

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КАРДИОЛОГИЯ ИLMИЙ-
АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

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

ТОШКЕНТ – 2025



«КЕЛИШИЛГАН»
РИКИАТМ директори
Х.Ғ. Фозилов

_____ " _____ 2025 йил

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

ТОШКЕНТ – 2025

**«ҚОРИНЧАЛАР АРИТМИЯЛАРИ
СИНДРОМИ» НОЗОЛОГИЯСИНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ – 2025

1. КИРИШ ҚИСМИ

Касалликлар халқаро таснифи-10 коди (лар):

КХТ-10	
КОД	НОМИ
I 46	Юрак тўхташи
I 46.0.	Юрак фаолиятини мувоффақиятли тикланиши билан
I 46.1.	Тўсатдан юрак тўхташи
I 46.9	Аниқлаштирилмаган юрак тўхташи
I 47.	Пароксизмал тахикардия
I 47.0.	Қайталама қоринчалар аритмияси
I 47.2.	Қоринчалар тахиаритмияси
I 47.9.	Аниқлаштирилмаган пароксизмал тахикардия
I 49.	Бошқа юрак ритми бузилишлари
I 49.0.	Қоринчалар фибрилляцияси ва титраши
I 49.3.	Қоринчалар ва QT интервалидан олдинги деполяризацияси
I 49.4.	Бошқа ва аниқлаштирилмаган деполяризация бузилишлари
I 49.8.	Бошқа аниқлаштирилган юрак ритми бузилишлари
I 49.9.	Аниқлаштирилмаган юрак ритми бузилишлари

КХТ-11	
МС82.2	Юрак тўхташи
МС82.3	Электро-механик диссоциацияси
ВС70	Қоринчаларни навбатдан олдинги деполяризацияси (қоринчалар экстрасистолияси)
ВС71.0Z	Қоринчалар тахикардияси аниқлаштирилмаган
ВС71.02	Турғун қоринчалар тахикардияси
ВС71.0Y	Бошқа аниқлаштирилган қоринчалар тахикардияси
ВС71.01	Полиморф қоринчалар тахикардияси
ВС71.03	Нотурғун қоринчалар тахикардияси
ВС65.5	Катехоламинергик қоринчалар тахикардияси
ВС71.0Y	Қоринчалар титраши
ВС71.1	Қоринчалар фибрилляцияси

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2029 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Такдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИКИАТМ) ҳисобланади.

Кардиология ишчи гуруҳининг қуйидаги аъзолари клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшдилар:

Жараёни ташкил этиш борасида кардиология йўналишидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

1. **Фозилов Х.Г.** – РИКИАТМ директори, т.ф.н. ССВ бош кардиологи.
2. **Низамов У.И.** – РИКИАТМ директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари, PhD, ССВ консултант кардиологи.
3. **Каримов А.М.** – РИКИАТМ директорининг филиаллар бўйича ўринбосари, PhD, ССВ консултант кардиологи.
4. **Курбанова Р.А.** – РИКИАТМ бош шифокори ўринбосари.
5. **Толипова Ю.Ш.** – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш марказининг интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кардиология ва геронтология кафедраси доценти, т.ф.д., ССВ бош геронтологи.
6. **Ахматов Я.Р.** – РИКИАТМ Карши филиали директори, PhD.

Муаллифлар рўйхати:

1. **Р. Д. Курбанов** – Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси академиги, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИКИАТМ) Юрак аритмиялари лабораторияси илмий раҳбари.
2. **Г. У. Муллабаева** – тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИКИАТМ) Минимал инвазив юрак хирургияси ва операциядан кейинги тикланиш лабораторияси раҳбари.
3. **Н. М. Нуриллаева** – Профессор, тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Тошкент Тиббиёт Академияси, 1 - сон Оилавий тиббиётда ички касалликлар кафедраси мудири.
4. **А. Г. Кеворков** – тиббиёт фанлари номзоди, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИКИАТМ) Юрак аритмиялари лабораториясининг етакчи илмий ходими.
5. **Э. Я. Турсунов** - Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИКИАТМ) Юрак аритмиялари лабораториясининг илмий ходими.
6. **А. Ш. Расулов** - Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИКИАТМ) Юрак аритмиялари лабораториясининг илмий ходими.

