

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
3-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**

**«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ЮРАК ҚОН
ТОМИР КАСАЛИКЛАРИ - СУРУНКАЛИ ЮРАК
ИШЕМИК КАСАЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025



«КЕЛИШИЛГАН»

**Тиббиёт ходимларининг касбий
малакасини ривожланиш маркази
директори
Профессор Х.А. Акилов**

_____” 2025 йил

**«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ЮРАК ҚОН
ТОМИР КАСАЛИКЛАРИ - СУРУНКАЛИ ЮРАК
ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

**«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ЮРАК ҚОН
ТОМИР КАСАЛИКЛАРИ - СУРУНКАЛИ ЮРАК
ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа:

«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛИКЛАРИ - СУРУНКАЛИ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИННИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ	4
«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛИКЛАРИ - СУРУНКАЛИ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ	75
"ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛИКЛАРИ - СУРУНКАЛИ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ" НОЗОЛОГИЯСИ ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	84
«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛИКЛАРИ - СУРУНКАЛИ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИННИНГ ПАЛЛИАТИВ ДАВОСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	98

Кириш

10 КХТ бўйича кодлар:	Юрак ишемик касаллиги МКБ 10 - Ишемическая болезнь сердца (I20-I25) (mkb-10.com)	11 КХТ бўйича кодлар:	Юрак ишемик касаллиги https://icd11.ru/ibs-ishenicheskaya-bolezn-mkb11/
I20	Стенокардия [грудная жаба]	ВА40	Angina pectoris
I20.1	Тасдиқланган спазми стенокардия Tadiqlangan spazmli stenokaridya	ВА40.0	Ностабил стенокардия
I20.8	Стенокардиянинг бошқа турлари	ВА40.1	Стабил стенокардия
I20.9	Ноаник стенокардия	ВА40.2	Микротомир стенокардия
I25	Сурункали юрак ишемик касаллиги	ВА40Y	Стенокардиянинг бошқа аниқланган турлари
I25.0	Атеросклеротик юрак кон томир касаллиги	ВА40Z	Стенокардия ноаник
I25.1	Юрак атеросклеротик касаллиги	ВА41	Ўтқир миокард инфаркти
I25.2	Ўтказилган миокард инфаркти	ВА42	миокард инфарктдан кейинги холат
I25.3	Юрак аневризмаси	ВА5Z	Ноаник сурункали юрак ишемик касаллиги
I25.4	Тож томирнинг аневризмаси		
I25.5	Ишемик кардиопатия		
I25.6	Белгисиз миокард ишемияси		
I25.8	Сурункали юрак ишемиянинг бошқа турлари		
I25.9	Ноаник сурункали юрак ишемик касаллиги		

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

**Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:
Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази
(ТХКМРМ) ҳисобланади.**

**Кардиология ишчи гуруҳининг қуйидаги аъзолари клиник протокол ва
стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшдилар:**

Жараённи ташкил этиш борасида кардиология йўналишидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

Протоколени ишлаб чиқишга маъсул муассаса:

- Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази.

Геронтология йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзоларининг рўйхати:

Акилов Хабибулла Атауллаевич	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Хамрабаева Феруза Ибрагимовна	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази терапия факултети декани, гастроэнтерология ва физиотерапия кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Талипова Юлдуз Шавкатовна	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош геронтолог, гериатри, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори
Тулабоева Гавхар Мирокборовна	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг кардиология ва геронтология, интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси мудир Ўзбекистон Кардиологлар ассоциацияси раисининг ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Сагатова Холида Махмудовна	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди
Нуриллаева Наргиза Мухтархоновна	Тошкент тиббиёт Академияси 1-сонли оилавий тиббиётда ички касалликлар кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Турсунов Хотамжон Хасанбоевич	Шифокорлар малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш факултети декани, Андижон Давлат тиббиёт институти ички касалликлар, кардиология ва шошилинич тиббий ёрдам кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори

**Фозилов Хуршид
Ғайратович**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Бош кардиологи, ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази директори, тиббиёт фанлари номзоди, катта илмий ходим

**Низамов Улугбек
Иргашевич**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги кардиолог Бош маслаҳатчиси, ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази директорининг даволаш ишлар бўйича ўринбосари, тиббиёт фанлари номзоди, катта илмий ходим.

Муаллифлар рўйхати:

**Акилов Хабибулла
Атауллаевич**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Талипова Юлдуз
Шавкатовна**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Бош Геронтологи, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори

**Тулабоева Гавхар
Мирокборовна**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг кардиология ва геронтология, интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси муdiri Ўзбекистон Кардиологлар ассоциацияси раисининг ўринбосари

**Сагатова Холида
Махмудовна**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди

**Низамов Улугбек
Иргашевич**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги кардиолог Бош маслаҳатчиси, ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази директорининг даволаш ишлар бўйича ўринбосари, тиббиёт фанлари номзоди, катта илмий ходим.

Тақризчилар:

**Каюмов Улугбек
Каримович**

Профессор кафедрқ внутренних болезней Тиббиёт
ходимларининг касбий малакасини ошириш
марказининг ички касалликлар кафедраси
профессори, тиббиёт фанлари доктори

**Гулмира Мусаевна
Баитова**

Қирғизистон Давлат тиббиёт институтининг қайта
тайёрлаш ва малакасини ошириш оилавий тиббиёт
кафедрасида геронтология ва гериатрия курслари
раҳбари, Қирғизистон Республикаси Соғлиқни
сақлаш вазирлигининг Бош Геронтологи, тиббиёт
фанлари доктори, профессор

Клиник протокол Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш
маркази **Марказий ташкилий-услубий Кенгашида** муҳокама қилинди ва
тасдиқлаш учун тавсия этилди. **2025й. «19» май, баённома № 9**

Клиник протокол Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш
маркази **Олимлар Кенгашида** тасдиқланган. 2025й. «28» май, баённома № 51

Техник эксперт баҳолаш ва таҳрирлаш:

Файзиева Нозима Нуриллаевна Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини
ривожлантириш маркази "Превентив тиббиёт - валеология асослари" кафедраси
мудири, тиббиёт фанлари номзоди, доцент

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш
вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш.

Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш
бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва
стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г.

Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг
ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Қисқартмалар рўйхати

ААБ	альфа-адреноблокаторлар
ААФ	ангиотензин-айлантирувчи фермент
АПФи	ангиотензин-айлантирувчи фермент ингибитори
АБ	артериал босим
АБСм	артериал босимнинг суткалик мониторинги
АБУм	артериал босимнинг уйда мониторинги
АГ	артериальная гипертензия
АГП	антигипертензив препарат.
АГТ	антигипертензив терапия
ЎКС	Ўткир коронар синдром
АлТ	аланинаминотрансфераза
АРА II	ангиотензин II рецепторлари антагонистлари
АСК	ацетилсалицил кислотаси
АСТ	аспартатаминотрансфераза
БАБ	β -адреноблокаторлар
БМҚАЎБ	бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши
БМСЁ	бирламчи медико-санитар ёрдам
БУШ	буйракларнинг ўткир шикастланиши
БФ	бўлмачалар фибрилляцияси
БХ	бел ҳажми
ГК	гипертоник криз
НАШ	нишон-аъзолар шикастланиши
ДАД	диастолик артериал босим
ДГП	дигидропиридин
ДЛП	дислипидемия
ЕКЖ	Европа кардиологлар жамияти
ЖССТ	Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти
ДИ	исботланганлик даражаси
МИ	миокард инфаркти
ИМҚ	интима-медиа қалинлиги
ИСАГ	изолирланган систолик артериал гипертензия
КА	кальций антагонистлари
КТ	компьютер томография
КФТ	коптокчалар фильтрацияси тезлиги
КФТх	коптокчалар фильтрацияси тезлиги ҳисоби
КХТ-10	касалликларнинг халқаро таснифи-10
КД	қандли диабет
МАУ	микроальбуминурия
МКА	минералокортикоид рецепторлар антагонистлари
МРТ	магнитно-резонанс томография

МС	метаболик синдром
МТ	медикаментоз терапия
ГТБ	глюкозага толерантликнинг бузилиши
ОХс	умумий холестерин
ПГТТ	перорал глюкозотолерант тест
ЛПНП	паст зичликли липопротеинлар
ИККС	Инфарктдан кейинги кардиосклероз.
ПТТ	пульс тўлкини тарқалиш тезлиги
РААТ	ренин-ангиотензин-альдостерон тизими
RNT	рандомизацияли назоратланган тадқиқот
САБ	систолик артериал босим
СБК	сурункали буйрак касаллиги
ЎСОК	ўпканинг сурункали обструктив касаллиги
СЮЕ	сурункали юрак етишмовчилиги
ХСН пФВ	сурункали юрак етишмовчилиги пасайган отиш фракцияси билан
ТМИ	тана вазни индекси
ТГ	триглицеридлар
ЛПИ	тўпиқ-елка индекси
ТИХ	Транзитор ишемик хуруж
ТОКА	тери орқали коронар аралашув
ТСМ	тана сатҳи майдони
УПКТК	умумий периферик қон томир қаршилик
УТТ	ультратовуш текшириш
ЎТХ	ўрта тиббий ходим
ФР	хавф омили
Хс	холестерин
ЦВК	Цереброваскуляр касаллиги
ЧК	чап қоринча
ЧКГ	чап қоринча гипертрофияси
ЧКМВИ	чап қоринча миокард вазни индекси
ЧКОФ	чап қоринча отиш фракцияси
ЭКГ	электрокардиография
ЭхоКГ	эхокардиография
ЮЕ	юрак етишмовчилиги
ЮЕПОФ	юрак етишмовчилигида пасайган отиш фракцияси
ЮЕСОФ	юрак етишмовчилигида сақланган отиш фракцияси
ЮЕУОФ	юрак етишмовчилигида ўртача пасайган отиш фракцияси
ЮЗЛП	юқори зичликли липопротеинлар
ЮИК	юрак ишемик касаллиги

ЮҚС	юрак қисқаришлар сони
ЮКТА	юрак-қон томир асоратлари
ЮКТК	юрак-қон томир касалликлари
ЮКТХ	юрак-қон томир хавфи
EASD	Европа Диабетни Ҷрганиш Ассоциацияси
CKD-EPI	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration –
ESC –	Европа кардиологлар жамияти
ESH	европа гипертония жамияти
FDA	АҚШ озиқ-овқатлар ва дори воситалари бошқармаси
HbA1c	гликирлашган гемоглобин
MDRD	Modification of Diet in Renal Disease – буйраклар функциясини баҳолаш шкаласи SCORE – Systematic Coronary Risk Evaluation (коронар хавфни тизимли баҳолаш)
CHA2DS2VASc	Бўлмачалар фибрилляцияси мавжуд беморларда инсулт хавфини баҳолаш шкаласи

Протоколдан фойдаланувчилар:

Кардиологлар;

Терапевтлар;

Умумий амалиёт шифокори;

Тез Еиббий ёрдам шифокорлари;

Лаборант шифокорлар;

Клиник фармакологлар;

Студентлар, клиник ординаторлар, мигстрлар, аспирантлар, Тиббиёт олий талим муассасаларининг ўқитувчилари;

Бемор категорияси: Стабил зўриқиш стенокардия билан касалланган қари ва кекса ёшли беморлар

Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи.

ЕКЖнинг тавсиялари синфи	Таърифи
I	Диагностик муолажа, аралашув/даволаш самарали ва фойдали деб исботланган ёки умумқабул қилинган деб ҳисобланади
II	Диагностик муолажа, аралашув/даволашнинг самарадорлиги/фойдаси тўғрисида қарама-қарши маълумотлар ва/ёки фикрлар
IIa	Маълумотлар/фикрларнинг кўпчилиги диагностик муолажа, аралашув, даволашнинг самарадорлиги/фойдаси афзаллигини кўрсатади
IIb	Диагностик муолажа, аралашув, даволашнинг самарадорлиги/фойдаси ишончлилиги камроқ деб аниқланган
III	Диагностик муолажа, аралашув, даволашнинг бефойдалиги/бесамаралиги тўғрисида маълумотлар ёки ягона фикр келтирилган, бир қатор ҳолларда эса улар зиён етказиши мумкин.

Далилларнинг ишончлилиги даражаси

	Далиллар манбааси
Уровень А	Кўп сонли рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ёки мета-таҳлиллар маълумотлари
Уровень В	Маълумотлар битта рандомизацияланган клиник тадқиқот ёки йирик рандомизацияланмаган тадқиқотлар натижалари бўйича олинган
Уровень С	Экспертларнинг келишилган фикри ва/ёки кичик тадқиқотлар, ретроспектив тадқиқотлар, регистрлар натижалари

2. Асосий қисм

2.1. Кириш.

Охирги ўнйилликларда аҳоли ўртасида содир бўлаётган кескин демографик силжишлар, ўртача умр кўриш давомийлигининг ошиши туфайли қариган организмнинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда аҳолига даволаш-профилактика хизматларининг янги тамойилларига еҳтиёж пайдо бўлди. Геронтологик хизматнинг ривожланиши соғлиқ учун асосий муаммо ҳисобланади. Бутун дунёда, айниқса ривожланган мамлакатларда қариялар (65 ёшдан катта) ва кексалар (75 ёшдан катта)ларнинг мутлақ сони билан улуши ортиб бормоқда ва сўнгги ўн йилликларда бу фоиз сезиларли даражада ошган. Демографлар ва социологларнинг прогнозларига кўра, аҳолининг қариши давом этади ва 2025 йилга бориб 60 ва ундан катта ёшдагилар сони 5 баробар ортади, бу кўрсаткич 2050 йилда 65 мамлакатда

қариялар улуши 30 фоиздан ортиб, 60 ва ундан катта ёшдаги дунё аҳолиси тахминан 9,8 миллиард аҳолининг жами 2 миллиардини (20,4%) ташкил этиши прогноз қилинмоқда. Бунинг муҳим сабабларидан бири туғилишнинг камайиши билан бирга кексалар ўлимнинг асосий сабаби бўлган юрак-қон томир касалликларини даволашнинг такомиллашганидир. БМТ маълумотларига кўра, 2015 йилда дунёда 60 ёш ва ундан катта ёшдагиларнинг улуши 20 фоизни ташкил этган бўлса, 2025 йилга келиб у 24 фоизга, 2050 йилга келиб учдан бир қисмга кўтарилади. Ўзбекистонда кекса ёшдаги аҳоли улуши энг ривожланган мамлакатларникига яқин ва ўртача ривожланган мамлакатларга нисбатан анча юқори ва кекса аҳоли улуши динамикаси бўйича ривожланган мамлакатларга яқинлиги аниқланган.

Юрак ишемик касаллиги барча мамлакатларда ўлим ва ногиронликнинг асосий сабаби бўлиб келмоқда, стенокардия эса ЮИКнинг энг тарқалган симптоми ҳисобланади. Сурункали стабил стенокардияни даволашни яхшилаш стратегияси кардиологиянинг асосий устувор вазифаси бўлиб қолмоқда. Беморларнинг деярли учдан бир қисми ҳаёт тарзини ўзгартириш нуктаи назаридан ҳам, тавсия қилинган антиангинал препаратлар ва ёки тери орқали коронар ёки жарроҳлик аралашувлари жиҳатидан ҳам нооптимал терапия олмақдалар.

Оптимал даволаш учун юрак ишемик касаллиги ва стенокардиянинг патофизиологиясини чуқур тушунмоқ лозим. Стенокардиянинг аниқ механизми жуда мураккаб бўлиб, бунда энг асосийси миокарднинг кислородга эҳтиёжи ва таъминланиши ўртасидаги номуносиблик ҳисобланади. Кўпчилик қари ва кекса ёшдаги беморларда коронар қон оқимини чекловчи битта ёки бир нечта эпикардиал коронар артерияларда атеросклеротик торайиш аниқланади. Шу билан бирга, баъзи бир қари ва кекса ёшдаги беморларда коронар артерияларнинг аҳамиятга эга обструктив шикастланиши бўлмайди ҳатто коронарографияда нормал коронар артериялар мавжудлиги аниқланади, аммо ишемик кардиопатия ривожланган бўлади. Ушбу тоифа беморларда стенокардия механизмлари микроциркуляция даражасидаги коронар қон айланишининг функционал ўзгаришлари билан боғлиқ.

Турғун стенокардияли беморларда ишемияга қарши терапия 2 та асосий мақсадга мувофиқ бўлиши керак:

ўтказиладиган жисмоний зўриқмаларни кўтара олишни ошириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида симптомларни хавфсиз енгиллаштириш;

ўткир коронар тромбоз тезланишини пасайтириш ва юрак етишмовчилиги ривожланиши билан бўладиган коронар атеросклероз тараққий этишини секинлаштириш ҳисобига юрак-қон томир ҳодисаларининг, асосан, миокард инфаркти ва юрак-қон томир касалликларидан бўлган ўлимнинг олдини олиш мақсадида прогнозга таъсирини яхшилаш.

Бундан ташқари, шуни таъкидлаб ўтиш зарурки, хавф омилларининг бартараф этиш даволашнинг муҳим қисми ҳисобланади. Беморлар билан тўғри овқатланиш, жисмоний зўриқмалар, тамаки чекишдан воз кечиш, тайинланган препаратларни қабул қилиш қоидаларига риоя қилиш тўғрисидаги суҳбатлар,

шубҳасиз, ўтказилаётган медикаментоз терапияга муҳим қўшимча бўлиб ҳисобланади.

Масалани яна бир муҳим томони ЮИК билан оғриган кекса ёшли беморларда кузатиладиган коморбид ҳолатлар орасида гипертония касаллиги, буйраклар дисфункцияси, ўпка бронх тизимининг сурункали обструктив хасталиклари, остеоартроз, остеопороз ва х.к. алоҳида аҳамиятга эга бўлиб, ЮҚТТК олиб келувчи ва уларни оғирлаштирувчи мустақил етакчи хавф омиллар гуруҳига киради. Бу эса ўз навбатида ЮИК асоратларини хусусан юрак аритмияларни ривожланишини эрта ташхислаш, самарали даволаш ва унинг олдини олиш зарурлигини тақазо қилади.

2) Атамалар ва таърифлар

Гериатрик синдром - бу ҳаёт сифатини ёмонлаштирадиган, салбий натижалар (ўлим, ташқи ёрдамга қарамлик, такрорий касалхонага ётқизиш ва узоқ муддатли парваришга эҳтиёж) ва функционал бузилишлар хавфини оширадиган кўп омилли ёшга боғлиқ клиник ҳолат. Анъанавий клиник синдромдан фарқли, гериатрик синдром организмнинг маълум бир органи ёки тизимидаги патологиянинг намоён бўлмаслиги, балки бир нечта тизимлардаги ўзгаришлар мажмуасини акс эттиради. Бир гериатрик синдромнинг пайдо бўлиши бошқа гериатрик синдромларнинг ривожланиш хавфини оширади. Гериатрик синдромларга қуйидагилар киради: кексалик астенияси, деменция, делирий, депрессия, деменция билан беморларда хулқ атвор ва рухий бузилишлар синдроми, остеопороз, саркопения, функционал бузилишлар, ҳаракатчанликнинг пасайиши, мувозанат бузилиши, бош айланиши, ортостатик синдром (ортостатик гипотензия, симптомлар ва билан ёки симптомларсиз ортостатик тахикардия), сенсор бузилишлар (кўриш, эшитиш қобилияти пасайиши), пешоб\нажасни тута олмаслик, қабзият синдроми, нотўғри овқатланиш (мальнутриция), сувсизланиш, сурункали оғрик синдроми.

далилларга асосланган тиббиёт – бемор соғлиғи ҳолатини баҳолашда ва даволашда қарор қабул қилиш жараёнида энг яхши замонавий далиллар (клиник тадқиқотлар натижалари) ни тўғри, кетма-кет ва онгли равишда қўллаш [ДАТ].

касалик – патоген омиллар таъсири билан пайдо бўладиган организм фаолияти, ишга лаёқатлилиги, ташқи ва ички муҳит шароитининг ўзгаришларига мослашиш қобилияти ва шу билан бирга организмнинг ҳимоя – компенсатор ҳамда ҳимоя-мослашиш реакциялари ва механизмлари бузилиши.

инструментал диагностика – беморни текшириш учун турли асбоб-ускуналар ва мослама-ларни қўллаш ёрдамида ташхис қўйиш.

оқибат – сабабли омил, профилактик ёки терапевтик аралашув таъсирида пайдо бўладиган ҳар қандай натижа, саломатлик ҳолатининг аралашув оқибатида пайдо бўладиган барча аниқланган ўзгаришлар.

манфаатлар можароси – тиббиёт ходими ёки фармацевт томонидан профессионал фаолиятини амалга оширишда ўзининг шахсий манфаати учун компания вакили орқали моддий фойда ёки бошқа бирон-бир имтиёз олишда пайдо бўладиган вазият, бу тиббиёт ходими ёки фармацевтнинг шахсий манфаатдорлиги ва бемор манфаатлари ўртасида қарама-қаршиликлар натижасида тиббиёт

ходими ёки фармацевт томонидан профессионал вазифаларнинг тўғри бажарилишига таъсир кўрсатиши мумкин.

клиник текширув – текширилаётган маҳсулотларнинг фармакологик самараларини аниқлаш ёки тасдиқлаш ва/ёки текширилаётган маҳсулотларга ноҳуш таъсирларни аниқлаш учун уларнинг хавфсизлиги ва/ёки самарадорлигини баҳолаш мақсадида сўрилиши, тақсимланиши, метаболизми ва чиқиб кетиши ўрганиладиган инсон иштироки билан ўтказиладиган ҳар қандай тадқиқот. «клиник синов» ва «клиник тадқиқот» синоним ҳисобланади.

лаборатор диагностика – турли махсус асбоб-ускуналар ёрдамида текширилаётган биологик материалнинг таҳлил қилишга қаратилган услублар йиғиндиси.

дори воситалари – касалликни профилактика қилиш, даволаш, реабилитация қилиш учун, ҳомиладорликдан сақланиш, ҳомиладорликнинг олдини олиш ва ҳомиладорликни тўхтатиш учун қўлланиладиган дори шаклларидаги дори воситалари.

тиббий аралашув – тиббиёт ходими ёки тиббий фаолиятни юритиш ҳуқуқига эга ходим томонидан бажариладиган беморга нисбатан инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига тегишли ва профилактик, диагностик, даволаш, реабилитацион ёки тадқиқот йўналишига эга тиббий текширувлар ва/ёки тиббий муолажалар турлари, шунингдек, ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш.

тиббиёт ходими – тиббий ёки бошқа маълумотга эга, тиббиёт муассасасида ишлайдиган ва меҳнат (лавозим) вазифалари тиббий фаолиятдан иборат жисмоний шахс ёки бевосита тиббий фаолиятни амалга оширувчи индивидуал тадбиркор бўлган жисмоний шахс.

ўткир миокард инфаркти (ЎМИ) – ишемия натижасида қондаги биомаркерларнинг ўзига хос ўзгариши билан тасдиқланган миокарднинг ўткир шикастланиши (некрози).

ўткир коронар синдром (ЎКС) – ўткир МИ ёки ностабил стенокардияни гумон қилишга имкон берувчи клиник белгилар ва симптомларнинг ҳар қандай гуруҳини билдирувчи атама.

коронар шунтлаш (КШ) амалиёти – Қада гемодинамик аҳамиятга эга стеноздан дистал қон оқимини яхшилашга имкон берувчи айланиб ўтувчи аностомозни ўрнатиш. Услубга кўра аортокоронар, маммарокоронар ва бошқа турдаги шунтлаш мавжуд.

клиник тавсияларни ишлаб чиқиш/янгилаш бўйича ишчи гуруҳ – клиник тавсияларни ишлаб чиқиш/янгилаш мақсадида биргаликда ва келишган ҳолда ишловчи ва ушбу ишнинг натижалари учун умумий жавобгарликка эга мутахассислар жамоаси.

ҳолат – организмнинг патоген ва/ёки физиологик омиллар муносабати билан пайдо бўлган ва тиббий ёрдам кўрсатилишига муҳтож ўзгаришлари.

синдром – ягона патогенезга эга бир қатор симптомларнинг турғун йиғиндиси.

КА учун дори воситасини ажратиб турувчи стент* (ДКС)** – неоинтима ҳосил бўлишига тўсқинлик қилувчи антипролифератив модда ажратиб турадиган ва шу ҳисобига қайта стеноз- ланишни секинлашишига ёрдам берувчи стент.

Далилларнинг аниқлик даражаси (ДАД) – тиббий аралашув қўлланилишидан олинган самара ҳақиқий эканлигига ишонч даражаси.

Европа кардиологлар жамияти (ЕКЖ)

тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси (ТИД) – аралашув самарасининг ва аниқ вазиятда тавсияларга риоя қилишнинг зиёнга нисбатан кўпроқ фойда келтиришига ишончлилиқ ҳамда аниқлик даражаси [200].

