

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
“АКАДЕМИК В.ВОХИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ  
ИЛМий-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ” ДМ**

**«ЮРАК КЛАПАН КАСАЛЛИКЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

**«КЕЛИШИЛГАН»**

**«Академик В.Вохидов номидаги  
«Республика ихтисослаштирилган  
хирургия илмий-амалий тиббиёт  
маркази» директори**

**С.И. Исмаилов**



“ \_\_\_\_\_ ” “ *С.И.* ” 2025 йил

**“РЕВМАТИК МИТРАЛ КЛАПАН КАСАЛЛИКЛАРИ”  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## МУНДАРИЖА

"Юрак клапан касалликлари" нозологиясини ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник протоколи.....	5
"Юрак клапан касалликлари" нозологияси бўйича тиббий аралашувларнинг миллий клиник протоколи.....	26
"Юрак клапан касалликлари" нозологиясини олдини олиш ва реабилитация қилиш бўйича миллий клиник протокол .....	39
"Юрак клапан касалликлари" нозологиясини паллиатив даволаш бўйича миллий клиник протоколи.....	52
Адабиётлар.....	56

**«ЮРАК КЛАПАН КАСАЛЛИКЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИНИ  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. КИРИШ ҚИСМИ

**Аннотация.** Орттирилган юрак нуқсонлари, шунингдек клапан нуқсонлари деб ҳам аталади, юрак фаолиятининг бузилиши бўлиб, унинг бир ёки бир нечта клапанларининг морфологик ва/ёки функционал ўзгаришлари билан боғлиқ. Клапанлардаги ўзгаришлар стеноз, етишмовчилик ёки уларнинг комбинацияси кўринишида бўлиши мумкин. Инфекцион зарарланиш, яллиғланиш ёки аутоиммун реакциялар, юрак бўшлиқларининг ортиқча юкланиши ва кенгайиши натижасида юзага келади. Нормада одам юраги иккита бўлмача ва иккита қоринчадан иборат бўлиб, улар бир-биридан клапанлар билан ажралиб туради, бу клапанлар қонни бўлмачалардан қоринчаларга ўтказди. Ўнг бўлмача ва қоринча ўртасида жойлашган клапан трикуспидал деб аталади ва учта табақадан иборат, чап бўлмача ва қоринча ўртасида жойлашган клапан эса митрал деб аталади ва иккита табақадан иборат. Бу клапанлар қоринчалар томонидан пай иплари - тавақаларнинг ҳаракатини ва бўлмачалардан қон ҳайдалиш вақтида клапаннинг тўлиқ ёпилишини таъминлайдиган иплар билан ушлаб турилади. Бу қоннинг фақат бир йўналишда ҳаракатланиши ва орқага қайтмаслиги учун муҳимдир, чунки бу юрак фаолиятини бузиши ва юрак мушакларининг (миокарднинг) эскиришига олиб келиши мумкин.

Чап қоринча билан аортани ажратиб турадиган аорта клапани (бутун организмни қон билан таъминлаб турадиган йирик қон томири) ва ўнг қоринча билан ўпка стволени ажратиб турадиган ўпка артерияси клапани (кейинчалик уни кислород билан тўйинтириш учун веноз қонни ўпкага олиб борадиган йирик қон томири) ҳам бўлади. Бу иккала клапан ҳам қоннинг орқага, фақат қоринчаларга оқишига тўсқинлик қилади.

Агар юрак ички тузилмаларининг кўпол деформатсиялари кузатилса, бу унинг функцияларининг бузилишига олиб келади, бу эса бутун организмнинг ишлашига зарар етказди. Бундай ҳолатлар туғма ва орттирилган юрак нуқсонлари деб аталади.

Орттирилган юрак нуқсонлари - бу органик шикастланиш туфайли клапан аппарати анатомиясининг ўзгариши натижасида юзага келадиган юрак касалликлари гуруҳи бўлиб, бу гемодинамиканинг (қоннинг юрак ичидаги ҳаракати ва бутун организм бўйлаб қон айланиши) сезиларли даражада бузилишига олиб келади.

Ушбу касалликларнинг тарқалиши турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, барча юрак касалликларининг 20 дан 25% гачасини ташкил қилади.

Ушбу клиник протоколни ишлаб чиқиш учун қуйидаги манбалар асос қилиб олинди:

1. [https://permheart.ru/pacientam/lechenie/priobretennie\\_poroki/](https://permheart.ru/pacientam/lechenie/priobretennie_poroki/)
2. <https://www.gosmed.ru/lechebnaya-deyatelnost/spravochnik-zabolevaniy/zabolevaniya-serdtsa-i-arteriy/zabolevaniya-serdtsa/priobretennye-poroki-serdtsa/>
3. <https://fnkc-fmba.ru/zabolevaniya/priobretennye-poroki-serdtsa/>
4. <https://uzi.expert/sites/default/files/e845302fc9c4485d16b681eb64cf7c7e.pdf>

**МКБ-10 жадвал №1**

<b>МКБ-10 (I05-I09)</b>		<b>МКБ-11 (BB60)</b>	
I05	Митрал клапаннинг ревматик касалликлари	BB60	Митрал стеноз
I05.0	Митрал стеноз	BB60.0	Ревматик митрал [клапан] стенози
I05.1	Ревматик митрал клапан етишмовчилиги	BB60.1	Норевматик митрал [клапан] стенози
I05.2	Митрал стеноз етишмовчилиги билан	BB61	Митрал клапан етишмовчилиги
I05.8	Бошқа митрал клапан касалликлари	BB62	Митрал клапан пролапси
I05.9	Бошқа рукнларда таснифланмаган митрал клапан касаллиги	BB63	Митрал стеноз етишмовчилиги билан
I06	Аорта клапаннинг ревматик касалликлари	BB63.0	Ревматик митрал стеноз етишмовчилиги билан
I06.0	Ревматик аортал клапан стенози	BB70	Аортал [клапан] стеноз
I06.1	Аортал клапаннинг ревматик етишмовчилиги	BB70.1	Ревматик бўлмаган аорта [клапан] стенози

I06.2	Аортал клапаннинг ревматик стенози етишмовчилик билан	BB71	Аортал клапан етишмовчилиги
I06.8	Аорта клапанининг бошқа ревматик касалликлари	BB71.0	Аортал клапанининг ревматик етишмовчилиги
I06.9	Аорта клапани ревматик касаллиги, бошқа жойда таснифланмаган	BB80	Трикуспидал [клапан] стенози
I07	Уч тавақали клапаннинг ревматик касалликлари	BB80.0	Ревматик трикуспидал стеноз
I07.0	Трикуспидал стеноз	BB81	Трикуспидал (уч тавақали) клапан етишмовчилиги
I07.1	Трикуспидал етишмовчилик	BB82.Z	Трикуспидал стеноз, етишмовчилик билан бошқа жойда таснифланмаган
I07.2	Трикуспидал стеноз етишмовчилик билан	BB81.0	Ревматик трикуспидал етишмовчилик
I07.8	Уч тавақали клапаннинг бошқа касалликлари	BB82	Трикуспидал стеноз, етишмовчилик билан

I07.9	Уч тавақали клапан касаллиги, бошқа жойда таснифланмаган	BB82.0	Ревматик трикуспидал стеноз, етишмовчилик билан
I08	Бир нечта клапан шикастланиши	BC00	Бир нечта юрак клапанларининг шикастланиши
I08.0	Митрал ва аортал клапанларининг қўшма шикастланиши	BC01	Протезланган юрак клапанларининг шикастланиши
I08.1	Митрал ва уч тавақали клапанларнинг қўшма шикастланиши		
I08.2	Аорта ва уч тавақали клапанларнинг қўшма шикастланиши		
I08.3	Митрал, аорта ва уч тавақали клапанларнинг қўшма шикастланиши		
I08.8	Бошқа кўплаб клапан касалликлари		
I08.9	Бошқа жойда таснифланмаган клапанларнинг кўп сонли шикастланиши		
I34	митрал клапаннинг ревматик бўлмаган шикастланиши		
I35	Аорта қопқоғининг ревматик бўлмаган шикастланиши		
I36	Уч тавақали клапаннинг		

ревматик бўлмаган шикастланиши		
<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=8001">https://mkb-10.com/index.php?pid=8001</a>	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1997348476">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1997348476</a>	

**Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 10 март 2025 йил, қайта кўриб чиқиладиган сана 2028 йил, ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда ёшон қилинади.

**Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса** "академик В. Вахидов номидаги РИХИАТМ" ДМ ҳисобланади.

**Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга қуйидагилар ёрдам берди:** "академик В. Вахидов номидаги РИХИАТМ" ДМ.

Асосий муаллифлар рўйхати, қўшимча муаллифлар жамоаси:

<b>Ишчи гуруҳ раҳбари</b>	<b>Исмаилов Саимурод Ибрагимович</b> “Академик В.Вохидов номидаги РИХИТАМ” ДМ директори, т.ф.д, профессор
<b>Масъул ижрочилар</b>	<b>Алиев Шерзод Махмудович</b> “Академик В.Вохидов номидаги РИХИТАМ” ДМ Катталар кардиохирургияси бўлим бошлиғи т.ф.д, профессор
	<b>Буранов Хайрулла Жумабоевич</b> “Академик В.Вохидов номидаги РИХИТАМ” ДМ Катталар кардиохирургияси бўлим мудир

## Рецензентлар:

Рецензентлар :	Ирназаров Акмал Абдуллаевич Тошкент Тиббиёт Академияси 1-сонли Факультет ва госпитал хирургия кафедраси т.ф.д, профессори
	<b>Виноградов.Р.А</b> –Россия Федерацияси давлат бюджет ташкилоти Краснодар ўлкасидаги проф Очаповский номидаги №1 сонли клиник шифохонаси юрак-қон томир хирургияси бўлими мудири т.ф.д профессор

Клиник протокол муҳокамаси “Академик В.Вахидов номидаги РИХИАТМ” ДМ Илмий Кенгаши йиғилишида бўлиб ўтди - **протокол №1 28.02.25й.**

Техник экспертни баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. “Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” ДМ 1-сонли гепатобилиар жарроҳлик ва жигар трансплантатсияси бўлими бошлиғи, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Бош жарроҳи, т.ф.д. профессор Акбаров Миршавкат Миралимович.

2. “Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” ДМ катталар юрак жарроҳлиги бўлим бошлиғи, тиббиёт фанлари доктори, профессор - Алиев Шерзод Махмудович.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Клиник протоколларнинг мақбуллиги ва амалиётда қўлланилишини баҳолаш Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти соғлиқни сақлашнинг амалий даражаси вакиллари билан биргаликда ўтказилди.