Тақризчилар:

Э. У. Асимбекова – Россия Федерацияси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Бакулев номидаги юрак-қон томир жарроҳлиги илмий-тиббий текшириш маркази клиник-диагностика бўлими етакчи илмий ходими, тиббиёт фанлари доктори.

А. Х. Абдуллаев – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг

Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази реабилитация лабораторияси мудирлари, тиббиёт фанлари докторлари.

Клиник протокол олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон Кардиологлар ассоциацияси аъзолари, Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИКИАТМ ДМ коллективи ва уларнинг ўринбосарлари) иштирокида ишчи гуруҳнинг онлайн форматдаги якуний йиғилишида норасмий консенсусга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари - РИКИАТМ директори, т.ф.н. ССВ бош кардиологи Фозилов Х. Г.

Клиник протокол Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Илмий Кенгаши томонидан -сонли баённомада кўриб чиқилган ва тасдиқланган.

Илмий Кенгаш раиси – тиббиёт фанлари номзоди, Фозилов Х. Г.

Техник эксперт баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. Низамов У. И. - РИКИАТМ директорининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари, PhD, ССВ консультант кардиологи.

2. Каримов А. М. - РИКИАТМ директорининг филиаллар бўйича ўринбосари, PhD, ССВ консультант кардиологи.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, 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.

Фойдаланилган қисқартмалар

ААТ	Антиаритмик терапия
АВ	Атриовентрикуляр
АЎҚК	Аритмоген ўнг қоринча кардиомиопатияси
ЧҚА	Чап қоринча аневризмаси
ТАЎ	Тўсатдан аритмик ўлим
ТЮН	Туғма юрак нуқсони
ТЮТ	Тўсатдан юрак тўхташи
ТЮЎ	Тўсатдан юрак ўлими
ЮИЭФТ	Юрак ичи электрофизиологик текшируви
ЧҚЧТ	Чап қоринча чиқувчи тракти
ЎҚЧТ	Ўнг қоринча чиқувчи тракти
ГКМП	Гипертрофик кардиомиопатия
ДКМП	Дилатацион кардиомиопатия

ЕКЖ	Европа кардиологлар жамияти
ҚТА	Қоринчалар тахиаритмияси
ҚТ	Қоринчалар тахикардияси
ҚЭ	Қоринчалар экстрасистолияси
ИКД	Имплантиция қилинувчи кардиовертер-дефибриллятор
КПКТ	Катехоламинергик полиморф қоринчалар тахикардияси
КТ/ МСКТ	Мультиспирал компьютер томография
ЧҚХР	Чап қоринча хирургик реконструкцияси
МРТ	Магнит-резонанс томография
НТҚТ	Нотурғун қоринчалар тахикардияси
ЎКС	Ўткир коронар синдром
ПСВТ	Пароксизмал суправентрикуляр тахикардия
ПҚС	Программлаштирилган қоринчалар стимуляцияси
РНТ	Рандомизирланган назоратдаги текширув
ТТЎ	Тўсатдан тушунтириб бўлмайдиган ўлим
ЎЮР	Ўпка юрак реанимацияси
СРТ	Юрак қайта синхронлаштирувчи терапияси
СРТ-Д	Юрак қайта синхронлаштирувчи терапия- дефибриллятор
ЮҚСТ-П	Юрак қайта синхронлаштирувчи терапия- пейсмейкер (кардиостимулятор)
ҚТИУС	QT интервали узайиши синдроми
ҚТИТС	QT интервали торайиши синдроми
ЎС-ЭКГ	Ўрталаштирилган сингалли ЭКГ
ТҚТ	Турғун қоринчалар тахикардияси
ЧҚОФ	Чап қоринча отиш фракцияси
ҚФ	Қоринчалар фибрилляцияси
ФК	Функционал класс
БФ	Бўлмачалар фибрилляцияси
ХМЭКГ	Холтер монитор электрокардиограмма
СЮЕ	Сурункали юрак етишмовчилиги
ТОКА	Тери орқали коронар аралашув
ЮҚС	Юрак қисқаришлари сони
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЭМД	Электромеханик диссоциация
ЭХОКГ	Эхокардиография
НУНА	Нью-Йорк кардиологлар ассоциацияси
QTc	Корригирланган QT интервал
WPW	Вольф-Паркинсон-Уайт Синдроми

