

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
“AKADEMIK V.VOXIDOV NOMIDAGI RESPUBLIKA
IXTISOSLASHTIRILGAN XIRURGIYAA
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI” DM**

**«YuRAK KLAPAN KASALLIKLARI» NOZOLOGIYASI
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

MUNDARIJA

"Yurak klapan kasalliklari" nozologiyasini tashxislash va davolash bo'yicha milliy klinik protokoli.....	5
"Yurak klapan kasalliklari" nozologiyasi bo'yicha tibbiy aralashuvlarning milliy klinik protokoli.....	24
"Yurak klapan kasalliklari" nozologiyasini oldini olish va rehabilitatsiya qilish bo'yicha milliy klinik protokoli	37
"Yurak klapan kasalliklari" nozologiyasini palliativ davolash bo'yicha milliy klinik protokoli	58
Adabiyotlar.....	63

**«YURAK KLAPAN KASALLIKLARI» NOZOLOGIYASINI
TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

1. KIRISH QISMI

Annotatsiya. Orttirilgan yurak nuqsonlari, shuningdek klapan nuqsonlari deb ham ataladi, yurak faoliyatining buzilishi bo‘lib, uning bir yoki bir nechta klapanlarining morfologik va/yoki funksional o‘zgarishlari bilan bog‘liq. Klapanlardagi o‘zgarishlar stenoz, yetishmovchilik yoki ularning kombinatsiyasi ko‘rinishida bo‘lishi mumkin. Infeksion zararlanish, yallig‘lanish yoki autoimmun reaksiyalar, yurak bo‘shliqlarining ortiqcha yuklanishi va kengayishi natijasida yuzaga keladi. Normada odam yuragi ikkita bo‘lmacha va ikkita qorinchadan iborat bo‘lib, ular bir-biridan klapanlar bilan ajralib turadi, bu klapanlar qonni bo‘lmachalardan qorinchalarga o‘tkazadi. O‘ng bo‘lmacha va qorincha o‘rtasida joylashgan klapan trikuspidal deb ataladi va uchta tabaqadan iborat, chap bo‘lmacha va qorincha o‘rtasida joylashgan klapan esa mitral deb ataladi va ikkita tabaqadan iborat. Bu klapanlar qorinchalar tomonidan pay iplari - tavaqalarning harakatini va bo‘lmachalardan qon haydaliq vaqtida klapaning to‘liq yopilishini ta‘minlaydigan iplar bilan ushlab turiladi. Bu qonning faqat bir yo‘nalishda harakatlanishi va orqaga qaytmasligi uchun muhimdir, chunki bu yurak faoliyatini buzishi va yurak mushaklarining (miokardning) eskirishiga olib kelishi mumkin.

Chap qorincha bilan aortani ajratib turadigan aorta klapani (butun organizmni qon bilan ta‘minlab turadigan yirik qon tomiri) va o‘ng qorincha bilan o‘pka stvolini ajratib turadigan o‘pka arteriyasi klapani (keyinchalik uni kislород bilan to‘yintirish uchun venoz qonni o‘pkaga olib boradigan yirik qon tomiri) ham bo‘ladi. Bu ikkala klapan ham qonning orqaga, faqat qorinchalarga oqishiga to‘sqinlik qiladi.

Agar yurak ichki tuzilmalarining qo‘pol deformatsiyalari kuzatilsa, bu uning funksiyalarining buzilishiga olib keladi, bu esa butun organizmning ishlashiga zarar yetkazadi. Bunday holatlar tug‘ma va orttirilgan yurak nuqsonlari deb ataladi.

Orttirilgan yurak nuqsonlari - bu organik shikastlanish tufayli klapan apparati anatomiyasining o‘zgarishi natijasida yuzaga keladigan yurak kasalliklari guruhi bo‘lib, bu gemodinamikaning (qonning yurak ichidagi harakati va butun organizm bo‘ylab qon aylanishi) sezilarli darajada buzilishiga olib keladi.

Ushbu kasalliklarning tarqalishi turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra, barcha yurak kasalliklarining 20 dan 25% gachasini tashkil qiladi.

Ushbu klinik protokolni ishlab chiqish uchun quyidagi manbalar asos qilib olindi:

1. 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>

MKB-10 jadval №1

MKB-10 (I05-I09)		MKB-11 (BB60)	
I05	Mitral klapaning revmatik kasalliklari	BB60	Mitral stenoz
I05.0	Mitral stenoz	BB60.0	Revmatik mitral [klapan] stenoz
I05.1	Revmatik mitral klapan yetishmovchiligi	BB60.1	Norevmatik mitral [klapan] stenoz
I05.2	Mitral stenoz yetishmovchiligi bilan	BB61	Mitral klapan yetishmovchiligi
I05.8	Boshqa mitral klapan kasalliklari	BB62	Mitral klapan prolapsi
I05.9	Boshqa ruknlarda tasniflanmagan mitral klapan kasalligi	BB63	Mitral stenoz yetishmovchiligi bilan
I06	Aorta klapanining revmatik kasalliklari	BB63.0	Revmatik mitral stenoz yetishmovchiligi bilan
I06.0	Revmatik aortal klapan stenoz	BB70	Aortal [klapan] stenoz
I06.1	Aortal klapanining revmatik yetishmovchiligi	BB70.1	Revmatik bo‘lmagan aorta [klapan] stenoz

I06.2	Aortal klapaning revmatik stenozini yetishmovchilik bilan	BB71	Aortal klapan yetishmovchiligi
I06.8	Aorta klapanining boshqa revmatik kasalliklari	BB71.0	Aortal klapanining revmatik yetishmovchiligi
I06.9	Aorta klapani revmatik kasalligi, boshqa joyda tasniflanmagan	BB80	Trikuspidal [klapan] stenoz
I07	Uch tavaqali klapaning revmatik kasalliklari	BB80.0	Revmatik trikuspidal stenoz
I07.0	Trikuspidal stenoz	BB81	Trikuspidal (uch tavaqali) klapan yetishmovchiligi
I07.1	Trikuspidal yetishmovchilik	BB82.Z	Trikuspidal stenoz, yetishmovchilik bilan boshqa joyda tasniflanmagan
I07.2	Trikuspidal stenoz yetishmovchilik bilan	BB81.0	Revmatik trikuspidal yetishmovchilik
I07.8	Uch tavaqali klapaning boshqa kasalliklari	BB82	Trikuspidal stenoz, yetishmovchilik bilan
I07.9	Uch tavaqali klapan kasalligi, boshqa joyda tasniflanmagan	BB82.0	Revmatik trikuspidal stenoz, yetishmovchilik bilan

I08	Bir nechta klapan shikastlanishi	BC00	Bir nechta yurak klapanlarining shikastlanishi
I08.0	Mitral va aortal klapanlarining qo'shma shikastlanishi	BC01	Protezlangan yurak klapanlarining shikastlanishi
I08.1	Mitral va uch tavaqali klapanlarning qo'shma shikastlanishi		
I08.2	Aorta va uch tavaqali klapanlarning qo'shma shikastlanishi		
I08.3	Mitral, aorta va uch tavaqali klapanlarning qo'shma shikastlanishi		
I08.8	Boshqa ko'plab klapan kasalliklari		
I08.9	Boshqa joyda tasniflanmagan klapanlarning ko'p sonli shikastlanishi		
I34	mitral klapaning revmatik bo'lmagan shikastlanishi		
I35	Aorta qopqog'ining revmatik bo'lmagan shikastlanishi		
I36	Uch tavaqali klapaning revmatik bo'lmagan shikastlanishi		
https://mkb-10.com/index.php?pid=8001		https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1997348476	

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: 10 mart 2025 yil, qayta ko‘rib chiqiladigan sana 2028 yil, yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo‘lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o‘zgartirishlar tegishli hujjatlarda ye‘lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas‘ul muassasa "akademik V. Vaxidov nomidagi RIXIATM" DM hisoblanadi.

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishga quyidagilar yordam berdi: "akademik V. Vaxidov nomidagi RIXIATM" DM.

Asosiy mualliflar ro‘yxati, qo‘shimcha mualliflar jamoasi:

Ishchi gurux raxbari	Ismailov Saimurod Ibragimovich “Akademik V.Voxidov nomidagi RIXITAM” DM direktori, t.f.d, professor
Mas‘ul ijrochilar	Aliyev Sherzod Maxmudovich “Akademik V.Voxidov nomidagi RIXITAM” DM Kattalar kardioxirurgiyasi bo‘lim boshlig‘i t.f.d, pofessor
	Buranov Xayrulla Jumaboyevich “Akademik V.Voxidov nomidagi RIXITAM” DM Kattalar kardioxirurgiyasi bo‘lim mudiri

Retsenzentlar:

	Irnazarov Akmal Abdullayevich Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 1-sonli Fakultet va gospital xirurgiya kafedراسi t.f.d, professori
--	---

Retsenzentlar :	Vinogradov.R.A –Rossiya Federatsiyasi davlat byudjet tashkiloti Krasnodar o‘lkasidagi prof Ochapovski nomidagi №1 sonli klinik shifoxonasi yurak-qon tomir xirurgiyasi bo‘limi mudiri t.f.d professor
---------------------------	--

Klinik protokol muxokamasi “Akademik V.Vaxidov nomidagi RIXIATM” DM Ilmiy Kengashi yig‘ilishida bo‘lib o‘tdi - **protokol №1 28.02.25y.**

Texnik ekspertni baholash va tahrirlash:

1. “Akademik V.Voxidov nomidagi RIXIATM” DM 1-sonli gepatobiliar jarrohlik va jigar transplantatsiyasi bo‘limi boshlig‘i, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Bosh jarrohi, t.f.d. professor Akbarov Mirshavkat Miralimovich.

2. “Akademik V.Voxidov nomidagi RIXIATM” DM kattalar yurak jarrohligi bo‘lim boshlig‘i, tibbiyot fanlari doktori, professor - Aliev Sherzod Maxmudovich.

Ushbu klinik protokol va standart tashkiliy-uslubiy yordam bilan vazir o‘rinbosari, tibbiyot fanlari doktori F.R. Sharipov rahbarligida, Tibbiy sug‘urta bo‘limi boshlig‘i Sh.K.Almardanov, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.T. Jumaeva, yetakchi mutaxassis N.F. Raximovlar rahbarligida ishlab chiqilgan.

Klinik protokollarning maqbulligi va amaliyotda qo‘llanilishini baholash Toshkent shahri va Toshkent viloyati sog‘liqni saqlashning amaliy darajasi vakillari bilan birgalikda o‘tkazildi.

Amaliyotchilar:

1. Umumiy amaliyot shifokori
2. Jarroh
3. Terapevt
4. Kardiolog
5. Kardioxirurg

Protokolda ishlatiladigan qisqartmalar:

2D	ikki o'lchovli
2-M	ikki o'lchovli
AD	arterial bosim
AKSh	aortakoronar shuntlash
AN	aorta yetishmovchiligi
AR	aorta regurgitatsiyasi
AS	aorta stenozi
VMTR	ichakida o'sish kechikishi
VChTV	faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti
GKM	gipertrofik kardiomiopatiya
DAK	ikki tabakali aortal klapan
DLA	o'pka arteriyasi bosimi
DMJP	yurak qorinchalararo to'siq nuqsoni
ZK	yopiq komissurotomiya
IKS	sun'iy yurak klapani
IE	infeksion endokardit
KBAV	kateterli ballonli aortal valvuloplastika
KBMB	kateterli ballonli mitral valvuloplastika
KDR	yakuniy diastolik o'lcham
KMBV	kateterli mitral ballonli valvulotomiya
KSO	sistola oxiridagi hajm
KSR	sistola oxiridagi o'lcham
KT	kompyuter tomografiyasi
LJ	chap qorincha
LP	chap bo'lmaca
MitrO	mitral teshik
MK	mitral klapan
MKP	mitral klapani protezlash
MN	mitral yetishmovchilik

MNO	xalqaro normalashtirilgan nisbat
MR	mitral regurgitatsiyasi
MS	mitral stenozi
NMG	past molekulali heparin
NMK	mitral klapan yetishmovchiligi
NFG	fraksiyalanmagan heparin
OK	ochiq komissurotomiya
PAK	aortal klapani protezlash
PJ	o'ng qorincha
PMK	mitral klapan prolapsi
PMK	mitral klapani protezlash
PMO	mitral teshik maydoni
POMK	mitral teshik maydoni
RG	ko'krak qafasi rentgenografiyasi
SVT	supraventrikulyar taxikardiya
SD	qandli diabet
SI	yurak indeksi
SR	xordani saqlab qolish amaliyoti
O'AS	o'pka arteriyasi stenozi
TN	trikuspidal yetishmovchilik
TTExoKG	transtorakal exokardiografiya
FV	chiqarish fraksiyasi
FK	funksional sinf
FP	yurak bo'limlarining fibrillyatsiyasi
FU	qisqarish fraksiyasi
ChMBV	terini teshmasdan mitral ballonli valvulotomiya
ChPExoKG	transezofagial exokardiografiya
EKG	elektrokardiografiya
EKS	elektrokardiostimulyator
ExoKG	exokardiografiya

AVR	aorta klapani almashtirish
HACEK	Haemophilus parainfluenzae, Haphrophilus, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Cardiobacterium hominis, Eikenella corrodens, Kingella kingae
MVG	mitral klapan bosimini o'rtacha gradienti
MVR	mitral klapani almashtirish
NYHA	New York Heart Association (Nyu-York yurak assotsiatsiyasi)
TVR	trikuspidal klapani almashtirish

Protokol foydalanuvchilari:

- Sog'liqni saqlash tashkilotchilari
- oliy ta'lim muassasalari mutaxassislari
- ilmiy va amaliy tibbiyot markazlari mutaxassislari
- idoraviy tibbiy xizmat mutaxassislari (ichki ishlar vazirligi)
- umumiy amaliyot shifokori
- umumiy jarrohlari
- bolalar jarrohlari
- terapevtlar
- pediatrlar

Ushbu nozologiyada bemorlar toifasi: kattalar.