Амалиётчилар:

1. Умумий амалиёт шифокори
2. Жарроҳ
3. Терапевт
4. Кардиолог
5. Кардиохирург

**Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар:**

2Д	икки ўлчовли
2-М	икки ўлчовли
АД	артериал босим
АКШ	аортакоронар шунтлаш
АН	аорта етишмовчилиги
АР	аорта регургитатсияси
АС	аорта стенози
ВМТР	ичакида ўсиш кечикиши
ВЧТВ	фаоллаштирилган қисман тромبوластик вақти
ГКМ	гипертрофик кардиомиопатия
ДАК	икки табакали аортал клапан
ДЛА	ўпка артерияси босими
ДМЖП	юрак қоринчалараро тўсиқ нуқсон
ЗК	ёпиқ комиссуротомия
ИКС	сунъий юрак клапани
ИЕ	инфекцион эндокардит
КБАВ	катетерли баллонли аортал валвулопластика
КБМБ	катетерли баллонли митрал валвулопластика
ҚДР	якуний диастолик ўлчам
КМБВ	катетерли митрал баллонли валвулотомия
ҚСО	систола охиридаги ҳажм
ҚСР	систола охиридаги ўлчам
КТ	компютер томографияси
ЛЖ	чап қоринча
ЛП	чап бўлмача
МитрО	митрал тешиқ
МК	митрал клапан
МКП	митрал клапанни протезлаш
МН	митрал етишмовчилик

МНО	халқаро нормалаштирилган нисбат
МР	митрал регургитатсияси
МС	митрал стенози
НМГ	паст молекулали гепарин
НМК	митрал клапан етишмовчилиги
НФГ	фракцияланмаган гепарин
ОК	очик комиссуротомия
ПАК	аортал клапанни протезлаш
ПЖ	ўнг қоринча
ПМК	митрал клапан пролапси
ПМК	митрал клапанни протезлаш
ПМО	митрал тешик майдони
ПОМК	митрал тешик майдони
РГ	кўкрак қафаси рентгенографияси
СВТ	суправентрикуляр тахикардия
СД	қандли диабет
СИ	юрак индекси
СР	хордани сақлаб қолиш амалиёти
ЎАС	ўпка артерияси стенози
ТН	трикуспидал етишмовчилик
ТТЕхоКГ	трансторакал эхокардиография
ФВ	чиқариш фракцияси
ФК	функционал синф
ФП	юрак бўлимларининг фибриллятсияси
ФУ	қисқариш фракцияси
ЧМБВ	терини тешмасдан митрал баллонли валвулотомия
ЧПЕхоКГ	транссезофагиал эхокардиография
ЕКГ	электрокардиография
ЕКС	электрокардиостимулятор
ЕхоКГ	эхокардиография

ABP	аорта клапанни алмаштириш
ҲАСЕК	Ҳаемотропхилус параинфлуензае, Ҳапхротропхилус, Астинобасиллус астиномйсетемсомитанс, Сардиобактериум хоминис, Эикенелла сорроденс, Кингелла кингае
МВГ	митрал клапан босимининг ўртача градиенти
МВР	митрал клапанни алмаштириш
НЙҲА	New Ёрк Ҳеарт Ассоциатсион (Ню-Ёрк юрак ассотсиатсияси)
ТВР	трикуспидал клапанни алмаштириш

### Протокол фойдаланувчилари:

- Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
- олий таълим муассасалари мутахассислари
- илмий ва амалий тиббиёт марказлари мутахассислари
- идоравий тиббий хизмат мутахассислари (ички ишлар вазирлиги)
- умумий амалиёт шифокори
- умумий жарроҳлар
- болалар жарроҳлари
- терапевтлар
- педиатрлар

**Ушбу нозологияда беморлар тоифаси: катталар.**

**Тавсияларни синфлар бўйича баҳолаш шкаласи**

<b>Тавсия синфи</b>	<b>Таърифи</b>	<b>Тавсия</b>
<b>I</b>	Даволаш/текшириш/аралашувларнинг ўзига хос усуллари фойдали ва самарали эканлиги ёки умумий қабул қилинганлиги исботланган ва потенциал фойда потенциал хавф билан солиштирилганда аниқ ва ундан сезиларли даражада ошади.	Тавсия этилади
<b>II</b>	Муайян даволаниш/текширув/аралашувнинг афзалликлари/самарадорлигига ва/ёки қарама-қарши фикрга зид бўлган маълумотлар ёки фойда ҳақида ноаниқлик/хатарлар.	Тавсия этилиши мумкин
<b>IIa</b>	Маълумотлар/фикрларнинг аксарияти афзалликларни/самарадорликни кўрсатади.	
<b>IIb</b>	Маълумотлар/фикрлар фойда/самарадорликнинг камшончли далилларини беради.	Жуда эҳтиёткорлик билан
<b>III</b>	Муайян даволаш/текширув/муолажа/аралашув ҳақида маълумот, ёки фойдали/самарали бўлмаган бўлган ягона фикр, ёки потенциал хавф потенциал фойдадан устун бўлганлиги ҳақида маълумот.	Тавсия этилмайди

**Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами**

<b>ДИД</b>	<b>Даражанинг таснифи</b>
<b>1</b>	Маълумот назорати билан синовларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-тахлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник синовларни тизимли кўриб чиқиш

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

**Профилактик, даволовчи ва реабилитатсия тадбирлари учун далилларнинг ишончилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами**

ДИД	Даражанинг таснифи
1	Мета-таҳлил ёрдамида РКТ-ни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида РКТ бундан мустасно, ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни алоҳида РКТ-лар ва тизимли шарҳлар
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатлар тавсифи, ишларни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизми (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки мутахассисларнинг фикри учун асос бор

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

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

## **2. Асосий қисм.**

### **2.1 Кириш.**

Орттирилган юрак нуқсонлари (ҚЮН) клапан нуқсонлари деб ҳам аталади. Клапан аппаратининг тузилиши ва иши бузилиши билан таърифланади, юрак ичидаги қон айланишининг ўзгаришига олиб келади. Туғма нуқсонлардан фарқли ўлароқ, орттирилган нуқсон ҳаёт давомида ривожланади ва одатда етук ёшда намоён бўлади.

### **2.2. Таърифи:**

Юрак клапан касалликлари - клапан тавақаларида яллиғланиш жараёни туфайли юзага келадиган касалликлар гуруҳи. Улар ишининг бузилиши юракка қўшимча зўриқиш беради, юрак бўлимлари қалинлашади. Юрак бўшлиқлари кенгаяди, юрак мускулининг қисқариш функцияси камаяди. Буларнинг барчаси қон айланишининг бузилишига олиб келади ва натижада юрак етишмовчилигини келтириб чиқаради.

### **2.3. Клиник классификация**

Турли мезонларга қараб, юрак клапан касалликлари фарқланади:

#### **1. Этиологияси (вужудга келиш сабаби) буйича:**

ревматик;

ўтказилган бактериал эндокардит оқибатида;

Захмга оид;

Юрак етишмовчилигида юрак камераларининг кенгайиши оқибатида;

Травматик - шикастланиш ёки жарроҳлик операциясида;

Нур терапиясидан кейин кўкрак қафаси ёки кўкс оралиғи

#### **2. Юрак клапанларининг шикастланиш хусусиятига кура:**

Клапан торайиши - қоннинг бир камерадан иккинчисига ўтишига тўсқинлик қиладиган етарли даражада очилмаслик;

Клапан етишмовчилиги, тўлиқ ёпилмаслик, қон юрак камерасига қайтади;

Қўшма - бир нечта клапанларнинг шикастланиши

Изоляцияланган - битта клапан ишининг ўзгариши;

Комбинацияланган - клапан етарлича герметик ёпилмаганда (клапан етишмовчилиги) ва тўлиқ очилмаганда (клапан стенози ёки торайиши) битта клапанда бир вақтнинг ўзида пайдо бўлади.

### 3. Нуқсоннинг жойлашувига кўра:

Митрал клапан;

Трикуспидал клапан;

Ўпка артерияси клапани;

Аортал клапан.

### 4. Функционал бузилиши бўйича:

пролапс;

етишмовчилик;

стеноз.

### 5. Юрак қон-томир тизими ҳолатига кўра:

Компенсацияланган – қон айланишининг етишмовчилиги йўқ;

Субкомпенсацияланган – қон оқимининг вақтинчалик бузилиши (кучайтирилган жисмоний зўриқишда, ҳомиладорлик даврида, ҳарорат кўтарилганда);

Декомпенсацияланган – жисмоний зўриқиш ва тинч ҳолатда қон айланишининг бузилиши мавжуд.

## 2.4 Касаллик/ҳолат ташҳисини аниқлаш мезонлари:

Касаллик ташҳиси қуйидагилар асосида қўйилади

- 1) анамнез маълумотлари
- 2) бевосита текшириш
- 3) инструментал текширувлар (ЭхоКГ,МСКТ,МРТ)

[https://scardio.ru/content/Guidelines/valves\\_7\\_rkj\\_2018](https://scardio.ru/content/Guidelines/valves_7_rkj_2018).

## **2.5. Этиология ва патогенез**

Катталардаги юрак клапанлари нуқсонлари - бу клапан аппарати тузилмаларининг (клапан қопқоқлари, фиброз ҳалқа, хордалар, папилляр мушаклар) туғма ёки касалликлар ва жароҳатлар натижасида пайдо бўлган, клапанлар орқали тўғри қон оқимини бузадиган ва хавфли асоратларга олиб келадиган касалликлар (оғир юрак етишмовчилиги, хушдан кетиш, аритмиялар, миокард инфарктлари, тўсатдан юрак ўлими ва бошқалар).

**Стеноз** – бу клапан тешигининг торайиши бўлиб, турли сабабларга кўра комиссура соҳасида табақаларнинг бир-бирига ёпишиши (битиши) натижасида ривожланади, бунинг натижасида юрак ортиқча босим остида зарарланган клапан орқали қонни ўтказишга мажбур бўлади.

**Клапан етишмовчилиги** – клапан тавақалари ишининг бузилиши, уларнинг тўлиқ ёпилмаслигига ва қоннинг юрак камерасига қайтишига олиб келади, бу эса юракнинг ортиқча қон билан ишлашига олиб келади.

[https://permheart.ru/pacientam/lechenie/priobretennie\\_poroki/](https://permheart.ru/pacientam/lechenie/priobretennie_poroki/)

### **3.1. Шикоят ва анамнези.**

Касаллик турига қараб шикоятлар ҳам фарқ қилиши мумкин, аммо касалликларининг аксариятига хос бўлган бир нечта шикоятлар мавжуд:

- хансираш;
- тез чарчаш;
- юрак соҳасидаги босувчи оғриқлар (айниқса, жисмоний зўриқишда);
- бош айланиши;

- оёқларнинг шишиши;
- тери ранги ўзгариши;
- қуруқ йўтал ва қон туфлаш;
- юрак фаолиятидаги узилишлар;
- хушни йўқотиш.