Мундарижа

«ҚОРИНЧАЛАР АРИТМИЯЛАРИ СИНДРОМИ» НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР	5
«ҚОРИНЧАЛАР АРИТМИЯЛАРИ СИНДРОМИ» НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР	62
«ҚОРИНЧАЛАР АРИТМИЯЛАРИ СИНДРОМИ» НОЗОЛГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР	69

Протокол фойдаланувчилари:

1. Кардиологлар;
2. Терапевтлар;
3. Умумий амалиёт шифокорлари;
4. Тез ва шошилиш ёрдам шифокорлари;
5. Лаборант-шифокорлар;
6. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
7. Клиник фармакологлар;
8. Талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари.

Беморлар категорияси: юрак-қон томир касалликлари, хусусан АГ, ЮИК, ЎМИ, кардиомиопатия билан оғриган ва юрак ритми бузилишлари билан асоратланган беморлар.

1-жадвал

Европа кардиологлари жамияти тавсияларининг баҳолаш синфлари шкаласи

ЕКЖ нинг тавсиялари синфи	Таърифи	Таклиф қилинадиган шакл
I	Диагностик муолажа, аралашув/даволаш самарали ва фойдали деб исботланган ёки умумқабул қилинган деб ҳисобланади	Тавсия қилинган/кўрсатилган
IIa	Маълумотлар/фикрларнинг кўпчилиги диагностик муолажа, аралашув, даволашнинг самарадорлиги/фойдаси афзаллигини кўрсатади	Қўллаш мақсадга мувофиқ

Шъ	Диагностик муолажа, аралашув, даволашнинг самарадорлиги/фойдаси ишончилиги камроқ деб аниқланган	Қўллаш мумкин
Ш	Диагностик муолажа, аралашув, даволашнинг бефойдалиги/бэсамаралиги тўғрисида маълумотлар ёки ягона фикр келтирилган, бир қатор ҳолларда эса улар зиён етказиши мумкин.	Қўллаш тавсия этилмайди

2-жадвал

Европа кардиологлари жамиятининг далиллар ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи

Далилларнинг ишончилиги даражаси	
A	Кўп сонли рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ёки мета-таҳлиллар маълумотлари
B	Маълумотлар битта рандомизацияланган клиник тадқиқот ёки йирик рандомизацияланмаган тадқиқотлар натижалари бўйича олинган
C	Экспертларнинг келишилган фикри ва/ёки кичик тадқиқотлар, ретроспектив тадқиқотлар, регистрлар натижалари

2. Асосий қисм

2.1. Кириш

Бугунги кунга келиб бутун дунёда юрак қон-томир касалликларининг даволаш ва диагностикасида замонавий илғор методларнинг қўлланилишига қарамасдан миокард инфаркти (МИ) ва унинг асоратларидан ўлим кўрсаткичи юқориликча қолмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра бутун дунёда 2019- йилда 18,6 миллион ўлим юрак қон томир касалликлари (ЮҚТК) сабабли кузатилиб, ушбу кўрсаткичнинг 85% қисми МИ ва инсульт оқибатида юзага келган¹. Шубҳасиз ЮҚТК ичида энг кўп учрайдиган клиник ҳолат бу МИдир. МИ ўтказган беморларнинг 25%дан 50%гача қисми тўсатдан аритмик ўлими (ТАЎ)га олиб келувчи қоринчалар тахикардияси ёки қоринчалар фибрилляцияси кузатилиши сабабли вафот этади. Бутун дунёда йил давомида 6 миллионга яқин тўсатдан юрак тўхташи (ЮТ) кузатилиб, ўларнинг омон қолиш эҳтимоллиги 10% дан ортмайди. ТЮЎ бу - юрак билан боғлиқ бўлган, табиий, ташқи таъсирларсиз ўткир клиник аломатлар пайдо бўлгандан сўнг 1 соат ичида хушни йўқотиш кўринишида намоён бўлиб, ўлим билан яқунлаувчи ҳолатдир. Бу ҳолатда юрак касаллиги аввалдан маълум ёки маълум бўлмаслиги мумкин, аммо ўлим доимо кутилмаганда содир бўлади. ТЮЎнинг ижтимоий муоммо сифатида тўсатдан юз бериши, қисқа муддатда илк клиник белгилардан (6-10 минут) сўнг ўлим содир бўлиши ва аксарият ҳолларда уйқуда ва гувоҳларсиз кузатилиши ва тезкор ёрдам кўрсатиш имкониятининг чекланганлиги вазиятни янада мураккаблаштиради.

