnozi birinchi marta qo'yilgan barcha bemorlarga, shuningdek, YuIK simptomlari yomonlashganda (yurak qon tomin aterosklerozi) YuQTA xavf stratifikatsiyasi tavsiya etiladi	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
ChQ global sistolik funksiyasini, ChQ OF ni va ChQ diastolik funksiyasini aniqlash bilan birga ExoKG o'tkazish birinchi bor YuIK diagnozi qo'yilgan bemorlarga xavf stratifikatsiyasi uchun tavsiya etiladi [1].	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Birinchi bor YuIK diagnozi qo'yilgan va	IIb	B	https://academic

ChQ OF>35% bo'lgan bemorlarda ChQ OF o'lchashga qo'shimcha sifatida prognozni aniqlash uchun ExoKGning global bo'ylama deformatsiyani baholash imkoniyatini ko'rib chiqish tavsiya etiladi			c.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Stabil YuIK bor o'rtacha klinik simptomlarga ega bemorlarda vizualizasiya qilinuvchi stress-uslublar yoki KA MSKT-angiografiyasi yoki jismoniy zo'riqmali alternativ EKG natijalarini qo'llagan holda xavf stratifikatsiyasini o'tkazish tavsiya etiladi	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
KA MSKT-angiografiya natijalariga ko'ra engil simptomli va stenoz $\geq 50\%$ bo'lgan, KAG yo'llanma berish uchun asoslar etarli bo'lmagan bemorlarda qo'shimcha noinvaziv vizualizasiya qilinuvchi zo'riqmali stress-uslublar (jismoniy zo'riqmali ExoKG yoki farmakologik zo'riqmali ExoKG yoki funksional sinamali miokard ssintigrafiyasi yoki PET yoki funksional sinamali, perfuzion BFEKT) qo'llanilishi bilan birga xavf stratifikatsiyasini ko'rib chiqish tavsiya etiladi	Ib	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
KAG ni YuQTA xavfi stratifikatsiyasi uchun yagona uslub sifatida qo'llash tavsiya etilmaydi	III	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
Qon oqimining fraksion zaxirasi yoki qon oqimining momental zaxirasini o'lchash bilan birga o'tkazilgan KAG yordamida xavf stratifikatsiyasi noinvaziv sinamalarning shubhali va qarama-qarshi natijalari bo'lgan simptomli bemorlarga	Ia	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-

tavsiya etiladi			Guidelines-in-Myocardial-Revascularisati-on-Guidelines-for
Optimal medikamentoz terapiya olayotgan, noinvaziv xavf stratifikasiyasi YuQTA yuqori xavfini ko'rsatgan simptomli bemorlarga qon oqimining fraksion zaxirasi yoki qon oqimining momental zaxirasini o'lchash bilan birga o'tkazilgan KAG yordamida xavf stratifikasiyasi tavsiya etiladi hamda prognozni yaxshilash maqsadida miokard revaskulyarizasiyasini o'tkazish qaror qilinadi	I	A	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisati-on-Guidelines-for

Sharhlar: xavf stratifikasiyasi YuQT yuqori xavfiga ega guruhlarini aniqlash uchun zarur, ularda miokard revaskulyarizasiyasini o'tkazish yordamida kasallik simptomlarining va/yoki prognozining yaxshilanishiga erishish mumkin. Xavf stratifikasiyasi o'tkaziladigan uslub yoki uslublar guruhini tanlash YuIK SOE va birlamchi tekshiruv natijalariga bog'liq. Past yoki o'rtacha klinik xavfi bo'lgan bemorlarda xavf stratifikasiyasi qo'shimcha spesifik noinvaziv diagnostik sinamalar va invaziv diagnostika bajarilish davomida o'tkaziladi. Dastlab YuQTA klinik xavfi yuqori bo'lgan bemorlar guruhida xavf stratifikasiyasi darhol invaziv sinama bosqichida bajariladi. noinvaziv va/yoki invaziv sinamalar asosida YuQTA yuqori xavfi aniqlangan bemorlar qarshi ko'rsatmalar yo'q bo'lsa, miokard revaskulyarizasiyasiga yo'llanishlari lozim. turli uslublar uchun YuQTA xavfning yig'indi mezonlari 6-jadvalda keltirilgan.

Diagnostik sinamalar bo'yicha YuKTA xavfi mezonlari

Diagnostika uslubi	Xavf	Muvofiq kelish mezonlari
klinik va birlamchi instrumental baholash		
simptomlar	Past xavf O'rtacha xavf Yuqori xavf	YuIK SOE <5% va YuIK SoE 5–15% YuIK SoE >15% YuIK SOE >15% + oshiruvchi omillar
simptomlar + ChK OF	Yuqori xavf	simptomlar + ChK OF <35%
stress-EKG	Past xavf* O'rtacha xavf Yuqori xavf	Yurak-qon tomir o'limi yiliga <1% Yurak-qon tomir o'limi yiliga 1–3% Yurak-qon tomir o'limi yiliga >3%
noinvaziv spesifik diagnostik sinamalar		

stress-ExoKG	Past xavf O'rtacha xavf Yuqori xavf	LQB yo'q yoki <2 ta segmentda, OPTA da koronar zaxira $\geq 2,0$ [68] va ko'proq segmentda ChQ yangi LQB bilan birga va ko'proq segmentda ChQ yangi lokal qisqaruvchanlikning buzilishlari (akineziya yoki gipokineziya) bilan birga; oldingi pastga tushuvchi arteriyada koronar zaxira <2,0;
stress-BFEKT/ stress-PET	Past xavf O'rtacha xavf Yuqori xavf	ishemiya maydoni ChQ miokardining <1% ishemiya maydoni ChQ miokardining 1–10% ishemiya maydoni ChQ miokardining >10%
stress-MRT	Past xavf O'rtacha xavf Yuqori xavf	ishemiya yo'q, disfunksiya yo'q birorta ishemiya va/yoki disfunksiya stress-sinama cho'qqisida perfuziya nuqsonlari bor ChQning 16 ta segmentidan ≥ 2 yoki dobutamin bilan induksiyalangan ChQning 16 ta segmentidan ≥ 3
Kalar MSKT angiografiyasi	Past xavf O'rtacha xavf Yuqori xavf	stenozlar $\leq 50\%$ stenoz >50% (ChKA o'zagidan, o'ng pastga tushuvchi arteriyaning uchdan bir qismidan, proksimal stenozli uchta qon tomirli shikastlanishlardan tashqari) ChKA o'zagi stenoz >50%; o'ng pastga tushuvchi arteriyaning proksimal uchdan bir qismi stenoz >50%; proksimal stenozli uchta qon tomirli shikastlanishlar
Invaziv spesifik sinamalar		
KAG	Past xavf O'rtacha xavf Yuqori xavf	stenozlar $\leq 50\%$ stenozlar 50–90% akklyuziyalar stenozlar >90%
FRk/MRk	Yuqori xavf	stenoz 50–90% va QoFZ/QoMZ $\leq 0,80/\leq 0,89$

Izoh: * – Dyuk shkalasi bo'yicha hisoblab chiqarilgan xavfga muvofiq, ST, METs segmenti depressiyasi chuqurligidan va stenokardiya xuruji paydo bo'lishidan kelib chiqqan holda (<http://www.cardiology.org/tools/medcalc/duke/results.asp>).

Qisqartirishlar: YuIK – yurak ishemik kasalligi, KA – koronar arteriya, KAG – koronaroangio- grafiya, ChQ – chap qorincha, ChKA – chap koronar arteriya, QOFZ – qon oqimining fraksion zaxirasi, QOMZ – qon oqimining momental zaxirasi, MRT – magnit-rezonans tomografiya, MSKT – multi- spiral kompyuterli tomografiya, LQB – lokal qisqaruvchanlikning buzilishlari, BFEKT – bir fotonli emission kompyuterli tomografiya, OPTA – oldingi pastga tushuvchi koronar arteriya, SOE – sinamadan oldingi ehtimollik, PET – pozitron-emission tomografiya, OF – otish fraksiyasi, EKG – elektrokardiogramma, ExoKG – exokardiogramma.

3.

1) mutaxassislarning konsultativ ko‘ruvi uchun ko‘rsatmalar (tor soxa mutaxassisining konsultativ ko‘ruvining maqsadini yoritib);

2) tashxislash algoritmi (yuqoridagi keltirilgan barcha tashxislash mezonlarini algoritm shaklida ko‘rsating);

3) qiyosiy tashxis va qo‘shimcha tekshiruvlarni asoslash (qaysi kasallik bilan qiyosiy (differensial) tashxis o‘tkazish va uning mezonlarini aniq ko‘rsating):

4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi:

nomedikamentoz (dori-vositalarisiz) davolash

Sog‘lom turmush tarzi bo‘yicha asosiy chora-tadbirlar:

-tamaki chekishdan voz kechish.

-ortiqcha tana vaznini pasaytirish.

-Yoshingizni, sog‘lig‘ingiz holatini va boshqa yondosh kasalliklaringizni hisobga olgan holda jismoniy faollikni oshirish. Jismoniy zo‘riqmalarning optimal darajasini tanlash uchun mutaxassis vrach maslahatini olgan ma‘qul.

-Yog‘ miqdori kam parhezga doimo rioya qilish, alkogolni cheklash yoki umuman undan voz kechish.

-Arterial bosimni, puls tezlanishini muntazam ravishda mustaqil nazorat qilish.

-Qondagi past zichlikdagi lipoproteidlar xolesterini miqdorini muntazam nazorat qilish (kamida 6 oyda 1 marta).

-Holatni baholash va zarur bo‘lsa davolashni korreksiya qilish uchun vrachga muntazam rvishda murojaat qilish.

-Yondosh kasalliklarni davolash.

Ba'zi yondosh kasalliklar YuIK o‘tkirlashuviga, simptomlar yomonlashuviga yoki kasallikni davolashning qiyinlashishiga olib kelishi mumkin. shuning uchun sizga ma‘lum yondosh kasalliklaringiz to‘g‘risida vrachingizga axborot bering.

Quyidagilar ayniqsa muhim:

-O‘tkazilgan miokard infarkti. Yurakdagi har qanday jarrohlik amaliyotlari.

-Arterial gipertoniya.

-Qandli diabet va boshqa endokrin kasalliklar.

-Yurak etishmovchiligi.

-Anemiya va qonning boshqa kasalliklari.

oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yarasi

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
----------------	-------------	---------------	---------------

Ortiqcha tana vazni aniqlanganda uni dozalangan jismoniy zo'riqmalar va past kaloriyali parhez yordamida kamaytirish tavsiya etiladi. Zarurat tug'ilganda vrach-dietolog qabuliga parhezni va/yoki semizlikni medikamentoz davolashni korreksiya qilish uchun yuborish tavsiya etiladi .	I	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of
Stabil YuIK bor bemolarga maxsus parhezga rioya etish va tana vaznini nazorat qilish tavsiya etiladi	I	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of
tamaki chekuvchi bemorlarga chekishdan voz kechish qat'iy tavsiya etiladi, bunda nafaqat o'zini tutish strategiyasini o'zgartirish, balki farmalogik ko'makdan ham foydalanish, passiv chekishdan qochish maslahat beriladi	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic rekom IB S-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbnw378201129
YuIK bor bemorlarga, ayniqsa, kekxa bemorlarga YuQTA xavfini kamaytirish va hayot sifa- tini yaxshilash maqsadida har yili grippga qarshi vaksinasiya qilish tavsiya etiladi	I	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic rekom IB S-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbnw378201129
Yondosh AGda medikamentoz terapiya tarkibiga antigipertenziv vositalarni kiritish tavsiya qilinadi, bunda maqsad qilingan AB <140/90 mm sim.ust. gacha (birlamchi maqsad), yaxshi ko'tara olganda va 65 yoshgacha <130/80 mm sim.ust. gacha (ikkilamchi maqsad) erishish, lekin 120 va 70 mm sim.ust. dan past bo'lmasligi lozim	I	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/ESChypertension2013.pdf
Yondosh 2 tur QDda parhez va gipoglikemik sintetik hamda boshqa	I	C	https://academic.oup.com/eurh

vositalar yordamida maqsad qilingan glikemiya (glikirlangan gemoglobin) darajalariga erishish tavsiya etiladi. Bunda YuIK bor bemorlar prognozini yomonlashtiruvchi gipoglikemiya epizodlaridan qochish lozim. Zarurat tugʻilganda bemorni parhez va/yoki medikamentoz terapiyani korreksiya qilish uchun vrach-endokrinolog qabuliga yoʻllash lozim

eartj/article/44/39/4043/7238227?login=false

Sharhlar: ma'lumot berish va oʻrgatish – davolashning zarur qismidir, chunki toʻgʻri axborot olgan va oʻrgatilgan bemor vrach tavsiyalarini izchilroq bajaradi va kasallik simptomlariga koʻra muhim qarorlarni mustaqil qabul qila oladi. Bemorga sogʻlom turmush tarzi va yondosh kasalliklarni toʻgʻri davolashning muhimligi toʻgʻrisida aniq maslahatlar berish tavsiya qilinadi.

Medikamentoz terapiyaning asosiy tamoyillari

YuIKni davolash uchun bir oʻzi kifoya boʻladigan preparat mavjud emas. Ushbu kasallikda dori vositalari doimo kompleks ravishda tayinlanadi. toʻgʻri tanlangan dori vositalari kasallikning turli mexanizmlariga taʼsir etadi, bir-birini toʻldiradi va odatda, uzoq muddat qabul qilinganida yaxshi koʻtara olinadi. YuIKni vaqti-vaqti bilan yoki kurs bilan davolanmaydi. Ushbu kasallikni davolash qoʻllab-quvvatlovchi boʻlib, yaxshi koʻtara olinganda cheksiz uzoq muddat davom etadi. Agar davolash fonida siz oʻzingizni yomonroq his eta boshlasangiz yoki nojoʻya taʼsirlar simptomlari paydo boʻlgan boʻlsa, yomonlashish sababini izlash va mumkin boʻlsa, bitta yoki bir nechta preparatni almashtirish uchun albatta vrachga murojaat qiling. Davolash sxemasini faqat vrach oʻzgartirishi lozim. Mustaqil ravishda birorta ham preparatni uzoq muddatga bekor qilmang – bu sogʻligʻingiz uchun xavfli boʻlishi mumkin. Boshqa kasalliklar tufayli qabul qilayotgan hamma preparatlar haqida vrachingizga ma'lumot bering. Bu nojoʻya taʼsirlardan qochishga va davolashni takrorlamaslikka yordam beradi. Doimo preparatlar qadogʻida koʻrsatilgan yaroqlik muddatlariga qarang. Muddati tugayotgan preparatlarni yangisiga oʻz vaqtida almashtiring.

Jadval 7.