Ўзингизда шунга ўхшаш аломатларни сезсангиз, дарҳол шифокорга мурожаат қилинг. PPS жуда хавфли ва оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Жумладан, юрак етишмовчилигига ҳам. Касаллик ўз-ўзидан ўтиб кетишини кутиш ёки уни мустақил равишда енгишга ҳаракат қилиш керак эмас. ФМБА функционал маркази кардиология маркази мутахассисларига мурожаат қилинг ва биз керакли текширувни ўтказамиз.

### **3.2. Физикал текширувлар**

Кўпинча беморлар юрак клапанлари нуқсони ҳақида шифокорнинг тўлиқ, етарли кўригидан сўнг билиб олишади, у аускультация жараёнида юракдаги шовқинларни аниқлайди, шундан сўнг беморга турли диагностик аҳамиятга эга бўлган бир қатор текширувлар тайинланади:

- трансторакал эхокардиография (юрак УТТ) - юрак клапан аппарати патологиясини ташхислашнинг энг маълумотли, кенг тарқалган ва арзон усули;
- трансэзофагэал эхокардиография (мураккаброқ ва қимматроқ текширув), юрак нуқсонининг оғирлик даражасини аниқлаш зарур бўлган ҳолларда ўтказилади;
- ЭКГ; Юракнинг электр фаоллигини қайд этадиган ноинвазив тадқиқот усули. ЭКГ юрак ритми, юрак уриш тезлиги, аритмияларнинг мавжудлиги, ишемия белгилари (миокарднинг қон билан таъминланмаслиги), юракда структуравий ўзгаришларнинг мавжудлиги ва юрак-қон томир касалликлари билан боғлиқ бошқа ҳолатлар каби бир қатор кўрсаткичларни аниқлаш учун ишлатилади.
- аортовентрикулография;
- кукрак кафаси органлари рентгенографияси;
- контрастли ва контрастсиз юракнинг мультиспирал компьютер томография.

Касалликнинг дастлабки босқичида беморга дори-дармонлар билан даволаш буюрилади, бу эса гемодинамиканинг яққол ифодаланмаган бузилишлари туфайли организмга ортиқча юкни қоплашга ёрдам беради. Ушбу ҳолатда оптимал терапияни танлаш билан тажрибали кардиолог шуғулланиши керак. Бироқ, юрак клапани касаллиги вақт ўтиши билан шикастланган клапанни тиклаш ёки алмаштириш учун жарроҳлик амалиётини талаб қилиши мумкин бўлган муаммодир.

<https://www.gosmed.ru/lechebnaya-deyatelnost/spravochnik-zabolevaniy/zabolevaniya-serdtsa-i-arteriy/zabolevaniya-serdtsa/priobretennye-poroki-serdtsa/>

### **3.3 Асосий лаборатор диагностик текширувлар рўйхати.**

**Амбулатория даражасида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностик текширувлар.**

Лаборатория таҳлиллари юрак-қон томир касалликларини ташхислашнинг муҳим қисми бўлиб, юрак фаолиятини баҳолаш, хавф омиллари мавжудлигини аниқлаш, яллиғланиш жараёнлари ва юрак-қон томир тизими ҳолатига таъсир қилувчи бошқа патологияларни аниқлашга ёрдам беради.

Юрак-қон томир касалликларига шубҳа қилинганда лаборатория таҳлиллари:

- **Умумий қон таҳлили.** Юрак фаолиятига таъсир қилувчи камқонлик, яллиғланиш жараёнлари ва инфекцияларни аниқлашга ёрдам беради.
- **Қоннинг биохимик таҳлили.** Турли биохимик кўрсаткичлар, масалан, глюкоза, холестерол, триглитсеридлар, креатинин, мочевино, электролитлар (масалан, натрий ва калий) ва юрак-қон томир касалликлари билан боғлиқ диабет, гиперлипидемия, буйрак етишмовчилиги ва бошқалар каби хавф омиллари ва ҳолатлари мавжудлигини кўрсатадиган бошқа моддалар даражасини ўлчаш.
- **Коагулограмма.** Қон ивиш тизимини ўрганади, шу жумладан қон ивиш вақтини, тромботситлар даражасини ва бошқаларни ўлчайди. Бу юрак-қон

томир касалликлари учун хавф омилларидан бири бўлган тромб ҳосил бўлиши ва қуйқалар шаклланиши хавфини баҳолаш учун фойдалидир.

- **Яллиғланиш маркерлари.** С-реактив оқсил (СРБ), юқори сезгир С-реактив оқсил протеини (hsCRP) ва бошқалар, атеросклероз каби яллиғланиш жараёнларини аниқлаш ва юрак-қон томир касалликлари хавфини баҳолашга ёрдам беради.
- **Тропонинлар.** Миокард шикастланганда ошиши мумкин бўлган ва миокард инфаркти ёки бошқа юрак касалликларини кўрсатадиган оқсиллар.
- **Гормонал таҳлиллар.** Баъзи гормонал таҳлиллар, масалан, тиреоид гормонлар (тиреотроп гормон (ТТГ), тироксин (Т4), триёдтиронин (Т3)) ва адреналин даражаси қалқонсимон без фаолиятини ва организмнинг юрак-қон томир касалликлари каби физиологик стресс ҳолатларига мослашишини баҳолаш учун ўтказилади.

<https://mc-alternativa.com.ua/laboratornye-analzy-pri-serdechno-sosudistyh-zabolevaniyah-v-kieve/>

**«ЮРАК КЛАПАН КАСАЛЛИКЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

# 1.АСОСИЙ ҚИСМ

## 1.1 Юрак клапан нуқсонларини жарроҳлик йўли билан даволаш:

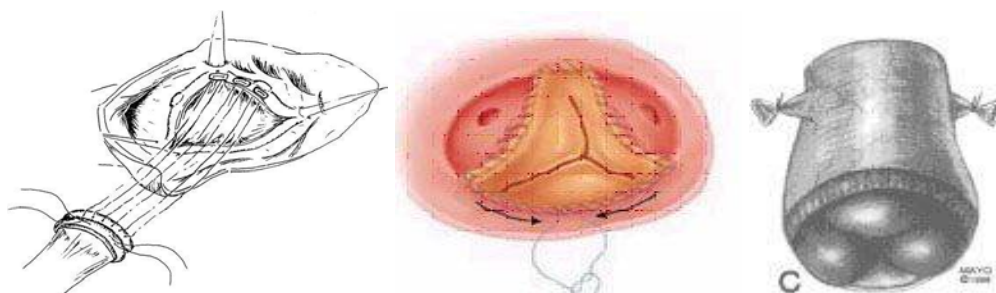
Юрак клапан нуқсонларида операциясига кўрсатмалар.

Юрак клапан касалликларида жарроҳлик аралашувини ўтказишга кўрсатмалар куйидагилардир:

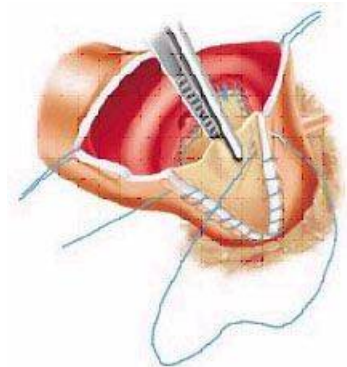
- кучайиб боровчи юрак етишмовчилиги;
- клапанларнинг гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли шикастланишлари;
- дори-дармон терапияси фойда бермаганда;
- оғир асоратларнинг юзага келиш хавфи юқори;

### Аортал клапан нуқсонлари.

Аортал клапан етишмовчилиги бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш NYHA II функционал синфи ёки ундан юқори бўлган барча симптоматик беморларга, шунингдек, қон отиб бериш фракцияси  $> 20-30\%$  ёки якуний систолик диаметри  $< 55$  мм бўлган беморларга кўрсатилади. Қўшимча кўрсатма, шунингдек, 70 мм га яқин бўлган охири диастолик диаметрdir. Чап қоринчанинг контрактил функцияси жиддийроқ шикастланган беморларда операция хавфи ва операциядан кейинги ўлим даражаси анча юқори бўлади. Аорта қопқоғини протезлаш касаллик белгилари бўлган аорта стенози бўлган барча беморларга, шунингдек, симптомларсиз, юқори трансвалвуляр босим градиенти (60 мм симоб устунидан юқори), тешик майдони  $\leq 0,6$  см<sup>2</sup>, коронар ёки бошқа клапан патологияси бўлган беморларга чап қоринча декомпенсацияси ривожланишидан олдин кўрсатилади. [https://www.cardio.by/hlpps\\_page](https://www.cardio.by/hlpps_page)



Аортал клапан нуқсонларини жарроҳлик йўли билан даволаш уни механик, биологик, каркасли ва каркассиз протезлар ёки криоконсерваланган аллографлар билан протезлаш орқали амалга оширилади.

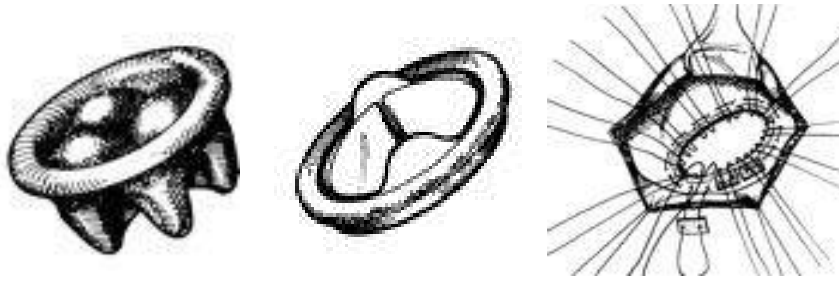


Баъзи беморларда аортал клапанини реконструкция қилиш мумкин. Аорта ҳалқалари тор бўлган ҳолларда оптимал гемодинамикага эришиш учун аорта илдизи биологик материал билан пластика қилинади. Операциялар ҳам оддий, ҳам миниинвазив усулда амалга оширилади.

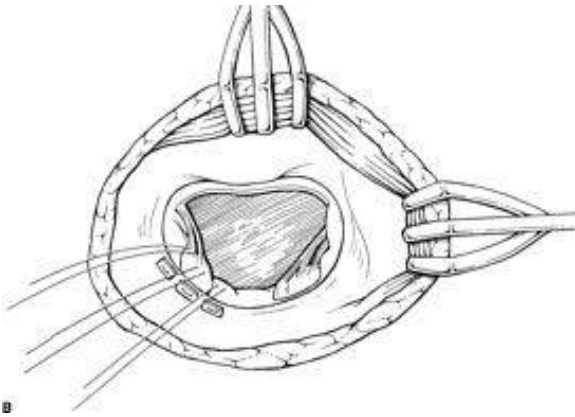
### **Митрал клапан нуқсонлари**

Митрал клапан стенозида операцияга кўрсатмалар чап атриовентрикуляр тешикнинг майдони билан белгиланади. МК майдони  $\leq 1$  см<sup>2</sup> бўлган митрал стеноз критик ҳисобланади. Жисмоний фаол беморларда ёки тана вазни катта бўлган беморларда 1,2 см<sup>2</sup> тешикнинг торайиши ҳам хавfli бўлиши мумкин. Шундай қилиб, митрал стеноз билан оғриган беморларда операцияга кўрсатма МК майдонининг  $< 1,5$  см<sup>2</sup> ва NYHA II ва ундан юқори функционал синфининг камайиши ҳисобланади.