2.2. Умумий таърифи

- **Қоринчалар юрак ритмининг бузилиши (ҚЮРБ) ёки Қоринчалар тахиаритмияси (КТ) - юрак ритми бузилишларининг умумий**

кўринишларидан бири бўлиб, бунда эктопик активлик манбаи ёки қайта кириш даври Гис тутамдан пастда, яъни унинг шохларида, Пуркине тармоғи ёки қоринча миокардида бўлиши мумкин.

- **Нотурғун қоринчалар тахикардияси (НҚТ)** - 3 ёки ундан ортиқ QRS комплекслари, давомийлиги <30 сек.
- **Мономорф ҚТ** - QRS комплексларининг бир хил конфигурацияси мавжуд бўлгандаги ҚТ.
- **Полиморф ҚТ** - беқарор, QRS комплексларининг конфигурацияси ўзгаради
- **Электр бўрони** - 24 соат ичида 3 та ҚТ / ҚФ эпизодларининг кузатилиши
- **Қоринчалар титраши**- ритмик, юқори амплитудали, тезлиги дақиқада 250 дан ошадиган қоринчаларнинг электрик оғишларининг кенгайиши, Т тўлқинлари аниқланмайди.
- **Қоринчалар фибрилляцияси** - конфигурацияси, амплитудаси, давомийлиги ва частотаси доимо ўзгариб турадиган полиморф тебранишлар шаклидаги хаотик электр фаоллиги, уларнинг частотаси 1 дақиқада 300 ва ундан кўп.
- **Тўсатдан ўлим** - бу ташқи таъсиротлар натижасида юзага келган шикастланишга алоқадор бўлмаган ва соғлом одамда клиник аломатлар пайдо бўлганидан кейин 1 соат ичида содир бўладиган кутилмаган ўлимли ҳодиса. Агар ўлим гувоҳларсиз содир бўлган бўлса, мархумнинг ўлиmidан 24 соат олдин қониқарли аҳволда бўлса, тўсатдан ўлим ҳақида фикр юритилади.
- **Тўсатдан юрак ўлими (ТЮЎ)** - бу атама, агар ҳаёти давомида туғма ёки орттирилган ўлимга олиб келиши мумкин бўлган юрак касаллиги бўлган беморда тўсатдан ўлим рўй берса ёки аутопсияда юрак -қон томир тизими патологияси аниқланса ва ўлим сабаби бўлиши мумкин бўлса ёки аниқ юракдан ташқари ўлим сабаби аутопсияда аниқланмаганда ишлатилади ва ритм бузилиши ўлимнинг энг катта сабабидир
- **Юракнинг тўсатдан тўхтаб қолиши (ТЮТ)** - кутилмаган юрак хуружи, ўткир симптомлар бошланганидан кейин 1 соат ичида содир бўлади, бу муваффақиятли реанимация чоралари (масалан, дефибриляция) билан бартараф этилган - "юрак тўхташининг олдини олиш".
- **Идиопатик қоринча тахиаритмияси** - беморни клиник кўрикдан ўтказишда қоринча тахиаритмияси билан боғлиқ бўлган касалликлар аниқланмаган ҳодиса.
- **ТЮЎ бирламчи профилактикаси** - юрак касалликлари ҳавфи юқори бўлган, лекин ҳаёт учун ҳавфли аритмия тарихи бўлмаган ёки юрак хуружининг олдини олган одамларда ТЮЎ ҳавфини камайтиришга қаратилган чора -тадбирлар.
- **ТЮЎ иккиламчи профилактикаси** - анамнезида ҳаёт учун ҳавфли аритмия ёки юрак хуружи келиб чиқиб унинг олди олинган одамларда ТЮЎ ҳавфини камайтиришга қаратилган чора -тадбирлардир.

