

# Ўзбекистон умумий амалиёт врачлари ахборотномаси

**Бош муҳаррир:**

**Касимов Ш.З.**

Таҳрир хайъати:

Абдурахимов З.А.

Зохидова М.З.

Зарипова М

Мавлянова Д.А.

Миразимов Д.Б.

Назарова Г.У.

Нармухамедова Н.А.

Садирова М.А. (масъул котиб)

Хакимова Л.

Ходжанова Т.

Фузайлов Ф.З.

Рўйхатдан ўтиш тартиби: 02-00129.

Таҳририят манзили:

100007, Тошкент шаҳри,

Паркент кўчаси, 51- уй.

УАШ малакасини ошириш кафедраси

Тел./факс: 268-16-29, 268-08-17

Е-mail: [uzgp@infonet.uz](mailto:uzgp@infonet.uz)

[info@avuz.uz](mailto:info@avuz.uz)

**ISSN 2181-4864**

**Тошкент  
2013 йил**

## Ўзбекистонда тиббиётдаги ислохотлар

Соғлиғинг - саодатинг. Саломатлик - туман бойлик. Соғлик-саломатлик ҳақида гап борганда халқимизнинг бу каби пир маъно ҳикматларини яна кўплаб келтириш мумкин. Бу ўринда, табиийки, Президентимиз Ислон Каримов раҳнамолигида мамлакатимизда амалга оширилаётган кенг қамровли ислохотлар, халқимиз турмуш шароитини янада яхшилашга қаратилган изчил чора - тадбирлар тизимида соғлиқни сақлаш ва аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш алоҳида ўрин тутди.

Мустақиллик йилларида юртимизда тиббий хизмат кўрсатиш тизими тўлиқ қайта кўриб чиқилди. Инсон, унинг манфаати ва турмуш фаровонлигини янада ошириш тиббиёт соҳасида амалга оширилаётган ислохотларнинг бош мазмун-моҳиятига айланди. Соғлом миллат, баркамол авлодни тарбиялаш йўлидаги саъй - ҳаракатлар ана шу изчил ислохотларга кўрк бағишлади. Аҳолига бепул шошилиш ва юқори малакали тиббий ёрдам кўрсатиш учун энг юксак талабларга жавоб берадиган ихтисослаштирилган шифохона ва бўлимлар тармоғининг ташкил этилиши бу босқичнинг самарали натижаларидан бўлди.

Айниқса, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2007 йил сентябрь ойида қабул қилинган “Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштириш ва уни ривожлантириш Давлат дастурини амалга оширишнинг асосий йўналишлари тўғрисида”ги Фармони халқимиз саломатлиги йўлида олиб борилаётган одил сиёсатнинг яна бир ёрқин намунаси бўлди.

Фармонда қайд этиб ўтилганидек, 1998 йил қабул қилинган соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастурининг энг муҳим қоидалари ва мақсадли вазифалари муваффақиятли амалга оширилмоқда. Соғлиқни сақлаш тизимидаги ислохотларнинг биринчи босқичи муваффақиятли яқунланди.

Мустақиллик йилларида фуқароларимиз учун малакали, бепул, шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишнинг ягона тизими яратилди. Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказида, унинг вилоятлардаги филиаллари ҳамда туман марказий шифохоналаридаги бўлимларида аҳолига юқори технологияли ва замонавий тиббий хизмат кўрсатилмоқда. Республикада бирламчи тиббий-санитария бўғинида сифатли ўзгаришлар амалга оширилди.

Ҳозирги кунда қишлоқларда 3 мингдан зиёд замонавий жиҳозланган қишлоқ врачлик пунктлари самарали фаолият кўрсатмоқда. Президентимиз Фармонига асосан айти пайтда юртимизда вилоятлар миқёсида ягона андозалар асосида тиббий хизмат кўрсатувчи, юқори технологиялар билан жиҳозланган кўп тармоқли тиббиёт марказлари ва тиббий ташҳис марказлари ташкил этилиб, туманлар миқёсида бошқарув сиёсати ва молиявий менежментларни тубдан ўзгартириш каби кенг кўламли вазифалар амалга оширилмоқда.

Ислохотлар мобайнида мамлакатимизнинг ҳар бир вилоятида кўп тармоқли тиббиёт марказлари ташкил этилиб, улар замонавий тиббий асбоб-ускуналар, малакали тиббий кадрлар билан таъминланмоқда.

Вилоятларда тиббий - диагностика марказларининг ташкил этилиши ҳам Фармонда белгилаб берилган. Диагностика марказлари алоҳида юқори технологияли тиббий хизматларни амалга ошириши белгиланди. Ушбу марказлар ҳам замонавий тиббиёт асбоб-ускуналар, малакали кадрлар билан таъминланиши ва моддий - техника базаси яхшиланмоқда.

Мустақиллик йилларида оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, аёллар соғлиғини мустаҳкамлаш борасида ҳам ижобий ишлар амалга оширилди. Бўлғуси оналарнинг саломатлигини мунтазам назорат қилувчи ҳамда соғлом болалар туғилишига кўмаклашувчи скрининг марказларининг кенг тармоғи вужудга келгани муҳим аҳамият касб этади. Туғруқ муассасаларининг моддий-техник базаси сезиларли даражада мустаҳкамланди.

Тиббиёт ходимларини тайёрлаш тизими ҳам кенг ислоҳ қилинмоқда. Олий тиббий таълимнинг замонавий икки босқичли тизими жорий этилди. Тошкент тиббиёт академияси ташкил қилинди. Олий ўқув юртларида олий маълумотли ҳамшираларни тайёрлаш ташкил этилгани қувонарлидир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2003 йил 26 февралдаги “Соғлиқни сақлаш тизимини янада ислоҳ қилиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Фармонида биноан республикада ихтисослаштирилган жарроҳлик, кардиология, урология ва кўз микрохирургияси марказлари ташкил этилиб, улар ўз-ўзини молиялаштириш тамойили асосида фаолият юритмоқда. Бу марказлар тажрибасидан келиб чиққан ҳолда Юртбошимизнинг янги Фармони билан соғлиқни сақлаш тизимида Акушерлик ва гинекология, Педиатрия, Терапия ва Тиббий реабилитация, Дермотология ва венерология, Фтизатрия ва пульмонология ҳамда Эндокринология ихтисослаштирилган илмий-амалий марказларнинг ташкил этилиши республикада аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматни юксак даражага кўтаришга йўналтирилган. Фармонда ушбу марказларни амалдаги талабларга мувофиқ шакллантириш, замонавий тиббиёт асбоб-ускуналари билан жиҳозлаш ва молиялаштириш давом этмоқда. Юқорида таъкидлаб ўтилган барча саъй-ҳаракатлар замирида халқимиз саломатлигини мустаҳкамлаш, унинг миллий генофондини яхшилаш, соғлом авлодни ҳар жиҳатдан баркамол қилиб тарбиялаш мижасамдир.

Қолаверса, мамлакатимиз Президенти Ислам Каримов томонидан тасдиқланган ва 2006 йил сентябрь ойида эълон қилинган “Ўзбекистон Республикаси тиббиёт ходимлари кунини белгилаш тўғрисида”ги Қонунга мувофиқ, ҳар йили ноябрь ойининг иккинчи якшанбаси байрам сифатида нишонлаб келинмоқда. Бу албатта, мамлакатимиз тиббиёт ходимларига нисбатан кўрсатилаётган юксак ғамхўрлик ва эътибор белгисидир.

Табиийки, тиббиёт соҳасида олиб борилаётган ислохотларнинг кўлами анча кенг. Юз бераётган барча ўзгаришлар, ислохотлар самарасини қисқача сўзлаш қийин. Шу ўринда тасаввуримиз янада ойдинлашиши учун бундан 17-18 йил аввалги аҳволни ёдга олиш ўринли бўлади. Ўшанда нафақат иқтисодий ёки ижтимоий соҳа, балки соғлиқни сақлаш тизими ҳам аянчли аҳволда эди. Аёлларнинг аксарияти камқонлик касалига чалинган, болалар заиф ва касалманд туғиларди. Ўртача умр кўриш даражаси паст аҳволда эди. Муболаға эмаски, ўша даврнинг жонли гувоҳлари-тиббиёт ходимлари эндиликда буни оғир тушдек эласалар ажаб эмас.

Зеро, бугун Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш тизимида ўтказилаётган ислохотлар халқаро ташкилотларнинг ҳам муносиб ва холис эътирофларига сабаб бўлмоқда. Шу ўринда бир мисол. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан Европа минтақасидаги мавжуд 53 та мамлакат ичида фақатгина 4 та давлат, жумладан Ўзбекистоннинг оналик ва болаликни муҳофаза қилиш тиббий хизматининг миллий модули юқори баҳолалиб, ана шу давлатлар учун намуна сифатида эътироф этилди. Бу мамлакатимизда “Ислохот-ислохот учун эмас, инсон учун” деган инсонпарвар тамойил асосида сиёсат юритилаётганини яна бир қарра исботлайди.

Бинобарин, барча саъй-ҳаракатларимиз халқимизнинг соғлиғи, манфаати ва турмушининг ободлигига, фарзандларимизнинг биздан кўра кучли, билимли, доно ва албатта, бахтли бўлишларига қаратилар экан, мамлакатимизда бу борадаги эзгу ишлар амалга оширилаверди.

### **Муалиф сўзи:**

Давом этувчи ёки такрорланувчи кўкрак қафасидаги оғриқлар тез-тез учрашига қарамадан, фақатгина оғир ҳолларда врачга мурожаат қилинади. Қисқа муддатли хуружсимон оғриқлар стенокардиянинг ягона ва асосий симптомларидан бири бўлиб ҳисобланади. Бу хуружлар кам учраганда беморларни иш қобилияти сақланган бўлади, унинг тез-тез такрорланишида эса инфаркт олди ҳолати намоён бўлиб, бу беморни тезда шифохонага ётқизишни талаб этади. Кўкрак қафасида пайдо бўлган оғриқнинг сабабини аниқлашда фақат клиник текширишни ўзи етарли бўлмайди. Лекин, биринчи клиник текширув натижалари етарли даражада бўлмаслигига қарамай, улар беморга қўйиладиган тахминий ташҳисни шакллантиришга ва кейинги ташҳисий иш режасини тузишда ёрдам беради. Кўкрак қафасидаги оғриқлар (торакалгия) бўйича шошилиш ёрдамга мурожаат қилиш, қориндаги оғриқлардан кейин иккинчи ўринда турадиган оғриқлар турига киради. Сурункали торакалгияни тарқалганлик даражаси 100 мингта сўралганлар орасида 25,4 ни ташкил этади. 1996 йилда ўлим кўрсаткичи 148,186 га тенг бўлган. Юрак-қон томир касалликларнинг тарқалиши 272,216, стенокардия 1,4 млн. аҳоли ўртасида кузатилган. Ҳар йили 300000 инсонларда - МИ кузатилмоқда. Уларнинг тенг ярми касалликнинг 28 кунда ўлим билан кўпроқ тугамоқда.

Оғриқ касалликнинг энг асосий симптомларидан бири ҳисобланилади. Даволашнинг самарадорлиги унинг келиб чиқиш сабабларига, кучайтирувчи омилларига боғлиқдир. Юрак соҳасидаги оғриқлар (кардиалгия) – аҳолини тез ёрдамга мурожаат қилишларининг энг кўп сабабларидан биридир. Ҳар йили бир неча миллион аҳоли шу симптом сабабли тез ёрдамга мурожаат қилади.

Юрак соҳасидаги оғриқлар турлича кузатилиши мумкин. Уни ҳар доим ҳам тасвирлаш қийин. Оғриқлар унчалик кучли бўлмаган ачитувчи ҳисдек ёки жуда кучли зарбадек туюлиши мумкин. Юқоридагиларни инобатга оладиган бўлсак, агарда оғриқни сабабини аниқлай олмасангиз, айниқса юрак-қон томир касалликлари хавф гуруҳига тегишли бўлганлигини билсангиз унда беморни уйда даволаш учун бекорга вақтни кетқизманг.



