

O'zbekiston Respublika
Sog'likni saqlash vazirining
2024-yil 29-martdagi
107-son buyrug'iga
1-ilova

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**«AKADEMIK V.VOXIDOV NOMIDAGI RESPUBLIKA
IXTISOSLASHTIRILGAN XIRURGIYA ILMIY–AMALIY TIBBIYOT
MARKAZI» DAVLAT MUASSASASI**

**“QORIN AORTASI VA OYOQ ARTERIYALARI
ATEROSKLEROZI” NOZOLOGIYASI BO`YICHA
MILLIY KLINIK BAYONNOMALARI**

Toshkent – 2024

**«TASDIQLAYMAN»
«Akademik V.Voxidov nomidagi
RIXIATM» DM direktori
S.I. Ismailov**



2024 yil

**“QORIN AORTASI VA OYOQ ARTERIYALARI
ATEROSKLEROZI” NOZOLOGIYASI BO`YICHA
MILLIY KLINIK BAYONNOMALARI**

Toshkent - 2024

«TASDIQLAYMAN»

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vaziri v.b.

A.A. Xudayarov



2024 yil

**“QORIN AORTASI VA OYOQ ARTERIYALARI
ATEROSKLEROZI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK BAYONNOMALARI**

Toshkent - 2024

Mundarija

“QORIN AORTASI VA OYOQ ARTERIYALARI ATROSKLEROZI” NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK BAYONNOMASI.....	5
“QORIN AORTASI VA OYOQ ARTERIYALARI ATROSKLEROZI” NOZOLOGIYASIDA TIBBIY YONDASHUV BO‘YICHA MILLIY KLINIK BAYONNOMASI.....	18
“QORIN AORTASI VA OYOQ ARTERIYALARI ATROSKLEROZI” NOZOLOGIYASINING TIBBIY REABILITATSIYASI VA PROFILAKTIKASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK BAYONNOMASI.....	29

**“QORIN AORTASI VA OYOQ ARTERIYALARI
ATEROSKLEROZI” NOZOLOGIYASI TASHXISLASH VA
DAVOLASH BO`YICHA MILLIY KLINIK
BAYONNOMALARI**

Toshkent - 2024

KIRISH QISMI

1) XKT-10 kod(lari):

XKT-10	
https://mkb-10.com/?ysclid=lqniyld7w6585385596	
https://www.rlsnet.ru/mkb?ysclid=lqnj2gy9r9554498634	
https://classinform.ru/	
https://classinform.ru/mkb-10/a05.1.html	
I70.0	Aorta aterosklerozi
I70.1	Qo`l va oyoq arteriyalar aterosklerozi
I70.8	Boshqa arteriyalar aterosklerozi
I74.0	Qorin aortasi emboliya va trombozi
I74.3	Oyoq arteriyalari emboliya va trombozi

2) Bayonnomani qayta ko`rib chiqish va ishlash sanasi: 28.11.2023 y.;
rejalashtirilgan qayta ko`rib chiqish sanasi: 29.11.2027 y

3) Asosiy va qo`shimcha mualliflar jamoasining ro`yxati (F.I.O., Ish joyi, unvoni/lavozimi):

	Ismailov Saydimurad Ibragimovich
	«

4

(F.I.O., Ish joyi, unvoni/lavozimi);

T a T q a r q i r z i	Vinogradov Roman Aleksandrovich t.f.d., professor, Ochapovskiy S.V. nomidagi №1 raqamli viloyat klinik shifoxonasi 1-sonli qon-tomir xirurgiyasi bo`limi boshlig`i, RF.

3) Qachon muhokamalar o`tkazilgan (tibbiyot muassasalar Ilmiy Kengashlari muhokamasi bayonnomasidan ko`chirma sanasi va soni); «Akademik V.Vaxidov nomidagi RIXIATM» DM Ilmiy Kengashining 2023-yil 09-noyabrdagi 09-sonli protokolidan ko`chirma.

(2 tashqi, respublika va xalqaro darajadagi)

Texnik ekspert baxolash va taxrirlash:

- 1.
- 2...

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash vazirligi ekspert guruxi tomonidan bahosi:

- 1.
- 2.
- 3..

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash vazirligi Dori siyosati boshqarmasining ekspert guruxi tomonidan baxosi:

- 1.
- 2..

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash vazirligi Tibbiy sug'urta agentligi mutaxassislarining ekspert baxosi:

- 1.
- 2.
- 3.

Ushbu klinik protokol va standart Sog'liqni Saqlash vazirining o'rinbosari t.f.d F. Sharipov, tibbiy sug'urta bo'limi boshlig'i Sh.Almardanov boshchiligida, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo'limi boshlig'i, S.A. Ubaydullaeva, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo'limining bosh mutaxassislari Sh.Nurimova, S. Usmanova va G. Jumaeva tashkiliy va uslubiy yordamida ishlab chiqildi.

6) Bayonnomada ishlatiladigan qisqartmalar;

A	a
	faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti
IFA	i
KT	kompyuter tomografiyasi
KTA	K
LP	
LP	lipoprotein
I	-
M	xalqaro normallashtirilgan munosabat
MRA	M
MRT	M
MSKTA	m

TGD	t
UZDG	u
U	U
D	dalillar darajasi
EKG	elektrokardiogramma

7) Ushbu nozologiya bayonnomasi foydalanuvchilari:

Sogʻliqni saqlash tashkilotchilari, umumiy amaliyot shifokorlari, terapevtlar, nevrologlar, angioxirurglar, neyroxirurglar, interventsion rentgenxirurglar, radiologlar.

8) Ushbu nozologiyada bemorlar toifasi: kattalar.

9) Tashxislash usullari (tashxislash yondashuvlari) uchun dalillarning ishonchliligi darajasini (DID) baholash koʻlami

DID	Yoritib berish
1	Maʼlumot nazorati bilan tadqiqotlarni tizimli koʻrib chiqish yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli koʻrib chiqish
2	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar bundan mustasno, mos yozuvlar nazorati yoki alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli koʻrib chiqish bilan alohida tadqiqotlar
3	Yoʻnaltiruvchi usul bilan izchil nazoratsiz tadqiqotlar yoki oʻrganilayotgan usuldan mustaqil boʻlmagan maʼlumotnoma usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy boʻlmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Qiyosiy tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Faqat harakat mexanizmi yoki mutaxassislarning fikri uchun asos bor

Profilaktik, davolovchi va rehabilitatsiya tadbirlari uchun dalillarning ishonchliligi darajasini (DID) baholash koʻlami

DID	Yoritib berish
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli koʻrib chiqish
2	Alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarva meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari, har qanday dizayn tadqiqotlarga tizimli sharhlar
3	Tasodifiy boʻlmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holat yoki bir qator holatlar tavsifi, «ishlarni nazorat qilish» boʻyicha tadqiqotlar
5	Faqat yondashuvning taʼsir mexanizmi (klinikadan oldingi tadqiqotlar) yoki mutaxassislarning fikri uchun asos bor

Profilaktik, diagnostik, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari uchun tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasini (TID) baholash shkalasi

TID	Yoritib berish
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo‘yicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki qiziqish natijalari bo‘yicha ularning xulosalari izchil emas)
C	Zaif tavsiyalar (tegishli sifat dalillarining yetishmasligi (barcha ko‘rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo‘yicha xulosalari izchil emas)

ASOSIY QISM.