Tavsiyalarni sinflar bo'yicha baxolash shkalasi

Tavsiya sinfi	Ta'rif	Tavsiya
I	Davolash/tekshirish/aralashuvlarning o'ziga xos usullari foydali va samarali ekanligi yoki umumiy qabul qilinganligi isbotlangan va potensial foyda potensial xavf bilan solishtirganda aniq va undan sezilarli darajada	Tavsiya etiladi

	oshadi.	
II	Muayyan davolanish/tekshiruv/aralashuvning afzalliklari/samaradorligiga va/yoki qarama-qarshi fikrga zid bo'lgan ma'lumotlar yoki foyda haqida noaniqlik/xatarlar.	Tavsiya etilishi mumkin
IIa	Ma'lumotlar/fikrlarning aksariyati afzalliklarni/samaradorlikni ko'rsatadi.	
IIb	Ma'lumotlar/fikrlar foyda/samaradorlikning kamishonchli dalillarini beradi.	Juda extiyotkorlik bilan
III	Muayyan davolash/tekshiruv/muolaja/aralashuv xaqida ma'lumot, yoki foydali/samarali bo'lmagan bo'lgan yagona fikr, yoki potensial xavf potensial foydadan ustun bo'lganligi haqida ma'lumot.	Tavsiya etilmaydi

Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillarning ishonchligi darajasini (DID) baholash ko'lami

DID	Darajaning tasnifi
1	Ma'lumot nazorati bilan sinovlarni tizimli ko'rib chiqish yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik sinovlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar bundan mustasno, mos yozuvlar nazorati yoki alohida randomizatsiyalangan klinik sinovlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish bilan alohida tadqiqotlar
3	Yo'naltiruvchi usul bilan izchil nazoratsiz tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan ma'lumotnoma usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Faqat harakat mexanizmi yoki mutaxassislarining fikri uchun asos bor

Profilaktik, davolovchi va rehabilitatsiya tadbirlari uchun dalillarning ishonchliligi darajasini (DID) baholash ko‘lami

DID	Darajaning tasnifi
1	Meta-tahlil yordamida RKT-ni tizimli ko‘rib chiqish
2	Meta-tahlil yordamida RKT bundan mustasno, har qanday dizayndagi tadqiqotlarni alohida RKT-lar va tizimli sharhlar
3	Tasodifiy bo‘lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holat yoki bir qator holatlar tavsifi, ishlarni nazorat qilish bo‘yicha tadqiqotlar
5	Faqat aralashuvning ta‘sir mexanizmi (klinikadan oldingi tadqiqotlar) yoki mutaxassislarning fikri uchun asos bor

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

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

2. Asosiy qism.

2.1 Kirish.

Orttirilgan yurak nuqsonlari (QYuN) klapan nuqsonlari deb ham ataladi. Klapan apparatining tuzilishi va ishi buzilishi bilan ta'riflanadi, yurak ichidagi qon aylanishining o'zgarishiga olib keladi. Tug'ma nuqsonlardan farqli o'laroq, orttirilgan nuqson hayot davomida rivojlanadi va odatda yetuk yoshda namoyon bo'ladi.

2.2. Ta'rifi:

Yurak klapan kasalliklari - klapan tavaqalarida yallig'lanish jarayoni tufayli yuzaga keladigan kasalliklar guruhi. Ular ishining buzilishi yurakka qo'shimcha zo'riqish beradi, yurak bo'limlari qalinlashadi. Yurak bo'shliqlari kengayadi, yurak muskulining qisqarish funksiyasi kamayadi. Bularning barchasi qon aylanishining buzilishiga olib keladi va natijada yurak yetishmovchiligini keltirib chiqaradi.

2.3. Klinik klassifikatsiya

Turli mezonlarga qarab, yurak klapan kasalliklari farqlanadi:

1. Etiologiyasi (vujudga kelish sababi) buyicha:

revmatik;

o'tkazilgan bakterial endokardit oqibatida;

Zaxmga oid;

Yurak yetishmovchiligida yurak kameralarining kengayishi oqibatida;

Travmatik - shikastlanish yoki jarrohlik operatsiyasida;

Nur terapiyasidan keyin ko'krak qafasi yoki ko'ks oralig'i

2. Yurak klapanlarining shikastlanish xususiyatiga kura:

Klapan torayishi - qonning bir kameradan ikkinchisiga o'tishiga to'sqinlik qiladigan yetarli darajada ochilmaslik;

Klapan yetishmovchiligi, to'liq yopilmaslik, qon yurak kamerasiga qaytadi;

Qo'shma - bir nechta klapanlarning shikastlanishi

Izolyatsiyalangan - bitta klapan ishining o'zgarishi;

Kombinatsiyalangan - klapan yetarlicha germetik yopilmaganda (klapan yetishmovchiligi) va to'liq ochilmaganda (klapan stenoz yoki torayishi) bitta klapanda bir vaqtning o'zida paydo bo'ladi.

3. Nuqsonning joylashuviga ko'ra:

Mitral klapan;

Trikuspidal klapan;

O'pka arteriyasi klapani;

Aortal klapan.

4. Funktsional buzilishi bo'yicha:

prolaps;

yetishmovchilik;

stenoz.

5. Yurak qon-tomir tizimi xolatiga ko'ra:

Kompensatsiyalangan – qon aylanishining yetishmovchiligi yo'q;

Subkompensatsiyalangan – qon oqimining vaqtinchalik buzilishi (kuchaytirilgan jismoniy zo'riqishda, homiladorlik davrida, harorat ko'tarilganda);

Dekompensatsiyalangan – jismoniy zo'rikish va tinch xolatda qon aylanishning buzilishi mavjud.

2.4 Kasallik/holat tashxisini aniqlash mezonlari:

Kasallik tashxisi quyidagilar asosida qo'yiladi

1) anamnez ma'lumotlari

2) bevosita tekshirish

3) instrumental tekshiruvlar (ExoKG,MSKT,MRT)

https://scardio.ru/content/Guidelines/valves_7_rkj_2018.

2.5. Etiologiya va patogenez

Kattalardagi yurak klapanlari nuqsonlari - bu klapan apparati tuzilmalarining (klapan qopqoqlari, fibroz halqa, xordalar, papillyar mushaklar) tug‘ma yoki kasalliklar va jarohatlar natijasida paydo bo‘lgan, klapanlar orqali to‘g‘ri qon oqimini buzadigan va xavfli asoratlarga olib keladigan kasalliklar (og‘ir yurak yetishmovchiligi, hushdan ketish, aritmiyalar, miokard infarktlari, to‘satdan yurak o‘limi va boshqalar).

Stenoz – bu klapan teshigining torayishi bo‘lib, turli sabablarga ko‘ra komissura sohasida tabaqalarning bir-biriga yopishishi (bitishi) natijasida rivojlanadi, buning natijasida yurak ortiqcha bosim ostida zararlangan klapan orqali qonni o‘tkazishga majbur bo‘ladi.

Klapan yetishmovchiligi – klapan tavaqalari ishining buzilishi, ularning to‘liq yopilmasligiga va qonning yurak kamerasiga qaytishiga olib keladi, bu esa yurakning ortiqcha qon bilan ishlashiga olib keladi.

https://permheart.ru/pacientam/lechenie/priobretennie_poroki/

3.1. Shikoyatlari va anamnezi.

Kasallik turiga qarab shikoyatlar xam farq qilishi mumkin, ammo kasalliklarining aksariyatiga xos bo‘lgan bir nechta shikoyatlar mavjud:

- xansirash;
- tez charchash;
- yurak sohasidagi bosuvchi og‘riqlar (ayniqsa, jismoniy zo‘riqishda);
- bosh aylanishi;
- oyoqlarning shishishi;
- teri rangi o‘zgarishi;
- quruq yo‘tal va qon tuflash;

- yurak faoliyatidagi uzilishlar;
- xushni yo‘qotish.

O‘zingizda shunga o‘xshash alomatlarni sezsangiz, darhol shifokorga murojaat qiling. PPS juda xavfli va og‘ir oqibatlarga olib kelishi mumkin. Jumladan, yurak yetishmovchiligiga ham. Kasallik o‘z-o‘zidan o‘tib ketishini kutish yoki uni mustaqil ravishda yengishga harakat qilish kerak emas. FMBA funksional markazi kardiologiya markazi mutaxassislariga murojaat qiling va biz kerakli tekshiruvni o‘tkazamiz.

3.2. Fizikal tekshiruvlar

Ko‘pincha bemorlar yurak klapanlari nuqsoni haqida shifokorning to‘liq, yetarli ko‘rigidan so‘ng bilib olishadi, u auskultatsiya jarayonida yurakdagi shovqinlarni aniqlaydi, shundan so‘ng bemorga turli diagnostik ahamiyatga ega bo‘lgan bir qator tekshiruvlar tayinlanadi:

- transtorakal exokardiografiya (yurak UTT) - yurak klapan apparati patologiyasini tashxislashning eng ma‘lumotli, keng tarqalgan va arzon usuli;
- transezofageal exokardiografiya (murakkabroq va qimmatroq tekshiruv), yurak nuksonining og‘irlik darajasini aniklash zarur bo‘lgan xollarda o‘tkaziladi;
- EKG; Yurakning elektr faolligini qayd etadigan noinvaziv tadqiqot usuli. EKG yurak ritmi, yurak urish tezligi, aritmiyalarning mavjudligi, ishemiya belgilari (miokardning qon bilan ta‘minlanmasligi), yurakda strukturaviy o‘zgarishlarning mavjudligi va yurak-qon tomir kasalliklari bilan bog‘liq boshqa holatlar kabi bir qator ko‘rsatkichlarni aniqlash uchun ishlatiladi.
- aortoventrikulografiya;
- kukrak kafasi organlari rentgenografiyasi;
- kontrastli va kontrastsiz yurakning multispiral kompyuter tomografiya.

Kasallikning dastlabki bosqichida bemorga dori-darmonlar bilan davolash buyuriladi, bu esa gemodinamikaning yaqqol ifodalanmagan buzilishlari tufayli organizmga ortiqcha yukni qoplashga yordam beradi. Ushbu holatda optimal terapiyani

tanlash bilan tajribali kardiolog shug‘ullanishi kerak. Biroq, yurak klapani kasalligi vaqt o‘tishi bilan shikastlangan klapani tiklash yoki almashtirish uchun jarrohlik amaliyotini talab qilishi mumkin bo‘lgan muammodir.

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

3.3 Asosiy laborator diagnostik tekshiruvlar ro‘yxati.

Ambulatoriya darajasida o‘tkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostik tekshiruvlar.

Laboratoriya tahlillari yurak-qon tomir kasalliklarini tashxislashning muhim qismi bo‘lib, yurak faoliyatini baholash, xavf omillari mavjudligini aniqlash, yallig‘lanish jarayonlari va yurak-qon tomir tizimi holatiga ta’sir qiluvchi boshqa patologiyalarni aniqlashga yordam beradi.

Yurak-qon tomir kasalliklariga shubha qilinganda laboratoriya tahlillari:

- **Umumiy qon taxlili.** Yurak faoliyatiga tasir qiluvchi kamqonlik, yallig‘lanish jarayonlari va infeksiyalarni aniklashga yordam beradi.
- **Qonning bioximik taxlili.** Turli biokimyoviy ko‘rsatkichlar, masalan, glyukoza, xolesterol, triglitseridlar, kreatinin, mochevina, elektrolitlar (masalan, natriy va kaliy) va yurak-qon tomir kasalliklari bilan bog‘liq diabet, giperlipidemiya, buyrak yetishmovchiligi va boshqalar kabi xavf omillari va holatlari mavjudligini ko‘rsatadigan boshqa moddalar darajasini o‘lchash.
- **Koagulogramma.** Qon ivish tizimini o‘rganadi, shu jumladan qon ivish vaqtini, trombositlar darajasini va boshqalarni o‘lchaydi. Bu yurak-qon tomir kasalliklari uchun xavf omillaridan biri bo‘lgan tromb hosil bo‘lishi va quyqalar shakllanishi xavfini baholash uchun foydalidir.
- **Yallig‘lanish markerlari.** S-reaktiv oqsil (SRB), yuqori sezgir C-reaktiv oqsil proteini (hsCRP) va boshqalar, ateroskleroz kabi yallig‘lanish jarayonlarini aniqlash va yurak-qon tomir kasalliklari xavfini baholashga yordam beradi.
- **Troponinlar.** Miokard shikastlanganda oshishi mumkin bo‘lgan va miokard infarkti yoki boshqa yurak kasalliklarini ko‘rsatadigan oqsillar.

- **Gormonal taxlillar.** Ba'zi gormonal tahlillar, masalan, tireoid gormonlar (tireotrop gormon (TTG), tiroksin (T4), triyodtironin (T3)) va adrenal darajasi qalqonsimon bez faoliyatini va organizmning yurak-qon tomir kasalliklari kabi fiziologik stress holatlariga moslashishini baholash uchun o'tkaziladi.

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

**«YURAK KLAPAN KASALLIKLARI» NOZOLOGIYASINING
TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

1.ASOSIY QISM

1.1 Yurak klapan nuqsonlarini jarrohlik yo‘li bilan davolash:

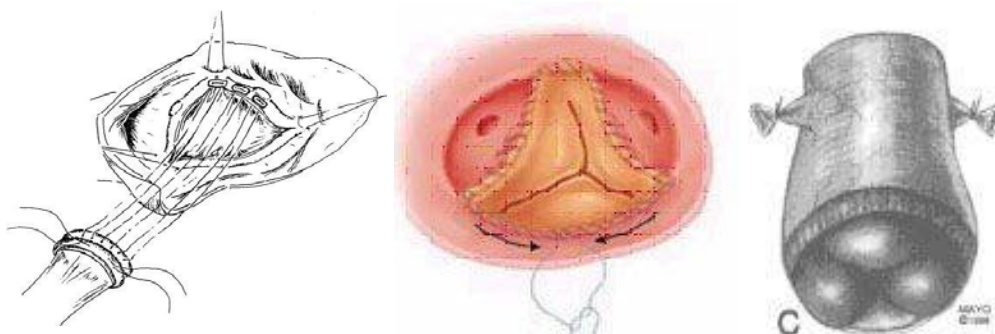
Yurak klapan nuqsonlarida operatsiyasiga ko‘rsatmalar.