Prognozga tasir qiluvchi va antiishemik dori - vositalar

Prognozga tasir qiluvchi dori - vositalar				
Farmokologik guruh	Halkaro patentlangan nomi	Buyurish	DAD	iqbos
Antiagregantlar	Aspirin	Ovqatdan keyin, xar kuni 75mg,	IB	https://scard.io.ru/conten

				t/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IB_S-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
Antiagregantlar	Klopidogrel	75mg 1tabletk 1 maxal xar kuni	IB	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Antiagregantlar	Tikagrelor	O'tkazilgan O'MI, 1 yil davomida 90mg 1 tabletk 2 maxal; 1 yildan keyin 60 mg 1 tabletk 2 maxal	IIA	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Antiagregantlar	Prasugrel	10mg 1maxal kuniga	IIA	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Angiotenzinga Aylantiruvchi Fermentning Inhibitorlari (AAF-i)	Enalapril	2,5mgdan 2 maxal AQB bulmaganda, AQB bulganda individual tarzda buyuriladi	IA	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
AAF-i	Perindopril	Gipertoniya kasalligini kombinlangan	IA	https://academic.oup.com/eurheartj/

		davollashda kullaniladi.		article/41/3/ 407/555613 7?login=fals e
Blokator ARA2 respetorov	Lozartan	25mg 1 maxal AQB nazoratida, yoki AQB bulganida individual tarzda tayinlanadi.	IA	https://acad emic.oup.co m/eurheartj/ article/41/3/ 407/555613 7?login=fals e
Neprilizin ingibitori	Sakubitril/Valsa rtan	Chap qorincha otif fraksiyasi pasayganda AB nazoratida. Tavsiya kilingan dozalar kuniga 50mg/100 mg 2 martaga bo'lib.	IIB	https://acad emic.oup.co m/eurheartj/ article/41/3/ 407/555613 7?login=fals e
Statinlar	Atorvastatin	Qari va keksa yoshdagi bemorlarda tavsiya etilmaydi	IC	https://aca demic.oup. com/eurhea rtj/article/4 1/1/111/555 6353?login =false
Statinlar	Rozuvastatin	Boshlang'ich 10 mg kuniga, nojuya ta'siri aniqlanmasa va PZLP miqdori maqsdadga erishilmagan bo'lsa 40 mggacha oshirish mumkin,	IA	https://aca demic.oup. com/eurhea rtj/article/4 1/1/111/555 6353?login =false
Statinlar	Rozuvastatin/ez etrol	20/10mg 1 maxal, statinlar monoterapiyada samaradorlik	IA	https://aca demic.oup. com/eurhea rtj/article/4

		kuzatilmasa.		1/1/111/5556353?login=false
PCSK9 Ingibitorlari	Inkliziran	300mg t.o, 3 oydan keyin 300mg 6 oydan keyin 300mg, va 300mg dan xar 6 oydan (Sxemaning 1 yilida 3ta in'eksii, 2 yildan boshlab yiliga 2 ta.	IB	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false
Mineralkortikoid ov antogonistlari	Spironolakton	25mg 1 maxal ertalab, Kunlik dozani 50 mggacha oshirish mumkin	IIB	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false
Mineralkortikoid ov antogonistlari	Eplerenon	25mg 1 maxal ertalab, Kunlik dozani 50 mggacha oshirish mumkin	IIB	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false
Beta blokatorlar	Bisoprolol, metaprolol	Boshlangich 1,25mg kuniga va 10mggacha oshirish mumkin YuQSga asoslanib (Maqsadli YuQS 60-70ta) ammo bu preparatlarning qari va keksa yoshdagilarda vazaspastik	IA	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

		xususiyatlari mavjudligi sababli (α -adrenostimulyasiya baroreseptorlarning zichligi kamayishi oqibatida)		
Antiishemik dori vositalari				
Beta blokatolar	Nebivalol	Boshlangich 1,25mg kuniga va 5mggacha oshirish mumkin YuQSga asoslanib (Maqsadli YuQS 60-70ta) qari va keksa yoshdagilarda vazaspastik va mikrovaskular ishemiyani bartaraf etish xususiyatlari isbotlangan	IA	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Beta blokatorlar	Karvedilol	Boshlangich 25mg kuniga va 50mggacha oshirish mumkin YuQSga asoslanib (Maqsadli YuQS 60-70ta) qari va keksa yoshdagilarda vazaspastik va mikrovaskular ishemiyani bartaraf etish xususiyatlari isbotlangan	IB	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Nitratlar	Nitrogliserin	<p>0,005mg 1tabletkatil ostiga anginoz ogriklarda, ogrik kolmasa 1 tabletkatil kushimcha 10 dakikadan keyin. Maksimal 3 tabletkatil 30 dakika ichida Nitrogliserin ta'sir kilmasa, utkir miokard infarktini shubxa qilish va tez yordam chaqirish. Ammo keksa yoshdagi bemorlarda nitratlarning ortastatik gipotoniya chaqirish xususiyatlari oqibatlarini sababli qullanilishi cheklangan</p>	IIB	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Nitratlar	Izosorbit dinitrat	<p>5 mg 3 maxal kuniga boshlang'ich (sutkalik 15mg) va dozani 60 mg gacha oshiriladi kerak bo'lganda. Ammo keksa yoshdagi bemorlarda nitratlarning</p>	IIB	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

		ortastatik gipotoniya chaqirish xususiyatlari oqibatlari sababli qo'llanilishi cheklangan		
Nitratlarga uxshash vosita dori	Molsidomin, Nikarandil	Nitralar berish imkoni bulmaganda Kuniga 1 mg 2 maxal (kerak bulganda 2 mg 2 maxalgacha oshiriladi). Bu guruh preperatlari keksa yoshdagi bemorlarda nitratlarning ortastatik gipotoniya chaqirish xususiyatlari oqibatlari sababli qullanilishi cheklanganligi sababli asosiy deb xisiblanadi	IC	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Kalsiy kanallar blokatorlari	Verapamil	***	***	***
Kalsiy kanallar blokatorlari	Diltiazem	***	***	***
Antianginal dori vosita	ranolazin	500mg 2 maxal kuniga, 2-4xaftadan keyin 1000mg 2 maxalgacha oshiriladi.	IIB	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Antiishemik dori vosita	Trimetazidin	35mg 2 maxal kuniga	IIB	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
-------------------------	--------------	---------------------	-----	---

Izoh: Ro'yxatga O'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tmagan dorilar (ezetrol, eevolokumab, alirokumab), shuningdek antikoagulyantlar va metabolik dorilar (kreatinin fosfat, 1,6-fruktoza difosfat, meldonium, L-arginin) kiritilmagan) foydalanish uchun ko'rsatmalar shifokor qaror qilishda kasallikning og'irligiga qarab tanlaydi. *** Verapamil va diltiazem odatda mikrovaskulyar stenokardiyalar uchun ishlatiladi, agar beta-blokatorlarni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Bevosita stabil stenokardiya xurujini bartaraf qilish (og'riqsizlantirish) uchun qisqa muddat ta'sir etuvchi organik nitratlar (nitrogliserin)** ni tayinlash tavsiya etiladi	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false

Sharhlar: terapiya samaradorligini baholashni bir haftada stenokardiya xurujlari tezlanishi bo'yicha, qisqa muddat ta'sir etuvchi nitrogliserinni qabul qilishga ehtiyoj bo'yicha stenokardiya xurujlari paydo bo'lgunga qadar bemor qanday masofani bosib o'tgani bo'yicha, yoki uning zinadan tepaga ko'tarilishi imkoniyati bo'yicha o'tkazish tavsiya etiladi. Buning uchun bemorlarga o'zini qanday his etayotgani to'g'risida kundalik yuritishni tavsiya qilish maqsadga muvofiqdir. Bir qator hollarda jismoniy zo'riqmalarga chidamlilikning o'zgarishlarini baholash uchun zo'riqmal sinama o'tkazish maqsadga muvofiq. Stenokardiya xurujini bartaraf etish uchun til ostiga nitrogliserin** tabletkalari yoki og'iz bo'shlig'i shilliq qavatiga nitrogliserin** spreyi applikasiyasi (sepish) yoki izosorbid dinitrat** tabletkalarini til ostiga yoki og'iz bo'shlig'i shilliq qavatiga sprej applikasiyasi (sepish) qo'llaniladi. Samara tabletka yoki ingalyasiyadan 1,5–2 daqiqadan keyin boshlanadi, maksimal samaraga 5–7 daqiqadan keyin erishiladi. Agar xuruj 15–20 daqiqa davomida, jumladan, nitrogliserin** va izosorbid dinitratning takroran qabulidan keyin bartaraf etilmasa, MI rivojlanishi xavfi paydo bo'ladi.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
---------	------	--------	--------

I–II FS stabil stenokardiyada va YuQT >60 zarb/daqiqaga bo‘lganda YuQt ni 55–60 zarb/daqiqagacha pasaytirish uchun 1-qator preparati sifatida β -AB yoki «sekin» kalsiy kanallarining nodigipiridinli blokatorlari (KKNGPB) (verapamil** yoki diltiazem) ni tayinlash tavsiya etiladi	I	A	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
---	---	---	---

Jadval 9.

Klinik vaziyatga ko‘ra stabil YuK terapiyasi

	standart terapiya	Yuqori YuKT (>80 zarb/daqiqaga)	past YuKT (<50 zarb/daqiqaga)	ChK disfunktsiyasi	past AB
1-qadam	BAB yoki kKB	BAB yoki kknGPB	kkPGB	BAB	BABning past dozalari yoki kknGPB ning past dozalari
	↓	↓	↓	↓	↓
2-qadam	BAB+ kkPGB	BAB va kkPGB	Prolongasiyal nitratlar	Prolongasiyal nitratlar yoki ivabradin qo‘shish	Prolongasiyal nitratlarning past dozalarini qo‘shish
	↓	↓	↓	↓	↓
3-qadam	2-qator preparatini qo‘shish	Ivabradin qo‘shish	kkPGB+ Prolongasiyal nitratlar	2-qator preparatini qo‘shish	Ivabradin yoki ranolazin yoki trimetazidin qo‘shish
4-qadam			Ivabradin yoki ranolazin yoki trimetazidin qo‘shish		

Izoh. BAB – beta-adrenoblokatorlar; KKB – «sekin» kalsiy kanallari blokatorlari; KKNGPB – «sekin» kalsiy kanallarining nodigipiridinli blokatorlari; KKPGB – «sekin» kalsiy kanallarining digipiridinli blokatorlari; ChQ – disfunktsiya- chap qorincha disfunktsiyasi; YuE – yurak etishmovchiligi.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
III–IV FS stabil stenokardiyasida I FS ga erishish uchun darhol BAB va «sekin» kalsiy kanallarining nodigipiridinli	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom

blokatorlari (KKNGPB) kombinasiyasini tayinlash tavsiya etiladi			IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
---	--	--	---

Sharhlar: stenokardiya xurujlari (ishemiya epizodlari) miokardning kislorodga bo'lgan ehtiyoji ortishi natijasida paydo bo'lganligi sababli YuQT va ABni pasaytirishga qaratilgan davolash patogenetik asoslangan hisoblanadi. BAB nafaqat kasallik (stenokardiya) simptomlarini bartaraf etadi, antiishemik ta'sir ko'rsatadi va bemorning hayot sifatini yaxshilaydi, balki o'tkazilgan MIDan keyin (birinchi yil davomida), ChQning past OF bo'lgan va surunkali YuE bor bemorlarda prognozni yaxshilash ta'siriga ham ega. Stenokardiya davolash uchun BAB minimal dozada tayinlanadi, zarurat tug'ilganda stenokardiya xurujlarini to'liq bartaraf etish uchun maksimal mumkin bo'lgan dozagacha ko'tariladi. BAB qo'llanilganda miokardning kislorodga bo'lgan talab maksimal darajada pasayadi va koronar qon oqimining ortishi YuQT 55–60 zarb/daqiqqa qiymatida erishiladi. «Sekin» kalsiy kanallari blokatorlari (KKB) antianginal samaradorligi bo'yicha BAB bilan taqqoslamadir. KKPGB (amlodipin**, nifedipin**, felodipin**) asosan arteriolalar tonusiga ta'sir ko'rsatadi. Ular post-zo'riqmani pasaytiradi, qon oqimini va kislorodni yurakning ishemiya qismiga etkazilishini yaxshilaydi. Bir vaqtning o'zida YuQTni oshirishi va tizimli ABni pasaytirishi mumkin. KKNGPB (diltiazem va verapamil**) asosan miokardga ta'sir ko'rsatadi. Ular YuQTni pasaytiradi, miokard qisqaruvchanligini va atrioventrikulyar o'tkazuvchanlikni susaytiradi, antiaritmik ta'sir ko'rsatadi. Bu borada KKNGPB BABga o'xshaydi. KKB ishemiya profilaktikasi bo'yicha eng yaxshi natijalarini vazospastik stenokardiya bemorlarda ko'rsatadi. KKB, shuningdek, BABga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda yoki ko'tara olinmaganda tayinlanadi. Ushbu sinf preparatlari stabil stenokardiya AG bilan birga kechganda tavsiya etiladi.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
1-qator preparatlari samaradorligi etarli bo'lmaganda stabil stenokardiya bemorlarga ABga, YuQTga va stenokardiya xurujlari profilaktikasi hamda I FSga erishish profilaktikasiga ko'ra davolashga 2-qator preparatlaridan birini (organik nitratlar yoki ivabradin**, yoki trimetazidin, ranolazin, yoki nikorandil) qo'shish tavsiya etiladi.	IIa	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_recommendations_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
Sinus ritmli, OF $\leq 35\%$ va tinch holatdagi YuQT >70 zarb/daqiqqa bo'lgan, BAB, AO'F-i va mineralkortikoid reseptorlar antagonistlarini qabul qilishiga qaramay, stenokardiya saqlangan bemorlarga o'lim xavfini pasaytirish uchun ivabradin**	IIa	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_recommendations_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

tayinlash tavsiya etiladi			201129
BAB yoki KKNGPB (verapamil**, diltiazem) tayinlanishiga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda stabil stenokardiyali bemorlarga YuQT >80 bo'lganda va sinus ritmda ivabradin** tayinlash tavsiya qilinadi	IIa	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378 201129

4.2.1 Yuqta profilaktikasiga qaratilgan davolash antiagregant terapiya

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Yurak qon tomir asoratlarining oldini olish maqsadida barcha bemorlarga shu jumladan keksa yoshdagi bemorlarga antiagregantlar tavsiya etiladi bulardan asetilsalisil kislotasi (ASK)** 75-100 mg/sut miqdorida	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Stabil YuIK mavjud bo'lgan barcha, shu jumladan keksa yoshdagi bemorlarga xam ASK**ga qarshi ko'rsatmalar mavjudligida yurak qon tomir asoratlarining oldini olish maqsadida trombositlar agregasiyasini alternativ ingibitori klopidogrel** 75 mg/sut miqdorida tavsiya etiladi	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Sharhlar: MI, insult va yurak-qon tomir o'limining yig'indi tezlanishi xavfini pasaytirish munosabatida klopidogrel** (75 mg)ning ASK** (325 mg/sut) oldida afzalligi asosan periferik aterosklerozli va o'qtin-o'qtin oqsoqlik bo'lgan bemorlar hisobiga ko'rsatilgan. trombositlar agregasiyasi boshqa ingibitorlari (prasugrel va tikagrelor**)ning stabil YuIK bor bemorlarda ASK** yoki klopidogrel**dan afzalliklarini namoyish qilgan ma'lumotlar yo'q.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Ishemik hodisalarning yuqori xavfiga ega va qon ketishning yuqori xavfi bo'lmagan stabil YuIK bor bemorlarda ASK**ga ikkinchi trombositlar agregasiyasi ingibitorini qo'shishni ko'rib chiqish tavsiya etiladi. Bunda ushbu terapiyaning davom ettirilishi foydasi va xavfining nisbati muntazam ravishda qayta ko'rib chiqilishi lozim	IIa	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Ishemik hodisalarning o'rtacha xavfiga	IIb	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

<p>ega va qon ketishning yuqori xavfi bo‘lmagan** stabil YuIK bor bemorlarda ASK**ga ikkinchi trombositlar agregasiyasi ingibitorini qo‘shishni ko‘rib chiqish tavsiya etiladi. Bunda ushbu terapiyaning davom ettirilishi foydasi va xavfining nisbati muntazam ravishda qayta ko‘rib chiqilishi lozim</p>			<p>oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false</p>
---	--	--	---

Sharhlar: yuqori ishemik xavf deganda bemorda koronar arteriyalar (KA) ning ko‘p qon tomirli shikastlanishi va quyidagi belgilardan kamida bittasi: medikamentlar qabul qilinishini talab etuvchi qandli diabet (QD), o‘tkazilgan miokard infarkti (MI), periferik arteriyalar ateroskle- rozi, hisoblab chiqarilgan KFT (hkFT) 15–59 ml/min/1,73 m² bo‘lgan surunkali buyrak kasalligi (SBK) mavjud bo‘lishi nazarda tutiladi.

O‘rtacha ishemik xavf deganda bemorda quyidagi belgilardan kamida bittasi: KA ning ko‘p qon tomirli shikastlanishi, davolashni talab etuvchi QD, qaytalangan MI, periferik arteriyalar kasalliklari, surunkali YuE yoki hkFT 15–59 ml/min/1,73 m² bo‘lgan surunkali buyrak kasalligi (SBK) mavjud bo‘lishi nazarda tutiladi.