1). Kirish

Ushbu muammoning dolzarbligi qorin aortasi anevrizmalari uzoq vaqt davomida hech qanday jiddiy alomatlarisiz mavjud bo‘lishi mumkinligi bilan bog‘liq. Shu bilan birga, turli xil asoratlar xavfi yuqori. Bunday anevrizmaning yorilishi og‘ir qon ketishiga olib keladi, bu ko‘pincha o‘lim bilan tugaydi.

Hatto rivojlangan mamlakatlarda ham kasalxonaga yotqizishdan oldin o‘lim 40% gacha, operatsiyadan keyingi davrda esa 60% gacha etishi mumkin. Qorin aortasi anevrizmasining yorilishi uchun o‘lim darajasi 60-70% dan ortiq, fakultativ jarrohlik davolashdan keyin omon qolish darajasi 95% dan ortiq.

Qavatlanuvchi aorta anevrizmasi bu uning devorining o‘rta qatlamining yorilishi, tomir ichiga qon kirishi bilan qo‘zg‘atiladi, buning natijasida aorta devorining qatlamlari ajralib chiqadi va keyinchalik haqiqiy va soxta bo‘shliqlar bog‘langan yoki bog‘lanmagan holda hosil bo‘ladi. Kelajakda qonning aorta bo‘shlig‘iga yangi intimal yoriqlar orqali qayta kirishi mumkin, ammo adventitiyani yo‘q qilish holatida aorta yorilishi sodir bo‘ladi.

Qorin aortasi anevrizmalarini (QQAA) tashxislash va jarrohlik davolash zamonaviy qon tomir jarrohlikning dolzarb muammolari bo‘lib, bu aholining kasallanish va o‘lim tuzilishidagi yuqori ulush, ularni ko‘paytirish tendentsiyasi va asoratlarni rivojlanishida yuqori o‘lim bilan bog‘liq. Shoshilinch jarrohlik bemorning hayotini saqlab qolishi mumkin bo‘lgan yagona chora hisoblanadi, chunki asoratlangan qorin aortasi anevrizmasini konservativ davolash bilan o‘lim 100% ga etadi. Rejali jarrohlik paytida MDHning turli mintaqalarida perioperativ o‘lim 2,4 - 5%, favqulodda-45-70% etadi.

2). Ta‘rif:

Qorin aortasi va oyoq arteriyalarining aterosklerozi - bu oyoq va kichik chanoq a‘zolarining surunkali ishemiyasining simptomlar majmuasi bilan tavsiflanadigan aorta bifurkatsiyasi, yonbosh arteriyalari va oyoq arteriyalarining okklyuzion shikastlanishidir.

3). Klinik tasnifi:

Kasallikning klinik koʻrinishi ishemik buzilishlar darajasiga bogʻliq boʻlib, bu oʻz navbatida jarayonning lokalizatsiyasi va uzunligi bilan, shuningdek distal arterial oʻzanning holati kasallikning davomiyligi bilan bogʻliq.

Qorin aortasi okklyuziyalarining quyidagi turlari mavjud:

- pastki okklyuziya (pastki mezenterial arteriyaning distal qismidan qorin aorta bifurkatsiyasigacha);
- oʻrta okklyuziya (pastki mezenterial arteriyaning proksimal aortaning okklyuziyasi);
- yuqori okklyuziya (buyrak tomirlari darajasida yoki 2 sm distal qismda).

Fonteyn tasnifi (J. Fonteyn, 1968), oyoq ishemiyasining 4 bosqichga boʻlib oʻrganadi[2]:

I bosqich – klinik belgilarsiz;

II bosqich – oʻtib ketuvchi oqsoqlanish;

III bosqich – tinchlikdagi ogʻriq va «tungi ogʻriqlar»;

IV stadiya – trofik oʻzgarishlar va oyoq gangrenasi.

TASC II boʻyicha tasnifi (2007g.) [2]

Jadval №1.
Periferik arteriyalar
zararlanish tasnifi.

r	A	-
	s	stenoz <10 sm
	n	okklyuziya <5 sm
	t	
	o	
		k
C		
	s	t
		a
		r
		t

TASHXISLASH USULLARI, YONDASHUVLARI VA TARTIBLARI

I. Asosiy va qoʻshimcha tekshiruv diagnostika tadbirlari roʻyxati.

1. Ambulatoriya darajasida oʻtkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostika tekshiruvlari:

Qorin aortasi va oyoq arteriyalarining UTAS.

2. Qo`shimcha diagnostika ko`riklar ambulatoriya darajasida amalga oshiriladi:

- koagulogramma (APTT, XNN, fibrinogen, PT, PTI);
- lipid spektri uchun biokimyoviy qon test (YuZLP, PZLP, xolesterin, triglitseridlarni);
- Qorin aortasi va oyoq arteriyalarining KTA / MRA;
- to`piq-bilak bosim indekslarini o`lchashyu

3. Statsionar darajasida o`tkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostika tekshiruvlari (shoshilinch kasalxonaga yotqizilgan taqdirda, ambulatoriya sharoitida o`tkazilmaydigan diagnostika tekshiruvlari o`tkaziladi):

- UQT
- UST
- Qonning biokimyoviy taxlili (umumiy bilirubin, bevosita va bilvosita bilirubin, ALT, AST, umumiy oqsil, mochevina, kreatinin, elektrolitlar, qondagi glyukoza);
- Koagulogramma (APTT, XNN, fibrinogen, PT, PTI);
- Qorin aorta va / yoki oyoq arteriyalarining UTAS;
- Qon guruhi va Rh omili;
- EKG;
- IFT usuli orqali OIV qon taxlili;
- IFT usuli orqali Gepatit B va C taxlili;
- Vasserman reaksiyasi;
- Ko`krak qafasi a`zolarining rentgenografiyasi
- Kontrastli kompyuter tomografiyasi va/yoki aortografiyasi.

4. Statsionar darajasida qo`shimcha diagnostik ko`riklar amalga oshiriladi:

- KTA/MRA;
- Angiografiya;
- ko`krak qafasi rentgenografiya;
- Qorin bo`shlig`i UTT;
- FGDS.

5. Shoshilinch tibbiy yordam bosqichida o`tkazilgan diagnostik choralari:

- Shikoyatlarni, kasallik va hayot anamnezi yig`ish;
- Fizikal tekshiruvlar;
- EKG.