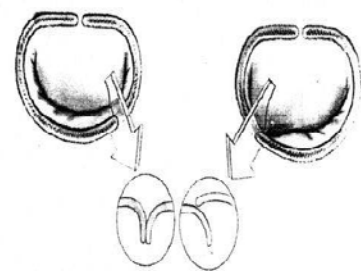
Митрал етишмовчиликда жарроҳлик амалиётига кўрсатма самарали регургитация тешигининг майдони  $> 20$  мм<sup>2</sup>, регургитациянинг II ва ундан юқори даражаси ва NYHA нинг II-III функционал синфи ҳисобланади. Митрал етишмовчилигини жарроҳлик йўли билан даволаш КТС 40-50 мл/м<sup>2</sup> га етгунга қадар амалга оширилиши керак, чунки унинг  $\geq 60$  мл/м<sup>2</sup> га ошиши салбий прогнозни кўрсатади.



Митрал нуқсонни жарроҳлик йўли билан даволаш уни сунъий механик ва биологик протезлар билан протезлаш орқали амалга оширилади.



Яққол ифодаланган юрак етишмовчилиги бўлган беморларда протезларни имплантация қилишда, албатта, табиий хорда аппаратини сақлаб қолиш ёки политетрафторэтилендан ясалган сунъий хордаларни имплантация қилиш амалга оширилади.



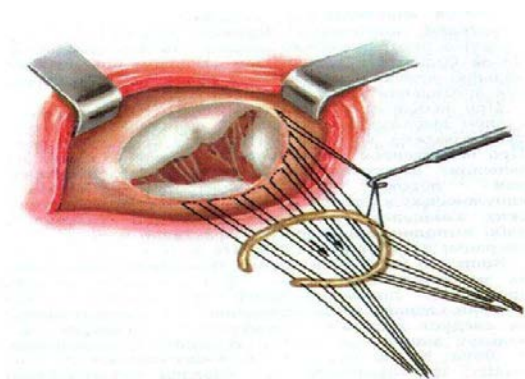
30-40% беморларда митрал клапанда реконструктив операцияларни амалга ошириш мумкин. Бунинг учун турли хил реконструкция усуллари қўлланилади: қаттиқ ва юмшоқ ҳалқаларда аннулопластика, тавақалар резекцияси, сунъий хордалар имплантацияси, "четдан-четга" пластикаси. Аксарият беморларда митрал қопқоқнинг нормал функциясини тиклаш кейинчалик умрбод антикоагулянт терапияни талаб қилмайди. [https://www.cardio.by/hlpps\\_page](https://www.cardio.by/hlpps_page)



Митрал қопқоқдаги операциялар ҳам стандарт стернотомия, ҳам ўнг томонлама миниторакотомия орқали амалга оширилади.

### **Трикуспидал клапан нуқсонлари.**

Уч тавақали клапан стенозида операцияга кўрсатма тешикнинг самарали майдони  $< 1,5 \text{ см}^2$ , етишмовчиликда эса ўнг бўлмачага қоннинг II-III даражали регургитацияси ҳисобланади. Трикуспидал нуқсонни тузатиш усулини танлашда беморда резидуал ўпка гипертензияси предикторлари мавжудлиги ҳисобга олинади: ДЛА  $> 50 \text{ мм сим.уст.}$ , ЎҚ деворининг қалинлиги  $> 7 \text{ мм}$ , ЧБ диаметри  $> 55 \text{ мм}$ , ЎҚ ОФ  $< 30\%$ .



Уч тавақали клапаннинг нисбий етишмовчилигини тузатишнинг асосий усули аннулопластикадир. Уч тавақали клапан ҳалқасининг диаметрини камайтириш усуллари кистопластика ўтказиш ва қаттиқ ёки эгиловчан коррекцияловчи ҳалқалардан фойдаланишдан иборат. Баъзи ҳолларда, тузатиш операциясини амалга оширишнинг иложи бўлмаганда, клапанни биопротезлаш қўлланилади.



### **Инфекцион ва протезлашдан кейинги эндокардит**

Инфекцион эндокардитнинг этиологияси бутун дунёда антибиотикларни фаол қўллаш натижасида сезиларли даражада ўзгарди. Ҳозирги вақтда стафилококклар ва грамманфий флора, шунингдек, замбуруғли инфекция асосий рол ўйнайди.

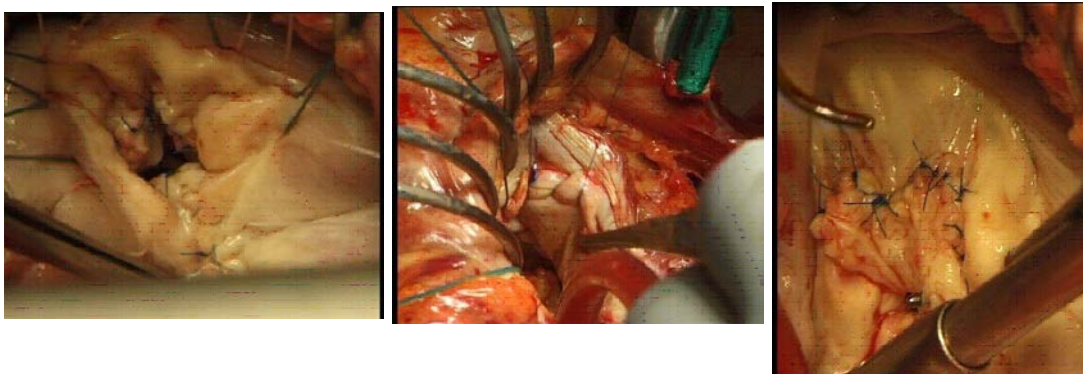


Хирургия нуқтаи назаридан инфекцион эндокардит патогенезида юрак клапан аппаратининг тез емирилиб кетиши ҳаммадан катта аҳамиятга эга. Бу юрак етишмовчилигининг ҳалокатли тарзда кучайишига олиб келади, чунки миокард гемодинамиканинг кескин бузилишига мослашишга улгурмайди.

Жарроҳлик йўли билан даволаш зарурлиги тўғрисидаги қарор, одатда, "асоратланган инфекцион эндокардит" ривожланганда юзага келади: гемодинамик ҳолатнинг ўзгариши; инфекциянинг персистенсияси ва тарқалиши; инфекциянинг

метастатик ўчоқлари ривожланиши; тизимли эмболиялар. Бундай ҳолларда оператив даво терапевтик усулга қараганда муваффақиятлироқ бўлади.

Жарроҳлик йўли билан даволашнинг асосий муаммоси инфекциянинг қайталаниши ва протезли эндокардит ривожланишининг олдини олишдир. Тактикани танлаш учун операция столида аниқланган анатомик ўзгаришлар асос бўлади: фиброз ҳалқа ва унинг атрофидаги тўқималарнинг шикастланиш даражаси, шунингдек, вегетациялар, абсцесслар, фистулалар, протезларнинг узилиши мавжудлиги. Сўнгги йилларда, айниқса митрал ёки уч тавақали клапанлар эндокардит билан зарарланганда, реконструктив операцияларга алоҳида аҳамият берилмоқда. Жарроҳлик ишловидан сўнг клапан нуқсонларини тўлдириш учун ўз тўқималари, ауто- ёки ксеноперикард билан пластика қўлланилади. [https://www.cardio.by/hlpps\\_page](https://www.cardio.by/hlpps_page)



### **Юракнинг суний клапанлари.**

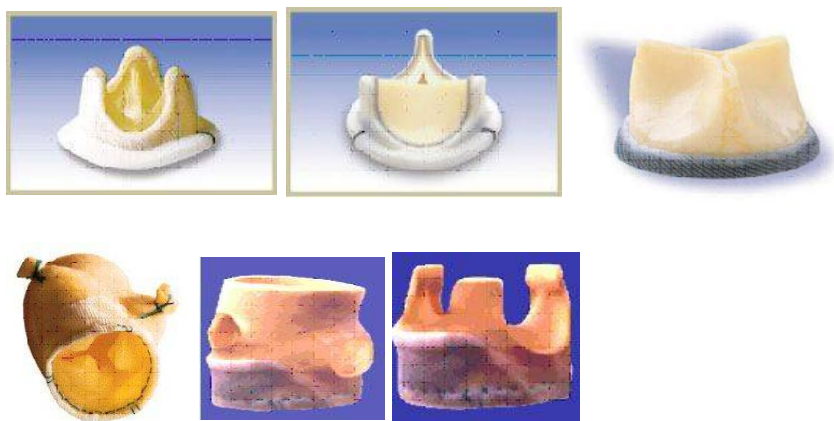
Ҳозирги вақтда клиникада механик, биологик сунъий клапанлар, шунингдек, аллографлар қўлланилади.

Механик протезлар.



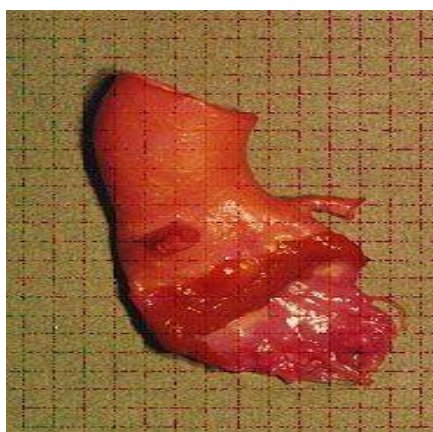
Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказида икки табақали сунъий юрак клапанларининг иккита модификацияси ишлаб чиқилган ва клиникада қўлланилмоқда: ПЛАНИКС-Т ва ПЛАНИКС-Э. Маҳаллий икки табақали сунъий юрак клапанининг сўнгги версияси тузилишининг олдинги моделдан фарқи шундаки, протез корпуси юқори ақинмая бардошлилик ва биологик инертликни таъминлайдиган титан оксиди билан қопланган. Бурилиш механизмининг юқори баландлиги юрак тўқималари томонидан клапанларнинг тикилиб қолишининг олдини олади ва клапанларнинг очилиш бурчагини 900 гача ошириш имконини берди.

### Биологик протезлар.



Протез табақалари биологик тўқималардан шаклланган: ксено-аортал клапан, перикарддан клапан. Биопротезларнинг икки тури қўлланилади: каркасли (биологик тўқима қаттиқ ёки эгилувчан каркасга маҳкамланади) ва каркассиз.