Qon ketishning yuqori xavfi deganda bemorda miya qutisi ichi qon ketishi, anamnezda ishemik insult yoki boshqa bir miya qutisi ichi patologiyasi, oshqozon-ichak trakti (OIT) dan yaqin orada qon ketishi yoki OIT dan qon yo‘qotish yoki OITning qon ketish yuqori xavfi bilan shartlangan boshqa kasalligi sababli anemiya, jigar etishmovchiligi, gemorragik diatez, keksa yosh va «mo‘rtlik» sin- dromi, dializni talab etuvchi yoki hkFT 15–59 ml/min/1,73 m² bo‘lgan surunkali buyrak kasalligi (SBK) mavjud bo‘lishi nazarda tutiladi.

ASK bilan terapiyani ikkinchi antitrombotik preparat bilan kuchaytirishning quyidagi variantlari:**

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
MI o‘tkazgan va trombositlar agregasiya ingibitorlari bilan ikkilama terapiyaning birinchi yilida qon ketishlar bo‘lmagan bemorlarda aterotrombotik yurak-qon tomir hodisalari rivojlanishi profilaktikasi uchun ASK** ni tikagrelor**ning kamaytirilgan dozasi (60 mg 2 marta/sut) bilan birgalikda 36 oygacha davom ettirish imkoniyatini ko‘rib chiqish tavsiya etiladi	IIa	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Stabil YuIK bor, trombotik asoratlari xavfi yuqori bo‘lgan va qon ketishlar xavfi yuqori bo‘lmagan bemorlarda aterotrombotik yurak-qon tomir hodisalari	IIa	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

rivojlanishi profilaktikasi uchun ASK** ni 75–100 mg dozada rivaroksaban** (2,5 mg 2 marta/sut doza- da) bilan birga uzoq muddat qo‘llash imkoniyatini ko‘rib chiqish tavsiya etiladi			login=false
---	--	--	-----------------------------

Sharhlar: Rivaroksaban** – Xa omili ingibitori 2,5 mg 2 marta/sut dozada («qon tomir» dozasi deb ataladi) plaseboga nisbatan O‘KSdan keyin asosan ASK** va klopidogrel** qabul qilgan va ahvoli stabillashgan bemorlarda qon ketishlar tezlanishini ko‘paytirishiga qaramay, MI, insult va yurak-qon tomir sabablaridan bo‘lgan o‘lim kabi hodisalar yig‘indisini kamaytiradi.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
MI o‘tkazgan va birinchi yil davomida qon ketishlar kuzatilmagan stabil YuIK bor bemorlarda YuQTA profilaktikasi uchun trombositlar agregasiyasi ingibitori (ASK** 75–100 mg va klopidogrel** 75 mg) bilan ikkalama terapiyani uzoqroq muddatga cho‘zish im- koniyatini ko‘rib chiqish tavsiya etiladi	Ila	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
MI o‘tkazgan va TOKA bajarilgan stabil YuIK bor bemorlarda YuQTA profilaktikasi uchun ASK** (75–100 mg/sut) va prasugrel 10 mg/sut dozada (vazni 60 kg dan kam yoki yoshi 75 dan katta bo‘lganda 5 mg) bilan terapiyani bir yildan ko‘p muddatga davom ettirish imkoniyatini ko‘rib chiqish tavsiya etiladi	Ila	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Stabil stenokardiyali va sinus ritmli bemorlarda rejali tokadan keyin trombositlar agregasiyasi ingibitorlari bilan davolash

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Stabil stenokardiyali bemorlarga rejali TOKAdan keyin YuQTA profilaktikasi uchun ASKni sutkasiga 75–100 mg dozada qabul qilishni davom ettirish tavsiya qilinadi	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

<p>Stabil stenokardiyali bemorlarga rejali TOKA dan keyin KA uchun oʻrnatilgan stentning turidan qat'i nazar, stentlashdan keyin 6 oy davomida ASk ga klopidogrelni qoʻllab turuvchi 75 mg/sut dozada qoʻshish tavsiya qilinadi (qoʻllab turuvchi doza 5 kundan kam qabul qilingan holda klopidogrelning 600 mg zoʻriqmal dozasini qoʻshish tavsiya qilinadi). Hayotga xavf soluvchi qon ketishi yoki yuqori xavfi paydo boʻlgan vaziyatda klopidogrelni qabul qilish muddati 3 oygacha, qon ketishning juda yuqori xavfi paydo boʻlganda esa 1 oygacha qisqartirilishi mumkin</p>	I	A	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false</p>
--	---	---	--

Sharhlar: rejali stentlash oʻtkazganda asoratlarning yuqori xavfi (koronar arteriyalar uchun stentning nooptimal joylashuvi, koronar arteriyalar uchun stentning trombozi xavfini oshiruvchi tokAning boshqa asoratlari, chap KA oʻzagidagi TOKA yoki KAni koʻplab stentlash, shuningdek, AKShni koʻtara olmaslik) bilan birga kuzatilgan alohida hollarda hech boʻlmaganda YuQTA profilaktikasi uchun terapiyaning boshlangʻich bosqichlarida antiagregantlar sifatida trombositlar agregasiyasining boshqa ingibitorlari: prasugrel yoki tikagrelorni qoʻllash imkoniyatini koʻrib chiqish tavsiya etiladi [1].

Stabil YuIK va BF bor bemorlarda trombositlar agregasiyasi ingibitorlari bilan antitrombotik terapiya

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
<p>Antitrombotik vositalar bilan terapiyaning boshida k vitamini antagonistlariga (KVA) nisbatan, tayinlanishiga qarshi koʻrsatmalar boʻlmasa, toʻgʻri oral antikoagulyantlar (TOAK) (trombinning toʻgʻri ingibitorlari – dabigatran eteksilat) yoki Xa omili toʻgʻri ingibitorlari (apiksaban, rivaroksaban) tayinlanishi afzalroqdir</p>	I	A	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false</p>
<p>Stabil YuIK va BF bor barcha bemorlarga (erkaklar uchun CHA2DS2-VASc shkalasi boʻyicha ballar yigʻindisi ≥ 2; ayollar uchun CHA2DS2-VASc shkalasi boʻyicha ballar yigʻindisi ≥ 3)</p>	I	A	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false</p>

tromboembolik asoratlar (TEA) profilaktikasi uchun xalqaro me'yorlash-tirilgan nisbat (XMN)ni target therapeutic range (TTR)>70%) chegarasida qo'llab turish imkoniyati sharti bilan antitromboti vositalar (asosan, TOAK – trombinning to'g'ri ingibitorlari yoki Xa omilining to'g'ri ingibitorlari) yoki KVA bilan uzoq muddatli terapiya tavsiya etiladi			
Stabil YuIK va BF bor barcha bemorlarga (erkaklar uchun CHA2DS2-VASc shkalasi bo'yicha ballar yig'indisi ≥ 1 ; ayollar uchun CHA2DS2-VASc shkalasi bo'yicha ballar yig'indisi ≥ 2) tromboembolik asoratlar (TEA) profilaktikasi uchun xalqaro me'yorlash-tirilgan nisbat (XMN)ni target therapeutic range (TTR)>70%) chegarasida qo'llab turish imkoniyati sharti bilan antitrombotik vositalar (asosan TOAK – trombinning to'g'ri ingibitorlari yoki Xa omilining to'g'ri ingibitorlari) yoki KVA bilan uzoq muddatli terapiya zaruratini ko'rib chiqish tavsiya etiladi	IIa	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Sharhlar: yurak klapanlari shikastlanishi bilan bog'liq bo'lmagan BF bor barcha bemorlarga TEA: ishemik insult va tizimli tromboemboliyalalar xavfini baholash uchun CHA2DS2-VASc shkalasini qo'llash tavsiya etiladi.

Jadval 10.

BF bor bemorlarda insult va tizimli emboliyalalar Xo va ularning ballar ko'rishidagi ahamiyati (CHA2DS2-VASc shkalasi)

Xavf omillari 1	ballar
«C» Surunkali yurak etishmovchiligi/ chap qorincha disfunktsiyasi	1
«H» Arterial gipertoniya	1
«A» Yoshi ≥ 75	2
«D» Diabet	1
«S» Ishemik insult/tranzitor ishemik ataka/anamnezda tizimli emboliyalalar	2
«VASc» Qon tomir kasalligi (anamnezda miokard infarkti, oyoqlar1 periferik arteriyalari aterosklerozi, aorta ateroskleroti blyashka)	1
Yoshi 65–74	1
Ayol jinsi	1

Qon ketishlar xavfini baholash uchun bir nechta shkalalarni qo'llash taklif qilingan, eng ko'p qo'llaniladigan shkala HAS-BLED.

Jadval 11.

Qon ketishlar xavfini baholash shkalasi HAS-BLEED

Xarfi*	klirik xarakteristika	ballar soni
H	Gipertoniya	1
A	Jigar yoki buyrak funksiyasi buzilishi (1 balldan)	1 yoki 2
S	Insult	1
B	Qon ketish	1
L	Labil XMn	1
E	Yoshi >65	1
D	Dorilar yoki alkogol (1 balldan)	1 yoki 2

izoh: * – ingliz tilidagi nomlarning birinchi harflari: «n» – sistolik AB >160 mm sim.ust.; «A» – jigar yoki buyrak funksiyasining buzilishi: dializ, buyrak transplantasiyasi yoki qon zardobidagi kreatinin ≥ 200 mmol/l; jigarning surunkali kasalligi (masalan, sirroz) yoki jigarning jiddiy shikastlanganligi biokimyoviy belgilar (masalan, bilirubin darajasi normaning yuqori chegarasidan kamida 2 martaga ortishi AST/ALT/ishqoriy fosfataza darajasi normaning yuqori chegarasidan 3 martadan ko'pga ortishi bilan birga va b.); «S» – anamnezda insult; «V» – anamnezda qon ketish va/yoki qon ketishga moyillik, masalan, gemorragik diatez, anemiya va b.; «L» – nostabil/yuqori XMn yoki XMn o'lchashlarning 60% dan kami maqsad qilingan diapazon chegarasida, «e» – yoshi >65; «D» – dorilar (antitrombositar, nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar)/alkogol.

HAS-BLED shkalasi bo'yicha ballar yig'indisi ≥ 3 bo'lishi qon ketishlarning yuqori xavfini ko'rsatadi. shunga qaramay, qon ketishlarning hisoblab chiqarilgan yuqori xavfi anitkoagulyantlar tayinlanishiga yagona cheklov sababi bo'lishi kerak emas. Birinchi navbatda, bemorni tekshiruvdan o'tkazish kerak, bunda qon ketishlarning potensial manbalarini aniqlanadi, modifikasiyalanadigan XO ni korreksiya qilish, modifikasiyalanmaydigan Xo mavjudligida esa eng xavfsiz antikoga-ulyantni tanlash lozim.

Jadval 11.

4.2.2 Antikoagulyant qabul qiluvchi bF bor bemorlarda qon ketishlar xavfi omillari

Modifikasiyalanadigan XO
Arterial gipertoniya (ayniqsa, agar SAB >160 mm sim.ust. bo'lsa)
Labil XMn yoki XMn maqsad qilingan diapazonda bo'lish vaqti 60% dan kam (kVA qabul qiluvchilar uchun)
Qon ketishi xavfini oshiruvchi preparatlarni (antitrombositar yoki nYaQV) qo'shimcha qabul qilish
Alkogolni iste'mol qilish (haftasiga ≥ 8 porsiya) (porsiyalar miqdori = ichimlikning litrdagi hajmi, uning kuchi va 0,789 ga teng solishtirma og'irligi ko'paytmasi)
Qisman modifikasiyalanadigan XO
Anemiya
Buyraklar funksiyasi buzilishi
Jigar funksiyasi buzilishi

trombositlar sonining pasayishi yoki ular funksiyasining buzilishi
Modifikasiyalanmaydigan XO
Yoshi (>65 yosh), (≥75 yosh)*
Anamnezda katta qon ketish
Anamnezda insult
Dializni yoki buyrak transplantasiyasini talab etuvchi buyrak patologiyasi
Jigar sirrozi
Yomon sifatli oʻsmalar
Genetik omillar
Biomarkerlar – qon ketishlar XO
Yuqori sezgirlikka ega troponin
Oʻsish va differensirovka omili 15
Qon zardobidagi kreatinin darajasi/kreatinin klirensining hisoblab chiqarilgan qiymati

Qisqartmalar: KVA – K vitamini antagonistlari, XMN – xalqaro me'yorlashtirilgan nisbat, NYaQV – nosteroid yalligʻlanishga qarshi vositalar, SAB – sistolik arterial bosim, XO – xavf omillari.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Stabil YuIK va BF bor hamda anamnezda MI oʻtkazgan va takroriy ishemik hodisalar xavfi yuqori boʻlgan, hayotga xavf soluvchi qon ketishlarning yuqori xavfiga ega boʻlmagan bemorlarda YuQTA profilaktikasi maqsadida peroral qabul qilish uchun antitrombotik vositaga sutkalik 75–100 mg dozadagi ASK yoki sutkalik 75 mg dozada klopidogrel qoʻshish imkoniyatini koʻrib chiqish tavsiya etiladi	I ib	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Sharhlar: qon ketishning yuqori xavfi deganda bemorda anamnezda miya qutisi ichi qon ketishlari, ishemik insult yoki miya qutisi ichining boshqa patologiyalari, yaqin orada OITdan qon ketishi yoki OITdan qon yoʻqotish tufayli kelib chiqqan anemiya, qon ketishning yuqori xavfi bilan shartlangan oltning boshqa patologiyasi, buyrak etishmovchiligi, gemorragik diatez, keksa yosh va «moʻrtlik» sindromi, dializ talab etuvchi yoki hkFT <15 ml/min/1,73 m² boʻlgan SBK mavjudligi tushuniladi.

Stabil YuIK va BF bor yoki antitrombotik vositalar qabul qilishga boshqa koʻrsatmalari boʻlgan bemorlarda rejali tokadan keyin antitrombotik terapiya

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
ASK va klopidogrelni TOKA vaqtida (yoki KAG oʻtkazgandan keyin TOKA bajarilishi oydin boʻlgan vatqda) KA uchun stentlarning erta trombozini	I	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-

profilaktika qilish uchun barcha bemorlarga tayinlash tavsiya etiladi			<u>Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</u>
BF bor bemorlarga qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, tromboembolik asoratlarning, jumladan, insultning uzoq muddatli profilaktikasi uchun KVA emas TOAK (Xa omilining to'g'ri ingibitorlari – apiksaban 5 mg sutkada 2 mahal dozada, rivaroksaban 20 mg sutkada bir mahal dozada yoki trombinning	I	A	<u>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false</u>

Sharhlar: har bir TOKAning dozasini BFda ko'rsatmalarga muvofiq ravishda tanlash lozim. BF bor va TOKA o'tkazilgan bemorlarda rivaroksabanni o'rganish bo'yicha PIONEER AF-PCI tadqiqotida buyrak funksiyasi buzilishi o'rtacha darajada (kreatinin klirensi 30–49 ml/min) bo'lgan bemorlar uchun 15 mg × 1 mahal/sut yoki 10 mg × 1 mahal/sut doza qo'llanilgan.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Bemorda KA uchun stentning trombozi xavfidan va insult xavfidan ustun turadigan qon ketishlarning yuqori xavfi mavjud bo'lganda boshqa antikoagulyantlarga nisbatan rivaroksabanning 15 mg/sut dozasini yoki dabigatran etaksilat** ning 110 mg × 2 mahal/ sut dozasini qo'llash imkoniyatini afzal ko'rish tavsiya etiladi.	Ila	B	<u>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false</u>

Sharhlar: qon ketishning yuqori xavfi deganda bemorda anamnezda miya qutisi ichi qon ketishlari, ishemik insult yoki miya qutisi ichining boshqa patologiyalari, yaqin orada OItan qon ketishi yoki OItan qon yo'qotish tufayli kelib chiqqan anemiya, qon ketishning yuqori xavfi bilan shartlangan OItning boshqa patologiyasi, buyrak etishmovchiligi, gemorragik diatez, keksa yosh va «mo'rtlik» sindromi, dializ talab etuvchi yoki hkFT <15 ml/min/1,73 m² bo'lgan SBK mavjudligi tushuniladi.