Жарроҳлик йўли билан даволаш – жарроҳлик амалиёти давомида тўқималарни ажратиш ёки бириктириш йўли билан касалликни даволаш услуги.

тери орқали коронар аралашув (ТОКА) – КАнинг стенозланган қисмида тери орқали зарур мосламаларни қўллаш ёрдамида қон оқимини тиклаш. Услугага тери орқали баллонли ангиопластика, коронар стентлаш ва камроқ тарқалган бошқа усуллар киради. Одатда, агар бошқа нарса кўрсатилмаган бўлса, ТОКА тушунчаси остида коронар стентлаш кўзда тутилади.

2.2 ЮИКнинг клиник таснифномасидан клиник амалиётда фойдаланиш жуда қулай.

Стенокардия:

Тургин зўриқиш стенокардияси (Канада таснифномаси бўйича функционал синфини (I-IV) кўрсатган ҳолда.

Вазоспастик стенокардия.

Микро-қон томир стенокардияси.

Инфарктдан кейинги ўчоқли кардиосклероз (ўтказилган инфаркт санасини, локализациясини, турини кўрсатган ҳолда (ЕКЖ, Америка кардиологик коллежи, Америка юрак ассоциацияси ва Бутунжаҳон кардиологик федерациясининг бирлашган ишчи гуруҳи томонидан тайёрланган МИнинг универсал таърифига мувофиқ.

Озриқсиз миокард ишемияси.

Ишемик кардиомиопатия.

2000 йилда Ўзбекистон кардиологларининг IV съездида ЮИКнинг мавжуд таснифномасига қўшимчалар киритган ҳолда янги таснифнома қабул қилинди.

Ўзбекистонда қабул қилинган ЮИК таснифномаси.

тўсатдан коронар ўлим (юракнинг бирламчи тўхтаб қолиши)

Стенокардия

Зўриқиш стенокардияси (ФСни кўрсатган ҳолда)

ностабил стенокардия:

Илк бор пайдо бўлган.

Авж этувчи зўриқиш стенокардияси.

Ангиоспастик стенокардия.

Эрта инфарктдан кейинги стенокардия.

Эрта жарроҳлик амалиётидан кейинги стенокардия.

Оғриқсиз миокард ишемияси.

Миокард инфаркти:

Q тишчали – QMI.

Q тишчасиз – NQMI.

Инфарктдан кейинги кардиосклероз.

Юрак ритми бузилиши (шаклини кўрсатган ҳолда).

Юрак етишмовчилиги (шаклини ва босқичини кўрсатган ҳолда).

ЮИКни статистик кодлашнинг ўзига хос хусусиятлари бўйича изоҳлар:

Микро-қон томир ва стабил стенокардия учун КХТ-10 да шахсий кодлар ажратилмаганлиги сабабли, улар I20.8 кодга умумлаштирилган.

Ўлим статистикасини ишлаб чиқишда I20 кодлари қўлланилмайди, яъни стенокардиянинг ҳеч қайси шакли ўлимнинг бирламчи сабаби сифатида қаралмайди ва ўлимдан кейинги клиник ва патологоанатомик диагнозларнинг «асосий касаллик» рубрикасида қайд этилиши мумкин эмас.

Рубрика I25.0 – атеросклеротик юрак-қон томир касаллиги, таърифланган: код ноаниқ шакллантирилган диагнозга мувофиқ келади, амалиётда қўллаш керак эмас.

Рубрика I25.1 – атеросклеротик юрак касаллиги: КА атеросклерози (КАда режали аралашув билан.

боғлиқ тиббий ёрдам кўрсатишнинг сабаби сифатида инструментал тарзда тасдиқланган бўлиши керак); юрак ритми бузилишлари ЮИК гуруҳидан нозологик шакл сифатида (агар ЮИК гуруҳидан бошқа нозологиялар бўлмаса, албатта, КА атеросклерози тасдиқланганда асосий касаллик сифатида олиб чиқилади. ЮИК гуруҳидан бошқа нозологиялар, масалан, инфарктдан кейинги кардиосклероз мавжуд бўлган тақдирда юрак ритми бузилишини уларнинг асорати сифатида қаралиши мақсадга мувофиқ).

Рубрика I25.2 – аввал ўтказилган МИ (инфарктдан кейинги кардиосклероздан – I25.8 фарқлаш лозим), Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (БЖСТ) томонидан фақат тасодифан ретроспектив аниқланган ва аниқланган ҳамда бемор кузатилаётган вақтда ҳеч қандай клиник кўринишга эга бўлмаган МИ ҳоллари учун кўзда тутилган. Ушбу клиник вазият летал оқибатга олиб келиши мумкин эмас, бундан ташқари, ХКТ-10 да ўлим статистикасини ишлаб чиқишда I25.2 рубрикасини қўллаш тўғридан-тўғри тақиқланган.

Рубрика I25.3 – Юрак аневризмаси: юракнинг сурункали аневризмаси ЮИК нинг мустақил нозологик шакли бўлиб ҳисобланмайди, балки инфарктдан кейинги кардиосклерознинг кўринишидир, шунинг учун клиник диагнознинг таърифланишини «инфарктдан кейинги кардиосклероз» атамасидан бошлаш лозим, лекин юракнинг сурункали аневризмасини диагнозда кўрсатиш керак, чунки унинг мавжудлиги тўғри шифрни танлашни талаб қилади.

Рубрика I25.4 – КА аневризмаси: агар ушбу рубрикада кўрсатилган патологик ҳолатлар тиббий

муолажалар асорати бўлса, улар асосий касаллик/ўлимнинг бирламчи сабаби сифатида қаралиши мумкин эмас, балки ўтказилган аралашувнинг асорати сифатида олиб чиқилади. Агар улар тиббий ёрдам билан боғлиқ бўлмаса, уларни асосий касаллик (жумладан, летал оқибат ҳолатида – ўлимнинг бирламчи сабаби) сифатида қайд этиш учун ҳеч қандай чегаралар йўқ.

Рубрика I25.5 – ишемик кардиомиопатия Хкт-10 да сақланиб қолган (2016 й. версияси). Бундан ташқари, ХКТ-11 лойиҳасида ҳам ушбу рубрика мавжуд. шунингдек, ХКТ-10 ишемик кардиомиопатиянинг ўлим статистикасида қўлланилишига ҳеч қандай чеклов қўймайди.

Рубрика I25.6 – симптомсиз миокард ишемияси ўлимнинг бирламчи сабаби (ўлимдан кейинги клиник ва патологоанотомик диагнозларда асосий касаллик) сифатида кўрилиши мумкин эмас. Летал оқибат ҳолатида ўлим сабабини танлаш ўлимга олиб келувчи клиник кўриниш билан аниқланади.

Рубрика I25.8 – сурункали ЮИКнинг бошқа шакллари: ўтказилган миокард инфаркти I25.2 дан фарқли (Рубрика I25.2 га қаранг) ХКТ-10 инфарктдан кейинги кардиосклерозни шифрлаш учун (I25.8) ўлим оқибати сабаби сифатида аниқлайди; коронар шунт, трансплантация қилинган юрак КА ва аввал стентланган КА атеросклерози, агар ушбу патологик ҳолатлар режали юқори технологик тиббий ёрдам учун сабаб бўлган бўлса. Ушбу ҳолатларни ўлимнинг бирламчи сабаби (асосий касаллик – ўлимдан кейинги клиник/патологоанотомик диагнозда) сифатида кўриш мақсадга мувофиқ, агар инвазив/жарроҳлик аралашув ушбу патология бўйича летал асоратлар ривожланишига олиб келган бўлса.

Рубрика I20.9 – ноаниқ стенокардия ва рубрика I25.9 – ноаниқ сурункали ЮИК: кодлар ноаниқ таърифланган диагнозга мувофиқ келади, амалиётда қўллаш керак эмас.

3. Усуллар, ёндашувлар ва таъхислаш жараёнлари

ЮИК диагнози шикоятлар йиғиндиси (стенокардия клиникаси), анамнез маълумотлари (юрак-қон томир), диагностик услублар ёрдамида яширин коронар етишмовчилик (ишемия) аниқланиши асосида қўйилади. Диагноз қўйилгандан кейин стенозловчи коронар атеросклерозни ва жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатмаларни аниқлаш учун коронарография (КАГ) ўтказиш зарур.

3.1 Шикоятлар ва анамнез

Диагностика босқичида ЮИКга гумон қилинган барча беморларнинг шикоятлари таҳлили ўтказилади ва анамнез йиғилади. Зўриқиш стенокардиясида энг кўп шикоят стабил ЮИКнинг энг кўп тарқалган шакли сифатида кўкракдаги оғриқ ҳисобланади.

Стенокардия клиникасини аниқлаш мақсадида тиббиёт ходими (врач) ЮИКга гумон қилинган беморни кўкрак қафасидаги оғриқ синдроми мавжудлиги, унинг тавсифи, пайдо бўлиш тезланиши ва пайдо бўлиши ҳамда йўқолиши шароитлари тўғрисида сўрайди.

Стенокардия шакллариининг клиник тавсифномаси

Стенокардия турлари	Клиник кўриниши
Типик (шубҳасиз) зўриқиш стенокардияси:	<p>типик (шубҳасиз) зўриқиш стенокардиясининг белгилари:</p> <p>кўкрак суяги соҳасида оғриқ (ёки дискомфорт), чап кўлга, орқага ёки пастки жағга, камроқ ҳолларда эпигастрал соҳага иррадиация бўлиши мумкин, давомийлиги 2 дан 5 (20 дан кам) дақиқа. оғриқнинг эквивалент ҳолатлари: ҳансираш, «оғирлик», «куйиш» ҳисси;</p> <p>юқорида баён қилинган оғриқ жисмоний зўриқмада ёки яққол ифодаланган руҳий-эмоционал стресс вақтида пайдо бўлади; юқорида баён этилган оғриқ жисмоний зўриқма тўхтатилгандан кейин ёки нитроглицерин қабул қилгандан 1–3 дақиқадан сўнг ўтиб кэтади.</p> <p>типик (шубҳасиз) стенокардия диагнозини тасдиқлаш учун беморда бир вақтнинг ўзида юқорида санаб ўтилган барча учта белги мавжуд бўлиши керак. Жисмоний зўриқмага эквивалент бўлиб артериал босим (АБ)нинг кризис кўтарилиш билан миокардга зўриқма ортиши, шунингдек, катта миқдорда овқат истеъмол қилиш ҳисобланади.</p>
Атипик стенокардия	атипик стенокардия диагнози агар беморда типик стенокардиянинг юқорида санаб ўтилган учта белгисидан ҳар қандай иккитаси мавжуд бўлса қўйилади.

<p>Кўкрак қафасидаги ностенокардик оғриқлар</p>	<p>кўкрак қафасидаги ноангиноз (ностенокардик) оғриқларнинг белгилари: оғриқлар навбатма-навбат кўкрак суягининг ўнг ва чап томонида локаллашади; оғриқлар «нуқтали» хусусиятга эга бўлади; оғриқлар пайдо бўлгандан кейин 30 дақиқадан (бир неча соат ёки суткагача) кўп вақт давом этади, оғриқлар доимий, «санчиб турувчи» бўлиши мумкин; оғриқлар пиёда юриш ёки бошқа жисмоний зўриқма билан алоқадор эмас, бироқ тана ҳолатига боғлиқ бўлади: тана корпуси энгашганда ва ён томонларга бурилганда, ётган ҳолатда («decubitus» стенокардияси – ётган ҳолатда веноз қайтишнинг ортиши ва юракка олд зўриқманинг ошиши ҳамда миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжининг ортиши натижасида пайдо бўладиган чин стенокардия бундан истисно), тананинг узок вақт давомида ноқулай ҳолда бўлишида, чуқур нафас олганда нафас олиш чўққисида пайдо бўлади. оғриқлар нитроглицерин қабул қилганда ўтиб кетмайди; кўкрак суягини ва/ёки кўкрак қафасининг қовурғалараро оралиқларини пальпация қилинганда оғриқлар кучаяди.</p>
<p>Вазоспастик стенокардия</p>	<p>вазоспастик стенокардияда кўкрак қафасидаги оғриқ синдромининг ўзига хос хусусияти бўлиб шу нарса ҳисобланадики, оғриқ хуружи одатда жуда кучли, «типик» жойда – кўкрак суяги соҳасида локаллашган бўлади. кўпинча бундай хуружлар кечаси ва эрта тонгда, шунингдек, тананинг очик қисмларига совуқ таъсир қилган вақтда пайдо бўлади.</p>
<p>Микро-қон томир стенокардияси</p>	<p>Микро-қон томир стенокардиясида кўкрак қафасидаги оғриқ синдромининг ўзига хос хусусияти шундан иборатки, ангиноз оғриқ сифат белгилари ва локализацияси бўйича стенокардияга мувофиқ келади, лекин жисмоний зўриқмадан кейин бир қанча вақт ўтгандан сўнг, шунингдек, эмоционал зўриқишдан кейин пайдо бўлади, тинч ҳолат пайдо бўлиши мумкин ва органик нитратлар ёрдамида қийин бартараф этилади. кўкрак қафасидаги оғриқ синромининг мавжудлиги стенокардия муносабатида эҳтиёткорликка чақириши лозим, кейин эса ўхшаш симптоматика берадиган бошқа касалликларни излаш зарур. шуни ҳисобга олиш керакки, ҳар қандай генезга эга оғриқ (невралгиялар, гастралгиялар,</p>

<p>холециститдаги оғриқлар ва б.) мавжуд стенокардияни провокация қилиши ва кучайтириши мумкин.</p> <p>Сўров вақтида зўриқиш стенокардияси аниқланганда унинг ифодаланганлигини баҳолаш мақсадида кўтара оладиган жисмоний зўриқмага кўра функционал синф (ФС) ни (стенокардиянинг канада таснифномасига мувофиқ) аниқлаб олиш зарур.</p>

Канада юрак-қон томир жамиятининг таснифномаси ханузгача стабил стенокардия градациялари тизими сифатида жисмоний фаоллик билан боғлиқ симптомлар пайдо бўладиган чегарани миқдорий аниқлаш учун қўлланилади.

Канада кардиологик жамияти таснифномаси бўйича стенокардиянинг 4 та функционал синф (ФС) фарқланади

Жадвал 4.

Стенокардия ФС таснифномаси

ФС I	ФС II	ФС III	ФС IV
<p>Бемор учун оддий жисмоний зўриқмада стенокардия хуружларини чақирмайди. Стенокардия хуружи фақат юкори интенсивликдаги давомийликдаги жисмоний зўриқмадагина пайдо бўлади.</p>	<p>Стенокардия хуружлари жисмоний зўриқмада тез юрганда, овқат қабул қилгандан кейин, чикқанда, эмоционал вазитрессда, тепаликка вазинадан бир қаватдан кўпроқ юкорига (>2 ярим қават) чикқанда уйғонгандан кейин бир неча соат давомида пайдо бўлади.</p>	<p>Стенокардия хуружлари жисмоний фаолликни кескин чеклайди: жисмоний зўриқмада: ўртача баъзида пайдо бўлади. Баъзида тинч ҳолатда ҳам пайдо бўлади.</p>	<p>Стенокардия пайдо бўлиши туфайли ҳар қандай, хаттоки минимал зўриқмани бажара олмаслик, хуружлар тинч ҳолат пайдо бўлади.</p>

3.2 Физикал текширув

Физикал текширув давомида ЮИК бор ёки унга гумон қилинган барча кекса ёшдаги беморларда умумий кўрув ўтказилади, турли касалликлар патогномоник белгиларини аниқлаш мақсадида юз, тана ва оёқ-қўлнинг тери қопламалари текширилади. Физикал текширувда баъзи бир Хони: ортиқча тана вазини, қандли диабет (ҚД)ни, юрак клапанлари, аорта, магистрал ва периферик артериялар атеросклерозини, ўқтин-ўқтин содир бўлувчи оқсоқликни, кафтлардаги, тирсаклардаги, думбадаги, тиззалардаги ва пайлардаги ксантомаларни, шунингдек, қовоқлардаги ксантелазмаларни, юрак етишмовчилигининг хансираш, ўпкадаги

димланган хириллашлар, кардиомегалия, бўйин веналари-нинг бўртиши, гепатомегалия, оёқлар шиши каби белгиларини аниқлаш мумкин.

ЮИКнинг синамадан олдинги эҳтимоллиги (СОЭ) ни баҳолаш

Тавсия	Синф	даража	иқибос
СОЭни баҳолаш ЮИКга гумон қилинган барча беморларга врачга бирламчи муурожаат қилганда ЮИК мавжудлиги эҳтимолини аниқлаш учун тавсия этилади	I	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

Жадвал 6.

Жинси, ёши ва кўкрак қафасидаги оғриқ хусусиятига кўра ЮИК диагнози синама олди эҳтимоллик (СОЭ)

Ёши, йил	Типик стенокардия		Атипик стенокардия		Ноангиноз оғриқ		Зўриқмада ҳансираш*	
	эркаклар	аёллар	эркаклар	аёллар	эркаклар	аёллар	эркаклар	аёллар
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%

изоҳ: * – гуруҳга фақат ҳансирашга ёки асосий симптом сифатида ҳансирашга эга беморлар кирган; зўриқма синамаларини ўтказиш энг самарали бўлган катакчалар тўқ яшил ранг билан ажратилган (СОЭ >15%), бунда ҳар йиллик юрак-қон томир ўлими ёки ўткир МИ хавфи $\geq 3\%$; оч яшил рангдаги катакчалар ЮИК СОЭ 5–15% ни англатади, бунда зўриқмали синама ўтказиш тўғрисида хавф модификаторларини аниқлаш асосида ЮИК мавжудлигининг умумий клиник эҳтимолини баҳолашдан кейин муҳокама қилиш мумкин.

шарҳлар. СОЭ – бу беморда ЮИК мавжудлиги эҳтимолининг оддий кўрсаткичи, у оғриқ хусусияти, ёши ва жинсини баҳолашга асосланган [6]. ЮИКнинг СОЭ <5% қийматида жуда паст ҳисобланади (ҳар йиллик юрак-қон томир ўлими ёки МИ хавфи <1% ни ташкил қилади). Бундай ҳолда бирламчи текширувдан кейин СОЭни оширувчи омиллар топилмагандан сўнг ЮИК диагнози истисно қилиниши мумкин. ЮИКнинг СОЭ >15% қиймати ўртамиёна ҳисобланади ва нафақат бирламчи текширувни, балки ЮИК диагностикасининг кўшимча специфик услубларини ўтказишни талаб қилади. ЮИКнинг СОЭ 5–15% қийматлари, умуман олганда, яхши прогнозни таъминлайди (ҳар йиллик юрак-қон томир ўлими ёки МИ хавфи <1% ни ташкил қилади), лекин ЮИК эҳтимолини оширувчи кўшимча клиник омиллар ёки аниқ симптомлар мавжудлигида бирламчи текширув

ўтказилгандан кейин қўшимча махсус текширувни бажаришни талаб қилиши мумкин.

Стабил ЮИКни диагностика қилганда бирламчи текширув специфик ҳисобланмайди, бироқ ЮИК СОЭни оширувчи омилларни аниқлашга имкон беради ва бир қатор ҳолларда ЮИК учун хос бўлган белгиларни, масалан, электрокардиограмма (ЭКГ)да чандикли ўзгаришларни ёки эхокардиография (ЭхоКГ)да локал қисқарувчанликнинг бузилишларини топишга имконият яратади.

3.3 Лаборатор-диагностик текширувлар

Энг муҳим кўрсаткич бўлиб қоннинг липид спектри ҳисобланади. Қолган қон ва пешоб текширувлари ЮИК прогнозини ёмонлаштирувчи ёндош касалликлар ва синдромлар (ЮЕ, ҚД, қалқонсимон без дисфункцияси, анемия, эритремия, тромбоцитоз, тромбоцитопения, сурункали жигар ёки буйрак етишмовчилиги ва б.) ни аниқлашга имкон беради ва медикаментоз терапияни танлашда уларни ҳисобга олишни талаб этади ҳамда зарурат туғилганда беморнинг жарроҳлик йўли билан даволанишига йўлланма берилишига сабаб бўлади.

Жадвал 7.

Тавсиялар	Синф	Даража	иқибос
ЮИК бор ёки унга гумон қилинган барча беморларга бирламчи мурожаат қилганда ёндош касалликларни, шунингдек, стенокардия пайдо бўлишининг иккиламчи хусусиятини истисно қилиш учун гемоглобинни, эритроцитлар ва лейкоцитлар сонини аниқлаш билан бирга қоннинг умумий (клиник) таҳлилин кенгайтирилган ҳолда ўтказиш тавсия этилади	I	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IB_S-unlocked.pdf?yclid=ltmjvbw378201129
ЮИК бор ёки унга гумон қилинган барча беморларга ҚДни аниқлаш учун скрининг асослари мавжуд бўлганда қондаги гликирланган гемоглобин, оч қоринга қондаги глюкоза миқдорини аниқлашдан бошлаш тавсия этилади. Агар натижалар ишончли бўлмаса – қўшимча глюкозага толерантлик перорал синамасини ўтказиш лозим	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false
ЮИК бор ёки унга гумон қилинган барча беморларга баъзи дори воситаларини тайинлаш, шунингдек, уларнинг дозаларини коррекция қилиш имкониятини аниқлаш учун қондаги	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false

креатинин даражасини текшириш ва коптокча фильтрацияси тезлиги (КФТ)ни* ҳисоб- китоб йўли билан ёки креатинин клиренсини аниқлаш орқали буйрак функцияси ҳолатини баҳолаш тавсия этилади			
ЮИК бор ёки унга гумон қилинган барча беморларга липидлар алмашинуви бузилишларини баҳолаш мақсадида қоннинг биокимёвий таҳлилинини ўтказиш, жумладан, Хони аниқлаш ва зарурат туғилганда терапияни коррекция қилиш учун умумий холестерин (УХС) миқдорини, паст зичликдаги липопротеидлар холестерини (ПЗЛП ХС) ва триглицеридларни аниқлаш тавсия этилади	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

***Изох:** кекса беморларни текширишда бир қарашда, бир-бирига қарама-қарши бўлган, бирга келадиган (коморбид, полиморбид бўлган) касалликларнинг тузилишида ўхшашликлар аниқланади, аммо батафсилроқ таҳлил қилинганда, бундай қарама-қаршилиқлар асосланган ва батафсил ўрганилганда бартараф этилиши мумкинлиги изоҳланади.

Жадвал 7.

Сурункали буйрак касаллиги (СБК) босқичлари ва клиник ҳаракатлар режаси

Босқичлар	Таърифи	КФТ (мл/мин/ 1,73 м ²)	Ҳаракатлар*
1	нормал ёки ортган КФТ бўлган буйраклар шикастланиши	≥90	Диагноз ва даволаш; ёндош касалликларни даволаш; касаллик тараққий этишини секинлаштириш; ЮҚтк хавфини пасайтириш
2	КФТ бироз пасайган буйраклар шикастланиши	60–89	тараққий этиш тезлигини баҳолаш
3А	КФТ ўртамиёна пасайган буйраклар шикастланиши	45–59	Асоратларни текшириш ва даволаш
3Б	КФТ яққол ифодаланган даражада пасайган буйраклар шикастланиши	30–44	

4	КФТ оғир даражада пасайган буйраклар шикастланиши	15–29	Ўрнини босувчи терапияга тайёргарлик
5	терминал буйрак етишмовчилиги	<15 (ёки диализ)	Ўрнини босувчи терапия (уремия мавжудлигида)

Тавсиялар	Синф	Даража	иқибос
ЮИК бор ёки унга гумон қилинган барча беморларга липидлар алмашинуви бузилишларини баҳолаш мақсадида қоннинг биокимёвий таҳлилин timer ўтказиш, жумладан, Хони аниқлаш ва зарурат туғилганда терапияни коррекция қилиш учун умумий холестерин (УХС) миқдорини, паст зичликдаги липопротеидлар холестерини (ПЗЛП ХС) ва триглицеридларни аниқлаш тавсия этилади	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Қалқонсимон без патологиясининг клиник кўринишлар мавжудлигида ЮИК бор беморларга қалқонсимон без касалликларини аниқлаш мақсадида қалқонсимон без функциясини баҳолаш (қондаги тиреотроп гормон даражасини, умумий тироксин (Т4) миқдорини, эркин тироксин (ЭТ4) миқдорини, эркин трийодтиронин (ЭТ3), умумий трийодтиронин (Т3) даражасини аниқлаш) тавсия этилади, чунки улар юрак-қон томир тизими ҳолатига таъсир этиши мумкин	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbw378201129
Стабил ЮИК диагнози қўйилган барча беморларда такрорий текширувларда зарурат туғилганда терапияни ўз вақтида коррекция қилиш мақсадида ҳар йили кенгайтирилган умумий (клиник) қон таҳлилин timer, биокимёвий умумтерапевтик таҳлилин timer, липидлар алмашинуви бузилишларини баҳолаш бўйича биокимёвий таҳлилин timer, қондаги креатинин миқдори таҳлилин timer ва оч қоринга глюкоза миқдори таҳлилин timer назорат сифатида ўтказиш тавсия қилинади	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbw378201129

ЮИК бор ва бўлмачалар фибрилляцияси (БФ) бўлган барча беморларда антикоагулянтлар тайинлаш заруратини ҳисобга олган ҳолда қондаги креатинин миқдори асосида кокрофт- Голт формуласи бўйича креатинин клиренсини аниқлаш тавсия этилади	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false
--	---	---	---

***Изох:** инсонларнинг ёши кексайгани билан танадаги суюқлик таркибининг ўзига хос зичлиги камаиши кузатилади, бу фиброз билан прогрессив тўқималарни алмаштирилиши билан намоён бўлади, бу эса барча тўқималарнинг ишемик шикастланиш зоналарини ортиб борилиши билан ифодаланади. Бу прогрессив апоптоз ва патологик некроз туфайли ҳам содир бўлади.

