

Ўзбекистон Республика
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2024 йил 29 мартдаги
-сон буйруғига
-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
«АКАДЕМИК В.ВОХИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМий-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ» ДАВЛАТ МУАССАСАСИ**

**“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЎҚ АРТЕРИЯЛАРИ
АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

Тошкент – 2024

"ТАСДИҚЛАЙМАН"

**Республика ихтисослаштирилган
кардиология илмий-амалий тиббиёт**

маркази директори

Х. Г. Фозилов





2023 йил

**«ҚОРИНЧАЛАР АРИТМИЯЛАРИ СИНДРОМИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ – 2024

"ТАСДИҚЛАЙМАН"
Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни
саклаш вазири в.б.
А. Худаяров

_____ 2024 йил

**«ҚОРИНЧАЛАР АРИТМИЯЛАРИ СИНДРОМИ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ – 2024

Мундарижа

“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ	5
"ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ АТЕРОСКЛЕРОЗИ" НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ ЁНДАШУВ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	19
“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	30

**“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ
АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

Тошкент 2024

1. КИРИШ ҚИСМИ

ХКТ-10 код(лари):

ХКТ-10	
https://mkb-10.com/?ysclid=lqniyld7w6585385596	
https://www.rlsnet.ru/mkb?ysclid=lqni2gy9r9554498634	
https://classinform.ru/	
https://classinform.ru/mkb-10/a05.1.html	
И70.0	Аорта атеросклерози
И70.1	Қўл ва оёқ артериялар атеросклерози
И70.8	Бошқа артериялар атеросклерози
И74.0	Қорин аортаси эмболия ва тромбози
И74.3	Оёқ артериялари эмболия ва тромбози

Баённомани қайта кўриб чиқиш ва ишлаш санаси: 28.11.2023 й.;
режалаштирилган қайта кўриб чиқиш санаси: 29.11.2027 й

Мазкур клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:
«Академик В.Вахидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия
илмий–амалий тиббиёт маркази»

Асосий ва қўшимча муаллифлар жамоасининг рўйхати :

Ишчи гуруҳ раҳбари	Исмаилов Сайдимурод Ибрагимович Академик В.Вахидов номидаги РИХИАТМ» ДМ директори, т.ф.д., профессор
Ишчи аъзолари	Бахритдинов Фазлитдин Шамсутдинович Акад. В.Вахидов номидаги РИХИАТМ» ДМ қон-томир хирургияси ва буйрак трансплантация бўлими раҳбари, т.ф.д., профессор.
	Ахмедов Акром Рустамович Акад. В.Вахидов номидаги РИХИАТМ» ДМ қон-томир хирургияси ва буйрак трансплантация бўлим мудир, т.ф.н.
	Суюмов Азамат Сайфуллаевич Акад. В.Вахидов номидаги РИХИАТМ» ДМ қон-томир хирургияси ва буйрак трансплантация бўлими ангиохирурги, т.ф.н., катта илмий ходим.

Такризчилар:

Такризчилар	Виноградов Роман Александрович
-------------	--------------------------------

	т.ф.д., профессор, Очаповский С.В. номидаги №1 рақамли вилоят клиник шифохонаси 1-сонли қон-томир хирургияси бўлими бошлиғи, РФ.
	Ирназаров Акмал Абдуллаевич Тошкент тиббиёт академияси факултет ва госпитал хирургия кафедраси, кафедра профессори, т.ф.д.

Қачон муҳокамалар ўтказилган (тиббиёт муассасалар Илмий Кенгашлари муҳокамаси баённомасидан кўчирма санаси ва сони); «Академик В.Вахидов номидаги РИХИАТМ» ДМ Илмий Кенгашининг 2023-йил 09-ноябрдаги 09-сонли протоколдан кўчирма.

Баённомада ишлатиладиган қисқартмалар:

АҚБ	артериал қон босими
ФҚТВ	фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти
ОИВ	Одам иммунтанқис вируси
ОКБА	Орқа катта болдир артерияси
ЮИК	Юрак ишемик касаллиги
ИФА	иммунофермент анализи
КТ	компютер томографияси
КТА	Компютер томографик ангиографияси
ЮЗЛП	Юқори зичликдаги липопротеин
ПЗЛП	Паст зичликдаги липопротеин
ТЕИ	тўпиқ-елка индекси
ХНМ	халқаро нормаллаштирилган муносабат
МРА	Магнит резонанс ангиографияси
МРТ	Магнит резонанс томографияси
МСКТА	мультиспирал компютер томографик ангиографияси
БМҚАўБ	Бош мия қон айланиши ўткир бузилиши
УСА	Умумий сон артерияси
ТоА	Тақим ости артерияси
ЮСА	Юза сон артерияси
ОКБА	Олдинги катта болдир артерияси
ТГД	триглицеридлар
УЗДГ	ультратовуш доплерографияси
УТТ	Ултратовуш текшируви
ДД	далиллар даражаси
ЕКГ	электрокардиограмма

Техник эксперт баҳолаш ва тахрирлаш:

- 1.
- 2...

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш вазирлиги эксперт гуруҳи томонидан баҳоси:

- 1.
- 2.
- 3..

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш вазирлиги Дори сиёсати бошқармасининг эксперт гуруҳи томонидан баҳоси:

- 1.
- 2..

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш вазирлиги Тиббий суғурта агентлиги мутахассисларининг эксперт баҳоси:

- 1.
- 2.
- 3.

Ушбу клиник протокол ва стандарт Соғлиқни Сақлаш вазирининг ўринбосари т.ф.д Ф. Шарипов, тиббий суғурта бўлими бошлиғи Ш.Алмарданов бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи, С.А. Убайдуллаева, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлимининг бош мутахассислари Ш.Нуримова, С. Усманов ва Г. Джумаева ташкилий ва услубий ёрдамида ишлаб чиқилди.

Ушбу нозология баённомаси фойдаланувчилари:

Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, умумий амалиёт шифокорлари, терапевтлар, неврологлар, ангиохирурглар, нейрохирурглар, интервенцион рентгенхирурглар, радиологлар.

Ушбу нозологияда беморлар тоифаси: катталар.

Ташхислаш усуллари (ташхислаш ёндашувлари) учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами

ДИД	Ёритиб бериш
1	Маълумот назорати билан тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно, мос ёзувлар назорати ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш билан алоҳида тадқиқотлар
3	Йўналтирувчи усул билан изчил назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган маълумотнома усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизми ёки мутахассисларнинг фикри учун асос бор

Профилактик, даволовчи ва реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами

ДИД	Ёритиб бериш
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотларва мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлардан ташқари, ҳар қандай дизайн тадқиқотларга тизимли шарҳлар
3	Тасодикий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатлар тавсифи, «ишларни назорат қилиш» бўйича тадқиқотлар
5	Фақат ёндашувнинг таъсир механизми (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки мутахассисларнинг фикри учун асос бор

Профилактик, диагностик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишонувчанлик даражасини (ТИД) баҳолаш шкаласи

ТИД	Ёритиб бериш
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва/ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари изчил эмас)
С	Заиф тавсиялар (тегишли сифат далилларининг етишмаслиги (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

2. АСОСИЙ ҚИСМ.

Кириш

Ушбу муаммонинг долзарблиги қорин аортаси аневризмалари узоқ вақт давомида ҳеч қандай жиддий аломатларсиз мавжуд бўлиши мумкинлиги билан боғлиқ. Шу билан бирга, турли хил асоратлар хавфи юқори. Бундай аневризманинг ёрилиши оғир қон кетишига олиб келади, бу кўпинча ўлим билан тугайди.