KA uchun stentning trombozi xavfi deganda trombozning o'zidan xavf va trombozdan bo'lgan o'lim xavfi tushuniladi. Bu xavflar quyida sanab o'tilgan anatomik, muolaja va klinik omillar bilan aniqlanadi: ChKA o'zagida yoki OPTA proksimal qismidagi TOKA, oxirgi faoliyat ko'rsatuvchi KA dagi TOKA, KA uchun stentning nooptimal joylashuvi, KA

uchun 60 mm dan uzun stentlarning oʻrnatilishi, KA uchun ikkita stentni implantasiya qilish bilan oʻtkazilgan stentlash, surunkali okklyuziyalarni davolash, adekvat antitrombotik terapiyaga qaramay, anamnezda KA uchun stent trombozi, QD, SBK. Insult xavfi har bir bemor uchun alohida CHA2DS2-VASc shkalasi boʻyicha toʻplangan ballar soniga muvofiq aniqlanadi.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Asoratlanmagan TOKA hoida (KA uchun oʻrnatilgan stentning turidan qat'i nazar) tromboz xavfi past sharoitida KA uchun stent trombozi xavfidan qon ketish xavfi yuqori boʻlganida uchlama antitrombotik terapiya (UAT) (ASK+ klopidoqrel+ KVA) tarkibidagi ASK bilan davolash muddatini bir haftagacha qisqartirish imkoniyatini koʻrib chiqish tavsiya etiladi	Ila	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
KA uchun stent trombozi xavfi qon ketish xavfidan ustun boʻlgan hollarda UAT ni (ASK+ klopidoqrel+ KVA) 1–6 oygacha uzaytirish imkoniyatini koʻrib chiqish tavsiya etiladi	Ila	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

Uchlama antitrombotik terapiya (UAT) davomiyligi 1 oydan 6 oygacha boʻlishi mumkin, minimalmuddati esa gospitalizasiya davri bilan cheklanishi va bemorning stasionardan chiqishi bilanoq ikkilama antitrombositar terapiya (TOKAning toʻliq dozasi va klopidoqrel) tayinlanishi mumkin. UAT tayinlanishini uzaytirishga olib keladigan omillar boʻlib KA uchun oʻzidan dori vositasini ajaratadigan 1-avlod stentlarning qoʻllanilishi va trombotik asoratlar (ChKA oʻzagini yoki OPTA proksimal segmentini stentlash, bifurkasion stentlash, anamnezda MI yoki KA uchun stentning trombozi, SYNTAX shkalasi boʻyicha yuqori ball kabi) XO ning mavjudligi hisoblanadi. Antitrombotik terapiya muddatlarini qisqartirish zarurligini qon ketishlar yuqori xavfining mavjudligi va past aterotrombotik xavf (REACH yoki SYNTAX shkalalaridan foydalangan holda) koʻrsatadi. koʻp komponentli antitrombotik terapiyaning zarur boʻlgan davomiyligi bemorning kasallik tarixi koʻchirmasi epikrizida aniq koʻrsatilgan boʻlishi kerak.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
KVAni ASK va/yoki klopidogrel bilan kombinatsiyada tayinlashga ko'rsatma bilan birga XMN ni maqsad qilingan 2,0 dan 2,5 gacha diapazondagi qiymatda, TTR ko'rsatkichini esa 70% dan yuqori darajada qo'llab turish tavsiya etiladi [77–	Ila	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
KA uchun stent trombozining (KA uchun o'rnatilgan stent turidan qat'i nazar) o'rtacha yoki yuqori xavfi bo'lgan bemorlarda peroral qabul qilish uchun ASK, klopidogrel va KVA bilan UATga alternativ sifatida tikagrelor/ prasugrel antitrombotik vositasi bilan ikkilama terapiya imkoniyatini ko'zda tutish tavsiya etiladi	Iib	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

Sharhlar: tikagrelor va prasugrelning klopidogrelga nisbatan kuchliroq antitrombotik preparatlar va qon ketishlar munosabatidagi xavfi yuqoriroq vositalar sifatida **UAT tarkibida qo'llash tavsiya etilmaydi.**

KA uchun stent trombozi xavfi deganda trombozning o'zidan xavf va trombozdan bo'lgan o'lim xavfi tushuniladi. Bu xavflar quyida sanab o'tilgan anatomik, muolaja va klinik omillar bilan aniqlanadi: ChKA o'zagida yoki OPTA proksimal qismidagi TOKA, oxirgi faoliyat ko'rsatuvchi KAdagi TOKA, KA uchun stentning nooptimal joylashuvi, KA uchun 60 mm dan uzun stentlarning o'rnatilishi, KA uchun ikkita stentni implantatsiya qilish bilan o'tkazilgan stentlash, surunkali okklyuziyalarni davolash, adekvat antitrombotik terapiyaga qaramay, anamnezda KA uchun stent trombozi, QD, SBK.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Stabil YuIK bor, OItidan qon ketish xavfi yuqori bo'lgan yoki anamnezida OItidan qon ketishi mavjud, ASK yoki bir nechta antitrombotik vositalar kombinatsiyasini qabul qiluvchi bemorlar oshqozon shilliq qavatini himoya qilish va oshqozon-ichak qon ketishlarining profilaktikasi uchun	I	A	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-

protonli pompa ingibitorlarini qo'llash tavsiya etiladi (ko'rsatma bo'yicha – nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar qabul qilinishi bilan bog'liq oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning eroziv-yara shikastlanishlarini profilaktika qilish)			Myocardial- Revascularisation-Guidelines-for
---	--	--	--

Sharhlar: protonli pompa ingibitorlarini qo'llash UAT olayotgan barcha bemorlarga, shuningdek, oshqozon-ichak qon ketishlari xavfi yuqori bo'lgan bemorlarga (oshqozon yarasi kasalligi yoki anamnezda oshqozon-ichakdan qon ketishi, nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalarni yoki kortikosteroidlarni surunkali qo'llash, quyidagi belgilardan: yoshi ≥ 65 , dispepsiya, oshqozon-qizilo'ngach reflyuksiya, Helicobacter Pylori infeksiyasini yuqtirganlik, alkogolni surunkali suiiste'mol qilishdan kamida ikkitasi mavjudligi) tavsiya qilinadi (ko'rsatma bo'yicha – nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar qabul qilinishi bilan bog'liq oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning eroziv-yara shikastlanishlarini profilaktika qilish). klopidoqrelning antitrombotik samaradorligi kuchsizlanishi imkoniyati uning omeprazol yoki ezomeprazol bilan birgalikda (lekin pantoprazol yoki rabeprazol bilan emas) qo'llanilishida namoyish qilindi. Ushbu dorilar o'rtasidagi o'zaro ta'sir davolashning klinik natijalariga noxush samara ko'rsatishi to'g'risida dalillar yo'q.

4.2.3 Gipolipidemik terapiya

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Surunkali YuIK bor barcha bemorlar juda yuqori xavf toifasiga kiradi, shuning uchun YuQTA profilaktikasi uchun ularning hammasiga sog'lom hayot tarzi bo'yicha tadbirlarni va optimal medikamentoz terapiyani qo'llagan holda dislipidemiyaning koreksiya qilish tavsiya etiladi	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false
YuQTA profilaktikasi uchun stabil YuIK bor bemorlarning barchasiga PZLP XSning maqsad qilingan darajasi ($<1,4$ mmol/l) gacha erishish va uning dastlabki miqdoridan 50% ga pasayishi uchun GMG-KoA-reduktaza ingibitorlari (statinlar)ni maksimal ko'tara oladigan dozada tayinlanishi tavsiya qilinadi	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false
2 yil davomida gipolipidemik preparatlar fonida takroriy yurak-qon tomir hodisasini o'tkazgan YuIK bor bemorlarga PZLP XSning maqsad qilingan $<1,0$ mmol/l qiymatiga erishish uchun kombinatsiyali gipolipidemik terapiya imkoniyatini ko'rib chiqish tavsiya qilinadi	Iib	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false

<p>Stabil YuIK bor bemorlarda GMG-KoA-reduktaza ingibitorlari (statinlar)ni maksimal ko'tara oladigan dozalari fonida PZLP XSning maqsad qilingan darajasi (<1,4 mmol/l)gacha va uning dastlabki miqdoridan 50% ga pasayishi erishilmagan yoki GMG-KoA-reduktaza ingibitorlari ko'tara olinmagan hollarda YuQTA profilaktikasi maqsadida davolashga ezetimibni qo'shish tavsiya qilinadi</p>	<p>I</p>	<p>B</p>	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false</p>
<p>Stabil YuIK bor bemorlarda GMG-KoA-reduktaza ingibitorlari (statinlar)ni maksimal ko'tara oladigan dozalarini ezetimib bilan kombinasiyada qo'llanilishiga qaramay, PZLP XSning maqsad qilingan darajasiga erishilmagan yoki GMG-KoA-reduktaza ingibitorlari ko'tara olinmagan hollarda YuQTA profilaktikasi maqsadida 9-tipdagi subtilizin-keksin protein konvertaza (PCSK9) ingibitorlaridan (ATX-tasnifnomasiga muvofiq boshqa gipolipidemik vositalar, C10AX) birini (alirokumab yoki evolokumabni) tayinlash tavsiya qilinadi</p>	<p>I</p>	<p>B</p>	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false</p>
<p>Stabil YuIK bor bemorlarda GMG-KoA-reduktaza ingibitorlari (statinlar)ni maksimal ko'tara oladigan dozalarining ezetimib bilan kombinasiyada qo'llanilishiga qaramay, PZLP XSning maqsad qilingan darajasiga erishilmagan yoki GMG-KoA-reduktaza ingibitorlari ko'taraolinmagan hollarda YuQTA profilaktikasi maqsadida 9-tipdagi subtilizin-keksin protein konvertaza (PCSK9) ingibitorlari (ATX-tasnifnomasiga muvofiq boshqa gipolipidemik vositalar, C10AX)dan birini (alirokumab** yoki evolokumab**ni) tayinlash tavsiya qilinadi</p>	<p>IIa</p>	<p>A</p>	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false</p>

Sharhlar: YuIKning barcha shakllarida UXS va PZLP XS darajalari qanday bo'lishidan qat'i nazar, GMG-KoA-reduktaza ingibitorlari bilan terapiyani diagnoz qo'yilishi bilan oq

boshlash lozim (agar to'g'ri qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa). terapiyaning samaradorligi PZLP XS darajasi bo'yicha baholanadi: ushbu ko'rsatkichning optimal qiymati <1,4 mmol/l bo'lishi va dastlabki darajasidan 50% ga pasayishi kerak. Isbotlanganki, UXS va PZLP XS qiymatlarining kamayishi populyasiyadagi umumiy o'lim darajasining va barcha YuQTA xavfining taxminan 20% ga pasayishi bilan birga kuzatiladi. Lipidlar darajasini pasaytiruvchi terapiya surunkali YuKda nojo'ya ta'sirlar bo'lmaganda uzoq muddat (cheksiz) o'tkaziladi. PCSK9 ingibitorlarini keng qo'llash uning bahosi yuqoriligi sababli cheklangandir.

4.2.4 Renin-angiotenzin-aldosteron tizimi blokatorlari

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Stabil YuK bor bemorlarda prognoz uchun katta ahamiyatga ega yondosh kasalliklar (infarktdan keyingi kardioskleroz, AG, QD, YuE) mavjud bo'lganda YuQTA profilaktikasi uchun AO'F yoki angiotenzin II reseptorlari antagonistlarini tayinlash tavsiya etiladi	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Sharhlar. MI o'tkazgan bemorlarda, shuningdek, yondosh QD mavjudligida AO'F umumiy o'lim darajasini, MI, insult rivojlanishi, Yue taraqqiy etishi xavfini kamaytiradi. Stabil YuK bor bemorlarga AO'Fni tayinlash AG, ChQ OF $\leq 40\%$ bo'lgan SYuE, boshlang'ich va o'rtacha azotemiyali surunkali buyrak kasalligi mavjud bo'lganda ko'rsatilgan. YuK mavjudligida tayinlash uchun preparatlar: perindopril, ramipril. AO'Fni ko'tara olmaganda xuddi shu ko'rsatmalar bo'yicha alternativa sifatida angiotenzin II reseptorlari antagonistlarini tayinlanadi. YuK va SYuE mavjudligida tayinlash uchun preparatlar: lozartan, valsartan, kandesartan [10].

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
AO'F va β -ABning terapevtik dozalarini qabul qilayotgan, MI o'tkazgan, ChQ OF $\leq 35\%$ bo'lgan, shuningdek, QD ga ega bemorlarga yurak-qon tomir o'limini profilaktika qilish uchun spironolakton** (25 mg/sut.) yoki eplerenon tayinlanishi imkoniyatini ko'rib chiqish tavsiya etiladi [112, 113]. Buyrak funksiyasi buzilgan (hkFT < 45 ml/min/1,73 m ²) va qon zar-dobidagi kaliy miqdori $> 5,0$ mmol/l bo'lgan bemorlarga aldosteron antagonistlari qo'llanilayotganda ehtiyotkorlikka rioya qilish lozim	Iib	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

4.2.5 Stabil Yuikning alohida shakllarini medikamentoz davolash

Mikro-qon tomir stenokardiyani davolash uning paydo bo'lishi asosiy mexanizmi – mikro-qon tomir disfunktsiyasiga qaratilgan bo'lishi kerak.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
koronar qon oqimi <2,0 anomal zaxirali yoki mikrosirkulyator rezistivlik ≥ 25 birlik bo'lgan, asetilxolin-provokasion sinamasi manfiy bemorlarga BAB, organik nitratlar, KKB, AO'Fni tayinalsh, hayot tarzini o'zgartirish, tana vazini korreksiya qilish tavsiya etiladi .	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Sharhlar: mikro-qon tomir stenokardiyali bemorlarda xurujlar profilaktikasi uchun yuqorida sanab o'tilgan preparatlarning samarasizligida qo'shimcha tarzda ranolazin nikorandil, aminofillin** tayinlanishi mumkin.

Vazospastik stenokardiya

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Vazospastik stenokardiya diagnozini stenokardiya xuruji vaqtida aniqlangan ST segmentining tranzitor ishemik o'zgarishlari (tinch holatda EKG ni qayd etish, rasshifrovka qilish, EKG natijalarini ta'riflash va interpretasiya qilish) asosida qo'yish tavsiya etiladi. Prinsmetall stenokardiyali bemorlar uchun xuruj vaqtida ST segmentining ko'tarilishlari xosdir	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Vazospastik stenokardiya diagnostikasida xuruj vaqtida EKG ning 12 ta ushlanmasidagi yoki yurak ritmini 12 taushlanmadaprolongasiyali Xolter monitorlashdagi yoki yurak o'tkazuvchi tizimining elektrik faolligini uzoq muddat qayd etuvchi implantasiya qilingan halqali registratori natijalari bo'yicha qayd etilgan spontan ishemik o'zgarishlari (odatda ST segmentining ko'tarilishi)ga tayanish lozim. Vazospastik stenokardiyali barcha bemorlarda medikamentoz terapiya samaradorligini baholash maqsadida yurak ritmini Xolter monitorlash tavsiya etiladi	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Ehtimol qilingan vazospastik stenokardiyali bemorlarga KA stenozlarini istisno qilish maqsadida KAG o'tkazish tavsiya etiladi. Vazospazmning angiografik tasdiqlanishi kateterizasion laboratoriyada farmakologik sinamadan o'tkazishni talab etishi mumkin	I	A	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
---	---	---	---

Sharhlar: kuyidagi hollarda koronar spazmni provokasiya qilish musbat bo'lishi mumkin:

a) anginoz xurujda, b) EKGda ishemik o'zgarishlarda, v) epikardial arteriyalarning yaqqol ifodalangan vazokonstriksiyasida. Uchta hodisaning yo'qligi hollarida sinama natijasini shubhali deb hisoblash kerak.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Epikardial yoki koronar oqim mikro-qon tomirlarning vazomotor buzilishlari bo'lgan bemorlarga stenokardiya xurujlarining profilaktikasi uchun ateroskleroz XOni va hayot tarzini o'zgartirishga qo'shimcha tanlov preparatlari sifatida KKB yoki prolongasiyali organik nitratlar tavsiya etiladi	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Sharhlar: nifedipin** o'zining samaradorligini shuningdek KA ni stentlash bilan shartlangan KA spazmini bartaraf etishda namoyish etdi. Stabil stenokardiyali alohida guruhlar (keksa yosh, buyrak va jigar etishmovchiligi) bemorlarida preparatlarni qo'llash xavfsiz foydalanish bo'yicha yo'riqnomalarga muvofiq amalga oshirish lozim (zarurat tug'ilganda dozalarni pasaytirish mumkin).