### Эсингизда бўлсин:

Журнални ҳамкасбларингиз билан ўқиб чиқиш ва биргаликда муҳокама қилиш учун ҳамда бу саволлар журнал мазмун-моҳиятини ўқиб ва тушуниб олишда сизга кўмаклашиши учун мўлжалланган. “Ўрганиб чиқишдан ОЛДИН” ва “Ўрганиб чиқишдан КЕЙИН” бўлимларидаги жавоблар натижаларини солиштириб, Сизнинг билимингиз қай даражада яхшиланганини билиб оласиз. Тест саволларига тўғри жавоблар бир ва ундан кўпроқ бўлиши мумкин

№	Ўрганиб чиқишдан ОЛДИН					Ўрганиб чиқишдан КЕЙИН				
	а	б	в	г	д	а	б	в	г	д
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
Натижа										

**Ҳамкасбларингиз ҳам тест саволларига жавоб бериш хоҳишини билдиришса ушбу тест саволларини кўпайтириб олишлари мумкин**

#### Тестлар

1. Юрак ишемик касаллигининг ривожланишига олиб келадиган ва бошқариб бўлмайдиган хавф омиллари?

- а) жинс
- б) тамаки чекиш
- в) ёш
- г) артериал гипертония
- д) семизлик

2. ЮИК нинг ривожланишига сабаб бўладиган ва бошқариб бўладиган хавф омиллари?

- а) ЮИК оилавий анамнез

- б) гипергликемия ва қандли диабет
- в) ёш
- г) гиперхолестеринемия
- д) жинс

3.Қайси гуруҳ вакилларида ЮИК бўлса унинг ривожланиши хавфи юқори?

- а) яқин қариндошларида (биринчи авлод вакилларида: ота- оналар, туғишган ака – ука, опа – сингиллар, ўғил ва қизлар, иккинчи авлод қариндошларда, яъни – амаки, тоға, хола, амма, буви – буваларда ) ЮИК бўлса
- б) турмуш ўртоғининг қариндошларида ЮИК бўлса
- в) оилада ЮИК га чалинган аъзоларнинг кўплиги
- г) семизлик
- д) қариндошларидан ёшлар орасида ЮИК бўлса; (эркакларда 55 ёшгача, аёлларда 65 ёшгача)

4.Қандай омиллар ЮИК ривожланиши хавфини бир неча барабар ошишига сабаб бўлади?

- а) ёш, жинс, оилавий анамнез
- б) пациентнинг турмуш тарзи – чекиш, гиподинамия, нотўғри овқатланиш
- в) қандли диабетнинг борлиги
- г) бошқа хавф омиллари – ортиқча тана вазни, АГ, қондаги қанд ва липидлар даражаси
- д) юқори тана вазни индекси, висцерал (абдоминал) семизлик белгилари

5.Тана вазни индексининг мос кўрсаткичларини топинг.

- а) 18,5дан паст – 2 даражали тана вазни юқорилиги
- б) 30 – 39,9 – тана вазнининг камайиши
- в) 40 дан юқори – нормал тана вазни индекси
- г) 25 – 29,9 – 1 даражали ортиқча тана вазни
- д) 18,5 – 24,9 – меъёрий тана вазни

6.Юқори зичликдаги липопротеидлар даражасининг камайиши қандай ҳолатни эслатади?

- а) эркак жинсига мансублик;
- б) беморларнинг ёш жиҳатдан кичкиналиги;
- в) гипертриглицеридемия ва семизликнинг мавжудлиги;
- г) углеводларнинг кўп истеъмол қилиниши ва катталарда диабетнинг борлиги;
- д) алкоголизм билан боғлиқ.

7. Аспирин қабул қилишга кўрсатма:

- а) миокард инфарктининг бирламчи профилактикаси
- б) тромботик асоратларнинг давоси ва иккиламчи профилактикаси
- в) ўткир респиратор вирусли инфекциялар
- г) ревматик митрал стеноз
- д) артериал гипертония

8.Стенокардияда оғриқ характерини баҳоланг:

- а) оғриқ жисмоний зўриқишда юзага келади
- б) оғриқ тинч ҳолатда юзага келади
- в) стенокардиядаги оғриқ тўш ортида, босувчи характерда
- г) оғриқ қўлларга, пастки жағ, бўйин, елкага тарқалиб, хансираш билан кечади
- д) оғриқ эмоционал зўриқишда юзага келади

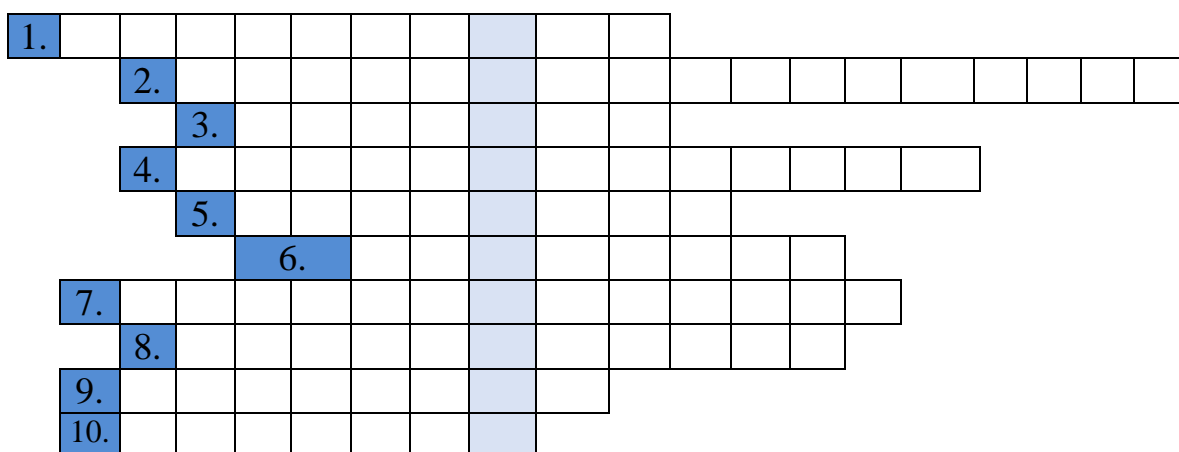
9.Миокардитнинг диагностик мезонларини санаб ўтинг (Кардиологлар Нью - Йорк ассоциацияси 1973):

- а) А-В блокада
- б) I тон сусайиши
- в) кардиомегалия
- г) аспартаминотрансферазалар даражасининг ошиши
- д) йўтал

10.Ревмокардитнинг диагностик мезонларини топинг

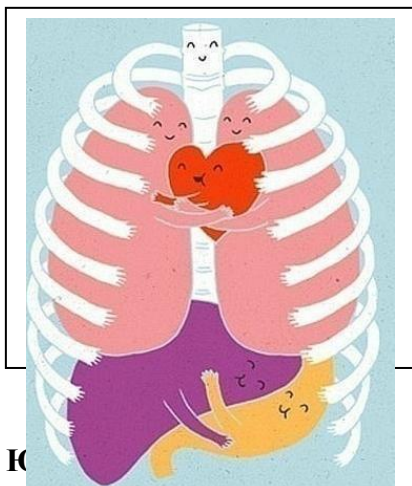
- а) юрак соҳасида оғриқ ва нохушлик
- б) хансираш
- в) синусли брадикардия
- г) юрак чўққисида I тоннинг сусайиши
- д) перикардит симптомлари

## КРОССВОРД



- 1. Тез таъсир қилувчи юрак глюкозиди
  - 2. Депрессияда учрайдиган стенокардия тури
  - 3. Энг самарали антиагрегант
  - 4. Принцметал стенокардияни асосий таснифи
  - 5. Миокард инфаркตินинг ўткир даврида тезлашган қоринчалар экстрасистолиясини даволашнинг биринчи танлов воситаси
  - 6. Юқори қўл-оёқларнинг олдинги ва ўрта зинасимон мушаклари орасидаги нерв-томир тугунини босилиши синдромининг номи.
  - 7. Стенокардия хуружида шошилиш чоралар.
  - 8. Тромбоэмболик асоратларда асосий ташхисий текширув усули.
  - 9. Оғриқ эпизоди билан кузатиловчи қизилўнгачнинг идиопатик кенгайиши
  - 10. Миокард инфарктининг энг кўп учрайдиган шакли.
- Ажратиб кўрсатилган сўз:** кўкрак қафасидаги оғриқ

## *Юрак ишемик касаллиги профилактикаси*



Юрак ишемик касаллигининг (ЮИК) бирламчи ва иккиламчи профилактикаси тафовут қилинади. ЮИКнинг бирламчи профилактикаси касаллик бошланмасдан олдин қатор махсус чора-тадбирлар (атеросклеротик жараён кучайишини секинлаштирувчи омилларга таъсир кўрсатиш) олиб боришдан ташкил топган. ЮИКнинг иккиламчи профилактикаси мавжуд касалликда касалликнинг кучайиб кетишини ва кейинги асоратларини олдини олишга қаратилган.

ЮИКнинг мавжуд хавфли омиллари (1-жадвал) бошқариб бўладиган ва бошқариб бўлмайдиганларга бўлинган)

*1-жадвал.*

### ЮИК хавфли омиллари

<b>Бошқариб бўлмайдиган</b>
Ёш Жинс ЮИК оилавий анамнез
<b>Бошқариб бўладиган</b>
Чекиш АГ Дислипидемия, умумий холестерин концентрациясининг юқорилиги, паст зичликдаги липопротеин (ПЗЛП) концентрациясининг юқорилиги, нисбий зичлиги баланд липопротеид холестерин концентрациясининг пастлиги, триглицеридлар микдорининг юқорилиги Гипергликемия ва қандли диабет Семизлик Гипергомоцистеинемия

#### ***Оилавий анамнез***

ЮИК ривожланиш хавфи юқори:

- ✓ Яқин қариндошларида ЮИК бўлса (иккинчи даражадаги қариндошлар: амаки-тоға, хола-амма, буви ва боболарга нисбатан биринчи даражадаги қариндошларда: ота-оналар туғишган ака-укалар, опа-сингиллар, ўғил -қизларда);
- ✓ Оилада ЮИК билан бир неча беморлар бўлса;
- ✓ ЮИК қариндошлар орасида нисбатан ёшларида кузатилса (эркакларда 55 ёшгача, аёлларда 65 ёшгача).

#### ***Ёш***

ЮИК билан касалланиш ва ёш ўртасида боғлиқлик аниқланган (ёш қанча катта бўлса, шунча атеросклероз кучли намоён бўлади ва ЮИК билан касалланиш даражаси юқори бўлади).



### ***Жинс***

55 ёшгача ЮИК билан касалланиш аёлларга (бундан АГ, гиперлипидемия, қандли диабет, эрта менопаузали аёллар мустасно) нисбатан эркакларда бир неча баравар кўп учрайди. 55-60 ёшдан кейин ЮИКда эркак ва аёллар орасидаги нисбат тенглашади.

### ***Тамаки чекиш***

Чекиш ЮИК ривожланиш хавфини 2 баравар оширади. Чекиш кўпинча нохуш ҳолатларга, жумладан қонда вақтинчалик фибриноген миқдорини, тромбоцитлар агрегациясини оширади, тож артерияларини торайтиради, ЮЗЛП (юқори зичликдаги липопротеинлар) миқдорини камайтиради ва б.қ. Бундан ташқари, тамаки тутунидаги моддалар эндотелияни зарарлайди, унинг функциясини ўзгартиради (эндотелиал дисфункцияси) ва силлиқ мушак хужайралари пролиферациясига олиб келади (охирида атерома ҳосил бўлади). Чекишни тўхтатиш миокард инфаркти хавфини камайишига олиб келади. Лекин чекишнинг асосий таъсири тўсатдан юрак касаллиги туфайли ўлим содир бўлиш даражасига таъсир кўрсатади.

Чекишни ташлаш юрак-қон томир патологияси юзага келиш хавфини камайтиради. Бу хавф чекишни ташлаганлар учун яқин йиллар давомида чекмайдиганлар даражасигача камайишига олиб келиши мумкин.

### ***Артериал гипертензия***

АҚБнинг баландлиги (ҳам систолик, ҳам диастолик) ЮИК ривожланиш хавфини 3 баробар оширади.