Ҳатто ривожланган мамлакатларда ҳам касалхонага ётқизишдан олдин ўлим 40% гача, операциядан кейинги даврда эса 60% гача этиши мумкин. Қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши учун ўлим даражаси 60-70% дан ортиқ, факултатив жарроҳлик даволашдан кейин омон қолиш даражаси 95% дан ортиқ.

Қаватланувчи аорта аневризмаси бу унинг деворининг ўрта қатламининг ёрилиши, томир ичига қон кириши билан кўзғатилади, бунинг натижасида аорта

деворининг қатламлари ажралиб чиқади ва кейинчалик ҳақиқий ва сохта бўшлиқлар боғланган ёки боғланмаган ҳолда ҳосил бўлади. Келажақда қоннинг аорта бўшлиғига янги интимал ёриқлар орқали қайта кириши мумкин, аммо адвентитияни йўқ қилиш ҳолатида аорта ёрилиши содир бўлади.

Қорин аортаси аневризмаларини (ҚҚАА) ташхислаш ва жарроҳлик даволаш замонавий қон томир жарроҳликнинг долзарб муаммолари бўлиб, бу аҳолининг касалланиш ва ўлим тузилишидаги юқори улуш, уларни кўпайтириш тенденцияси ва асоратларни ривожланишида юқори ўлим билан боғлиқ. Шошилиш жарроҳлик беморнинг ҳаётини сақлаб қолиши мумкин бўлган ягона чора ҳисобланади, чунки асоратланган қорин аортаси аневризмасини консерватив даволаш билан ўлим 100% га этади. Режали жарроҳлик пайтида МДХнинг турли минтақаларида периоператив ўлим 2,4 - 5%, фавқулодда-45-70% этади.

Таъриф:

Қорин аортаси ва оёқ артерияларининг атеросклерози - бу оёқ ва кичик чанок аъзоларининг сурункали ишемиясининг симптомлар мажмуаси билан тавсифланадиган аорта бифуркацияси, ёнбош артериялари ва оёқ артерияларининг окклюзион шикастланишидир.

Клиник таснифи:

Касалликнинг клиник кўриниши ишемик бузилишлар даражасига боғлиқ бўлиб, бу ўз навбатида жараённинг локализацияси ва узунлиги билан, шунингдек дистал артериал ўзанинг ҳолати касалликнинг давомийлиги билан боғлиқ.

Қорин аортаси окклюзияларининг қуйидаги турлари мавжуд:

- пастки окклюзия (пастки мезентериал артериянинг дистал қисмидан қорин аорта бифуркациясигача);
- ўрта окклюзия (пастки мезентериал артериянинг проксимал аортанинг окклюзияси);
- юқори окклюзия (буйрак томирлари даражасида ёки 2 см дистал қисмда).

Фонтейн таснифи (Ж. Фонтейн, 1968), оёқ ишемиясининг 4 босқичга бўлиб ўрганади[2]:

I босқич – клиник белгиларсиз;

II босқич – ўтиб кетувчи оқсоқланиш;

III босқич – тинчликдаги оғриқ ва «тунги оғриқлар»;

IV стадия – трофик ўзгаришлар ва оёқ гангренази.

ТАСС II бўйича таснифи (2007г.) [2]

Жадвал №1.

Периферик артериялар
зараланиш таснифи.

Зараланиш синфи	Аорто-ёнбош сегменти	Сон-тақим сегменти

А	Бир ёки икки томонлама умумий ёнбош артерияси стенози	Ягона стеноз <10 см
	Ташқи ёнбош артерияси унilaterал ёки билатерал стенози	Ягона окклюзия <5 см
В	Аортанинг инфраренал қисми стенози < 3 см	Кўплаб зараланишлар бири < 5 см
	Бир томонлама умумий ёнбош артерияси окклюзияси	Ягона стеноз ёки окклюзия < таъсир қилмайдиган.
	Ташқи ёнбош артерияси ягона ёки кўплаб стенозлари 3-10 см, умумий сон артериясига таъсир қилмайди	Дистал қон айланиш мавжуд эмаслиги билан бирга ягона ёки кўплаб зараланишлар
	Бир томонлама ташқи ёнбош артерияси окклюзияси, ички ёнбош артерияси асосига ёки умумий сон артериясига таъсир қилмаган	Яққол калцинозлар билан бирга ягона окклюзия < 5 см
		Тақим артериясининг ягона стенози
С	Икки томонлама умумий ёнбош артерияси окклюзияси	Кўплаб зараланишлар умумий узунлиги > 15 см калцинозсиз)
	Икки томонлама ташқи ёнбош артерияси стенози, умумий сон артериясига ўтмаган ҳолатда	
	Бир томонлама ташқи ёнбош артерияси стенози умумий сон артериясига ўтиши билан	Тери орқали транслюминал ангиопластикадан кейинги қайта реваскуляризация
	Бир томонлама ташқи ёнбош артерияси окклюзияси ички ёнбош ёки сон артерияларига ўтиши билан	Умумий ёки юза сон артерияси сурункали окклюзияси > 20 см тақим артериясига ўтиши билан
	Бир томонлама қучли калциноз билан ташқи ёнбош артерияси окклюзияси	
Д	Аортанинг инфраренал қисми ва умумий ёнбош артериялари окклюзияси	Умумий ёки юза сон артерияси сурункали окклюзияси > 20 см, тақим артериясига ўтиши билан
	Тарқоқ зараланиш аортанинг инфраренал қисми ва ёнбош артерияларига ўтиши билан	
	Бир томонлама тарқоқ зараланиш, умумий ва ташқи ёнбош артериялар, умумий сон артерияси	
	Бир томонлама умумий ва ташқи ёнбош артериялар окклюзияси	Тақим артерияси ва тақим артерияси проксимал трифуркация сегментининг сурункали окклюзияси
	Икки томонлама ташқи ёнбош артерияси окклюзияси	

	Беморда қорин аортаси аневризмаси билан бирга ёнбош артериялар стенози ёки аортанинг бошқа зараланишлари мавжуд, эндопротезлашга имкон йўқ, очик жаррохлик амалиёти талаб этилади	
--	---	--

3. ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ, ЁНДАШУВЛАРИ ВА ТАРТИБЛАРИ

И. Асосий ва қўшимча текширув диагностика тадбирлари рўйхати.

1. Амбулатория даражасида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностика текширувлари:

Қорин аортаси ва оёқ артерияларининг УТАС.

2. Қўшимча диагностика кўриклар амбулатория даражасида амалга оширилади:

- коагулограмма (АПТТ, ХНН, фибриноген, ПТ, ПТИ);
- липид спектри учун биокимёвий қон тест (ЮЗЛП, ПЗЛП, холестерин, триглицеридларни);
- Қорин аортаси ва оёқ артерияларининг КТА / МРА;
- тўпиқ-билак босим индексларини ўлчашу

3. Стационар даражасида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностика текширувлари (шошилиш касалхонага ётқизилган тақдирда, амбулатория шароитида ўтказилмайдиган диагностика текширувлари ўтказилади):

- УҚТ
- УСТ
- Қоннинг биокимёвий тахлили (умумий билирубин, бевосита ва билвосита билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оқсил, мочевино, креатинин, электролитлар, қондаги глюкоза);
- Коагулограмма (АПТТ, ХНН, фибриноген, ПТ, ПТИ);
- Қорин аорта ва / ёки оёқ артерияларининг УТАС;
- Қон гуруҳи ва Rh омили;
- ЕКГ;
- ИФТ усули орқали ОИВ қон тахлили;
- ИФТ усули орқали Гепатит Б ва С тахлили;
- Вассерман реакцияси;
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси
- Контрастли компьютер томографияси ва/ёки аортографияси.