5. Tibbiy yordam ko'rsatish turidan kelib chiqib shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalari:

EKJ IC	Stabil YuIK bor bemorlarni hospitalizatsiya qilish to'liq hajmdagi medikamentoz davolash o'tkazilishiga qaramay, stenokardiyaning yuqori FS (III–IV FS) saqlanganda invaziv tekshiruvlar o'tkazish va/yoki miokard revaskulyarizatsiyasi uchun tavsiya etiladi
EKJ IC	Stabil YuIK bor bemorlarni hospitalizatsiya qilish ambulator bosqichda medikamentoz davolashga bo'ysunmaydigan Yue

	dekompensasiyasi holatlarida tavsiya qilinadi [
EKJ IC	Stabil YuIK bor bemorlarni gospitalizasiya qilish yurak ritmi va/yoki o'tkazuvchanligining ahamiyatga ega yoki hayotga xavf soluvchi buzilishlari paydo bo'lganda tavsiya qilinadi
EKJ IC	Birinchi paydo bo'lgan stenokardiyaga yoki avval mavjud surunkali YuIK o'tkirlashuviga (O'KSga) gumon qilingan barcha bemorlarni shoshilinch ravishda iloji bo'lsa, invaziv davolash o'tkazish imkoniyati bo'lgan stasionarga gospitalizasiya qilish tavsiya qilinadi
IC	Gospitalizasiyagacha bo'lgan bosqichda shikoyatlar va anamnez yig'ishdan, ko'ruvdan, EKG qayd qilishdan tashqari O'KS diagnozini tasdiqlash yoki istisno qilishga qaratilgan diagnostik chora-tadbirlar o'tkazish tavsiya etilmaydi

Sharhlar: O'KSga gumon qilingan ko'pchilik bemorlar uchun chuqurlashtirilgan differensial diagnostika talab qilinganligi tufayli ularni ko'p tarmoqli stasionarga gospitalizasiya qilish optimal hisoblanadi. noxush oqibatning yuqori xavfi belgilari bo'lgan bemor invaziv davolash imkoniyatlari mavjud stasionarga gospitalizasiya qilinishi kerak. Gospitalizasiyani kechiktirishga olib keladigan har qanday gospitalizasiyagacha diagnostik tadbirlarni o'tkazish mumkin emas.

EKJ IC	Surunkali YuIK bor bemorlarga o'tkirlashuv bo'lmagan vaqtda vrach-terapevt yoki (ko'rsatmalar mavjud bo'lganda) vrach-kardiolog nazorati ostida ambulator bosqichda davolash o'tkazilishi tavsiya etiladi .
EKJ IC	Surunkali YuIK bor bemorlarga o'tkirlashuv bo'lmagan vaqtda KAG (shuningdek, KAG bajarilayotgan paytda bir qator diagnostik tekshiruvlar) o'tkazish uchun stasionarga yoki kunduzgi stasionarga va miokard revaskulyarizasiyasini (TOKA yoki ksh) bajarish uchun stasionarga gospitalizasiya qilinishi tavsiya qilinadi.

5.2 Kasalxonada davollash taktikasi

Nomedikamentoz va medikamentoz terapiya ambulatoriyadagi davollash bilan bir xil. Kasalxonada yukori texnologiyali davollash usuliga muxtoj bulgan bemorlarga oshirish tugrisidagi karorni kabul kilish kerak

Yurak ishemik kasalligi uchun yukori texnologiyali aralashuvlar va jarroxlik davollanish taktikalari

TOKA -Teri orkali koronar aralashuv (stentlash va angioplastika)

AKSh – Aortakoronar shuntlash.

**«QARI VA KEKSA YoShLI BEMORLARDA YuRAK QON
TOMIR KASALIKLARI - SURUNKALI YuRAK IShEMIK
KASALLIGI» NOZOLOGIYaSIDA TIBBIY ARALASHUVLAR
BO‘YIChA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

Kirish

Jarrohlik yo‘li bilan davolanishga yo‘llanma

To‘g‘ri tanlangan davolashda, parhez va turmush tarzi bo‘yicha vrach tavsiyalariga aniq va izchil rioya qilinganda YuIK uzoq vaqt stabil shaklda kechishi mumkin va sizning mehnatga layoqatingiz hech qanday cheklanmaydi. Kasallik taraqqiy etgan hollarda, stenokardiya xurujlari yoki yurak etishmovchiligi simptomlari ko‘paysa va medikamentoz terapiya kam samarali bo‘lib qolsa, vrach sizga jarrohlik yo‘li bilan davolanishni taklif qilishi mumkin. Jarrohlik yo‘li bilan davolanishning zamonaviy uslublari (koronar qon tomirlarni shuntlash yoki stentlash) bemorlar holatini ancha yaxshilashga, og‘ir asoratlar, jumladan, o‘lim oqibati xavfini pasaytirishga, ba‘zi hollarda esa dori preparatlariga ehtiyojni kamaytirishga imkon beradi. Jarrohlik yo‘li bilan davolanishning eng yaxshi uslubini tanlash uchun bemor dastlab stasionarda tekshiriladi. Jarrohlik yo‘li bilan davolash to‘g‘risidagi qarorni doim mutaxassis vrachlar albatta bemorning fikrini hisobga olgan holda qabul qiladilar

Turli xil ta‘sir mexanizmlariga ega bo‘lgan dori-darmonlarning ko‘pligiga qaramasdan, hozirda mavjud bo‘lgan barcha terapevtik usullar har doim ham samarali va mos kelmaydi. Tibbiyotning rivojlanishi bilan miyokard ishemiyasining sabablarini aniq tashxislash usullari paydo bo‘ldi. Shunday qilib, ikkita asosiy aloqa mavjud: stentlash va koronar arteriya bypass payvandlash. To‘g‘ridan-to‘g‘ri bajarilgan koronar angiografiyadan so‘ng amalga oshiriladi. PCI (teri orqali aralashuv) stentsiz va stent yordamida transluminal koronar angioplastikani (PTCA) o‘z ichiga oladi. PCI femoral, radial yoki brahiyal arteriya orqali teri orqali kirish bilan amalga oshiriladi. Radial kirish doimiy ravishda aniq qo‘llaniladi, chunki u bemorning noqulayligini kamaytiradi, operatsiyadan keyin turish vaqtini sekinlashtiradi va ma‘lum asoratlar (masalan, qon quyqalari, psevdonevrizma shakllanishi) tezlashadi.

Amalga oshirish usuli

Katta periferik arteriyaga yo‘naltiruvchi kateter kiritiladi va koronar arteriyalar ostiga yetguncha oldinga suriladi. Balon kateteri floroskopiya yoki tomir ichiga ultratovush tekshiruvchi ostida stenoz joyiga yo‘naltiriladi, so‘ngra aterosklerotik plakni maydalash va arteriya lümenini kengaytirish uchun shishiriladi. Jarayondan so‘ng o‘zgarishlarni hujjatlashtirish uchun angiografiya takrorlanadi. Agar kerak bo‘lsa, prosedura 2 yoki 3 tomirda amalga oshiriladi.

Stentlash

Koronar arteriya stentlari kengaytiriladigan simli to‘r silindrlari bo‘lib, ular stenoz joylarini ochiq saqlashga yordam beradi. Quyidagi hollarda stent qo‘yish eng mos keladi:

Ilgari teri orqali koronar angioplastikadan o‘tmagan yirik koronar arteriyalardagi kichik jarohatlar

Vena safenadan mahalliy buzilishlar paydo bo‘lganda

PCI yordamida og‘ir stenozlarni davolashda. Stent o‘rnatilgandan so‘ng, dori-darmonlarni davolanishning o‘ziga xos xususiyatlari davolash bobida ko‘rsatilgan.

PCI uchun nisbiy qarshi ko‘rsatmalar

- koagulopatiya

- Asosan butun miyokardni ta'minlaydigan bitta yirik tomirning shikastlanishi
- Mahalliy tomirdan kollateral qon oqimi bo'lmaganda yoki chap oldingi tushuvchi arteriyaga ilgari qo'llaniladigan shunt bo'lmaganda chap koronar arteriyaning kritik stenoz
- Fokal stenozlarsiz diffuz qon tomir lezyonlari
- Giperkoagulyasiya bilan kechadigan holatlar
- Etarli darajada samarali bo'lmagan oldingi kardiojarrohlik
- stenoz <50%
- Koronar arteriyaning to'liq tiqilib qolishi

Koronar shuntlash (SABG), shuntlar (tomir greftlari) yordamida koronar tomirning toraygan joyini chetlab o'tib, yurak arteriyalarida qon oqimini tiklashga imkon beradigan operatsiya. Bypass operatsiyasini stentlashdan ajratish kerak, ya'ni. stentni o'rnatish - yurakning koronar tomirlarining lümenine joylashtirilgan va patologik jarayon bilan toraygan maydonning kengayishini ta'minlaydigan maxsus ramka.

Ko'rsatmalar

- dori terapiyasiga mos kelmaydigan angina pektorisi;
- chap koronar arteriya va asosiy yurak arteriyalari magistralining 50% dan ortiq torayishi;
- Otish fraksiyasi kamayganda .
- Ko'p tomirli lezyon
- 1 yoki undan ortiq tomirlarning shikastlanishi va anevrizmaning aniqlanishi (eksizyon uchun)

Qarshi ko'rsatmalar

- Chap qorincha otish fraksiyasining 30% dan kamayishi
- og'ir yurak etishmovchiligi
- Og'ir birga kelgan kasalliklar
- Oxirgi 2 oy ichida BMKAUB.
- Miokard va qon tomirlarida diffuz o'zgarishlar.

Jarrohlik yo'li bilan davolash (miokard revaskulyarizatsiyasi)

Davolash uslubini tanlash to'g'risidagi qaror KAG natijalari, tekshiruvning noinvaziv va invaziv uslublari ma'lumotlari va klinik ma'lumotlar tahlili bo'yicha rentgenendovaskulyar jarroh, yurak-qon tomir jarrohi va vrach-kardiolog tomonidan qabul qilinadi. klinikada yurak- qon tomir jarrohi bo'lmasa, ChKA o'zagining SYNTAX shkalasi bo'yicha >32 balli shikastlanishida va SYNTAX shkalasi bo'yicha ko'p qon tomirli shikastlanish >23 ballni tashkil qilganida teletibbiyot maslahatlari imkoniyatidan foydalanish maqsadga muvofiq.

Stabil stenokardiyali va miokardning og'riqsiz ishemiyasi bor bemorlarda revaskulyarizatsiya

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Prognozni yaxshilash uchun quyidagi hollarda: ChKA o'zagining >50% shikastlanishida, OTKA ning >50% proksimal stenozida, >50% stenozli ikki va uch qon tomirli	I	B	https://www.escard.io.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-

shikastlanishda va ChQ OF \leq 35% da, Zo'riqmali stress-sinamalarini o'tkazganda o'tuvchi ishemiya maydonining kattaligida (ChQ maydoni >10%) yoki katta QOFZ da, yoki yagona saqlangan KA ning >50% stenozida (hujjatlashtirilgan miokard ishemiyasining mavjudligida; yoki QOFZ<0,80, QOMZ<0,89 da; yoki >90% stenozda) revaskulyarizasiya o'tkazish tavsiya etiladi zadokumentirovannoy ishemii miokarda; ili FRK<0,80, MRK<0,89; ili stenoz >90%)			Management-of
--	--	--	-------------------------------

Sharhlar: stress-induksiyalangan miokard ishemiyasining katta zonasi aniqlangan bemorlarda KAda aralashuv prognozni yaxshilaydi. Miokard ishemiyasining katta zonasi to'g'risida, shuningdek, yirik KA: ChKA o'zagi, OTKA proksimal qismining gemodinamik ahamiyatga ega shikastlanishi, ChQ funksiyasi pasaygan ikki yoki uch qon tomirli shikastlanishi, yagona saqlangan koronar qon tomir shikastlanishi mavjudligi bo'yicha fikr yuritish mumkin.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Ishemiya simptomlarining ifodalanganligini kamaytirish uchun KAning gemodinamik ahamiyatga ega stenozlarida (zo'riqmali stress-sinamalar va/yoki QOFZni o'lchash natijalari bo'yicha), optimal medikamentoz terapiyaga qaramay, jismoniy faollikni cheklovchi stenokardiya yoki uning ekvivalentlari mavjudligida revaskulyarizasiya o'tkazish tavsiya etiladi	I	B	https://www.escard.io.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of

Sharhlar: YuIK bor bemorlarga optimal medikamentoz terapiyaga qaramay, stenokardiya simptomlari saqlangan holda KAning gemodinamik ahamiyatga ega shikastlanishlari mavjudligida TOKA o'tkazish ko'rsatilgan. Stenoz ahamiyatini aniqlashning alternativ usuli bo'lib diagnostik KAGda QOFZni o'lchash hisoblanadi QOFZ \geq 0,80 bo'lgan stenozlarda faqat medikamentoz terapiya foydasiga aralashuvdan voz kechish klinik tadqiqotlarda o'zining asoslanganligini ko'rsatdi. Qayd etish lozimki, KA stenozlarining 90% dan kamiga ularning gemodinamik ahamiyatini isbotlash uchun (hujjatlashtirilgan miokard ishemiyasi, jumladan, miokardni vizualizasiya qilgan holda zo'riqmali sinamalar natijalari bo'yicha yoki QoFZ ni aniqlash kabi) qo'shimcha sinamalar zarur [1].