3.4 Инструментал диагностик текширувлар

Тавсия	Синф	даража	иқибос
ЮИК гумон қилинган барча беморларга тинч ҳолатда ишемия (жумладан, оғриқсиз миокард ишемияси) белгиларини, шунингдек, Q тишча мавжудлиги эҳтимолини, ёндош юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишларини аниқлаш учун тинч ҳолатдаги 12-каналли ЭКГ ни қайд қилиш, электрокардиографик маълумотларни таърифлаш ва интерпретация қилиш тавсия этилади	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Шарҳлар: кўкрак қафасидаги оғриқ хуружи пайтидаги ЭКГ тинч ҳолатдаги ЭКГ га нисбатан кўпроқ аҳамиятга эгадир. Агар оғриқ вақтида ЭКГда ўзгаришлар бўлмаса, бундай беморларда ЮИК эҳтимоли камаяди, лекин барибир тўлиқ истисно қилинмайди. оғриқ хуружи вақтида ёки ундан кейин дарҳол ўтказилган ЭКГда ўзгаришларнинг пайдо бўлиши ЮИК эҳтимолини анча оширади. Ишемиянинг специфик белгилари бўлиб битта ёки ундан кўп ЭКГ ушланмаларида J нуқтадан ST сегментининг 0,1 мВ дан кам бўлмаган чуқурликдаги давомийлиги 0,06–0,08 с горизонтал ёки қийшиқ тушувчи депрессияси ҳисобланади. Вазоспазмнинг специфик белгилари бўлиб иккита ва ундан кўп ушланмаларда ST сегментининг камида 0,1 мВ га транзитор кўтарилиши хизмат қилади.

Эхокардиография (ЭхоКГ)-тадқиқоти

Тавсия	Синф	даража	иқибос
тинч ҳолатдаги доплер режимларини қўллаган ҳолда трансторакал ЭхоКГ ўтказиш ЮИК га гумон қилинган беморларга:	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/

<p>кўкрак қафасидаги оғриқнинг бошқа сабабларини истисно қилиш учун; ЧҚнинг локал қисқарувчанлиги бузилишлари (ЛҚБ)ни аниқлаш учун; ЧҚ отиш фракцияси (ОФ) ни ўлчаш учун; ЧҚ диастолик функциясини баҳолаш учун; юрак клапан аппарати патологиясини аниқлаш учун тавсия этилган</p>			<p>3/407/5556137?login=false</p>
---	--	--	---

Шарҳлар: тинч ҳолатдаги ЭхоКГни бажаришнинг асосий мақсади – ЧҚ систолик ва диастолик функциясини баҳолашдан, шунингдек, кўкрак қафасидаги оғриқнинг бошқа сабабларини, жумла- дан, клапан шикастланиши, перикардит, миокардит, чикувчи аорта аневризмалари, гипертрофик кардиомиопатиялар ва бошқа касалликларни истисно қилишдан иборат. Ўтказилган ўткир МИнинг ЭхоКГ белгилари бўлиб мувофиқ артериянинг қон билан таъминланиш соҳасида ЛҚБ ҳисобланади. ЮИК ёки микро-қон томир дисфункциясининг эрта белгиси ЧҚ диастолик функциясининг бузилишлари бўлиши мумкин.

Қари ва кекса ёшлиларда ЭхоКГда одатда чап қоринча миокардининг дисфункцияси (систолик ва диастолик) аниқланади, бу жараён дастурий апоптоз ёки патологик склерознинг прогрессив ривожланиши туфайли ўзини типик стенокардия ва/ёки (атипик, спонтан, микроваскуляр, оғриқсиз ва х.к.) сифатида намоён бўлиши мумкин, шу қаторда ўткир миокард инфарктдан сўнги кардиосклероз (ИСКС) натижаси, ёки ишемик кардиомиопатия туфайли прогрессив ривожланувчи сурункали юрак етишмовчилигининг оқибати бўлиши билан ифодаланади.

Уйқу артерияларининг ултратовуш текширувлари

Тавсия	Синф	даража	иқибос
<p>ЮИКга гумон қилинган ва аввал ҳар қандай локализациядаги атеросклероз верификация қилинмаган барча беморларга АСБни аниқлаш учун уйқу артерияларининг экстракраниал бўлимларини дуплекс сканерлаш тавсия этилади</p>	IIa	C	<p>https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_recommendations_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbw378201129</p>

Шарҳлар: АСБнинг мезони бўлиб интима-медиа комплекси (ИМК)нинг $\geq 1,5$ мм, 50% га ёки уйқу артериясининг яқин жойлашган қисмлари қалинлигидан 0,5 мм га кўп локал қалинлашуви ҳисобланади [19, 20]. ЮИКга гумон қилинган беморларда

уйку артерияларида атеросклероз белгилари мавжудлиги ЮҚТА нинг юқори хавфи билан боғлиқ бўлади ва статинлар тайинланишига асос бўлиб ҳисобланади.

Кўкрак қафаси рентгенографияси

Тавсия	Синф	даража	иқибос
ЮИК учун нотипик симптомлари бўлган беморларда кўкрак қафаси аъзоларининг мўлжалланган рентгенографияси юрак ва йирик қон томирларнинг бошқа касалликлари учун, шунингдек, юракдан ташқари патологияси (mediastinum)нинг бошқа аъзолари, ўпка, плевра патологиясини) истисно қилиш учун тавсия этилади	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false

ЭКГни суткалик (Холтер) мониторинг

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Юрак ритмини Холтер мониторинг ЮИК бор ёки ЮИКга гумон қилинган беморларга юрак ритми ва/ёки ўтказувчанлиги бузилишини аниқлаш ва зарурат туғилганда терапия танлаш учун ўтказиш тавсия этилади	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false

Шарҳлар: услуб юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишларининг пайдо бўлиш тезланишларини, давомийлигини ва пайдо бўлиш шароитларини аниқлашга имкон беради. ЭКГни мониторинг вазоспазм билан боғлиқ ЭКГдаги ўзгаришларни ҳужжатлаштиришга имконият яратади. ЭКГни мониторингда, аввал айтилганидек, миокарднинг транзитор ишемияси белгиси сифатида ST сегментининг депрессияси аниқланиши мумкин. Бироқ, мониторингда ST депрессияси нохуш прогноз билан ўзаро боғлиқ эмас, зўриқма синамаларига нисбатан кўшимча маълумот бермайди ва кўпинча визуализацияли зўриқма синамалари ўтказилганда вақтинча ишемия белгиси сифатида ҳам тасдиқланмайди [22–24]. ЭКГни мониторинг диагностиканинг бошқа услубларини ўтказиш учун шароит бўлмаган тақдирда ҳам миокард ишемияси диагностикаси учун қўлланилиши мумкин эмас, чунки текширувнинг манфий натижалари ЮИК мавжудлигини истисно қилмайди.

Коронар калцинозни баҳолаш учун компьютерли томография (КТ)

Тавсия	Синф	даража	иқибос
ЮИК гумон қилинган беморларга ЮИК СОЭнинг модификацияланувчи	II	B	https://scardio

омилларини аниқлаш учун Агатсон индексини ҳисоблаб чиқариш билан бирга юрак КТ ёрдамида (имконият мақжудлигида) коронар кальций баҳоланиши тавсия этилади			ru/content/Guidelines/2020/ClinicrekomIBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
---	--	--	---

Шарҳлар: коронар кальцийнинг қиймати 0 га тенг бўлганда ЮИК эҳтимоли пасайган услуб сифатида, коронар кальцийнинг аниқланганда эса ЮИК эҳтимолини оширувчи услуб сифатида мақсадга мувофиқдир.

Зўриқмали ЭКГ

Тавсия	Синф	даража	иқибос
ЮИКга гумон қилинган беморларда ЮИК СоЭни модификацияловчи омилларни аниқлаш учун антиишемик терапияни бекор қилиш фониди (имкон бўлганда) зўриқмали ЭКГ синамасини ўтказиш тавсия этилади)*	II	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/ClinicrekomIBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

***Изоҳ:** кекса беморларда зўриқиш синамаларидан фойдаланиш кекса астения ва саркопениянинг кўпайиши билан боғлиқ баъзи чекловларга эга, шунинг учун стенокардиянинг клиник шакллари ташхислашда клиник кўринишларни ҳисобга олиш мақсадга мувофиқроқ бўлиб, уларнинг аксарияти атипиклигини иноботга олиш лозим. Бундан ташқари, аксарият қарияларда миокарднинг оғриқсиз ишемияси учрайди.

Ишемиянинг специфик белгилари бўлиб битта ёки ундан кўп ЭКГ ушланмаларида *J* нуқтадан *ST* сегментининг 0,1 мВ дан кам бўлмаган чуқурликдаги давомийлиги 0,06–8,08 с горизонтал ёки қийшиқ тушувчи депрессияси ҳисобланади.

Шарҳлар: авваллари зўриқмали ЭКГ тредмил ёки велоэргометрда зўриқма вақтида *ST* сегментининг пайдо бўлиши асосида миокард ишемиясини билвосита баҳолаш учун тавсия этилар эди. Ишемиянинг асосий ЭКГ белгиси бўлиб битта ёки ундан кўп ЭКГ ушланмаларида *J* нуқтадан *ST* сегментининг 0,1 мВ дан кам бўлмаган чуқурликдаги, давомийлиги 0,06–8,08 с горизонтал ёки қийшиқ тушувчи депрессияси ва ўртача ҳамда юқори интенсивликдаги типик стенокардиянинг пайдо бўлиши ҳисобланади. Ҳозирги пайтда аҳамиятга эга ЮИК учун биринчи услуб сифатида зўриқмали ЭКГ ўрнига диагностик визуализация қилинувчи

услугларни қўллаш тавсия этилади. Агар баъзи техник сабабларга кўра визуализация синамаларидан фойдаланиш имкони бўлмаса, зўриқмали ЭКГ ЮИКни тасдиқлаш ёки истисно қилиш учун альтернатив синама сифатида қўлланилиши мумкин. Максимал диагностик ахборот олиш учун синамани симптомлар/белгилар пайдо бўлгунга қадар ўтказиш керак, чунки бу ҳолатлар синамани ўтказишни чеклайди ва сохта мусбат ва сохта манфий натижаларнинг юқори хавфи тўғрисида эсда тутмоқ лозим. ST сегменти депрессияси пайдо бўлиши ёки жисмоний зўриқмаларга паст чидамлилиқ каби синаманинг мусбат натижаси ЮИКнинг клиник эҳтимолини кучайтирувчи қўшимча омил ва ЮИК диагностикасининг қўшимча специфик услубларини ўтказиш учун кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

3.5 ЮИК диагностикасида юқори сезгирликка эга қўшимча специфик ноинвазив ва инвазив синамалар ўтказилиши зарурати тўғрисида қарор қабул қилиш

ЮИК СОЭни модификацияловчи ва унинг эҳтимолини оширувчи омиллар			
ЮҚТК ХО (ЮҚТК бўйича оилавий анамнез, дислипидемия, ҚД, АГ, тамаки чекиш, семизлик); ЭКГ да Q тишчанинг мавжудлиги ёки ST-T сегментининг ўзгаришлари, ЧҚ дисфункцияси, патологик зўриқмали ЭКГ ва кальциноз	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

ЮИК СОЭни модификацияловчи ва унинг эҳтимолини пасайтирувчи омиллар			
Отрицательные результаты нагрузочной Юкламали зўриқиш ЭКГдаги салбий кўрсаткичлар; КТ коронар калцинозни йуқлиги (Агатстона индекси 0га тенг)	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

ЮИК СОЭни баҳолаш, ЮИКга гумон қилинган беморларнинг бирламчи текшируви ва диагнос-тиканинг қўшимча специфик услубларини ўтказиш тўғрисидаги қарор соғлиқни сақлашнинг бирламчи ҳалқасида бажарилиши лозим.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
--------	------	--------	--------

ЮИКнинг ўртача СОЭ бўлган (>15%) беморларда ЮИК диагнозини тасдиқлаш ёки истисно қилиш учун кўшимча специфик ноинвазив визуализация синамалари ўтказилиши тавсия этилади	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbnw378201129
ЮИКни диагностика қилиш учун биринчи ноинвазив визуализация синамаси сифатида миокард ишемиясини аниқлашнинг ноинвазив визуализация стресс-услубларидан бирини (жисмоний зўриқмали ёки қизилўнгачни стимуляция қилган ҳолда ёки фармалогик зўриқ- мали ЭхоКГ, функционал синамали миокард сцинтиграфияси, миокарднинг позитрон-эмиссион томографияси (ПЭТ), миокарднинг перфузион функционал синамали бир фотонли эмиссион компьютерли томографияси (БФЭКТ) ўтказиш тавсия этилади	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Шарҳлар: диагностиканинг визуализация қилинувчи стресс-услублари миокард ишемиясини аниқлаш учун мўлжалланган. Ишемия тредмилда/велоэргометрда провокация қилинади, қизилўнгач орқали электрокардиостимуляция ёки фармакологик стресс-агентлар орқали тезлашади, улар юракнинг ишини кўпайтиради ва кислородга бўлган эҳтиёжини оширади ёки вазодилатацияда миокардиал перфузиянинг гетерогенлигини провокация қилади. Ушбу услублар нафақат ишемияни аниқлашга, балки ЧҚнинг вақтинча дисфункцияси ёки ЧҚ перфузиясининг вақтинча дефекти локализацияси бўйича симптом-боғлиқ КАни дастлаб аниқлашга имкон беради. Ноинвазив визуализация қилинувчи стресс-услублар инвазив синамалар (қон оқимининг фракцион захирасини баҳолаш ва ўлчаш)га нисбатан гемодинамик аҳамиятга эга стенозларни аниқлашда юқори диагностик аниқликка эга, чунки иккала гуруҳ услублари шикастланишнинг функционал аҳамиятини баҳолашга қаратилган.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
ЮИК диагностикаси учун ноинвазив визуализация стресс-синамаларга альтернатив сифатида биринчи ноиназив визуализация синамаси сифатида мультиспираль КАнинг кТ (МСКТ),	I	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ys

КАнинг компьютерли-томографик КАГ ёки МСКТ ангиография перфузияни МСКТ-баҳолаш (юракнинг контрастлик) билан бирга ўтказилиши тавсия этилади			clid=ltmjvbn378201129
---	--	--	---------------------------------------

Шарҳлар: контрастлик МСКТ КАнинг анатомиясини, тешигини, деворини, шунингдек, АСБнинг локализациясини, тузилмасини ва устини баҳолашга имкон беради. Услуг КАГга нисбатан стенозлар диагностикасининг юқори (>50%) аниқлигига эга, чунки иккала услуб ҳам КА тузилмасини баҳолашга асосланган.

Диагностиканинг ноинвазив визуализация услубини танлаш

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Биринчи ноинвазив визуализация услубини танлаш ЮИК СоЭ, беморнинг ўзига хос хусусиятлари ва шахсан диагностика услуби (зўриқмани кўтара олиш, яхши сифатдаги суратни олиш эҳтимоли, нурли зўриқма мавжудлиги, хавфлар ва қарши кўрсатмалар), тиббиёт ташкилотининг техник имкониятлари ва мутахассислар малакаси асосида ўтказиш тавсия этилади	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS_unlocked.pdf?yclid=ltmjvbn378201129
ЮИК СоЭ пастрок ($\leq 15\%$), реваскуляризация эҳтимоли паст бўлган беморларда ЮИКнинг биринчи специфик ноинвазив услуби сифатида КАнинг МСКТ-ангиографиясини танлаш тавсия этилади	IIa	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
ЮИК СоЭ юқорироқ ($>15\%$), реваскуляризация эҳтимоли юқори ва миокарднинг ҳаётга лаёқатлилигини баҳолаш зарурати бўлган беморларда ЮИКнинг биринчи специфик ноинвазив услуби сифатида қуйидагиларни: жисмоний зўриқмали ЭхоКГни ёки фармакологик зўриқмали ЭхоКГни, ёки функционал синнамали миокард сцинтиграфиясини, ёки ПЭТни, ёки миокарднинг перфузион функционал синамали БФЭКТни танлаш тавсия этилади	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Миокард ишемиясини визуализация қилинадиган зўриқмали стресс-услуги (жисмоний зўриқмали ЭхоКГ ёки фармакологик зўриқмали ЭхоКГ, ёки функционал синамали миокард сцинтиграфияси, ёки ПЭТ, ёки миокарднинг перфузион функционал синамали БФЭкт) МСКТ-ангиографияда ноаниқ функционал аҳамиятга эга (50–90%) стенозлар ташхис қилинган ёки услуб ахборотли бўлмаган энгил симптомли беморларга иккинчи ноинвазив услуб сифатида тавсия этилади	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Визуализацияли стресс-синама ахборотли бўлмаган ёки ноаниқ бўлган беморларга компьютерли-томографик КАГ (имконият мавжудлигида) диагностиканинг иккинчи услуги сифатида тавсия этилади	IIa	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Стресс-ЭхоКГ ЮИКнинг энг талаб қилинадиган ва юқори ахборотли ноинвазив услубларидан бири ҳисобланади ва барча турдаги стресс-агентларни қўллаш орқали бажарилади. Бошқа функционал синамаларга нисбатан стресс-ЭхоКГ нинг асосий афзалликлари унинг қулайлиги, бир вақтнинг ўзида ЧҚ систолик, диастолик ишемиясини ва юрак клапанлари функциясини баҳолашдан иборат. технология ионловчи нурланиш таъсири билан боғлиқ эмас, лекин шу билан бирга радионуклидли стресс-услублар ва стресс-МРТдагидек диагностик ва прогностик аниқликка эгадир.

ЮИК диагнози қўйилган беморда диагностика услублари

Тавсия	Синф	даража	иқибос
ЭКГни қайд этиш, расшифровка қилиш, ЭКГ маълумотларини таърифлаш ва интерпретация қилиш, доплер режимлари билан бирга қўлланган ва ЧҚ оФ баҳоланган тинч ҳолатдаги уч ўлчамли ЭхоКГ ўтказиш ЮИК диагнози қўйилган беморларга, жумладан, миокард реваскуляризациясидан кейин, оптимал медика-ментоз терапияга қарамай юрак симптомлари тараққий этганда ва/ёки янги симп- томлар пайдо бўлганда тавсия этилади [1, 10].	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

кўкрак қафаси аъзоларининг мўлжал қилинган рентгенографиясини бажариш ЮИК диагнози қўйилган беморларга ЮЕ ривожланиши гумон қилинганда тавсия этилади	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/rekomostr_hron_nedost_2016.pdf
Юрак ритмини Холтер мониторинг исботланган стабил ЮИК бор ва ёндош аритмия гумон қилинган беморларга тавсия этилади	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
КАнинг МСКТ-ангиографиясини анамнезида КА атеросклеротик шикастланиши маълум бўлган симптомсиз беморларда оддий услуб сифатида қўллаш тавсия этилмайди	III	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS_unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbnw378201129
Ноинвазив визуализация қилинувчи стресс-услублар (техник имкониятлар бўлса, ва мутахассисларнинг малакаси етарли бўлса, жисмоний зўриқмали ёки қизилўнгач орқали стимуляцияли ёки фармакологик зўриқмали ЭхоКГ, ёки функционал синамали миокард сцинтиграфияси, ёки ПЭТ, ёки перфузион, функционал синамали БФЭкт) ЮИК диагнози қўйилган беморларда, жумладан, миокард ревазуляризациясидан кейин, юрак симптомлари тезланиши ва оғирлиги ортган бўлса, прогнозни яхшилаш мақсадида ревазуляризация режалаштирилганда ЮҚТА хавф стратификацияси учун тавсия этилади	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Ноинвазив стресс-синамаларини бажаришнинг имкони бўлмаганда ва прогнозни яхшилаш мақсадида ревазуляризация имконияти муҳокама қилинганда оптимал терапияга қарамай касаллик симптомлари мавжуд бўлган ва ноинвазив диагностика услублари	I	A	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-

маълумотлари юқори ЮҚТА ни кўрсатган беморларда коронар қон оқими ҳолатини баҳолаш учун қон оқимининг фракцион захираси ёки қон оқимининг моментал захирасини ўлчаш билан бирга КАГни ўтказиш тавсия этилади			Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
Зўриқмали ЭКГ (тредмилда ёки велоэргометрда зўриқмали ЭКГ) ЮИК диагнози қўйилган беморларга жисмоний зўриқмага чидамликни, симптомларни, юрак ритми бузилишлари, АБ жавобини ва касалликнинг стабил кечишида ҳодисалар хавфини баҳолаш ҳамда эксперт масалаларини ечиш учун тавсия этилади	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Зўриқмали ЭКГ (тредмилда ёки велоэргометрда зўриқмали ЭКГ) ЮИК диагнози қўйилган ва терапия олаётган беморларга даволашнинг симптомларга ва миокард ишемиясига таъсирини баҳолаш учун тавсия этилиши мумкин	IIb	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

3.6 Стабил ЮИКда текширувнинг инвазив услублари инвазив КАГ

КАГ – инвазив диагностик тадқиқот бўлиб, рентген – жарроҳлик шароитида рентгенологик назорат остида КА оғзига контраст модда киритиш йўли билан бажарилади. Анъанавий равишда ЮИК диагностикаси ва асоратлар хавфи стратификациясида КАда стенозларни, уларнинг локализациясини, давомийлигини ва ифодаланганлигини аниқлаш учун, бир қатор ҳолларда эса АСБ нинг ностабиллигини топиш учун қўлланилади

Стенокардия клиникаси мавжудлигида

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Исботланган ЮИКда КАГ оғир стабил стенокардияли (ФС III–IV) беморларга ёки ЮҚТА нинг юқори хавфи белгилари бўлганда, айниқса, симптомларга медикаментоз терапия яхши таъсир этмаганда, жумладан, дастлаб стресс-синама ўтказмасдан ҳам тавсия этилади	I	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

Қон оқимининг фракцион захирасини инвазив ўлчаш ревазуляризацияга кўрсатмаларни аниқлаш учун зўриқмали стресс-синама маълумотлари йўқлигида, стенозлар >90% бўлган ҳоллардан ташқари, техник имконият ва мутахассислар мавжудлигида тавсия этилади	I	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
Қон оқимининг фракцион захирасини ёки қон оқимининг моментал захирасини ўлчаш имкони билан бирга КАГ ўтказиш ноинвазив текширувларнинг ахборотли бўлмаган ёки қарама-қарши бўлган натижалари олинган беморларда ЮҚТА хавфи стратификацияси учун тавсия этилади	IIa	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
КАГни ўтказиш айниқса стабил ЮИК нинг юқори ёки оралик СоЭ бор беморларда КА МСКТ маълумотларига кўра аниқланган оғир кальцинозда КА стенозланишининг ифодаланганлигини қайта баҳолашда тавсия этилади	IIa	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

Шарҳлар: КАГни асосланган равишда ўтказилиши учун сўровнома, кўрув ва ноинвазив инструментал текширувлар давомида олинган барча маълумотларни ҳисобга олиш зурур. КАГни ўтказиш айниқса оғир ЮҚТА юқори хавфи бўлган беморларда оқланган, чунки текширув давомида бундай беморларда ушбу хавфни пасайтириш мақсадида миокарднинг ревазуляризацияси усули тўғрисидаги қарор қилинади. ЮҚТАнинг паст даражадаги хавфида КАГ ўтказиш мақсадга мувофиқ эмас, чунки унинг натижалари одатда даволаш олиб борилишига таъсир кўрсатмайди ва мувофиқ равишда прогнозни ўзгартирмайди.