Yurak klapan kasalliklarida jarrohlik aralashuvini o‘tkazishga ko‘rsatmalar quyidagilardir:

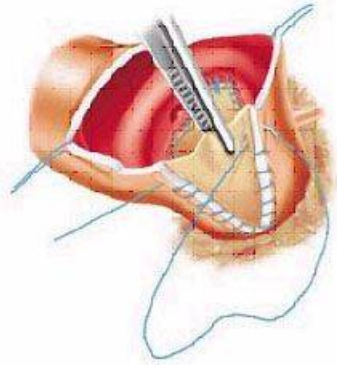
- kuchayib boruvchi yurak yetishmovchilig;
- klapanlarning gemodinamik jihatdan ahamiyatli shikastlanishlari;
- dori-darmon terapiyasi foyda bermaganda;
- og‘ir asoratlarning yuzaga kelish xavfi yuqori;

Aortal klapan nuqsonlari.

Aortal klapan yetishmovchiligi bo‘lgan bemorlarni jarrohlik yo‘li bilan davolash NYHA II funksional sinfi yoki undan yuqori bo‘lgan barcha simptomatik bemorlarga, shuningdek, qon otib berish fraksiyasi $> 20-30\%$ yoki yakuniy sistolik diametri < 55 mm bo‘lgan bemorlarga ko‘rsatiladi. Qo‘shimcha ko‘rsatma, shuningdek, 70 mm ga yaqin bo‘lgan oxirgi diastolik diametrdir. Chap qorinchaning kontraktil funksiyasi jiddiyroq shikastlangan bemorlarda operatsiya xavfi va operatsiyadan keyingi o‘lim darajasi ancha yuqori bo‘ladi. Aorta qopqog‘ini protezlash kasallik belgilari bo‘lgan aorta stenoz bo‘lgan barcha bemorlarga, shuningdek, simptomlarsiz, yuqori transvalvulyar bosim gradienti (60 mm simob ustunidan yuqori), teshik maydoni $\leq 0,6$ sm², koronar yoki boshqa klapan patologiyasi bo‘lgan bemorlarga chap qorincha dekompensatsiyasi rivojlanishidan oldin ko‘rsatiladi. https://www.cardio.by/hlpps_page



Aortal klapan nuqsonlarini jarrohlik yo‘li bilan davolash uni mexanik, biologik, karkasli va karkassiz protezlar yoki kriokonservalangan allograflar bilan protezlash orqali amalga oshiriladi.

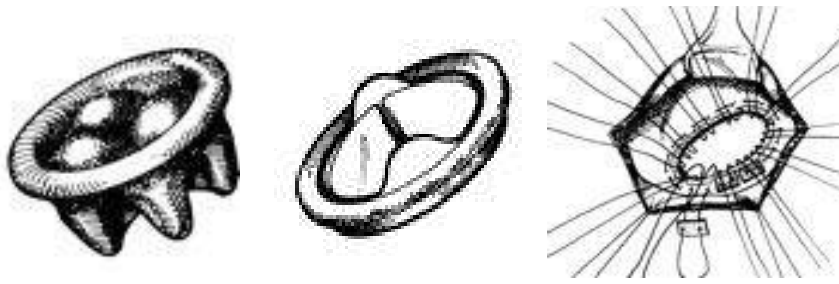


Ba‘zi bemorlarda aortal klapanini rekonstruksiya qilish mumkin. Aorta halqalari tor bo‘lgan hollarda optimal gemodinamikaga erishish uchun aorta ildizi biologik material bilan plastika qilinadi. Operatsiyalar ham oddiy, ham miniinvaziv usulda amalga oshiriladi.

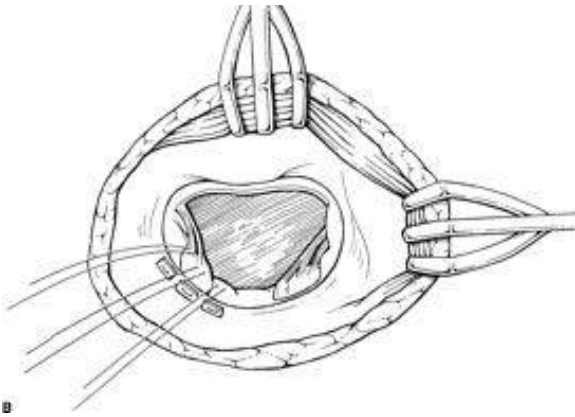
Mitral klapan nuqsonlari

Mitral klapan stenozida operatsiyaga ko‘rsatmalar chap atrioventrikulyar teshikning maydoni bilan belgilanadi. MK maydoni $\leq 1 \text{ sm}^2$ bo‘lgan mitral stenoz kritik hisoblanadi. Jismoniy faol bemorlarda yoki tana vazni katta bo‘lgan bemorlarda $1,2 \text{ sm}^2$ teshikning torayishi ham xavfli bo‘lishi mumkin. Shunday qilib, mitral stenoz bilan og‘rigan bemorlarda operatsiyaga ko‘rsatma MK maydonining $< 1,5 \text{ sm}^2$ va NYHA II va undan yuqori funksional sinfining kamayishi hisoblanadi.

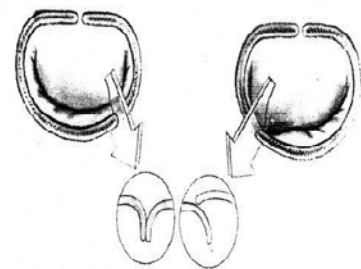
Mitral yetishmovchilikda jarrohlik amaliyotiga ko‘rsatma samarali regurgitatsiya teshigining maydoni $> 20 \text{ mm}^2$, regurgitatsiyaning II va undan yuqori darajasi va NYHA ning II-III funksional sinfi hisoblanadi. Mitral yetishmovchiligini jarrohlik yo‘li bilan davolash KTS $40\text{-}50 \text{ ml/m}^2$ ga yetgunga qadar amalga oshirilishi kerak, chunki uning $\geq 60 \text{ ml/m}^2$ ga oshishi salbiy prognozni ko‘rsatadi.



Mitral nuqsonni jarrohlik yo'li bilan davolash uni sun'iy mexanik va biologik protezlar bilan protezlash orqali amalga oshiriladi.



Yaqqol ifodalangan yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda protezlarni implantatsiya qilishda, albatta, tabiiy xorda apparatini saqlab qolish yoki politetraftoretildan yasalgan sun'iy xordalarni implantatsiya qilish amalga oshiriladi.



30-40% bemorlarda mitral klapanda rekonstruktiv operatsiyalarni amalga oshirish mumkin. Buning uchun turli xil rekonstruksiya usullari qo'llaniladi: qattiq va yumshoq halqalarda annuloplastika, tavaqalar rezeksiyasi, sun'iy xordalar implantatsiyasi, "chetdan-chetga" plastikasi. Aksariyat bemorlarda mitral qopqoqning normal funksiyasini tiklash keyinchalik umrbod antikoagulyant terapiyani talab qilmaydi.

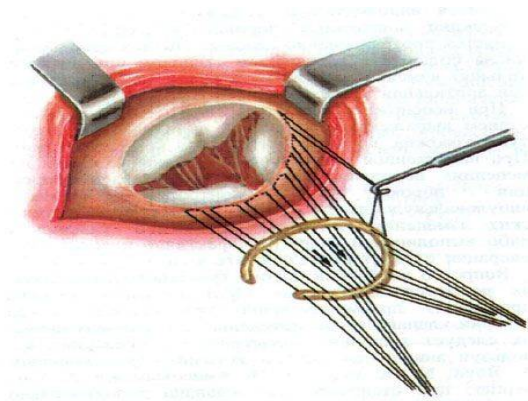
https://www.cardio.by/hlpps_page



Mitral qopqoqdagi operatsiyalar ham standart sternotomiya, ham o'ng tomonlama minitorakotomiya orqali amalga oshiriladi.

Trikuspidal klapan nuqsonlari.

Uch tavaqali klapan stenozida operatsiyaga ko'rsatma teshikning samarali maydoni $< 1,5 \text{ sm}^2$, yetishmovchilikda esa o'ng bo'lmacchaga qonning II-III darajali regurgitatsiyasi hisoblanadi. Trikuspidal nuqsonni tuzatish usulini tanlashda bemorda rezidual o'pka gipertenziyasi prediktorlari mavjudligi hisobga olinadi: $DLA > 50 \text{ mm sim.ust.}$, O'Q devorining qalinligi $> 7 \text{ mm}$, ChB diametri $> 55 \text{ mm}$, O'Q OF $< 30\%$.



Uch tavaqali klapaning nisbiy yetishmovchiligini tuzatishning asosiy usuli annuloplastikadir. Uch tavaqali klapan halqasining diametrini kamaytirish usullari kisetoplastika o'tkazish va qattiq yoki egiluvchan korreksiyalovchi halqalardan foydalanishdan iborat. Ba'zi hollarda, tuzatish operatsiyasini amalga oshirishning iloji bo'lmaganda, klapani bioprotezlash qo'llaniladi.



Infeksion va protezlashdan keyingi endokardit

Infeksion endokarditning etiologiyasi butun dunyoda antibiotiklarni faol qo'llash natijasida sezilarli darajada o'zgardi. Hozirgi vaqtda stafilokokklar va grammanfiy flora, shuningdek, zamburug'li infeksiya asosiy rol o'ynaydi.

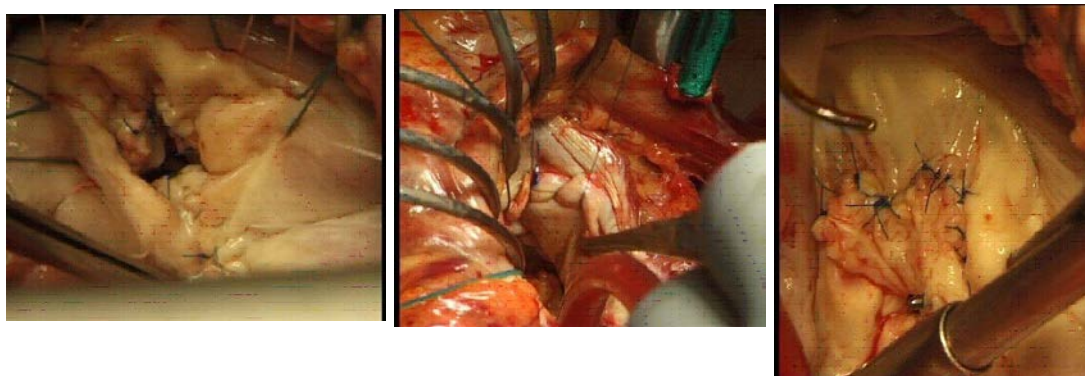


Xirurgiya nuqtai nazaridan infeksiion endokardit patogenezida yurak klapan apparatining tez yemirilib ketishi hammadan katta ahamiyatga ega. Bu yurak yetishmovchiligining halokatli tarzda kuchayishiga olib keladi, chunki miokard gemodinamikaning keskin buzilishiga moslashishga ulgurmaydi.

Jarrohlik yo'li bilan davolash zarurligi to'g'risidagi qaror, odatda, "asoratlangan infeksiion endokardit" rivojlanganda yuzaga keladi: gemodinamik holatning o'zgarishi; infeksiyaning persistensiyasi va tarqalishi; infeksiyaning metastatik o'choqlari rivojlanishi; tizimli emboliyalar. Bunday hollarda operativ davo terapevtik usulga qaraganda muvaffaqiyatliroq bo'ladi.

Jarrohlik yo‘li bilan davolashning asosiy muammosi infeksiyaning qaytalanishi va protezli endokardit rivojlanishining oldini olishdir. Taktikani tanlash uchun operatsiya stolida aniqlangan anatomik o‘zgarishlar asos bo‘ladi: fibroz halqa va uning atrofidagi to‘qimalarning shikastlanish darajasi, shuningdek, vegetatsiyalar, abscesslar, fistulalar, protezlarning uzilishi mavjudligi. So‘nggi yillarda, ayniqsa mitral yoki uch tavaqali klapanlar endokardit bilan zararlanganda, rekonstruktiv operatsiyalarga alohida ahamiyat berilmoqda. Jarrohlik ishlovidan so‘ng klapan nuqsonlarini to‘ldirish uchun o‘z to‘qimalari, auto- yoki ksenoperikard bilan plastika qo‘llaniladi.

https://www.cardio.by/hlpps_page



Yurakning suniy klapanlari.

Hozirgi vaqtda klinikada mexanik, biologik sun‘iy klapanlar, shuningdek, allograflar qo‘llaniladi.

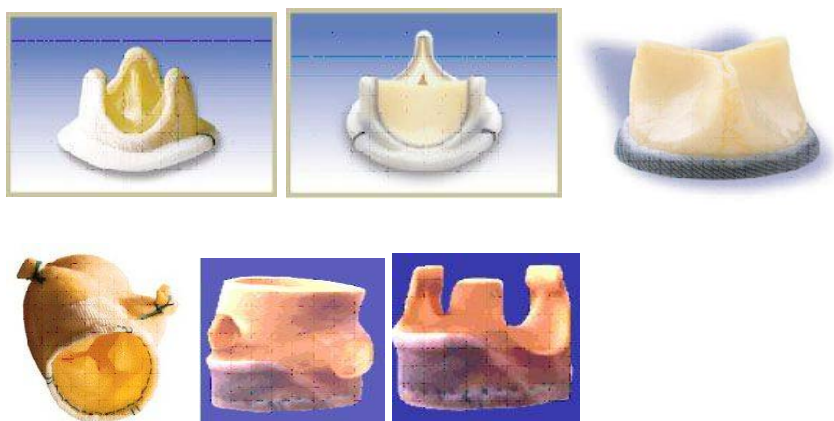
Mexanik protezlar.



Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazida ikki tabaqali sun‘iy yurak klapanlarining ikkita modifikatsiyasi ishlab chiqilgan va klinikada qo‘llanilmoqda: PLANIKS-T va PLANIKS-E. Mahalliy ikki tabaqali sun‘iy yurak

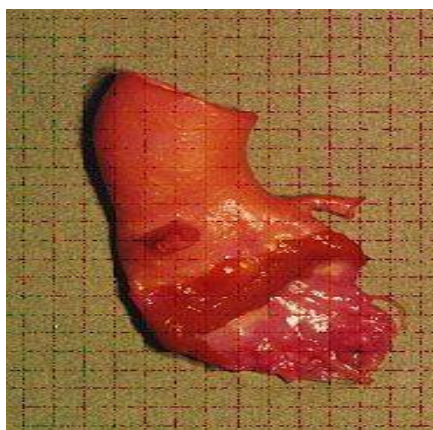
klapanining so‘nggi versiyasi tuzilishining oldingi modeldan farqi shundaki, protez korpusi yuqori aşınmaya bardoshlilik va biologik inertlikni ta‘minlaydigan titan oksidi bilan qoplangan. Buriş mexanizmining yuqori balandligi yurak to‘qimalari tomonidan klapanlarning tiqilib qolishining oldini oladi va klapanlarning ochilish burchagini 900 gacha oshirish imkonini berdi.

Biologik protezlar.



Protez tabaqalari biologik to‘qimalardan shakllangan: kseno-aortal klapan, perikarddan klapan. Bioprotezlarning ikki turi qo‘llaniladi: karkasli (biologik to‘qima qattiq yoki egiluvchan karkasga mahkamlanadi) va karkassiz.

Allograftlar.



Klapan apparati shikastlanishlarini jarrohlik yo‘li bilan davolashning zamonaviy yo‘nalishi kriokonservalangan allograflardan foydalanishdir. So‘nggi yillarda zamonaviy kriogen texnikaning paydo bo‘lishi biologik ob‘ektlarning hayotiyiligini uzoq vaqt saqlab qolish uchun sharoit yaratishga imkon berdi, bu esa implantatsiyadan

keyin ularning organizmda normal ishlashini ta'minlaydi.

https://www.cardio.by/hlpps_page

Jarroxlik amaliyotiga umumiy qarshi ko'rsatmalar.

1. O'tkir bosqichdagi barcha kasalliklar, qo'zish bosqichidagi surunkali kasalliklar va o'tkir yiringli jarayonlar bilan asoratlangan.
2. Izolyatsiya muddati tugashidan oldin o'tkir yuqumli kasalliklar.
3. O'tkir yoki yuqumli shakldagi barcha tanosil kasalliklari.
4. Ruhiy kasalliklar. Giyohvandlikning barcha shakllari va surunkali alkogolizm. Epilepsiya.
5. Barcha qon kasalliklari o'tkir va qo'zish bosqichida.
6. Kelib chiqishi har qanday kaxeksiya.
7. Xavfli o'smalar.
8. Statsionar davolanishni, shu jumladan jarrohlik aralashuvini talab qiladigan barcha kasalliklar va holatlar; bemorlar mustaqil harakatlanish va o'z-o'ziga xizmat ko'rsatishga qodir bo'lmagan barcha kasalliklar doimiy parvarishga muhtoj.
9. Har qanday lokalizatsiyali exinokokk.
10. Tez-tez takrorlanadigan yoki ko'p miqdorda qon ketishi.
11. Barcha muddatlardagi homiladorlik.
12. Silning barcha turlari faol bosqichda.

Qarshi ko'rsatmalar

1. Qon aylanish tizimi kasalliklari: birlamchi yoki qaytalanuvchi revmatik endomiokarditning faol davrida; revmokarditning tez-tez qaytalanuvchi shakli,

miokardit, qon aylanish yetishmovchiligining 1 bosqichidan yuqori bo'lganda; yurak nuqsonlari (mitral qopqoq yetishmovchiligi, mitral qopqoq yetishmovchiligi va chap atrioventrikulyar teshik stenoz, kombinatsiyalangan mitral-aortal nuqson, tug'ma yurak nuqsonlari) qon aylanish yetishmovchiligining 1 bosqichidan yuqori bo'lganda. 1-bosqichdan yuqori qon aylanish yetishmovchiligida yurak ritmi va o'tkazuvchanligining buzilishi bilan yurak, aorta, yirik tomirlar anevrizmasi.

- Mitral komissurotomiyadan keyingi holat RA bosqichidan yuqorida qon aylanishi yetishmovchiligida revmatik jarayon faolligi belgilari bilan.
- Gipertoniya kasalligi 2B bosqichi va undan yuqori 1 bosqichdan yuqori qon aylanish yetishmovchiligida tez-tez inqirozlar bilan.
- Yurak ishemik kasalligi, koronar arteriyalar aterosklerozi, 1-bosqichdan yuqori qon aylanish yetishmovchiligida tez-tez zo'riqish va tinchlik stenokardiyasi xurujlari bilan. Yurak ishemik kasalligi, aterosklerotik kardioskleroz kamdan-kam uchraydigan og'ir bo'lmagan stenokardiya xurujlari bilan yoki ularsiz, yurak ritmining buzilishi bilan, qon aylanishining yetishmovchiligi 1-bosqichdan yuqori.
- Yurak ishemik kasalligi bo'yicha jarrohlik davolashdan keyingi holat, shuningdek, magistral arteriyalarni 1 yilgacha bo'lgan muddatga shuntlashdan keyingi holat.
- 1 yilgacha bo'lgan miokard infarktidan keyingi kardioskleroz.
- Kardioskleroz, shu jumladan infarktdan keyingi zo'riqish stenokardiyasi, og'ir ritm va o'tkazuvchanlik buzilishlari, yondosh arterial gipertenziya, 1 yildan ortiq qon aylanish yetishmovchiligi bilan.
- Obliteratsiyalovchi trombangiit (endarteriit, generalizatsiyaga moyillik, zo'rayish yoki ko'chib yuruvchi tromboflebit, turg'un vazomotor buzilishlar va yangi yaralar, gangrenalar mavjudligi bilan kechadi.
- Septik tromboflebit oqibatlari.
- Tromboembolik kasallik.

2. Nafas olish a'zolari kasalliklari: pnevmoskleroz, o'pka emfizemasi, surunkali pnevmoniya, surunkali diffuz bronxitlar, 2-bosqichdan yuqori o'pka-yurak yetishmovchiligi bilan kechadigan pnevmokoniozlar; tez-tez takrorlanadigan og'ir xurujlar bilan bronxial astma, shuningdek, gormonal terapiya fonida o'rtacha

og'irlikdagi xurujlar: bemorlarning keskin ozishi, yuqori haroratda ko'p miqdorda yiringli balg'am ajralishi bilan kechadigan bronxoektaziya va surunkali abscesslar, 1B bosqichdan yuqori yurak-o'pka yetishmovchiligi; spontan pnevmotoraks; traxeobronxial oqmalar mavjud bo'lganda o'pkada operatsiyadan keyingi holat; yiringli jarayonlar bo'yicha samarasiz operatsiyadan keyin; massiv plevral suyuqlikda.

3. Asab tizimi kasalliklari: vegetativ-qon tomir reaksiyalarining o'zgaruvchanligi bilan asab tizimining keskin qo'zg'aluvchanligi, 2-bosqichdan yuqori yoki 1-2-bosqichli serebral ateroskleroz, miyada qon aylanishining tez-tez buzilish xurujlariga moyillik.

4. Quloq, tomoq, burun kasalliklari: o'tkir yiringli jarayonlar bilan asoratlangan o'tkir va keskin qo'zish bosqichidagi barcha quloq, tomoq, burun kasalliklari.

5. Qon tizimi kasalliklari va surunkali intoksikatsiyalar: qon tizimining barcha kasalliklari va surunkali intoksikatsiyalar o'tkir va qo'zish bosqichida.

6. Moddalar almashinuvi va endokrin tizimi kasalliklari: endokrin semizlikning barcha shakllari va qon aylanishi yetishmovchiligining 2A bosqichidan yuqori bo'lgan 1U darajali alimentar semizlik; sezilarli darajada ozg'inlik, atsidoz, prekomatoz holat belgilari, tez-tez glikemik holatlar bilan asoratlangan qandli diabet.

7. Siydik-tanosil a'zolari kasalliklari: buyraklarning surunkali kasalliklari (nefroz, glomerulonefrit, nefroskleroz, gidronefroz, polikistoz, pielonefrit) sezilarli buyrak yetishmovchiligi, azot muvozanatining buzilishi, anemiya, shish, yuqori qon bosimi (180 mm.sim.ust. dan yuqori) yoki neyretinit bilan; buyrak amiloidozi uzoq bosqichlarda, shish va azotemiya bilan; har qanday kelib chiqadigan makroskopik gematuriya.

- Jarrohlik yo'li bilan olib tashlashni talab qiladigan toshlar mavjud bo'lganda yoki toshlarning o'lchami va shakli, shuningdek, siydik passajiga va toshlarning o'z-o'zidan chiqib ketishiga to'sqinlik qiladigan siydik yo'llarining holatida siydik tosh kasalligi; toshlar jarrohlik yoki konservativ yo'l bilan olib tashlangandan keyin 1,5 oygacha bo'lgan muddat.

- Barcha urologik kasalliklar (sistit, prostatit, vezikulit) o‘tkir bosqichda, o‘tkir yiringli jarayonlar, siydik oqmasi bilan asoratlangan qo‘zish bosqichlarida;

8. Ovqat hazm qilish a‘zolari kasalliklari: tez-tez qusish, ich ketishi, qon ketishi, keskin og‘riqlar, ovqatlanishning sezilarli buzilishi, holdan toyish bilan kechuvchi oshqozon yoki ichakning surunkali kasalliklari.

Oshqozon-ichak trakti bo‘ylab ovqat massasining erkin o‘tishiga to‘sqinlik qiladigan oshqozon va ichakning motor-evakuator funksiyasining keskin buzilishi bilan kechuvchi kasalliklar (qizilo‘ngach, pilorus, ichakning torayishi; oshqozonning keskin tushishi yoki cho‘zilishi; qorin bo‘shlig‘idagi bitishmalar).

- Qattiq, astral, gipertrofik gastritlar (Menestrele kasalligi), oshqozon poliplari.
- Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligi, asoratlangan.
- Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakning kompensatsiyalangan stenoz, o‘tgan 8-10 oy davomida qon ketishi, yaraning penetratsiyasi bilan asoratlangan yara kasalligi.
- Oshqozon, o‘t pufagi yoki o‘t yo‘llarida, ichakda 3-4 oygacha bo‘lgan operatsiyadan keyingi holat.
- Operatsiyadan keyingi asoratlari (operatsiyadan keyingi bitmaydigan chandiq, oqmalar, yaqinlashtiruvchi qovuzloq sindromi, demping sindromi va gipoglikemik sindromning og‘ir darajasi, oshqozon cho‘ltog‘i atoniyasi, och ichakning peptik yarasi, rezeksiyadan keyingi gastrit yoki ovqat hazm qilish tizimining boshqa a‘zolarining kuchayishi, postvagotomik diareyaning og‘ir shakli).
- Surunkali gepatit, xolesistit, angioxolit, turli etiologiyali pankreatit tez-tez qo‘zg‘alishga moyilligi, pankreatik yo‘l o‘tkazuvchanligining buzilishi.
- Sariqlikning barcha shakllari; jigar sirrozi
- Virusli gepatit, cho‘ziluvchan shakllari; qoldiq belgilar kuchli og‘riq sindromi bilan, jigar kattalashishi bilan, taloq kattalashishi bilan, funksional jigar sinamallari buzilishi bilan, umumiy asteniya bilan.

- O‘t yo‘llarining tiqilib qolishi va o‘t yo‘llarida o‘tkir yiringli jarayon bo‘lib, jarrohlik aralashuvini talab qiladi.
- Jigar sanchig‘ining tez-tez va og‘ir xurujlari yoki faol infeksiya (tana haroratining ko‘tarilishi, neytrofilez va boshqalar) bilan o‘t-tosh kasalligi.
- Surunkali dizenteriya, nospesifik yarali kolitlar, to‘g‘ri yoki sigmasimon ichakda keng eroziv jarayon bilan kechuvchi surunkali kolit, qonayotgan bavirusil, ichak polipi yoki polipozi.
- Surunkali yallig‘lanish negizida rivojlangan qorin bo‘shlig‘idagi yallig‘lanish jarayonlarining asoratlari (perivisseritlar), qorin bo‘shlig‘idagi jarrohlik amaliyotlari va jarohatlardan so‘ng, yiringli jarayonlar bilan asoratlangan va so‘nmas zo‘rayish fazasidagi shakllari.

**«YURAK KLAPAN KASALLIKLARI» NOZOLOGIYASINING
PROFILAKTIKASI VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

DISPANSERIZATSIYA, PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA

O'tkir revmatik isitma (O'RI) va surunkali revmatik yurak kasalligi (SYuRK) ichki kasalliklar guruhiga kirib, ularni davolash va oldini olishda sezilarli yutuqlarga erishilgan. Bu XX asrning ikkinchi yarmida O'RK va SQBS bilan kasallanish va ular bilan bog'liq o'limning kamayishiga, bemorlarning umr ko'rish davomiyligining oshishiga olib keldi. Kasallanishning pasayishi turmush darajasining oshishi, tibbiy-profilaktik chora-tadbirlar sifatining yaxshilanishi bilan chambarchas bog'liq edi. Biroq, O'zbekiston respublikasi Sog'liqni saqlash va ijtimoiy rivojlanish vazirligining 2007 yildagi statistik hisobotiga ko'ra, SQBS va revmatik yurak nuqsonlarining (RYuN) tarqalishi yuqori bo'lib qolmoqda va 1000 aholiga mos ravishda 2,09 va 1,66 ni tashkil qiladi. Binobarin, SQRS va RYuN bilan og'rikan bemorlarni adekvat va sifatli dispanser kuzatuvining ham umumiy tibbiy, ham ijtimoiy ahamiyati saqlanib qolmoqda.