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
---------	------	--------	--------

KA proksimal segmentlari stenozlaridagi TOKA (70% dan ko'pi) aortal klapaning transkateter implantatsiyasi o'tkazalishi rejalashtirilgan bemorlarda ko'rib chiqilishi kerak	Ila	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of
---	-----	---	---

Vazospastik stenokardiyali bemorlarda miokard revaskulyarizatsiyasi

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Vazospastik stenokardiyada miokard revaskulyarizatsiyasi (TOKA yoki ksh) tavsiya etilmaydi	III	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Miokard revaskulyarizatsiyasi uslubini tanlash

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
salbiy yurak-qon tomir hodisalari xavfini minimallashtirish maqsadida miokardning revaskulyarizatsiyasi uslubini tanlash uchun quyidagilarni: KA shikastlanishining anatomik xususiyatlarini; yondosh patologiyani va aralashuvning ehtimol qilingan xavflarini; jarrohlik aralashuvining aniq uslubi o'tkazilishiga bemorning roziligini hisobga olish kerak	I	A	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of

Sharhlar: texnik jihatdan ham ksh, ham tokA o'tkazish mumkin bo'lgan holda bemorning har qanday jarrohlik aralashuviga roziligi bo'lganda, uslubni tanlash asosan koronar oqim shikastlanishining o'ziga xos anatomik xususiyatlariga (shikastlanishlar soni va xususiyati, bifurkasiyalar va tomir og'izlarining jalb qilinganligi, KA davomiyligi, qing'irligi va kalsinoziga) bog'liq. Aniqlik darajalari va adabiyot manbalari ko'rsatilgan holda koronar oqim jalb qilinganligiga bog'liq miokard revaskulyarizatsiyasining endovaskulyar va jarrohlik uslublari taqdim qilingan

Stabil YuIK bor, koronar anatomiyasi ikkala uslub uchun to'g'ri keladigan va past jarrohlik o'lim darajasi prognoz qilingan bemorlarda revaskulyarizatsiya turlari (ksh yoki toka) bo'yicha tavsiyalar.

koronar oqim shikastlanishining lokalizatsiyasi va og'irligi	KSh		ChKV		Adabiyot manbasi
	Sinf	Daraja	Sinf	Daraja	

Bitta yoki ikkita qon tomir shikastlanishi va OPTA proksimal stenozining yoʻqligi	IIIb	C	I	C	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
OPTA proksimal stenoz mavjud bitta qon tomir shikastlanishi	I	A	I	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
OPTA proksimal stenoz mavjud ikkita qon tomir shikastlanishi	I	B	I	C	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
SYNTAX shkalasi boʻyicha kam (0–22) balli ChkA shikastlanishi	I	A	I	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
SYNTAX shkalasi boʻyicha oʻrta (23–32) balli ChkA shikastlanishi	I	A	IIa	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
SYNTAX shkalasi boʻyicha yuqori (≥ 33) balli ChkA shikastlanishi	I	A	III	B	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
SYNTAX shkalasi boʻyicha past (≤ 22) balli uchta qon tomir shikastlanishi	I	A	I	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
SYNTAX shkalasi boʻyicha oʻrta va yuqori (≥ 23) balli uchta qon tomir shikastlanishi	I	A	III	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
Qandli diabetda SYNTAX shkalasi boʻyicha past (≤ 22) balli uchta qon tomir shikastlanishi	I	A	IIIb	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
Qandli diabetda SYNTAX shkalasi boʻyicha oʻrta va yuqori (≥ 23) balli uchta qon tomir shikastlanishi	I	A	III	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896

qisqartirishlar: ksh – koronar shuntlash, ChKA – chap koronar arteriya, OPTA – oldingi pastga tushuvchi arteriya, DAD – dalillarning aniqlik darajasi, TID – tavsiyalarning ishonchlilik darajasi, TOKA – teri orqali koronar aralashuv.

TOKAda stent turini tanlash

Hozirgi paytda YuIK bor bemorlarda TOKA oʻtkazganda qoʻllaniladigan koronar arteriyalar uchun ikki turdagi stentlar mavjud: dori qoplamali stentlar (DQS) va metall stentlar (MS).

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Stabil YuIK bor barcha bemorlarga	I	A	https://scardio.ru/ra

miokard revaskulyarizasiyasida kasallikning klinik ko‘rinishidan, ASB turidan, kutilayotgan rejali jarrohlik amaliyotidan ikkilama antitrombositar terapiya va yondosh antikoagulyant terapiya davomiyligidan qat’i nazar, DQS qo‘llanilishi tavsiya etiladi			tings/uploads/504.pdf?29972896
--	--	--	--

Sharhlar: oxirgi yillardagi yirik registrlar, ko‘p markazli randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar natijalari, shuningdek, metatahlillar ma’lumotlari namoyish qildiki, YuIK bor bemorlarda tokAda yangi avlod DQS*** ni qo‘llash MS*** ga nisbatan noxush yurak-qon tomir hodisalarining kamroq tezlanishi bilan shartlangan: restenoz tezlanishi 5 martaga, takroriy re- vaskulyarizasiya xavfi 4 martaga, KA*** uchun stent trombozlari xavfi 2 martaga pasaydi (asosan everolimus, zotarolimus bilan qoplangan DQS*** qo‘llanilgan). shunday qilib, DQS*** YuIK bor barcha bemorlarda qo‘llanilishi lozim

Kon tomir ichiga kirish yo‘lini tanlash

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
YuIK bor barcha bemorlar uchun aralashuv boshqa kirish yo‘lini talab qilgan hollardan (nur arteriyalarining kichik diametri, qo‘l arteriyalari okklyuziyasi va qing‘irligi, katta diametrdagi (7 Frenchdan katta) uskunalarni qo‘llash, ksh ehtimoli katta bo‘lgandan (masalan, TOKA uchun to‘g‘ri kelmaydigan KA ning ma’lum shikastlanishi)) tashqari TOKA uchun qon tomir ichiga radial yo‘ldan kirish tavsiya etiladi	I	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896

Sharhlar: Qon tomir ichiga radial yo‘ldan kirishni qo‘llash afzalroq hisoblanadi, chunki o‘lim darajasini va jiddiy YuQtA sonini kamaytiradi, shuningdek, YuIk shaklidan qat’i nazar katta qon ketishlar xavfini va boshqa qon tomir asoratlarini kamaytirgani hisobiga tokAning xavfsizligini oshiradi.

KSh amaliyotlari taktikasi

Sharhlar: K Aning ko‘plab gemodinamik ahamiyatga ega aterosklerozida ko‘pchilik hollarda ksh sun‘iy qon aylanishi (SQA) bilan birga yoki SQA siz bajariladi. Yuqoriga chiquvchi aorta kasinozi, jarrohlik amaliyoti uchun qulay va asoratlanmagan kA shikastlanishida sun‘iy qon aylanishisiz ksh ning o‘tkazilishi samaraliroq deb ehtimol qilinadi

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Barcha bemorlarda shuntning «yashab	I	B	https://www.escardi

<p>qolish» vaqtini oshirish uchun shuntlar sifatida chap ichki ko'krak arteriyasini qo'llash tavsiya qilinadi. Sternal asoratlarning yuqori xavfi (semizlik, dekompensasiyalangan QD) bo'lmagan hollarda o'ng ichki ko'krak arteriyasini qo'llash tavsiya etiladi. Ichki ko'krak arteriyalariga qo'shimcha sifatida 80% dan ko'p koronar tomirlar stenozlarida va/yoki ularning okklyuziyalarida aortokoronar shuntlar sifatida nur arteriyalarini qo'llash tavsiya qilinadi, qolgan shoxlarning revaskulyarizasiyasi autovenoz transplantantlar bilan o'tkaziladi</p>			<p>o.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>
--	--	--	--

Sharhlar. Sun'iy qon aylanishi bilan o'tkazilgan ksh amaliyoti miokardning to'liq revaskulyarizasiyasini ta'minlaydi, ko'pchilik kuzatuvlarda uzoqlashgan natijalar sun'iy qon aylanishsiz o'tkazilgan amaliyotlarga nisbatan yaxshiroq ekanligi qayd etilgan. Autoarterial transplantatlarni keng qo'llash shuntlarning yaxshiroq uzoqlashgan o'tkazuvchanligini va stenokardiya residivlari sonining pasayishini ta'minlab beradi.

Refrakter stenokardiyani davolash

Refrakter stenokardiyaga simptomlari 3 oydan ko'proq vaqt davom etayotgan stenokardiya kiradi, bunda o'tuvchi miokard ishemiyasi verifikasiya qilingan bo'lib, koronar oqimning og'ir shikastlanishi mavjud bo'ladi, bu simptomlarni ikkinchi va uchinchi qator preparatlarini qo'shish hisobiga medikamentoz terapiyani kuchaytirish, ksh yoki stentlash, jumladan, surunkali to'liq koronar okklyuziyasining tokA o'tkazish yo'li bilan nazorat qilish uddasidan chiqilmaydi.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
<p>Bir qator hollarda optimal medikamentoz terapiyaga va revaskulyarizasiya aralashuvlariga refrakter stenokardiyali bemorlarda ularning hayot sifati past bo'lganligini hisobga olgan holda simptomlarin engillashtirish maqsadida quyidagi davolash turlarini ko'rib chiqish mumkin: tashqi kontrpulsasiya</p>	IIB	B	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false</p>

**“QARI VA KEKSA YoShLI BEMORLARDA YuRAK QON
TOMIR KASALIKLARI - SURUNKALI YuRAK IShEMIK
KASALLIGI” NOZOLOGIYaSI TIBBIY PROFILAKTIKA VA
REABILITASIYaSI BO‘YIChA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLARI**

TOShKENT – 2025

Asosiy kism

Profilaktika va dispanser kuzatuv

1.1 Kirish

Yurak ishemik kasalligi barcha mamlakatlarda o'lim va nogironlikning asosiy sababi bo'lib kelmoqda, stenokardiya esa YuIKning eng tarqalgan simptomi hisoblanadi. Surunkali stabil stenokardiyaning davolashni yaxshilash strategiyasi kardiologiyaning asosiy ustuvor vazifasi bo'lib qolmoqda. Bemorlarning deyarli uchdan bir qismi hayot tarzini o'zgartirish nuqtai nazaridan ham, tavsiya qilingan antianginal preparatlar va/yoki teri orqali koronar yoki jarrohlik aralashuvlari jihatidan ham nooptimal terapiya olmoqdalar.

Stabil stenokardiya bemorlarida ishemiyaga qarshi terapiya 2 ta asosiy maqsadga muvofiq bo'lishi kerak:

o'tkaziladigan jismoniy zo'riqmalarni ko'tara olishni oshirish va hayot sifatini yaxshilash maqsadida simptomlarni xavfsiz engillashtirish;

o'tkir koronar tromboz tezlanishini pasaytirish va yurak etishmovchiligi rivojlanishi bilan bo'ladigan koronar ateroskleroz taraqqiy etishini sekinlashtirish hisobiga yurak-qon tomir hodisalarining, asosan, miokard infarkti va yurak-qon tomir kasalliklaridan bo'lgan o'limning oldini olish maqsadida prognozga ta'sirini yaxshilash.

1.2 Profilaktika yoki ta'rifi

Profilaktika - kasalliklarning oldini olish va xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan tibbiy, sanitariya, gigiena, pedagogik va ijtimoiy-iqtisodiy chora-tadbirlar majmuidir.

Profilaktika yoki reabilitatsiyaning turlari;

Birlamchi profilaktika - kasalliklarning rivojlanishi uchun xavf omillarining paydo bo'lishi va ta'sirini oldini olish bo'yicha chora-tadbirlar tizimi (dezinfeksiya, emlash, oqilona mehnat va dam olish rejimi, oqilona yuqori sifatli ovqatlanish, jismoniy faollik, atrof-muhitni muhofaza qilish). Milliy miqyosda bir qator birlamchi profilaktika tadbirlarini amalga oshirish mumkin. Kasallikning oldini olish va farovonlikni oshirish bizning umrimizni uzaytiradi. Salomatlikni targ'ib qilish tadbirlari ma'lum bir kasallik yoki holatga qaratilgan emas, balki salomatlikni rag'batlantiradi. Boshqa tomondan, o'ziga xos himoya kasalliklarning turi yoki guruhiga qaratilgan va salomatlikni mustahkamlash maqsadlarini to'ldiradi. Birlamchi profilaktikaning asosiy tamoyillari: 1) profilaktika chora-tadbirlarining uzluksizligi (hayot davomida, antenatal davrdan boshlab); 2) profilaktika tadbirlarining tabaqalashtirilgan xarakteri; 3) profilaktikaning ommaviyligi; 4) profilaktikaning ilmiy xususiyati; 5) profilaktika tadbirlarining murakkabligi (tibbiyot muassasalari, hokimiyat organlari, jamoat tashkilotlari, aholining profilaktika ishlarida ishtirok etishi).

Ikkilamchi profilaktika - bu ma'lum sharoitlarda (stress, zaif immunitet, tananing boshqa funksional tizimlariga haddan tashqari yuklanish) kasallikning paydo bo'lishi, kuchayishi va qaytalanishiga olib kelishi mumkin bo'lgan aniq xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui. Ikkilamchi profilaktikaning eng samarali usuli - bu kasalliklarni erta aniqlash, dinamik kuzatish, maqsadli davolash va oqilona izchil tiklanishning kompleks usuli sifatida tibbiy ko'rikdir.

Ba'zi profilaktika mutaxassislari "**uchinchi darajali profilaktika**" atamasini to'liq yashash qobiliyatini yo'qotgan bemorlarni reabilitatsiya qilish bo'yicha chora-tadbirlar majmui sifatida taklif qilishadi. Uchinchi darajali profilaktika ijtimoiy (o'z ijtimoiy mosligiga ishonchni shakllantirish), mehnat (mehnat ko'nikmalarini tiklash imkoniyati), psixologik (xulq-atvor faolligini tiklash) va tibbiy (tana a'zolari va tizimlarining funktsiyalarini tiklash) reabilitatsiyaga qaratilgan.

4) ommaviy profilaktika va individual profilaktika tadbirlarini o'tkazish tamoyillari.

1.3 Profilaktika usullari va usullari:

1) profilaktika maqsadi (profilaktika maqsadlari ko'rsatilgan):

Salomatlikni saqlash va mustahkamlash, kasalliklarning oldini olish, sog'liq uchun turli xavf omillarining ta'sirini kamaytirishga yordam beradigan sog'lom turmush tarzini shakllantirish masalalari bo'yicha aholini axborot bilan ta'minlash tizimini shakllantirishda ishtirok etish.

2) 1-profilaktika

- rasional ovqatlanishni tashkil etish,
- xolesterin va qon shakar darajasini pasaytirish,
- tana vaznini nazorat qilish,
- qon bosimini normallashtirish,
- chekish va jismoniy harakatsizlikka qarshi kurash, shuningdek
- to'g'ri kun tartibini va o'zgaruvchan ish va dam olishni tashkil qilish.

3) skrining

- Lipid spektrini (xolesterin, PZLP, YuZLP darajalari), buyraklar va jigarning holatini aniqlaydigan klinik va biokimyoviy qon testlari
- Elektrokardiogramma
- Yurakning ultratovush tekshiruvi (ExoKG)
- Kun davomida yurak urish tezligini Xolter monitoringi
- Yugurish yo'lakchasi testi
- Koronar angiografiya
- Sintigrafiya

4) 2-profilaktika

- Koronar tomirlarning spazmlarini dori vositalari bilan oldini olish.
- Aritmiyalarni davolash va oldini olish.
- Jismoniy tarbiya va dori vositalari yordamida bemorlarni reabilitatsiya qilish.
- Agar kerak bo'lsa, bemorlarga jarrohlik yordami

5) **3-profilaktika** - ushbu nozologiyada uchlamchi profilaktika bo'yicha tadbirlarni sanab o'ting (qanday tadbirlar uchlamchi profilaktikada o'tkaziladi, ular kim uchun mo'ljallangan, kim amalga oshirishi kerak (tibbiyot xodimiga qo'yiladigan talablar), ular qaerda amalga oshirilishi kerak va qachon uchlamchi profilaktika tadbirlarini o'tkazish talab qillinadi);

1.4 3-turdagi profilaktika yoki reabilitatsiyani o'tkazishga ko'rsatmalar (profilga mos ravishda aniqlashtiriladi).

-Yosh (erkaklar 45 yoshdan oshgan, ayollar 55 yoshdan oshgan);

-Jinsi erkak);

-Irsiy moyillik.

1.5 Profilaktika turlarini o'tkazishni aniqlash mezonlari

Birlamchi profilaktikasini irsiy, jinsi(erkak va yoshiga) asoslanib utkaziladi. Ikkilamchi profilaktika klinika, xolesterin (PZLP,YuZLP,), EKG, koronar tomirlar stenoz, ExoKG va BSA ultratovush tekshiruvlariga asosan utkaziladi.

1.6 Tibbiy profilaktika yoki reabilitasiya darajasini ko'rsatgan xolda tashxislash tadbirlari:

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Stabil YuIK bor barcha bemorlarga tashriflar tezlanishini aniqlash, berilgan tavsiyalarni bajarish ustidan nazorat qilish, terapiyani o'z vaqtida o'zgartirish, YuQTA xavfini baholash, qo'shimcha tekshiruvlarga, sanator-kurort davolanishga va zarurat tug'ilganda hospitalizasiyaga yuborish uchun vrach-terapevtning dispanser kuzatuv tavsiiya etiladi	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
Stabil YuIK bor bemorlarda yangi simptomlar paydo bo'lganda yoki eski simptomlar o'tkirlashganda vrach-kardiolog maslahatini o'tkazish tavsiiya etiladi	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Stabil YuIK bor bemorlarni ExoKG, zo'riqmali sinamalarga, KAGga va boshqa vizuali- zasiyali tekshiruvlarga yuborish masalasini hal etish uchun vrach-kardiolog maslahatini o'tkazish tavsiiya etiladi.	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Stabil YuIK bor bemorlarning nazorat ambulator ko'ruvlarini davolashning birinchi yilida har 4–6 oyda vrach-terapevt yoki vrach-kardiolog tomonidan o'tkazish tavsiiya etiladi (dispanser kuzatuv uchun ko'rsatmalar bo'lganda).	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

Sharhlar: tashriflar vaqtida kasallikning klinik ko'inishiga ko'ra izchil ravishda anamnez yig'ish, fizikal tekshiruv va qonning biokimyoviy tahlillarini o'tkazish amalga oshiriladi.