### ***Қандли диабет***

I типдаги қандли диабетда инсулиннинг танқислиги липопротеинлипаза (ЛПЛпаза) фаоллигини пасайишига, мос равишда триглицеридлар синтезининг ошишига олиб келади. II типдаги қандли диабетда кўпинча дислипидемия ўПЗЛП (ўта паст зичликдаги липопротеидлар) синтезининг ошиши ва ЮЗЛП (юқори зичликдаги липопротеидлар) миқдорининг пасайиши кузатилади. Бундан ташқари қандли диабет кўпинча семизлик ва АГ билан биргаликда учрайди.

### ***Кам ҳаракат ҳаёт тарзи***

Кам ҳаракат ҳаёт тарзи ЮИК ривожланиш хавфини оширади.

### ***Семизлик***

Ортиқча тана вазни ва семизлик дислипидемия, АГ ва қандли диабетга сабаб бўлади.

### ***Эстрогенлар танқислиги***

Эстрогенларнинг вазопротектив самараси мавжуд. Менопаузагача аёлларда ЮЗЛП миқдори юқори, ПЗЛП миқдори паст бўлиб, шу ёшдаги эркакларга нисбатан уларда ЮИК ривожланиш хавфи кам бўлади. Менопаузада эса эстрогенларнинг ҳимоя таъсири пасаяди ва ЮИК ривожланиш хавфи ўсиб боради.

### ***Хавфли омилларни баҳолаш***

Бир неча омилларнинг борлиги ЮИК ривожланишини бир неча бараварга оширади. ЮИК ривожланиш хавфини баҳолашда қуйидаги параметрлар аниқланади.

- ✓ Бошқариб бўлмайдиган хавф омиллари - ёш, жинс, оилавий анамнез.
- ✓ Беморнинг ҳаёт тарзи - чекиш, жисмоний фаолликнинг етишмаслиги, нотўғри овқатланиш.
- ✓ Қандли диабетнинг борлиги.

- ✓ Бошқа хавфли омилларнинг борлиги, ортикча тана вазни, АГ, қондаги липидлар ва глюкоза миқдори.
- ✓ Тана вазнини баҳолашда тана массаси индексига ёндашиш керак: тана массасининг (кг) бўйига (в м<sup>2</sup>) нисбати (Жадвал.2). Тана массасини баҳолашда бундан ташқари висцерал (абдоминал) семизликни: эркакларда бел айланаси 102 см, аёлларда эса 88 смдан кўп бўлмаслигини ҳисобга олиш керак.

*Жадвал 2*

**Тана массаси индекси асосида семизликни баҳолаш (ЖССТ, 1995)**

<b>Тана массаси индекси</b>	<b>ЖССТ таснифи</b>
18,5дан кам	Тана массаси пасайиши
18,5-24,9	Тана массаси меъёрда
25-29,9	1 даражадаги ортикча тана массаси
30-39,9	2 даражадаги ортикча тана массаси
40 дан кўп	3 даражадаги ортикча тана массаси

***Бирламчи профилактика***

ЮИКнинг бирламчи профилактикаси чора-тадбирларида хавф даражасини баҳолаш муҳим. Шу мақсадда бир неча рискометрлар ишлаб чиқилган. Улардан бирида яқин 6 йилда ЮИК эҳтимоллиги (ўлим ва ўлим юз бермаган юрак касалликлари ҳолатлари) ҳисоблаб чиқилган. Бунинг учун жинс, чекиш, систолик АҚБ ва қондаги умумий холестерин миқдорини ҳисобга олиш керак. Юқори (20% дан кўп), ўрта ва паст хавф (20% дан кам) гуруҳларига ажратилади.

***Хавф 5% дан кам***

Абсолют хавф 5% дан кам ва умумий холестерин миқдори 5 ммоль/лдан кўп бўлганда ҳаёт тарзини ўзгартириш борасида чора-тадбирлар олиб борилиб, холестерин миқдори 5 ммоль/л (190мг%) ва ПЗЛП 3 ммоль/л (115мг%) дан пастга туширилади ва ҳар 5 йилда назорат қилинади.

***Хавф 5% дан кўп***

Юрак-қон томир касалликларидан ўлим 5% дан кўп бўлганда қондаги умумий холестерин ва ПЗЛП, триглицеридлар миқдорини аниқлаш керак. Кейинчалик 3 ой мобайнида ҳаёт тарзини ўзгартириш чора-тадбирлари тўғрисида маслаҳат бериш ва қондаги липидлар миқдорини қайтадан текшириш керак. Умумий холестерин миқдори 5 ммоль/л (190мг%) дан кўп ва/ёки ПЗЛПлар 3 ммоль/л (115мг%) дан кам бўлганда номедикаментоз даво чораларини сақлаган ҳолда антигиперлипидемик воситалар билан давони бошлаш зарур. Умумий холестерин миқдори 5 ммоль/л дан ва ПЗЛП 3 ммоль/л (115%) дан кам бўлганда қондаги липидлар миқдорини 1 йилда 1 марта назорат қилган ҳолда ҳаёт тарзини ўзгартириш чора-тадбирларини олиб бориш керак.

***Иккиламчи профилактика***

ЮИК бор беморда иккиламчи профилактика ҳаёт тарзини ўзгартириш, хавфли омилларга таъсир кўрсатиш, дори воситаларини қўллаган ҳолда олиб борилади.

***Ҳаёт тарзини ўзгартириш***

- Суткалик овқат таркибида ҳайвон ёғлари миқдорини 30%га камайтириш.
- Умумий ёғ миқдоридан тўйинган ёғларни 1/3 гача камайтириш.
- Холестерин миқдори суткасида 300мг.дан ошмаслиги керак.

- Тўйинган ёғларни тўйинмаган ўсимлик ва денгиз маҳсулотлари ёғларига алмаштириш керак.
- Сабзавот, мевалар ва ёрмаларни кўпроқ истеъмол қилиш.
- Ортиқча тана массасида умумий калория миқдорини камайтириш.
- Туз ва спиртли ичимлик истеъмолини камайтириш.
- Жисмоний фаолликни ошириш.

Қўйидаги жисмоний машқлар тавсия қилинади: тез юриш, югуриш, сузиш, велосипедда ва чангида учиш, теннис, волейбол, аэроб жисмоний рақслар. Бунда ушбу ёш учун юрак ритми энг кўп миқдорининг 60-70% дан ошмаслиги керак. Жисмоний машқлар давмиёлиги 5-минутни ташкил қилиши керак, 5-10 минут разминка қилиш, 20-30 минут аэроб фаза, 5-10 минут якуний фаза. Машқлар ҳафтасида 3-5 марта доимий такрорланиб туриши керак. (Узоқ давом этадиган машғулотларда ҳафтасида 2-3 марта).

### **Хавфли омилларга таъсир қилиш**

- ✓ Тана массаси индекси 25 кг/м<sup>2</sup>дан кўп бўлганда тана массасини парҳез ва доимий жисмоний машқлар ёрдамида тушириш мақсадга мувофиқ. Бу АҚБни, қонда умумий холестерин ва ПЗЛП концентрацияси пасайишига, ЮЗЛП миқдорининг кўтарилишига, инсулинга сезгирликнинг ошишига олиб келади.
- ✓ АҚБ баланд бўлганда номедикаментоз даво самара бермаса, антигипертензив дори воситалари буюриш керак. АҚБ 140/90 мм.см.уст.дан паст даражада бўлиши мақсадга мувофиқдир.
- ✓ Гиперхолестеринемияда ёки дислипидемиянинг комбинациялашган шаклида парҳез, кейинчалик антигипертензив воситалар ёрдамида умумий холестерин миқдорини 5 ммоль/л (190мг%) ва ПЗЛПлар эса 3 ммоль/л (115мг%)дан пастга тушириш керак (айниқса ЮИКнинг аниқ белгилари бўлса). ЮИК ёки унинг эквивалентлари (2-типдаги қандли диабет, периферик ва уйқу артериялари атеросклерози, аорта аневризмаси) бор беморлар, ҳамда ЮИК ривожланиш хавфи юқори бўлган соғлом одамларда умумий холестерин ва ПЗЛП миқдори 4,5ммоль/л ва 2,6 ммоль/л.га мос равишда паст бўлиши керак.

### **Гиперхолестеринемия**

Липид алмашинуви бузилиши (дислипидемия), биринчи навбатда қонда холестерин, триглицеридлар ва атероген липопротеидлар миқдори юқори бўлса, атеросклероз ва у билан патогенетик боғлиқ юрак-қон томир тизими касалликларининг (МИ, ЮИКнинг сурункали шакллари, мия инсульти, оёқ артерияларининг облитерланган атеросклерози ва б.қ) муҳим хавфли омиллари ҳисобланади.

Қонда умумий холестерин ёки унинг фракциялари концентрацияси билан ЮИК ва атеросклероз оқибатлари натижасида касалланиш ва ўлим миқдори бевосита боғлиқлиги исботланган. Қонда умумий холестерин миқдори 200 мг/дл (5,2 ммоль/л) дан кам бўлганда ЮИКдан ўлим кўрсаткичи паст даражада эканлиги аниқланган. Унинг даражаси 5,3-6,5 ммоль/л атрофида бўлса ЮИКдан ўлим даражаси бироз кўтарилиши қайд қилинган. Умумий холестерин миқдорининг юқори концентрациясида (7,8 ммоль/лдан кўп) ўлим ҳолатлари кескин кўтарилишига олиб келади.

Бу маълумотларга асосланиб, умумий холестерин миқдори 5,2 ммоль/л дан паст бўлиши оптимал ёки аниқроғи «исталган» даража ҳисобланади. Умумий холестерин миқдори 5,3-6,5 ммоль/л чегара, 6,6 дан -7,7 ммоль/л-гача юқори, 7,8 ммоль/л – баланд ҳисобланади. Кўпгина ғарб давлатларида умумий холестерин миқдорининг юқори бўлиши тахминан 25% катта ёшдаги аҳоли ўртасида учрайди. ПЗЛП учун «исталган» даража 130

мг/дл (3,4 ммоль/л) ни, чегаравий-130-159 мг/дл (3,4-4,1 ммоль/л) ташкил қилади. Триглицеридларнинг «исталган» даражаси 1,7 ммоль/л ёки 130 мг/длдан кам бўлиши қабул қилинган.

Шунинг учун барча ривожланган давлатларда кексайган одамларда липидлар алмашинуви бузилишини мукамал тавсифлаш юрак-қон томир касалликларини профилактикасида бажарилиши шарт ҳисобланиб, уларнинг ҳаёт истиқболини, иш қобилиятини ва жисмоний фаоллигини аниқлашда ёрдам беради.

Қон плазмасида липидларнинг учта асосий синфи мавжуд: 1) холестерин (ХС) ва унинг эфирлари; 2) триглицеридлар (ТГ) ва 3) фосфолипидлар (ФЛ). Атерогенез учун кўпроқ аҳамиятлиси холестерин ва триглицеридлар ҳисобланади. ХС, ТГ ва ФЛ оксиллар-апопротеинлар билан боғланган липопротеидлар (ЛП) бўлиб асосий модалар ташувчи (транспорт) шаклдаги липидлар ҳисобланади.

ЛП зичлиги ва ҳажмига боғлиқ ҳолда бир неча синфлари фарқланади.

**Хиломикронлар (ХМ)** деярли 80-90% ТГни ташкил қилади. Улар асосан модалар ташувчи транспорт шаклидаги экзоген (озик-овқат маҳсулотлари) ТГ ҳисобланиб, уларни ингичка ичакдан скелет мушакларига, миокард ва ёғ тўқималарига олиб ўтади. Қон зардобида улар липопротеинлипаза таъсирида глицеринлар ва эркин эстерифицирланмаган ёғ кислоталаригача парчланади. Улар периферик органларда энергетик субстрат ( $\beta$ - оксидланган ёғ кислоталари) сифатида фойдаланилади. ХМ қолдиқларини (ремнантлар) гепатоцитлар тутиб олиб ва тезда қондан чиқиб кетади: овқат қабул қилгандан бир неча соатдан сўнг қон зардобида аниқланмайди.

**Ўта паст зичликдаги липопротеидлар (ЎПЗЛП)** –бу катта ва «бўш» ЛП бўлиб, тахминан 55% ТГ, 19% ХС ва фақат 8% оксиллар (апопротеинлар В-100, Е, С-I и С-II)дан ташкил топган. Бу синфдаги ЛП жигарда синтезланадиган эндоген ТГ бош транспорт шакли ҳисобланади. Қонга ўтган, ҳамда томир эндотелиясига жойлашган ЎПЗЛП липопротеинлипаза таъсирига учрайди.