II. Diagnostik mezonlari (jarayonning og`irligiga qarab kasallikning ishonchli belgilarining tavsifi):

1. Shikoyatlari:

Oyoq arteriyalarining surunkali ishemiya belgilari:

- ishemiyani I darajasida - sovuq qotish, oyoqlarning sovuqligi, "junjikib ketish" hissi, o'tib ketuvchi oqsoqlik belgilari faqat 1 km dan ortiq masofani bosib o'tishda paydo bo'ladi;
- ishemiyani II darajasida – kam masofaga yurganda xam og'riq paydo bo'ladi. Shartli ravishda masofa 200 metr qabul qilingan;
- ishemiyani III darajasida – oyoqlardagi og'riq tinch xolatda yoki o'tib ketuvchi oqsoqlik 25 metrdan kam masofaga yurganda paydo bo'ladi;
- ishemiyani IV darajasida – to'qimalarda yarali-nekrotik o'zgarishlar paydo bo'lishi ahamiyatli xisoblanadi.

2. Anamnez:

- oyoq arteriyalarida avvalgi aniqlangan zararlanishlari haqida ma'lumot;
- boshqa qon tomir havzalarining zararlanishi (YuIK, oyoq arteriyalari aterosklerozi, aorta anevrizmasi va h.k.);
- nasliy giperlipidemiya;
- Qandli diabet;
- zararli odatlar (chekish, spirtli ichimliklarni suiste'mol qilish);
- arterial gipertoniya;
- qon tomirlar shikastlanishlari haqida ma'lumot;
- ortiqcha vazn.

3. Fizikal tekshiruv:

Umumiy ko'rik:

- Oyoq mushaklarining gipotrafiyasi;
- Teri rangining o'zgarishi;
- Oyoqdagi sochlarning to'kilishi;
- Shish, giperemiya.

Palpatsiya:

- Son, taqim va boldir arteriyalarida pulsning pasayishi/yo'qolishi;
- Oyoq terisi sezuvchanligining pasayishi/yo'qolishi.

Auskultatsiya:

- Oyoq arteriyalari proektsiyasida qon-tomir shovqini;

4. Laborator tekshiruvlari:

Qonning biokimyoviy taxlili:

- Umumiy xolesterin miqdorining ortishi;
- YuZLP miqlorining pasayishi;
- PZLP miqdorining ortishi;
- TGD miqlorining ortishi;
- Aterogenlik koeffitsientining ortishi.

Koagulogramma:

- Qon ivuchanligining ortishi.

5. Instrumental tekshiruvlar:

To`piq-elka indeksi:

$\leq 1,0$ – arterial etishmovchilik belgilari;

$\leq 0,4$ – kritik ishemiya belgilari.

Oyoq arteriyalari UTAS:

- Qon oqimiga to'sqinlik bo'lgan joyda tezlik ortishi – stenoz, tomir qiyshayishi;
- Qon oqimi o'zgarishi (turbulentlik);
- Arteriya devorlarining qalinlashishi, aterosklerotik pilakchalarning aniqlanishi;
- Aterosklerotik pilakchalar xolatini baxolash (ularning stabillik /nostabillik xolati);
- Tomirlarda tromblar mavjudligi;
- Tomirlar bo'yicha qon oqimining yo'qligi (okklyuziya).

Tomirlar angiografiyasi:

- Aterosklerotik jarayonlar ta'sirida tomir ichki devorining o'zgarishi;
- Arteriyalar kontrastlanishining yo'qligi (okklyuziya);
- Ko'plab kollaterallarning yuzaga kelishi;
- Arteriyalarning patologik qiyshayishi.

KTA (yoki MSKTA):

- Aterosklerotik jarayonlar ta'sirida tomir ichki devorining o'zgarishi;
- Arteriyalarda zararlangan segment devorining xolati;
- Arteriyalar kontrastlanishining yo'qligi (okklyuziya);
- Arteriyalar trombozi belgilari;
- Arteriyalarning patologik qiyshayishi.

6. Tor mutaxassislar ko'rigi uchun ko'rsatmalar boshqa qo'shimcha kasalliklar mavjulgida tor mutaxassislar ko'rigi o'tkaziladi.

7. Differentsialniy diagnoz:**Differentsial tashxislash:**

Oyoq arteriyalarining aterosklerozini boshqa turdagi okklyuziyalangan arterial kasalliklar bilan differentsial tashxislash talab etiladi.

Mezonlar	Ateroskleroz	Nospetsifik aortoarteriit	Obliterlashgan tromboangiit
Kasallik paydo bo'lish yoshi	40-60 yosh	25-40 yosh	20-35 yosh
Jins	Erkaklar (90%)	Ayollarda ko'proq uchraydi, E:A=1:8	Erkaklar (95%)

Olib keluvchi omillar	xolesterin-lipid almashinuvining buzilishi	Autoimmun reaksiya, rikketsioz kasalliklar	Sovuq, jaroxatlar, chekish
Kasallik kechishi	Sekinlik	Faol	Faol
Ko`proq uchraydigan lokalizatsiyasi	Qorin aortasi va uning tarmoqlari, koronar arteriyalari	O`mrov osti va uyqu arteriyalari; erkaklarda qorin aortasi va uning tarmoqlarining zaralanishi, anevrizmalar paydo bo`lishi	Taqim va boldir arteriyalari
Ko`p yuzaga keluvchi simptomlar	O`tib ketuvchi oqsoqlik, stenokardiyalar (koronar arteriyalar zararlanishida)	Qo`lda va bosh miyada ishemiya belgilari, yoshlarda arterial gipertenziya	Oyoq kaftida paresteziya, og`riq
Arteriya pulsatsiyaning yo`qligi	Son arteriyasida	Elka arteriyasida	Boldir va oyoq kafti arteriyasida
Sistolik shovqin joylashuvi	Son arteriyasi ustida	O`mrov osti va uyqu tomirlari hamda epigastrial soha ustida	Eshitilmaydi
Angiografik zaralanish belgilari	Qorin aortasi va uning tarmoqlari to`lishining yon nuqsonlari, devor kaltsinozlari. YOnbosh, son arteriyalari okklyuziyasi. Boshlang`ich bosqichlarda kollaterallar rivojlanishi	Davomiy diffuz aortaning torayishi, sekinlik bilan o`zgarmagan qismga o`tishi. Ko`plab kollaterallar va diametrining kattalashishi (Riolan yoyi rivojlanishi)	Boldir arteriyalari obliteratsiyasi; magistral arteriyalar bir xildagi torayishi. Kollaterallar rivojlanmaydi.

8. Kasalxonaga yotqizish bo`yicha ko`rsatmalar:
Shoshilinch kasalxonaga yotqizish ko`rsatmalari:

- Fonteyn tasnifi bo'yicha III-IV bosqichidagi oyoq arteriyalarining surunkali ishemiyasi.

Rejali ravishda kasalxonaga yotqizish ko'rsatmalari:

- Fonteyn tasnifi bo'yicha II-III bosqichidagi oyoq arteriyalarining surunkali ishemiyasi.