Стенокардия клиникасининг йўқлигида ва/ёки касалликнинг симптомсиз кечишида

Тавсия	Синф	даража	иқибос
<p>Зўриқмали стресс-синамалари маълумотларини олиш имконияти йўқлигида ноинвазив текшириш услублари натижалари ЮҚТА юқори хавфини кўрсатган, медикаментоз терапия фонида касаллик кечиши кам ифодаланган симптомли ёки симптомсиз бўлган беморларда коронар оқим ҳолатини аниқлаш учун қон оқимининг фракцион захираси ёки қон оқимининг моментал захирасини ўлчаш билан бирга КАГ ўтказиш тавсия этилади ва техник имконият мавжудлигида ревазуляризация имконияти муҳокама қилинади шарҳлар. Вентрикулографияда аниқланган ЧҚ дисфункцияси ЮИКнинг барча шаклларида беморларнинг яшаб қолишни прогноз қилишда жуда муҳимдир.</p>	I	A	<p>https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>
<p>ЧҚнинг умумий ва локал қисқарувчанлигини баҳолаш учун аввал ўтказилган транс-ракал ЭхоКГнинг ахборотли эмаслигида, шунингдек, юрак ЧҚда реконструктив жар-роҳлик амалиёти ўтказилиши режалаштирилган инфарктдан кейинги ЧҚ аневриз-маси бор беморларда КАГ вақтида иккита проекцияда юракнинг рентгенконтраст вентрикулографиясини бажариш тавсия этилади</p>	IIa	C	<p>https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>
<p>ЮҚТА юқори хавфи бўлган узок муддатли ЮИК анамнезли беморларда ноинвазив стресс-синама натижалари бўйича ишемия белгилари пайдо бўлганда ва/ёки ишемиянинг яққол ифодаланган симптомларида (зўриқиш стенокардияси III–IV ФС), шунингдек, ЧҚ миокарди локал қисқарувчанлигининг тушунтириб</p>	I	C	<p>https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>

бўлмайдиган пасайишида КАГ бажариш тавсия этилади			Revascularisation-Guidelines-for
---	--	--	--

Кам ўзгарган/ўзгармаган КА ва вазоспастик стенокардия

Тавсия	Синф	даража	иқибос
<p>Миокард ишемияси симптомлари бўлган ва КАГда ўзгармаган ёки кам ўзгарган КАли беморларда микро-қон томир стенокардиясини истисно қилиш учун тавсия этилади:</p> <p>А) Допплер датчиги ёрдамида коронар ичи қон оқимини ўлчаш (қон оқимининг фракцион захирасини ўлчаш)</p>	IIa	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
<p>Б) Эндотелийга боғлиқ коронар ва эндотелийга боғлиқ бўлмаган коронар оқими захирасини баҳолаш ҳамда эпикардиял артериялар ва майда қон томирлар спазмини верификация қилиш учун КАГ ўтказганда коронар томир ичига ацетилхолин хлориди (S01EB09) ва аденозин фосфат (C.01.e.B.10) ни киритиш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади</p>	IIb	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
<p>КАларни КАГни ёки МСКТ-ангиографияни ўтказиш ST сегментининг тавсифли ўзгаришлари бор, органик нитратлар ва/ёки калий антагонистларини қабул қилиш ёрдамида бартараф қилинадиган тинч ҳолатдаги стенокардияси бўлган беморларда вазоспастик стенокардияга гумон қилинганда КА атеросклеротик шикастланишларини истисно қилиш учун тавсия қилинади</p>	I	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
<p>КАГ натижалари бўйича нормал ёки кам ўзгарган КАли шахсларда вазоспастик стенокардияга гумон қилинганда КАГ</p>	IIa	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

вактида КА спазмини аниқлаш учун провокацион коронар томир ичи фармакологик синамалар ўтказиш тавсия қилинади			Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
---	--	--	---

КА ни текшириш учун бошқа кўрсатмалар

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Куйидаги белгиларнинг бири: ЮҚТК анамнези (стенокардия мавжудлигига кўрсатиш), миокард ишемиясига, ЧҚ систолик дисфункциясига гумон, 40 ёшдан катта эркаклар, постменопаузал даврдаги аёллар, шунингдек, ЮҚТА нинг битта ёки бир нечта Хо мавжуд бўлганда юрак клапан патологиясини жарроҳлик йўли билан даволашдан аввал КАГ ўтказиш тавсия этилади	I	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
КАГ ўтказилиши ўрта ва оғир даражадаги митрал регургитацияси бор беморларга тавсия этилади	I	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
Оғир клапанли нуқсонлари бор ва КА шикастланишининг паст эҳтимолига эга беморларда юрак клапанларида жарроҳлик амалиёти бажарилишидан олдин КА МСКТ-ангиографиясини ўтказишни КАГга альтернатив сифатида кўриб чиқилиши тавсия этилади	IIa	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

			on-Guidelines-for
Юрак трансплантацияси ўтказилган беморларда трансплантациядан кейин 5 йил давомида ҳар йили, кейинчалик КАнинг гемодинамик аҳамиятга эга шикастланишлари бўлмаганда 2 йилда бир марта КАГ бажарилиши тавсия этилади	IIa	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

Бошқа диагностика текширувлар

КАГдан олдин стабил стенокардияли беморларга қўш антиробоцитар терапиясини буюришда қон кетишининг олдини олиш учун ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак касалликларини текшириш ва аниқлаш учун фиброгастроуденоскопия (ФГДС) ўтказиш тавсия этилади.

ЮИК бор беморларда хавф стратификацияси

Тавсия	Синф	даража	иқибос
ЮИК диагнози биринчи марта қўйилган барча беморларга, шуниндек, ЮИК симптомлари ёмонлашганда (юрак қон томин атеросклерози) ЮҚТА хавф стратификацияси тавсия этилади	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
ЧҚ глобал систолик функциясини, ЧҚ ОФ ни ва ЧҚ диастолик функциясини аниқлаш билан бирга ЭхоКГ ўтказиш биринчи бор ЮИК диагнози қўйилган беморларга хавф стратификацияси учун тавсия этилади [1].	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Биринчи бор ЮИК диагнози қўйилган ва ЧҚ ОФ>35% бўлган беморларда ЧҚ ОФ ўлчашга қўшимча сифатида прогнозни аниқлаш учун ЭхоКГнинг глобал бўйлама деформацияни баҳолаш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади	IIb	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Стабил ЮИК бор ўртача клиник симптомларга эга беморларда визуализация қилинувчи стресс-услублар ёки КА МСКТ-ангиографияси ёки	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/

жисмоний зўриқмали альтернатив ЭКГ натижаларини қўллаган ҳолда хавф стратификациясини ўтказиш тавсия этилади			3/407/5556137?login=false
КА МСКТ-ангиография натижаларига кўра энгил симптомли ва стенози $\geq 50\%$ бўлган, КАГ йўлланма бериш учун асослар етарли бўлмаган беморларда кўшимча ноинвазив визуализация қилинувчи зўриқмали стресс-услублар (жисмоний зўриқмали ЭхоКГ ёки фармакологик зўриқмали ЭхоКГ ёки функционал синамали миокард сцинтиграфияси ёки ПЭТ ёки функционал синамали, перфузион БФЭКТ) қўлланилиши билан бирга хавф стратификациясини кўриб чиқиш тавсия этилади	IIb	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
КАГ ни ЮҚТА хавфи стратификацияси учун ягона услуб сифатида қўллаш тавсия этилмайди	III	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
Қон оқимининг фракцион захираси ёки қон оқимининг моментал захирасини ўлчаш билан бирга ўтказилган КАГ ёрдамида хавф стратификацияси ноинвазив синамаларнинг шубҳали ва қарама-қарши натижалари бўлган симптомли беморларга тавсия этилади	IIa	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
Оптимал медикаментоз терапия олаётган, ноинвазив хавф	I	A	https://www.escardio.org/Guide

<p>стратификацияси ЮҚТА юқори хавфини кўрсатган симптомли беморларга қон оқимининг фракцион захираси ёки қон оқимининг моментал захирасини ўлчаш билан бирга ўтказилган КАГ ёрдамида хавф стратификацияси тавсия этилади ҳамда прогнозни яхшилаш мақсадида миокард реваскуляризациясини ўтказиш қарор қилинади</p>			<p>lines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>
--	--	--	---

Шарҳлар: хавф стратификацияси ЮҚТ юқори хавфига эга гуруҳларни аниқлаш учун зарур, уларда миокард реваскуляризациясини ўтказиш ёрдамида касаллик симптомларининг ва/ёки прогнозининг яхшиланишига эришиш мумкин. Хавф стратификацияси ўтказиладиган услуб ёки услублар гуруҳини танлаш ЮИК СОЭ ва бирламчи текширув натижаларига боғлиқ. Паст ёки ўртача клиник хавфи бўлган беморларда хавф стратификацияси қўшимча специфик ноинвазив диагностик синамалар ва инвазив диагностика бажарилиш давомида ўтказилади. Дастлаб ЮҚТА клиник хавфи юқори бўлган беморлар гуруҳида хавф стратификацияси дарҳол инвазив синама босқичида бажарилади. ноинвазив ва/ёки инвазив синамалар асосида ЮҚТА юқори хавфи аниқланган беморлар қарши кўрсатмалар йўқ бўлса, миокард реваскуляризациясига йўлланишлари лозим. турли услублар учун ЮҚТА хавфининг йиғинди мезонлари б-жадвалда келтирилган.

Диагностик синамалар бўйича ЮҚТА хавфи мезонлари

Диагностика услуби	Хавф	Мувофиқ келиш мезони
клиник ва бирламчи инструментал баҳолаш		
симптомлар	Паст хавф Ўртача хавф Юқори хавф	ЮИК СОЭ <5% ва ЮИК СоЭ 5–15% ЮИК СоЭ >15% ЮИК СОЭ >15% + оширувчи омиллар
симптомлар ЧК ОФ	+Юқори хавф	симптомлар + ЧК ОФ <35%
стресс-ЭКГ	Паст хавф* Ўртача хавф Юқори хавф	Юрак-қон томир ўлими йилига <1% Юрак-қон томир ўлими йилига 1–3% Юрак-қон томир ўлими йилига >3%
ноинвазив специфик диагностик синамалар		
стресс-ЭхоКГ	Паст хавф Ўртача хавф Юқори хавф	ЛҚБ йўқ ёки <2 та сегментда, ОПТА да коронар захира $\geq 2,0$ [68] ва кўпроқ сегментда ЧҚ янги ЛҚБ билан бирга ва кўпроқ сегментда ЧҚ янги локал қисқарувчанликнинг бузилишлари (акинезия)

		ёки гипокинезия) билан бирга; олдинги пастга тушувчи артерияда коронар захира <2,0;
стресс-БФЭКТ/ стресс-ПЭТ	Паст хавф Ўртача хавф Юқори хавф	ишемия майдони ЧҚ миокардининг <1% ишемия майдони ЧҚ миокардининг 1–10% ишемия майдони ЧҚ миокардининг >10%
стресс-МРТ	Паст хавф Ўртача хавф Юқори хавф	ишемия йўқ, дисфункция йўқ бирорта ишемия ва/ёки дисфункция стресс-синама чўққисида перфузия нуксонлари бор ЧҚнинг 16 та сегментидан ≥ 2 ёки добутамин билан индукцияланган ЧҚнинг 16 та сегментидан ≥ 3
КАлар МСКТ – ангиографияси	Паст хавф Ўртача хавф Юқори хавф	стенозлар $\leq 50\%$ стеноз >50% (ЧКА ўзагидан, ўнг пастга тушувчи артериянинг учдан бир қисмидан, проксимал стенозли учта қон томирли шикастланишлардан ташқари) ЧКА ўзаги стенози >50%; ўнг пастга тушувчи артериянинг проксимал учдан бир қисми стенози >50%; проксимал стенозли учта қон томирли шикастланишлар
Инвазив специфик синамалар		
КАГ	Паст хавф Ўртача хавф Юқори хавф	стенозлар $\leq 50\%$ стенозлар 50–90% акклюзиялар стенозлар >90%
ФРк/МРк	Юқори хавф	стеноз 50–90% ва ҚоФЗ/ҚоМЗ $\leq 0,80/\leq 0,89$

Изоҳ: * – Дьюк шкаласи бўйча ҳисоблаб чиқарилган хавфга мувофиқ, ST, METs сегменти депрессияси чуқурлигидан ва стенокардия хуружи пайдо бўлишидан келиб чиққан ҳолда (<http://www.cardiology.org/tools/medcalc/duke/results.asp>).

Қисқартиришлар: ЮИК – юрак ишемик касаллиги, КА – коронар артерия, КАГ – коронароангио-графия, ЧҚ – чап қоринча, ЧКА – чап коронар артерия, ҚОФЗ – қон оқимининг фракцион захираси, ҚОМЗ – қон оқимининг моментал захираси, МРТ – магнит-резонанс томография, МСКТ – мульти-спирал

компьютерли томография, ЛҚБ – локал қисқарувчанликнинг бузилишлари, БФЭКТ – бир фотонли эмиссион компьютерли томография, ОПТА – олдинги пастга тушувчи коронар артерия, СОЭ – синамадан олдинги эхтимоллик, ПЭТ – позитрон-эмиссион томография, ОФ – отиш фракцияси, ЭКГ – электрокардиограмма, ЭхоКГ – эхокардиограмма.

3.

1) мутахассисларнинг консультатив кўруви учун кўрсатмалар (тор соха мутахассисининг консультатив кўрувининг мақсадини ёритинг);

2) ташхислаш алгоритми (юқоридаги келтирилган барча ташхислаш мезонларини алгоритм шаклида кўрсатинг);

3) қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш (қайси касаллик билан қиёсий (дифференциал) ташхис ўтказиш ва унинг мезонларини аниқ кўрсатинг):

4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

номедикаментоз (дори-воситаларисиз) даволаш

Соғлом турмуш тарзи бўйича асосий чора-тадбирлар:

-тамаки чекишдан воз кечиш.

-ортиқча тана вазнини пасайтириш.

-Ёшингизни, соғлиғингиз ҳолатини ва бошқа ёндош касалликларингизни ҳисобга олган ҳолда жисмоний фаолликни ошириш. Жисмоний зўриқмаларнинг оптимал даражасини танлаш учун мутахассис врач маслаҳатини олган маъқул.

-Ёғ миқдори кам парҳезга доимо риоя қилиш, алкоғолни чеклаш ёки умуман ундан воз кечиш.

-Артериал босимни, пульс тезланишини мунтазам равишда мустақил назорат қилиш.

-Қондаги паст зичликдаги липопротеидлар холестерини миқдорини мунтазам назорат қилиш (камида 6 ойда 1 марта).

-Ҳолатни баҳолаш ва зарур бўлса даволашни коррекция қилиш учун врачга мунтазам равишда муурожаат қилиш.

-Ёндош касалликларни даволаш.

Баъзи ёндош касалликлар ЮИК ўткирлашувига, симптомлар ёмонлашувига ёки касалликни даволашнинг қийинлашишига олиб келиши мумкин. шунинг учун сизга маълум ёндош касалликларингиз тўғрисида врачингизга ахборот беринг.

Қуйидагилар айниқса муҳим:

-Ўтказилган миокард инфаркти. Юракдаги ҳар қандай жарроҳлик амалиётлари.

-Артериал гипертония.

-Қандли диабет ва бошқа эндокрин касалликлар.

-Юрак етишмовчилиги.

-Анемия ва қоннинг бошқа касалликлари.

ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси

Тавсия	Синф	даража	иқибос
--------	------	--------	--------

Ортикча тана вазни аниқланганда уни дозаланган жисмоний зўриқмалар ва паст калорияли парҳез ёрдамида камайтириш тавсия этилади. Зарурат туғилганда врач- диетолог қабулига парҳезни ва/ёки семизликни медикаментоз даволашни коррекция қилиш учун юбориш тавсия этилади .	I	C	https://www.es cardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of
Стабил ЮИК бор бемоларга махсус парҳезга риоя этиш ва тана вазнини назорат қилиш тавсия этилади	I	C	https://www.es cardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of
тамаки чекувчи беморларга чекишдан воз кечиш қатъий тавсия этилади, бунда нафақат ўзини тутиш стратегиясини ўзгартириш, балки фармалогик кўмакдан ҳам фойдаланиш, пассив чекишдан қочиш маслаҳат берилади	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic rekom IB S-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbnw378201129
ЮИК бор беморларга, айниқса, кекса беморларга ЮҚТА хавфини камайтириш ва ҳаёт сифа- тини яхшилаш мақсадида ҳар йили гриппга қарши вакцинация қилиш тавсия этилади	I	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic rekom IB S-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbnw378201129
Ёндош АГда медикаментоз терапия таркибига антигипертензив воситаларни киритиш тавсия қилинади, бунда мақсад қилинган АБ <140/90 мм сим.уст. гача (бирламчи мақсад), яхши кўтара олганда ва 65 ёшгача <130/80 мм сим.уст. гача (иккиламчи мақсад) эришиш, лекин 120 ва 70 мм сим.уст. дан паст бўлмаслиги лозим	I	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/ESChypertension2013.pdf
Ёндош 2 тур ҚДда парҳез ва гипогликемик синтетик ҳамда бошқа	I	C	https://academic.oup.com/eurh

<p>воситалар ёрдамида мақсад қилинган гликемия (гликирланган гемоглобин) даражаларига эришиш тавсия этилади. Бунда ЮИК бор беморлар прогнозини ёмонлаштирувчи гипогликемия эпизодларидан қочиш лозим. Зарурат туғилганда беморни парҳез ва/ёки медикаментоз терапияни коррекция қилиш учун врач-эндокринолог қабулига йўллаш лозим</p>			<p>eartj/article/44/39/4043/7238227?login=false</p>
--	--	--	---

Шарҳлар: маълумот бериш ва ўргатиш – даволашнинг зарур қисмидир, чунки тўғри ахборот олган ва ўргатилган бемор врач тавсияларини изчилроқ бажаради ва касаллик симптомларига кўра муҳим қарорларни мустақил қабул қила олади. Беморга соғлом турмуш тарзи ва ёндош касалликларни тўғри даволашнинг муҳимлиги тўғрисида аниқ маслаҳатлар бериш тавсия қилинади.

Медикаментоз терапиянинг асосий тамойиллари

ЮИКни даволаш учун бир ўзи кифоя бўладиган препарат мавжуд эмас. Ушбу касалликда дори воситалари доимо комплекс равишда тайинланади. тўғри танланган дори воситалари касалликнинг турли механизмларига таъсир этади, бир-бирини тўлдирди ва одатда, узоқ муддат қабул қилинганида яхши кўтара олинади. ЮИКни вақти-вақти билан ёки курс билан даволанмайди. Ушбу касалликни даволаш қўллаб-қувватловчи бўлиб, яхши кўтара олинганда чексиз узоқ муддат давом этади. Агар даволаш фонида сиз ўзингизни ёмонроқ ҳис эта бошласангиз ёки ножўя таъсирлар симптомлари пайдо бўлган бўлса, ёмонлашиш сабабини излаш ва мумкин бўлса, битта ёки бир нечта препаратни алмаштириш учун албатта врачга мурожаат қилинг. Даволаш схемасини фақат врач ўзгартириши лозим. Мустақил равишда бирорта ҳам препаратни узоқ муддатга бекор қилманг – бу соғлиғингиз учун хавфли бўлиши мумкин. Бошқа касалликлар туфайли қабул қилаётган ҳамма препаратлар ҳақида врачингизга маълумот беринг. Бу ножўя таъсирлардан қочишга ва даволашни такрорламасликка ёрдам беради. Доимо препаратлар қадоғида кўрсатилган яроқлик муддатларига қаранг. Муддати тугаётган препаратларни янгисига ўз вақтида алмаштинг.

Жадвал 7.

Прогнозга таъсир қилувчи ва антиишемик дори - воситалар

Прогнозга таъсир қилувчи дори - воситалар				
Фармокологик гуруҳ	Халқаро патентланган номи	Буюриш	ДАД	иқбос

Антиагрегантлар	Аспирин	Овқатдан кейин, хар куни 75мг,	IB	https://scard.io.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IB_S-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbwn378201129
Антиагрегантлар	Клопидогрел	75мг 1таблетка 1 махал хар куни	IB	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Антиагрегантлар	Тикагрелор	Ўтказилган ўМИ, 1 йил давомида 90мг 1 таблетка 2 махал; 1 йилдан кейин 60 мг 1 таблетка 2 махал	IIA	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Антиагрегантлар	Прасугрел	10мг 1махал кунига	IIA	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Ангиотензинга Айлантирувчи Ферментининг Ингибиторлари (ААФ-и)	Эналаприл	2,5мгдан 2 махал АҚБ булмаганда, АҚБ булганда индивидуал тарзда буюрилади	IA	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

ААФ-и	Периндоприл	Гипертония касаллигини комбинланган даволлашда кулланилади.	IA	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Блокатор АРА2 рецепторов	Лозартан	25мг 1 махал АҚБ назоратида, ёки АҚБ булганида индивидуал тарзда тайинланади.	IA	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Неприлизин ингибитори	Сакубитрил/Валсартан	Чап қоринча отиф фракцияси пасайганда АБ назоратида. Тавсия килинган дозалар кунига 50мг/100 мг 2 мартага бўлиб.	IIВ	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Статинлар	Аторвастатин	Қари ва кекса ёшдаги беморларда тавсия этилмайди	IC	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false
Статинлар	Розувастатин	Бошланғич 10 мг кунига, ноюзя таъсири аниқланмаса ва ПЗЛП миқдори мақсадга эришилмаган бўлса 40 мггача ошириш мумкин,	IA	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false

Статинлар	Розувастатин/эзетрол	20/10мг махал, статинлар монотерапияда самарадорлик кузатилмаса.	1	IA	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false
PCSK9 Ингибиторлари	Инклизиран	300мг т.о, 3 ойдан кейин 300мг 6 ойдан кейин 300мг, ва 300мг дан хар 6 ойдан (Схеманинг 1 йилида 3та инъекции, 2 йилдан бошлаб йилига 2 та.	3	IB	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false
Минералкортикоидов антогонистлари	Спиронолактон	25мг 1 махал эрталаб, Кунлик дозани 50 мггача ошириш мумкин	1	IIbV	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false
Минералкортикоидов антогонистлари	Эплеренон	25мг 1 махал эрталаб, Кунлик дозани 50 мггача ошириш мумкин	1	IIbV	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false
Бета блокаторлар	Бисопролол, метапролол	Бошлангич 1,25мг кунига ва 10мггача ошириш мумкин ЮҚСга асосланиб (Мақсадли ЮҚС 60-70та) аммо бу препаратларни		IA	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

		<p>нг қари ва кекса ёшдагиларда вазаспастик хусусиятлари мавжудлиги сабабли (α-адреностимуляция барорецепторларнинг зичлиги камайиши оқибатида)</p>		
Антиишемик дори воситалари				
Бета блокаторлар	Небивалол	<p>Бошлангич 1,25мг кунига ва 5мггача ошириш мумкин ЮҚСга асосланиб (Мақсадли ЮҚС 60-70та) қари ва кекса ёшдагиларда вазаспастик ва микроваскулар ишемияни бартараф етиш хусусиятлари исботланган</p>	IA	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false</p>
Бета блокаторлар	Карведилол	<p>Бошлангич 25мг кунига ва 50мггача ошириш мумкин ЮҚСга асосланиб (Мақсадли ЮҚС 60-70та) қари ва кекса ёшдагиларда вазаспастик ва микроваскулар ишемияни</p>	IB	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false</p>

		баргараф этиш хусусиятлари исботланган		
Нитратлар	Нитроглицерин	0,005мг 1таблетка тил остига ангиноз огрикларда, огрик колмаса 1 таблетка кушимча 10 дакикадан кейин. Максимал 3 таблетка 30 дакика ичида Нитроглицерин таъсир килмаса, уткир миокард инфарктини шубха қилиш ва тез ёрдам чақириш. Аммо кекса ёшдаги беморларда нитратларнинг ортастатик гипотония чақириш хусусиятлари оқибатлари сабабли қулланилиши чекланган	IIВ	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Нитратлар	Изосорбит динитрат	5 мг 3 махал кунига бошланғич (суткалик 15мг) ва дозани 60 мг гача оширилади керак бўлганда. Аммо кекса ёшдаги	IIВ	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

		беморларда нитратларнинг ортастатик гипотония чақириш хусусиятлари оқибатлари сабабли қўлланилиши чекланган		
Нитратларга ухшаш дори восита	Молсидомин, Никарандил	Нитралар бериш имкони булмаганда Кунига 1 мг 2 махал (керак булганда 2 мг 2 махалгача оширилади). Бу гуруҳ преператлари кекса ёшдаги беморларда нитратларнинг ортастатик гипотония чақириш хусусиятлари оқибатлари сабабли қўлланилиши чекланганлиги сабабли асосий деб хисобланади	IC	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Кальций каналлар блокаторлари	Верапамил	***	***	***
Кальций каналлар блокаторлари	Дилтиазем	***	***	***
Антиангинал дори восита	ранолазин	500мг 2 махал кунига, 2-	IIВ	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

		4хафтадан кейин 1000мг 2 махалгача оширилади.		m/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Антиишемик дори восита	Триметазидин	35мг 2 махал кунига	ПВ	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Изоҳ: Рўйхатга Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дорилар (эзетрол, эволокумаб, алирокумаб), шунингдек антикоагулянтлар ва метаболик дорилар (креатинин фосфат, 1,6-фруктоза дифосфат, мелдониум, Л-аргинин) киритилмаган) фойдаланиш учун кўрсатмалар шифокор қарор қилишда касалликнинг оғирлигига қараб танлайди. *** Верапамил ва дилтиазем одатда микроваскуляр стенокардиялар учун ишлатилади, агар бета-блокаторларни қўллашга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Бевосита стабил стенокардия хуружини бартараф қилиш (оғриқсизлантириш) учун қисқа муддат таъсир этувчи органик нитратлар (нитроглицерин)** ни тайинлаш тавсия этилади	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/4043/7238227?login=false

Шарҳлар: терапия самарадорлигини баҳолашни бир ҳафтада стенокардия хуружлари тезланиши бўйича, қисқа муддат таъсир этувчи нитроглицеринни қабул қилишга эҳтиёж бўйича стенокардия хуружлари пайдо бўлгунга қадар бемор қандай масофани босиб ўтгани бўйича, ёки унинг зинадан тепага кўтарилиши имконияти бўйича ўтказиш тавсия этилади. Бунинг учун беморларга ўзини қандай ҳис этаётгани тўғрисида кундалик юритишни тавсия қилиш мақсадга мувофиқдир. Бир қатор ҳолларда жисмоний зўриқмаларга чидамликнинг ўзгаришларини баҳолаш учун зўриқмали синама ўтказиш мақсадга мувофиқ. Стенокардия хуружини бартараф этиш учун тил остига нитроглицерин** таблеткалари ёки оғиз бўшлиғи шиллик қаватига нитроглицерин** спрейи аппликацияси (сепиш) ёки изосорбид динитрат** таблеткаларини тил остига ёки оғиз бўшлиғи шиллик қаватига спрей аппликацияси (сепиш) қўлланилади. Самара таблетка ёки ингаляциядан 1,5–2 дақиқадан кейин бошланади, максимал самарага 5–7 дақиқадан кейин эришилади. Агар хуруж 15–20 дақиқа давомида, жумладан, нитроглицерин** ва изосорбид динитратнинг такроран қабулидан кейин бартараф этилмаса, МИ ривожланиши хавфи пайдо бўлади.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
I–II ФС стабил стенокардияда ва ЮҚТ >60 зарб/дақиқа бўлганда ЮҚТ ни 55–60 зарб/ дақиқача пасайтириш учун 1-қатор препарати сифатида β-АБ ёки «секин» кальций каналларининг нодигиропиридинли блокаторлари (ККНГПБ) (верапамил** ёки дилтиазем) ни тайинлаш тавсия этилади	I	A	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_recommendation_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

Жадвал 9.