2.3. Қоринчалар аритмияларини классификациялари

Қоринчалар аритмиясининг ЭКГ бўйича классификацияси (ЕКЖ/АКК/АЮА, 2006)

- ҚЭ (якка, жуфт, мономорф, полиморф).
- ҚТ;
- турғун ҚТ (кетма -кет 3 ёки ундан ортиқ ҚЭ 30 сониядан кўп бўлмаган);
- нотурғун ҚТ (30 секунддан ортиқ давом этади ёки гемодинамик бузилишлар туфайли бартараф қилинишни талаб қилади);
- чап қоринча фасцикуляр тахикардияси;
- "пирует" туридаги полиморф ҚТ ("torsades de pointes");
- Икки йўналишли ҚТ;
- Қоринчалар титраши
- ҚФ.

ҚЭ В.Lown и М.Wolf (1971.) бўйича классификацияси

1. Камдан кам мономорфик экстрасистолиялар <30 ҚЭ / соат:
1А - <1 ҚЭ / мин
1В -> 1 ҚЭ / мин
2. Тез -тез битта мономорфик экстрасистолиялар > 30 ҚЭ / соат
3. Полиморфик экстрасистолиялар
4. ЖА нинг такрорланган шакллари:
А 4А - жуфтланган (жуфтликлар)
Б 4Б - гуруҳли, шу жумладан ҚТнинг қисқа эпизодлари
5. Эрта ҚЭлар "R тиш устида Т" турига киради.

Қоринча аритмияларининг таснифи J.T.Bigger (1984) бўйича.

- Яхши сифатли - юрак ритмининг бузилиши, органик юрак касаллигининг йўқлиги.
- Потенциал хатарли - юрак ритмининг нотурғун бузилиши, органик юрак касаллигининг мавжудлиги.
- Хатарли - органик миокард патологияси фонида ҚФ, ҚТ ёки ҚАнинг доимий пароксизмлари (ТЮЎ хавфи юқори).

Амалиётда, диагностик ва прогностик мақсадларда ҚАнинг қуйидаги турларини ажратиш қулай:

Юрак уриш тезлиги бўйича:

- 51 дан 100 гача - тезлашган идиовентрикуляр ритм.

- 100 дан 250 гача - ҚТ.
- 250 дан ортиқ - ҚТ ва ҚФ.

Тахикардия давомийлиги бўйича:

- Турғун- давомийлиги > 30 сек.
- Нотурғун - давомийлиги < 30 сек.

Тахикардиянинг клиник кечиши табиати бўйича:

- Пароксизмал
- Пароксизмал бўлмаган (доимий такрорланадиган / тўхтамайдиган ҚТ ва электр бўрони)

Этиологияси бўйича (юракнинг асосий тизимли касаллигининг мавжудлиги ёки йўқлиги):

- Структуравий юрак касаллиги бўлмаган ҳолда идиопатик қоринчалар аритмияси ("яхши сифатли").
- Юракнинг аниқ структуравий касаллиги бўлмаган ҳолатда, туғма синдромлар ёки шунга ўхшаш ҳолатлардаги қоринчалар аритмиялари: Каналопатиялар - "хатарли": QT интервали узайиши синдроми, Бругада синдроми, катеңоламинга боғлиқ полиморф қоринчалар тахикардияси, қисқа QT интервали синдроми, эрта қоринчалар реполаризацияси синдроми
- Қайтадиган метаболик ёки дори-дармонли сабаблар (масалан, иккиламчи QT интервали узайиши синдроми) билан юракнинг аниқ структуравий касаллиги бўлмаганида қоринчалар аритмияси.
- Структуравий юрак касаллиги мавжуд бўлганда қоринчалар аритмияси.

Юрак қоринчалар ритми бузилиши хавфининг табақаланиши клиник амалиёт учун катта аҳамиятга ега.