SRS va RYuN bilan og'rikan bemorlarni dispanserizatsiya qilishning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- zarur qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish bilan muntazam tibbiy ko'rikdan o'tish;
- O'RI takroriy xurujlarining ikkilamchi profilaktikasi;
- infeksiyon endokardit profilaktikasi;
- surunkali yurak yetishmovchiligi terapiyasi;
- RYuNni jarrohlik yo'li bilan tuzatish masalalarini (kardiojarrohlar bilan birgalikda) hal qilish;
- tromboembolik asoratlarning oldini olish.

Barcha RPS bilan og'rikan bemorlar kamida har yili tekshiruvdan o'tishlari kerak. O'rtacha klapan regurgitatsiyasi mavjud bo'lsa, ExoKG har yili o'tkaziladi. Yaqqol ifodalangan klapan regurgitatsiyasi bo'lgan bemorlarda shifokor ko'rigi va ExoKG har 6 oyda o'tkaziladi. Yurak urishiga shikoyatlar paydo bo'lganda yurak ritmi buzilishlarini tashxislash uchun Xolter monitoringi o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

Ikkilamchi profilaktika O'RI o'tkazgan shaxslarda takroriy xurujlar va kasallik rivojlanishining oldini olishga qaratilgan bo'lib, uzoq muddatli ta'sirga ega bo'lgan penitsillinni (benzatin benzilpenitsillin) yil davomida muntazam ravishda yuborishni nazarda tutadi. Preparat tana vazni < 27 kg bo'lgan bolalarga 600 000 TB dan 3 haftada 1 marta, tana vazni > 27 kg bo'lgan bolalarga 1 200 000 TB dan 3 haftada 1 marta, o'smirlar va kattalarga 2 400 000 TB dan 3 haftada 1 marta chuqur mushak orasiga yuboriladi. Ikkilamchi profilaktikaning davomiyligi (uni shifoxonadayoq boshlash kerak) har bir bemor uchun individual tarzda belgilanadi va JSST tavsiyalariga muvofiq [1] O'RI takroriy xurujlarining xavf omillari mavjudligi bilan belgilanadi. Ushbu omillarga quyidagilar kiradi: bemorning yoshi; SQRS mavjudligi; O'RKning birinchi xurujidan boshlab o'tgan vaqt; oldingi xurujlar soni; oiladagi zichlik omili; O'RK/SQRS bilan og'irlashgan oilaviy anamnez; bemorning ijtimoiy-iqtisodiy va ta'lim holati; mintaqada streptokokk infeksiyasi xavfi; bemorning kasbi va ish joyi (maktab o'qituvchilari, shifokorlar, zichlik sharoitida ishlaydigan shaxslar). Qoida tariqasida, ikkilamchi profilaktikaning davomiyligi quyidagicha bo'lishi kerak: a) karditsiz O'RI (artrit, xoreya) o'tkazgan shaxslar uchun - oxirgi xurujdan keyin kamida 5 yil yoki 18 yoshgacha ("qaysi biri uzoqroq" tamoyili bo'yicha); b) yurak nuqsoni shakllanmagan holda davolangan kardit holatlarida - oxirgi xurujdan keyin kamida 10 yil yoki 25 yoshgacha ("qaysi biri uzoqroq" tamoyili bo'yicha); v) yurak nuqsoni bo'lgan bemorlar uchun (shu jumladan operatsiyadan keyin) - umrbod.

Benzatin benzilpenitsillinning eng samarali dori shakli ekstensillin hisoblanadi. Rossiya Fanlar akademiyasi Revmatologiya instituti va Davlat antibiotiklar ilmiy markazida o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ekstensillin asosiy parametr - bemorlarning qon zardobida benzilpenitsillinning adekvat streptokokkga qarshi konsentratsiyasini saqlash davomiyligi bo'yicha bitsillin-5 ga nisbatan aniq farmakokinetik afzalliklarga ega [2]. Mahalliy preparatlardan bitsillin-1 tavsiya etiladi, u yuqorida ko'rsatilgan dozalarda 7 kunda 1 marta buyuriladi.

Hozirgi vaqtda bitsillin-5 preparati (1 200 000 TB benzatin benzilpenitsillin va 300 000 TB benzilpenitsillinning novokainli tuzi aralashmasi) profilaktik preparatlarga qo'yiladigan farmakokinetik talablarga javob bermaydi va O'RIning to'laqonli

ikkilamchi profilaktikasini o'tkazish uchun maqbul emas deb hisoblanadi. Anamnezida O'RI bo'lgan va β -laktam antibiotiklarini ko'tara olmaydigan bemorlarda eritromitsinni keng qo'llash amaliyoti bugungi kunda BGSAning makrolidlariga chidamliligi ortib borayotgani sababli qayta ko'rib chiqilishi kerak. Ushbu toifadagi bemorlarda BGSA-tonzillit/faringitning har bir holatini o'z vaqtida makrolidlar bilan davolash muqobil variant bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Infekcion endokardit (IE) profilaktikasi. Yevropa kardiologiya jamiyati tavsiyalariga muvofiq [3] RPS bilan og'rikan barcha bemorlar IE rivojlanish xavfi guruhlariga kiradi (3-jadval). 1-jadvalga qarang), ularda IE potensial qo'zg'atuvchilari keltirib chiqaradigan bakteriemiya olib keladigan ma'lum aralashuvlarda antibiotikoprofilaktika o'tkaziladi (1-jadval). 2). 2-jadvalda. 3-jadvalda turli klinik vaziyatlarda antibiotiklar profilaktikasi bo'yicha tavsiyalar keltirilgan. Og'iz bo'shlig'i, nafas yo'llari va qizilo'ngachdagi manipulyatsiyalardan keyin rivojlanadigan IEning eng keng tarqalgan sababi Str. viridans hisoblanadi. Streptokokkli IE profilaktikasining tavsiya etilgan standart sxemasi - amoksitsillinni bir marta qabul qilish (2 g og'iz orqali), u biosamaradorligi bo'yicha ampitsillin va fenoksimetilpenitsillindan ustun turadi. Bunda amoksitsillinning zardobdagi konsentratsiyasi, ko'pchilik streptokokklar uchun KMIQ dan bir necha barobar yuqori bo'lib, kamida 6 soat davomida ushlab turiladi va preparatni qayta qo'llash talab etilmaydi. Qulay farmakokinetik xususiyatlarga (yuqori biosinguvchanlik, qonda ta'sir qiluvchi modda konsentratsiyasining bir tekis ortishi), ichak mikroflorasiga minimal ta'sir ko'rsatish xususiyatiga ega bo'lgan, dispeptik buzilishlar kamroq kuzatiladigan, sochiluvchan dori shakli - Solyutab (Flemoxin Solyutab, "Astellas Farma") tarkibida amoksitsillinning mavjudligi shubhasiz afzalliklarga kiradi. Ushbu dori shaklini qo'llashning qulayligi (butunlay yutib yuborish, chaynash yoki oldindan suvda eritish) ham muhim ahamiyatga ega bo'lib, bu bemorlarning belgilangan sxemani bajarish aniqligini oshiradi. Shuni ta'kidlash kerakki, revmatik isitmaning takroriy hujumlarini oldini olish uchun buyurilgan antibiotiklarni qabul qilish sxemasi IEning oldini olish uchun tavsiya etilgan sxemaga mos kelmaydi. Bunday vaziyatlarda IE profilaktikasi uchun makrolidlar (azitromitsin, klaritromitsin) yoki klindamitsin tayinlash tavsiya etiladi.

O'RI va SQRS bilan og'riqan bemorlarda surunkali yurak yetishmovchiligini (SYuE) davolashga yondashuvlar bir qator xususiyatlarga ega. Xususan, o'tkir valvulit tufayli yurak dekompensatsiyasi rivojlangan hollarda (odatda, bu faqat bolalik davrida uchraydi) kardiotonik dori vositalarini qo'llash maqsadga muvofiq emas, chunki prednizolonning yuqori dozalari (kuniga 40-60 mg) qo'llanilganda aniq terapevtik ta'sirga erishish mumkin. Shu bilan birga, karditning aniq belgilari bo'lmagan SRS va SYuE bilan og'riqan bemorlarda zo'rayib boruvchi miokardiodistrofiyaning kuchayishi tufayli glyukokortikoidlarni (GK) buyurish o'zini oqlamaydi. SRS fonida kardit bilan og'riqan bemorlarda SYuE terapiyasi uchun dori vositalarini tanlashda ularning yallig'lanishga qarshi dori vositalari bilan o'zaro ta'sirini hisobga olish kerak.

O'RK va SQRS bilan og'riqan bemorlarda SYuEni davolash uchun qo'llaniladigan dori vositalarining asosiy guruhlarini:

- diuretiklar: qovuzloqli - furosemid; tiazidli va tiazidga o'xshash - gidroxlortiazid, indapamid; kaliy saqlovchi - spironolakton, triamteren;
- uzoq ta'sir etuvchi digidropiridinlar guruhidan kalsiy kanallari blokatorlari (amlodipin);
- β -adrenoblokatorlar (karvedilol, metoprolol, bisoprolol);
- yurak glikozidlari (digoksin).

Ushbu preparatlarning dozalari va qo'llash sxemalari boshqa etiologiyali SYuEni davolashdagiga o'xshash. So'nggi paytlarda SRS bilan og'riqan bemorlarda SYuEni kompleks davolashda tolerantlik rivojlanishi tufayli nitratlar sezilarli darajada kamroq qo'llanilmoqda. Bu preparatlar ham ushbu toifadagi bemorlarda kasallik prognozini yomonlashtiradi. SQBS fonida kardit bilan og'riqan bemorlarda angiotenzinga aylantiruvchi ferment (AAF) ingibitorlarini qo'llashning maqsadga muvofiqligi masalasi yanada chuqurroq o'rganishni talab qiladi. Ma'lumki, SYuEda APF ingibitorlarining bir qator ta'sirlari prostaglandinlar sintezini faollashtirish va tomir kengaytiruvchi faollikka ega bo'lgan bradikinin parchalanishini bostirish orqali amalga oshiriladi. Shu bilan birga, nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (NYaQD), xususan, O'RKning takroriy hujumlarida tanlov preparati bo'lgan diklofenakning asosiy ta'sir

mexanizmi prostaglandinlar sintezini ingibirlash bilan bog‘liq. Binobarin, YaQNDV va APF ingibitorlarini birgalikda buyurish ikkinchisining vazodilatatsiyalovchi ta‘sirining susayishiga olib kelishi mumkin.

RYuNni jarrohlik yo‘li bilan davolashga ko‘rsatmalar (Amerika kardiologlar kollegiyasi va Amerika kardiologiya assotsiatsiyasining so‘nggi tavsiyalariga muvofiq [4]) zararlangan klapan morfologiyasi, klapan stenoz yoki regurgitatsiyasining og‘irligi, tromboembolik asoratlar ehtimoli, chap qorinchaning sistolik funksiyasi va SYuE belgilarining mavjudligini hisobga olgan holda belgilanadi.

Odatda, mitral stenozni (MS) jarrohlik yo‘li bilan davolash uchun ballonli mitral valvuloplastika (TLBVP) qo‘llaniladi. Bundan tashqari, mitral komissurotomiya va mitral klapani protezlash (MK) qo‘llaniladi.

TLBVP o‘tkazish uchun ko‘rsatmalar:

- nuqsonning dekompensatsiyasi (NYHA II, III yoki IV FS* bo‘yicha SYuE) o‘rtacha yoki og‘ir stenoz va MKning tegishli morfologiyasi, chap bo‘lmachada trombnig yo‘qligi va yondosh o‘rtacha yoki og‘ir mitral regurgitatsiya (MR);

- SYuE III - IV FS, kalsinatsiyalangan qattiq klapan tavaqalari bilan o‘rtacha yoki yaqqol ifodalangan MS, shuningdek boshqa jarrohlik davolashga qarshi ko‘rsatmalar yoki uning yuqori xavfi.

Mitral komissurotomiya yoki MKni protezlash uchun ko‘rsatmalar:

- SYuE III - IV FS o‘rta og‘ir yoki og‘ir MSda, qachonki:
- TLBVPni bajarish mumkin bo‘lmasa; Antikoagulyant terapiyasiga qaramay yoki yondosh o‘rtacha og‘irlikdagi yoki og‘ir MR bilan bog‘liq bo‘lgan ChQdagi tromb tufayli TLBVPni qo‘llash mumkin emas; klapan morfologiyasi TLBVP uchun mos emas;
- o‘rtacha yoki og‘ir MS va unga hamroh bo‘lgan o‘rtacha yoki og‘ir MR (agar plastika qilish imkoni bo‘lmasa, MKni protezlash ko‘rsatilgan);

- o'pka gipertenziyasi bilan og'ir MS (o'pka arteriyasida sistolik bosim >60 mm.sim.ust.), SYuE I-II FS simptomlari, MKni protezlash maqsadga muvofiq (agar TLBVP yoki komissurotomiya o'tkazish ko'zda tutilmagan bo'lsa).

MRda jarrohlik aralashuviga ko'rsatmalar:

- ChQ og'ir disfunktsiyasi bo'lmaganda SYuE II-IV FS simptomlari bilan kechadigan og'ir MR (otilish fraksiyasi 55 mm;

- SYuE belgilari bo'lmaganda og'ir MR, lekin ChQ yengil yoki o'rtacha disfunktsiyasi (qon otib berish fraksiyasi 30 dan 60% gacha) va/yoki oxirgi diastolik o'lcham ≥ 40 mm. Og'ir MR bilan og'irigan bemorlarning ko'pchiligida rekonstruktiv operatsiya (MK plastikasi) protezlashdan ko'ra afzalroqdir. Shu bilan birga, bemorlarni MKda rekonstruktiv operatsiyalar tajribasiga ega bo'lgan kardiojarrohlik markazlariga yuborish kerak.

Ishemik bo'lmagan MRda tanlov operatsiyasi - yoshidan va koronar shuntlash zarurligidan qat'i nazar, MK plastikasi, ya'ni revmatik MR va yondosh YuIK bo'lgan keksa bemorga chap qorincha funksiyasi saqlangan holda protezlash emas, balki aynan plastika ko'rsatilgan. 60 yoshdan oshgan shaxslarda protezlash bilan taqqoslaganda MK plastikasidan keyin jarrohlik o'limining kamligi va 15 yillik kuzatuvda yaxshi yashovchanlik qayd etildi.