Клиник вазиятга кўра стабил ЮИК терапияси

	стандарт терапия	Юқори ЮҚТ (>80 зарб/дақиқа)	паст ЮҚТ (<50 зарб/дақиқа)	ЧК дисфункцияси	паст АБ
1-қадам	БАБ ёки ККБ	БАБ ёки ККНГПБ	ККПГБ	БАБ	БАБнинг паст дозалари ёки ККНГПБнинг паст дозалари
	↓	↓	↓	↓	↓
2-қадам	БАБ+ ККПГБ	БАБ ва ККПГБ	Пролонгацияли нитратлар	Пролонгацияли нитратлар ёки ивабрадин кўшиш	Пролонгацияли нитратларнинг паст дозаларини кўшиш
	↓	↓	↓	↓	↓
3-қадам	2-қатор препаратини кўшиш	Ивабрадин кўшиш	ККПГБ+ Пролонгацияли нитратлар	2-қатор препаратини кўшиш	Ивабрадин ёки ранолазин ёки триметазидин кўшиш
			↓		
4-қадам			Ивабрадин ёки ранолазин ёки три-метазидин кўшиш		

Изоҳ. БАБ – бета-адреноблокаторлар; ККБ – «секин» кальций каналлари блокаторлари; ККНГПБ – «секин» кальций каналларининг нодигиропиридинли блокаторлари; ККПГБ – «секин» кальций каналларининг дигиропиридинли

блокаторлари; ЧҚ – дисфункция- чап қоринча дисфункцияси; ЮЕ – юрак етишмовчилиги.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
III–IV ФС стабил стенокардиясида I ФС га эришиш учун дарҳол БАБ ва «секин» кальций каналларининг нодигиропиридинли блокаторлари (ККНГПБ) комбинациясини тайинлаш тавсия этилади	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbwbn378201129

Шарҳлар: стенокардия хуружлари (ишемия эпизодлари) миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжи ортиши натижасида пайдо бўлганлиги сабабли ЮҚТ ва АБни пасайтиришга қаратилган даволаш патогенетик асосланган ҳисобланади. БАБ нафақат касаллик (стенокардия) симптомларини бартараф этади, антиишемик таъсир кўрсатади ва беморнинг ҳаёт сифатини яхшилайти, балки ўтказилган МИдан кейин (биринчи йил давомида), ЧҚнинг пост ОФ бўлган ва сурункали ЮЕ бор беморларда прогнозни яхшилаш таъсирига ҳам эга. Стенокардияни даволаш учун БАБ минимал дозада тайинланади, зарурат туғилганда стенокардия хуружларини тўлиқ бартараф этиш учун максимал мумкин бўлган дозагача кўтарилади. БАБ қўлланилганда миокарднинг кислородга бўлган талаб максимал даражада пасаяди ва коронар қон оқимининг ортиши ЮҚТ 55–60 зарб/дақиқа кийматида эришилади.

«Секин» кальций каналлари блокаторлари (ККБ) антиангинал самарадорлиги бўйича БАБ би-лан таққосламадир. ККПГБ (амлодипин**, нифедипин**, фелодипин**) асосан артериолалар тонусига таъсир кўрсатади. Улар пост-зўриқмани пасайтиради, қон оқимини ва кислородни юракнинг ишемияли қисмига етказилишини яхшилайти. Бир вақтнинг ўзида ЮҚТни ошириши ва тизимли АБни пасайтириши мумкин. ККНГПБ (дилтиазем ва верапамил**) асосан миокард-га таъсир кўрсатади. Улар ЮҚТни пасайтиради, миокард қисқарувчанлигини ва атриовентрикуляр ўтказувчанликни сусайтиради, антиаритмик таъсир кўрсатади. Бу борада ККНГПБ БАБга ўхшайди. ККБ ишемия профилактикаси бўйича энг яхши натижаларини вазоспастик стенокардияли беморларда кўрсатади. ККБ, шунингдек, БАБга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда ёки кўтара олинмаганда тайинланади. Ушбу синф препаратлари стабил стенокардия АГ билан бирга кечганда тавсия этилади.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
1-катор препаратлари самарадорлиги етарли бўлмаганда стабил стенокардияли беморларга АБга, ЮҚТга ва стенокардия хуружлари профилактикаси ҳамда I ФСга эришиш	IIa	B	https://scardio.ru/content/Guideline/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysc

профилактикасига кўра даволашга 2-катор препаратларидан бирини (органик нитратлар ёки ивабрадин**, ёки триметазидин, ранолазин, ёки никорандил) қўшиш тавсия этилади.			lid=ltmjvbn378201129
Синус ритми, ОФ ≤35% ва тинч ҳолатдаги ЮҚТ >70 зарб/дақиқа бўлган, БАБ, АЎФ-и ва минералкортикоид рецепторлар антагонистларини қабул қилишига қарамай, стенокардия сақланган беморларга ўлим хавфини пасайтириш учун ивабрадин** тайинлаш тавсия этилади	IIa	B	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_recommendations_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
БАБ ёки ККНГПБ (верапамил**, дилтиазем) тайинланишига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда стабил стенокардияли беморларга ЮҚТ >80 бўлганда ва синус ритмда ивабрадин** тайинлаш тавсия қилинади	IIa	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_recommendations_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

4.2.1 Юқта профилактикасига қаратилган даволаш антиагрегант терапия

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Юрак қон томир асоратларининг олдини олиш мақсадида барча беморларга шу жумладан кекса ёшдаги беморларга антиагрегантлар тавсия этилади булардан ацетилсалицил кислотаси (АСК)** 75-100 мг/сут миқдорида	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Стабил ЮИК мавжуд бўлган барча, шу жумладан кекса ёшдаги беморларга ҳам АСК**га қарши кўрсатмалар мавжудлигида юрак қон томир асоратларининг олдини олиш мақсадида тромбоцитлар агрегациясини алтернатив ингибитори клопидогрел** 75 мг/сут миқдорида тавсия этилади	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Шарҳлар: МИ, инсулт ва юрак-қон томир ўлимининг йиғинди тезланиши хавфини пасайтириш муносабатида клопидогрел** (75 мг)нинг АСК** (325 мг/сут) олдида афзаллиги асосан периферик атеросклерозли ва ўқтин-ўқтин оқсоқлик бўлган беморлар ҳисобига кўрсатилган. тромбоцитлар агрегацияси бошқа

ингибиторлари (прасугрель ва тикагрелор**)нинг стабил ЮИК бор беморларда АСК** ёки клопидогрел**дан афзалликларини намоёиш қилган маълумотлар йўқ.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Ишемик ҳодисаларнинг юқори хавфига эга ва қон кетишнинг юқори хавфи бўлмаган стабил ЮИК бор беморларда АСК**га иккинчи тромбоцитлар агрегацияси ингибиторини қўшишни кўриб чиқиш тавсия этилади. Бунда ушбу терапиянинг давом эттирилиши фойдаси ва хавфининг нисбати мунтазам равишда қайта кўриб чиқилиши лозим	IIa	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Ишемик ҳодисаларнинг ўртача хавфига эга ва қон кетишнинг юқори хавфи бўлмаган** стабил ЮИК бор беморларда АСК**га иккинчи тромбоцитлар агрегацияси ингибиторини қўшишни кўриб чиқиш тавсия этилади. Бунда ушбу терапиянинг давом эттирилиши фойдаси ва хавфининг нисбати мунтазам равишда қайта кўриб чиқилиши лозим	IIb	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Шарҳлар: юқори ишемик хавф деганда беморда коронар артериялар (КА) нинг кўп қон томирли шикастланиши ва қуйидаги белгилардан камида биттаси: медикаментлар қабул қилинишини талаб этувчи қандли диабет (ҚД), ўтказилган миокард инфаркти (МИ), периферик артериялар атеросклероз, ҳисоблаб чиқарилган ҚФТ (ҳҚФТ) 15–59 мл/мин/1,73 м² бўлган сурункали буйрак касаллиги (СБК) мавжуд бўлиши назарда тутилади.

Ўртача ишемик хавф деганда беморда қуйидаги белгилардан камида биттаси: КА нинг кўп қон томирли шикастланиши, даволашни талаб этувчи ҚД, қайталанган МИ, периферик артериялар касалликлари, сурункали ЮЕ ёки ҳҚФТ 15–59 мл/мин/1,73 м² бўлган сурункали буйрак касаллиги (СБК) мавжуд бўлиши назарда тутилади.

Қон кетишнинг юқори хавфи деганда беморда мия қутиси ичи қон кетиши, анамнезда ишемик инсульт ёки бошқа бир мия қутиси ичи патологияси, ошқозон-ичак тракти (ОИТ) дан яқин орада қон кетиши ёки ОИТ дан қон йўқотиш ёки ОИТнинг қон кетиш юқори хавфи билан шартланган бошқа касаллиги сабабли анемия, жигар етишмовчилиги, геморагик диатез, кекса ёш ва «мўртлик» синдроми, диализни талаб этувчи ёки ҳҚФТ 15–59 мл/мин/1,73 м² бўлган сурункали буйрак касаллиги (СБК) мавжуд бўлиши назарда тутилади.

АСК билан терапияни иккинчи антиромботик препарат билан кучайтиришнинг кўйидаги вариантлари:**

Тавсия	Синф	даража	иқибос
МИ ўтказган ва тромбоцитлар агрегация ингибиторлари билан иккилама терапиянинг биринчи йилида қон кетишлар бўлмаган беморларда атеротромботик юрак-қон томир ҳодисалари ривожланиши профилактикаси учун АСК** ни тикагрелор**нинг камайтирилган дозаси (60 мг 2 марта/сут) билан биргаликда 36 ойгача давом эттириш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади	IIa	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Стабил ЮИК бор, тромботик асоратлар хавфи юқори бўлган ва қон кетишлар хавфи юқори бўлмаган беморларда атеротромботик юрак-қон томир ҳодисалари ривожланиши профилактикаси учун АСК** ни 75–100 мг дозада ривароксабан** (2,5 мг 2 марта/сут доза- да) билан бирга узок муддат кўллаш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади	IIa	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Шарҳлар: Ривароксабан** – Ха омили ингибитори 2,5 мг 2 марта/сут дозада («қон томир» дозаси деб аталади) плацебога нисбатан ўКСдан кейин асосан АСК** ва клопидогрел** қабул қилган ва аҳволи стабиллашган беморларда қон кетишлар тезланишини кўпайтиришига қарамай, МИ, инсульт ва юрак-қон томир сабабларидан бўлган ўлим каби ҳодисалар йиғиндисини камайтиради.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
МИ ўтказган ва биринчи йил давомида қон кетишлар кузатилмаган стабил ЮИК бор беморларда ЮҚТА профилактикаси учун тромбоцитлар агрегацияси ингибитори (АСК** 75–100 мг ва клопидогрел** 75 мг) билан иккалама терапияни узокроқ муддатга чўзиш им- кониятини кўриб чиқиш тавсия этилади	IIa	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

МИ ўтказган ва ТОКА бажарилган стабил ЮИК бор беморларда ЮҚТА профилактикаси учун АСК** (75–100 мг/сут) ва прасугрел 10 мг/сут дозада (вазни 60 кг дан кам ёки ёши 75 дан катта бўлганда 5 мг) билан терапияни бир йилдан кўп муддатга давом эттириш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади	IIa	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
---	-----	---	---

Стабил стенокардияли ва синус ритмли беморларда режали токадан кейин тромбоцитлар агрегацияси ингибиторлари билан даволаш

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Стабил стенокардияли беморларга режали ТОКАдан кейин ЮҚТА профилактикаси учун АСКни суткасига 75–100 мг дозада қабул қилишни давом эттириш тавсия қилинади	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Стабил стенокардияли беморларга режали ТОКА дан кейин КА учун ўрнатилган стентнинг туридан қатъи назар, стентлашдан кейин 6 ой давомида АСК га клопидогрелни қўллаб турувчи 75 мг/сут дозада қўшиш тавсия қилинади (қўллаб турувчи доза 5 кундан кам қабул қилинган ҳолда клопидогрелнинг 600 мг зўриқмали дозасини қўшиш тавсия қилинади). Ҳаётга хавф солувчи қон кетиши ёки юқори хавфи пайдо бўлган вазиятда клопидогрелни қабул қилиш муддати 3 ойгача, қон кетишнинг жуда юқори хавфи пайдо бўлганда эса 1 ойгача қисқартирилиши мумкин	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Шарҳлар: режали стентлаш ўтказганда асоратларнинг юқори хавфи (коронар артериялар учун стентнинг нооптимал жойлашуви, коронар артериялар учун стентнинг тромбози хавфини оширувчи токАнинг бошқа асоратлари, чап КА ўзагидаги ТОКА ёки КАни кўплаб стентлаш, шунингдек, АКШни кўтара олмаслик) билан бирга кузатилган алоҳида ҳолларда ҳеч бўлмаганда ЮҚТА профилактикаси учун терапиянинг бошланғич босқичларида антиагрегантлар

сифатида тромбоцитлар агрегациясининг бошқа ингибиторлари: прасугрел ёки тикагрелорни қўллаш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади [1].

Стабил ЮИК ва БФ бор беморларда тромбоцитлар агрегацияси ингибиторлари билан антитромботик терапия

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Антитромботик воситалар билан терапиянинг бошида к витамини антагонистларига (КВА) нисбатан, тайинланишига қарши кўрсатмалар бўлмаса, тўғри орал антикоагулянтлар (ТОАК) (тромбиннинг тўғри ингибиторлари – дабигатран этексилат) ёки Ха омили тўғри ингибитор-лари (апиксабан, ривароксабан) тайинланиши афзалроқдир	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Стабил ЮИК ва БФ бор барча беморларга (эркаклар учун CHA2DS2-VASc шкаласи бўйича баллар йиғиндиси ≥ 2 ; аёллар учун CHA2DS2-VASc шкаласи бўйича баллар йиғиндиси ≥ 3) тромбоэмболик асоратлар (ТЭА) профилактикаси учун халқаро меъёрлаш-тирилган нисбат (ХМН)ни target therapeutic range (TTR) $>70\%$ чегарасида қўллаб туриш имконияти шарти билан антитромботи воситалар (асосан, ТОАК – тромбиннинг тўғри ингибиторлари ёки Ха омилининг тўғри ингибиторлари) ёки КВА билан узоқ муддатли терапия тавсия этилади	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Стабил ЮИК ва БФ бор барча беморларга (эркаклар учун CHA2DS2-VASc шкаласи бўйича баллар йиғиндиси ≥ 1 ; аёллар учун CHA2DS2-VASc шкаласи бўйича баллар йиғиндиси ≥ 2) тромбоэмболик асоратлар (ТЭА) профилактикаси учун халқаро меъёрлаш-тирилган нисбат (ХМН)ни target therapeutic range (TTR) $>70\%$ чегарасида қўллаб туриш	IIa	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

имконияти шарт билан антитромбоитк воситалар (асосан ТОАК – тромбиннинг тўғри ингибиторлари ёки Ха омилининг тўғри ингибиторлари) ёки КВА билан узоқ муддатли терапия заруратини кўриб чиқиш тавсия этилади			
---	--	--	--

Шарҳлар: юрак клапанлари шикастланиши билан боғлиқ бўлмаган БФ бор барча беморларга ТЭА: ишемик инсульт ва тизимли тромбоэмболиялар хавфини баҳолаш учун CHA₂DS₂-VASc шкаласини қўллаш тавсия этилади.

Жадвал 10.

БФ бор беморларда инсульт ва тизимли эмболиялар Хо ва уларнинг баллар кўришидаги аҳамияти (CHA₂DS₂-VASc шкаласи)

Хавф омиллари 1	баллар
«С» Сурункали юрак етишмовчилиги/ чап қоринча дисфункцияси	1
«Н» Артериал гипертония	1
«А» Ёши ≥ 75	2
«D» Диабет	1
«S» Ишемик инсульт/транзитор ишемик атака/анамнезда тизимли эмболиялар	2
«VASc» Қон томир касаллиги (анамнезда миокард инфаркти, оёқлар периферик артериялари атеросклерози, аорта атеросклероти бляшка)	1
Ёши 65–74	1
Аёл жинси	1

Қон кетишлар хавфини баҳолаш учун бир нечта шкалаларни қўллаш таклиф қилинган, энг кўп қўлланиладиган шкала HAS-BLED.

Жадвал 11.

Қон кетишлар хавфини баҳолаш шкаласи HAS-BLEED

Харфи*	клиник характеристика	баллар сони
H	Гипертония	1
A	Жигар ёки буйрак функцияси бузилиши (1 баллдан)	1 ёки 2
S	Инсульт	1
B	Қон кетиш	1
L	Лабил ХМн	1
E	Ёши >65	1
D	Дорилар ёки алкоголь (1 баллдан)	1 ёки 2

изоҳ: * – инглиз тилидаги номларнинг биринчи ҳарфлари: «н» – систолик АБ >160 мм сим.уст.; «А» – жигар ёки буйрак функциясининг бузилиши: диализ, буйрак трансплантацияси ёки қон зардобдаги креатинин ≥ 200 ммоль/л; жигарнинг

сурункали касаллиги (масалан, цирроз) ёки жигарнинг жиддий шикастланганлиги биокимёвий белгилар (масалан, билирубин даражаси норманинг юқори чегарасидан камида 2 мартага ортиши АСТ/АЛТ/ишқорий фосфатаза даражаси норманинг юқори чегарасидан 3 мартадан кўпга ортиши билан бирга ва б.); «S» – анамнезда инсульт; «B» – анамнезда қон кетиш ва/ёки қон кетишга мойиллик, масалан, геморрагик диатез, анемия ва б.; «L» – ностабил/юқори ХМн ёки ХМн ўлчашларнинг 60% дан ками мақсад қилинган диапазон чегарасида, «e» – ёши >65; «D» – дорилар (антиромбоцитар, ностероид яллиғланишга қарши воситалар)/алкоголь.

HAS-BLED шкаласи бўйича баллар йиғиндиси ≥ 3 бўлиши қон кетишларнинг юқори хавфини кўрсатади. шунга қарамай, қон кетишларнинг ҳисоблаб чиқарилган юқори хавфи аниткоагулянтлар тайинланишига ягона чеклов сабаби бўлиши керак эмас. Биринчи навбатда, беморни текширувдан ўтказиш керак, бунда қон кетишларнинг потенциал манбаларини аниқланади, модификацияланади- ган ХО ни коррекция қилиш, модификацияланмайдиган Хо мавжудлигида эса энг хавфсиз антикоагулянтни танлаш лозим.

Жадвал 11.

4.2.2 Антикоагулянт қабул қилувчи бФ бор беморларда қон кетишлар хавфи омиллари

Модификацияланадиган ХО
Артериал гипертония (айниқса, агар САБ >160 мм сим.уст. бўлса)
Лабил ХМн ёки ХМн мақсад қилинган диапазонда бўлиш вақти 60% дан кам (кВА қабул қилувчилар учун)
Қон кетиши хавфини оширувчи препаратларни (антиромбоцитар ёки нЯҚВ) кўшимча қабул қилиш
Алкоголни истеъмол қилиш (ҳафтасига ≥ 8 порция) (порциялар миқдори = ичимликнинг литрдаги ҳажми, унинг кучи ва 0,789 га тенг солиштирма оғирлиги кўпайтмаси)
Қисман модификацияланадиган ХО
Анемия
Буйраклар функцияси бузилиши
Жигар функцияси бузилиши
тромбоцитлар сонининг пасайиши ёки улар функциясининг бузилиши
Модификацияланмайдиган ХО
Ёши (>65 ёш), (≥ 75 ёш)*
Анамнезда катта қон кетиш
Анамнезда инсульт
Диализни ёки буйрак трансплантациясини талаб этувчи буйрак патологияси
Жигар циррози
Ёмон сифатли ўсмалар
Генетик омиллар

Биомаркерлар – қон кетишлар ХО
Юқори сезгирликка эга тропонин
Ўсиш ва дифференцировка омили 15
Қон зардобидаги креатинин даражаси/креатинин клиренсининг ҳисоблаб чиқарилган қиймати

Қисқартмалар: КВА – К витамини антагонистлари, ХМН – халқаро меъёрлаштирилган нисбат, НЯҚВ – ностероид яллиғланишга қарши воситалар, САБ – систолик артериал босим, ХО – хавф омиллари.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Стабил ЮИК ва БФ бор ҳамда анамнезда МИ ўтказган ва такрорий ишемик ҳодисалар хавфи юқори бўлган, ҳаётга хавф солувчи қон кетишларнинг юқори хавфига эга бўлмаган беморларда ЮҚТА профилактикаси мақсадида перорал қабул қилиш учун анти тромботик воситага суткалик 75–100 мг дозадаги АСК ёки суткалик 75 мг дозада клопидогрель кўшиш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади	IIb	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Шарҳлар: қон кетишнинг юқори хавфи деганда беморда анамнезда мия қутиси ичи қон кетишлари, ишемик инсульт ёки мия қутиси ичининг бошқа патологиялари, яқин орада ОИТдан қон кетиши ёки ОИТдан қон йўқотиш туфайли келиб чиққан анемия, қон кетишнинг юқори хавфи билан шартланган оИТнинг бошқа патологияси, буйрак етишмовчилиги, геморрагик диатез, кекса ёш ва «мўртлик» синдроми, диализ талаб этувчи ёки ҳкФТ <15 мл/мин/1,73 м² бўлган СБК мавжудлиги тушунилади.