9. Davolash maqsadlari:

- Ishemiyaning kuchayib borish profilaktikasi;
- Zaralangan oyoqning vazifasini saqlash/qayta tiqlash;
- Og'riq sindromini bartaraf etish;
- Xayot sifatini oshirish;
- Gangrenali oyoqning xayotini saqlab qolish.

DAVOLASH TAKTIKASI:

Davolash ta'sirlangan a'zoning ishemiya darajasini pasaytirishga, nogironlikning pasayishiga olib keladigan asosiy qon oqimini tiklashga qaratilgan. Qaytmas oyoq ishemiyasi rivojlanishida - oyoq amputatsiyasi amalga toshiriladi. 5 sm dan kam izolyatsiya qilingan anevrizma mavjud bo'lganda (tekshiruvlarda tasdiqlangan) va yorilish xavfi bo'lmaganida, sekin o'sishi (yiliga 1 sm dan kam), jarrohlik muolajasi zarurligi to'g'risida qaror qon tomir jarroh tomonidan qabul qilinadi. Har 6 oyda bir marta instrumental diagnostika usullari nazorati ostida kutish taktikasi qabul qilinadi. [DD-1B, DD-A, 9].

1. Dori vositalarisiz davolash:

Rejim - umumiy holatga qarab I yoki II yoki III yoki IV;

Parxez - № 10;

2. Dori vositalari bilan davolash:

Fonteyn tasnifi bo'yicha I-II bosqichida va rekonstruktiv operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lgan boshqa bosqichlarda - konservativ davolash ko'rsatma hisoblanadi.

O'tkaziladigan konservativ davolanishning asosiy tamoyillari quyidagilar xisoblanadi:

Antikoagulyant davo:

- geparin va uning fraktsion analoglari [DD-A, 3-7];
- Geparinning boshlang'ich dozasi 5000 ED xisoblanadi, parenteral yoki teri ostiga (qisman tromboplastin faollashish vaqti orqali nazorat qilinadi)
- Enoksaparin 20-40 mg/sutka, teri astiga
- Nadroparin 0,2-0,6 ml teri ostiga, tana vazniga bog'liq holda, 1-2 maxal/sutka

Antiagregant davo [DD-A, 3-7]:

- atsetilsalitsil kislotasi 75-325 mg 1 maxal kuniga, og'iz orqali;
- klopidoqrel 75 mg, 300 mg 1 maxal kuniga, og'iz orqali;
- dipiridamol 50-600 mg/sut.yu og'iz orqali

Antiagregant davo uzoq muddatga buyuriladi (dori vositasining qo'llashga qarshi ko'rsatma bo'lmasa umrbod ichishga tavsiya beriladi). Dori vositasining ichish

davomiyligi bemorning tana vazni, laborator ko'rsatgich va x.k. lardan kelib chiqib aniqlanadi.

Og'riq sindromini qoldirish:

- NYaQDV (ketorolak, diklofenak va h.k.), paravertebral simpatik epidural blokadalar.
- opioidlar – fentanil, morfin va h.k. (NYaQDV foyda bermaganda standart dozalardan oshirmagan holda).

Mikrotsirkulyatsiyani yaxshilovchi va i angioprotektorlar [DD-V, 3,5,6,7]:

alprostadil 20-60 mkg, parenteral, sutkasiga 1-2 maxal;

pentoksifillin 100-300 mg, parenteral;

Gipolipidemik davo 4-6 oydan 1 yilgacha xolesterin darajasiga bog'liq ravishda buyuriladi:

- statinlar (simvastatin, atorvastatin va h.k.), standart dozalarda, peroral, uzoq muddatli) [DD-A, 4,6,7];

Patogenetik davo:

Beta-blokatorlar - aorta kengayishi tezligini pasaytirish maqsadida standart dozada beta-blokatorlar qon bosimi va yurak qisqarishlar soni nazorati ostida qarshi ko'rsatmalar bo'lmagan taqdirda Marfan sindromi va aorta anevrizmasi bo'lgan bemorlarga buyuriladi.

- bisprolol , metoprolol , va boshqalar. [DD-A, 4,6,7]

3. Boshqa turdagi muolajalar:

Gimnastika: surunkali ishemiyaning I-IIA bosqichida 3 km/s tezlikdagi yurish mashqlari (shikastlanshgan oyoqda ishemik og'riq paydo bo'lgunga qadar)

Fizioterapiya: (Bernar toki, elektroforez, UYuCh-terapiya, radonli va oltingugurtli vannalar);

I-IIA darajali surunkali ishemiya yoki rehabilitatsiya paytida buyuriladi.

4. Bayonnomaning tashkiliy jihatlari:

1) manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi haqida ma'lumot: yo'q.

2) ekspertlar ma'lumotlari (respublika va xorijiy mamlakatlar mutaxassisleri);

3) bayonnomani qayta ko'rib chiqish shartlarini belgilash: ishlab chiqilganidan 3 yoki 5 yil o'tgach yoki dalillar darajasiga ega yangi usullar mavjud bo'lsa.

**“QORIN AORTASI VA OYOQ ARTERIYALARI
ATEROSKLEROZI” NOZOLOGIYASINING TIBBIY
YONDASHUV BO`YICHA MILLIY KLINIK
BAYONNOMASI**

Toshkent - 2024

ASOSIY QISM.

1). Kirish

Ushbu muammoning dolzarbligi qorin aortasi anevrizmalari uzoq vaqt davomida hech qanday jiddiy alomatlarisiz mavjud bo'lishi mumkinligi bilan bog'liq. Shu bilan birga, turli xil asoratlarning xavfi yuqori. Bunday anevrizmaning yorilishi og'ir qon ketishiga olib keladi, bu ko'pincha o'lim bilan tugaydi.

Hatto rivojlangan mamlakatlarda ham kasalxonaga yotqizishdan oldin o'lim 40% gacha, operatsiyadan keyingi davrda esa 60% gacha etishi mumkin. Qorin aortasi anevrizmasining yorilishi uchun o'lim darajasi 60-70% dan ortiq, fakultativ jarrohlik davolashdan keyin omon qolish darajasi 95% dan ortiq.

Qavatlanuvchi aorta anevrizmasi bu uning devorining o'rta qatlamining yorilishi, tomir ichiga qon kirishi bilan qo'zg'atiladi, buning natijasida aorta devorining qatlamlari ajralib chiqadi va keyinchalik haqiqiy va soxta bo'shliqlar bog'langan yoki bog'lanmagan holda hosil bo'ladi. Kelajakda qonning aorta bo'shlig'iga yangi intimal yoriqlar orqali qayta kirishi mumkin, ammo adventitiyani yo'q qilish holatida aorta yorilishi sodir bo'ladi.