### Аллографтлар.



Клапан аппарати шикастланишларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг замонавий йўналиши криоконсерваланган аллографлардан фойдаланишдир. Сўнгги йилларда замонавий криоген техниканинг пайдо бўлиши биологик объектларнинг ҳаётлигини узоқ вақт сақлаб қолиш учун шароит яратишга имкон берди, бу эса имплантациядан кейин уларнинг организмда нормал ишлашини таъминлайди. [https://www.cardio.by/hlpps\\_page](https://www.cardio.by/hlpps_page)

### **Жарроҳлик амалиётига умумий қарши курсатмалар.**

1. Ўткир босқичдаги барча касалликлар, кўзиш босқичдаги сурункали касалликлар ва ўткир йирингли жараёнлар билан асоратланган.
2. Изоляция муддати тугашидан олдин ўткир юқумли касалликлар.
3. Ўткир ёки юқумли шаклдаги барча таносил касалликлари.
4. Руҳий касалликлар. Гиёҳвандликнинг барча шакллари ва сурункали алкоголизм. Эпилепсия.
5. Барча қон касалликлари ўткир ва кўзиш босқичида.
6. Келиб чиқиши ҳар қандай кахексия.
7. Хавфли ўсмалар.
8. Стационар даволанишни, шу жумладан жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган барча касалликлар ва ҳолатлар; беморлар мустақил ҳаракатланиш ва ўз-ўзига хизмат кўрсатишга қодир бўлмаган барча касалликлар доимий парваришга муҳтож.
9. Ҳар қандай локализацияли эхинококк.
10. Тез-тез такрорланадиган ёки кўп миқдорда қон кетиши.
11. Барча муддатлардаги ҳомиладорлик.
12. Силнинг барча турлари фаол босқичда.

## Қарши курсатмалар

1. Қон айланиш тизими касалликлари: бирламчи ёки қайталанувчи ревматик эндомиокардитнинг фаол даврида; ревмокардитнинг тез-тез қайталанувчи шакли, миокардит, қон айланиш етишмовчилигининг 1 босқичдан юқори бўлганда; юрак нуқсонлари (митрал қопқоқ етишмовчилиги, митрал қопқоқ етишмовчилиги ва чап атриовентрикуляр тешик стенози, комбинацияланган митрал-аортал нуқсон, туғма юрак нуқсонлари) қон айланиш етишмовчилигининг 1 босқичдан юқори бўлганда. 1-босқичдан юқори қон айланиш етишмовчилигида юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши билан юрак, аорта, йирик томирлар аневризмаси.

- Митрал комиссуротомиядан кейинги ҳолат РА босқичдан юқорида қон айланиши етишмовчилигида ревматик жараён фаоллиги белгилари билан.
- Гипертония касаллиги 2Б босқичи ва ундан юқори 1 босқичдан юқори қон айланиш етишмовчилигида тез-тез инқирозлар билан.
- Юрак ишемик касаллиги, коронар артериялар атеросклерози, 1-босқичдан юқори қон айланиш етишмовчилигида тез-тез зўриқиш ва тинчлик стенокардияси хуружлари билан. Юрак ишемик касаллиги, атеросклеротик кардиосклероз камдан-кам учрайдиган оғир бўлмаган стенокардия хуружлари билан ёки уларсиз, юрак ритмининг бузилиши билан, қон айланишининг етишмовчилиги 1-босқичдан юқори.
- Юрак ишемик касаллиги бўйича жарроҳлик даволашдан кейинги ҳолат, шунингдек, магистраль артерияларни 1 йилгача бўлган муддатга шунтлашдан кейинги ҳолат.
- 1 йилгача бўлган миокард инфарктидан кейинги кардиосклероз.
- Кардиосклероз, шу жумладан инфарктдан кейинги зўриқиш стенокардияси, оғир ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари, ёндош артериал гипертензия, 1 йилдан ортиқ қон айланиш етишмовчилиги билан.
- Облитератсияловчи тромбангиит (эндартериит, генерализацияга мойиллик, зўрайиш ёки кўчиб юрувчи тромбофлебит, турғун вазомотор бузилишлар ва янги яралар, гангреналар мавжудлиги билан кечади.

- Септик тромбофлебит оқибатлари.

- Тромбоэмболик касаллик.

2. Нафас олиш аъзолари касалликлари: пневмосклероз, ўпка эмфиземаси, сурункали пневмония, сурункали диффуз бронхитлар, 2-босқичдан юқори ўпка-юрак етишмовчилиги билан кечадиган пневмокониозлар; тез-тез такрорланадиган оғир хуружлар билан бронхиал астма, шунингдек, гормонал терапия фонида ўртача оғирликдаги хуружлар: беморларнинг кескин озиши, юқори ҳароратда кўп миқдорда йирингли балғам ажралиши билан кечадиган бронхоэктазия ва сурункали абсцесслар, 1Б босқичдан юқори юрак-ўпка етишмовчилиги; спонтан пневмоторакс; трахеобронхиал оқмалар мавжуд бўлганда ўпкада операциядан кейинги ҳолат; йирингли жараёнлар бўйича самарасиз операциядан кейин; массив плеврал суюқликда.

3. Асаб тизими касалликлари: вегетатив-қон томир реакцияларининг ўзгарувчанлиги билан асаб тизимининг кескин қўзғалувчанлиги, 2-босқичдан юқори ёки 1-2-босқичли серебрял атеросклероз, миёда қон айланишининг тез-тез бузилиш хуружларига мойиллик.

4. Қулоқ, томоқ, бурун касалликлари: ўткир йирингли жараёнлар билан асоратланган ўткир ва кескин қўзиш босқичидаги барча қулоқ, томоқ, бурун касалликлари.

5. Қон тизими касалликлари ва сурункали интоксикациялар: қон тизимининг барча касалликлари ва сурункали интоксикациялар ўткир ва қўзиш босқичида.

6. Моддалар алмашинуви ва эндокрин тизими касалликлари: эндокрин семизликнинг барча шакллари ва қон айланиши етишмовчилигининг 2А босқичидан юқори бўлган 1У даражали алиментар семизлик; сезиларли даражада озғинлик, атсидоз, прекоматоз ҳолат белгилари, тез-тез гликемик ҳолатлар билан асоратланган қандли диабет.

7. Сийдик-таносил аъзолари касалликлари: буйрақларнинг сурункали касалликлари (нефроз, гломерулонефрит, нефросклероз, гидронефроз,

поликистоз, пиелонефрит) сезиларли буйрак етишмовчилиги, азот мувозанатининг бузилиши, анемия, шиш, юқори қон босими (180 мм.с.м.уст. дан юқори) ёки нейроретинит билан; буйрак амилоидози узоқ босқичларда, шиш ва азотемиа билан; ҳар қандай келиб чиқадиган макроскопик гематурия.

- Жарроҳлик йўли билан олиб ташлашни талаб қиладиган тошлар мавжуд бўлганда ёки тошларнинг ўлчами ва шакли, шунингдек, сийдик пассажиға ва тошларнинг ўз-ўзидан чиқиб кетишиға тўсқинлик қиладиган сийдик йўллариининг ҳолатида сийдик тош касаллиги; тошлар жарроҳлик ёки консерватив йўл билан олиб ташлангандан кейин 1,5 ойгача бўлган муддат.
- Барча урологик касалликлар (цистит, простатит, везикулит) ўткир босқичда, ўткир йирингли жараёнлар, сийдик оқмаси билан асоратланган қўзиш босқичларида;

8. Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари: тез-тез қусиш, ич кетиши, қон кетиши, кескин оғриқлар, овқатланишнинг сезиларли бузилиши, ҳолдан тойиш билан кечувчи ошқозон ёки ичакнинг сурункали касалликлари.

Ошқозон-ичак тракти бўйлаб овқат массасининг эркин ўтишиға тўсқинлик қиладиган ошқозон ва ичакнинг мотор-эвакуатор функциясининг кескин бузилиши билан кечувчи касалликлар (қизилўнғач, пилорус, ичакнинг торайиши; ошқозоннинг кескин тушиши ёки чўзилиши; қорин бўшлиғидаги битишмалар).

- Қаттиқ, астрал, гипертрофик гастритлар (Менестреле касаллиги), ошқозон полиплари.
- Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги, асоратланган.
- Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг компенсацияланган стеноз, ўтган 8-10 ой давомида қон кетиши, яранинг пенетратсияси билан асоратланган яра касаллиги.
- Ошқозон, ўт пуфағи ёки ўт йўлларида, ичакда 3-4 ойгача бўлган операциядан кейинги ҳолат.
- Операциядан кейинги асоратлар (операциядан кейинги битмайдиган чандик, оқмалар, яқинлаштирувчи қовузлоқ синдроми, демпинг синдроми

ва гипогликемик синдромнинг оғир даражаси, ошқозон чўлтоғи атонияси, оч ичакнинг пептик яраси, резекциядан кейинги гастрит ёки овқат ҳазм қилиш тизимининг бошқа аъзоларининг кучайиши, постваготомик диареянинг оғир шакли).

- Сурункали гепатит, холецистит, ангиохолит, турли этиологияли панкреатит тез-тез қўзғалишга мойиллиги, панкреатик йўл ўтказувчанлигининг бузилиши.
- Сарикликнинг барча шакллари; жигар циррози
- Вирусли гепатит, чўзилувчан шакллари; қолдиқ белгилар кучли оғрик синдроми билан, жигар катталашиши билан, талоқ катталашиши билан, функционал жигар синамалари бузилиши билан, умумий астения билан.
- Ўт йўллариининг тикилиб қолиши ва ўт йўлларида ўткир йирингли жараён бўлиб, жарроҳлик аралашувини талаб қилади.
- Жигар санчиғининг тез-тез ва оғир хуружлари ёки фаол инфекция (тана ҳароратининг кўтарилиши, нейтрофилез ва бошқалар) билан ўт-тош касаллиги.
- Сурункали дизентерия, носпецифик ярали колитлар, тўғри ёки сигмасимон ичакда кенг эрозив жараён билан кечувчи сурункали колит, қонаётган бавосил, ичак полипи ёки полипоз.
- Сурункали яллиғланиш негизида ривожланган қорин бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнларининг асоратлари (перивиссеритлар), қорин бўшлиғидаги жарроҳлик амалиётлари ва жароҳатлардан сўнг, йирингли жараёнлар билан асоратланган ва сўнмас зўрайиш фазасидаги шакллари.