Натижада ТГ глицерин ва эстерифицирланмаган ёғ кислоталарига парчланиб, ёғ тўқималари, миокард ва скелет мускулатураси томонидан энергетик субстрат сифатида фойдаланилади. ПЗЛП қолдиқлари ўртача зичликдаги, қисман паст зичликдаги липопротеидларга айланади ва кейинчалик жигар орқали қондан чиқиб кетади.

**Паст зичликдаги липопротеидлар (ПЗЛП)** жуда кичкина заррачалар бўлиб, ХС асосий транспорт шакли ҳисобланади. Улар 6% ТГ, максимал миқдор ХС (50%) ва 22% оксиллардан иборат. Тахминан 2/3 тез алмашинувчи ХС асосан жигарда синтезланади (эндоген ХС) ва фақат 1/3 организмга овқат орқали тушади (экзоген ХС).

**Липопротеин (а), ёки ЛП (а),** ўзининг физик-химик хусусиятларига асосан ПЗЛПга яқин бўлиб, улардан кўшимча оксил-апопротеин қобиғи борлиги сабабли ажралиб туради. ЛП атероген ЛПлар қаторига киради: улар миқдорининг қонда баланд бўлиши атеросклероз ва ЮИК, ҳамда тромботик асоратлари ривожланиши хавфи юқори бўлади.

**Юқори зичликдаги липопротеинлар (ЮЗЛП)** — энг кичик ва қаттиқ заррачалар ҳисобланади. Улар 5% ТГ, 22% ХС ва энг кўп оксил (40%)- апопротеинлар А-I, А-II ва С сақлайди ва атероген хусусиятга эга ЛП ҳисобланади. Бу хусусият ЮЗЛПларнинг бошка ЛП катаболизмига қатнашиши билан аниқланади. ЮЗЛП ёрдамида периферик органлардан, жумладан артериал томир деворларидан, хиломикронлар юзасидан ва УПЗЛП ва макрофаглар, силлиқ мушак хужайралари, жигарда ХСнинг қайта транспорти юз беради

**ЮЗЛП миқдорининг пасайиши сабаблари:**

- ✓ Эркак жинсига мансублик;
- ✓ Бемор ёши (кексалар);
- ✓ Семизлик ва гипертриглицеридемиялар;
- ✓ Кўп миқдорда углеводлар истеъмол қилиш ва катталарда диабет борлиги;
- ✓ Чекиш;

## ***Аспирин, юрак-қон томир тизими касалликларини профилактика қилиш воситаси***

Ацетилсалицилат кислотасининг гемостазга асосий таъсир қилиш механизмларининг ахамиятлисидан бири шуки, унинг селективлиги, циклооксигеназа (ЦОГ) ферментини орқага қайтмас даражада ўзгартиради, бу арахидон кислотасидан простаноидларни ажратиб олишнинг биринчи босқичи ҳисобланади ва арахидон кислотасини боғланиш хусусиятини йўқотади. Бу препарат кичик бўлган дозаларда ЦОГ-1 изоформасига айнан таъсир қилади. Бу таъсир натижасида қонда айланиб юрган тромбоцитларни тромбоксан А2 га айланиши тўхтайди, бу эса ўз навбатида проагрегант ва томирларни торайтирувчи таъсирни йўқотади, хужайралар эндотелияси ва ошқозон шиллиқ қаватида эса простаглицин (простаглицин I<sub>2</sub>), ҳосил бўлишини камайтиради, тромбоцитлар агрегациясини сўндиради, ошқозон шираси томирларга кенгайтирувчи таъсир кўрсатади. Бундан ташқари простаглицинлардан E<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> ва F<sub>2</sub> ҳосил бўлишини камайтиради.

Тромбоксан А2 нинг ҳосил бўлиши тромбоцитларни бутунлай яшаш даврини (7-10 сутка) сўндиради. Бундан ташқари ацетилсалицилат кислотаси нисбаттан этилган мегакариоцитлардаги ЦОГни фаолиятини камайтиради. Шунинг учун препарат қанчалик организмдан тез чиқиб кетишига қарамасдан таъсири узоқ вақтгача сақланган бўлади. Биз биламизки ҳар куни 10% га яқин тромбоцитлар янгиланади, ацетилсалицилат кислотасини қабул қилгандан кейинги 5-6 суткаларида тахминан 50% тромбоцитлар нормал фаолият кўрсатади. Экспериментал ва клиник кузатишлардан шу маълумки, ацетилсалицилат кислотасини тромбоцитлардаги ЦОГга таъсири, кичик дозаларда (75—100 мг) қабул қилинганда самарали тўйиниш натижасида пайдо бўлади.

Ацетилсалицилат кислотаси кичик дозада берилса, унда простаглицин синтезланиши яққол намоён бўлмайди ва тромбоцитлардан ташқаридаги ЦОГ препаратларининг таъсирига сезувчанлиги кам, бундан ташқари функционал фаолиятини тўхтатиш ўрнига ферментнинг янги ядроли хужайраларини синтезлайди. Изоформ ЦОГ-2 ёрдамида простоглицин синтезланади, бунинг учун эса препаратнинг юқори дозалари ва қисқа интервал орасида қабул қилиниши лозим. Бунда тромбоксан А2 нинг ҳосил бўлиши инкор этилмайди, лекин буни асосий манбааси тромбоцитлар бўлиб ҳисобланилади.

### ***Фармакокинетика***

Ацетилсалицилат кислотаси тезда (5-16 мин. ичида) ва тўлиқ ошқозон ва ичакнинг юқори қисмида сўрилади. Овқат қабул қилиш препаратни сўрилишини секинлаштиради, лекин унинг яққол намоён бўлишига таъсир кўрсатмайди. Дорини кичик бўлақларга бўлинганлиги абсорбцияни кучайтиради. Плазмада максимал концентрацияси 30-40 дақиқадан сўнг пайдо бўлади. Препаратнинг кўп қисми ингичка ичакда сўрилиб, тезда етарли даражада ингичка ичакнинг шиллиқ қавати, жигар, эритроцитлар, плазмадаги эстеразалар ёрдамида тизим олди гидролизига учрайди. Бироқ ЦОГ-1 нинг изоформларини тромбоцитлардаги ацетилланиши қон айланишнинг портал тизими орқали ўтганда юз беради, ҳамда антитромбоцитар таъсири биоўтказувчанликга боғлиқ эмас. Ацетилсалицилат кислотаси кичик дозаларда берилса, антитромбоцитар таъсир кўрсатиши секинлик билан ошиб боради; препарат максимал самара бериши учун қайта қабул қилиш керак бўлади. Тромбоцитларда А2 тромбоксан ҳосил бўлишини тўлиқ сўндириш учун бир марталик 100 мг ацетилсалицилат кислотасини қабул қилиш керак. Ичакда эрувчи қоплама билан қопланган таблеткалар ўзида таъсир этувчи моддаларни ажралиб чиқиши таблеткани ингичка ичакда тушгунича сақланади, бу ерда ацетилсалицилат кислотаси ишқорий муҳитда гидролизга учрайди.

Натижада ацетилсалицил кислотаси абсорбцияси секинлашади ва биоўтувчанлиги пасаяди. Қонда препарат максимал концентрацияси 3-4 соатдан кейин пайдо бўлади. Ичакда эрувчи қобик билан қопланган таблетка эригандан кейин, самарадорлиги бошланиш тезлиги оддий дориларникидек бўлиб қолади. Ичакда эрувчи қобик билан

қопланган ёки қопланмаган ацетил салицил кислотасини доимий қабул қилинганда, уларнинг самарадорлиги бир хил бўлиб қолади. Лекин 100мг дан ошмайдиган дозалар самарадорлиги аниқ тасдиқланмаган.

### ***Дозалаштириш хусусиятлари***

Тромботик асоратларнинг давоси ва олдини олиш учун қўлланиладиган ацетилсалицилат кислотасининг дозасини диапазони 75-325 мг/сут.ни ташкил қилади. Ундан юқори дозаларни қўлланилиши дорининг самарадорлигини ошишига эмас, балки ошқозон ичак трактидаги ножўя реакциялар ривожланиши хавфини ошишига олиб келади.

Аввал ацетилсалицилат кислотасини қабул қилмаган беморларда препаратнинг таъсирини тез бошланиши учун 160-325мг дори воситасини сақлайдиган, ичакда эримайдиган қобиқ билан қопланмаган таблеткани чайнаб ютиш керак. Вена ичига юборишнинг ҳеч қандай устунлиги йўқ, агарда бемор ичга қабул қилиб бўлмаган ҳолатларда парентерал қўлланилиши тасдиқланган. Узоқ муддат ичга қабул қилиш учун ичакда эрийдиган қобиқ билан қопланган ва қопланмаган дори шакллари қабул қилиш мумкин. Тавсияланадиган доза суткасида 75-160 мг 1 мартани ташкил қилади, алоҳида кўрсатмаларга кўра паст (50 мг/сут) ёки юқори (325 мг/сут.гача) дозаларда буюрилади. Ацетилсалицилат кислотасини қабул қилиш кўрсатмаси йирик илмий текшириш натижалари (РКИ) га асосланган бўлиб, барча беморлар олдиндан аниқ кўрсатилган дозани қабул қилишади. Дозанинг индивидуал танлови мувофиқлиги ноаниқ.

### ***Кўрсатма***

#### ***Юқори хавф гуруҳидаги касалларда МИ бирламчи профилактикаси.***

Атеросклероз клиник белгилари бор касалларда ***тромботик асоратларнинг давоси ва иккиламчи профилактикаси***: МИ; Ўзгарувчан ва турғун стенокардия; тери орқали миокард реваскуляризацияси; тож артерияларни шунтлаш; ишемик инсульт ва ўтиб кетувчи мия қон айланиши бузилиши; периферик атеросклероз (кўчиб юрувчи оқсоқланиш).

***Артериал гипертония.*** Миокард инфаркти, бош мия инсулти ёки трансишемик хужумда (атака) қон кетиш хавфи бўлмаса, аспирииннинг паст дозалари, суткада 75-100 мг тавсияланади. Шу билан бирга плазма креатини нисбатан кўтарилган, 50 ёшдан катта бўлган беморларда паст дозали аспириинни бериш кўрсатма ҳисобланади. Аспириин қўлланилишидан юрак-қон томир асоратлари хавфи пасайиши, қон кетиш ривожланиши хавфидан устунлиги исботланган. Геморрагик БМИ хавфи камайиши учун аспириин билан даволаш фақат АБ ни адекват бошқариш билан бошланади.

### ***Кўп кузатиладиган ножўя таъсирлари***

Ошқозон-ичакда: диспепсия, кўнгил айнаиши, кам ҳолларда яра, қон кетишлар. Доза оширилса хавф юқори бўлади. Агарда ошқозон-ичак шиллиқ қаватларига ножўя таъсирлари кузатилса, унда препаратни дозасини камайтириш керак, ёки ичакларда эрийдиган ташқи томони қобиқ билан қопланган шаклларида фойдаланиш лозим. Лекин дорининг бундай шакллари ошқозон-ичакдан қон кетиш асоратини бермайди деган исботлар мавжуд эмас. Имкони борича бу препаратни овқатланиш пайтида ёки бир стакан сув, ёки сут билан ичиш тавсия этилади.

### ***Кам учрайдиган ножўя таъсирлари***

Аллергик реакциялар; Бронхоспазм. Компенсацияланган респиратор алкалоз. Буйрак функциясининг бузилиши (суткасига 325 мгдан кам дозада қабул қилинса, оддатда бундай ножўя таъсир яққол намоён бўлмайди; кексаларда гипоальбуминемия билан кечувчи сурункали буйрак етишмовчилиги, гломерулонефрит, гломерулосклероз

бўлганда). Жигар функциясининг бузилиши, болаларда Рейе синдроми (хаёт учун хавфли энцефалопатия билан жигарнинг шикастланиши).

### ***Қарши кўрсатма ва огоҳлантириш***

Салицилатларга нисбатан аллергияси бўлганларда, геморрагик диатез. Ошқозон-ичак йўллариининг елиқиш-яралли шикастланишининг зўрайиш фазасида. Давомий қон кетишларда. Оғир жигар етишмовчилигида.