Стабил ЮИК ва БФ бор ёки анти тромботик воситалар қабул қилишга бошқа кўрсатмалари бўлган беморларда режали тоқадан кейин анти тромботик терапия

Тавсия	Синф	даража	иқибос
АСК ва клопидогрелни ТОКА вақтида (ёки КАГ ўтказгандан кейин ТОКА бажарилиши ойдin бўлган ватқда) КА учун стентларнинг эрта тромбозини профилактика қилиш учун барча беморларга тайинлаш тавсия этилади	I	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisati

			on-Guidelines-for
БФ бор беморларга қарши кўрсатмалар бўлмаса, тромбоемболик асоратларнинг, жумладан, инсультнинг узоқ муддатли профилактикаси учун КВА эмас ТОАК (Ха омилининг тўғри ингибиторлари – апиксабан 5 мг суткада 2 маҳал дозада, ривароксабан 20 мг суткада бир маҳал дозада ёки тромбиннинг	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Шарҳлар: ҳар бир ТОКАнинг дозасини БФда кўрсатмаларга мувофиқ равишда танлаш лозим. БФ бор ва ТОКА ўтказилган беморларда ривароксабанни ўрганиш бўйича PIONEER AF-PCI тадқиқотида буйрак функцияси бузилиши ўртача даражада (креатинин клиренси 30–49 мл/мин) бўлган беморлар учун 15 мг × 1 маҳал/сут ёки 10 мг × 1 маҳал/сут доза қўлланилган.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Беморда КА учун стентнинг тромбози хавфидан ва инсульт хавфидан устун турадиган қон кетишларнинг юқори хавфи мавжуд бўлганда бошқа антикоагулянтларга нисбатан ривароксабаннинг 15 мг/сут дозасини ёки дабигатран этаксилат** нинг 110 мг × 2 маҳал/ сут дозасини қўллаш имкониятини афзал кўриш тавсия этилади.	IIa	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Шарҳлар: қон кетишнинг юқори хавфи деганда беморда анамнезда мия қутиси ичи қон кетишлари, ишемик инсульт ёки мия қутиси ичининг бошқа патологиялари, яқин орада ОИТдан қон кетиши ёки ОИТдан қон йўқотиш туфайли келиб чиққан анемия, қон кетишнинг юқори хавфи билан шартланган ОИТнинг бошқа патологияси, буйрак етишмовчилиги, геморрагик диатез, кекса ёш ва «мўртлик» синдроми, диализ талаб этувчи ёки ҳкФТ <15 мл/мин/1,73 м² бўлган СБК мавжудлиги тушунилади.

КА учун стентнинг тромбози хавфи деганда тромбознинг ўзидан хавф ва тромбоздан бўлган ўлим хавфи тушунилади. Бу хавфлар қуйида санаб ўтилган анатомик, муолажа ва клиник омиллар билан аниқланади: ЧКА ўзагида ёки ОПТА проксимал қисмидаги ТОКА, охириги фаолият кўрсатувчи КА даги ТОКА, КА учун стентнинг нооптималь жойлашуви, КА учун 60 мм дан узун стентларнинг ўрнатилиши, КА учун иккита стентни имплантация қилиш билан ўтказилган

стентлаш, сурункали окклюзияларни даволаш, адекват анти тромботик терапияга қарамай, анамнезда КА учун стент тромбози, ҚД, СБК. Инсулт хавфи ҳар бир бемор учун алоҳида СНА2DS2-VASc шкаласи бўйича тўпланган баллар сонига мувофиқ аниқланади.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Асоратланмаган ТОКА ҳолида (КА учун ўрнатилган стентнинг туридан қатъи назар) тромбоз хавфи паст шароитида КА учун стент тромбози хавфидан қон кетиш хавфи юқори бўлганида учлама анти тромботик терапия (УАТ) (АСК+ клопидогрел+ КВА) таркибидаги АСК билан даволаш муддатини бир ҳафтагача қисқартириш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади	IIa	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
КА учун стент тромбози хавфи қон кетиш хавфидан устун бўлган ҳолларда УАТ ни (АСК+ клопидогрел+ КВА) 1–6 ойгача узайтириш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади	IIa	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

Учлама анти тромботик терапия (УАТ) давомийлиги 1 ойдан 6 ойгача бўлиши мумкин, минималмуддати эса госпитализация даври билан чекланиши ва беморнинг стационардан чиқиши биланоқ иккилама анти тромботик терапия (ТОКАнинг тўлиқ дозаси ва клопидогрел) тайинланиши мумкин. УАТ тайинланишини узайтиришга олиб келадиган омиллар бўлиб КА учун ўзидан дори воситасини ажаратадиган 1-авлод стентларининг қўлланилиши ва тромботик асоратлар (ЧКА ўзагини ёки ОПТА проксимал сегментини стентлаш, бифуркацион стентлаш, анамнезда МИ ёки КА учун стентнинг тромбози, SYNTAX шкаласи бўйича юқори балл каби) ХО нинг мавжудлиги ҳисобланади. Анти тромботик терапия муддатларини қисқартириш зарурлигини қон кетишлар юқори хавфининг мавжудлиги ва паст атеротромботик хавф (REACH ёки SYNTAX шкалаларидан фойдаланган ҳолда) кўрсатади. кўп компонентли анти тромботик терапиянинг зарур бўлган давомийлиги

беморнинг касаллик тарихи кўчирмаси эпикризида аниқ кўрсатилган бўлиши керак.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
КВани АСК ва ёки клопидогрел билан комбинацияда тайинлашга кўрсатма билан бирга ХМН ни мақсад қилинган 2,0 дан 2,5 гача диапазондаги қийматда, ТТР кўрсаткичини эса 70% дан юқори даражада қўллаб туриш тавсия этилади [77–	IIa	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
КА учун стент тромбозининг (КА учун ўрнатилган стент туридан қатъи назар) ўртача ёки юқори хавфи бўлган беморларда перорал қабул қилиш учун АСК, клопидогрел ва КВА билан УАТга альтернатив сифатида тикагрелор/ прасугрел антиромботик воситаси билан иккилама терапия имкониятини кўзда тутиш тавсия этилади	IIb	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

Шарҳлар: тикагрелор ва прасугрелнинг клопидогрелга нисбатан кучлироқ антиромбоцитар препаратлар ва қон кетишлар муносабатидаги хавфи юқорирок воситалар сифатида УАТ таркибиде қўллаш тавсия этилмайди.

КА учун стент тромбози хавфи деганда тромбознинг ўзидан хавф ва тромбоздан бўлган ўлим хавфи тушунилади. Бу хавфлар қуйида санаб ўтилган анатомик, муолажа ва клиник омиллар билан аниқланади: ЧКА ўзагида ёки ОПТА проксимал қисмидаги ТОКА, охириги фаолият кўрсатувчи КАдаги ТОКА, КА учун стентнинг нооптимал жойлашуви, КА учун 60 мм дан узун стентларнинг ўрнатилиши, КА учун иккита стентни имплантация қилиш билан ўтказилган стентлаш, сурункали окклюзияларни даволаш, адекват антиромботик терапияга қарамай, анамнезда КА учун стент тромбози, ҚД, СБК.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Стабил ЮИК бор, ОИТдан қон кетиш хавфи юқори бўлган ёки анамнезида ОИТдан қон кетиши мавжуд, АСК ёки	I	A	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-

<p>бир нечта антитромботик воситалар комбинациясини қабул қилувчи беморлар ошқозон шиллик қаватини ҳимоя қилиш ва ошқозон-ичак қон кетишларининг профилактикаси учун протонли помпа ингибиторларини қўллаш тавсия этилади (кўрсатма бўйича – ностероид яллиғланишга қарши препаратлар қабул қилиниши билан боғлиқ ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг эрозив-яра шикастланишларини профилактика қилиш)</p>			<p>Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>
---	--	--	--

Шарҳлар: протонли помпа ингибиторларини қўллаш УАТ олаётган барча беморларга, шунингдек, ошқозон-ичак қон кетишлари хавфи юқори бўлган беморларга (ошқозон яраси касаллиги ёки анамнезда ошқозон-ичакдан қон кетиши, ностероид яллиғланишга қарши воситаларни ёки кортикостероидларни сурункали қўллаш, қуйидаги белгилардан: ёши ≥ 65 , диспепсия, ошқозон-қизилўнгач рефлюк-си, *Helicobacter Pylori* инфекциясини юқтирганлик, алкогольни сурункали суиистеъмол қилишдан камида иккитаси мавжудлиги) тавсия қилинади (кўрсатма бўйича – ностероид яллиғланишга қарши препаратлар қабул қилиниши билан боғлиқ ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг эрозив-яра шикастланишларини профилактика қилиш). клопидогрелнинг антитромбоцитар самарадорлиги куч-сизланиши имконияти унинг омепразол ёки эзомепразол билан биргаликда (лекин пантопразол ёки рабепразол билан эмас) қўлланилишида намоёиш қилинди. Ушбу дорилар ўртасидаги ўзаро таъсир даволашнинг клиник натижаларига ноҳуш самара кўрсатиши тўғрисида далиллар йўқ.

4.2.3 Гиполипидемик терапия

Тавсия	Синф	даража	иқибос
<p>Сурункали ЮИК бор барча беморлар жуда юқори хавф тоифасига киради, шунинг учун ЮҚТА профилактикаси учун уларнинг ҳаммасига соғлом ҳаёт тарзи бўйича тадбирларни ва оптимал медикаментоз терапияни қўллаган ҳолда дислипидемияни коррекция қилиш тавсия этилади</p>	I	A	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false</p>
<p>ЮҚТА профилактикаси учун стабил ЮИК бор беморларнинг барчасига ПЗЛП ХСнинг мақсад қилинган даражаси ($<1,4$ ммоль/л) гача эришиш ва унинг дастлабки миқдоридан 50% га</p>	I	A	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false</p>

пасайиши учун ГМГ-КоА-редуктаза ингибиторлари (статинлар)ни максимал кўтара оладиган дозада тайинланиши тавсия қилинади			
2 йил давомида гиполипидемик препаратлар фонида такрорий юрак-қон томир ҳодисасини ўтказган ЮИК бор беморларга ПЗЛП ХСнинг мақсад қилинган <1,0 ммоль/л қийматига эришиш учун комбинацияли гиполипидемик терапия имкониятини кўриб чиқиш тавсия қилинади	IIb	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false
Стабил ЮИК бор беморларда ГМГ-КоА-редуктаза ингибиторлари (статинлар)ни максимал кўтара оладиган дозалари фонида ПЗЛП ХСнинг мақсад қилинган даражаси (<1,4 ммоль/л)гача ва унинг дастлабки миқдоридан 50% га пасайиши эришилмаган ёки ГМГ-КоА-редуктаза ингибиторлари кўтара олинмаган ҳолларда ЮҚТА профилактикаси мақсадида даволашга эзетимибни кўшиш тавсия қилинади	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false
Стабил ЮИК бор беморларда ГМГ-КоА-редуктаза ингибиторлари (статинлар)ни максимал кўтара оладиган дозаларини эзетимиб билан комбинацияда қўлланилишига қарамай, ПЗЛП ХСнинг мақсад қилинган даражасига эришилмаган ёки ГМГ-КоА-редуктаза ингибиторлари кўтара олинмаган ҳолларда ЮҚТА профилактикаси мақсадида 9-типтаги субтилизин-кексин протеин конвертаза (PCSK9) ингибиторларидан (АТХ-таснифномасига мувофиқ бошқа гиполипидемик воситалар, С10АХ) бирини (алирокумаб ёки эволокумабни) тайинлаш тавсия қилинади	I	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false
Стабил ЮИК бор беморларда ГМГ-КоА-редуктаза ингибиторлари (статинлар)ни максимал кўтара оладиган дозаларининг	IIa	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/

<p>эзетимиб билан комбинацияда қўлланилишига қарамай, ПЗЛП ХСнинг мақсад қилинган даражасига эришилмаган ёки ГМГ-КоА-редуктаза ингибиторлари кўтараолинмаган ҳолларда ЮҚТА профилактикаси мақсадида 9-типдаги субтилизин-кексин протеин конвертаза (PCSK9) ингибиторлари (АТХ-таснифномасига мувофиқ бошқа гиполипидемик воситалар, С10АХ)дан бирини (алирокумаб** ёки эволокумаб**ни) тайинлаш тавсия қилинади</p>			<p>1/111/5556353?login=false</p>
---	--	--	--

Шарҳлар: ЮИКнинг барча шаклларида УХС ва ПЗЛП ХС даражалари қандай бўлишидан қатъи назар, ГМГ-КоА-редуктаза ингибиторлари билан терапияни диагноз қўйилиши биланоқ бошлаш лозим (агар тўғри қарши кўрсатмалар бўлмаса). терапиянинг самарадорлиги ПЗЛП ХС даражаси бўйича баҳоланади: ушбу кўрсаткичнинг оптимал қиймати <1,4 ммоль/л бўлиши ва дастлабки даражасидан 50% га пасайиши керак. Исботланганки, УХС ва ПЗЛП ХС қийматларининг камайиши популяциядаги умумий ўлим даражасининг ва барча ЮҚТА хавфининг тахминан 20% га пасайиши билан бирга кузатилади. Липидлар даражасини пасайтирувчи терапия сурункали ЮИКда ножўя таъсирлар бўлмаганда узоқ муддат (чексиз) ўтказилади. PCSK9 ингибиторларини кенг қўллаш унинг баҳоси юқорилиги сабабли чеклангандир.

4.2.4 Ренин-ангиотензин-альдостерон тизими блокаторлари

Тавсия	Синф	даража	иқибос
<p>Стабил ЮИК бор беморларда прогноз учун катта аҳамиятга эга ёндош касалликлар (инфарктдан кейинги кардиосклероз, АГ, ҚД, ЮЕ) мавжуд бўлганда ЮҚТА профилактикаси учун АЎФ ёки ангиотензин II рецепторлари антагонистларини тайинлаш тавсия этилади</p>	I	A	<p>https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false</p>

Шарҳлар. МИ ўтказган беморларда, шунингдек, ёндош ҚД мавжудлигида АЎФ умумий ўлим даражасини, МИ, инсулт ривожланиши, Юе тараққий этиши хавфини камайтиради. Стабил ЮИК бор беморларга АЎФни тайинлаш АГ, ЧҚ ОФ ≤40% бўлган СЮЕ, бошланғич ва ўртача азотемияли сурункали буйрак касаллиги мавжуд бўлганда кўрсатилган. ЮИК мавжудлигида тайинлаш учун препаратлар: периндоприл, рамиприл. АЎФни кўтара олмаганда худди шу кўрсатмалар бўйича альтернатива сифатида ангиотензин II рецепторлари антагонистларини

тайинланади. ЮИК ва СЮЕ мавжудлигида тайинлаш учун препаратлар: лозартан, валсартан, кандесартан [10].

Тавсия	Синф	даража	иқибос
АЎФ ва β-АБнинг терапевтик дозаларини қабул қилаётган, МИ ўтказган, ЧҚ ОФ ≤35% бўлган, шунингдек, ҚД га эга беморларга юрак-қон томир ўлимини профилактика қилиш учун спиронолактон** (25 мг/сут.) ёки эплеренон тайинланиши имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади [112, 113]. Буйрак функцияси бузилган (хкФТ <45 мл/мин/1,73 м ²) ва қон зар-добидаги калий миқдори >5,0 ммоль/л бўлган беморларга альдостерон антагонистлари қўлланилаётганда эҳтиёткорликка риоя қилиш лозим	IIb	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

4.2.5 Стабил Юикнинг алоҳида шакллари меди́каментоз даволаш

Микро-қон томир стенокардияни даволаш унинг пайдо бўлиши асосий механизми – микро-қон томир дисфункциясига қаратилган бўлиши керак.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
коронар қон оқими <2,0 аномал захирали ёки микроциркулятор резистивлик ≥25 бирлик бўлган, ацетилхолин-провокацион синамасы манфий беморларга БАБ, органик нитратлар, ККБ, АЎФни тайиналш, ҳаёт тарзини ўзгартириш, тана вазини коррекция қилиш тавсия этилади .	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Шарҳлар: микро-қон томир стенокардияли беморларда хуружлар профилактикаси учун юқорида санаб ўтилган препаратларнинг самарасизлигида қўшимча тарзда ранолазин никорандил, аминофиллин** тайинланиши мумкин.

Вазоспастик стенокардия

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Вазоспастик стенокардия диагнозини стенокардия хуружи вақтида аниқланган ST сегментининг транзитор ишемик ўзгаришлари (тинч ҳолатда ЭКГ ни қайд	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

этиш, расшифровка қилиш, ЭКГ натижаларини таърифлаш ва интерпретация қилиш) асосида қўйиш тавсия этилади. Принцметалл стенокардияли беморлар учун хуруж вақтида ST сегментининг кўтарилишлари хосдир			
Вазоспастик стенокардия диагностикасида хуруж вақтида ЭКГ нинг 12 та ушланмасидаги ёки юрак ритмини 12 таушланмадапролонгацияли Холтер мониторингдаги ёки юрак ўтказувчи тизимининг электрик фаоллигини узоқ муддат қайд этувчи имплантация қилинган ҳалқали регистратори натижалари бўйича қайд этилган спонтан ишемик ўзгаришлари (одатда ST сегментининг кўтарилиши)га таяниш лозим. Вазоспатик стенокардияли барча беморларда медикаментоз терапия самарадорлигини баҳолаш мақсадида юрак ритмини Холтер мониторинг тавсия этилади	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Эҳтимол қилинган вазоспастик стенокардияли беморларга КА стенозларини истисно қилиш мақсадида КАГ ўтказиш тавсия этилади. Вазоспазмнинг ангиографик тасдиқланиши катетеризацион лабораторияда фармакологик синамадан ўтказишни талаб этиши мумкин	I	A	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

Шарҳлар: куйидаги ҳолларда коронар спазмни провокация қилиш мусбат бўлиши мумкин:

а) ангиноз хуружда, б) ЭКГда ишемик ўзгаришларда, в) эпикардиал артерияларнинг яққол ифодаланган вазоконстрикциясида. Учта ҳодисанинг йўқлиги ҳолларида синама натижасини шубҳали деб ҳисоблаш керак.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Эпикардиал ёки коронар оқим микро-қон томирларнинг вазомотор бузилишлари бўлган беморларга стенокардия хуружларининг профилактикаси учун атеросклероз ХОни ва ҳаёт тарзини ўзгартиришга кўшимча танлов препаратлари сифатида ККБ ёки пролонгацияли органик нитратлар тавсия этилади	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Шарҳлар: нифедипин** ўзининг самарадорлигини шунингдек КА ни стентлаш билан шартланган КА спазмини бартараф этишда намойиш этди. Стабил стенокардияли алоҳида гуруҳлар (кекса ёш, буйрак ва жигар етишмовчилиги) беморларида препаратларни қўллаш хавфсиз фойдаланиш бўйича йўриқномаларга мувофиқ амалга ошириш лозим (зарурат туғилганда дозаларни пасайтириш мумкин).

5. Тиббий ёрдам кўрсатиш туридан келиб чиқиб шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалари:

ЕКЖ ІС	Стабил ЮИК бор беморларни госпитализация қилиш тўлиқ ҳажмдаги медикаментоз даволаш ўтказилишига қарамай, стенокардиянинг юқори ФС (III–IV ФС) сақланганда инвазив текширувлар ўтказиш ва/ёки миокард реваскуляризацияси учун тавсия этилади
ЕКЖ ІС	Стабил ЮИК бор беморларни госпитализация қилиш амбулатор босқичда медикаментоз даволашга бўйсунмайдиган Юе декомпенсацияси ҳолатларида тавсия қилинади [
ЕКЖ ІС	Стабил ЮИК бор беморларни госпитализация қилиш юрак ритми ва/ёки ўтказувчанлигининг аҳамиятга эга ёки ҳаётга хавф солувчи бузилишлари пайдо бўлганда тавсия қилинади
ЕКЖ ІС	Биринчи пайдо бўлган стенокардияга ёки аввал мавжуд сурункали ЮИК ўтқирлашувига (ЎКСга) гумон қилинган барча беморларни шошилиш равишда иложи бўлса, инвазив даволаш ўтказиш имконияти бўлган стационарга госпитализация қилиш тавсия қилинади

ІС	Госпитализациягача бўлган босқичда шикоятлар ва анамнез йиғишдан, кўрувдан, ЭКГ қайд қилишдан ташқари ЎКС диагнозини тасдиқлаш ёки истисно қилишга қаратилган диагностик чора-тадбирлар ўтказиш тавсия этилмайди
----	--

Шарҳлар: ЎКСга гумон қилинган кўпчилик беморлар учун чуқурлаштирилган дифференциал диагностика талаб қилинганлиги туфайли уларни кўп тармоқли стационарга госпитализация қилиш оптимал ҳисобланади. нохуш оқибатнинг

юқори хавфи белгилари бўлган бемор инвазив даволаш имкониятлари мавжуд стационарга госпитализация қилиниши керак. Госпитализацияни кечиктиришга олиб келадиган ҳар қандай госпитализациягача диагностик тадбирларни ўтказиш мумкин эмас.

ЕКЖ ІС	Сурункали ЮИК бор беморларга ўтқирлашув бўлмаган вақтда врач-терапевт ёки (қўрсатмалар мавжуд бўлганда) врач-кардиолог назорати остида амбулатор босқичда даволаш ўтказилиши тавсия этилади .
ЕКЖ ІС	Сурункали ЮИК бор беморларга ўтқирлашув бўлмаган вақтда КАГ (шунингдек, КАГ бажарилаётган пайтда бир қатор диагностик текширувлар) ўтказиш учун стационарга ёки кундузги стационарга ва миокард реваскуляризациясини (ТОКА ёки кш) бажариш учун стационарга госпитализация қилиниши тавсия қилинади.

5.2 Касалхонада даволаш тактикаси

Номедикаментоз ва медикаментоз терапия амбулаториядаги даволаш билан бир хил. Касалхонада юқори технологияли даволаш усулига мухтож булган беморларга ошириш тугрисидаги қарорни қабул қилиш керак

Юрак ишемик касаллиги учун юқори технологияли аралашувлар ва жаррохлик даволланиш тактикалари

ТОКА -Тери орқали коронар аралашув (стентлаш ва ангиопластика)

АКШ – Аортакоронар шунтлаш.

**«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ЮРАК ҚОН
ТОМИР КАСАЛИКЛАРИ - СУРУНҚАЛИ ЮРАК
ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Кириш

Жарроҳлик йўли билан даволанишга йўлланма

Тўғри танланган даволашда, парҳез ва турмуш тарзи бўйича врач тавсияларига аниқ ва изчил риоя қилинганда ЮИК узоқ вақт стабил шаклда кечиши мумкин ва сизнинг меҳнатга лаёқатингиз ҳеч қандай чекланмайди. касаллик тараққий этган ҳолларда, стенокардия хуружлари ёки юрак етишмовчилиги симптомлари кўпайса ва медикаментоз терапия кам самарали бўлиб қолса, врач сизга жарроҳлик йўли билан даволанишни таклиф қилиши мумкин. Жарроҳлик йўли билан даволашнинг замонавий услублари (коронар қон томирларни шунтлаш ёки стентлаш) беморлар ҳолатини анча яхшилашга, оғир асоратлар, жумладан, ўлим оқибати хавфини пасайтиришга, баъзи ҳолларда эса дори препаратларига эҳтиёжни камайтиришга имкон беради. Жарроҳлик йўли билан даволанишнинг энг яхши услубини танлаш учун бемор дастлаб стационарда текширилади. Жарроҳлик йўли билан даволаш тўғрисидаги қарорни доим мутахассис врачлар албатта беморнинг фикрини ҳисобга олган ҳолда қабул қиладилар

Турли хил таъсир механизмларига ега бўлган дори-дармонларнинг кўплигига қарамасдан, ҳозирда мавжуд бўлган барча терапевтик усуллар ҳар доим ҳам самарали ва мос келмайди. Тиббиётнинг ривожланиши билан миёкард ишемиясининг сабабларини аниқ ташхислаш усуллари пайдо бўлди. Шундай қилиб, иккита асосий алоқа мавжуд: стентлаш ва коронар артерия бйпасс пайвандлаш. Тўғридан-тўғри бажарилган коронар ангиографиядан сўнг амалга оширилади.

ПСИ (тери орқали аралашув) стентсиз ва стент ёрдамида транслуминал коронар ангиопластикани (ПТСА) ўз ичига олади. ПСИ феморал, радиал ёки брахиял артерия орқали тери орқали кириш биланамалга оширилади. Радиал кириш доимий равишда аниқ қўлланилади, чунки у беморнинг ноқулайлигини камайтиради, операциядан кейин туриш вақтини секинлаштиради ва маълум асоратлар (масалан, қон қуйқалари, псевдоаневризма шаклланиши) тезлашади.

Амалга ошириш усули

Катта периферик артерияга йўналтирувчи катетер киритилади ва коронар артериялар остига йетгунча олдинга сурилади. Балон катетери флороскопия ёки томир ичига ултратовуш текшируви остида стеноз жойига йўналтирилади, сўнг гра атеросклеротик плакни майдалаш ва артерия лүменини кенгайтириш учун шиширилади. Жараёндан сўнг ўзгаришларни ҳужжатлаштириш учун ангиография такрорланади. Агар керак бўлса, процедура 2 ёки 3 томирда амалга оширилади.