1.7 Darajasi ko'rsatilgan xolda tibbiy profilaktika yoki reabilitasiyaning taktikasi:

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
1 yilda bir marta, stenokardiya kechishi yomonlashganda, aritmiya paydo bo'lganda, shuningdek, yurak ichi elektrik o'tkazuvchanlikka ta'sir etuvchi davolashni tayinlaganda/ o'zgartirganda qo'shimcha	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

ravishda tinch holatda EKGni qayd etish, EKG natijalarini ras-shifrovka qilish, ta'riflash va interpretasiya qilish tavsiya etiladi			<u>unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129</u>
Jismoniy zo'riqmali EKG ma'lumotlarini yoki har qanday vizualizatsiyali stress-uslub (jismoniy zo'riqmali, yoki farmakologik zo'riqmali ExoKG, yoki funksional sinamali miokard ssintigrafiyasi, yoki PET, yoki funksional sinamali perfuzion BFEkt) natijalarini monitorlashni stabil YuIK bemorlarda yangi simptomlarning paydo bo'lishida yoki avvalgi simptomlar qaytalanganida – miokard revaskulyarizatsiyasiga ko'rsatmalarni aniqlash uchun holatning nostabilligi istisno qilingandan keyin tavsiya qilinadi	I	C	<u>https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_recommendations_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129</u>
Vrach-terapevtga stabil YuIK bor barcha bemorlarda miokardi revaskulyarizatsiyasidan keyin YuQTAning ikkilamchi profilaktikasini o'tkazish, shuningdek, stasionardan chiqqandan keyin 3 kun ichida vrachga nazorat tashrifini rejalashtirish tavsiya qilinadi	I	A	<u>https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_recommendations_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129</u>
Stabil YuIK bor barcha mehnatga layoqatli bemorlarga miokard revaskulyarizatsiyasidan keyin hayot sifatini yaxshilash maqsadida o'zining ishiga va avvalgi to'laqonli faoliyat darajasiga qaytish tavsiya etiladi. Simptomlar qaytalanganda darhol vrachga murojaat qilish lozim	I	C	<u>https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_recommendations_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129</u>
Miokard revaskulyarizatsiyasidan keyin barcha YuIK bor bemorlarga YuQTA profilaktikasi uchun uzoq vaqtga antitrombotik terapiya (odatda, ASK** qo'llaniladi) qabul qilish tavsiya qilinadi	I	A	<u>https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisa</u>

			tion-Guidelines-for
Barcha bemorlarga MS*** implantatsiyasi o'tkazilgan rejali TOKAdan keyin KA*** uchun stent trombozini profilatika qilish maqsadida kamida 1 oy davomida trombositlar agregatsiyasi ingibitorlari bilan ikkilama terapiya tavsiya etiladi	I	A	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
Barcha bemorlarga DQS*** implantatsiyasi o'tkazilgan rejali TOKAdan keyin KA*** uchun stent trombozini profilatika qilish maqsadida 6 oy davomida trombositlar agregatsiyasi ingibitorlari bilan ikkilama terapiya tavsiya etiladi	I	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
YuIK bor barcha bemorlarga YuQTApast xavfida (masalan, miokard ssintigrafiyasi yordamida stress-vizualizatsiya uslubi natijalari bo'yicha miokard ishemiyasi <5%) prognozni yaxshilash va stenokardiya xurujlari profilaktikasi uchun optimal medikamentoz terapiya tavsiya qilinadi	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
YuIK bor barcha bemorlarga YuQTA xavfi yuqori bo'lganda (masalan, stress-vizualizatsiya uslubi natijalari bo'yicha miokard ishemiyasi >10%) miokard revaskulyarizatsiyasiga ko'rsatmalarni aniqlash uchun KAG o'tkazish tavsiya etiladi	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Mehnatga layoqatli stabil YuIK bor,	IIa	C	https://acade

kasbiy faoliyati potensial jamoat xavfi bilan bogʻliq boʻlgan (haydovchilar, kranchilar, uchuvchilar va b.) bemorlarga miokard revaskulyarizasiyasidan keyin stasionarda chiqqandan keyin erta muddatlarda (4–6 oydan keyin) miokardning yashirin ishemiyasini istisno qilish uchun rejali vizualizasiyali zoʻriqmali sinama (jismoniy zoʻriqmali ExoKG yoki farmakologik zoʻriqmali ExoKG, yoki funksional sinamali miokard ssintigrafiyasi, yoki PET, yoki funksional sinamali perfuzion BFEKT) oʻtkazish tavsiya qilinadi			mic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
MI, ksh va KAni stentlash bilan birga TOKA oʻtkazgan barcha stenokardiyali bemorlarga hayot sifatini yaxshilash uchun davomiyligi 30 daqiqagacha haftasiga 3 marta oʻrtacha tezlikdagi mashqlar (piyoda yurish, reabilitasion velosiped (velotrenajyor)) tavsiya qilinadi	IIa	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

Sharhlar: jismoniy faolligi past darajada boʻlgan bemorlarda mashq dasturi maksimal engillashtirilgan boʻlishi lozim, chidamliligi ortishi bilan asta-sekinlik zoʻriqma ham oshirib boriladi. Muntazam ravishdagi jismoniy mashqlar ortiqcha tana vaznini kamaytirishga, yuqori ABni pasaytirishga yordam beradi. Yulk bor bemorning jismoniy holati koʻp jihatdan uning jinsiy faolligini amalga oshirishda ham ahamiyatga ega. U yoki bu turdagi jismoniy faollikni tavsiya qilishdan oldin vrach bemorning funksional imkoniyatlarini aniqlaydigan zoʻriqmali sinamalar natijalarini olishi kerak.

Reabilitasiya - "shaxsning funksional imkoniyatlarini tiklashga va sogʻligʻida muammolar boʻlgan shaxslarning yashash sharoitlarini hisobga olgan holda nogironlik darajasini pasaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui" deb taʼriflanadi.

Reabilitasiya usullari va muolajalari:

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Mehnatga layoqatli birinchi bor stabil YuIK diagnozi qoʻyilgan, kasbiy faoliyati ogʻir mehnat va potensial jamoat xavfi bilan bogʻliq bemorlarni (uchuvchilar, kranchilar, jamoat transporti haydovchilari va b.ni) nogironlik guruhini aniqlash uchun tibbiy-ijtimoiy ekspertizaga yuborish	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

tavsiya etiladi			
III–IV FS stenokardiyali bemorlarni nogironlik guruhini aniqlash uchun tibbiy-ijtimoiy ekspertizaga yuborish tavsiya etiladi	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

Sharhlar. Stabil YuIK bor bemorlarning mehnatga layoqatliligi stenokardiya va YuE FS ga, yondosh kasalliklarga, kasb tavsifiga bog‘liq. I–II FS stabil stenokardiyali, yurak ritmi va o‘tkazuvchanligining xavfli buzilishlari bo‘lmagan bemorlarni kompleks dasturli reabilitatsiya o‘tkazilishi uchun mahalliy kardiologik sanatoriylarga, balneologik va iqlimli kurortlarga yuborish mumkin. III–IV FS stenokardiyali va og‘ir yondosh kasalliklari bor bemorlarga sanator davolash tavsiya etilmaydi [13].

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Stabil YuIK bor, O‘KS, TOKA yoki ksh o‘tkazgan barcha bemorlarni davolashga moyilligini oshirish, hayot tarzini o‘zgartirish va yurak-qon tomir Xoni korreksiya qilish uchun ikkilamchi profilaktika va reabilitatsiyaning kompleks dasturlariga kiritish tavsiya qilinadi	I	A	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

Sharhlar. Reabilitatsiya dasturi multidissiplinar jamoa tomonidan amalga oshirilishi va o‘z ichiga 3 ta bosqichni kiritishi lozim: stasionar – intensiv kuzatuv bosqichi, reabilitatsion, ambulator bosqichlar. Bemorga sog‘lom turmush tarziga rioya qilishiga yordam berish, yurak-qon tomir Xoni nazorat qilishni va medikamentoz terapiyaga to‘g‘ri moyillikni ta‘minlash uchun kognitiv intizomiy aralashuvlar tavsiya etiladi.

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
O‘KS, TOKA yoki ksh o‘tkazgan bemorlar reabilitatsiyasi dasturini amalga oshirish uchun mutaxassislarning (vrach-kardiologlar, vrach-terapevtlar, vrach-fizioterapevtlar, tibbiy psixologlar, hamshiralar) multidissiplinar jamoasini shakllantirish tavsiya etiladi [1]	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

1.8. Reabilitatsiya muolajalarining bosqichi va hajmini aniqlash mezonlari

-Stasionar reabilitatsiya bosqichi. IM utkazilgan sanasi, turi, operatsiya turi, operatsiyadan keyingi davrda asoratlarning mavjudligiga asosna xajmi aniklanadi.

-Reabilitatsiyaning ambulator-poliklinik bosqichi. Bemorlarning funksional holati, shuningdek, mavjud jismoniy va psixologik tayyorgarlik darajasini xajminin aniklash uchun hisobga olish kerak.

1.9. Reabilitasiya bosqichlari va hajmlari

-jismoniy faollikni bosqichma-bosqich oshirish;

-maxsus ovqatlanish;

-psixologik reabilitatsiya;

-dori terapiyasi;

-dispanser kuzatuv: bemorning ahvolini kuzatish uchun davriy diagnostika tadbirlari (EKG, ExoKG, testlar) va kerak bo'lganda davolash dasturini o'z vaqtida tuzatish.

Klimatoterapiya (aeroterapiya va gelioterapiya), balneoterapiya (to'rt kamerali mineral vannalar qo'llaniladi - karbonat angidrid, sulfid, radon, kislorod, yod-brom va boshqalar), elektroterapiya, elektrosepsiya, dorivor elektroforez va galvanizatsiya shifokor tomonidan qat'iy belgilangan.

Xajmini aniklaganda

- bemorning klinik holatini baholash;

- farmakologik davolashni optimallashtirish;

1.10 Tibbiy profilaktika yoki reabilitasiya darajasini ko'rsatgan xolda tashxislash tadbirlari:

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
Stabil YuIK bor barcha bemorlarga tashriflar tezlanishini aniqlash, berilgan tavsiyalarni bajarish ustidan nazorat qilish, terapiyani o'z vaqtida o'zgartirish, YuQTA xavfini baholash, qo'shimcha tekshiruvlarga, sanator-kurort davolanishga va zarurat tug'ilganda hospitalizatsiyaga yuborish uchun vrach-terapevtning dispanser kuzatuv tavsia etiladi	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
Stabil YuIK bor bemorlarda yangi simptomlar paydo bo'lganda yoki eski simptomlar o'tkirlashganda vrach-kardiolog maslahatini o'tkazish tavsia etiladi	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Stabil YuIK bor bemorlarni ExoKG, zo'riqmali sinamalarga, KAGga va boshqa vizuali-zasiyal tekshiruvlarga yuborish masalasini hal etish uchun vrach-kardiolog maslahatini o'tkazish tavsia etiladi.	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Stabil YuIK bor bemorlarning nazorat ambulator ko'ruvlarini davolashning	I	C	https://scardio.ru/content/Guidel

birinchi yilida har 4–6 oyda vrach-terapevt yoki vrach-kardiolog tomonidan o‘tkazish tavsiya etiladi (dispanser kuzatuv uchun ko‘rsatmalar bo‘lganda).			ines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
--	--	--	--

Sharhlar. tashriflar vaqtida kasallikning klinik ko‘rinishiga ko‘ra izchil ravishda anamnez yig‘ish, fizikal tekshiruv va qonning biokimyoviy tahlillarini o‘tkazish amalga oshiriladi.

Darajasi ko‘rsatilgan xolda tibbiy profilaktika yoki rehabilitasiyaning taktikasi:

Tavsiya	Sinf	daraja	iqibos
1 yilda bir marta, stenokardiya kechishi yomonlashganda, aritmiya paydo bo‘lganda, shuningdek, yurak ichi elektrik o‘tkazuvchanlikka ta’sir etuvchi davolashni tayinlaganda/ o‘zgartirganda qo‘shimcha ravishda tinch holatda EKGni qayd etish, EKG natijalarini ras-shifrovka qilish, ta’riflash va interpretasiya qilish tavsiya etiladi	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Jismoniy zo‘riqmali EKG ma’lumotlarini yoki har qanday vizualizatsiyali stress-uslub (jismoniy zo‘riqmali, yoki farmakologik zo‘riqmali ExoKG, yoki funksional sinamali miokard ssintigrafiyasi, yoki PET, yoki funksional sinamali perfuzion BFEkt) natijalarini monitorlashni stabil YuIK bemorlarda yangi simptomlarning paydo bo‘lishida yoki avvalgi simptomlar qaytalanganida – miokard revaskulyarizatsiyasiga ko‘rsatmalarni aniqlash uchun holatning nostabilligi istisno qilingandan keyin tavsiya qilinadi	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Vrach-terapevtga stabil YuIK bor barcha bemorlarda miokardi revaskulyarizatsiyasidan keyin YuQTAning ikkilamchi profilaktikasini o‘tkazish, shuningdek, stasionardan chiqqandan keyin 3 kun ichida vrachga nazorat tashrifini rejalashtirish tavsiya qilinadi	I	A	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
Stabil YuIK bor barcha mehnatga layoqatli bemorlarga miokard revaskulyarizatsiyasidan keyin hayot sifatini	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

<p>yaxshilash maqsadida o'zining ishiga va avvalgi to'laqonli faoliyat darajasiga qaytish tavsiya etiladi. Simptomlar qaytalanganda darhol vrachga murojaat qilish lozim</p>			<p>20/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129</p>
<p>Miokard revaskulyarizatsiyasidan keyin barcha YuIK bor bemorlarga YuQTA profilaktikasi uchun uzoq vaqtga antitrombotik terapiya (odatda, ASK** qo'llaniladi) qabul qilish tavsiya qilinadi</p>	I	A	<p>https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>
<p>Barcha bemorlarga MS*** implantatsiyasi o'tkazilgan rejali TOKAdan keyin KA*** uchun stent trombozini profilaktika qilish maqsadida kamida 1 oy davomida trombositlar agregatsiyasi ingibitorlari bilan ikkilama terapiya tavsiya etiladi</p>	I	A	<p>https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>
<p>Barcha bemorlarga DQS*** implantatsiyasi o'tkazilgan rejali TOKAdan keyin KA*** uchun stent trombozini profilaktika qilish maqsadida 6 oy davomida trombositlar agregatsiyasi ingibitorlari bilan ikkilama terapiya tavsiya etiladi</p>	I	B	<p>https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>
<p>YuIK bor barcha bemorlarga YuQTApast xavfida (masalan, miokard ssintigrafiyasi</p>	I	C	<p>https://www.escardio.org/G</p>

<p>yordamida stress-vizualizasiya uslubi natijalari bo'yicha miokard ishemiyasi <5%) pro- gnozni yaxshilash va stenokardiya xurujlari profilaktikasi uchun optimal medikamentoz terapiya tavsiya qilinadi</p>			<p>guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>
<p>YuIK bor barcha bemorlarga YuQTA xavfi yuqori bo'lganda (masalan, stress-vizualizasiya uslubi natijalari bo'yicha miokard ishemiyasi >10%) miokard revaskulyari- zasiyasiga ko'rsatmalarni aniqlash uchun KAG o'tkazish tavsiya etiladi</p>	I	C	<p>https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>
<p>Mehnatga layoqatli stabil YuIK bor, kasbiy faoliyati potensial jamoat xavfi bilan bog'liq bo'lgan (haydovchilar, kranchilar, uchuvchilar va b.) bemorlarga miokard revaskulyarizasiyasidan keyin stasionarda chiqqandan keyin erta muddatlarda (4–6 oydan keyin) miokardning yashirin ishemiyasini istisno qilish uchun rejali vizualizasiyali zo'riqmali sinama (jismoniy zo'riqmali ExoKG yoki farmakologik zo'riqmali ExoKG, yoki funksional sinamali miokard ssintigrafiyasi, yoki PET, yoki funksional sinamali perfuzion BFEKT) o'tkazish tavsiya qilinadi. Aksariyat keksa eshdagi bemorlar nafaqa yoshiga mansub bo'lgani sababli ularning kuzatuv jarayoni umumiy axolidan farqlanadi</p>	IIa	C	<p>https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129</p>
<p>MI, ksh va KAni stentlash bilan birga TOKA o'tkazgan barcha stenokardiyali</p>	IIa	C	<p>https://www.escardio.org/G</p>

bemorlarga hayot sifatini yaxshilash uchun davomiyligi 30 daqiqagacha haftasiga 3 marta oʻrtacha tezlikdagi mashqlar (piyoda yurish, reabilitasion velosiped (velotrenajyor)) tavsiya qilinadi			guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
--	--	--	---

Sharhlar. Jismoniy faolligi past darajada boʻlgan bemorlarda mashq dasturi maksimal engillashtirilgan boʻlishi lozim, chidamliligi ortishi bilan asta-sekinlik zoʻriqma ham oshirib boriladi. Muntazam ravishdagi jismoniy mashqlar ortiqcha tana vaznini kamaytirishga, yuqori ABni pasaytirishga yordam beradi. Yulk bor bemorning jismoniy holati koʻp jihatdan uning jinsiy faolligini amalga oshirishda ham ahamiyatga ega. U yoki bu turdagi jismoniy faollikni tavsiya qilishdan oldin vrach bemorning funksional imkoniyatlarini aniqlaydigan zoʻriqmali sinamalar natijalarini olishi kerak.