Qorin aortasi anevrizmalarini (QQAA) tashxislash va jarrohlik davolash zamonaviy qon tomir jarrohlikning dolzarb muammolari bo'lib, bu aholining kasallanish va o'lim tuzilishidagi yuqori ulush, ularni ko'paytirish tendentsiyasi va asoratlarni rivojlanishida yuqori o'lim bilan bog'liq. Shoshilinch jarrohlik bemorning hayotini saqlab qolishi mumkin bo'lgan yagona chora hisoblanadi, chunki asoratlangan qorin aortasi anevrizmasini konservativ davolash bilan o'lim 100% ga etadi. Rejali jarrohlik paytida MDHning turli mintaqalarida perioperativ o'lim 2,4 - 5%, favqulodda-45-70% etadi.

2). Ta'rif:

Qorin aortasi va oyoq arteriyalarining aterosklerozi - bu oyoq va kichik chanoq a'zolarining surunkali ishemiyasining simptomlar majmuasi bilan tavsiflanadigan aorta bifurkatsiyasi, yonbosh arteriyalari va oyoq arteriyalarining okklyuzion shikastlanishidir.

3). Klinik tasnifi:

Kasallikning klinik ko'rinishi ishemik buzilishlar darajasiga bog'liq bo'lib, bu o'z navbatida jarayonning lokalizatsiyasi va uzunligi bilan, shuningdek distal arterial o'zaning holati kasallikning davomiyligi bilan bog'liq.

Qorin aortasi okklyuziyalarining quyidagi turlari mavjud:

- pastki okklyuziya (pastki mezenterial arteriyaning distal qismidan qorin aorta bifurkatsiyasigacha);
- o'rta okklyuziya (pastki mezenterial arteriyaning proksimal aortaning okklyuziyasi);
- yuqori okklyuziya (buyrak tomirlari darajasida yoki 2 sm distal qismda).

Fonteyn tasnifi (J. Fonteyn, 1968), oyoq ishemiyasining 4 bosqichga bo'lib o'rganadi[2]:

I bosqich – klinik belgilarsiz;
 II bosqich – o`tib ketuvchi oqsoqlanish;
 III bosqich – tinchlikdagi og`riq va «tungi og`riqlar»;
 IV stadiya – trofik o`zgarishlar va oyoq gangrenasi.
 TASC II bo`yicha tasnifi (2007g.) [2]

Jadval №1.
 Periferik arteriyalar
 zararlanish tasnifi.

	A	-
	s	stenoz <10 sm
	n	okklyuziya <5 sm
	t	
	o	
		k
	s	t
D		
		a
		r
		t

3. TASHXISLASH USULLARI, YONDASHUVLARI VA TARTIBLARI

I. Asosiy va qo`shimcha tekshiruv diagnostika tadbirlari ro`yxati.

1. Ambulatoriya darajasida o`tkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostika tekshiruvlari :

Qorin aortasi va oyoq arteriyalarining UTAS.

2. Qo`shimcha diagnostika ko`riklar ambulatoriya darajasida amalga oshiriladi:

- koagulogramma (APTT, XNN, fibrinogen, PT, PTI);
- lipid spektri uchun biokimyoviy qon test (YuZLP, PZLP, xolesterin, triglitseridlarni);
- Qorin aortasi va oyoq arteriyalarining KTA / MRA;
- to`piq-bilak bosim indekslarini o`lchashyu

3. Statsionar darajasida o`tkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostika tekshiruvlari (shoshilinch kasalxonaga yotqizilgan taqdirda, ambulatoriya sharoitida o`tkazilmaydigan diagnostika tekshiruvlari o`tkaziladi):

- UQT

- UST
- Qonning biokimyoviy taxlili (umumiy bilirubin, bevosita va bilvosita bilirubin, ALT, AST, umumiy oqsil, mochevina, kreatinin, elektrolitlar, qondagi glyukoza);
- Koagulogramma (APTT, XNN, fibrinogen, PT, PTI);
- Qorin aorta va / yoki oyoq arteriyalarining UTAS;
- Qon guruhi va Rh omili;
- EKG;
- IFT usuli orqali OIV qon taxlili;
- IFT usuli orqali Gepatit B va C taxlili;
- Vasserman reaksiyasi;
- Ko`krak qafasi a`zolarining rentgenografiyasi
- Kontrastli kompyuter tomografiyasi va/yoki aortografiyasi.

4. Statsionar darajasida qo`shimcha diagnostik ko`riklar amalga oshiriladi:

- KTA/MRA;
- Angiografiya;
- ko`krak qafasi rentgenografiya;
- Qorin bo`shlig`i UTT;
- FGDS.

5. Shoshilinch tibbiy yordam bosqichida o`tkazilgan diagnostik choralari:

- Shikoyatlarni yig`ish, kasallik va hayot anamnezi;
- Fizikal tekshiruvlar;
- EKG.

Diagnostik mezonlari (jarayonning og`irligiga qarab kasallikning ishonchli belgilarining tavsifi):

1. Shikoyatlari:

Oyoq arteriyalarining surunkali ishemiya belgilari:

- ishemiyaning I darajasida - sovuq qotish, oyoqlarning sovuqligi, "junjikib ketish" hissi, o`tib ketuvchi oqsoqlik belgilari faqat 1 km dan ortiq masofani bosib o`tishda paydo bo`ladi;
- ishemiyaning II darajasida – kam masofaga yurganda xam og`riq paydo bo`ladi. Shartli ravishda masofa 200 metr qabul qilingan;
- ishemiyaning III darajasida – oyoqlardagi og`riq tinch xolatda yoki o`tib ketuvchi oqsoqlik 25 metrdan kam masofaga yurganda paydo bo`ladi;
- ishemiyaning IV darajasida – to`qimalarda yarali-nekrotik o`zgarishlar paydo bo`lishi ahamiyatli xisoblanadi.

2. Anamnez:

- oyoq arteriyalarida avvalgi aniqlangan zararlanishlari haqida ma`lumot;
- boshqa qon tomir havzalarining zararlanishi (YuIK, oyoq arteriyalari aterosklerozi, aorta anevrizmasi va h.k.);
- nasliy giperlipidemiya;

- Qandli diabet;
- zararli odatlar (chekish, spirtli ichimliklarni suiste`mol qilish);
- arterial gipertoniya;
- qon tomirlar shikastlanishlari haqida ma`lumot;
- ortiqcha vazn.

3. Fizikal tekshiruv:

Umumiy ko`rik:

- Oyoq mushaklarining gipotrafiyasi;
- Teri rangining o`zgarishi;
- Oyoqdagi sochlarning to`kilishi;
- Shish, giperemiya.

Palpatsiya:

- Son, taqim va boldir arteriyalarida pulsning pasayishi/yo`qolishi;
- Oyoq terisi sezuvchanligining pasayishi/yo`qolishi.

Auskultatsiya:

- Oyoq arteriyalari proektsiyasida qon-tomir shovqini;

4. Laborator tekshiruvlari:

Qonning biokimyoviy taxlili:

- Umumiy xolesterin miqdorining ortishi;
- YuZLP miqlorining pasayishi;
- PZLP miqdorining ortishi;
- TGD miqlorining ortishi;
- Aterogenlik koeffitsientining ortishi.