Стентлаш

Коронар артерия стентлари кенгайтириладиган симли тўр цилиндрлари бўлиб, улар стеноз жойларини очик сақлашга ёрдам беради. Қуйидаги ҳолларда стент қўйиш энг мос келади:

Илгари тери орқали коронар ангиопластикадан ўтмаган йирик коронар артериялардаги кичик жароҳатлар

Вена сафенадан маҳаллий бузилишлар пайдо бўлганда

PCI ёрдамида оғир стенозларни даволашда. Стент ўрнатилгандан сўнг, дори-дармонларни даволашнинг ўзига хос хусусиятлари даволаш бобида кўрсатилган.

PCI учун нисбий қарши кўрсатмалар

- коагулопатия
- Асосан бутун миёкардни таъминлайдиган битта йирик томирнинг шикастланиши
- Маҳаллий томирдан коллатерал қон оқими бўлмаганда ёки чап олдинги тушувчи артерияга илгари қўлланиладиган шунт бўлмаганда чап коронар артериянинг критик стенози
- Фокал стенозларсиз диффуз қон томир лезёнлари
- Гиперкоагуляция билан кечадиган ҳолатлар
- Етарли даражада самарали бўлмаган олдинги кардиожарроҳлик
- стеноз <50%
- Коронар артериянинг тўлиқ тикилиб қолиши

Коронар шунтлаш (CABG), шунтлар (томир грефтлари) ёрдамида коронар томирнинг торайган жойини четлаб ўтиб, юрак артерияларида қон оқимини тиклашга имкон берадиган операция. Бypass операциясини стентлашдан ажратиш керак, яъни. стентни ўрнатиш - юракнинг коронар томирларининг лўменине жойлаштирилган ва патологик жараён билан торайган майдоннинг кенгайишини таъминлайдиган махсус рамка.

Кўрсатмалар

- дори терапиясига мос келмайдиган ангина пекториси;
- чап коронар артерия ва асосий юрак артериялари магистралининг 50% дан ортиқ торайиши;
- Отиш фракцияси камайганда .
- Кўп томирли лезён
- 1 ёки ундан ортиқ томирларнинг шикастланиши ва аневризманинг аниқланиши (ексизён учун)

Қарши кўрсатмалар

- Чап қоринча отиш фракциясининг 30% дан камайиши
- оғир юрак етишмовчилиги
- Оғир бирга келган касалликлар
- Охирги 2 ой ичида БМКАУБ.
- Миокард ва қон томирларида диффуз ўзгаришлар.

Жарроҳлик йўли билан даволаш (миокард реваскуляризацияси)

Даволаш услубини танлаш тўғрисидаги қарор КАГ натижалари, текширувнинг ноинвазив ва инвазив услублари маълумотлари ва клиник маълумотлар таҳлили бўйича рентгенэндоваскуляр жарроҳ, юрак-қон томир жарроҳи ва врач-кардиолог томонидан қабул қилинади. клиникада юрак- қон томир жарроҳи бўлмаса, ЧКА ўзагининг SYNTAX шкаласи бўйича >32 балли шикастланишида ва SYNTAX шкаласи бўйича кўп қон томирли шикастланиш >23 балли ташкил қилганида телетиббиёт маслаҳатлари имкониятидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

Стабил стенокардияли ва миокарднинг оғриқсиз ишемияси бор беморларда реваскуляризация

Тавсия	Синф	даража	иқибос
<p>Прогнозни яхшилаш учун куйидаги холларда: ЧКА ўзагининг >50% шикастланишида, ОТКА нинг >50% проксимал стенозида, >50% стенозли икки ва уч қон томирли шикастланишда ва ЧҚ ОФ≤35% да, Зўриқмали стресс-синамаларини ўтказганда ўтувчи ишемия майдонининг катталигида (ЧҚ майдони >10%) ёки катта ҚОФЗ да, ёки ягона сақланган КА нинг >50% стенозида (хужжатлаштирилган миокард ишемиясининг мавжудлигида; ёки ҚОФЗ<0,80, ҚОМЗ<0,89 да; ёки >90% стенозда) реваскуляризация ўтказиш тавсия этилади задокументированной ишемии миокарда; или ФРК<0,80, МРК<0,89; или стенозе >90%)</p>	I	B	https://www.escard.io.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of

Шарҳлар: стресс-индукцияланган миокард ишемиясининг катта зонаси аниқланган беморларда КАда аралашув прогнозни яхшилайти. Миокард ишемиясининг катта зонаси тўғрисида, шунингдек, йирик КА: ЧКА ўзаги, ОТКА проксимал қисмининг гемодинамик аҳамиятга эга шикастланиши, ЧҚ функцияси пасайган икки ёки уч қон томирли шикастланиши, ягона сақланган коронар қон томир шикастланиши мавжудлиги бўйича фикр юритиш мумкин.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
<p>Ишемия симптомларининг ифодаланганлигини камайтириш учун КАнинг гемодинамик аҳамиятга эга стенозларида (зўриқмали стресс-синамалар ва/ёки ҚОФЗни ўлчаш натижалари бўйича), оптимал медикаментоз терапияга қарамай, жисмоний фаолиқни чекловчи стенокардия ёки унинг эквивалентлари мавжудлигида реваскуляризация ўтказиш тавсия этилади</p>	I	B	https://www.escard.io.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of

Шарҳлар: ЮИК бор беморларга оптимал медикаментоз терапияга қарамай, стенокардия сим-птомлари сақланган ҳолда КАнинг гемодинамик аҳамиятга эга

шикастланишлари мавжудлигида ТОКА ўтказиш кўрсатилган. Стеноз аҳамиятини аниқлашнинг альтернатив усули бўлиб диагностик КАГда ҚОФЗни ўлчаш ҳисобланади ҚОФЗ $\geq 0,80$ бўлган стенозларда фақат медикаментоз терапия фойдасига аралашувдан воз кечиш клиник тадқиқотларда ўзининг асосланганлигини кўрсатди. Қайд этиш лозимки, КА стенозларининг 90% дан камига уларнинг гемодинамик аҳамиятини исботлаш учун (хужжатлаштирилган миокард ишемияси, жумладан, миокардни визуализация қилган ҳолда зўриқмали синамалар натижалари бўйича ёки ҚоФЗ ни аниқлаш каби) қўшимча синамалар зарур [1].

Тавсия	Синф	даража	иқибос
КА проксимал сегментлари стенозларидаги ТОКА (70% дан кўпи) аортал клапаннинг транскатетер имплантацияси ўтказалиши режалаштирилган беморларда кўриб чиқилиши керак	IIa	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of

Вазоспастик стенокардияли беморларда миокард реваскуляризацияси

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Вазоспастик стенокардияда миокард реваскуляризацияси (ТОКА ёки кш) тавсия этилмайди	III	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

Миокард реваскуляризацияси услубини танлаш

Тавсия	Синф	даража	иқибос
салбий юрак-қон томир ҳодисалари хавфини минималлаштириш мақсадида миокарднинг реваскуляризацияси услубини танлаш учун куйидагиларни: КА шикастланишининг анатомик хусусиятлаарини; ёндош патологияни ва аралашувнинг эҳтимол қилинган хавфларини; жарроҳлик аралашувининг аниқ услуби ўтказилишига беморнинг розилигини ҳисобга олиш керак	I	A	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of

Шарҳлар: техник жиҳатдан ҳам кш, ҳам тоКА ўтказиш мумкин бўлган ҳолда беморнинг ҳар қандай жарроҳлик аралашувига розилиги бўлганда, услубни танлаш асосан коронар оқим шикастланишининг ўзига хос анатомик

хусусиятларига (шикастланишлар сони ва хусусияти, бифуркациялар ва томир оғизларининг жалб қилинганлиги, КА давомийлиги, қинғирлиги ва кальцинозига) боғлиқ. Аниқлик даражалари ва адабиёт манбалари кўрсатилган ҳолда коронар оқим жалб қилинганлигига боғлиқ миокард реваскуляризациясининг эндоваскуляр ва жарроҳлик услублари тақдим қилинган

Стабил ЮИК бор, коронар анатомияси иккала услуб учун тўғри келадиган ва паст жарроҳлик ўлим даражаси прогноз қилинган беморларда реваскуляризация турлари (кш ёки тока) бўйича тавсиялар.

коронар шикастланишининг локализацияси ва оғирлиги	КШ		ЧКВ		Адабиёт манбаси
	Синф	Даража	Синф	Даража	
Битта ёки иккита қон томир шикастланиши ва ОПТА проксимал стенозининг йўқлиги	IIb	C	I	C	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
ОПТА проксимал стенозидан мавжуд битта қон томир шикастланиши	I	A	I	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
ОПТА проксимал стенозидан мавжуд иккита қон томир шикастланиши	I	B	I	C	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
SYNTAX шкаласи бўйича кам (0–22) балли ЧКА шикастланиши	I	A	I	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
SYNTAX шкаласи бўйича ўрта (23–32) балли ЧКА шикастланиши	I	A	IIa	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
SYNTAX шкаласи бўйича юқори (≥33) балли ЧКА шикастланиши	I	A	III	B	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
SYNTAX шкаласи бўйича паст (≤22) балли учта қон томир шикастланиши	I	A	I	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
SYNTAX шкаласи бўйича ўрта ва юқори (≥23) балли учта қон томир шикастланиши	I	A	III	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
Қандли диабетда SYNTAX шкаласи бўйича паст (≤22) балли учта қон томир шикастланиши	I	A	IIb	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896

Қандли диабетда SYNTAX шкаласи бўйича ўрта ва юқори I (≥23) балли учта қон томир шикастланиши		А	III	А	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896
--	--	---	-----	---	---

қисқартиришлар: кш – коронар шунтлаш, ЧКА – чап коронар артерия, ОПТА – олдинги пастга тушувчи артерия, ДАД – далилларнинг аниқлик даражаси, ТИД – тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси, ТОКА – тери орқали коронар аралашув. ТОКАда стент турини танлаш

Ҳозирги пайтда ЮИК бор беморларда ТОКА ўтказганда қўлланиладиган коронар артериялар учун икки турдаги стентлар мавжуд: дори қопламали стентлар (ДҚС) ва металл стентлар (МС).

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Стабил ЮИК бор барча беморларга миокард ревазуляризациясида касалликнинг клиник кўринишидан, АСБ туридан, кутилаётган режали жарроҳлик амалиётидан иккилама анти тромбоцитар терапия ва ёндош антикоагулянт терапия давомийлигидан қатъи назар, ДҚС қўлланилиши тавсия этилади	I	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896

Шарҳлар: охириги йиллардаги йирик регистрлар, кўп марказли рандомизацияланган клиник тадқиқотлар натижалари, шунингдек, метатаҳлиллар маълумотлари намойиш қилдики, ЮИК бор беморларда тоқАда янги авлод ДҚС*** ни қўллаш МС*** га нисбатан нохуш юрак-қон томир ҳодисаларининг камроқ тезланиши билан шартланган: рестеноз тезланиши 5 мартага, такрорий ре-вазуляризация хавфи 4 мартага, КА*** учун стент тромбозлари хавфи 2 мартага пасайди (асосан эверолимус, зотаролимус билан қопланган ДҚС*** қўлланилган). шундай қилиб, ДҚС*** ЮИК бор барча беморларда қўлланилиши лозим

Қон томир ичига кириш йўлини танлаш

Тавсия	Синф	даража	иқибос
ЮИК бор барча беморлар учун аралашув бошқа кириш йўлини талаб қилган ҳоллардан (нур артерияларининг кичик диаметри, қўл артериялари окклюзияси ва қинғирлиги, катта диаметрдаги (7 Френчдан катта) ускуналарни қўллаш, кш эҳтимоли катта бўлгандан (масалан, ТОКА учун тўғри келмайдиган КА нинг маълум	I	A	https://scardio.ru/ratings/uploads/504.pdf?29972896

шикастланиши)) ташқари ТОКА учун қон томир ичига радиал йўлдан кириш тавсия этилади

Шарҳлар: Қон томир ичига радиал йўлдан киришни қўллаш афзалроқ ҳисобланади, чунки ўлим даражасини ва жиддий ЮҚТА сонини камайтиради, шунингдек, ЮИк шаклидан қатъи назар катта қон кетишлар хавфини ва бошқа қон томир асоратларини камайтиргани ҳисобига токАнинг хавфсизлигини оширади.

КШ амалиётлари тактикаси

Шарҳлар: К Анинг кўплаб гемодинамик аҳамиятга эга атеросклерозида кўпчилик ҳолларда кш сунъий қон айланиши (СҚА) билан бирга ёки СҚА сиз бажарилади. Юқорига чикувчи аорта кальцинози, жарроҳлик амалиёти учун қулай ва асоратланмаган КА шикастланишида сунъий қон айланишисиз кш нинг ўтказилиши самаралироқ деб эҳтимол қилинади

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Барча беморларда шунтнинг «яшаб қолиш» вақтини ошириш учун шунтлар сифатида чап ички кўкрак артериясини қўллаш тавсия қилинади. Стернал асоратларнинг юқори хавфи (семизлик, декомпенсацияланган ҚД) бўлмаган ҳолларда ўнг ички кўкрак артериясини қўллаш тавсия этилади. Ички кўкрак артерияларига қўшимча сифатида 80% дан кўп коронар томирлар стенозларида ва/ёки уларнинг окклюзияларида аортокоронар шунтлар сифатида нур артерияларини қўллаш тавсия қилинади, қолган шохларнинг ревазуляризацияси аутовеноз трансплантлар билан ўтказилади	I	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

Шарҳлар. Сунъий қон айланиши билан ўтказилган кш амалиёти миокарднинг тўлиқ ревазуляризациясини таъминлайди, кўпчилик кузатувларда узоклашган натижалар сунъий қон айланишисиз ўтказилган амалиётларга нисбатан яхшироқ эканлиги қайд этилган. Аутоартериал трансплантларни кенг қўллаш шунтларнинг яхшироқ узоклашган ўтказувчанлигини ва стенокардия рецидивлари сонининг пасайишини таъминлаб беради.

Рефрактер стенокардияни даволаш

Рефрактер стенокардияга симптомлари 3 ойдан кўпроқ вақт давом этаётган стенокардия киради, бунда ўтувчи миокард ишемияси верификация қилинган бўлиб, коронар оқимнинг оғир шикастланиши мавжуд бўлади, бу симптомларни иккинчи ва учинчи қатор препаратларини кўшиш ҳисобига медикаментоз терапияни кучайтириш, кш ёки стентлаш, жумладан, сурункали тўлиқ коронар окклюзиясининг тоқА ўтказиш йўли билан назорат қилиш уддасидан чиқилмайди.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Бир қатор ҳолларда оптимал медикаментоз терапияга ва реваскуляризация аралашувларига рефрактер стенокардияли беморларда уларнинг ҳаёт сифати паст бўлганлигини ҳисобга олган ҳолда симптомларин енгиллаштириш мақсадида қуйидаги даволаш турларини кўриб чиқиш мумкин: ташқи контрпульсация	IIb	B	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

**“ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ЮРАК ҚОН
ТОМИР КАСАЛИКЛАРИ - СУРУНҚАЛИ ЮРАК
ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИ ТИББИЙ
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Асосий қисм

Профилактика ва диспансер кузатув

1.1 Кириш

Юрак ишемик касаллиги барча мамлакатларда ўлим ва ногиронликнинг асосий сабаби бўлиб келмоқда, стенокардия эса ЮИКнинг энг тарқалган симптоми ҳисобланади. Сурункали стабил стенокардияни даволашни яхшилаш стратегияси кардиологиянинг асосий устувор вазифаси бўлиб қолмоқда. Беморларнинг деярли учдан бир қисми ҳаёт тарзини ўзгартириш нуктаи назаридан ҳам, тавсия қилинган антиангинал препаратлар ва/ёки тери орқали коронар ёки жарроҳлик аралашувлари жиҳатидан ҳам нооптимал терапия олмоқдалар.

Стабил стенокардияли беморларда ишемияга қарши терапия 2 та асосий мақсадга мувофиқ бўлиши керак:

ўтказиладиган жисмоний зўриқмаларни кўтара олишни ошириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида симптомларни хавфсиз енгиллаштириш;

ўткир коронар тромбоз тезланишини пасайтириш ва юрак етишмовчилиги ривожланиши билан бўладиган коронар атеросклероз тараққий этишини секинлаштириш ҳисобига юрак-қон томир ҳодисаларининг, асосан, миокард инфаркти ва юрак-қон томир касалликларидан бўлган ўлимнинг олдини олиш мақсадида прогнозга таъсирини яхшилаш.

1.2 Профилактика ёки таърифи

Профилактика - касалликларнинг олдини олиш ва хавф омилларини бартараф этишга қаратилган тиббий, санитария, гигиена, педагогик ва ижтимоий-иқтисодий чора-тадбирлар мажмуидир.

Профилактика ёки реабилитациянинг турлари;

Бирламчи профилактика - касалликларнинг ривожланиши учун хавф омилларининг пайдо бўлиши ва таъсирини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар тизими (дезинсекция, эмлаш, оқилона меҳнат ва дам олиш режими, оқилона юқори сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш). Миллий миқёсда бир қатор бирламчи профилактика тадбирларини амалга ошириш мумкин. Касалликнинг олдини олиш ва фаровонликни ошириш бизнинг умримизни узайтиради. Саломатликни тарғиб қилиш тадбирлари маълум бир касаллик ёки ҳолатга қаратилган эмас, балки саломатликни рағбатлантиради. Бошқа томондан, ўзига хос ҳимоя касалликларнинг тури ёки гуруҳига қаратилган ва саломатликни мустаҳкамлаш мақсадларини тўлдиради. Бирламчи профилактиканинг асосий тамойиллари: 1) профилактика чора-тадбирларининг узлуксизлиги (ҳаёт давомида, антенатал даврдан бошлаб); 2) профилактика тадбирларининг табақалаштирилган характери; 3) профилактиканинг оммавийлиги; 4) профилактиканинг илмий хусусияти; 5) профилактика тадбирларининг мураккаблиги (тиббиёт муассасалари, ҳокимият органлари, жамоат ташкилотлари, аҳолининг профилактика ишларида иштирок этиши).

Иккиламчи профилактика - бу маълум шароитларда (стресс, заиф иммунитет, тананинг бошқа функционал тизимларига ҳаддан ташқари юкланиш) касалликнинг

пайдо бўлиши, кучайиши ва қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган аниқ хавф омилларини бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи. Иккиламчи профилактиканинг энг самарали усули - бу касалликларни эрта аниқлаш, динамик кузатиш, мақсадли даволаш ва оқилона изчил тикланишнинг комплекс усули сифатида тиббий кўрикдир.

Баъзи профилактика мутахассислари "**учинчи даражали профилактика**" атамасини тўлиқ яшаш қобилиятини ёъқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуи сифатида таклиф қилишади. Учинчи даражали профилактика ижтимоий (ўз ижтимоий мослигига ишончни шакллантириш), меҳнат (меҳнат кўникмаларини тиклаш имконияти), психологик (хулқ-атвор фаоллигини тиклаш) ва тиббий (тана аъзолари ва тизимларининг функцияларини тиклаш) реабилитацияга қаратилган.

4) **оммавий профилактика** ва **индивидуал профилактика** тадбирларини ўтказиш тамойиллари.

1.3 Профилактика усуллари ва усуллари:

1) профилактика мақсади (профилактика мақсадлари кўрсатилган):

Саломатликни сақлаш ва мустаҳкамлаш, касалликларнинг олдини олиш, соғлиқ учун турли хавф омилларининг таъсирини камайтиришга ёрдам берадиган соғлом турмуш тарзини шакллантириш масалалари бўйича аҳолини ахборот билан таъминлаш тизимини шакллантиришда иштирок этиш.

2) 1-профилактика

- рационал овқатланишни ташкил этиш,
- холестерин ва қон шакар даражасини пасайтириш,
- тана вазнини назорат қилиш,
- қон босимини нормаллаштириш,
- чекиш ва жисмоний ҳаракатсизликка қарши кураш, шунингдек
- тўғри кун тартибини ва ўзгарувчан иш ва дам олишни ташкил қилиш.

3) скрининг

-Липид спектрини (холестерин, ПЗЛП, ЮЗЛП даражалари), буйраклар ва жигарнинг ҳолатини аниқлайдиган клиник ва биокимёвий қон тестлари

- Электрокардиограмма
- Юракнинг ултратовуш текшируви (ЭхоКГ)
- Кун давомида юрак уриш тезлигини Холтер мониторинги
- Югуриш ёълакчаси тести
- Коронар ангиография
- Синтиграфия

4) 2-профилактика

- Коронар томирларнинг спазмларини дори воситалари билан олдини олиш.
- Аритмияларни даволаш ва олдини олиш.
- Жисмоний тарбия ва дори воситалари ёрдамида беморларни реабилитация қилиш.
- Агар керак бўлса, беморларга жарроҳлик ёрдами

5) **3-профилактика** - ушбу нозологияда учламчи профилактика бўйича тадбирларни санаб ўтинг (қандай тадбирлар учламчи профилактикада ўтказилади, улар ким учун мўлжалланган, ким амалга ошириши керак (тиббийёт ходимига қўйиладиган талаблар), улар қаерда амалга оширилиши керак ва қачон учламчи профилактика тадбирларини ўтказиш талаб қиллинади);

1.4 3-турдаги профилактика ёки реабилитацияни ўтказишга кўрсатмалар (профилга мос равишда аниқлаштирилади).

-Ёш (еркаклар 45 ёшдан ошган, аёллар 55 ёшдан ошган);

-Жинси (эркак);

-Ирсий мойиллик.

1.5 Профилактика турларини ўтказишни аниқлаш мезонлари

Бирламчи профилактикасини ирсий, жинси(эркак ва ёшига) асосланиб ўтказилади. Иккиламчи профилактика клиника, холестерин (ПЗЛП,ЮЗЛП,), ЭКГ, коронар томирлар стеноз, ЭхоКГ ва БЦА ультратовуш текширувларига асосан ўтказилади.

1.6 Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатган ҳолда таъхислаш тадбирлари:

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Стабил ЮИК бор барча беморларга таърифлар тезланишини аниқлаш, берилган тавсияларни бажариш устидан назорат қилиш, терапияни ўз вақтида ўзгартириш, ЮҚТА хавфини баҳолаш, қўшимча текширувларга, санатор-курорт даволанишга ва зарурат туғилганда госпитализацияга юбориш учун врач-терапевтнинг диспансер кузатуви тавсия этилади	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?yclid=ltmjvbnw378201129
Стабил ЮИК бор беморларда янги симптомлар пайдо бўлганда ёки эски симптомлар ўткирлашганда врач-кардиолог маслаҳатини ўтказиш тавсия этилади	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Стабил ЮИК бор беморларни ЭхоКГ, зўриқмали синамаларга, КАГга ва бошқа визуали- зацияли текширувларга юбориш масаласини ҳал этиш учун врач-кардиолог маслаҳатини ўтказиш тавсия этилади.	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Стабил ЮИК бор беморларнинг назорат амбулатор кўрувларини даволашнинг биринчи йилида ҳар 4–6 ойда врач-	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic

терапевт ёки врач-кардиолог томонидан ўтказиш тавсия этилади (диспансер кузатув учун кўрсатмалар бўлганда).			rekom IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
---	--	--	---

Шарҳлар: ташрифлар вақтида касалликнинг клиник кўринишига кўра изчил равишда анамнез йиғиш, физикал текширув ва қоннинг биокимёвий таҳлилларини ўтказиш амалга оширилади.