Aorta stenozini (AS) jarrohlik yo'li bilan davolashga ko'rsatmalar:

- og'ir ASda klinik simptomlarning paydo bo'lishi (stenokardiya, hushdan ketish, hansirash);

- og'ir ASda rejalashtirilgan koronar shuntlash;

- og'ir ASda aorta yoki boshqa klapanlarda rejalashtirilgan aralashuv;

- ChQ diastolik disfunktsiyasi bilan birgalikda og'ir AS (FV $>50\%$);

- agar koronar shuntlash, aorta yoki yurakning boshqa klapanlarida aralashuv rejalashtirilgan bo'lsa, o'rtacha AS. Aorta regurgitatsiyasida (AR) jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar:

- ChQ sistolik funksiyasidan qat'i nazar, og'ir AR bilan og'riqan bemorlarda dekompensatsiya belgilari;

- surunkali og'ir AR va ChQ sistolik disfunktsiyasi (FV75 mm, yakuniy sistolik o'lcham >55 mm).

Tromboembolik asoratlarning oldini olish. RYuNning jiddiy asoratlaridan biri tromboemboliyalar bo'lib, ko'pincha o'limga olib keladi. Ma'lumki, tizimli emboliyalar 10-20% hollarda MS kechishini murakkablashtirishi mumkin. Emboliyalar paydo bo'lish xavfi odamning yoshi ulg'aygan sari va bo'lmachalar fibrillyatsiyasi bo'lganida ortib boradi. MSli bemorlarda bilvosita antikoagulyantlarning randomizatsiyalangan tadqiqotlari o'tkazilmagan. Biroq, retrospektiv tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, MS bilan og'riqan bemorlarda bilvosita antikoagulyantlarni buyurish tromboemboliyalar chastotasini 4-15 baravar kamaytiradi. MSda bilvosita antikoagulyantlarni tayinlashga ko'rsatmalar (XNMning maqsadli darajasi 2,0-3,0):

- bo'lmachalar fibrillyatsiyasi (paroksizmal, persistirlovchi yoki doimiy shakli);
- hatto sinus ritmi saqlangan bo'lsa ham, anamnezda tromboembolik hodisalar;
- ChBda tromb mavjudligi;
- ifodalangan MS, ExoKG ma'lumotlariga ko'ra ChBning kattalashishi (≥ 55 mm);
- ifodalangan MS, ChB kengayishi va ExoKGda spontan exokonstrast.

MR bilan og'riqan bemorlarda antikoagulyant terapiyani tayinlashga ko'rsatmalar (XMN ning maqsadli darajasi 2,0-3,0):

- doimiy yoki paroksizmal bo'lmachalar fibrillyatsiyasi;
- anamnezda tizimli emboliyalar mavjudligi;

- ChBda tromb;
- MK plastikasidan keyingi dastlabki 3 oyda.

Mexanik qopqoqli protezning mavjudligi umrbod antikoagulyant terapiya uchun ko'rsatma hisoblanadi. Bioprotez qo'yilgan bemorlarda antikoagulyantlar bilan davolash kamida 3 oy davomida, asoratlovchi omillar (bo'lmachalar fibrillyatsiyasi, anamnezda tromboemboliyalar, giperkoagulyatsiya, ChQ yaqqol disfunktsiyasi, OF < 30%) mavjud bo'lganda esa - umrbod o'tkaziladi. XMNning optimal qiymati protezning trombogenligi va bemordagi xavf omillarini hisobga olgan holda aniqlanadi.

Xalqaro tavsiyalarga muvofiq, K vitaminining antikoagulyant-antagonistlari guruhidan tanlov preparati Varfarin bo'lib, uning samaradorligi ko'plab klinik tadqiqotlarda isbotlangan.

RPS bilan og'rikan bemorlarda antiagregantlarni buyurish uchun asosiy ko'rsatmalar (atsetilsalitsil kislotasi kuniga 50-150 mg dozada qo'llaniladi):

- antikoagulyantlarni qabul qilish fonida mitral yurak nuqsonlari va bo'lmachalar fibrillyatsiyasi bo'lgan bemorlarda embolik asoratlarning rivojlanishi yoki ChB trombinning shakllanishi;
- tizimli emboliya, ishemik insult yoki miyada qon aylanishining vaqtinchalik buzilishi rivojlanganda mitral nuqsonlari va sinus ritmi bo'lgan bemorlarda mitral halqaning sezilarli kalsinozi; takroriy tromboembolik hodisalar paydo bo'lganda antikoagulyant terapiya buyuriladi;
- antikoagulyantlar bilan davolash fonida mexanik klapanli protezlari bo'lgan bemorlarda tromboemboliya xavf omillarining mavjudligi (bo'lmachalar fibrillyatsiyasi, giperkoagulyatsiya, ChQ OF pastligi, tomirlarning yondosh aterosklerotik shikastlanishi); antiagregantlar keksalarga va anamnezida oshqozon-ichak traktidan qon ketishiga ko'rsatmalari bo'lgan shaxslarga buyurilmaydi;
- antikoagulyantlar bilan davolashda maqsadli MNO fonida mexanik klapanli protezlari bo'lgan bemorlarda tromboemboliyaning rivojlanishi va ularning dozasini oshirishning iloji yo'qligi;

- antikoagulyantlar bilan 3 oylik terapiyadan so'ng mitral pozitsiyadagi biologik protezlar va sinus ritmi bo'lgan bemorlarda tromboemboliya uchun xavf omillarining yo'qligi (yuqoriga qarang).

Yurak klapanlari nuqsonlari bilan bog'liq patologik holatlarning asosiy profilaktikasi klapan nuqsonlari rivojlanishiga olib kelishi mumkin bo'lgan kasalliklarni muntazam ravishda tekshirish va davolashdan iborat. Yurak porogida kuchli jismoniy zo'riqishlardan va ayniqsa, professional sport bilan shug'ullanishdan saqlanish tavsiya etiladi. Orttirilgan yurak nuqsonlarining oldini olish klapanlar shikastlanishiga olib kelishi mumkin bo'lgan asosiy kasallikni davolash, shuningdek, parhezga rioya qilish va turmush tarzini to'g'rilash, masalan, sho'r, achchiq va yog'li ovqatlardan voz kechish, chekish va spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, shuningdek, faol turmush tarzini olib borish, yuqumli kasalliklarni nazorat qilish va har yili kardiolog nazoratida bo'lishni o'z ichiga oladi. Tug'ma yurak nuqsonlari xavfini kamaytirish uchun homiladorlik davrida ayollar va homilani diqqat bilan kuzatish, qizilcha va sitomegalovirus kabi virusli infeksiyalarning oldini olish tavsiya etiladi.

Orttirilgan yurak nuqsonlari rivojlanish xavfini kamaytirishga quyidagilar yordam beradi:

- infeksiyaning yurakka tarqalishi yoki patologiyaning surunkali kechishining oldini olish uchun yuqumli kasalliklarni o'z vaqtida davolash;
- autoimmun kasalliklar va moddalar almashinuvi patologiyasini adekvat davolash, ularning turg'un remissiyasiga erishish;
- ratsional, muvozanatli ovqatlanish;
- stresslarni minimallashtirish;
- yetarlicha uxlash;
- faol turmush tarzi, kamida piyoda yurish hajmidagi kundalik jismoniy faollik;
- zararli odatlardan voz kechish (chekish, spirtli ichimliklar ichish, giyohvand moddalarni iste'mol qilish). <https://www.cardio.by/files/299/136-1005.pdf>

Reabilitatsiya

Klapan nuqsonini davolash bo'yicha jarrohlik aralashuvini boshdan kechirgan bemorlar o'z va/yoki sun'iy klapanlarning ishlashini, yurak faoliyati sifatini nazorat qilish va yuzaga keladigan buzilishlarni o'z vaqtida tuzatish uchun kardiolog, kardiojarroh tomonidan diqqat bilan dinamik kuzatuvga muhtoj. Shuningdek, bemorlarga birinchi navbatda aktokoagulyantlar, zarur bo'lganda dorilar va boshqa guruhlarini o'z ichiga olgan qo'llab-quvvatlovchi davolash buyuriladi. <https://www.smclinic.ru/diseases/porok-serdtsa/>

1. Yurak klapan nuqsonlarini jarrohlik yo'li bilan davolashdan keyingi holat:

- yurakning surunkali revmatik kasalligi;
- yurak klapanlarining tug'ma nuqsonlari;
- yurak klapanlari tavaqalarining miksomatoz degeneratsiyasi;
- yurak klapanlarining fibrozlovchi aterosklerozi.

2. Qo'shma koronar shuntlash va yurak klapan nuqsonlarini tuzatish operatsiyasidan keyingi holat.

ZARUR USKUNALAR VA MATERIALLAR RO'YXATI

- elektrokardiograf;
- arterial bosimni (AB) o'lchash uchun apparat;
- veloergometr; - sekundomer;
- exokardiograf;
- shaxsiy kompyuter;
- defibrillyator;

- kushetka;

- steril shprislar -2, 5, 10 i 20 ml xajmli;

- shoshilinch yordam ko'rsatish uchun dori-darmonlar to'plami: nitroglitserin 0,5 mg tabletkalari, fentanil 0,0005%, droperidol 0,25% eritmalari, atropin 0,1%, lidokain gidroxlorid 10%, novokainamid 10%, obzidan 0,1%, kalsiy xlorid 10%, mezaton 1%, strofantin 0,25%, furosemid 1%, eufillin 2,4%, gidrokortizon yoki prednizolon, natriy xlorid 0,9%, natriy bikarbonat 4%, glyukoza 5% steril eritmalari.

3. YURAK KLAPAN NUQSONLARINI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLAGANDAN SO'NG BEMORLARNI REABILITATSIYA QILISH USULI

3.1 Tavsiya etilgan tekshirish usullarining tavsifi

- elektrokardiografiya;

- yurakning ultratovush tekshiruvi;

- EKG Xolter monitoringi;

- 6 daqiqalik yurish testi;

- veloergometrik sinov (operatsiyadan oldin; operatsiyadan keyin: asoratlar bo'lmaganda operatsiyadan keyin kamida 10-15 kun o'tgach va asoratlar mavjud bo'lganda 15-20 kun o'tgach).

6 daqiqalik yurish bilan test o'tkazish metodikasi

1 metrga ajratilgan yo'lak bo'ylab bemor uchun maqbul bo'lgan tez sur'atda maksimal masofani 6 daqiqada bosib o'tish tavsiya etiladi. Agar bemor dam olish uchun to'xtagan bo'lsa, bu vaqt umumiy hisobga kiritiladi.

Veloergometrik sinamani o'tkazish metodikasi

Veloergometrik sinama (VES) stabil holatdagi bemorlarda IIa darajadan yuqori qon aylanish yetishmovchiligi (Strajesko-Vasilenko tasnifi), politop va/yoki guruhli ekstrasistoliya, I darajadan yuqori turg'un atrioventrikulyar blokada, yurak anevrizmasi (I darajadan yuqori qon aylanish yetishmovchiligi mavjud bo'lganda), dekompensatsiyalangan qandli diabet, isitma holatlari, operatsiyadan keyingi davrda to'sh suyagi va/yoki shunt uchun material olish joylarida yiringli asoratlarni bo'lganda o'tkaziladi.

Jismoniy yuklamani dozalash usuli (JYu) - uzluksiz, bosqichma-bosqich o'sib boruvchi, 25 Vt quvvatdan boshlab; har bir bosqichning davomiyligi - 3 daqiqa, yuklama tadqiqotlarini to'xtatishning umumiy qabul qilingan mezonlari paydo bo'lgunga qadar.

3.2. Medikamentoz terapiyani tayinlashning asosiy tamoyillari

Yurak klapan nuqsonlarini jarrohlik yo'li bilan tuzatgandan so'ng bemorlarni dori-darmonlar bilan davolash quyidagi vazifalarni hal qilishga qaratilgan:

- revmatizm va infeksion endokardit (shu jumladan protezli endokardit) profilaktikasi;
- yurak va koronar yetishmovchilikni davolash;
- yurak ritmi buzilishlarini davolash;
- tromboembolik asoratlarning oldini olish;
- operatsiyadan keyingi o'ziga xos asoratlarni davolash.

3.3. Jismoniy rehabilitatsiyaning asosiy yondashuvlari

Rehabilitatsiyaning jismoniy jihati quyidagilarga qaratilgan: organizmning optimal funksional qobiliyatini tiklash, kompensator mexanizmlarni safarbar qilish, jarrohlik aralashuvi oqibatlarini bartaraf etish, kasallikning rivojlanishini sekinlashtirish.

Rehabilitatsiyaning jismoniy jihati operatsiya qilingan bemorlarni o'z vaqtida va yetarli darajada faollashtirish, davolash gimnastikasi (LG), davolash massaji,

dozalangan yurish, kichik mushak guruhlari (KMG) va velotrenajerda (VT) jismoniy mashqlarni erta tayinlash bilan ta'minlanadi.

Jismoniy reabilitatsiya tadbirlarini tayinlash muddatlari va hajmini aniqlash operatsiyadan keyingi erta davrda (7-10 kun) og'irlik sinfiga va operatsiyadan keyingi kechki davrda (15-18 kun) jismoniy zo'riqishga chidamlilikka qarab tabaqalashtirilgan holda amalga oshiriladi.

Yurak nuqsonlarini jarrohlik yo'li bilan davolashdan keyin bemorlarning og'irlik darajasi o'tkazilgan operatsiyaning xavf darajasi (Evropa EuroSCORE tizimi bo'yicha), operatsiyadan keyingi erta davrda asoratlarning mavjudligi va tabiati, operatsiyadan keyin yurak yetishmovchiligining (YuE) (NYHA bo'yicha FC) og'irlik darajasi va jismoniy zo'riqishni (JZ) ko'tara olishi (6-5 daqiqalik yurish testi ma'lumotlariga ko'ra), miokard disfunktsiyasining og'irlik darajasi, o'pka gipertenziyasi va operatsiyadan keyingi davrda koronar yetishmovchilikning mavjudligi bilan belgilanadi.