4. Стационар даражасида қўшимча диагностик кўриклар амалга оширилади:

- КТА/МРА;
- Ангиография;

- кўкрак қафаси рентгенография;
- Қорин бўшлиғи УТТ;
- ФГДС.

5. Шошилиш тиббий ёрдам босқичида ўтказилган диагностик чоралари:

- Шикоятларни, касаллик ва ҳаёт анамнези йиғиш;
- Физикал текширувлар;
- ЭКГ.

ИИ. Диагностик мезонлари (жараённинг оғирлигига қараб касалликнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

Шикоятлари:

Оёқ артерияларининг сурункали ишемия белгилари:

- ишемиянинг I даражасида - совуқ қотиш, оёқларнинг совуқлиги, "жунжикиб кетиш" ҳисси, ўтиб кетувчи оқсоқлик белгилари фақат 1 км дан ортиқ масофани босиб ўтишда пайдо бўлади;
- ишемиянинг II даражасида – кам масофага юрганда ҳам оғриқ пайдо бўлади. Шартли равишда масофа 200 метр қабул қилинган;
- ишемиянинг III даражасида – оёқлардаги оғриқ тинч ҳолатда ёки ўтиб кетувчи оқсоқлик 25 метрдан кам масофага юрганда пайдо бўлади;
- ишемиянинг IV даражасида – тўқималарда ярали-некротик ўзгаришлар пайдо бўлиши аҳамиятли ҳисобланади.

Анамнез:

- оёқ артерияларида аввалги аниқланган зарарланишлари ҳақида маълумот;
- бошқа қон томир ҳавзаларининг зараланиши (ЮИК, оёқ артериялари атеросклерози, аорта аневризмаси ва ҳ.к.);
- наслий гиперлипидемия;
- Қандли диабет;
- зарарли одатлар (чекиш, спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш);
- артериал гипертония;
- қон томирлар шикастланишлари ҳақида маълумот;
- ортиқча вазн.

Физикал текширув:

Умумий кўрик:

- Оёқ мушакларининг гипотрофияси;
- Тери рангининг ўзгариши;
- Оёқдаги сочларнинг тўкилиши;
- Шиш, гиперемия.

Палпация:

- Сон, тақим ва болдир артерияларида пулсининг пасайиши/йўқолиши;
- Оёқ териси сезувчанлигининг пасайиши/йўқолиши.

Аускултация:

- Оёқ артериялари проекциясида қон-томир шовқини;

Лаборатор текширувлари:

Қоннинг биокимёвий тахлили:

- Умумий холестерин миқдорининг ортиши;
- ЮЗЛП миқдорининг пасайиши;
- ПЗЛП миқдорининг ортиши;
- ТГД миқдорининг ортиши;
- Атерогенлик коэффициентининг ортиши.

Коагулограмма:

- Қон ивучанлигининг ортиши.

Инструментал текширувлар:

Тўпик-елка индекси:

- $\leq 1,0$ – артериал этишмовчилик белгилари;
- $\leq 0,4$ – критик ишемия белгилари.

Оёқ артериялари УТАС:

- Қон оқимида тўсқинлик бўлган жойда тезлик ортиши – стеноз, томир қийшайиши;
- Қон оқими ўзгариши (турбулентлик);
- Артерия деворларининг қалинлашиши, атеросклеротик пиллакчаларнинг аниқланиши;
- Атеросклеротик пиллакчалар ҳолатини баҳолаш (уларнинг стабиллик /ностабиллик ҳолати);
- Томирларда тромблар мавжудлиги;
- Томирлар бўйича қон оқимининг йўқлиги (окклюзия).

Томирлар ангиографияси:

- Атеросклеротик жараёнлар таъсирида томир ички деворининг ўзгариши;
- Артериялар контрастланишининг йўқлиги (окклюзия);
- Кўплаб коллатералларнинг юзага келиши;
- Артерияларнинг патологик қийшайиши.

КТА (ёки МСКТА):

- Атеросклеротик жараёнлар таъсирида томир ички деворининг ўзгариши;
- Артерияларда зарарланган сегмент деворининг ҳолати;
- Артериялар контрастланишининг йўқлиги (окклюзия);
- Артериялар тромбози белгилари;
- Артерияларнинг патологик қийшайиши.

Тор мутахассислар кўриги учун кўрсатмалар бошқа кўшимча касалликлар мавжудлигида тор мутахассислар кўриги ўтказилади.

Дифференциалний диагноз:

Дифференциал ташхислаш:

Оёқ артерияларининг атеросклерозини бошқа турдаги окклюзияланган артериал касалликлар билан дифференциал ташхислаш талаб этилади.

Мезонлар	Атеросклероз	Носпецифик аортоартериит	Облитерлашган тромбоангиит
Касаллик пайдо бўлиш ёши	40-60 ёш	25-40 ёш	20-35 ёш
Жинс	Эркаклар (90%)	Аёлларда кўпроқ учрайди, Э:А=1:8	Эркаклар (95%)
Олиб келувчи омиллар	холестерин-липид алмашинувининг бузилиши	Аутоиммун реакция, риккециоз касалликлар	Совуқ, жарохатлар, чекиш
Касаллик кечиши	Секинлик	Фаол	Фаол
Кўпроқ учрайдиган локализацияс и	Қорин аортаси ва унинг тармоқлари, коронар артериялари	ўмров ости ва уйқу артериялари; эркакларда қорин аортаси ва унинг тармоқларининг зараланиши, аневризмалар пайдо бўлиши	Тақим ва болдир артериялари
Кўп юзага келувчи симптомлар	ўтиб кетувчи оқсоқлик, стенокардиялар (коронар артериялар зарарланишида)	Қўлда ва бош миёда ишемия белгилари, ёшларда артериал гипертензия	Оёқ қафтида парестезия, оғриқ
Артерия пулсациянинг йўқлиги	Сон артериясида	Елка артериясида	Болдир ва оёқ қафти артериясида

Систолик шовқин жойлашуви	Сон артерияси устида	ўмров ости ва уйқу томирлари ҳамда эпигастриал соҳа устида	Ешитилмайди
Ангиографик зараланиш белгилари	Қорин аортаси ва унинг тармоқлари тўлишининг ён нуқсонлари, девор калцинозлари. Ёнбош, сон артериялари окклюзияси. Бошланғич босқичларда коллатераллар ривожланиши	Давомий диффуз аортанинг торайиши, секинлик билан ўзгармаган қисмга ўтиши. Кўплаб коллатераллар ва диаметрининг катталаниши (Риолан ёйи ривожланиши)	Болдир артериялари облитерацияси; магистрал артериялар бир хилдаги торайиши. Коллатераллар ривожланмайди.

Касалхонага ётқизиш бўйича кўрсатмалар:

Шошилиш касалхонага ётқизиш кўрсатмалари:

- Фонтейн таснифи бўйича III-IV босқичдаги оёқ артерияларининг сурункали ишемияси.

Режали равишда касалхонага ётқизиш кўрсатмалари:

- Фонтейн таснифи бўйича II-III босқичдаги оёқ артерияларининг сурункали ишемияси.