Бронхиал астмаси бор беморларда, бурун полипозиди, аллергик реакциялар кузатилиши мумкин.

НЯҚВ билан биргаликда қўллаш тавсия этилмайди (ЦОГ-1 ўзига боғлаб олиш зиддиятлари ортади, оқибатда ацетилсалицилат кислотасининг антитромбоцитар таъсири камаяди).

Кўкрак билан эмизадиган аёллар ва 16 ёшгача бўлган болаларга тавсия этилмайди (Рейе синдроми пайдо бўлиш хавфи ошади).

### ***Стенокардия***

Юрак ишемик касаллигининг клиник шаклларида бири бўлиб, юрак соҳасида хуружсимон оғриқ ёки дискомфорт ҳиссиётини кузатилиши билан кечадиган миокард ишемияси бўлиб (лекин-некроз ривожланмаган ҳолда), миокардга қоннинг кам келиши ва кислородга бўлган эҳтиёжнинг ошиши билан характерланади.

### ***Стенокардияда оғриқларнинг характеристикаси:***

Хуружсимон характерга эга бўлиб, маълум бир шароитларда оғриқнинг бошланиш, тугаш ва тинчланиш аниқ вақтига эга:

- ✓ Оғриқ жисмоний зўриқишда пайдо бўлади (ҳаракат тезлашганда, юқорига кўтарилиш, совуқ шамол билан тўқнашув, овқатланишдан кейинги юришда ёки оғир юк кўтарганда) ёки эмоционал зўриқиш, совуқда ёки овқатланишдан сўнг ва тинч бўлганда (бир неча дақиқадан кейин) ёки нитроглицерин қабул қилгандан сўнг оғриқ йўқолади.
- ✓ Стенокардияда оғриқ оддатда сиқувчан, локализацияси тўш орқасида, қўлга, пастки жағ соҳаси, бўйин, орқага тарқалади, кам ҳолларда ҳансираш кузатилади.
- ✓ Хуруж кузатилмаганда физикал текширув натижалари кам бўлади.

**Турғун стенокардия функционал синфлар (ФС) бўйича қўйидагича тавсифланилади:**

**I-ФС**га турғун стенокардияси бор, хуружлар ортиқча жисмоний зўриқиш натижасида камдан-кам чақириладиган шахслар киради.

**II-ФС**да оддатдаги жисмоний фаолият озроқ чегараланган. Стенокардия хуружлари 500 метрдан ортиқ текис йўлдан юрганда, 1-қаватдан юқорироқ кўтарилганда пайдо бўлади.

**III-ФС**да оддатдаги жисмоний фаолият кескин чегараланган. Хуружлар 100-500 метр текис йўлдан нормал темпда юрганда, 1-қаватга кўтарилганда пайдо бўлади.

**IV-ФС**да стенокардия хуружлари оддатдаги жисмоний фаолиятда, 100 метргача текис йўлдан юрганда пайдо бўлади.

Бундан ташқари хуружлар тинч бўлганда, уйку пайтида, ҳамда худди зўриқиш стенокардияси хуружларига ўхшаб, миокарднинг кислородга бўлган метоболик эҳтиёжи ошиб бориши сабабли пайдо бўлади.

Зўриқиш стенокардиясининг **атипик** кўриниши (стенокардиянинг эквивалентлари): оғриқнинг жойи тўш орқасида бўлмасдан, фақатгина тарқалиш зоналарида кузатилади, чап қўл мушакларини ҳолсизланиш хуружлари ва чап қўлнинг IV-V бармоқларнинг қарахтланиши, беморда юрак етишмовчилигининг белгиларисиз хансираш кузатилади, тез юрганда йўтал, юқори жисмоний зўриқишда аритмиялар хуружи, юрак астмаси хуружлари кузатилади.

Стенокардиянинг барча босқичларини ташхислаш тўғри, тўлиқ ва аниқ йиғилган маълумотларга асосланган бўлади. Аниқ бўлмаган ҳолларда жисмоний зўриқиш синамаси ёрдам беради (велозергометрик синама), юрак етишмовчилигини яширин турини аниқлаш мақсадида синамалар ўтказилади. Ташхисни қўйишда пайдо бўладиган саволларга қўйидаги кетма-кетлик схемасидан фойдаланилган ҳолда, муаммони ечими аниқланади: оғриқнинг табиати юракданми, инфаркт олди стенокардиянинг белгилари мавжудми, ҳозирдаги касалликнинг кучайиши ЮИК кечиши билан боғлиқми, ёки юракдан ташқари бўлган (ҳамроҳ) касалликлар таъсириданми? Агарда юқоридаги учта саволга аниқ жавоб олинмаса, унда оғриқнинг бошқа сабабларини ахтариш лозим: беморда бошқа касаллик топилса, оғриқни манбаси бошқа бўлган тақдирда ҳам беморда ЮИК кўринишида бўлган стенокардияни инкор этмаслик керак.

### **Турғун ва ўзгарувчан стенокардиянинг дифференциал диагностикаси, Q тишчасиз миокард инфаркти**

<b>Клиник белгилари</b>	<b>Турғун стенокардия</b>	<b>Ўзгарувчан стенокардия</b>	<b>МИ Q тишчаси билан</b>
Касалланиш оралиғи	Бир неча ойдан бир неча йилгача	Биринчи марта пайдо бўлган (оралиғи 30 минут) ёки тобора узоқ давом этувчи	Биринчи марта пайдо бўлган ёки стенокардия хуружи вақтида
Оғриқ табиати	Стереотипли	Оғриқларнинг пайдо бўлиши ёки тинчликдаги стенокардия	Чўзилувчи ангиоз оғриқ
Давомийли оғриқ	Ўзгармайди	Ўсиб борувчи	Оғир кечади
Оғриқ давомийлиги	2-10 мин	10-20 мин	20-30 мин ва ундан кўп
Оғриқни келтириб чиқарувчи шароит	Беморга яхши маълум	Ўзгариб турувчи, янгиларнинг пайдо бўлиши	Тинчликдаги оғриқлар
Оғриқлар давомийлиги	Ўзгармайди	Кўпаяди	Ангинозли ёки Астматик статус
Нитроглицериннинг суткалик дозаси	Ўзгармайди	Кўпайтирилади ( 15-20 табл ва ундан кўп)	Нитроглицерин ёрдам бермайди
Жисмоний зўриқиш берганда	Ўзгармайди	Тушиб кетади	Жисмоний зўриқишни кўтариб билмайди
ЭКГ	Турғун ўзгариш	Динамикада ST сегментнинг пайдо бўлиши	Динамика ST, Q тиш



Биохимик кўрсаткичлар	Ўзгармайди	Кўтарилади., 15% гача	Миоглобин кўтарилиши ва МВ КФК 2 соат давомида мусбат бўлиши. Тропонинлар, АСТ, ЛДГ ва б.к.
-----------------------	------------	-----------------------	---

### ***Даволаш.***

1. Беморга ЮИК самарали давоси ишлаб чиқилганлигини тушунтириш керак.
2. Жисмоний машқлар бажариш тавсия этилади ва уларнинг жадаллиги стенокардиянинг оғирлик даражасига боғлиқ бўлади.
3. Эмоционал зўриқишга, атрофдагилар билан тез можаро бошлашга мойил бўлганларга психотерапия ўтказиш лозим.
4. Кундалик стенокардия хуружларидан сақланиш тўғрисида тушунтириш ишларини олиб бориш керак.
5. Жуда қатъий чеклашларни қўллаш керак эмас - бу беморни аҳволини оғирлаштиради.

### ***Стенокардия хуружларида шошилиш чоралар.***

Нитроглицерин, 300-600 мкг тил остига

### ***Бошқа усуллар:***

- ✓ Изосорбид динитрат, 5 мг тил остига ҳар 5 дақиқада (3 мартагача) 15 дақиқа давомида, ёки
- ✓ Нитроглицерин аэрозоли, ҳар нафас олишда 1-2 та (3 тагача) 15 дақиқада, ёки
- ✓ Нитратларни кўтара олмаса – нифедипин, 5 мг тил остига ёки чайнаш керак.

### ***Зўриқишдаги стенокардияда (жисмоний зўриқишни кўтара олганда).***

- ✓ Аспирин, 150 мг дан ичишга суткасига 1 марта.
- ✓ Оғрик кузатилса – нитроглицерин (таблеткаси тил остига ёки аэрозоль). Айрим ҳолларда – в-адреноблокаторлар, нитратларнинг малҳамлари ёки пластирлардан фойдаланилади.
- ✓ в-адреноблокаторлар ёки кальций антагонистлари.
- ✓ Изосорбид динитрат, 10 мг ичишга суткасига 3 марта, ёки
- ✓ Изосорбида мононитрат, 60 мг суткасига 1 марта.
- ✓ Шифохонада нитроглицерин в/и буюрилади.

Кейин баллонли ангиопластикасига ёки коронар шунтлашга юборишни аниқлаш учун тож томирлар ангиографияси қилинади.

***Хуружлар ўртасидаги даво:*** Кам учрайдиган хуружларда (ФС-I) - нитратлар (нитросорбид 10 - 20 мг.дан қабул қилиш) кучли зўриқишларни олдини олиш. Стенокардиянинг II-ФС доимий давони талаб этади (йиллаб!) Бетта адренергик рецептор блокаторлари (атеналол ёки метапролол); унинг дозаси индивидуал (25-50-100 мг.), иложи бориша кунига 2 марта, охириги дозани қабул қилиш уйқудан 3-4 соат олдин; бунда юрак қисқаришлар сони бир дақиқада 60 - 70 тагача бўлиши лозим (тинч ҳолда олинган ЭКГ бўйича санаш тўғри келмайди, фақатгина беморни фаоллиги ошганда олинган бўлиши керак!). Нитратлар (нитромазин, тринитролонг ва б.қ.) бу препаратларни тизимли равишда қабул қилиш лозим, хуружлар тўхтаганда (кечиши бир маромга келса, яъни турғун бўлса) зўриқишдан олдин (бошқа шаҳарга саёҳатга, эмоционал зўриқиш ва б.қ.) Нитросорбидни

кунига 10 мг.дан 4 - 6 марта; нитрол малҳамини ҳар 4-6 соатда терига суртилади (таъсири 4 - 5 соат), шу билан биргаликда буни уйқудан олдин ҳам суртиш керак.

### ***Инфарктдан кейинги кардиосклероз (ПИКС)***

Инфарктдан кейинги кардиосклероз соғлом миокард тўқимасининг маълум бир қисмида миокард толаларининг бириктирувчи тўқима билан алмашилиши натижасида ривожланади. Инфарктдан кейинги кардиосклероз - миокардга бириктирувчи тўқиманинг ора-сира ўсиб кириши, ёки чандикли ёхуд ўчоқли кардиосклероз юзага келиши билан характерланади.

Кардиосклерознинг клиник белгилари склероз локализацияси ва тарқалганлиги даражасига боғлиқ. Фаол миокард тўқимасига нисбатан бириктирувчи тўқима массаси қанча қатта бўлса, юрак етишмовчилиги ва ритм бузилишлари (экстрасистолия, хилпилловчи аритмия ва б.к.лар) юзага келиши эхтимоли шунча юқори бўлади.

Кардиосклерознинг асосий симптомлари бу – ҳансираш (дастлабки босқичларида жисмоний зўриқишда юзага келса, кейинчалик тинч турган ҳолатда ҳам безовта қилади), ортопноэ (қорин бўшлиғи ва пастки оёқ-қўллар веналари орқали қоннинг қайта тақсимланиши оқибатида ётган ҳолатда ҳансирашнинг юзага келиши) дир.

Тунги пароксизмал ҳансираш беморларни тўсатдан уйғониб кетиб, (вертикал ҳолатни эгаллаганда 5-20 минутдан сўнг ўтиб кетади, акс ҳолда ўпка альвеоляр шиши ривожланади) ўтирган ҳолатни эгаллашга мажбур қилади. Уйқу пайтида буйрақлардаги қон айланиши ошиши туфайли, пешоб ажралиши кўпаяди, бемор кечки уйқу пайтида тез – тез уйғонишга мажбур бўлади.