Orttirilgan yurak nuqsonlarini jarrohlik yo'li bilan davolashdan keyin bemorlar ahvolidagi og'irlik sinflari tavsifi

Orttirilgan yurak nuqsonlarini jarrohlik yo'li bilan davolashdan keyin bemorlar ahvolidagi og'irlik darajasini aniqlash operatsiyadan keyin kamida 7-10 kun o'tgach amalga oshiriladi.

Yurak operatsiyasi xavfi darajasi (Evropa tizimi (EuroSCORE) bo'yicha)	Ball
past xavf (0-2 ball)	1
o'rta xavf (3-5 ball)	2
yuqori xavf (6 balldan yuqori)	3
Operatsiyadan keyingi davr asoratlari	Ball
Birinchi guruh	1

Ikkinchi guruh	2
Uchinchi guruh	3
Operatsiyadan keyingi davrda NYHA bo'yicha SYuE FS	Ball
I-II daraja	1
III daraja	2
IV daraja	3
Operatsiyadan keyingi davrda 6 daqiqalik yurish masofasi	Ball
301-425 m	1
151-300 m	2
150 m dan kam	3
Operatsiyadan keyingi davrda chap qorincha disfunktsiyasi(FV %)	Ball
Engil daraja(35-45)	1
O'rta daraja (25-35)	2
O'rta daraja (< 25)	3
Operatsiyadan keyingi davrda o'pka gipertenziyasi	Ball
Sistolik DLA> 30	1
Sistolik DLA > 50	2
Sistolik DLA > 80 mm Hg	3
Jismoniy yuklamaga chidamlilik (VEP)	Ball

yoki XM EKG ma'lumotlari bo'yicha)	
yuklamaning maksimal quvvati > 75	1
yuklamaning maksimal quvvati > 50	2
yuklamaning maksimal quvvati < 50 Vt	3

I og'irlik darajasi- 0-5 ball

II og'irlik darajasi-6-10 ball

III og'irlik darajasi- 11-15 ball

IV og'irlik darajasi- 16-21 ball

Yurak klapan nuqsonlarini jarrohlik yo'li bilan tuzatishdan keyingi asoratlarning og'irlik darajasi tasnifi

1. Birinchi guruh asoratlari:

a) plevra bo'shlig'iga (300 ml dan ko'p bo'lmagan) va (yoki) perikardga (100 ml dan ko'p bo'lmagan) oz miqdorda suyuqlik ajralishi bilan kardiotorndan keyingi sindrom;

b) bosh miyaning o'tib ketuvchi ishemik xuruji;

v) bir daqiqada 5 tadan ko'p bo'lmagan ekstrasistoliya chastotasi bilan yakka qorincha ekstrasistoliyasi yoki tez-tez, lekin epizod kabi o'tib ketgan;

g) sinusli bradi yoki taxiaritmiya;

d) I darajali atrioventrikulyar blokada;

ye) jarrohlik amaliyotidan oldin kuzatilmagan Gis tutami oyoqchalari blokadasi;

j) operatsiyadan keyingi postgemorragik anemiya.

2. Ikkinchi guruh asoratlari:

a) o'tkir revmatik isitma;

b) operatsiyadan oldingi davrda stenokardiya bo'lmaganda;

v) plevra bo'shlig'iga (300 ml dan ortiq) va/yoki perikardga (100 ml dan ortiq) ko'p miqdorda suyuqlik ajralishi va/yoki eksudatning takroriy to'planishi bilan kechadigan postkardiotom sindrom;

g) bosh miyaning perioperatsion diffuz shikastlanishi, dezorientatsiya yoki intellektning qaytariladigan pasayishi bilan kechganda;

d) operatsiyadan keyingi buyrak disfunktsiyasi (kreatinin darajasi $> 2,0 \text{ mg \%}$ (0,18 mmol/l) yoki kreatinin konsentratsiyasining operatsiyadan oldingi qiymatga nisbatan $0,7 \text{ mg \%}$ (0,06 mmol/l) dan ortiq oshishi);

e) daqiqasiga 5 dan ortiq chastotali yakka qorincha ekstrasistoliyasi va/yoki polimorf va/yoki juft va/yoki $\text{\textit{R T\textit{i}}}$;

j) ritmning paroksizmal buzilishlari, qorincha paroksizmal taxikardiyasi bundan mustasno;

z) I darajadan yuqori bo'lgan atrioventrikulyar blokada;

i) operatsiyagacha bo'lmagan hilpillovchi aritmiya;

k) ritm boshqaruvchisining migratsiyasi.

3. Uchinchi guruh asoratlari:

a) ikki va undan ortiq ikkinchi guruh asoratlarning birga kelishi;

b) to'liq atrioventrikulyar blokada;

v) qorincha paroksizmal taxikardiyasi;

g) operatsiya vaqtidagi miokard infarkti;

d) turli a'zodagi tromboemboliya;

e) operatsiyadan keyingi o'pka shishi;

j) operatsiyadan keyingi endokardit;

z) perioperatsion insult;

i) klinik o‘lim holati;

k) to‘sh suyagining yaqqol diastazi;

l) aorta ichi ballonli kontrpulsatsiyani ulash zarurati bilan o‘tkir yuzaga kelgan yurak disfunksiyasi;

m) chap va/yoki o‘ng qorinchalarni aylanib o‘tishni ulash zarurati bilan o‘tkir yuzaga kelgan yurakning yaqqol ifodalangan disfunksiyasi.

"Kardiologiya" Respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining jarrohlik bo‘limlarida davolanish bosqichida III yoki IV og‘irlik darajasidagi asosiy guruh bemorlarining jismoniy reabilitatsiyasi nafas olish va davolash gimnastikasini (1 va 2-sonli mashqlar majmuasi), davolovchi massajni tayinlashdan iborat. Yurak va qon tomirlardagi rekonstruktiv operatsiyalardan so‘ng bemorlarni reabilitatsiya qilish bo‘limida MR RKB DM reabilitatsiya tadbirlari majmuasiga nafas olish va davolash gimnastikasi (3 va 4-sonli mashqlar majmuasi), davolovchi massaj (ko‘rsatmalar bo‘yicha), kichik mushak guruhlarini mashq qildirish va sur‘at va masofa bo‘yicha dozalangan mashq yurishi kiradi.

Kichik mushak guruhlari mashg‘ulotlarini o‘tkazish metodikasi

Dastlabki holatda stulda yoki krovat chetida o‘tirib, o‘ng va chap qo‘l bilan navbatma-navbat rezina espaderni siqish bajariladi. Yuklamaning boshlang‘ich shiddati - bir daqiqada o‘ng va chap qo‘l bilan espaderni navbatma-navbat 40 marta siqish, bajarish davomiyligi - 10 daqiqa. Ularni yaxshi ko‘targanda, har ikki kunda bir daqiqada 10 ta espaderni siqish mashqlarini bajarish tezligini oshirish orqali intensivlik oshiriladi. Mashg‘ulotning davomiyligi - 10 daqiqa.

Kichik mushak guruhlari jismoniy mashg‘ulotlarining maksimal shiddati minutiga o‘ng va chap qo‘l bilan galma-gal espaderni 100 marta qisishdan oshmaydi.

Dozalangan yurish mashg'ulotlarini o'tkazish metodikasi.

Dozalangan yurishdagi masofaning tavsiya etilgan davomiyligi jismoniy yuklamaga chidamlilik bilan belgilanadi (VEP ma'lumotlariga ko'ra). Yuklamaning maksimal quvvati 50 Vt bo'lganda bemorlarga kuniga 3 km masofani 3-4 qabulda, 50 Vt dan yuqori quvvatda esa 5 km masofani 3-6 qabulda bosib o'tish tavsiya etiladi.

Yurishning individual tezligi (R) har bir muayyan shaxs uchun quyidagi formula bo'yicha aniqlanadi: $P = 0,029X + 0,124Y + 72,212$,

bu yerda X - yuklamaning maksimal quvvati (kgm/min);

Y - yuklama balandligida yurak urish tezligi.

Jismoniy mashg'ulotlarni veloergometrda o'tkazish metodikasi

Har biri 3 daqiqadan davom etadigan tayyorgarlik va yakuniy davrlar TIA ni bajarish davomida erishilgan maksimal yuklamaning 25% ni tashkil etuvchi yuklama quvvatida o'tkaziladi. Asosiy davr 20 daqiqani tashkil etadi, mashg'ulot quvvati maksimal darajada erishilgan. Trenirovka samarasiga trenirovka nagruzkasi quvvatini oshirish hisobiga emas, balki uning ekspozitsiyasi vaqtini uzaytirish hisobiga erishiladi. Mashg'ulotga adekvat reaksiyada (kuchli holsizlik, hansirash, EKG ko'rsatkichlarining yomonlashuvi va boshqalar) har bir keyingi mashg'ulotning davomiyligi 3 daqiqaga uzaytiriladi, asosiy davrning maksimal davomiyligi 30 daqiqani tashkil etadi. Trenirovka ta'sirining maksimal quvvati erishilgan maksimal quvvatning 60% idan oshmaydi.

Nafas olish va davolash gimnastikasi mashg'ulotlari, kichik mushak guruhlarini mashg'ulotlari DJT uslubchisi nazorati ostida amalga oshiriladi. Ularni buyurish muddati va dozlash tartibi davolovchi shifokor tomonidan belgilanadi. Velotrenajerdagi mashg'ulotlarni tayinlash va o'tkazish davolovchi shifokor tomonidan amalga oshiriladi.

Kichik mushak guruhlarining jismoniy mashg'ulotlari har kuni amalga oshiriladi. Velotrenajerlarda mashg'ulotlar haftasiga uch marta, 10 ta davolash gimnastikasi - har

kuni o'tkaziladi, velotrenajerlarda jismoniy mashg'ulotlar o'tkaziladigan kunlar bundan mustasno.

RKB DM tibbiy rehabilitatsiya bo'limidan chiqish vaqtiga kelib, bemorlarga dispanser-poliklinika bosqichi uchun individual jismoniy rehabilitatsiya dasturi tuziladi.

4. MUMKIN BO'LGAN ASORATLAR

Kuzatilmagan.

5. QARSHI KO'RSATMALAR

Quyidagilar faol jismoniy rehabilitatsiya o'tkazishga mutlaq qarshi ko'rsatmalar hisoblanadi:

- 1) operatsiyadan keyingi sezilarli perikardit, plevrit;
- 2) Strajesko-Vasilenko tasnifi bo'yicha IIB-III bosqichdagi yurak yetishmovchiligi;
- 3) sistolik AB 200 mm sim. ust. dan va/yoki diastolik AB 120 mm sim. ust. dan yuqori bo'lgan simptomatik yoki essensial gipertenziya;
- 4) ABning jismoniy yuklamaga noadekvat javobi;
- 5) yurak ritmi buzilishlari (yuqori gradatsiyali ekstrasistoliyalar yoki taxiaritmiyalar, o'tkazuvchanlik buzilishlari (AV blokadalarining II-III darajasi);
- 6) oyoqlar tromboflebiti va turli organ hamda sistemalarning boshqa yallig'lanish kasalliklari;
- 7) operatsiyadan keyingi yaralarning yiringlashi va septik holatlar;
- 8) bosh miya ekstrakranial tomirlari aterosklerozi yoki arteriopatiyasi tranzitor ishemik xurujlar bilan o'tadigan bo'lsa;
- 9) oyoq tomirlari aterosklerozi yoki arteriopatiyasining IIB-III bosqichlari;

10) to'sh suyagining yaqqol diastazi (qo'l va gavda uchun mashqlar majmuasini bajarishga qarshi ko'rsatmalar).

AR: profilaktik chora-tadbirlar

-infeksion endokarditning oldini olish

-revmatik nuqsonda

- RL qaytalanishining oldini olish

- arterial gipertenziyada gipotenziv dorilar bilan davolash talab etiladi, chunki qon bosimining ko'tarilishi regurgitatsiya darajasining oshishiga olib keladi.

-musobaqa sport turlari, og'ir jismoniy yuklamalar taqiqlanadi

**«YURAK KLAPAN KASALLIKLARI» NOZOLOGIYASINING
PALLIATIV DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

Asosiy davolash SYUYE korreksiyasiga qaratilgan.

Yurak nuqsoni rivojlanishining dastlabki bosqichlarida konservativ terapiya maksimal darajada samarali bo‘ladi. Uning yordamida qon bosimi barqarorlashadi, qon aylanishi me‘yorlashadi, yurak mushaklari (miokard) faoliyati yaxshilanadi.

Arterial bosimni pasaytirish va yurak yetishmovchiligining oldini olish uchun shifokor angiotenzinga aylantiruvchi ferment ingibitorlarini buyurishi mumkin. Bu guruh preparatlari qon tomirlarni toraytiruvchi ta‘sir ko‘rsatadigan va qon bosimining ko‘tarilishiga olib keladigan angiotenzin II gormoni ishlab chiqarilishini bloklaydi.

AQB va yurak ritmini normallashtirish uchun beta-blokatorlar - stress gormonlari adrenalin va noradrenalinni yurakka ta‘sir qilishiga yo‘l qo‘ymaydigan preparatlar qo‘llaniladi.

Shuningdek, yurak nuqsonlarini davolashda tromb hosil bo‘lishining oldini olish uchun antikoagulyantlar va suyuqlik miqdorini va aylanayotgan qon hajmini kamaytiradigan diuretiklar qo‘llaniladi. Preparatlarning kombinatsiyasi va dozasini shifokor bemorning klinik ko‘rinishi va holatiga qarab individual ravishda tanlaydi https://www.voronezh.sovamed.ru/zabolevaniya/priobretennyy-porok-serdtsa/?utm_referrer=https%3a%2f%2fwww.google.com%2f

Dori terapiyasi odatda quyidagi guruhlardagi dorilarni o‘z ichiga oladi:

- antigipertenziv vositalar;
- diuretiklar;
- antiaritmiklar;
- yurak glikozidlari;
- kardiometaboliklar, kardioprotektorlar;
- antikoagulyantlar, antiagregantlar;

- antibiotiklar;
- autoimmun tabiatli patologiyada - glyukokortikoidlar va sitostatiklar.
<https://www.gosmed.ru/lechebnaya-deyatelnost/spravochnik-zabolevaniy/zabolevaniya-serdtsa-i-arteriy/zabolevaniya-serdtsa/priobretennye-poroki-serdtsa/>

Orttirilgan yurak nuqsonida dori vositalari yordamida qon aylanishini me'yorlashtirish, uning yetishmovchiligi sabablarini bartaraf etish, shuningdek, miokard holatini yaxshilash va ba'zi asoratlarning oldini olish mumkin.