**«ЮРАК КЛАПАН КАСАЛЛИКЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

## Юрак клапан нуқсонлари профилактикаси

Юрак клапанлари нуқсонлари билан боғлиқ патологик ҳолатларнинг асосий профилактикаси клапан нуқсонлари ривожланишига олиб келиши мумкин бўлган касалликларни мунтазам равишда текшириш ва даволашдан иборат. Юрак порогига кучли жисмоний зўриқишлардан ва айниқса, профессионал спорт билан шуғулланишдан сақланиш тавсия этилади. Орттирилган юрак нуқсонларининг олдини олиш клапанлар шикастланишига олиб келиши мумкин бўлган асосий касалликни даволаш, шунингдек, парҳезга риоя қилиш ва турмуш тарзини тўғрилаш, масалан, шўр, аччиқ ва ёғли овқатлардан воз кечиш, чекиш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, шунингдек, фаол турмуш тарзини олиб бориш, юқумли касалликларни назорат қилиш ва ҳар йили кардиолог назоратида бўлишни ўз ичига олади. Туғма юрак нуқсонлари хавфини камайтириш учун ҳомиладорлик даврида аёллар ва ҳомилани диққат билан кузатиш, қизилча ва ситомегаловирус каби вирусли инфекцияларнинг олдини олиш тавсия этилади.

Орттирилган юрак нуқсонлари ривожланиш хавфини камайтиришга қуйидагилар ёрдам беради:

- инфекциянинг юракка тарқалиши ёки патологиянинг сурункали кечишининг олдини олиш учун юқумли касалликларни ўз вақтида даволаш;
- аутоиммун касалликлар ва моддалар алмашинуви патологиясини адекват даволаш, уларнинг турғун ремиссиясига эришиш;
- рационал, мувозанатли овқатланиш;
- стрессларни минималлаштириш;
- етарлича ухлаш;
- фаол турмуш тарзи, камида пиёда юриш ҳажмидаги кундалик жисмоний фаоллик;
- зарарли одатлардан воз кечиш (чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш). <https://www.cardio.by/files/299/136-1005.pdf>

## Реабилитация

Клапан нуқсонини даволаш бўйича жарроҳлик аралашувини бошдан кечирган беморлар ўз ва/ёки сунъий клапанларнинг ишлашини, юрак фаолияти сифатини назорат қилиш ва юзага келадиган бузилишларни ўз вақтида тузатиш учун кардиолог, кардиожарроҳ томонидан диққат билан динамик кузатувга муҳтож. Шунингдек, беморларга биринчи навбатда актокоагулянтлар, зарур бўлганда дорилар ва бошқа гуруҳларни ўз ичига олган қўллаб-қувватловчи даволаш буюрилади. <https://www.smclinic.ru/diseases/porok-serdtsa/>

1. Юрак клапан нуқсонларини жарроҳлик йўли билан даволашдан кейинги ҳолат:

- юракнинг сурункали ревматик касаллиги;
- юрак клапанларининг туғма нуқсонлари;
- юрак клапанлари тавақаларининг миксоматоз дегенерацияси;
- юрак клапанларининг фиброзловчи атеросклерози.

2. Қўшма коронар шунтлаш ва юрак клапан нуқсонларини тузатиш операциясидан кейинги ҳолат.

### **ЗАРУР УСКУНАЛАР ВА МАТЕРИАЛЛАР РЎЙХАТИ**

- электрокардиограф;
- артериал босимни (АБ) ўлчаш учун аппарат;
- велоэргометр; - секундомер;
- эхокардиограф;
- шахсий компьютер;
- дефибриллятор;

- кушетка;

- стерил шприцлар -2, 5, 10 и 20 мл хажмли;

- шошилинч ёрдам кўрсатиш учун дори-дармонлар тўплами: нитроглицерин 0,5 мг таблеткалари, фентанил 0,0005%, дроперидол 0,25% эритмалари, атропин 0,1%, лидокаин гидрохлорид 10%, новокаинамид 10%, обзидан 0,1%, кальций хлорид 10%, мезатон 1%, строфантин 0,25%, фуросемид 1%, эуфиллин 2,4%, гидрокортизон ёки преднизолон, натрий хлорид 0,9%, натрий бикарбонат 4%, глюкоза 5% стерил эритмалари.

### **3. ЮРАК КЛАПАН НУҚСОНЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАГАНДАН СЎНГ БЕМОРЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ УСУЛИ**

#### **3.1 Тавсия этилган текшириш усулларининг тавсифи**

- электрокардиография;

- юракнинг ультратовуш текшируви;

- ЭКГ Холтер мониторинги;

- 6 дақиқалик юриш тести;

- велоэргометрик синов (операциядан олдин; операциядан кейин: асоратлар бўлмаганда операциядан кейин камида 10-15 кун ўтгач ва асоратлар мавжуд бўлганда 15-20 кун ўтгач).

#### **6 дақиқалик юриш билан тест ўтказиш методикаси**

1 метрга ажратилган йўлак бўйлаб бемор учун мақбул бўлган тез суръатда максимал масофани 6 дақиқада босиб ўтиш тавсия этилади. Агар бемор дам олиш учун тўхтаган бўлса, бу вақт умумий ҳисобга киритилади.

#### **Велоэргометрик синамани ўтказиш методикаси**

Велоэргометрик синама (ВЕС) стабил ҳолатдаги беморларда IIIа даражадан юқори қон айланиш етишмовчилиги (Стражеско-Василенко таснифи), политоп ва/ёки гуруҳли экстрасистолия, I даражадан юқори турғун атриовентрикуляр блокада, юрак аневризмаси (I даражадан юқори қон айланиш етишмовчилиги мавжуд бўлганда), декомпенсацияланган қандли диабет, иситма ҳолатлари, операциядан кейинги даврда тўш суяги ва/ёки шунт учун материал олиш жойларида йирингли асоратлар бўлмаганда ўтказилади.

Жисмоний юкламани дозалаш усули (ЖЮ) - узлуксиз, босқичма-босқич ўсиб боровчи, 25 Вт қувватдан бошлаб; ҳар бир босқичнинг давомийлиги - 3 дақиқа, юклама тадқиқотларини тўхтатишнинг умумий қабул қилинган мезонлари пайдо бўлгунга қадар.

### 3.2. Медикаментоз терапияни тайинлашнинг асосий тамойиллари

Юрак клапан нуқсонларини жарроҳлик йўли билан тузатгандан сўнг беморларни дори-дармонлар билан даволаш қуйидаги вазифаларни ҳал қилишга қаратилган:

- ревматизм ва инфекцион эндокардит (шу жумладан протезли эндокардит) профилактикаси;
- юрак ва коронар етишмовчиликни даволаш;
- юрак ритми бузилишларини даволаш;
- тромбоземболик асоратларнинг олдини олиш;
- операциядан кейинги ўзига хос асоратларни даволаш.

### 3.3. Жисмоний реабилитациянинг асосий ёндашувлари

Реабилитациянинг жисмоний жиҳати қуйидагиларга қаратилган: организмнинг оптимал функционал қобилиятини тиклаш, компенсатор

механизмларни сафарбар қилиш, жарроҳлик аралашуви оқибатларини бартараф этиш, касалликнинг ривожланишини секинлаштириш.

Реабилитациянинг жисмоний жиҳати операция қилинган беморларни ўз вақтида ва етарли даражада фаоллаштириш, даволаш гимнастикаси (ЛГ), даволаш массажи, дозаланган юриш, кичик мушак гуруҳлари (КМГ) ва велотренажерда (ВТ) жисмоний машқларни эрта тайинлаш билан таъминланади.

Жисмоний реабилитация тадбирларини тайинлаш муддатлари ва ҳажмини аниқлаш операциядан кейинги эрта даврда (7-10 кун) оғирлик синфига ва операциядан кейинги кечки даврда (15-18 кун) жисмоний зўриқишга чидамлилиқка қараб табақалаштирилган ҳолда амалга оширилади.

Юрак нуқсонларини жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин беморларнинг оғирлик даражаси ўтказилган операциянинг хавф даражаси (Европа ЭуроССОРЕ тизими бўйича), операциядан кейинги эрта даврда асоратларнинг мавжудлиги ва табиати, операциядан кейин юрак етишмовчилигининг (ЮЕ) (НЙҲА бўйича FC) оғирлик даражаси ва жисмоний зўриқишни (ЖЗ) кўтара олиши (6-5 дақиқалик юриш тести маълумотларига кўра), миокард дисфункциясининг оғирлик даражаси, ўпка гипертензияси ва операциядан кейинги даврда коронар етишмовчиликнинг мавжудлиги билан белгиланади.

Орттирилган юрак нуқсонларини жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин беморлар аҳволининг оғирлик синфлари тавсифи

Орттирилган юрак нуқсонларини жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин беморлар аҳволининг оғирлик даражасини аниқлаш операциядан кейин камида 7-10 кун ўтгач амалга оширилади.

Юрак операцияси хавфи даражаси (Европа тизими (ЭуроССОРЕ) бўйича)	Балл
паст хавф (0-2 балл)	1

Ўрта хавф (3-5 балл)	2
юқори хавф (6 баллдан юқори)	3
Операциядан кейинги давр асоратлари	Балл
Биринчи гуруҳ	1
Иккинчи гуруҳ	2
Учинчи гуруҳ	3
Операциядан кейинги даврда NYHA бўйича СЮЕ ФС	Балл
I-II даража	1
III даража	2
IV даража	3
Операциядан кейинги даврда 6 дақиқалик юриш масофаси	Балл
301-425 м	1
151-300 м	2
150 м дан кам	3
Операциядан кейинги даврда чап қоринча дисфункцияси(ФВ %)	Балл
Енгил даража(35-45)	1
Ўрта даража (25-35)	2
Ўрта даража (< 25)	3
Операциядан кейинги даврда ўпка гипертензияси	Балл

Систолик ДЛА > 30	1
Систолик ДЛА > 50	2
Систолик ДЛА > 80 mm Hg	3
Жисмоний юкламага чидамлилиқ (ВЕР ёки ХМ ЭКГ маълумотлари бўйича)	Балл
юкламанинг максимал қуввати > 75	1
юкламанинг максимал қуввати > 50	2
юкламанинг максимал қуввати < 50 Вт	3

I оғирлик даражаси- 0-5 балл

II оғирлик даражаси-6-10 балл

III оғирлик даражаси- 11-15 балл

IV оғирлик даражаси- 16-21 балл

Юрак клапан нуқсонларини жарроҳлик йўли билан тузатишдан кейинги асоратларнинг оғирлик даражаси таснифи

1. Биринчи гуруҳ асоратлари:

а) плевра бўшлиғига (300 мл дан кўп бўлмаган) ва (ёки) перикардга (100 мл дан кўп бўлмаган) оз миқдорда суюқлик ажралиши билан кардиотомдан кейинги синдром;

б) бош миянинг ўтиб кетувчи ишемик хуружи;

в) бир дақиқада 5 тадан кўп бўлмаган экстрасистолия частотаси билан яқка қоринча экстрасистолияси ёки тез-тез, лекин эпизод каби ўтиб кетган;

г) синусли бради ёки тахиаритмия;

д) I даражали атриовентрикуляр блокада;

е) жарроҳлик амалиётидан олдин кузатилмаган Гис тутами оёқчалари блокадаси;

ж) операциядан кейинги постгеморрагик анемия.