Ўнг қоринча етишмовчилиги ривожланганда, шишлар (пастки оёқ-қўллар ва думғаза соҳаси) ҳамда анорексия (иштаҳанинг йўқолиши) юзага келади. Кейинги босқичларида қорин бўшлиғига трансудат тўпланиб асцит, шунингдек, бўйин веналарининг шишиши ва жигар катталаниши ривожланади.

Юрак ўтказувчи тизими соҳасида унча ката бўлмаган кардиосклероз ўчоқларининг ҳосил бўлиши – аритмиялар ва юрак ички ўтказувчанлигининг бузилишларига сабаб бўлади. Бизга маълумки, юрак етишмовчилиги ва ритм бузилишлари, бирқанча касалликларнинг симптоми сифатида юзага келади. Шу нуқтаи назардан келиб чиққан ҳолда, инфарктдан кейинги кардиосклероз ташҳисини тасдиқлаш учун тўлиқ анамнез йиғиш (ўтказилган миокард инфаркти), электрокардиография ўтказиш (ЭКГда турғун ўзгаришлар), эхокардиография, миокардсцинтиграфияси усуллари ўтказиш ката аҳамиятга эга.

Даволашнинг мақсади – соғлом миокард толаларининг функционал ҳолатини яхшилаш ва юрак етишмовчилиги белгилари ҳамда юрак ритми бузилишларини бартараф қилишдан иборат. Ўтказувчанликнинг оғир бузилишлари электрокардиостимулятор имплантациясига кўрсатма бўлаолади.

Ҳақат махсус текширишлардагина аниқласа бўладиган, аниқ клиник белгилар билан намоён бўлмайдиган кардиосклерозда даво муолажалари талаб қилинмайди.

## ЮИК ташхислаш алгоритми

### Зарурий текшириш усуллари

- Шикоятлари, анамнез, клиник кўрув қон босимини ўлчаш
- Лаборатор текширувлар: умумий қон таҳлили, қондаги қанд, умумий холестерин, триглицеридлар, калий, натрий, креатинин, АЛаТ, АСаТ, билирубин миқдори
- 12 тармоқда ЭКГ ёзиб олиш, ЭхоКГ
- Кўкрак ҳафаси аъзолари рентгенографияси
- Жисмоний зўриқишли синамалар (ВЭМ ёки тредмил)

### қўшимча текшириш усуллари

1. Коагулограмма
2. ЭКГ суткалик қузатув (мониторлаш)
3. Паст ва юқори зичликдаги липопротеидлар миқдори
4. Юқори хавф гуруҳидаги беморларда коронарография ўтказиш
5. Юрак қон томирлар сикилишига олиб келувчи эргометринли ва б. қ. фармакологик синамалар
6. Добутамин ёки дипиридамомл билан стресс-ЭхоКГ

### Иккиламчи профилактика

#### Тамаки чекиш

- қатъий ман қилиш, ҳатто чекувчиларнинг ёнида ҳам бўлмаслик (пассив чекувчилик)
- Врач қабулида албатта тамаки чекиш масаласида сўраб - сурштириш
- Барча тамаки чекувчиларга чекишдан воз кечишни тавсия қилиш

#### Артериал қон босими (АҚБ)

Мақсадли даражалари – <140/90 мм сим.уст.ёки қандли диабетда ва сурункали буйрак касалликларида <130/80 мм сим.уст.ёки протеинурияда 120/75 мм сим.уст.

#### Липидлар даражаси

Гиполипидемик терапия умумий холестериннинг мақсадли даражасига < 4,5 ммоль/л, ЛПНП < 2,5 ммоль/л. эришиш учун ўтказилади

#### Жисмоний ҳаракат

Мақсадли даражаси: кунига 30 дақиқа, бир ҳафтада 7 кун (камида ҳафтада 5 кун).

#### Тана вазни

Мақсадли даража: тана вазни индекси 18,5-29 кг/м<sup>2</sup> чегарасида. Бел айланаси: аёлларда – < 89 см, эркекларда <102 см.

#### қандли диабет

Гликозириланган гемоглобиннинг мақсадли даражаси HbA1c < 7%.

## ***ЮИК ни даволаш алгоритми***

### ***Антитромбоцитар воситалар ва антикоагулянтлар***

- Аспири 75-162 мг/кунига ва қарши кўрсатмалар бўлмаганда узоқ муддатга тавсия қилинади.

- ***Ренин-ангиотензин-альдостерон тизими блокаторлари. АПФингибиторлари:*** Артериал гипертензия, қандли диабет ёки буйрак сурункали касалликларида, чап қоринчадан отилиб чиқадиган фракция <40%ни ташкил қилса, қарама – қарши кўрсатмалар бўлмаса, узоқ муддатга тавсия қилинади.

### ***Ангиотензин рецепторлари антагонистлари***

- Юрак етишмовчилиги ёки миокард инфарктдан кейин беморларда чап қоринчадан отилиб чиқадиган фракция <40%, пасайиб кетганда, АПФ ингибиторларини кўтара олмаслик ҳолатларида.

- ***Альдостерон антагонистлари*** Миокард инфарктдан кейин чап қоринчадан отилиб чиқадиган фракция <40% пасайиб кетганда, буйрак фаолиятининг ва/ёки гиперкалиемиянинг сезиларли бузилишларисиз ҳамда АПФ ингибиторлари ва бета - блокаторларининг терапевтик дозаларини қабул қилаётган беморларда ёки қандли диабет ёхуд юрак етишмовчилиги клиник белгилари бўлса

### ***Бета-адреноблокаторлар***

- Миокард инфаркти, ўткир коронар синдром, ёки чап қоринча фаолиятининг бузилишида юрак етишмовчилиги борлигидан қатъий назар, қарама – қарши кўрсатмалар бўлмаганда, узоқ муддатга тавсия қилинади.

### ***Кальций антагонистлари***

- Бета – блокаторлар самараси паст бўлса, кўтара олмаслик ҳолатлари кузатилса, кальций антагонистлари (верапамил, дилтиазем) билан монотерапия ёки узоқ таъсирга эга бўлган нитратлар тавсия қилинади.
- Бета – блокаторлар монотерапияси етарли самара бермаса, кальций каналлари блокаторларининг дигидропиридин қатори препаратлари қўшилади.

### ***Стенокардия мавжуд бўлса, нитратлар***

- Ўткир симптомларни бартараф қилиш ва вазият профилактикаси мақсадида қўлланишга кўрсатмани инобатга олган ҳолда қисқа таъсирга эга нитроглицерин
- Антиангинал мақсадда узоқ таъсирга эга нитратлар, уларни кўтара олмаслик ҳолатларида нитратсимон воситалар (молсидомин) қўлланилади.

### ***Грипп вирусига қарши вакцинация***

Юрак-қон томир касалликлари бор беморлар грипп вирусига қарши эмланишлари лозим.

### ***Миокард реваскуляризацияси***

Эндоваскуляр ёки хирургик. Коронарография маълумотларига кўра коронар артериялари стенози даражаси ва тарқалишига боғлиқ ҳолда кўрсатмалар ва реваскуляризация усули танланади.

## ***Миокардит.***

**Миокардитлар** юрак мушагининг яллиғланиши билан боғлиқ бўлган касалликлардир. Келиб чиқишига кўра миокардитлар бирламчи ҳамда иккиламчи бўлади. Бирламчи миокардитларни асосан қўзғатувчилар (бактериялар, вируслар, гижжалар, замбуруғлар, содда микроорганизмлар) юзага келтириб, қўзғатувчилар турига қараб специфик ва носпецифик миокардитлар фарқланади. Баъзан юрак мушагининг нурланиш, токсик маҳсулотлар, травмалар таъсирида зарарланиши ҳам кузатилади. Ундан ташқари миокардитлар ривожланишида коллагенозлар (тизимли қизил югурик, ревматоидли артрит, дерматомиозит), ревматизм, ўткир пневмониялар, Лайм (дори) касалликлари муҳим ўрин тутди. Юқорида қайд этилган касалликларда миокардитлар касалликнинг асосий симптоми кўринишида намоён бўлмаслиги мумкин.

**Миокардитлар ташҳиси** юрак зарарланиши клиник симптомлари ва қўшимча текшириш усуллари натижаларига асосланади. Периферик симптомлар: рангпарлик, лаб цианози, тана ҳароратининг кўтарилиши.

1. Юрак қон-томир тизими зарарланиши симптомлари:
  - а) Оғриқ симптоми (юрак соҳасида нитратлар билан бартараф этилмайдиган давомли тўмтоқ, санчувчи оғриқлар);
  - б) Юрак зарарланишининг объектив белгилари: чўкки турткисининг сусайиши, юрак чегараларининг кенгайиши, «от дупури» диастолик ритми ёки (ва) систолик шовқин, юрак тонлари бўғиқлиги, қон босимининг пасайиши, юрак фаолияти ритми ва частотасининг бузилиши;
3. Юрак чап қоринчаси ҳамда (ёки) ўнг қоринча етишмовчилиги (ҳансираш, бўйин веналарининг кенгайиши, ўпка устида нам хириллашларнинг эшитилиши, жигар катталашиши, оёқларда шиш) белгилари.
4. Касалликнинг этиологик омил билан боғлиқлиги ва яширин даврнинг борлиги.
5. Юрак зарарланишини тасдиқлайдиган қўшимча текшириш усуллари:
  - ЭКГ: ST сегмент ва T тишчанинг ўтиб кетувчи ўзгаришлари;
  - ЭхоКГ ва юрак рентгенографияси – юрак ўлчамларининг катталашиши;
  - Ўткир фазали кўрсаткичлар: ЭЧТнинг тезлашиши, эозинофилия, нейтрофил лейкоцитоз, сиал синамаси, фибриноген миқдорининг ошиши, С-реактив оқсилнинг мусбатлиги, диспротеинемия глобулин фракцияси ҳисобига, юрак изоферментларининг ошиши.

## ***Миокардитларнинг диагностик мезонлари***

(Нью-Йорк кардиологлари ассоциацияси, 1973)

1. Синусли тахикардия.
2. I тон сусайиши.
3. Ритм бузилишлари, шу жумладан «от дупури» ритми.
4. ЭКГ бузилишлари: бўлмача- қоринча ўтказувчанлигининг сусайиши, реполяризациянинг бузилиши (ST-T).
5. Кардиомегалия.
6. Аспаратаминотрансфераза (АсАТ)нинг ошиши.
7. Юрак етишмовчилиги.

## **Миокардитларнинг асоратлари**

- ✓ ўткир юрак етишмовчилиги (юрак астмаси, ўпка шиши);
- ✓ юрак етишмовчилиги билан юрак ритмининг пароксизмал бузилишлари;

- ✓ атриовентрикуляр блокада оқибатида юракнинг тўхтаб қолиши;
- ✓ перикардит;
- ✓ дилатацион кардиомиопатия ривожланиши;

Энг кўп асоратлар (ҳилпилловчи аритмия, тромбоземболик синдром, ривожланиб боровчи юрак етишмовчилиги) билан ажралиб турадиган миокардит - бу Абрамов-Фридлендер идиопатик миокардитидир.

**Оқибатлари:** соғайиш; юрак ритми бузилиши ёки (ва) юрак етишмовчилиги билан кечадиган кардиосклероз, дилатацион кардиомиопатия ривожланиши.

**Диспансер кузатуви.** Миокардит касаллиги билан оғриган беморлар мутахассис кардиолог ёки терапевт назоратида турадилар. Назорат давомидаги кўрувлар частотаси касаллик оғирлиги даражасига, йўлдош касалликлар бор – йўқлигига қараб белгиланади. Кузатув ўз ичига умумий қон таҳлили, ЭхоКГ ва ЭКГ текшириш усулларини қамраб олади. Қўшимча текшириш усуллари ҳамда мутахассис маслаҳати кўрсатмалар бўлганда амалга оширилади. Миокардитларда бирламчи ва иккиламчи профилактик тадбирлар албатта амалга оширилади.