Даволаш мақсадлари:

- Ишемиянинг кучайиб бориш профилактикаси;
- Зараланган оёқнинг вазифасини сақлаш/қайта тиклаш;
- Оғриқ синдромини бартараф этиш;
- Хаёт сифатини ошириш;
- Гангрени оёқнинг ҳаётини сақлаб қолиш.

4. ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

Даволаш таъсирланган аъзонинг ишемия даражасини пасайтиришга, ногиронликнинг пасайишига олиб келадиган асосий қон оқимини тиклашга қаратилган. Қайтмас оёқ ишемияси ривожланишида - оёқ ампутацияси амалга тоширилади. 5 см дан кам изоляция қилинган аневризма мавжуд бўлганда (текширувларда тасдиқланган) ва ёрилиш хавфи бўлмаганида, секин ўсиши (йилига 1 см дан кам), жарроҳлик муолажаси зарурлиги тўғрисида қарор қон томир жарроҳ томонидан қабул қилинади. Ҳар 6 ойда бир марта инструментал диагностика усуллари назорати остида кутиш тактикаси қабул қилинади. [ДД-1Б, ДД-А, 9].

Дори воситаларисиз даволаш:

Режим - умумий ҳолатга қараб I ёки II ёки III ёки IV;

Пархез - № 10;

Дори воситалари билан даволаш:

Фонтейн таснифи бўйича I-II босқичида ва реконструктив операцияга қарши кўрсатма бўлган бошқа босқичларда - консерватив даволаш кўрсатма ҳисобланади.

Ўтказиладиган консерватив даволанишнинг асосий тамойиллари қуйидагидар ҳисобланади:

Антикоагулянт даво:

- гепарин ва унинг фракцион аналоглари [ДД-А, 3-7];
- Гепариннинг бошланғич дозаси 5000 эД ҳисобланади, парентерал ёки тери остига (қисман тромбопластин фаоллашиш вақти орқали назорат қилинади)
- Еноксапарин 20-40 мг/сутка, тери астига
- Надропарин 0,2-0,6 мл тери остига, тана вазнига боғлиқ ҳолда, 1-2 маҳал/сутка

Антиагрегант даво [ДД-А, 3-7]:

- ацетилсалицил кислотаси 75-325 мг 1 маҳал кунига, оғиз орқали;
- клопидогрел 75 мг, 300 мг 1 маҳал кунига, оғиз орқали;
- дипиридамоил 50-600 мг/сут.ю оғиз орқали

Антиагрегант даво узоқ муддатга буюрилади (дори воситасининг қўллашга қарши кўрсатма бўлмаса умрбод ичишга тавсия берилади). Дори воситасининг ичиш давомийлиги беморнинг тана вазни, лаборатор кўрсаткич ва х.к. лардан келиб чиқиб аниқланади.

Оғрик синдромини қолдириш:

- НЯҚДВ (кеторолак, диклофенак ва х.к.), паравертебрал симпатик эпидурал блокадалар.
- опиоидлар – фентанил, морфин ва х.к. (НЯҚДВ фойда бермаганда стандарт дозалардан оширмаган ҳолда).

Микроциркуляцияни яхшиловчи ва и ангиопротекторлар [ДД-В, 3,5,6,7]:

алпростадил 20-60 мкг, парентерал, суткасига 1-2 маҳал;

пентоксифиллин 100-300 мг, парентерал;

Гиполипидемик даво 4-6 ойдан 1 йилгача холестерин даражасига боғлиқ равишда буюрилади:

- статинлар (симвастатин, аторвастатин ва х.к.), стандарт дозаларда, перорал, узоқ муддатли) [ДД-А, 4,6,7];

Патогенетик даво:

Бета-блокаторлар - аорта кенгайиши тезлигини пасайтириш мақсадида стандарт дозада бета-блокаторлар қон босими ва юрак қисқаришлар сони назорати остида қарши кўрсатмалар бўлмаган тақдирда Марфан синдроми ва аорта аневризмаси бўлган беморларга буюрилади.

- биспролол , метопролол , ва бошқалар. [ДД-А, 4,6,7]

Бошқа турдаги муолажалар:

Гимнастика: сурункали ишемиянинг I-IIA босқичида 3 км/с тезликдаги юриш машқлари (шикастланшган оёқда ишемик оғриқ пайдо бўлгунга қадар)

Физиотерапия: (Бернар токи, электрофорез, УЮЧ-терапия, радонли ва олтингугуртли ванналар);

I-IIA даражали сурункали ишемия ёки реабилитация пайтида буюрилади.

Баённоманинг ташкилий жиҳатлари:

1) манфаатлар тўқнашуви йўқлиги ҳақида маълумот: йўқ.

2) экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);

3) баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини белгилаш: ишлаб чиқилганидан 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражасига эга янги усуллар мавжуд бўлса.

**“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ
АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ
ЁНДАШУВ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

Тошкент – 2024

АСОСИЙ ҚИСМ.

Кириш

Ушбу муаммонинг долзарблиги қорин аортаси аневризмалари узоқ вақт давомида ҳеч қандай жиддий аломатларсиз мавжуд бўлиши мумкинлиги билан боғлиқ. Шу билан бирга, турли хил асоратлар хавфи юқори. Бундай аневризманинг ёрилиши оғир қон кетишига олиб келади, бу кўпинча ўлим билан тугайди.

Хатто ривожланган мамлакатларда ҳам касалхонага ётқизишдан олдин ўлим 40% гача, операциядан кейинги даврда эса 60% гача етиши мумкин. Қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши учун ўлим даражаси 60-70% дан ортиқ, факултатив жарроҳлик даволашдан кейин омон қолиш даражаси 95% дан ортиқ.

Қаватланувчи аорта аневризмаси бу унинг деворининг ўрта қатламининг ёрилиши, томир ичига қон кириши билан қўзғатилади, бунинг натижасида аорта деворининг қатламлари ажралиб чиқади ва кейинчалик ҳақиқий ва сохта бўшлиқлар боғланган ёки боғланмаган ҳолда ҳосил бўлади. Келажакда қоннинг аорта бўшлиғига янги интимал ёриқлар орқали қайта кириши мумкин, аммо адвентитияни йўқ қилиш ҳолатида аорта ёрилиши содир бўлади.

Қорин аортаси аневризмаларини (ҚҚАА) ташхислаш ва жарроҳлик даволаш замонавий қон томир жарроҳликнинг долзарб муаммолари бўлиб, бу аҳолининг касалланиш ва ўлим тузилишидаги юқори улуш, уларни кўпайтириш тенденцияси ва асоратларни ривожланишида юқори ўлим билан боғлиқ. Шошилиш жарроҳлик беморнинг ҳаётини сақлаб қолиши мумкин бўлган ягона чора ҳисобланади, чунки асоратланган қорин аортаси аневризмасини консерватив даволаш билан ўлим 100% га етади. Режали жарроҳлик пайтида МДХнинг турли минтақаларида периператив ўлим 2,4 - 5%, фавқулудда-45-70% етади.

Таъриф:

Қорин аортаси ва оёқ артерияларининг атеросклерози - бу оёқ ва кичик чанок аъзоларининг сурункали ишемиясининг симптомлар мажмуаси билан тавсифланадиган аорта бифуркацияси, ёнбош артериялари ва оёқ артерияларининг окклюзион шикастланишидир.