3-жадвал

Қоринчалар экстрасистолиясининг В. Lown и М. Wolf (1971.) бўйича классификацияси

Хатар омили мезонлари	Яхши сифатли ҚА	Потенциал ёмон сифатли ҚА	Ёмон сифатли ҚА
ТЮЎ хавфи	Паст	Ўрта	Юқори
Клиника	Юрак уриб кетиши	Юрак уриб кетиши	Юрак уриб кетиши ва синкопе ҳолатлари
Юрак органик шикастланиши	йўқ	Бор	бор

Қоринчалар экстрасистолияси	Кам ёки ўрта даражада	Ўрта ёки тез тез частотада	Ўрта ёки тез тез частотада
Жуфт ҚЭ ёки ҚТ	Одатда йўқ	Нотурғун ҚА	Турғун ҚА
Даволаш мақсади	Симптомлар камайиши	Симптомлар камайиши, Ўлим камайиши	Ўлим камайиши, аритмия камайиши, симптомлар камайиши

3. Ташхислаш жараёнлари

Шикоятлари:

- нотўғри юрак уришини ҳис қилиш; юрак уриб кетиши, бош айланиши, холсизлик, нафас сиқилиши, юракдаги оғриқ, паузалар, юрак қисқаришидаги паузалар, ҳушни йўқотиш эпизодлари.

Анамнез:

- Анамнезда гипертония, юрак ишемик касаллиги, юрак етишмовчилиги, периферик артериал томирлар касаллиги мавжудлиги. Беморларнинг аксариятида анамнезини йиғишда турли хил миокард касалликлари учрайди. Беморларда одатда оғир юрак касалликлари мавжуд бўлиб, улар мураккаб қоринча эктопияси (тез-тез учрайдиган қоринчалар экстрасистолиялари, нотурғун ҚТ ёки иккаласидан иборат) билан янада мураккаблашиши мумкин. Ирсиятни аниқлашда беморнинг эътиборини ёш қариндошларнинг тушунарсиз тўсатдан вафот этган ҳолатлари, шунингдек, имплантация қилинадиган юрак воситалари ўрнатилганлиги мавжуд бўлган қариндошлар оиласида бўлишига эътибор қаратиш лозим.

Объектив текширув:

Барча текширилаётган беморларга амалдаги тавсияларга мувофиқ қуйидаги стандарт текширувларни бажариш тавсия этилади:

- антропометрик кўрсаткичлар (бўйи, вазни, тана массаси индекси, бел айланаси);
- термометрия ва терининг ҳолатини баҳолаш;
- шиш мавжудлигини ва уларнинг тарқалишини баҳолаш;
- систолик ва диастолик қон босими даражасини аниқлаш;
- юрак ритмининг частотаси ва мунтазамлигини баҳолаш билан периферик артерияларда пулсни палпация қилиш;
- веноз димланиш мавжудлигини кўрсатиши мумкин бўлган бўйин томирларининг шиши ва пулсациясини баҳолаш;
- патологик шовқинларни аниқлаш учун юрак, каротид, буйрак ва феморал артерияларни аускултация қилиш;

- қалқонсимон безни палпация қилиш: катталиги, оғриқ бор ёки йўклиги, ҳаракатчанлиги.

Асосий кўрсаткичлардан ташқари, қоринча аритмияси кайталанишига сабаб бўлиши мумкин бўлган сабабларни истисно қилиш учун аниқ ўзгаришларни баҳолаш тавсия этилади.

Гемодинамик беқарорлик белгиларини аниқлаш (қон босимини пасайиши) пароксизмал юрак ритмининг бузилиши мавжуд беморларни физик текширувдан ўтказиш пайтида тавсия этилади.

Хаёт учун хавфли қоринчалар аритмиясининг аксарият қисмида пароксизм кузатилмаган ҳолларда беморларни объектив текширишда ҳеч қандай ўзгаришлар қайд этилмайди. Экстрасистолияларни пульсни ҳисоблаш, қон босимини ўлчаш ёки беморнинг юрагини аускултация қилиш орқали қайд этиш мумкин.