### **Перикардит.**

Перикардитларда кўкрак қафасидаги оғриқлар асосий симптом ҳисобланиб, бу касалликда оғриқ синдроми бир қатор хусусиятларга эга. Оғриқ касалликнинг бошланғич даврларида юзага келиб, перикард варақларининг бир-бирига ишқаланиши оқибатидир. Перикард варақлари орасида суюқлик тўпланганда ёки фиброз тўқима ўсгандан сўнг оғриқ йўқолади, шу туфайли оғриқ синдроми давомли эмас. Ўткир перикардитда оғриқ кўпинча юрак чўққи турткиси соҳасида локализацияланган бўлиб, баъзан прекардиал соҳага ҳам тарқалиши мумкин. Айрим ҳолларда оғриқ эпигастрал ёки қовурға равоғида ҳам кузатилади. Оғриқнинг чап қўл, елка, курак соҳасига тарқалиши перикардитларга унчалик хос белги эмас. Худди шу билан бир вақтда оғриқ кўкрак қафаси ўнг қисмига ва ўнг елкага тарқалиши мумкин. Оғриқ ўтмас, симилловчи ёки аксинча ўткир, кесувчи характерда намоён бўлади. Перикардитларда оғриқ синдромининг ўзига хос хусусияти, бу – оғриқнинг нафас акти ва тана ҳолатига боғлиқлигидир. Бемор чуқур нафас олганда оғриқ кучайиши ҳисобига, нафас юзаки бўлади. Баъзан беморлар мажбурий (олдинга эгилган ҳолда ўтирган) ҳолатни эгаллайдилар. Беморда перикардит гумон қилинганда кардиолог маслаҳатига йўллаш лозим.

**Кардиомиопатиялар.** Келтириб чиқарувчи омилларга кўра кардиомиопатияларнинг куйидаги турлари фарқланади: функционал, дисгормонал, спортсменлар кардиопатияси ва бошқа шакллари. Функционал кардиопатияларни сабаблари масалан, алкоголь маҳсулотларини суистеъмол қилиш натижасида юзага келадиган алкогольли шакллари спиртли ичимликлар қабулини чеклаш орқали бартараф қилиш мумкин.

Функционал кардиопатия юрак соҳасидаги симилловчи ёки чўзилувчан оғриқлар билан характерланиб, бу оғриқлар беморлар тинч ҳолатда бўлганда юзага келади, узок давом этади, бир неча суткагача чўзилади. ЭКГ да ҳилпилловчи аритмия, шунингдек тахикардия ва бўлмачалар титраши белгилари кузатилади. Қўшимча диагностик усул бу – ЭхоКГ. Даволашда алкоголь ичимликларини қатъий ман қилиш муҳим. Дисгормонал кардиомиопатияда бошқа турларидан фарқли равишда, организмдаги метаболик жараённинг издан чиқиши – асосан тухумдонлар фаолиятининг бузилиши этиологик омил ҳисобланади. Кардиомиопатияларнинг бу турига оғриқ жисмоний зўриқиш билан боғлиқ бўлмай кўтарилиш (прилив), қон босимининг ўзгаришлари, юрак уришининг тезлашуви, кўзғалувчанлик, кайфиятнинг кун давомида тез–тез ўзгариб туриши каби симптомлар кузатилади. Кўпрок касалликнинг бу тури аёлларда климактерик даврда ривожланиб, даволашда бета-адреноблокаторлар ва психотроп воситалар тавсия қилинади.

Шунингдек, қалқонсимон без гормонларининг кўп ишлаб чиқарилиши таъсирида организмдаги метаболик жараёнларнинг ўзгариши алоҳида ҳолатларда тиреотоксикоз натижасидаги кардиомиопатия юзага келишига сабаб бўлади. Бунда юрак кенгайди, ҳилпилловчи аритмия ёки экстрасистолия кўринишидаги ритм бузилишлари кузатилиб, ҳатто «тиреотоксик юрак» деб ҳам юритилади. Кардиомиопатияларнинг бу турини даволашда асосан қалқонсимон без фаолиятини изга солиш, шунингдек юрак мушаги фаолиятининг етишмовчилигини, ритм бузилишларини комплекс даволаш катта аҳамиятга эга. Беморда кардиомиопатия гумон қилинганда кардиолог маслаҳатига йўллаш лозим.

### ***Ревмокардит***

Ревмокардит – ревматизм касаллиги оқибатида юрак қаватларининг яллиғланиши. Ревматизм стрептококклар кўзгатадиган ўткир инфекциядан кейин юзага келиб, бирор бир бошқа инфекция бу касаллик юзага келишига сабаб бўла олмайди. Стрептококкларнинг бошқа микроорганизмлардан фарқи шундаки, улар юракка токсик таъсир қила оладиган захарли маҳсулотлар ишлаб чиқарадики, стрептококк антигени билан миокард тўқимаси орасида боғлиқлик мавжуд. Стрептококк токсинлари юрак – қон томир тизими ва бириктирувчи тўқимада иммун тизим бузилиши ҳисобига яллиғланиш жараёнини юзага келтиради. Қонга фаол моддалар ажралади, бириктирувчи тўқима толалари, айниқса, юрак ва томирлар шикастланиши билан кечадиган аутоиммун реакция бошланади.

***Ревмокардит симптомлари.*** Юқоридаги ҳолатлар 6 ой давомида ривожланади ва куйидагича намоён бўлади: кўпинча ёшларда, ўтказилган инфекциядан 2 ҳафта ўтгач, ҳолсизлик, йирик бўғимлардаги даврий оғриқлар, тана ҳароратининг 37.0-37.8 °С кўтарилиши, қонда яллиғланиш компонентининг (ЭЧТ) ошиши.

### ***Ревмокардитнинг асосий симптомлари:***

- ✓ юрак соҳасидаги оғриқлар
- ✓ юрак тез уриши
- ✓ юрак ритмидаги ўзгаришлар
- ✓ ҳолсизлик
- ✓ унча юқори бўлмаган жисмоний зўриқиш пайтида тез чарчаш

### ***Ревмокардитнинг диагностик мезонлари:***

- ✓ юрак соҳасида оғриқ ва ноҳуш сезгилар
- ✓ хансираш
- ✓ юрак уриб кетиши
- ✓ тахикардия
- ✓ юрак чўққисида I тоннинг сусайиши
- ✓ юрак чўққисида шовқиннинг бўлиши:

а) систолик (паст, ўртача, баланд);

б) диастолик.

- ✓ перикардит симптомлари
- ✓ Юрак ўлчамларининг катталашиши

### ***ЭКГ–маълумотлари:***

а) PQ интервалининг узайиши;

б) экстрасистолия, атриовентрикуляр тугун ритми;

в) ритмнинг бошқа бузилишлари;

- ✓ Қон айланиши етишмовчилиги симптомлари;
- ✓ Меҳнат қобилятининг пасайиши ёки йўқолиши. Агар беморда 11 та мезондан 7 таси мавжуд бўлса, демак ташҳис ишончли ҳисобланади.

**Ревмокардитларда лаборатор кўрсаткичлар ва асбобий текширишлар натижалари:**

**Умумий қон таҳлилида** – ЭЧТ ошиши, нейтрофил лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши. **Қоннинг биохимик таҳлили** – альфа-2 ва гамма-глобулинлар, серомукоид, гаптоглобин, фибриноген, АсАТларнинг ошиши, С – реактив оқсил мусбат, **иммунологик текширишлар:** Т-лимфоцитлар миқдори камайган, Т – супрессорлар фаолияти пасайган, иммуноглобулинлар даражаси ва антистрептококк антителолар титри юқори, қонда иммун комплекслар айланиши кузатилади.

**ЭКГда** – АВ ўтказувчанликнинг секинлашиши, Т тишча амплитудасининг пасайиши ва PQ интервалининг узайиши.

**ФКГ** – эндокардит мавжуд бўлганда, систолик шовқин аниқланиб, динамикада кучаяди, митрал стеноз ривожланганда юрак чўққисида протодиастолик шовқин, аорта клапанлари етишмовчилигида аорта устида протодиастолик шовқин, аорта оғиз қисми торайишида аорта соҳаси ромбсимон систолик шовқини қайд қилинади.

**Рентгенологик текширишлар:** юрак ўлчамларининг катталаниши, юрак қисқарувчанлик функциясининг пасайиши.

**Митрал клапан пролапси**

Митрал клапан пролапси - чап қоринча қисқариши даврида митрал клапан битта ёки иккала тавақасининг чап бўлмачага осилиб қолиши (букилиши).

Митрал клапан пролапсининг белгиларини илк марта 10 – 16 ёшда қайд қилиш мумкин. Бу феномен 60 – йилларнинг иккинчи ярмидан бошлаб, юракни ультратовушда текшириш усули ривожлангандан кейин юзага чиқди.

**Сабаблари:**

- ✓ Митрал қопқоқ тавақалари деформацияси билан кечадиган наслий касаллик.
- ✓ Марфан синдроми ва Элерс – Данло синдроми каби бириктирувчи тўқима туғма касалликлари, эластик псевдоакантома, яқунланмаган остеогенез.
- ✓ Ҳомиладорликнинг охириги триместрида ҳомилага токсик моддаларнинг таъсири.
- ✓ Клапан сўрғич мушаклари қон билан таъминланишининг бузилиши.
- ✓ Ревматизм.
- ✓ Гипертрофик кардиомиопатия.

**Митрал клапан пролапси белгилари**

Кўп ҳолларда касаллик яширин кечади, тасодифан профилактик кўрикларда аниқланади. Бошқа ҳолатларда митрал клапан пролапси қуйидаги белгилар билан намоён бўлади:

- ✓ кўкрак қафасининг чап ярмида оғрик (санчувчи, симилловчи, жисмоний ҳаракат билан боғлиқ бўлмаган, санчувчи оғриқлар бир неча секунд давом этса, симилловчи оғриқлар соатлаб давом этиши мумкин).
- ✓ ҳаво етмаслиги ҳисси (беморда чуқур, тўлақонли нафас олиш хоҳиши).
- ✓ шикоятлари юрак уриб кетишига, юрак кам уриши, бир маромда урмаслиги, юрак «тўхтаб қолиши» ҳиссига.
- ✓ ўқтин-ўқтин қалтирамоқ ҳисси.
- ✓ инфекциялардан кейин узоқ давом этувчи субфебрил ҳарорат.
- ✓ психоэмоционал зўриқишларга жавобан пешобнинг тез-тез ёки аксинча кам ажралиши,
- ✓ эрталабки ва тунги бош оғриқлари, бош айланиши, кайфиятнинг ўзгарувчанлиги.



### **Текширишлар**

- ✓ Митрал клапан пролапси бор беморларда одатий ЭКГда ўзгаришлар қайд этилмайди. Клапанинг меъёрдан силжиш ҳолатлари асосан юрак УТТ сида аниқланади.

### **Митрал клапан пролапсини даволаш**

- ✓ Касаллик митрал клапан етишмовчилиги белгиларисиз, яширин кечганида даво чоралари ўтказилмайди.
- ✓ 1 – 2 йилда 1 марта УТТ – назорати тавсия қилинади.
- ✓ Аччиқ чой, кофе, алкоголь ҳамда тамаки маҳсулотларини қатъий чеклаш.
- ✓ Магний препаратлари тавсия қилинади, чунки изланишлар маълумотларига кўра, митрал клапан пролапси бор беморлар организмида магний миқдорининг камайиши кузатилади.
- ✓ Эхокардиографияда регургитация ва/ёки митрал клапанининг қалинлашиши топилса кардиолог маслаҳатига йўллаш ва узоқ вақт давомида мутахассис билан келишилган ҳолда антибитик билан даволаш тадбирини ўтказиш.

### **Оқибатлари**

Одатда касаллик кечиши жиҳатидан яхши сифатли бўлиб, асоратлар систолик шовқин, митрал тавақаларнинг қалинлашиши ёки узайиши ёки чап қоринча ёхуд чап бўлмача бўшлиғининг катталаниши мавжуд бўлган беморларда юзага келади.

Митрал клапан пролапси асоратларига киради:

- Хорда бойламларининг узилиши.
- Митрал клапан етишмовчилигининг яққол намоён бўлиши.
- Митрал клапан тавақаларида фибрин чўкиши.
- Юрак аритмиялари.
- Цереброваскуляр патологиялар.
- Инфекцион миокардит.
- Тўсатдан юрак касаллиги туфайли ўлим (фақат митрал клапаннинг чуқур етишмовчилигида).