Koagulogramma:

- Qon ivuchanligining ortishi.

5. Instrumental tekshiruvlar:

To`piq-elka indeksi:

$\leq 1,0$ – arterial etishmovchilik belgilari;

$\leq 0,4$ – kritik ishemiya belgilari.

Oyoq arteriyalari UTAS:

- Qon oqimiga to`squinlik bo`lgan joyda tezlik ortishi – stenoz, tomir qiyshayishi;
- Qon oqimi o`zgarishi (turbulentlik);
- Arteriya devorlarining qalinlashishi, ateriosklerotik pilakchalarning aniqlanishi;
- Ateriosklerotik pilakchalar xolatini baxolash (ularning stabillik /nostabillik xolati);
- Tomirlarda tromblar mavjudligi;
- Tomirlar bo`yicha qon oqimining yo`qligi (okklyuziya).

Tomirlar angiografiyasi:

- Ateriosklerotik jarayonlar ta`sirida tomir ichki devorining o`zgarishi;
- Arteriyalar kontrastlanishining yo`qligi (okklyuziya);

- Ko`plab kollaterallarning yuzaga kelishi;
- Arteriyalarning patologik qiyshayishi.

KTA (yoki MSKTA):

- Aterosklerotik jarayonlar ta`sirida tomir ichki devorining o`zgarishi;
- Arteriyalarda zararlangan segment devorining xolati;
- Arteriyalar kontrastlanishining yo`qligi (okklyuziya);
- Arteriyalar trombozi belgilari;
- Arteriyalarning patologik qiyshayishi.

6. Tor mutaxassislar ko`rigi uchun ko`rsatmalar boshqa qo`shimcha kasalliklar mavjulichida tor mutaxassislar ko`rigi o`tkaziladi.

7. Differentsialniy diagnoz:

Differentsial tashxislash:

Oyoq arteriyalarining aterosklerozini boshqa turdagi okklyuziyalangan arterial kasalliklar bilan differentsial tashxislash talab etiladi.

Mezonlar	Ateroskleroz	Nospetsifik aortoarteriit	Obliterlashgan tromboangiit
Kasallik paydo bo`lish yoshi	40-60 yosh	25-40 yosh	20-35 yosh
Jins	Erkaklar (90%)	Ayollarda ko`proq uchraydi, E:A=1:8	Erkaklar (95%)
Olib keluvchi omillar	xolesterin-lipid almashinuvining buzilishi	Autoimmun reaktsiya, rikketsioz kasalliklar	Sovuq, jaroxatlar, chekish
Kasallik kechishi	Sekinlik	Faol	Faol
Ko`proq uchraydigan lokalizatsiyasi	Qorin aortasi va uning tarmoqlari, koronar arteriyalari	O`mrov osti va uyqu arteriyalari; erkaklarda qorin aortasi va uning tarmoqlarining zaralanishi,	Taqim va boldir arteriyalari

		anevrizmalar paydo bo'lishi	
Ko'p yuzaga keluvchi simptomlar	O'tib ketuvchi oqsoqlik, stenokardiyalar (koronar arteriyalar zararlanishida)	Qo'lda va bosh miyada ishemiya belgilari, yoshlarda arterial gipertenziya	Oyoq kaftida paresteziya, og'riq
Arteriya pulsatsiyaning yo'qligi	Son arteriyasida	Elka arteriyasida	Boldir va oyoq kafti arteriyasida
Sistolik shovqin joylashuvi	Son arteriyasi ustida	O'mrov osti va uyqu tomirlari hamda epigastrial soha ustida	Eshitilmaydi
Angiografik zaralanish belgilari	Qorin aortasi va uning tarmoqlari to'lishining yon nuqsonlari, devor kaltsinozlari. YOnbosh, son arteriyalari okklyuziyasi. Boshlang'ich bosqichlarda kollaterallar rivojlanishi	Davomiy diffuz aortaning torayishi, sekinlik bilan o'zgarmagan qismga o'tishi. Ko'plab kollaterallar va diametrining kattalashishi (Riolan yoyi rivojlanishi)	Boldir arteriyalari obliteratsiyasi; magistral arteriyalar bir xildagi torayishi. Kollaterallar rivojlanmaydi.

8. Kasalxonaga yotqizish bo'yicha ko'rsatmalar:

Shoshilinch kasalxonaga yotqizish ko'rsatmalari:

- Fonteyn tasnifi bo'yicha III-IV bosqichdagi oyoq arteriyalarining surunkali ishemiyasi.

Rejali ravishda kasalxonaga yotqizish ko'rsatmalari:

- Fonteyn tasnifi bo'yicha II-III bosqichdagi oyoq arteriyalarining surunkali ishemiyasi.

9. Davolash maqsadlari:

- Ishemiyaning kuchayib borish profilaktikasi;
- Zaralangan oyoqning vazifasini saqlash/qayta tiqlash;
- Og'riq sindromini bartaraf etish;

- Xayot sifatini oshirish;
- Gangrenali oyoqning xayotini saqlab qolish.

4. DAVOLASH TAKTIKASI:

Davolash ta'sirlangan a'zoning ishemiya darajasini pasaytirishga, nogironlikning pasayishiga olib keladigan asosiy qon oqimini tiklashga qaratilgan. Qaytmas oyoq ishemiyasi rivojlanishida - oyoq amputatsiyasi amalga toshiriladi. 5 sm dan kam izolyatsiya qilingan anevrizma mavjud bo'lganda (tekshiruvlarda tasdiqlangan) va yorilish xavfi bo'lmaganida, sekin o'sishi (yiliga 1 sm dan kam), jarrohlik muolajasi zarurligi to'g'risida qaror qon tomir jarroh tomonidan qabul qilinadi. Har 6 oyda bir marta instrumental diagnostika usullari nazorati ostida kutish taktikasi qabul qilinadi. [DD-1B, DD-A, 9].

1. Dori vositalarisiz davolash:

Rejim - umumiy holatga qarab I yoki II yoki III yoki IV;

Parxez - № 10;

2. Dori vositalari bilan davolash:

Fonteyn tasnifi bo'yicha I-II bosqichida va rekonstruktiv operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lgan boshqa bosqichlarda - konservativ davolash ko'rsatma hisoblanadi.