## 2. Иккинчи гуруҳ асоратлари:

а) ўткир ревматик иситма;

б) операциядан олдинги даврда стенокардия бўлмаганда;

в) плевра бўшлиғига (300 мл дан ортиқ) ва/ёки перикардга (100 мл дан ортиқ) кўп миқдорда суюқлик ажралиши ва/ёки экссудатнинг такрорий тўпланиши билан кечадиган посткардиотом синдром;

г) бош миянинг периоператсион диффуз шикастланиши, дезориентация ёки интеллектнинг қайтариладиган пасайиши билан кечганда;

д) операциядан кейинги буйрак дисфункцияси (креатинин даражаси  $> 2,0$  мг % (0,18 ммол/л) ёки креатинин концентрациясининг операциядан олдинги қийматга нисбатан  $0,7$  мг % (0,06 ммол/л) дан ортиқ ошиши);

э) дақиқасига 5 дан ортиқ частотали якка қоринча экстрасистолияси ва/ёки полиморф ва/ёки жуфт ва/ёки I тип P T1;

ж) ритмнинг пароксизмал бузилишлари, қоринча пароксизмал тахикардияси бундан мустасно;

з) I даражадан юқори бўлган атриовентрикуляр блокада;

и) операциягача бўлмаган ҳилпилловчи аритмия;

к) ритм бошқарувчисининг миграцияси.

## 3. Учинчи гуруҳ асоратлари:

а) икки ва ундан ортиқ иккинчи гуруҳ асоратларининг бирга келиши;

б) тўлиқ атриовентрикуляр блокада;

- в) қоринча пароксизмал тахикардияси;
- г) операция вақтидаги миокард инфаркти;
- д) турли аъзолардаги тромбоэмболия;
- э) операциядан кейинги ўпка шиши;
- ж) операциядан кейинги эндокардит;
- з) периператсион инсульт;
- и) клиник ўлим ҳолати;
- к) тўш суягининг яққол диастази;
- л) аорта ичи баллонли контрпульсатсияни улаш зарурати билан ўткир юзага келган юрак дисфункцияси;
- м) чап ва/ёки ўнг қоринчаларни айланиб ўтишни улаш зарурати билан ўткир юзага келган юракнинг яққол ифодаланган дисфункцияси.

"Кардиология" Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг жарроҳлик бўлимларида даволаниш босқичида III ёки IV оғирлик даражасидаги асосий гуруҳ беморларининг жисмоний реабилитацияси нафас олиш ва даволаш гимнастикасини (1 ва 2-сонли машқлар мажмуаси), даволовчи массажни тайинлашдан иборат. Юрак ва қон томирлардаги реконструктив операциялардан сўнг беморларни реабилитация қилиш бўлимида МР РКБ ДМ реабилитация тадбирлари мажмуасига нафас олиш ва даволаш гимнастикаси (3 ва 4-сонли машқлар мажмуаси), даволовчи массаж (кўрсатмалар бўйича), кичик мушак гуруҳларини машқ қилдириш ва суръат ва масофа бўйича дозаланган машқ юриши киради.

Кичик мушак гуруҳлари машғулотларини ўтказиш методикаси

Дастлабки ҳолатда стулда ёки кровать четида ўтириб, ўнг ва чап қўл билан навбатма-навбат резина эспандерни сиқиш бажарилади. Юкломанинг бошланғич шиддати - бир дақиқада ўнг ва чап қўл билан эспандерни навбатма-навбат 40 марта сиқиш, бажариш давомийлиги - 10 дақиқа. Уларни яхши кўтарганда, ҳар икки кунда бир дақиқада 10 та эспандерни сиқиш машқларини бажариш тезлигини ошириш орқали интенсивлик оширилади. Машғулотнинг давомийлиги - 10 дақиқа.

Кичик мушак гуруҳлари жисмоний машғулотларининг максимал шиддати минутига ўнг ва чап қўл билан галма-гал эспандерни 100 марта қисишдан ошмайди.

Дозаланган юриш машғулотларини ўтказиш методикаси.

Дозаланган юришдаги масофанинг тавсия этилган давомийлиги жисмоний юкламага чидамлик билан белгиланади (ВЭП маълумотларига кўра). Юкломанинг максимал қуввати 50 Вт бўлганда беморларга кунига 3 км масофани 3-4 қабулда, 50 Вт дан юқори қувватда эса 5 км масофани 3-6 қабулда босиб ўтиш тавсия этилади.

Юришнинг индивидуал тезлиги (P) ҳар бир муайян шахс учун қуйидаги формула бўйича аниқланади:  $P = 0,029X + 0,124Y + 72,212$ ,

бу ерда X - юкломанинг максимал қуввати (кгм/мин);

Y - юклама баландлигида юрак уриш тезлиги.

Жисмоний машғулотларни велоэргометрда ўтказиш методикаси

Ҳар бири 3 дақиқадан давом этадиган тайёргарлик ва якуний даврлар ТИАни бажариш давомида эришилган максимал юкломанинг 25% ни ташкил этувчи юклама қувватида ўтказилади. Асосий давр 20 дақиқани ташкил этади, машғулот қуввати максимал даражада эришилган. Тренировка самарасига тренировка нагрукаси қувватини ошириш ҳисобига эмас, балки унинг экспозицияси вақтини узайтириш ҳисобига эришилади. Машғулотга адекват

реакцияда (кучли ҳолсизлик, ҳансираш, ЭКГ кўрсаткичларининг ёмонлашуви ва бошқалар) ҳар бир кейинги машғулотнинг давомийлиги 3 дақиқага узайтирилади, асосий даврнинг максимал давомийлиги 30 дақиқани ташкил этади. Тренировка таъсирининг максимал қуввати эришилган максимал қувватнинг 60% идан ошмайди.

Нафас олиш ва даволаш гимнастикаси машғулотлари, кичик мушак гуруҳлари машғулотлари ДЖТ услубчиси назорати остида амалга оширилади. Уларни буюриш муддати ва дозалаш тартиби даволовчи шифокор томонидан белгиланади. Велотренажерда машғулотларни тайинлаш ва ўтказиш даволовчи шифокор томонидан амалга оширилади.

Кичик мушак гуруҳларининг жисмоний машғулотлари ҳар куни амалга оширилади. Велотренажерларда машғулотлар ҳафтасига уч марта, 10 та даволаш гимнастикаси - ҳар куни ўтказилади, велотренажерларда жисмоний машғулотлар ўтказиладиган кунлар бундан мустасно.

РКБ ДМ тиббий реабилитация бўлиmidан чиқиш вақтига келиб, беморларга диспансер-поликлиника босқичи учун индивидуал жисмоний реабилитация дастури тузилади.

#### **4. МУМКИН БЎЛГАН АСОРАТЛАР**

Кузатилмаган.

#### **5. ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР**

Қуйидагилар фаол жисмоний реабилитация ўтказишга мутлақ қарши кўрсатмалар ҳисобланади:

- 1) операциядан кейинги сезиларли перикардит, плеврит;
- 2) Стражеско-Василенко таснифи бўйича IIБ-III босқичдаги юрак етишмовчилиги;

- 3) систолик АБ 200 мм сим. уст. дан ва/ёки диастолик АБ 120 мм сим. уст. дан юқори бўлган симптоматик ёки эссенциал гипертензия;
- 4) АБнинг жисмоний юкламага ноадекват жавоби;
- 5) юрак ритми бузилишлари (юқори градацияли экстрасистолиялар ёки тахиаритмиялар, ўтказувчанлик бузилишлари (АВ блокадаларнинг II-III даражаси));
- 6) оёқлар тромбофлебити ва турли орган ҳамда системаларнинг бошқа яллиғланиш касалликлари;
- 7) операциядан кейинги яраларнинг йиринглаши ва септик ҳолатлар;
- 8) бош мия экстракраниал томирлари атеросклерози ёки артериопатияси транзитор ишемик хуружлар билан ўтадиган бўлса;
- 9) оёқ томирлари атеросклерози ёки артериопатиясининг ИИБ-ИИИ босқичлари;
- 10) тўш суягининг яққол диастази (қўл ва гавда учун машқлар мажмуасини бажаришга қарши кўрсатмалар).

АР: профилактик чора-тадбирлар

-инфекцион эндокардитнинг олдини олиш

-ревматик нуқсонда

- РЛ қайталанишининг олдини олиш

- артериал гипертензияда гипотензив дорилар билан даволаш талаб этилади, чунки қон босимининг кўтарилиши регургитатсия даражасининг ошишига олиб келади.

-мусобақа спорт турлари, оғир жисмоний юкламалар тақиқланади

**«ЮРАК КЛАПАН КАСАЛЛИКЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ПАЛЛИАТИВ ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

## **Асосий даволаш СЮЕ коррекциясига қаратилган.**

ПМК: дори-дармонлар билан даволаш

- бета-блокаторлар (юрак уриши, кўкрак қафасидаги ноқулайлик ёки оғриқларда)
- аспирин 75-325 мг дозада (сақланган синус ритми билан транзитор ишемик ҳужумларда)
- варфарин (мия қон айланиши бузилганда, бўлмачалар фибрилляциясида ёки ЧБ тромбида)
- МНОни 2,0-3,0 оралиғида ушлаб туриш зарур

<https://ims.uniklinik-freiburg.de/ru/leksikon-boleznei/kardiologija/poroki-serdechnykh-klapanov.html>

## **Варфарин терапияси: ПМК ва МА**

-Курсатмалар:

- 65 ёшдан катталар
- ёндош митрал регургитатсия
- артериал гипертензия
- юрак етишмовчилиги

Бошқа барча ҳолатларда аспирин билан даволаш етарли бўлади.

[https://www.vidal.ru/drugs/warfarin\\_28655](https://www.vidal.ru/drugs/warfarin_28655)

## **АС: медикаментоз терапия**

- Шифохона шароитида ЧҚга тушадиган юклamani камайтириш учун қисқа курсларда вазодилататорлар (АПФ ингибиторлари, празозин, гидралазин, нитратлар) буюриш мумкин.

-бўлмача ва қоринча ритмининг бузилиши

- электр кардиоверсия билан бир қаторда III синф антиаритмик дори воситаларидан (амиодарон) фойдаланиш кўрсатилган.

<https://www.parasels.ru/sergiev-posad/services/lechenie-porokov-cerdtsa/>

### **АР: медикаментоз терапия**

- АПФ ингибиторлари,

β-блокаторлар АР ва гипертензия, ЧҚ функцияси пасайган ёки аниқ СЮЕ бўлган беморларда танлов препарати бўлиши мумкин.