1.7 Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

Тавсия	Синф	даража	иқибос
1 йилда бир марта, стенокардия кечиши ёмонлашганда, аритмия пайдо бўлганда, шунингдек, юрак ичи электик ўтказувчанликка таъсир этувчи даволашни тайинлаганда/ ўзгартирганда кўшимча равишда тинч ҳолатда ЭКГни қайд этиш, ЭКГ натижаларини расшифровка қилиш, таърифлаш ва интерпретация қилиш тавсия этилади	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
Жисмоний зўриқмали ЭКГ маълумотларини ёки ҳар қандай визуализацияли стресс-услуг (жисмоний зўриқмали, ёки фармакологик зўриқмали ЭхоКГ, ёки функционал синамали миокард сцинтиграфияси, ёки ПЭТ, ёки функционал синамали перфузион БФЭКТ) натижаларини мониторинг стабил ЮИК беморларда янги симптомларнинг пайдо бўлишида ёки аввалги симптомлар қайталанганида – миокард реваскуляризациясига кўрсатмаларни аниқлаш учун ҳолатнинг ностабиллиги истисно қилингандан кейин тавсия қилинади	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
Врач-терапевтга стабил ЮИК бор барча беморларда миокард реваскуляризациясидан кейин ЮҚТАнинг иккиламчи профилактикасини ўтказиш, шунингдек, стационардан чиққандан кейин 3 кун ичида врачга назорат ташрифини режалаштириш тавсия қилинади	I	A	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

<p>Стабил ЮИк бор барча меҳнатга лаёқатли беморларга миокард ревазуляризациясидан кейин ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида ўзининг ишига ва аввалги тўлақонли фаолият даражасига қайтиш тавсия этилади. Симптомлар қайталанганда дарҳол врачга мурожаат қилиш лозим</p>	<p>I</p>	<p>C</p>	<p>https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129</p>
<p>Миокард ревазуляризациясидан кейин барча ЮИК бор беморларга ЮҚТА профи-лактикаси учун узок вақтга антиромботик терапия (одатда, АСК** қўлланилади) қабул қилиш тавсия қилинади</p>	<p>I</p>	<p>A</p>	<p>https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>
<p>Барча беморларга МС*** имплантацияси ўтказилган режали ТОКАдан кейин КА*** учун стент тромбозини профилактика қилиш мақсадида камида 1 ой давомида тромбоцитлар агрегацияси ингибиторлари билан иккилама терапия тавсия этилади</p>	<p>I</p>	<p>A</p>	<p>https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>
<p>Барча беморларга ДҚС*** имплантацияси ўтказилган режали ТОКАдан кейин КА*** учун стент тромбозини профилактика қилиш мақсадида 6 ой давомида тромбоцитлар агрегацияси ингибиторлари билан иккилама терапия тавсия этилади</p>	<p>I</p>	<p>B</p>	<p>https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for</p>

			Guidelines-for
ЮИК бор барча беморларга ЮҚТАпаст хавфида (масалан, миокард сцинтиграфияси ёрдамида стресс-визуализация услуги натижалари бўйича миокард ишемияси <5%) прогнозни яхшилаш ва стенокардия хуружлари профилактикаси учун оптимал медикаментоз терапия тавсия қилинади	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
ЮИК бор барча беморларга ЮҚТА хавфи юқори бўлганда (масалан, стресс-визуализация услуги натижалари бўйича миокард ишемияси >10%) миокард ревазуляризациясига кўрсатмаларни аниқлаш учун КАГ ўтказиш тавсия этилади	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Меҳнатга лаёқатли стабил ЮИК бор, касбий фаолияти потенциал жамоат хавфи билан боғлиқ бўлган (хайдовчилар, кранчилар, учувчилар ва б.) беморларга миокард ревазуляризациясидан кейин стационарда чиққандан кейин эрта муддатларда (4–6 ойдан кейин) миокарднинг яширин ишемиясини истисно қилиш учун режали визуализацияли зўриқмали синама (жисмоний зўриқмали ЭхоКГ ёки фармакологик зўриқмали ЭхоКГ, ёки функционал синамали миокард сцинтиграфияси, ёки ПЭТ, ёки функционал синамали перфузион БФЭКТ) ўтказиш тавсия қилинади	IIa	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
МИ, кш ва КАни стентлаш билан бирга ТОКА ўтказган барча стенокардияли беморларга ҳаёт сифатини яхшилаш учун давомийлиги 30 дақиқагача ҳафтасига 3 марта ўртача тезликдаги машқлар (пиёда юриш, реабилитацион велосипед (велотренажёр)) тавсия қилинади	IIa	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129

Шарҳлар: жисмоний фаоллиги паст даражада бўлган беморларда машқ дастури максимал енгиллаштирилган бўлиши лозим, чидамлилиги ортиши билан аста-секинлик зўриқма ҳам ошириб борилади. Мунтазам равишдаги жисмоний машқлар ортиқча тана вазнини камайтиришга, юқори АБни пасайтиришга ёрдам беради. ЮИк бор беморнинг жисмоний ҳолати кўп жиҳатдан унинг жинсий фаоллигини амалга оширишда ҳам аҳамиятга эга. У ёки бу турдаги жисмоний фаолликни тавсия қилишдан олдин врач беморнинг функционал имкониятларини аниқлайдиган зўриқмали синамалар натижаларини олиши керак.

Реабилитация - "шахснинг функционал имкониятларини тиклашга ва соғлиғида муаммолар бўлган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда ногиронлик даражасини пасайтиришга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи" деб таърифланади.

Реабилитация усуллари ва муолажалари:

Тавсия	Син ф	даража	иқибос
Меҳнатга лаёқатли биринчи бор стабил ЮИК диагнози қўйилган, касбий фаолияти оғир меҳнат ва потенциал жамоат хавфи билан боғлиқ беморларни (учувчилар, кранчилар, жамоат транспорти ҳайдовчилари ва б.ни) ногиронлик гуруҳини аниқлаш учун тиббий-ижтимоий экспертизага юбориш тавсия этилади	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?yclid=ltmjvbn378201129
III–IV ФС стенокардияли беморларни ногиронлик гуруҳини аниқлаш учун тиббий-ижтимоий экспертизага юбориш тавсия этилади	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?yclid=ltmjvbn378201129

Шарҳлар. Стабил ЮИК бор беморларнинг меҳнатга лаёқатлилиги стенокардия ва ЮЕ ФС га, ёндош касалликларга, касб тавсифига боғлиқ. I–II ФС стабил стенокардияли, юрак ритми ва ўтказувчанлигининг хавфли бузилишлари бўлмаган беморларни комплекс дастурли реабилитация ўтказилиши учун маҳаллий кардиологик санаторийларга, бальнеологик ва иқлимли курортларга юбориш мумкин. III–IV ФС стенокардияли ва оғир ёндош касалликлари бор беморларга санатор даволаш тавсия этилмайди [13].

Тавсия	Син ф	даража	иқибос
--------	-------	--------	--------

Стабил ЮИК бор, ЎҚС, ТОКА ёки кш ўтказган барча беморларни даволашга мойиллигини ошириш, ҳаёт тарзини ўзгартириш ва юрак-қон томир Хони коррекция қилиш учун иккиламчи профилактика ва реабилитациянинг комплекс дастурларига киритиш тавсия қилинади	I	A	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
---	---	---	---

Шарҳлар. Реабилитация дастури мултидисциплинар жамоа томонидан амалга оширилиши ва ўз ичига 3 та босқични киритиши лозим: стационар – интенсив кузатув босқичи, реабилитацион, амбулатор босқичлар. Беморга соғлом турмуш тарзига риоя қилишига ёрдам бериш, юрак-қон томир Хони назорат қилишни ва медикаментоз терапияга тўғри мойилликни таъминлаш учун когнитив интизомий аралашувлар тавсия этилади.

Тавсия	Синф	даража	иқибос
ЎҚС, ТОКА ёки кш ўтказган беморлар реабилитацияси дастурини амалга ошириш учун мутахассисларнинг (врач-кардиологлар, врач-терапевтлар, врач-физиотерапевтлар, тиббий психологлар, ҳамширалар) мултидисциплинар жамоасини шакллантириш тавсия этилади [1]	I	A	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false

1.8. Реабилитация муолажаларининг босқичи ва ҳажмини аниқлаш мезонлари

-Стационар реабилитация босқичи. ИМ утказилган санаси, тури, операция тури, операциядан кейинги даврда асоратларнинг мавжудлигига асосна ҳажми аниқланади.

-Реабилитациянинг амбулатор-поликлиник босқичи. Беморларнинг функционал ҳолати, шунингдек, мавжуд жисмоний ва психологик тайёргарлик даражасини ҳажминин аниқлаш учун ҳисобга олиш керак.

1.9. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари

-жисмоний фаолликни босқичма-босқич ошириш;

-махсус овқатланиш;

-психологик реабилитация;

-дори терапияси;

-диспансер кузатуви: беморнинг аҳолини кузатиш учун даврий диагностика тадбирлари (ЭКГ, ЭхоКГ, тестлар) ва керак бўлганда даволаш дастурини ўз вақтида тузатиш.

Климатотерапия (аэротерапия ва гелиотерапия), балнеотерапия (тўрт камерали минерал ванналар қўлланилади - карбонат ангидрид, сульфид, радон, кислород, ёд-

бром ва бошқалар), электротерапия, электросепсия, доривор электрофорез ва гальванизатсия шифокор томонидан қатъий белгиланган.

Хажмини аниқлаганда

- беморнинг клиник ҳолатини баҳолаш;
- фармакологик даволашни оптималлаштириш;

1.10 Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатган холда таъхислаш тадбирлари:

Тавсия	Синф	даража	иқибос
Стабил ЮИК бор барча беморларга таширлар тезланишини аниқлаш, берилган тавсияларни бажариш устидан назорат қилиш, терапияни ўз вақтида ўзгартириш, ЮҚТА хавфини баҳолаш, кўшимча текширувларга, санатор-курорт даволанишга ва зарурат туғилганда госпитализацияга юбориш учун врач-терапевтнинг диспансер кузатуви тавсия этилади	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?yclid=ltmjvbn378201129
Стабил ЮИК бор беморларда янги симптомлар пайдо бўлганда ёки эски симптомлар ўткирлашганда врач-кардиолог маслаҳатини ўтказиш тавсия этилади	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Стабил ЮИК бор беморларни ЭхоКГ, зўриқмали синамаларга, КАГга ва бошқа визуали-зацияли текширувларга юбориш масаласини ҳал этиш учун врач-кардиолог маслаҳатини ўтказиш тавсия этилади.	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/5556137?login=false
Стабил ЮИК бор беморларнинг назорат амбулатор кўрувларини даволашнинг биринчи йилида ҳар 4–6 ойда врач-терапевт ёки врач-кардиолог томонидан ўтказиш тавсия этилади (диспансер кузатув учун кўрсатмалар бўлганда).	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?yclid=ltmjvbn378201129

Шарҳлар. таширлар вақтида касалликнинг клиник кўринишига кўра изчил равишда анамнез йиғиш, физикал текширув ва қоннинг биокимёвий таҳлилларини ўтказиш амалга оширилади.

Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

Тавсия	Синф	даража	иқибос
--------	------	--------	--------

<p>1 йилда бир марта, стенокардия кечиши ёмонлашганда, аритмия пайдо бўлганда, шунингдек, юрак ичи электрик ўтказувчанликка таъсир этувчи даволашни тайинлаганда/ ўзгартирганда кўшимча равишда тинч ҳолатда ЭКГни қайд этиш, ЭКГ натижаларини расшифровка қилиш, таърифлаш ва интерпретация қилиш тавсия этилади</p>	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/556137?login=false
<p>Жисмоний зўриқмали ЭКГ маълумотларини ёки ҳар қандай визуализацияли стресс-услуг (жисмоний зўриқмали, ёки фармакологик зўриқмали ЭхоКГ, ёки функционал синамали миокард сцинтиграфияси, ёки ПЭТ, ёки функционал синамали перфузион БФЭКТ) натижаларини мониторингга стабил ЮИК беморларда янги симптомларнинг пайдо бўлишида ёки аввалги симптомлар қайталанганида – миокард ревазуляризациясига кўрсатмаларни аниқлаш учун ҳолатнинг ностабиллиги истисно қилингандан кейин тавсия қилинади</p>	I	C	https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/3/407/556137?login=false
<p>Врач-терапевтга стабил ЮИК бор барча беморларда миокард ревазуляризациясидан кейин ЮҚТАнинг иккиламчи профилактикасини ўтказиш, шунингдек, стационардан чиққандан кейин 3 кун ичида врачга назорат ташрифини режалаштириш тавсия қилинади</p>	I	A	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_recommendations_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
<p>Стабил ЮИК бор барча меҳнатга лаёқатли беморларга миокард ревазуляризациясидан кейин ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида ўзининг ишига ва аввалги тўлақонли фаолият даражасига қайтиш тавсия этилади. Симптомлар қайталанганда дарҳол врачга мурожаат қилиш лозим</p>	I	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_recommendations_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
<p>Миокард ревазуляризациясидан кейин барча ЮИК бор беморларга ЮҚТА</p>	I	A	https://www.escardio.org/G

профи-лактикаси учун узок вақтга анти тромботик терапия (одатда, АСК** қўлланилади) қабул қилиш тавсия қилинади			https://www.escardio.org/Guidelines/C-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
Барча беморларга МС*** имплантацияси ўтказилган режали ТОКАдан кейин КА*** учун стент тромбозини профилактика қилиш мақсадида камида 1 ой давомида тромбоцитлар агрегацияси ингибиторлари билан иккилама терапия тавсия этилади	I	A	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ES-C-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
Барча беморларга ДҚС*** имплантацияси ўтказилган режали ТОКАдан кейин КА*** учун стент тромбозини профилактика қилиш мақсадида 6 ой давомида тромбоцитлар агрегацияси ингибиторлари билан иккилама терапия тавсия этилади	I	B	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ES-C-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
ЮИК бор барча беморларга ЮҚТАпаст хавфида (масалан, миокард сцинтиграфияси ёрдамида стресс-визуализация услуги натижалари бўйича миокард ишемияси <5%) про-гнозни яхшилаш ва стенокардия хуружлари профилактикаси учун оптимал медикаментоз терапия тавсия қилинади	I	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ES-C-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for

			tion-Guidelines-for
ЮИК бор барча беморларга ЮҚТА хавфи юқори бўлганда (масалан, стресс-визуализация услуги натижалари бўйича миокард ишемияси >10%) миокард реваскуляризациясига кўрсатмаларни аниқлаш учун КАГ ўтказиш тавсия этилади	I	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for
Меҳнатга лаёқатли стабил ЮИК бор, касбий фаолияти потенциал жамоат хавфи билан боғлиқ бўлган (хайдовчилар, кранчилар, учувчилар ва б.) беморларга миокард реваскуляризациясидан кейин стационарда чиққандан кейин эрта муддатларда (4–6 ойдан кейин) миокарднинг яширин ишемиясини истисно қилиш учун режали визуализацияли зўриқмали синама (жисмоний зўриқмали ЭхоКГ ёки фармакологик зўриқмали ЭхоКГ, ёки функционал синамали миокард сцинтиграфияси, ёки ПЭТ, ёки функционал синамали перфузион БФЭКТ) ўтказиш тавсия қилинади. Аксарият кекса ешдаги беморлар нафақа ёшига мансуб бўлгани сабабли уларнинг кузатув жараёни умумий аҳолидан фарқланади	IIa	C	https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf?ysclid=ltmjvbn378201129
МИ, кш ва КАни стентлаш билан бирга ТОКА ўтказган барча стенокардияли беморларга ҳаёт сифатини яхшилаш учун давомийлиги 30 дақиқагача ҳафтасига 3 марта ўртача тезликдаги машқлар (пиёда юриш, реабилитацион велосипед (велотренажёр)) тавсия қилинади	IIa	C	https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-

Шарҳлар. Жисмоний фаоллиги паст даражада бўлган беморларда машқ дастури максимал енгиллаштирилган бўлиши лозим, чидамлилиги ортиши билан аста-секинлик зўриқма ҳам ошириб борилади. Мунтазам равишдаги жисмоний машқлар ортиқча тана вазнини камайтиришга, юқори АБни пасайтиришга ёрдам беради. ЮИк бор беморнинг жисмоний ҳолати кўп жиҳатдан унинг жинсий фаоллигини амалга оширишда ҳам аҳамиятга эга. У ёки бу турдаги жисмоний фаолликни тавсия қилишдан олдин врач беморнинг функционал имкониятларини аниқлайдиган зўриқмали синамалар натижаларини олиши керак.

Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари (хаёт фаолияти ва саломатликнинг чегараланиши Халқаро фаолият таснифи асосидаги халқаро шкалаларга мувофиқ бўлиши керак).

№	Курсаткич ном ива хисоблаш формуласи va hisoblash formulasi	Жорий йил	Утган йилнинг шу даври
1	ТС – Утказилган профилактик тадбирлар сони $ТС = ОЭС + ТСС + АТС$ ОЭС – оғохлантиришлар сони ТСС – конун хужжатларини тушунтириш буйича суровлар сони; АТС – амалга оширилган тащрифлар сони		
2	СС -профилактика чоралари утказилган субъектлар сони		
3	УД – утказилган профилактика тадбирларнинг улуши ружалаштирилгандан $УД = ФМ / РМ * 100 (\%)$ ФМ – утказилган тадбирлар сони; РМ – режалаштирилган тадбирлар сони		

**«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ЮРАК ҚОН
ТОМИР КАСАЛИКЛАРИ - СУРУНКАЛИ ЮРАК
ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ПАЛЛИАТИВ ДАВОСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ - 2025

1. Асосий қисм

Терминал босқичдаги беморлар ҳаётининг сўнгги кунларини сурункали стресс шароитида ўтказадилар. Уларни кучли оғриқлар, ўлим ваҳимаси, чорасизлик ҳисси, моддий қийинчиликлар қийнайди. Яқин қариндошлар аксарият ҳолларда марҳумни тўғри парвариш қилиш ва уни тинчлантириш учун зарур кўникмаларга эга эмаслар. Улар вазиятга ҳиссий жиҳатдан жалб қилинган ва яқинларининг касаллигини ҳам оғир

ПАЛЛИАТИВ ҚЎЛЛАБ-ҚУВВАТЛАШ ЧОРАЛАРИ КОМПЛЕКСИ

Даволанмайдиган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш қуйидагилардан иборат: <ul style="list-style-type: none">• оғриқ қолдирувчи дорилар, шу жумладан наркотик ва психотроп дорилар билан таъминлаш;• ЎСВни ташкил этиш;• дренажлар ва стомаларни парваришлаш;• озиқлантиришда, шу жумладан зонд орқали;• тана гигиенасини сақлаш;• ётоқ яраларни олдини олиш ва даволаш.	Ижтимоий қўллаб-қувватлаш қуйидагиларни назарда тутади: <ul style="list-style-type: none">• тегишли имтиёз ва нафақаларни расмийлаштириш;• ҳуқуқий масалаларни ҳал қилишда ёрдам бериш;• беморни уйга ва тиббиёт муассасаларига транспортировка қилиш;• ётоқ беморлар учун махсус каравотлар ва кам ҳаракатланувчи беморлар учун аравачалар, шунингдек, парваришлаш воситалари билан таъминлаш.	Қуйидагилар маънавий ёрдам кўрсатади: <ul style="list-style-type: none">• руҳшунос ёки руҳоний билан суҳбат;• эмпатик одамлар билан мулоқот қилиш;• арт-терапия;• диний маросимларни ўтказиш.
--	--	--

ПАЛЛИАТИВ ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ЭТИШ ШАКЛЛАРИ

- Қўллаб-қувватлаш чораларини танлаш беморнинг ташхиси ва ҳолатига боғлиқ:
- терминал ёрдам - беморнинг сўнгги кунларида (одатда 2-3 кун) унга ҳар томонлама ғамхўрлик қилиш;
- даврий - доимий парваришга муҳтож бўлмаган одамни маълум бир жадвал асосида парвариш қилиш.
- Паллиатив ёрдамни ташкил этишнинг учта шакли мавжуд. Қўллаб-қувватлаш чораларини танлаш беморнинг ташхиси ва ҳолатига боғлиқ:
- терминал ёрдам - беморнинг сўнгги кунларида (одатда 2-3 кун) унга ҳар
- даврий - доимий парваришга муҳтож бўлмаган одамни маълум бир жадвал асосида парвариш қилиш.

2. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари. аллиатив ёрдамни ташкил этишнинг учта шакли мавжуд:

Уй шароитида	Кундузги стационарда	Стационарда
Профессионал, иложи бўлса, тиббий маълумотли ҳамшира беморни парвариш қилади. Беморга шифокор мунтазам равишда ташриф буюради. Мураккаб манипуляцияларни келган ҳамшира бажаради.	Бемор кундузи шифохонада ёки оғриққа қарши хонада бўлиб, у ерда қувватловчи терапия олади ва кечкурун уйига қайтади. Бундай шаклга, агар саломатлик ҳолати кекса одамни ҳар куни касаллик белгилари кучаймасдан ташиш имконини берса, йўл қўйилади.	Бемор шифокорнинг йўлланмаси билан хосписга, стационар ёки пансионатнинг махсус бўлимига ётқизилади, у ерда унга тайёргарлик кўрган ходимлар қарайди.

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

Кечки босқичда давосиз касалликлар ҳафталаб, ойлаб давом этиши мумкин. Ҳатто бу давр ҳам дўстона қўллаб-қувватлаш, янги таассуротлар, қувончли воқеалар билан бойитилиши мумкин. Агар бемор касалхонада 24 соат бўлиши шарт бўлмаса, у махсус қариялар пансионатида яшаши ёки патронаж хизматидан фойдаланиши мумкин.

Тажрибали ҳамширалар:

- дори-дармонларни қабул қилишни назорат қилиш,
- беморга ювиниш ва кийинишда ёрдам бериш;
- уни сайрга олиб чиқиш,
- маиший топшириқларни бажариш,
- умумий машғулотларга жалб қилиш,
- маънавий қўллаб-қувватлаш.

Сурункали юрак ишемик касаллиги билан оғриган кекса беморларга паллиатив ёрдам кўрсатиш ҳаёт сифатини яхшилашга, аломатларни енгиллаштиришга ва беморнинг ўзини ҳам, унинг яқинларини ҳам қўллаб-қувватлашга қаратилган.

СЮИКда паллиатив ёрдамнинг асосий мақсадлари:

1. Симптомларни нусхалаш:

- Ҳансираш, ҳолсизлик, бош айланиши, кўкрак оғриғи.
- Қўрқув, хавотир, тушкунлик.

2. Асоратларнинг олдини олиш:

- Тромбоэмболиялар хавфини камайтириш (кўрсатмаларга кўра - антикоагулянтлар).

- Юракдаги юкломани камайтириш учун юрак уриш тезлигини назорат қилиш (бета-блокаторлар, кальций антагонистлари, дигоксин).

3. Психологик қулайликни қўллаб-қувватлаш.

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

Паллиатив ёрдамда даволаш ёндашувлари:

- Тахиаритмияларда (бўлмачалар фибрилляцияси, қоринча тахикардиялари):

- ЮҚСни ўртача назорат қилиш (қатъий меъёрларга эришиш шарт эмас).

- Симптомларни камайтириш учун дори воситаларини қўллаш (метопролол, дигоксин, амиодарон - кексаларда эҳтиёткорлик билан).

- Брадиаритмияларда:

- Юрак стимулятори зарурлиги тўғрисидаги масалани ҳал қилиш (агар бу ҳаёт сифатини яхшиласа).

- Имплантация қилишнинг иложи бўлмаса - симптоматик терапия.

- Сурункали юрак ишемик касаллигидаги ҳаёт учун хавфли аритмияларда:

- Бемор ва оила аъзолари билан тажовузкор усуллардан (дефибрилляция, реанимация) воз кечишни муҳокама қилиш.

- Терминал ҳолатларда седатсия ва оғриқсизлантиришга урғу бериш.

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

Кексалар учун ўзига хос хусусиятлари:

- Полипрагмазия - препаратларнинг ўзаро таъсири хавфи, даволаш схемасини соддалаштириш зарурати.

- Йўлдош касалликлар (СЮЕ, деменция, ЎСОК) - комплекс ёндашувни талаб қилади.

- Когнитив бузилишлар - қарор қабул қилишда ҳисобга олиш муҳим.

Фавқулодда ҳолатлар:

- Сурункали юрак ишемик касаллигининг оғир хуружларида ҳолатнинг яққол ёмонлашуви билан - паллиатив седатсия (морфин, бензодиазепинлар).

- Агар беморнинг хоҳишига мос келса, касалхонага ётқизишдан бош тортиш.

Коммуникациянинг аҳамияти:

- Беморнинг прогнози, даволаш мақсадлари ва афзалликларини муҳокама қилиш.

- Олдиндан режалаштириш (масалан, оғир ҳолатларда реанимациядан бош тортишни расмийлаштириш).

Кексалардаги сурункали юрак ишемик касаллиги паллиатив ёрдам индивидуал ёндашувни, фаол даволаш ва беморнинг қулайлиги ўртасидаги мувозанатни талаб қилади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Юрак кон томир касалликлар буйича миллий клиник баённомалар, Тошкент, 2023, 584 бет.
2. Guidelines for Cardiology: edited by Acad. EI. Chazova. In 4 volumes. Moscow: Praktika Publishing House, 2014. (In Russ.) Руководство по кардиологии: под ред. акад. е.И. Чазова. В 4 т. – М.: Издательский дом «Практика», 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.). Карпов Ю. А., Сорокин е. В. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицинское информационное агентство, 2012. 271 с. ISBN 978-5-9986–8080-7.
4. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bah 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.) карпов Ю. А., кухарчук В. В., Лякишев А. и др. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца. Практические рекомендации. кардиологический вестник. 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.) Арутюнов Г.П., Бойцов С.А., Воевода М.И. и др. коррекция гипертриглицеридемии с целью снижения остаточного риска при заболеваниях, вызванных атеросклерозом. Заключение Совета экспертов. Российский кардиологический журнал. 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/NEJMoa1716026.