Клиник таснифи:

Касалликнинг клиник кўриниши ишемик бузилишлар даражасига боғлиқ бўлиб, бу ўз навбатида жараённинг локализацияси ва узунлиги билан, шунингдек дистал артериал ўзанинг ҳолати касалликнинг давомийлиги билан боғлиқ.

Қорин аортаси окклюзияларининг қуйидаги турлари мавжуд:

- пастки окклюзия (пастки мезентериал артериянинг дистал қисмидан қорин аорта бифуркациясигача);
- ўрта окклюзия (пастки мезентериал артериянинг проксимал аортанинг окклюзияси);
- юқори окклюзия (буйрак томирлари даражасида ёки 2 см дистал қисмда).

Фонтейн таснифи (Ж. Фонтейн, 1968), оёқ ишемиясининг 4 босқичга бўлиб ўрганади[2]:

I босқич – клиник белгиларсиз;

II босқич – ўтиб кетувчи оксокланиш;

III босқич – тинчликдаги оғриқ ва «тунги оғриқлар»;

IV стадия – трофик ўзгаришлар ва оёқ гангренази.

TASC II бўйича таснифи (2007г.) [2]

Жадвал №1.
Периферик артериялар
зараланиш таснифи.

Зарала ниш синфи	Аорто-ёнбош сегменти	Сон-тақим сегменти
A	Бир ёки икки томонлама умумий ёнбош артерияси стенози	Ягона стеноз <10 см
	Ташқи ёнбош артерияси унилатерал ёки билатерал стенози	Ягона окклюзия <5 см
B	Аортанинг инфраренал қисми стенози < 3 см	Кўплаб зараланишлар (стеноз ёки окклюзия) ҳар бири < 5 см
	Бир томонлама умумий ёнбош артерияси окклюзияси	Ягона стеноз ёки окклюзия < 15см, тақим артериясига таъсир қилмайдиган.
	Ташқи ёнбош артерияси ягона ёки кўплаб стенозлари 3-10 см, умумий сон артериясига таъсир қилмайди	Дистал қон айланиш мавжуд эмаслиги билан бирга ягона ёки кўплаб зарарланишлар
	Бир томонлама ташқи ёнбош артерияси окклюзияси, ички ёнбош артерияси асосига ёки умумий сон артериясига таъсир қилмаган	Яққол кальцинозлар билан бирга ягона окклюзия < 5 см
		Тақим артериясининг ягона стенози
C	Икки томонлама умумий ёнбош артерияси окклюзияси	Кўплаб зарарланишлар (стеноз ёки окклюзия)
	Икки томонлама ташқи ёнбош артерияси стенози, ўмумий сон артериясига ўтмаган ҳолатда	умумий узунлиги > 15 см (яққол кальциноз ёки кальцинозсиз)
	Бир томонлама ташқи ёнбош артерияси стенози умумий сон артериясига ўтиши билан	Тери орқали транслюминал ангиопластикадан кейинги қайта ревааскуляризация
	Бир томонлама ташқи ёнбош артерияси окклюзияси ички ёнбош ёки сон артерияларига ўтиши билан	Умумий ёки юза сон артерияси сурункали окклюзияси > 20 см тақим артериясига ўтиши билан
	Бир томонлама қучли кальциноз билан ташқи ёнбош артерияси окклюзияси	

D	Аортанинг инфраренал қисми ва умумий ёнбош артериялари окклюзияси	Умумий ёки юза сон артерияси сурункали окклюзияси > 20 см, тақим артериясига ўтиши билан
	Тарқоқ зараланиш аортанинг инфраренал қисми ва ёнбош артерияларига ўтиши билан	
	Бир томонлама тарқоқ зараланиш, умумий ва ташқи ёнбош артериялар, умумий сон артерияси	
	Бир томонлама умумий ва ташқи ёнбош артериялар окклюзияси	Тақим артерияси ва тақим артерияси проксимал трифуркация сегментининг сурункали окклюзияси
	Икки томонлама ташқи ёнбош артерияси окклюзияси	
	Беморда қорин аортаси аневризмаси билан бирга ёнбош артериялар стенози ёки аортанинг бошқа зараланишлари мавжуд, эндопротезлашга имкон йўқ, очик жаррохлик амалиёти талаб этилади	

ТАШХИСЛАШ УСУЛЛАРИ, ЁНДАШУВЛАРИ ВА ТАРТИБЛАРИ

I. Асосий ва қўшимча текширув диагностика тадбирлари рўйхати.

1. Амбулатория даражасида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностика текширувлари :

Қорин аортаси ва оёқ артерияларининг УТАС.

2. Қўшимча диагностика кўриклар амбулатория даражасида амалга оширилади:

- коагулограмма (АПТТ, ХНН, фибриноген, ПТ, ПТИ);
- липид спектри учун биокимёвий қон тест (ЮЗЛП, ПЗЛП, холестерин, триглицеридларни);
- Қорин аортаси ва оёқ артерияларининг КТА / МРА;
- тўпиқ-билак босим индексларини ўлчашу

3. Стационар даражасида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностика текширувлари (шошилиш касалхонага ётқизилган тақдирда, амбулатория шароитида ўтказилмайдиган диагностика текширувлари ўтказилади):

- УҚТ
- УСТ
- Қоннинг биокимёвий тахлили (умумий билирубин, бевосита ва билвосита билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оқсил, мочевино, креатинин, электролитлар, қондаги глюкоза);
- Коагулограмма (АПТТ, ХНН, фибриноген, ПТ, ПТИ);

- Қорин аорта ва / ёки оёқ артерияларининг УТАС;
- Қон гуруҳи ва Rh омили;
- ЭКГ;
- ИФТ усули орқали ОИВ қон тахлили;
- ИФТ усули орқали Гепатит Б ва С тахлили;
- Вассерман реакцияси;
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси
- Контрастли компьютер томографияси ва/ёки аортографияси.

4. Стационар даражасида қўшимча диагностик кўриклар амалга оширилади:

- КТА/МРА;
- Ангиография;
- кўкрак қафаси рентгенография;
- Қорин бўшлиғи УТТ;
- ФГДС.

5. Шошилиш тиббий ёрдам босқичида ўтказилган диагностик чоралари:

- Шикоятларни йиғиш, касаллик ва ҳаёт анамнези;
- Физикал текширувлар;
- ЭКГ.

II. Диагностик мезонлари (жараённинг оғирлигига қараб касалликнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

Шикоятлари:

Оёқ артерияларининг сурункали ишемия белгилари:

- ишемиянинг I даражасида - совуқ қотиш, оёқларнинг совуқлиги, "жунжикиб кетиш" ҳисси, ўтиб кетувчи оқсоқлик белгилари фақат 1 км дан ортиқ масофани босиб ўтишда пайдо бўлади;
- ишемиянинг II даражасида – кам масофага юрганда ҳам оғриқ пайдо бўлади. Шартли равишда масофа 200 метр қабул қилинган;
- ишемиянинг III даражасида – оёқлардаги оғриқ тинч ҳолатда ёки ўтиб кетувчи оқсоқлик 25 метрдан кам масофага юрганда пайдо бўлади;
- ишемиянинг IV даражасида – тўқималарда ярали-некротик ўзгаришлар пайдо бўлиши аҳамиятли ҳисобланади.

Анамнез:

- оёқ артерияларида аввалги аниқланган зарарланишлари ҳақида маълумот;
- бошқа қон томир ҳавзаларининг зараланиши (ЮИК, оёқ артериялари атеросклерози, аорта аневризмаси ва ҳ.к.);
- наслий гиперлипидемия;
- Қандли диабет;
- зарарли одатлар (чекиш, спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш);
- артериал гипертония;

- қон томирлар шикастланишлари ҳақида маълумот;
- ортиқча вазн.