O'tkaziladigan konservativ davolanishning asosiy tamoyillari quyidagidar xisoblanadi:

Antikoagulyant davo:

- geparin va uning fraktsion analoglari [DD-A, 3-7];
- Geparinning boshlang'ich dozasi 5000 ED xisoblanadi, parenteral yoki teri ostiga (qisman tromboplastin faollashish vaqti orqali nazorat qilinadi)
- Enoksaparin 20-40 mg/sutka, teri astiga
- Nadroparin 0,2-0,6 ml teri ostiga, tana vazniga bog'liq holda, 1-2 maxal/sutka

Antiagregant davo [DD-A, 3-7]:

- atsetilsalitsil kislotasi 75-325 mg 1 maxal kuniga, og'iz orqali;
- klopidoqrel 75 mg, 300 mg 1 maxal kuniga, og'iz orqali;
- dipiridamol 50-600 mg/sut.yu og'iz orqali

Antiagregant davo uzoq muddatga buyuriladi (dori vositasining qo'llashga qarshi ko'rsatma bo'lmasa umrbod ichishga tavsiya beriladi). Dori vositasining ichish davomiyligi bemorning tana vazni, laborator ko'rsatgich va x.k. lardan kelib chiqib aniqlanadi.

Og'riq sindromini qoldirish:

- NYaQDV (ketorolak, diklofenak va h.k.), paravertebral simpatik epidural blokadalar.
- opioidlar – fentanil, morfin va h.k. (NYaQDV foyda bermaganda standart dozalardan oshirmagan holda).

Mikrotsirkulyatsiyani yaxshilovchi va i angioprotektorlar [DD-V, 3,5,6,7]:

alprostadil 20-60 mkg, parenteral, sutkasiga 1-2 maxal;

pentoksifillin 100-300 mg, parenteral;

Gipolipidemik davo 4-6 oydan 1 yilgacha xolesterin darajasiga bog`liq ravishda buyuriladi:

- statinlar (simvastatin, atorvastatin va h.k.), standart dozalarda, peroral, uzoq muddatli) [DD-A, 4,6,7];

Patogenetik davo:

Beta-blokatorlar - aorta kengayishi tezligini pasaytirish maqsadida standart dozada beta-blokatorlar qon bosimi va yurak qisqarishlar soni nazorati ostida qarshi ko`rsatmalar bo`lmagan taqdirda Marfan sindromi va aorta anevrizmasi bo`lgan bemorlarga buyuriladi.

- bisprolol , metoprolol , va boshqalar. [DD-A, 4,6,7]

3. Boshqa turdagi muolajalar:

Gimnastika: surunkali ishemiyaning I-IIA bosqichida 3 km/s tezlikdagi yurish mashqlari (shikastlanshgan oyoqda ishemik og`riq paydo bo`lgunga qadar)

Fizioterapiya: (Bernar toki, elektroforez, UYuCh-terapiya, radonli va oltingugurtli vannalar);

I-IIA darajali surunkali ishemiya yoki reabilitatsiya paytida buyuriladi.

4. Jarrohlik amaliyotlari:

Jarroxlik amaliyotlari statsionar sharoitda o`tkaziladi:

Amaliyot turlari:

"Ochiq" jarrohlik usuli:

- endarterektomiya;
- boshqa tomirlar rezektsiyasi va anastomozlash;
- oziqlantiruvchi tomirlari bilan birga to`qima ko`chirib o`tkazish orqali tiklash;
- oziqlantiruvchi tomirlari bilan birga sun`iy to`qima ko`chirib o`tkazish orqali tiklash;
- aorta-yonbosh-son anastomozlari;
- ochiq embol/trombektomiya;
- son-taqim shuntlash;
- boshqa turdagi periferik shuntlash yoki anastomozlash;
- Fogarti kateteri yordamida embol/trombektomiya;
- fastsiotomiya;
- nekrektomiya;
- amputatsiya;

Endovaskulyar jarrohlik:

- ballonli angioplastika;
- endovaskulyar stentlash;
- kateterli trombolizis;
- mexanik trombintimektomiya.

Gibrid jarrohlik:

- yuqoridagi jarrohlik davolash usullarining birga qo'llanishi.

Jarrohlik amaliyoti uchun ko'rsatmalar:

- surunkali ishemiyaning II-III-IV bosqichlari.

Jadval №3.

TASC 2 bo'yicha operativ
davo usulini tanlash (DD A [2]).

	r
	R

Operatsiyaga qarshi ko'rsatmalar:

- yangi miokard infarkti (kamida 3 oy)
- bosh miya qon aylanishi o'tkir buzilishi (6 xaftagacha)
- og'ir o'pka etishmovchiligi, qon aylanish etishmovchiligi IIB – III bosqichi.
- jigar funksiyasining kuchli buzilishi, buyrak etishmovchiligi.
- Xavfli o'sma jarayonlarining III-IV bosqichlarida.

5. Bayonnomaning tashkiliy jihatlari:

- 1) manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi haqida ma'lumot: yo'q.
- 2) ekspertlar ma'lumotlari (respublika va xorijiy mamlakatlar mutaxassislari);
- 3) bayonnomani qayta ko'rib chiqish shartlarini belgilash: ishlab chiqilganidan 3 yoki 5 yil o'tgach yoki dalillar darajasiga ega yangi usullar mavjud bo'lsa.

**“QORIN AORTASI VA OYOQ ARTERIYALARI
ATEROSKLEROZI” NOZOLOGIYASINING
AMALIYOTDAN KEYINGI TIBBIY PROFILAKTIKA VA
REABILITATSIYA BO`YICHA MILLIY KLINIK
BAYONNOMASI**

Toshkent - 2024

ASOSIY QISM.

1). Kirish

Ushbu muammoning dolzarbligi qorin aortasi anevrizmalari uzoq vaqt davomida hech qanday jiddiy alomatlarisiz mavjud bo'lishi mumkinligi bilan bog'liq. SHu bilan birga, turli xil asoratlarning xavfi yuqori. Bunday anevrizmaning yorilishi og'ir qon ketishiga olib keladi, bu ko'pincha o'lim bilan tugaydi.

Hatto rivojlangan mamlakatlarda ham kasalxonaga yotqizishdan oldin o'lim 40% gacha, operatsiyadan keyingi davrda esa 60% gacha etishi mumkin. Qorin aortasi anevrizmasining yorilishi uchun o'lim darajasi 60-70% dan ortiq, fakultativ jarrohlik davolashdan keyin omon qolish darajasi 95% dan ortiq.

Qavatlanuvchi aorta anevrizmasi bu uning devorining o'rta qatlamining yorilishi, tomir ichiga qon kirishi bilan qo'zg'atiladi, buning natijasida aorta devorining qatlamlari ajralib chiqadi va keyinchalik haqiqiy va soxta bo'shliqlar bog'langan yoki bog'lanmagan holda hosil bo'ladi. Kelajakda qonning aorta bo'shlig'iga yangi intimal yoriqlar orqali qayta kirishi mumkin, ammo adventitiyani yo'q qilish holatida aorta yorilishi sodir bo'ladi.