**Ортирилган юрак нуқсонлари.** Миокарднинг яққол гипертрофияси коронар қон айланишининг нисбий етишмовчилигига ва юрак мушагида алмашинув жараёнлари бузилишига олиб келади. Шунга боғлиқ ҳолда, ортирилган юрак нуқсонлари миокард гипертрофиясининг асосий сабаби бўлиб, прекардиал соҳадаги оғрик айнан бу патологияга хос ҳисобланади.

**Кўп ҳолларда кўкрак қафасидаги оғриқлар аортал нуқсонларда кузатилади.** Компенсация босқичида субъектив белгилар бўлмайди. Аортал стенозда оғриқнинг бўлиши миокард ички босими сезиларли ошиши оқибатида субэндокардиал соҳаларда коронар қон айланишининг бузилиши билан боғлиқ. Бу касалликларда барча оғриқ билан боғлиқ ҳислар метаболик ёки гемодинамик ангиноз оғриқлар сифатида акс этади. Бу ҳолатлар амалий жиҳатдан ЮИК ларига алоқадор бўлмасада, майда ўчоқли некрозларнинг ривожланиши эҳтимолдан холи эмас. Шунингдек, бу оғриқлар характери классик стенокардия билан ўхшаш бўлмаслиги билан бир вақтда, типик хуружлар эҳтимоли ҳам мавжуд. Бундай ҳолларда ЮИК билан дифференциал диагноз ўтказиш анча қийинлашади.

**Кўриқда:** тери ва шиллик қаватларнинг рангпарлиги, чўққи турткисининг кўтарилиши ва чапга ҳамда пастга силжиши. Тўш суяги ортида ва ундан ўнгда қовурға оралиғида

систолик титраш, юрак турткисининг кучайиши ҳамда майдонининг кенгайиши, чапга, пастга силжиши. Паст секин ўсувчи пульс, АБ нинг (айниқса систолик), пульс босимнинг пасайиши.

**Аускультатив:** II қовурға оралиғи, баъзан тўш суягидан ўнгда I ва III қовурғалар оралиғида дағал систолик шовқин, шу соҳада систолик титраш характерли. II тон сусайган, юрак чўққиси соҳаси ёки тўшнинг чап қиррасида максимал эшитилади. Юрак чўққисида I тон сусайиши, аорта устида II тоннинг сусайиши ёки йўқолиши.

**ЭКГ-** чап қоринча гипертрофияси синдроми ва чап қоринча зўриқиши белгилари.

**Рентгенологик** – юрак аортал конфигурацияси, чап қоринча катталашуши, аорта кўтарилувчи қисмининг чегараланган постстенотик кенгайиши, рентгеноскопияда секинлашган, таранглашган пульсация аниқланади.

**Мутахассис маслаҳати:**

**Акмал:**

Салом, ёшим 26 да. Менда юрак соҳасида симилловчи оғрик ва санчиш ҳолатлари бўлиб туради. Бу ҳолат кўпинча тамаки чекканимдан кейин юзага келади. Бу нимадан бўлиши мумкин ва донорлик қилишимда халақит берадими?

**Мутахассис:** Салом, Акмал! Шунини айтишим лозимки, чекиш ва юрак соҳасидаги оғрик қон донорлигига монельлик була олмайди. Бирок юрак соҳасидаги оғрик юзага келгани – бу соглигингизга жиддий эътибор бериш кераклигини англатади. Шунини эсда тутинг-ки, сигарет таркибидаги никотин қон томирларни торайтирувчи таъсирга эга. Чекканингиздан кейин юрак соҳасидаги оғриқнинг юзага келиши, юракда қон айланиши бузилишининг дастлабки белгилари бўлиши мумкин. Касалликни бошланғич даврини назардан четда қолдирмасдан, олдини олиш муҳим. Албатта кардиологга мурожаат қилиб, юрак касаллиги бор ёки йўқлигига ишонч ҳосил қилиш учун тўлиқ текширишлардан утишингиз лозим. Кардиологик текширишлар ЭКГ, ЭхоКГ (юрак УТТ си), қондаги липидлар миқдори, қоннинг биохимик таҳлилларини қамраб олиши муҳим. Саломат бўлинг!

**Гулнора:**

Ассалому алайкум, мени доимий равишда юрак соҳасидаги оғрик безовта қилади, гап шундаки, оғрик босувчи, ғижимловчи тарзда бўлиб, тўсатдан юзага келади. Шу вақтда чап қўлим увишиб қолади, қимирлай олмайман, гапира олмайман, нафас олишим ҳам оғриқли, қўлларим музлаб қолади. Нима қилишимни билмайман, уйда бир ўзим бўлганим учун мени қўрқув босади. 2 йил олдин менда тахикардия аниқланган. Бу нимадан бўлиши мумкин, қандай дорилар ичганим маъқул?

**Мутахассис:**

Салом Гулнораҳон. Кечирасиз, ёшингиз нечада? Сиз айтган белгилар стенокардиядаги оғрик хуружларига ўхшаб кетади. Сиз УФШ ёки кардиологга мурожаат қилишингиз лозим. Мутахассислар Сизга ЭКГ, ЭхоКГ, қонни холестеринга текшириш ва қатор зарурий текширишларни тавсия қилишади. Хуруж вақтида нитроглицерин таблеткасини тил остига қабул қилинг, ёки 1-2 доза нитрат сакловчи (изокет, нитроминт ёки б.к.лар) спрейларини сепинг. Фақат шунини эсда тутинг-ки, бу дори воситалари қон босимини тез туширади, фақат узоқ муддатга эмас. Нитратларни ноўя таъсири шундан иборатки, улар бош оғрини чакиради. Нитратлар қабулидан сўнг, юрак соҳасидаги оғриқлар йўқолса, бу сизда стенокардия борлигидан далолат беради. Стенокардияда, агар яна у тез – тез қайталанадиган бўлса, препаратларни доимий қабул қилиш лозим. Дори воситаларини сизни назорат қиладиган шифокор танлаб бериши керак. Нитратлар - фақат шошилиш

ёрдам мақсадида ишлатилади, фақат улар билан чегараланиш керак эмас, илтимос мутахассисга мурожаат қилинг.

**Нодир:**

Салом! Сизнинг маслаҳатингиз керак эди! – Ҳар доим кайфиятим бузуқ, вақт-вақти билан юрагим оғриб туради, лекин оғриқ сезиларли эмас. Валидол таблеткаси қабул қилсам, оғриқ йўқолади. Ёшим 38 да. Сиз нима деб ўйлайсиз, врачга мурожаат қилишим керакми ёки безовталанишга ҳожат йўқми? Маслаҳатингиз учун олдиндан раҳмат.

**Мутахассис:**

Салом, Нодир. Сизга даҳа ҳақимига мурожаат қилишингизни маслаҳат берардим. Умуман олганда юрак соҳасидаги оғриқ валидол қабулидан кейин бартараф бўлса, сизда депрессия бўлиши мумкин. Фақат шуни ёдда тутинг- ки, бу жуда, жуда муҳим!!! Агар сизда ёки бошқа яқин қариндошларингизда юрак соҳасида оғриқ кузатилса, валидол ёрдамида оғриқ бартараф бўлмаса, қуйидагича йўл тутинг: тил остига нитроглицерин ташланг, спрейли изокетдан фойдаланинг ва 3 дақиқа ёки 5 дақиқа кутинг, оғриқ йўқолмаса, муолажани такрорлаб, яна 3 – 5 минут кутинг. Оғриқ давом этаверса, 1-2 таблетка аспириин қабул қилиб, тез ёрдамга мурожаат қилинг. Бу алгоритм жуда муҳим, бу кўп беморлар, шифокорлар тажрибаси ва вақт билан ҳаёт учун қонли курашда ўз исботини топган. Чунки бизда беморлар оғриқ ўтишини соатлаб кутишади ва кейин тез ёрдамга мурожаат қилишади, минг афсуски бунда энди кеч.

## ВАЗИЯТЛИ ТОПШИРИҚЛАР

### ТОПШИРИҚ № 1

59 ёшли эркак. Анамнезида 5 йил давомида жисмоний зўриқиш пайтида тўш ортидаги оғриқлар безовта қилган. Оғриқлар нитроглицериндан кейин йўқолган. Оғриқлар хуружи жисмоний зўриқишга боғлиқ ҳолда 1 кунда бир 4 марта юзага келган. Мунтазам равишда локрен 10 мг кунига, мономак 40 мг кунига 2 маҳал (эрталаб ва кундузи), кардиоаспириин 100 мг кунига 1 маҳал қабул қилган. Охирги 3 ҳафта давомида, дориларни мунтазам қабул қилишига қарамасдан тўш ортидаги оғриқлар характери ўзгарганлигини сезди: хуружлар бир кунда 10 - 12 марта кузатилиб, давомли бўлган, тинч турганда ҳам тунда ҳам беморни безовта қилган. ЭКГда - динамикада олдингиларидан фарқли ўзгаришлар йўқ.

**Савол:**

1. Ташҳис қўйинг.
2. Врач тактикасини қўлланг.

### ТОПШИРИҚ №2

Бемор 60 ёшли эркак, 5 кундан бери олдинги локализацияли трансмурал инфаркт ташҳиси билан стационар даволанишда. Касаллик асоратсиз. Стенокардия хуружлари қайд этилмади, юрак ритми бузилишлари қайд этилмади. ЭКГда: V1-V4 да патологик Q тишча, 1, AVL, V1-V5да 2 мм.га ST сегмент элевацияси. Даво муолажалари: вена ичига нитроглицерин (1-сутка), гепарин (биринчи 3 сутка давомида), капотен, атенолол ва аспириин 5 суткада беморда бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши, ўнг томонлама гемипарез ривожланди.

**Савол:**

1. Клиник ташҳис қўйинг.
2. Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши сабабларини аниқлаш учун қандай қўшимча текшириш усуллари ўтказилиши зарур?
3. Даво тактикаси.

**Тестларга тўғри жавоблар:** 1 – а, в; 2 –б, г; 3 – а, в, д; 4 – а, б, в, г, д; 5 – г, д; 6 – а, в, г; 7 – а, б, д; 8 – а, г, д; 9 – б, в, г; 10 – а, г, д.

**Кроссворд:**

1. СтрoфанТин. 2 ПсевдОстенокардия. 3.АспиРин. 4.КоронаРоспазм. 5.ЛидoКаин.
6. СкАленус. 7.НитрогЛицерин. 8.АнгиoГрафия. 9. АхалаЗия. 10. БолеваЯ.

Вертикал бўйича **ТОРАКАЛГИЯ (Что это означает?)** сўзи чиқади.

**Жавоблар: Топширик 1:**

1. ЮИК. Ностабил стенокардия. Коронар томирлар атеросклерози.
2. Бемор шошилинч госпитализация қилиниши шарт.

**Топширик 2:**

1. ЮИК. Олдинги локализацияли ўткир трансмурал миокард инфаркти. Коронар артериялар тромбози. Чап ўрта мия артерияси бассейни тромбоэмболияси натижасида мия қон айланишининг ўткир бузилиши. Ўнг томонлама гемипарез.
2. Мия артерияси чап ўрта бассейни тромбоэмболиясига сабаб бўлган чап қоринча аневризмаси ва бўшлиқ ичи тромбини аниқлаш мақсадида ЭхоКГ ўтказиш.
3. Аспирин билан даволашга қўшимча бевосита антикоагулянтлар қўшиш (протромбин индекси назорати остида). Юқоридаги дори воситалари билан даволашни давом эттириб, мия қон айланишини яхшиловчи препаратлар тавсия қилиш.

**Тузувчилар: Косимов Ш.З. , Жарылкасынова Г.Ж. , Фузайлов Ф.З., Жураева Х.И., Джаббарова М.Б., Юлдашева Р.У., Бабаджанова З.Х.**

**Таъсисчи:**

Ўзбекистон врачлар Ассоциацияси 2011 йил январдан ҳар чоракда чиқа бошлади.

Хурматли ўқувчи сиз бизнинг журналга обуна бўлишингиз мумкин. Обуна индекси:

- 917 – индивидуал обуначилар учун
- 918 – муассаса ва ташкилотлар учун

Нашрга берилди – Ўлчами. Ҳажми Адади – 1220 «DM NASHR SERVIS» МЧЖ Босмахонасида чоп этилди Тошкент шаҳри. Шота Руставели кўчаси 91 ўй.