Физикал текширув:

Умумий кўрик:

- Оёқ мушакларининг гипотрофияси;
- Тери рангининг ўзгариши;
- Оёқдаги сочларнинг тўкилиши;
- Шиш, гиперемия.

Пальпация:

- Сон, тақим ва болдир артерияларида пулснинг пасайиши/йўқолиши;
- Оёқ териси сезувчанлигининг пасайиши/йўқолиши.

Аускультация:

- Оёқ артериялари проекциясида қон-томир шовқини;

Лаборатор текширувлари:

Қоннинг биокимёвий таҳлили:

- Умумий холестерин миқдорининг ортиши;
- ЮЗЛП миқдорининг пасайиши;
- ПЗЛП миқдорининг ортиши;
- ТГД миқдорининг ортиши;
- Атерогенлик коэффициентининг ортиши.

Коагулограмма:

- Қон ивучанлигининг ортиши.

Инструментал текширувлар:

Тўпиқ-елка индекси:

$\leq 1,0$ – артериал етишмовчилик белгилари;

$\leq 0,4$ – критик ишемия белгилари.

Оёқ артериялари УТАС:

- Қон оқимиға тўсқинлик бўлган жойда тезлик ортиши – стеноз, томир қийшайиши;
- Қон оқими ўзгариши (турбулентлик);
- Артерия деворларининг қалинлашиши, атеросклеротик пиллакчаларнинг аниқланиши;
- Атеросклеротик пиллакчалар ҳолатини баҳолаш (уларнинг стабиллик /ностабиллик ҳолати);
- Томирларда тромблар мавжудлиги;
- Томирлар бўйича қон оқимининг йўқлиги (окклюзия).

Томирлар ангиографияси:

- Атеросклеротик жараёнлар таъсирида томир ички деворининг ўзгариши;
- Артериялар контрастланишининг йўқлиги (окклюзия);
- Кўплаб коллатералларнинг юзага келиши;

- Артерияларнинг патологик қийшайиши.

КТА (ёки МСКТА):

- Атеросклеротик жараёнлар таъсирида томир ички деворининг ўзгариши;
- Артерияларда зарарланган сегмент деворининг ҳолати;
- Артериялар контрастланишининг йўқлиги (окклюзия);
- Артериялар тромбози белгилари;
- Артерияларнинг патологик қийшайиши.

Тор мутахассислар кўриги учун кўрсатмалар бошқа қўшимча касалликлар мавжулигида тор мутахассислар кўриги ўтказилади.

Дифференциальный диагноз:

Дифференциал ташхислаш:

Оёқ артерияларининг атеросклерозини бошқа турдаги окклюзияланган артериал касалликлар билан дифференциал ташхислаш талаб этилади.

Мезонлар	Атеросклероз	Носпецифик аортоартериит	Облитерлашган тромбоангиит
Касаллик пайдо бўлиш ёши	40-60 ёш	25-40 ёш	20-35 ёш
Жинс	Эркаклар (90%)	Аёлларда кўпроқ учрайди, Э:А=1:8	Эркаклар (95%)
Олиб келувчи омиллар	холестерин-липид алмашинувининг бузилиши	Аутоиммун реакция, риккетсиоз касалликлар	Совуқ, жароҳатлар, чекиш
Касаллик кечиши	Секинлик	Фаол	Фаол
Кўпроқ учрайдиган локализацияс и	Қорин аортаси ва унинг тармоқлари, коронар артериялари	Ўмров ости ва уйқу артериялари; эркакларда қорин аортаси ва унинг тармоқларининг зараланиши, аневризмалар пайдо бўлиши	Тақим ва болдир артериялари

Кўп юзага келувчи симптомлар	Ўтиб кетувчи оксоқлик, стенокардиялар (коронар артериялар зарарланишида)	Қўлда ва бош миёда ишемия белгилари, ёшларда артериал гипертензия	Оёқ қафтида парестезия, оғриқ
Артерия пулсациянинг йўқлиги	Сон артериясида	Елка артериясида	Болдир ва оёқ қафти артериясида
Систолик шовқин жойлашуви	Сон артерияси устида	Ўмров ости ва уйқу томирлари ҳамда эпигастриал соҳа устида	Эшитилмайди
Ангиографик зараланиш белгилари	Қорин аортаси ва унинг тармоқлари тўлишининг ён нуқсонлари, девор кальцинозлари. Ёнбош, сон артериялари окклюзияси. Бошланғич босқичларда коллатераллар ривожланиши	Давомий диффуз аортанинг торайиши, секинлик билан ўзгармаган қисмга ўтиши. Кўплаб коллатераллар ва диаметрининг катталаниши (Риолан ёйи ривожланиши)	Болдир артериялари облитерацияси; магистрал артериялар бир хилдаги торайиши. Коллатераллар ривожланмайди.

Касалхонага ётқизиш бўйича кўрсатмалар:

Шошилиш касалхонага ётқизиш кўрсатмалари:

- Фонтейн таснифи бўйича III-IV босқичдаги оёқ артерияларининг сурункали ишемияси.

Режали равишда касалхонага ётқизиш кўрсатмалари:

- Фонтейн таснифи бўйича II-III босқичдаги оёқ артерияларининг сурункали ишемияси.

Даволаш мақсадлари:

- Ишемиянинг кучайиб бориш профилактикаси;
- Зараланган оёқнинг вазифасини сақлаш/қайта тиклаш;
- Оғриқ синдромини бартараф этиш;
- Хаёт сифатини ошириш;
- Гангренали оёқнинг ҳаётини сақлаб қолиш.

ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

Даволаш таъсирланган аъзонинг ишемия даражасини пасайтиришга, ногиронликнинг пасайишига олиб келадиган асосий қон оқимини тиклашга қаратилган. Қайтмас оёқ ишемияси ривожланишида - оёқ ампутатсияси амалга тоширилади. 5 см дан кам изоляция қилинган аневризма мавжуд бўлганда (текширувларда тасдиқланган) ва ёрилиш хавфи бўлмаганида, секин ўсиши (йилига 1 см дан кам), жарроҳлик муолажаси зарурлиги тўғрисида қарор қон томир жарроҳ томонидан қабул қилинади. Ҳар 6 ойда бир марта инструментал диагностика усуллари назорати остида кутиш тактикаси қабул қилинади. [ДД-1Б, ДД-А, 9].

1. Дори воситаларисиз даволаш:

Режим - умумий ҳолатга қараб I ёки II ёки III ёки IV;

Пархез - № 10;

2. Дори воситалари билан даволаш:

Фонтейн таснифи бўйича I-II босқичида ва реконструктив операцияга қарши кўрсатма бўлган бошқа босқичларда - консерватив даволаш кўрсатма ҳисобланади.