Qorin aortasi anevrizmalarini (QQAA) tashxislash va jarrohlik davolash zamonaviy qon tomir jarrohlikning dolzarb muammolari bo'lib, bu aholining kasallanish va o'lim tuzilishidagi yuqori ulush, ularni ko'paytirish tendentsiyasi va asoratlarni rivojlanishida yuqori o'lim bilan bog'liq. SHoshilinch jarrohlik bemorning hayotini saqlab qolishi mumkin bo'lgan yagona chora hisoblanadi, chunki asoratlangan qorin aortasi anevrizmasini konservativ davolash bilan o'lim 100% ga etadi. Rejali jarrohlik paytida MDHning turli mintaqalarida perioperativ o'lim 2,4 - 5%, favqulodda-45-70% etadi.

2). Ta'rif:

Qorin aortasi va oyoq arteriyalarining aterosklerozi - bu oyoq va kichik chanoq a'zolarining surunkali ishemiyasining simptomlar majmuasi bilan tavsiflanadigan aorta bifurkatsiyasi, yonbosh arteriyalari va oyoq arteriyalarining okklyuzion shikastlanishidir.

PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA.

Davolash maqsadlari:

- Ishemiyaning kuchayib borish profilaktikasi;
- Zaralangan oyoqning vazifasini saqlash/qayta tiqlash;
- Og'riq sindromini bartaraf etish;
- Xayot sifatini oshirish;
- Gangrenali oyoqning xayotini saqlab qolish.

Davolash ta'sirlangan a'zoning ishemiya darajasini pasaytirishga, nogironlikning pasayishiga olib keladigan asosiy qon oqimini tiklashga qaratilgan. Qaytmas oyoq ishemiyasi rivojlanishida - oyoq amputatsiyasi amalga toshiriladi.

5 sm dan kam izolyatsiya qilingan anevrizma mavjud bo'lganda (tekshiruvlarda tasdiqlangan) va yorilish xavfi bo'lmaganida, sekin o'sishi (yiliga 1 sm dan kam), jarrohlik muolajasi zarurligi to'g'risida qaror qon tomir jarroh tomonidan qabul qilinadi. Har 6 oyda bir marta instrumental diagnostika usullari nazorati ostida kutish taktikasi qabul qilinadi. [DD-1B, DD-A, 9].

1. Dori vositalarisiz davolash:

Rejim - umumiy holatga qarab I yoki II yoki III yoki IV;

Parxez - № 10; ;

2. Dori vositalari bilan davolash:

Fonteyn tasnifi bo'yicha I-II bosqichida va rekonstruktiv operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lgan boshqa bosqichlarda - konservativ davolash ko'rsatma hisoblanadi.

O'tkaziladigan konservativ davolanishning asosiy tamoyillari quyidagidar xisoblanadi:

Antikoagulyant davo:

- geparin va uning fraktsion analoglari [DD-A, 3-7];
- Geparinning boshlang'ich dozasi 5000 ED xisoblanadi, parenteral yoki teri ostiga (qisman tromboplastin faollashish vaqti orqali nazorat qilinadi)
- Enoksaparin 20-40 mg/sutka, teri astiga
- Nadroparin 0,2-0,6 ml teri ostiga, tana vazniga bog'liq holda, 1-2 maxal/sutka

Antiagregant davo [DD-A, 3-7]:

- atsetilsalitsil kislotasi 75-325 mg 1 maxal kuniga, og'iz orqali;
- klopidoqrel 75 mg, 300 mg 1 maxal kuniga, og'iz orqali;
- dipiridamol 50-600 mg/sut.yu og'iz orqali

Antiagregant davo uzoq muddatga buyuriladi (dori vositasining qo'llashga qarshi ko'rsatma bo'lmasa umrbod ichishga tavsiya beriladi). Dori vositasining ichish davomiyligi bemorning tana vazni, laborator ko'rsatgich va x.k. lardan kelib chiqib aniqlanadi.

Og'riq sindromini qoldirish:

- NYAQDV (ketorolak, diklofenak va h.k.), paravertebral simpatik epidural blokadalar.
- opioidlar – fentanil, morfin va h.k. (NYAQDV foyda bermaganda standart dozalardan oshirmagan holda).

Mikrotsirkulyatsiyani yaxshilovchi va i angioprotektorlar [DD-V, 3,5,6,7]:

alprostadiil 20-60 mkg, parenteral, sutkasiga 1-2 maxal;

pentoksifillin 100-300 mg, parenteral;

Gipolipidemik davo 4-6 oydan 1 yilgacha xolesterin darajasiga bog'liq ravishda buyuriladi:

- statinlar (simvastatin, atorvastatin va h.k.), standart dozalarda, peroral, uzoq muddatli) [DD-A, 4,6,7];

Patogenetik davo:

Beta-blokatorlar - aorta kengayishi tezligini pasaytirish maqsadida standart dozada beta-blokatorlar qon bosimi va yurak qisqarishlar soni nazorati ostida qarshi

ko`rsatmalar bo`lmagan taqdirda Marfan sindromi va aorta anevrizmasi bo`lgan bemorlarga buyuriladi.

- bisprolol , metoprolol , va boshqalar. [DD-A, 4,6,7]

3. Boshqa turdagi muolajalar:

Gimnastika: surunkali ishemiyaning I-IIA bosqichida 3 km/s tezlikdagi yurish mashqlari (shikastlanshgan oyoqda ishemik og`riq paydo bo`lgunga qadar)

Fizioterapiya: (Bernar toki, elektroforez, UYUCH-terapiya, radonli va oltingugurtli vannalar);

I-IIA darajali surunkali ishemiya yoki reabilitatsiya paytida buyuriladi.

4. Kuzatuv olib borish:

- Angiolog ko`rigi, yiligi 2 marta;
- Arteriyalar UTAS, yiliga 1 marta;
- Qondagi lipid spektr nazorati;
- Qon ivish tizimi nazorati;
- Ko`rsatma bo`lganda konservativ davo, yiliga 1 marta.

5. Davolash samaradorligining ko`rsatkichlari:

- Oyoqda ishemiya belgilarining kamayishi/yo`qolishi;
- hayot sifatini yaxshilash;
- Instrumental ma`lumotlarga ko`ra zararlangan hududda etarli qon oqimini tiklanishi (angiografiya, MR-angiografiya, KT-angiografiya yoki ultratovush dopplerografiyasi);

6. Bayonnomaning tashkiliy jihatlar:

- 1) manfaatlar to`qnashuvi yo`qligi haqida ma`lumot: yo`q.
- 2) ekspertlar ma`lumotlari (respublika va xorijiy mamlakatlar mutaxassisleri);
- 3) bayonnomani qayta ko`rib chiqish shartlarini belgilash: ishlab chiqilganidan 3 yoki 5 yil o`tgach yoki dalillar darajasiga ega yangi usullar mavjud bo`lsa.

7. Foydalanilgan adabiyotlar ro`yxati:

- 1) Pokrovskiy A.V. Klinicheskaya angiologiya. M., Moskva, 2004, 2 t.
- 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. LESH, 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) prof. A.M. SHulutko, prof. V.I. Semikova s soavt. - "Obliteriruyushie zabolevaniya arteriy nijnix konechnostey", metodicheskoe posobie M. Moskva, 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>