- Вазодилататорлар (нифедипин, гидралазин)

- оғир АР + декомпенсацияда, ЧҚ дисфункциясида, агар бирор сабабга кўра жарроҳлик йўли билан даволаш мумкин бўлмаса

-вазодилататорлар билан даволашга қўшимча равишда СЮЕ белгилари бўлган беморларга диуретиклар буюрилиши керак. <https://fnkc-fmba.ru/zabolevaniya/priobretennye-poroki-serdtsa/>

### **АР: жарроҳлик йўли билан даволаш (протезлаш)**

Курсатмалар:

- ЧҚ систолик функциясидан қатъи назар, оғир АР билан оғриган беморларда декомпенсация белгилари

- симптомлар бўлмаганда сурункали оғир АР ва систолик дисфункция (ФВ < 50%)

- оғир АРда режалаштирилган коронар шунтлаш, аорта ёки бошқа клапанларда аралашув

- оғир АРли, ЧҚ функцияси меъёрда бўлган (ФВ > 50%), аммо дилатацияси бўлган (охирги диастолик ўлчам 75 мм дан катта, охирги систолик ўлчам 55 мм дан катта) симптомсиз беморларга тавсия этилади <https://www.gosmed.ru/lechebnaya->

[deyatelnost/spravochnik-zabolevaniy/zabolevaniya-serdtsa-i-arteriy/zabolevaniya-serdtsa/priobretennye-poroki-serdtsa/](#)

## **Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Рекомендации ESC/EACTS 2017 по лечению клапанной болезни сердца // Рос. кардиол. журн. - 2018. - Т. 23, № 7. - С. 103–155.
2. Новиков В.И., Новикова Т.Н. Клапанные пороки сердца. — М.: МЕДпрессинформ, 2017. —144 с.
3. Мудрицкая Т.Н. Кальцинированный аортальный стеноз. Особенности диагностики и лечения // Крымский терапевтический журнал. – 2012 г. – №2. .
4. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Байманкулов С.С. Врожденные пороки сердца. Медицинская сестра. 2017 г. – №7 – с. 14-18.
5. Доценко Э. А. Симптомы и синдромы при приобретенных пороках сердца: учеб.-метод. пособие. — Минск: БГМУ, 2009. — 91 с.
6. Рыбакова М.К., Алехин М.Н., Митьков В.В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Эхокардиография. — М.: Издательский дом Видар-М, 2008. — 512 с. .
7. Овчинников А.Г., Агеев Ф.Т., Алёхин М.Н., Беленков Ю.Н., Васюк Ю.А., Галявич А.С., Гиляревский С.Р., Лопатин Ю.М., Мареев В.Ю., Мареев Ю.В., Митьков В.В., Потехина А.В., Простакова Т.С., Рыбакова М.К., Саидова М.А., Хадзегова А.Б., Чернов М.Ю., Ющук Е.Н., Бойцов С.А. Диастолическая трансторакальная стресс-эхокардиография с дозированной физической нагрузкой в диагностике сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса: показания, методология, интерпретация результатов. Согласованное мнение экспертов, выработанное под эгидой ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» МЗ РФ, Общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) и Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине (РАСУДМ). Кардиология. 2020;60(12):48-63. <https://doi.org/10.18087/cardio.2020.12.n1219>.
8. Овчинников А. Г., Потехина А. В., Ибрагимова Н.М., Барабанова Е.А., Ющук Е.Н., Агеев Ф.Т. Механизмы плохой переносимости физической нагрузки у

больных с СНсФВ. Часть I: роль нарушений со стороны левых камер сердца.

Кардиология 2019;59(6S):4-16. doi: 10.18087/cardio.n394.

9. Овчинников А.Г., Потехина А.В., Ибрагимова Н.М., Барабанова Е.А., Ющук Е.Н., Агеев Ф.Т. Механизмы плохой переносимости физической нагрузки у больных сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса. Часть II: Роль правых камер сердца, сосудов и скелетной мускулатуры. Кардиология. 2019;59(8S):4-14. <https://doi.org/10.18087/cardio.n393>

10. Овчинников А.Г., Потехина А.В., Ожерельева М.В., Агеев Ф.Т. Дисфункция левого желудочка при гипертоническом сердце: современный взгляд на патогенез и лечение. Кардиология 2018;57(S2):367-382.

11. Borlaug BA. The pathophysiology of heart failure with preserved ejection fraction. Nat Rev Cardiol. 2014;11:507-515.

12. Nagueh SF, Smiseth OA, Appleton CP, et al. Recommendations for the evaluation of left ventricular diastolic function by echocardiography: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. J Am Soc Echocardiogr. 2016;294:277-314.

13. Pieske B, Tschöpe C, de Boer RA, et al. How to diagnose heart failure with preserved ejection fraction: the HFA-PEFF diagnostic algorithm: a consensus recommendation from the Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2019;40:3297-3317.

14. Nagueh SF. Non-invasive assessment of left ventricular filling pressure. Eur J Heart Fail. 2018;20:38-48.

15. Obokata M, Reddy YNV, Borlaug BA. Diastolic Dysfunction and Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: Understanding Mechanisms by Using Noninvasive Methods. JACC Cardiovasc Imaging. 2020;13(1 Pt 2):245-257.

16. Reddy YNV, Carter RE, Obokata M, et al. A Simple, Evidence-Based Approach to Help Guide Diagnosis of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. Circulation. 2018;138:861-870.

17. Paulus WJ, Tschöpe C. A novel paradigm for heart failure with preserved ejection fraction: Comorbidities drive myocardial dysfunction and remodeling through coronary microvascular endothelial inflammation. *Journal of the American College of Cardiology*. 2013; 62(4):263-71. DOI:10.1016/j.jacc.2013.02.092
18. Omote, K.; Verbrugge, F.H.; Borlaug, B.A. Heart Failure with Preserved Ejection Fraction: Mechanisms and Treatment Strategies. *Annu. Rev. Med.* 2022, 73, 321– 337.
19. Shah SJ, Kitzman DW, Borlaug BA, van Heerebeek L, Zile MR, Kass DA, Paulus WJ. Phenotype-specific treatment of heart failure with preserved ejection fraction: a multiorgan roadmap. *Circulation*. 2016; 134(1):73-90. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021884
20. Овчинников А.Г., Гвоздева А.Д., Бланкова З.Н., Борисов А.А., Агеев Ф.Т. Роль ингибиторов неприлизина в лечении сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса. *Кардиология*. 2020;60(11):117–127.  
<https://doi.org/10.18087/cardio.2020.11.n1352>
21. Агеев Ф.Т., Овчинников А.Г. Лечение пациентов с сердечной недостаточностью и сохраненной фракцией выброса: опора на клинические фенотипы. *Кардиология*. 2022;62(7):44-53.  
<https://doi.org/10.18087/cardio.2022.7.n2058>
22. Бокерия Л.А., Милиевская Е.Б., Прянишников В.В., Юрлов И.А. Год: 2024. Количество страниц: 368 с. ISBN: 978-5-7982-0464-9. УДК: 616.12-089
23. Керен М.А., Булаева Н.И., Бердибеков Б.Ш. . Под редакцией: Голуховой Е.З. Год: 2024. Количество страниц: 126 с. ISBN: 978-5-7982-0463-2 . УДК: 616.12-073.97(075)
24. Бокерия Л.А., Милиевская Е.Б., Прянишников В.В., Юрлов И.А. Год: 2023. Количество страниц: 344. ISBN: 978-5-7982-0451-9. УДК: 616.12-089
25. Асатрян Т.В., Мурысова Д.В. Год: 2023. Количество страниц: 24 с. ISBN: 978-5-7982-0446-5. УДК: 616.126-089:615.273.53

26. Асатрян Т.В., Скопин И.И. Год: 2023. Количество страниц: 32 с. ISBN: 978-5-7982-0444-1. УДК: 616.126.52-089.2
27. Асатрян Т.В., Крылов В.В., Вавилов А.В., Кажкцян П.В. . Под редакцией: чл.-корр. РАН проф. И.И. Скопина. . Год: 2023. Количество страниц: 154 с.; ил. ISBN: 978-5-7982-0447-2. УДК: 616.126.422-005.4-07-089.11(075.9)
28. Скопин И.И., Сигаев И.Ю., Казарян А.В. . Год: 2023. Количество страниц: 260 с., цв. ил. ISBN: 978-5-7982-0435-9. УДК: 616.127-089.193.4
29. Сафонова Н.И., Макаренко В.Н., Шляппо М.А., Терехов М.И., Александрова С.А. . Год: 2022. Количество страниц: 140 с. ISBN: 978-5-7982-0441-0. УДК: 616.12-073.75
30. Шумилина М.В. Год: 2022. Количество страниц: 78 с., цв. иллюстр. ISBN: 978-5-7982-0433-5. УДК: 616.857:616.1]-073.43
31. Бокерия Л.А., Дарий О.Ю., Макаренко В.Н., Асланиди И.П., Александрова С.А., Маленков Д.А. . Год: 2022. Количество страниц: 40 с., цв. илл. . ISBN: 978-5-7982-0434-2. УДК: 616.127-073.756.8
32. Бокерия Л.А., Берсенева М.И., Хитрова М.Э., Маленков Д.А., Хугаева А.А., Ивлева О.В., Александрова С.А., Щербуняева Е.А., Соничева Н.А. Под редакцией: академика РАН Л.А. Бокерия. Год: 2022. Количество страниц: 84 с., цв. илл. . ISBN: 978-5-7982-0430-4. УДК: 616.127
33. Сыпченко Е.В., Гасанова Р.М., Марзоева О.В., Леонова Е.И., Ярыгина Т.А. Год: 2022. Количество страниц: 52 с., цв. илл. . ISBN: 978-5-7982-0431-1. УДК: 616.132.1-073.43:618.3
34. Скопин И.И., Сливнева И.В., Латышев М.С. Год: 2022. Количество страниц: 158 с., цв. ил. ISBN: 978-5-7982-0428-1. УДК: 616.126.42-07-089
35. д.м.н., профессор, руководитель отделения неотложной хирургии приобретенных пороков сердца Института кардиохирургии им. В.И. Бураковского Р.М. Муратов; д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения неотложной хирургии приобретенных пороков сердца Института кардиохирургии им. В.И.

Бураковского С.И. Бабенко; к.м.н., научный сотрудник отделения неотложной хирургии приобретенных пороков сердца Института кардиохирургии им. В.И. Бураковского Д.А. Титов; к.м.н., младший научный сотрудник отделения неотложной хирургии приобретенных пороков сердца Института кардиохирургии им. В.И. Бураковского А.С. Сачков; к.м.н., врач ультразвуковой диагностики Института кардиохирургии им. В.И. Бураковского Н.Н. Соболева.

. Год: 2021. Количество страниц: 36. ISBN: 978-5-7982-0427-4. УДК: 616.126

36. Бокерия Л.А., Агафонов А.В., Городков А.Ю. Год: 2019. Количество страниц: 124. ISBN: 978-5-7982-0410-6. УДК: 616.13/.14-089.843