Profilaktika yoki reabilitasiya tadbirlarining samaradorlik koʻrsatkichlari (hayot faoliyati va salomatlikning chegaralanishi Halqaro faoliyat tasnifi asosidagi xalqaro shkalalarga muvofiq boʻlishi kerak).

№	Kursatkich nom iva xisoblash formulasi va hisoblash formulasi	Joriy yil	Utgan yilning shu davri
1	TS – Utkazilgan profilaktik tadbirlar soni $TS = OES + TSS + ATS$ OES –ogoxlantirishlar soni TSS – konun xujjatlarini tushuntirish buyicha surovlar soni; ATS – amalga oshirilgan tashriflar soni		
2	SS -profilaktika choralari utkazilgan sub'ektlar soni		
3	UD – utkazilgan profilaktika tadbirlarning ulushi rujalashtirilgandan $UD = FM/PM * 100 (\%)$ FM – utkazilgan tadbirlar soni; PM – rejalashtirilgan tadbirlar soni		

**«QARI VA KEKSA YoShLI BEMORLARDA YuRAK QON
TOMIR KASALIKLARI - SURUNKALI YuRAK IShEMIK
KASALLIGI» NOZOLOGIYaSINING PALLIATIV DAVOSI
BO‘YIChA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT - 2025

1. Asosiy qism

Terminal bosqichdagi bemorlar hayotining so'nggi kunlarini surunkali stress sharoitida o'tkazadilar. Ularni kuchli og'riqlar, o'lim vahimasi, chorasizlik hissi, moddiy qiyinchiliklar qiynaydi. Yaqin qarindoshlar aksariyat hollarda marhumni to'g'ri parvarish qilish va uni tinchlantirish uchun zarur ko'nikmalarga ega emaslar. Ular vaziyatga hissiy jihatdan jalb qilingan va yaqinlarining kasalligini ham og'ir

PALLIATIV QO'LLAB-QUVVATLASH CHORALARI KOMPLEKSI

<p>Davolanmaydigan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish quyidagilardan iborat:</p> <ul style="list-style-type: none">• og'riq qoldiruvchi dorilar, shu jumladan narkotik va psixotrop dorilar bilan ta'minlash;• O'SVni tashkil etish;• drenajlar va stomalarni parvarishlash;• oziqlantirishda, shu jumladan zond orqali;• tana gigienasini saqlash;• yotoq yaralarni oldini olish va davolash.	<p>Ijtimoiy qo'llab-quvvatlash quyidagilarni nazarda tutadi:</p> <ul style="list-style-type: none">• tegishli imtiyoz va nafaqalarni rasmiylashtirish;• huquqiy masalalarni hal qilishda yordam berish;• bemorni uyga va tibbiyot muassasalariga transportirovka qilish;• yotoq bemorlar uchun maxsus karavotlar va kam harakatlanuvchi bemorlar uchun aravachalar, shuningdek, parvarishlash vositalari bilan ta'minlash.	<p>Quyidagilar ma'naviy yordam ko'rsatadi:</p> <ul style="list-style-type: none">• ruhshunos yoki ruhoniy bilan suhbat;• empatik odamlar bilan muloqot qilish;• art-terapiya;• diniy marosimlarni o'tkazish.
--	---	---

PALLIATIV YORDAMNI TASHKIL ETISH SHAKLLARI

- Qo'llab-quvvatlash choralari tanlash bemorning tashxisi va holatiga bog'liq:
- • terminal yordam - bemorning so'nggi kunlarida (odatda 2-3 kun) unga har tomonlama g'amxo'rlik qilish;
- • davriy - doimiy parvarishga muhtoj bo'lmagan odamni ma'lum bir jadval asosida parvarish qilish.
- Palliativ yordamni tashkil etishning uchta shakli mavjud. Qo'llab-quvvatlash choralari tanlash bemorning tashxisi va holatiga bog'liq:
- terminal yordam - bemorning so'nggi kunlarida (odatda 2-3 kun) unga har
- davriy - doimiy parvarishga muhtoj bo'lmagan odamni ma'lum bir jadval asosida parvarish qilish.

2. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari va tartiblari. alliativ yordamni tashkil etishning uchta shakli mavjud:

Uy sharoitida	Kunduzgi stasionarda	Stasionarda
Professional, iloji bo'lsa, tibbiy ma'lumotli hamshira bemorni parvarish qiladi. Bemorga shifokor muntazam ravishda tashrif buyuradi. Murakkab manipulyasiyalarni kelgan hamshira bajaradi.	Bemor kunduzi shifoxonada yoki og'riqqa qarshi xonada bo'lib, u erda quvvatlovchi terapiya oladi va kechqurun uyiga qaytadi. Bunday shaklga, agar salomatlik holati keksa odamni har kuni kasallik belgilari kuchaymasdan tashish imkonini bersa, yo'l qo'yiladi.	Bemor shifokorning yo'llanmasi bilan xospisga, stasionar yoki pansionatning maxsus bo'limiga yotqiziladi, u erda unga tayyorgarlik ko'rgan xodimlar qaraydi.

www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoj-ned.

Kechki bosqichda davosiz kasalliklar haftalab, oylab davom etishi mumkin. Hatto bu davr ham do'stona qo'llab-quvvatlash, yangi taassurotlar, quvonchli voqealar bilan boyitilishi mumkin. Agar bemor kasalxonada 24 soat bo'lishi shart bo'lmasa, u maxsus qariyalar pansionatida yashashi yoki patronaj xizmatidan foydalanishi mumkin.

Tajribali hamshiralar:

- dori-darmonlarni qabul qilishni nazorat qilish,
- bemorga yuvinish va kiyinishda yordam berish;
- uni sayrga olib chiqish,
- maishiy topshiriqlarni bajarish,
- umumiy mashg'ulotlarga jalb qilish,
- ma'naviy qo'llab-quvvatlash.

Surunkali yurak ishemik kasalligi bilan og'rikan keksa bemorlarga palliativ yordam ko'rsatish hayot sifatini yaxshilashga, alomatlarni engillashtirishga va bemorning o'zini ham, uning yaqinlarini ham qo'llab-quvvatlashga qaratilgan.

SYuIKda palliativ yordamning asosiy maqsadlari:

1. Simptomlarni nusxalash:

- Hansirash, holsizlik, bosh aylanishi, ko'krak og'rig'i.
- Qo'rquv, xavotir, tushkunlik.

2. Asoratlarning oldini olish:

- Tromboemboliyalar xavfini kamaytirish (ko'rsatmalarga ko'ra - antikoagulyantlar).
- Yurakdagi yuklamani kamaytirish uchun yurak urish tezligini nazorat qilish (beta-blokatorlar, kalsiy antagonistlari, digoksin).

3. Psixologik qulaylikni qo'llab-quvvatlash.

www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoj-ned.

Palliativ yordamda davolash yondashuvlari:

- Taxiaritmiyalarda (bo‘lmachalar fibrillyasiyasi, qorincha taxikardiyalari):
- YuQSni o‘rtacha nazorat qilish (qat‘iy me‘yorlarga erishish shart emas).
- Simptomlarni kamaytirish uchun dori vositalarini qo‘llash (metoprolol, digoksin, amiodaron - keksalarda ehtiyotkorlik bilan).
- Bradiaritmiyalarda:
- Yurak stimulyatori zarurligi to‘g‘risidagi masalani hal qilish (agar bu hayot sifatini yaxshilasa).
- Implantasiya qilishning iloji bo‘lmasa - simptomatik terapiya.
- Surunkali yurak ishemik kasalligidagi hayot uchun xavfli aritmiyalarda:
- Bemor va oila a‘zolari bilan tajovuzkor usullardan (defibrillyasiya, reanimasiya) voz kechishni muhokama qilish.
- Terminal holatlarda sedatsiya va og‘riqsizlantirishga urg‘u berish.

www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoj-ned.

Keksalar uchun o‘ziga xos xususiyatlari:

- Polipragmaziya - preparatlarning o‘zaro ta‘siri xavfi, davolash sxemasini soddalashtirish zarurati.
- Yo‘ldosh kasalliklar (SYuE, demensiya, O‘SOK) - kompleks yondashuvni talab qiladi.
- Kognitiv buzilishlar - qaror qabul qilishda hisobga olish muhim.

Favqulodda holatlar:

- Surunkali yurak ishemik kasalligining og‘ir xurujlarida holatning yaqqol yomonlashuvi bilan - palliativ sedatsiya (morfin, benzodiazepinlar).
- Agar bemorning xohishiga mos kelsa, kasalxonaga yotqizishdan bosh tortish.

Kommunikasiyaning ahamiyati:

- Bemorning prognozi, davolash maqsadlari va afzalliklarini muhokama qilish.
- Oldindan rejalashtirish (masalan, og‘ir holatlarda reanimasiyadan bosh tortishni rasmiylashtirish).

Keksalardagi surunkali yurak ishemik kasalligi palliativ yordam individual yondashuvni, faol davolash va bemorning qulayligi o‘rtasidagi muvozanatni talab qiladi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Yurak kon tomir kasalliklar buyicha milliy klinik bayonnomalar, Toshkent, 2023, 584 bet.
2. Guidelines for Cardiology: edited by Acad. EI. Chazova. In 4 volumes. Moscow: Praktika Publishing House, 2014. (In Russ.) Rukovodstvo po kardiologii: pod red. akad. e.I. Chazova. V 4 t. – M.: Izdatelskiy dom «Praktika», 2014.
3. Karpov YuA, Sorokin EV. Stable ischemic heart disease: strategy and tactics of treatment. 2nd ed., Revised and enlarged. Moscow: Medical Information Agency, 2012. 271 p. (In Russ.). Karpov Yu. A., Sorokin e. V. Stabilnaya ishemicheskaya bolezni serdsa: strategiya i taktika lecheniya. 2-e izd., pererab. i dop. – M.: Medisinskoe informacionnoe agentstvo, 2012. 271 s. ISBN 978-5-9986–8080-7.
4. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD. Fourth universal definition of myocardial infarction. *European Heart Journal*. 2019; 40 (3):237-69. doi:10.1093/eurheartj/ehy46210.
5. Foldyna B, Udelson JE, Karady J, et al. Pretest probability for patients with suspected obstructive coronary artery disease: re-evaluating Diamond-Forrester for the contemporary era and clinical implications: insights from the PROMISE trial. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2018; 20:574-81. doi:10.1093/ehjci/jey182.
6. Adamson PD, Newby DE, Hill CL, et al. Comparison of international guidelines for assessment of suspected stable angina: insights from the PROMISE and SCOT-HEART. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2018; 11:1301–10. doi:10.1016/j.jcmg.2018.06.021.
7. Karpov YuA, Kukharchuk VV, Lyakishev A, et al. Diagnosis and treatment of chronic ischemic heart disease. Practical advice. *Cardiological Bulletin*. 2015;3:3–33. (In Russ.) karpov Yu. A., kuxarchuk V. V., Lyakishev A. i dr. Diagnostika i lechenie xronicheskoy ishemicheskoy bolezni serdsa. Prakticheskie rekomendatsii. *kardiologicheskii vestnik*. 2019;3:3–33.
8. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC guidelines on the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: the task force for diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European society of cardiology (ESC) *Eur Heart J*. 2020; 41:407–477. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425
9. Arutyunov GP, Boytsov SA, Voevoda MI, et al. Correction of hypertriglyceridemia in order to reduce the residual risk in diseases caused by atherosclerosis. Conclusion of the Council of Experts. *Russian Journal of Cardiology*. 2019; (9):44–51. (In Russ.) Arutyunov G.P., Boysov S.A., Voevoda M.I. i dr. korreksiya gipertrigliceridemii s selyu snijeniya ostatochnogo riska pri zabolevaniyax, vizvannix aterosklerozom. Zaklyuchenie Soveta ekspertov. *Rossiyskiy kardiologicheskii jurnal*. 2019; (9):4451. doi:10.15829/1560-4071-2019-9-44–51.
10. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of

- stable Coronary artery disease of European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2013; 34:2949-3003. doi:10.1093/eurheartj/ehz296.
11. Steeds RP, Garbi M, Cardim N, et al. EACVI appropriateness criteria for the use of transthoracic echocardiography in adults: a report of literature and current practice review. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging.* 2017; 18:1191–204. doi:10.1093/ehjci/jew333.
 12. Smedsrud MK, Gravning J, Omland T, et al. Sensitive cardiac troponins and N-terminal pro-B-type natriuretic peptide in stable coronary artery disease: correlation with left ventricular function as assessed by myocardial strain. *Int J Cardiovasc Imaging.* 2015; 31:967-73. doi:10.1007/s10554-015-0646-6.
 13. Sehested TSG, Carlson N, Hansen PW, et al. Reduced risk of gastrointestinal bleeding associated with proton pump inhibitor therapy in patients treated with dual antiplatelet therapy after myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2019; 40:1963–1970. doi:10.1093/eurheartj/ehz104.
 14. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2020; 41(1):111–188. doi:10.1093/eurheartj/ehz455
 15. Murphy SA, Pedersen TR, Gaciong ZA, et al. Effect of the PCSK9 Inhibitor Evolocumab on Total Cardiovascular Events in Patients With Cardiovascular Disease: A Prespecified Analysis From the FOURIER Trial. *JAMA Cardiol.* 2019; 4(7):613-9. doi:10.1001/jamacardio.2019.0886.
 16. Szarek M, White HD, Schwartz GG, et al. Alirocumab Reduces Total Nonfatal Cardiovascular and Fatal Events: The ODYSSEY OUTCOMES Trial. *J Am Coll Cardiol.* 2019; 73:387-96. doi:10.1016/j.jacc.2018.10.039.
 17. Gaudino M, Benedetto U, Fremes S, et al. Radial-artery or saphenous-vein grafts in coronary-artery bypass surgery. *N Engl J Med.* 2018; 378:2069-77. doi:10.1056/NEJMoal716026.