Ўтказиладиган консерватив даволанишнинг асосий тамойиллари қуйидагидар ҳисобланади:

Антикоагулянт даво:

- гепарин ва унинг фракцион аналоглари [ДД-А, 3-7];
- Гепариннинг бошланғич дозаси 5000 ЕД ҳисобланади, парентерал ёки тери остига (қисман тромбопластин фаоллашиш вақти орқали назорат қилинади)
- Эноксапарин 20-40 мг/сутка, тери астига
- Надропарин 0,2-0,6 мл тери остига, тана вазнига боғлиқ ҳолда, 1-2 маҳал/сутка

Антиагрегант даво [ДД-А, 3-7]:

- ацетилсалицил кислотаси 75-325 мг 1 маҳал кунига, оғиз орқали;
- клопидогрель 75 мг, 300 мг 1 маҳал кунига, оғиз орқали;
- дипиридамол 50-600 мг/сут.ю оғиз орқали

Антиагрегант даво узоқ муддатга буюрилади (дори воситасининг қўллашга қарши кўрсатма бўлмаса умрбод ичишга тавсия берилади). Дори воситасининг ичиш давомийлиги беморнинг тана вазни, лаборатор кўрсаткич ва х.к. лардан келиб чиқиб аниқланади.

Оғрик синдромини қолдириш:

- НЯҚДВ (кеторолак, диклофенак ва х.к.), паравертебрал симпатик эпидурал блокадалар.
- опиоидлар – фентанил, морфин ва х.к. (НЯҚДВ фойда бермаганда стандарт дозалардан оширмаган ҳолда).

Микроциркуляцияни яхшиловчи ва и ангиопротекторлар [ДД-В, 3,5,6,7]:

алпростадил 20-60 мкг, парентерал, суткасига 1-2 маҳал;
пентоксифиллин 100-300 мг, парентерал;

Гиполипидемик даво 4-6 ойдан 1 йилгача холестерин даражасига боғлиқ равишда буюрилади:

- статинлар (симвастатин, аторвастатин ва ҳ.к.), стандарт дозаларда, перорал, узоқ муддатли) [ДД-А, 4,6,7];

Патогенетик даво:

Бета-блокаторлар - аорта кенгайиши тезлигини пасайтириш мақсадида стандарт дозада бета-блокаторлар қон босими ва юрак қисқаришлар сони назорати остида қарши кўрсатмалар бўлмаган тақдирда Марфан синдроми ва аорта аневризмаси бўлган беморларга буюрилади.

- биспролол , метопролол , ва бошқалар. [ДД-А, 4,6,7]

3. Бошқа турдаги муолажалар:

Гимнастика: сурункали ишемиянинг I-IIA босқичида 3 км/с тезликдаги юриш машқлари (шикастланшган оёқда ишемик оғриқ пайдо бўлгунга қадар)

Физиотерапия: (Бернар токи, электрофорез, УЮЧ-терапия, радонли ва олтингугуртли ванналар);

I-IIA даражали сурункали ишемия ёки реабилитация пайтида буюрилади.

4. Жарроҳлик амалиётлари:

Жарроҳлик амалиётлари стационар шароитда ўтказилади:

Амалиёт турлари:

"Очиқ" жарроҳлик усули:

- эндартерэктомия;
- бошқа томирлар резекцияси ва анастомозлаш;
- озиқлантирувчи томирлари билан бирга тўқима кўчириб ўтказиш орқали тиклаш;
- озиқлантирувчи томирлари билан бирга сунъий тўқима кўчириб ўтказиш орқали тиклаш;
- аорта-ёнбош-сон анастомозлари;
- очиқ эмбол/тромбэктомия;
- сон-тақим шунтлаш;
- бошқа турдаги периферик шунтлаш ёки анастомозлаш;
- Фогарти катетери ёрдамида эмбол/тромбэктомия;
- фасциотомия;
- некрэктомия;
- ампутация;

Эндоваскуляр жарроҳлик:

- баллонли ангиопластика;
- эндоваскуляр стентлаш;

- катетерли тромболитизис;
- механик тромбинтизмэктомия.

Гибрид жарроҳлик:

- юқоридаги жарроҳлик даволаш усуллариининг бирга қўлланиши.

Жарроҳлик амалиёти учун кўрсатмалар:

- сурункали ишемиянинг II-III-IV босқичлари.

Жадвал №3.
TASC 2 бўйича оператив
даво усулини танлаш (ДД А [2]).

Зараланиш синфи	Оператив даво усули
А	Танлов усули эндоваскуляр амалиёт ҳисобланади
Б	эндоваскуляр амалиёт, баъзан реконструктив операциялар
С	Реконструктив операциялар, баъзан эндоваскуляр амалиётлар
Д	Танлов усули реконструктив операция ҳисобланади

Операцияга қарши кўрсатмалар:

- янги миокард инфаркти (камида 3 ой)
- бош мия қон айланиши ўткир бузилиши (6 ҳафтагача)
- оғир ўпка етишмовчилиги, қон айланиш етишмовчилиги IIБ – III босқичи.
- жигар функциясининг кучли бузилиши, буйрак етишмовчилиги.
- Хавфли ўсма жараёнларининг III-IV босқичларида.

5. Баённоманинг ташкилий жиҳатлари:

- 1) манфаатлар тўқнашуви йўқлиги ҳақида маълумот: йўқ.
- 2) экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);
- 3) баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини белгилаш: ишлаб чиқилганидан 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражасига эга янги усуллар мавжуд бўлса.

**“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ
АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

Тошкент – 2024

АСОСИЙ ҚИСМ.

Кириш

Ушбу муаммонинг долзарблиги қорин аортаси аневризмалари узоқ вақт давомида ҳеч қандай жиддий аломатларсиз мавжуд бўлиши мумкинлиги билан боғлиқ. Шу билан бирга, турли хил асоратлар хавфи юқори. Бундай аневризманинг ёрилиши оғир қон кетишига олиб келади, бу кўпинча ўлим билан тугайди.

Хатто ривожланган мамлакатларда ҳам касалхонага ётқизишдан олдин ўлим 40% гача, операциядан кейинги даврда эса 60% гача етиши мумкин. Қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши учун ўлим даражаси 60-70% дан ортиқ, факултатив жарроҳлик даволашдан кейин омон қолиш даражаси 95% дан ортиқ.

Қаватланувчи аорта аневризмаси бу унинг деворининг ўрта қатламининг ёрилиши, томир ичига қон кириши билан қўзғатилади, бунинг натижасида аорта деворининг қатламлари ажралиб чиқади ва кейинчалик ҳақиқий ва сохта бўшлиқлар боғланган ёки боғланмаган ҳолда ҳосил бўлади. Келажакда қоннинг аорта бўшлиғига янги интимал ёриқлар орқали қайта кириши мумкин, аммо адвентитияни йўқ қилиш ҳолатида аорта ёрилиши содир бўлади.

Қорин аортаси аневризмаларини (ҚҚАА) ташхислаш ва жарроҳлик даволаш замонавий қон томир жарроҳликнинг долзарб муаммолари бўлиб, бу аҳолининг касалланиш ва ўлим тузилишидаги юқори улуш, уларни кўпайтириш тенденцияси ва асоратларни ривожланишида юқори ўлим билан боғлиқ. Шошилиш жарроҳлик беморнинг ҳаётини сақлаб қолиши мумкин бўлган ягона чора ҳисобланади, чунки асоратланган қорин аортаси аневризмасини консерватив даволаш билан ўлим 100% га етади. Режали жарроҳлик пайтида МДХнинг турли минтақаларида периоператив ўлим 2,4 - 5%, фавқулодда-45-70% етади.

Таъриф:

Қорин аортаси ва оёқ артерияларининг атеросклерози - бу оёқ ва кичик чанок аъзоларининг сурункали ишемиясининг симптомлар мажмуаси билан тавсифланадиган аорта бифуркацияси, ёнбош артериялари ва оёқ артерияларининг окклюзион шикастланишидир.

ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ.

Даволаш мақсадлари:

- Ишемиянинг кучайиб бориш профилактикаси;
- Зараланган оёқнинг вазифасини сақлаш/қайта тиклаш;
- Оғриқ синдромини бартараф этиш;
- Хаёт сифатини ошириш;
- Гангренали оёқнинг ҳаётини сақлаб қолиш.

Даволаш таъсирланган аъзонинг ишемия даражасини пасайтиришга, ногиронликнинг пасайишига олиб келадиган асосий қон оқимини тиклашга

қаратилган. Қайтмас оёқ ишемияси ривожланишида - оёқ ампутацияси амалга тоширилади.

5 см дан кам изоляция қилинган аневризма мавжуд бўлганда (текширувларда тасдиқланган) ва ёрилиш хавфи бўлмаганида, секин ўсиши (йилига 1 см дан кам), жарроҳлик муолажаси зарурлиги тўғрисида қарор қон томир жарроҳ томонидан қабул қилинади. Ҳар 6 ойда бир марта инструментал диагностика усуллари назорати остида кутиш тактикаси қабул қилинади. [ДД-1Б, ДД-А, 9].

1. Дори воситаларисиз даволаш:

Режим - умумий ҳолатга қараб I ёки II ёки III ёки IV;

Пархез - № 10; ;

2. Дори воситалари билан даволаш:

Фонтейн таснифи бўйича I-II босқичида ва реконструктив операцияга қарши кўрсатма бўлган бошқа босқичларда - консерватив даволаш кўрсатма ҳисобланади.

Ўтказиладиган консерватив даволанишнинг асосий тамойиллари қуйидагидар ҳисобланади:

Антикоагулянт даво:

- гепарин ва унинг фракцион аналоглари [ДД-А, 3-7];
- Гепариннинг бошланғич дозаси 5000 ЕД ҳисобланади, парентерал ёки тери остига (қисман тромбопластин фаоллашиш вақти орқали назорат қилинади)
- Эноксапарин 20-40 мг/сутка, тери астига
- Надропарин 0,2-0,6 мл тери остига, тана вазнига боғлиқ ҳолда, 1-2 маҳал/сутка

Антиагрегант даво [ДД-А, 3-7]:

- ацетилсалицил кислотаси 75-325 мг 1 маҳал кунига, оғиз орқали;
- клопидогрель 75 мг, 300 мг 1 маҳал кунига, оғиз орқали;
- дипиридамол 50-600 мг/сут.ю оғиз орқали

Антиагрегант даво узок муддатга буюрилади (дори воситасининг қўллашга қарши кўрсатма бўлмаса умрбод ичишга тавсия берилади). Дори воситасининг ичиш давомийлиги беморнинг тана вазни, лаборатор кўрсаткич ва х.к. лардан келиб чиқиб аниқланади.

Оғрик синдромини қолдириш:

- НЯҚДВ (кеторолак, диклофенак ва х.к.), паравертебрал симпатик эпидурал блокадалар.
- опиоидлар – фентанил, морфин ва х.к. (НЯҚДВ фойда бермаганда стандарт дозалардан оширмаган ҳолда).

Микроциркуляцияни яхшиловчи ва и ангиопротекторлар [ДД-В, 3,5,6,7]:

алпростадил 20-60 мкг, парентерал, суткасига 1-2 маҳал;

пентоксифиллин 100-300 мг, парентерал;

Гиполипидемик даво 4-6 ойдан 1 йилгача холестерин даражасига боғлиқ равишда буюрилади:

- статинлар (симвастатин, аторвастатин ва ҳ.к.), стандарт дозаларда, перорал, узоқ муддатли) [ДД-А, 4,6,7];

Патогенетик даво:

Бета-блокаторлар - аорта кенгайиши тезлигини пасайтириш мақсадида стандарт дозада бета-блокаторлар қон босими ва юрак қисқаришлар сони назорати остида қарши кўрсатмалар бўлмаган тақдирда Марфан синдроми ва аорта аневризмаси бўлган беморларга буюрилади.

- биспролол , метопролол , ва бошқалар. [ДД-А, 4,6,7]

3. Бошқа турдаги муолажалар:

Гимнастика: сурункали ишемиянинг I-IIA босқичида 3 км/с тезликдаги юриш машқлари (шикастланган оёқда ишемик оғриқ пайдо бўлгунга қадар)

Физиотерапия: (Бернар токи, электрофорез, УЮЧ-терапия, радонли ва олтингугуртли ванналар);

I-IIA даражали сурункали ишемия ёки реабилитация пайтида буюрилади.

4. Кузатув олиб бориш:

- Анггиолог кўриги, йилиги 2 марта;
- Артериялар УТАС, йилига 1 марта;
- Қондаги липид спектр назорати;
- Қон ивиш тизими назорати;
- Кўрсатма бўлганда консерватив даво, йилига 1 марта.

5. Даволаш самарадорлигининг кўрсаткичлари:

- Оёқда ишемия белгиларининг камайиши/йўқолиши;
- ҳаёт сифатини яхшилаш;
- Инструментал маълумотларга кўра зарарланган ҳудудда этарли қон оқимини тикланиши (ангиография, МР-ангиография, КТ-ангиография ёки ултратовуш доплерографияси);

Баённоманинг ташкилий жиҳатлари:

1) манфаатлар тўқнашуви йўқлиги ҳақида маълумот: йўқ.

2) экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);

3) баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини белгилаш: ишлаб чиқилганидан 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражасига эга янги усуллар мавжуд бўлса.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1) Покровский А.В. Клиническая ангиология. М., Москва, 2004, 2 т.

2) TASC II Guidelines. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA; Hiatt; et al. (2007). "InterSociety Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)". Eur J Vasc Endovasc Surg. 33 (Suppl 1): S1–75. doi:10.1016/j.ejvs.2006.09.024. PMID 17140820.

- 3) Ruffolo AJ, Romano M, Ciapponi A. Prostanoids for critical limb ischaemia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD006544. DOI: 10.1002/14651858.CD006544.pub2.
- 4) D.C. GEY, E.P. LESHO, J.MANNGOLD Management of Peripheral Arterial Disease// Am Fam Physician. 2004 Feb 1;69(3):525-532.
- 5) Creutzig A, Lehmacher W, Elze M. Meta-analysis of randomised controlled prostaglandin E1 studies in peripheral arterial occlusive disease stages III and Vasa. 2004 Aug;33(3):137-44.
- 6) Jeffrey I. Weitz, MD, Chair; John Byrne, MD; G. Patrick Clagett, MD; Michael E. Farkouh, MD; John M. Porter, MD; David L. Sackett, MD; D. Eugene Strandness, Jr, MD; Lloyd M. Taylor, MD Diagnosis and Treatment of Chronic Arterial Insufficiency of the Lower Extremities: A Critical Review// Circulation.1996; 94: 3026-3049doi: 10.1161/01.CIR.94.11.3026
- 7) Diagnosis and management of peripheral arterial disease. A national clinical guideline// Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2016
- 8) проф. А.М. Шулутко, проф. В.И. Семикова с соавт. - "Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей", методическое пособие М. Москва, 2010.
- 9) Moll FL, Powell JT, Fraedrich G, Verzini F, Haulon S, Waltham M, et al. Management of Abdominal Aortic Aneurysms Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery [Internet]. 2011 Jan 1 [cited 2015 Oct 19];41:S1–58. Available from: <http://www.ejves.com/article/S1078588410005605/abstract>