Orttirilgan yurak nuqsonlarida klapanlar ishining buzilishida qo'llaniladigan asosiy dorilar guruhlari orasida quyidagilar ajralib turadi:

- Qon bosimini pasaytirishi va yurak urishini me'yorlashtirishi mumkin bo'lgan beta-blokatorlar.
- AAF ingibitorlari. Ular arterial gipertenziyani davolashda, shuningdek, orttirilgan yurak nuqsonlarida surunkali yurak yetishmovchiligining oldini olish va davolashda ham qo'llaniladi.
- Mineralokortikoid retseptorlar antagonistlari. Ular siydik haydash xususiyatiga ega bo'lib, organizmdan suyuqlikni chiqarib yuboradi.

Klapan apparati patologiyasining turiga va bemor ahvolidan og'irligiga qarab turli guruh preparatlari va ularning kombinatsiyalari qo'llanilishi mumkin. Aynan shuning uchun terapiya taktikasi har doim har bir holatda farq qiladi.

Klinik manzarada dimlanish hodisalari ustunlik qilsa, u holda siydik haydovchi dorilar faol buyuriladi. Ularni qabul qilish shifokor bilan kelishilgan bo'lishi kerak, chunki nazoratsiz qo'llash noxush oqibatlariga olib kelishi mumkin. Tromb hosil bo'lish xavfi bo'lsa, qon ivishiga ta'sir qiluvchi antikoagulyantlar qo'llanilishi mumkin. Ulardan foydalanish qon xususiyatlarini o'zgartirish, tromblar hosil bo'lishining oldini olish imkonini beradi.

PMK: dori-darmonlar bilan davolash

- beta-blokatorlar (yurak urishi, ko'krak qafasidagi noqulaylik yoki og'riqlarda)
- aspirin 75-325 mg dozada (saqlangan sinus ritmi bilan tranzitor ishemik hujumlarda)
- varfarin (miya qon aylanishi buzilganda, bo'lmachalar fibrillyatsiyasida yoki ChB trombida)
- MNO ni 2,0-3,0 oralig'ida ushlab turish zarur <https://ims.uniklinik-freiburg.de/ru/leksikon-boleznei/kardiologija/poroki-serdechnykh-klapanov.html>

Varfarin terapiyasi: PMK va MA

-Kursatmalar:

- 65 yoshdan kattalar
- yondosh mitral regurgitatsiya
- arterial gipertenziya
- yurak yetishmovchiligi

Boshqa barcha holatlarda aspirin bilan davolash yetarli bo'ladi.

https://www.vidal.ru/drugs/warfarin_28655

AS: medikamentoz terapiya

- Shifoxona sharoitida ChQga tushadigan yuklamani kamaytirish uchun qisqa kurslarda vazodilatatorlar (APF ingibitorlari, prazosin, gidralazin, nitratlar) buyurish mumkin.
- bo'lmacha va qorincha ritmining buzilishi
- elektr kardioversiya bilan bir qatorda III sinf antiaritmik dori vositalaridan (amiodaron) foydalanish ko'rsatilgan. <https://www.gosmed.ru/lechebnaya->

deyatelnost/spravochnik-zabolevaniy/zabolevaniya-serdtsa-i-arteriy/zabolevaniya-serdtsa/priobretennye-poroki-serdtsa/

AR: medikamentoz terapiya

- APF ingibitorlari,

β -blokatorlar AR va gipertenziya, ChQ funksiyasi pasaygan yoki aniq SYuE bo'lgan bemorlarda tanlov preparati bo'lishi mumkin.

- Vazodilatatorlar (nifedipin, gidralazin)

- og'ir AR + dekompensatsiyada, ChQ disfunksiyasida, agar biror sababga ko'ra jarrohlik yo'li bilan davolash mumkin bo'lmasa

-vazodilatatorlar bilan davolashga qo'shimcha ravishda SYuE belgilari bo'lgan bemorlarga diuretiklar buyurilishi kerak. <https://www.parasels.ru/sergiev-posad/services/lechenie-porokov-cerdtsa/>

AR: jarrohlik yo'li bilan davolash (protezlash)

Kursatmalar:

- ChQ sistolik funksiyasidan qat'i nazar, og'ir AR bilan og'irigan bemorlarda dekompensatsiya belgilari

- simptomlar bo'lmaganda surunkali og'ir AR va sistolik disfunksiya (FV < 50%)

- og'ir ARda rejalashtirilgan koronar shuntlash, aorta yoki boshqa klapanlarda aralashuv

- og'ir ARli, ChQ funksiyasi me'yorda bo'lgan (FV > 50%), ammo dilatatsiyasi bo'lgan (oxirgi diastolik o'lcham 75 mm dan katta, oxirgi sistolik o'lcham 55 mm dan katta) simptomsiz bemorlarga tavsiya etiladi <https://fnkc-fmba.ru/zabolevaniya/priobretennye-poroki-serdtsa/>

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Rekomendatsii ESC/EACTS 2017 po lecheniyu klapannoy bolezni serdsa // Ros. kardiolog. zhurn. - 2018. - T. 23, № 7. - S. 103–155.
2. Novikov V.I., Novikova T.N. Klapannye poroki serdsa. — M.: MEDpressinform, 2017. —144 s.
3. Mudriskaya T.N. Kalsinirovannyy aortalnyy stenoz. Osobennosti diagnostiki i lecheniya // Krymskiy terapevticheskiy zhurnal. — 2012 g. — №2. .
4. Skvorsov V.V., Tumarenko A.V., Baymankulov S.S. Vrojdennyye poroki serdsa. Meditsinskaya sestra. 2017 g. — №7 — s. 14-18.
5. Dotsenko E. A. Simptomy i sindromy pri priobretennykh porokax serdsa: ucheb.-metod. posobie. — Minsk: BGMU, 2009. — 91 s.
6. Рыбакова М.К., Alexin M.N., Mitkov V.V. Prakticheskoe rukovodstvo po ultrazvukovoy diagnostike. Exokardiografiya. — M.: Izdatelskiy dom Vidar-M, 2008. — 512 s. .
7. Ovchinnikov A.G., Ageev F.T., Alyoxin M.N., Belenkov Yu.N., Vasyuk Yu.A., Galyavich A.S., Gilyarevskiy S.R., Lopatin Yu.M., Mareev V.Yu., Mareev Yu.V., Mitkov V.V., Potexina A.V., Prostakova T.S., Рыбакова М.К., Saidova M.A., Xadzegova A.B., Chernov M.Yu., Yushuk Ye.N., Boysov S.A. Diastolicheskaya transtorakalnaya stress-exokardiografiya s dozirovannoy fizicheskoy nagruzkoj v diagnostike serdechnoy nedostatochnosti s soxranennoy fraksiej vybrosa: pokazaniya, metodologiya, interpretatsiya rezultatov Soglasovannoe mnenie ekspertov, vyработанное под egidoy FGBU «Natsionalnyy meditsinskiy issledovatel'skiy sentr kardiologii» MZ RF, Obshchestva spetsialistov po serdechnoy nedostatochnosti (OSSN) i Rossiyskoy assotsiatsii spetsialistov ultrazvukovoy diagnostiki v meditsine (RASUDM). Kardiologiya. 2020;60(12):48-63. <https://doi.org/10.18087/cardio.2020.12.n1219>.
8. Ovchinnikov A. G., Potexina A. V., Ibragimova N.M., Barabanova Ye.A., Yushuk Ye.N., Ageev F.T. Mexanizmy ploхой perenosimosti fizicheskoy nagruzki u bolnykh s SNsFV. Chast I: rol narusheniy so storony levyykh kamer serdsa. Kardiologiya 2019;59(6S):4-16. doi: 10.18087/cardio.n394.

9. Ovchinnikov A.G., Potexina A.V., Ibragimova N.M., Barabanova Ye.A., Yuщuk Ye.N., Ageev F.T. Механизмы плохой переносимости физической нагрузки у больных сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса. Част II: Роль правых камер сердца, сосудов и скелетной мускулатуры. *Кардиология*. 2019;59(8S):4-14.
<https://doi.org/10.18087/cardio.n393>
10. Ovchinnikov A.G., Potexina A.V., Ojereleva M.V., Ageev F.T. Дисфункция левого желудочка при гипертоническом сердце: современные взгляды 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;29:277-314.
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. Ovchinnikov A.G., Gvozdeva A.D., Blankova Z.N., Borisov A.A., Ageev F.T. Rol ingibitorov neprilizina v lechenii serdechnoy nedostatochnosti s soxranennoy fraksiey vьbrosa. Kardiologiya. 2020;60(11):117–127.

<https://doi.org/10.18087/cardio.2020.11.n1352>

21. Ageev F.T., Ovchinnikov A.G. Lechenie patsientov s serdechnoy nedostatochnostyu i soxranennoy fraksiey vьbrosa: opora na klinicheskie fenotipy. Kardiologiya. 2022;62(7):44-53. <https://doi.org/10.18087/cardio.2022.7.n2058>

22. Bokeriya L.A., Milievskaya Ye.B., Pryanishnikov V.V., Yurlov I.A. God: 2024. Kolichestvo stranis: 368 s. ISBN: 978-5-7982-0464-9. UDK: 616.12-089

23. Keren M.A., Bulaeva N.I., Berdibekov B.Sh. . Pod redaksiey: Goluxovoy Ye.Z. God: 2024. Kolichestvo stranis: 126 s. ISBN: 978-5-7982-0463-2 . UDK: 616.12-073.97(075)

24. Bokeriya L.A., Milievskaya Ye.B., Pryanishnikov V.V., Yurlov I.A. God: 2023. Kolichestvo stranis: 344. ISBN: 978-5-7982-0451-9. UDK: 616.12-089

25. Asatryan T.V., Murьisova D.V. God: 2023. Kolichestvo stranis: 24 s. ISBN: 978-5-7982-0446-5. UDK: 616.126-089:615.273.53

26. Asatryan T.V., Skopin I.I. God: 2023. Kolichestvo stranis: 32 s. ISBN: 978-5-7982-0444-1. UDK: 616.126.52-089.2

27. Asatryan T.V., Kгылов V.V., Vavilov A.V., Kaxksyan P.V. . Pod redaksiey: chl.-korr. RAN prof. I.I. Skopina. . God: 2023. Kolichestvo stranis: 154 s.; il. ISBN: 978-5-7982-0447-2. UDK: 616.126.422-005.4-07-089.11(075.9)
28. Skopin I.I., Sigaev I.Yu., Kazaryan A.V. . God: 2023. Kolichestvo stranis: 260 s., sv. il. ISBN: 978-5-7982-0435-9. UDK: 616.127-089.193.4
29. Safonova N.I., Makarenko V.N., Shlyappo M.A., Terexov M.I., Aleksandrova S.A. . God: 2022. Kolichestvo stranis: 140 s. ISBN: 978-5-7982-0441-0. UDK: 616.12-073.75
30. Shumilina M.V. God: 2022. Kolichestvo stranis: 78 s., sv. illyustr. ISBN: 978-5-7982-0433-5. UDK: 616.857:616.1]-073.43
31. Bokeriya L.A., Dariy O.Yu., Makarenko V.N., Aslanidi I.P., Aleksandrova S.A., Malenkov D.A. . God: 2022. Kolichestvo stranis: 40 s., sv. ill. . ISBN: 978-5-7982-0434-2. UDK: 616.127-073.756.8
32. Bokeriya L.A., Berseneva M.I., Xitrova M.E., Malenkov D.A., Xugaeva A.A., Ivleva O.V., Aleksandrova S.A., Щebunyaeva Ye.A., Sonicheva N.A. Pod redaksiey: akademika RAN L.A. Bokeriya. God: 2022. Kolichestvo stranis: 84 s., sv. ill. . ISBN: 978-5-7982-0430-4. UDK: 616.127
33. Сырченко Ye.V., Gasanova R.M., Marzoeva O.V., Leonova Ye.I., Yагыgina T.A. God: 2022. Kolichestvo stranis: 52 s., sv. ill. . ISBN: 978-5-7982-0431-1. UDK: 616.132.1-073.43:618.3
34. Skopin I.I., Slivneva I.V., Latyshev M.S. God: 2022. Kolichestvo stranis: 158 s., sv. il. ISBN: 978-5-7982-0428-1. UDK: 616.126.42-07-089
35. d.m.n., professor, rukovoditel otdeleniya neotlojnoy xirurgii priobretennykh porokov serdsa Instituta kardioxirurgii im. V.I. Burakovskogo R.M. Muratov; d.m.n., veduyshiy nauchnyy sotrudnik otdeleniya neotlojnoy xirurgii priobretennykh porokov serdsa Instituta kardioxirurgii im. V.I. Burakovskogo S.I. Babenko; k.m.n., nauchnyy sotrudnik otdeleniya neotlojnoy xirurgii priobretennykh porokov serdsa Instituta kardioxirurgii im. V.I. Burakovskogo D.A. Titov; k.m.n., mladshiy nauchnyy sotrudnik otdeleniya neotlojnoy xirurgii priobretennykh porokov serdsa Instituta kardioxirurgii im.

V.I. Burakovskogo A.S. Sachkov; k.m.n., vrach ultrazvukovoy diagnostiki Instituta kardioxirurgii im. V.I. Burakovskogo N.N. Soboleva. . God: 2021. Kolichestvo stranis: 36. ISBN: 978-5-7982-0427-4. UDK: 616.126

36. Bokeriya L.A., Agafonov A.V., Gorodkov A.Yu. God: 2019. Kolichestvo stranis: 124. ISBN: 978-5-7982-0410-6. UDK: 616.13/.14-089.843