Тез-тез ҚЭ билан юракнинг аритмик фаоллиги ва пулс етишмовчилиги борлиги аускултатив равишда аниқланади. Пулсни палпация қилиш билан ҚТ ҳуружи билан тез-тез (1 дақиқада 100 дан 220 гача) ва умуман тўғри ритм, патологик шовқинлар, юрак етишмовчилиги белгилари (ўпкада хириллаш, галлоп ритми), периферик артериялар пулсацияланмаган ҳолда қон босимининг пасайиши ва ҚТ дан ҚФ га ўтиш пайтида қон босими ва юрак товушларининг йўқолиши. ТЮУ ҳолатида қуйидагилар кузатилади: ҚФ бошланганидан 15-20 сониядан сўнг бемор ҳушини йўқотади; 40-50 сониядан сўнг - скелет мушакларининг якка тоник қисқариши ривожланади; кўз қорачиқлари кенгаяди; нафас олиш сони камаяди ва 2-4 дақиқадан сўнг тўхтади.

Лаборатор текширувлар: ҚА ривожланиш хавф омилларини (электролитлар бузилиши, эндокрин касалликлар, анемия ҳолатлари), юрак тож томир касаллиги клиникасида дислипидемия мавжудлигини, антикоагулянтларни қабул қилишда қон ивиш тизимининг ҳолатини аниқлашга имкон беради.

- Умумий қон таҳлили - ҳар йили ва беморнинг аҳволи ёмонлашганда биринчи марта ташхис қўйилган ҚА учун ўтказилади.
- Умумий сийдик таҳлили - биринчи марта ҚА ташхиси қўйилган, ҳар йили ва беморнинг аҳволи ёмонлашганда.
- Эрта нахорда глюкозани аниқлаш - биринчи марта ҚА ташхиси қўйилган, ҳар йили ва беморнинг аҳволи ёмонлашганда.
- Қоннинг биокимёвий текшируви (билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин) - ҳар йили ва беморнинг аҳволи ёмонлашганда, биринчи марта аниқланадиган ҚАда ўтказилади.
- Қонда калий ва натрий - ҚА биринчи марта ташхисланганда, ҳар йили ва беморнинг аҳволи ёмонлашганда аниқланади.
- Қалқонсимон без гормонлари (ТТГ, эркин Т3, эркин Т4, анти-ТПО) - ҳар йили амиодарон билан даволаниш пайтида, ҳолати ёмонлашиши билан, эҳтимол амиодарон қабул қилиш билан боғлиқ бўлган янги ташхис қўйилган ҚАда текширилади.

- Липид спектри (умумий холестерин, ЮЗЛ, ПЗЛ, атерогенлик коэффиценти, триглицеридлар) - ҳар йили ва беморнинг аҳволи ёмонлашганда, биринчи марта ташхис қўйилган ҚАда текширилади.
- Коагулограмма (кўрсатмаларга кўра - илгари антикоагулянт қабул қилиш билан, қон ивиш патологияси тарихи (қон кетиш / тромбоз)
- Глюкозага толерантлик тести (кўрсатмаларга кўра – қорин типиди семириш, гипертония, дислипидемия белгилари мавжуд бўлса)
- Гликизирилган гемоглобин (кўрсатмаларга кўра нахорда гипергликемия - 5,6 ммол/л дан юқори мавжуд бўлганда, метаболик синдром белгилари мавжуд бўлганда)

Инструментал текширув усуллари:

Асосий текшириш усуллари:

1. 12 тармоқли стандарт ЭКГ.

- ҚЭ - муддатидан олдин қисқариш, олдида Р тўлқини йўқ, 0,12 с ва ундан ортиқ давомийликдаги QRS комплекси экстрасистолия пайдо бўлишига қарама-қарши шаклда Гис тутами блокадасини эслатади. ST сегменти ва экстрасистолиянинг Т тўлқинининг жойлашиши QRS комплексининг асосий тўлқинининг йўналишига мос келмайди. ҚЭдан кейин тўлиқ компенсатор пауза (асосий ритмнинг икки барабар кўпайган RR гача бўлган ҚЭ қўшилиш оралиғини тўлдиради) келади, фақатгина RR оралиғи ўзгармаган ўртада келувчи интерполирланган ҚЭлар ҳоллари бундан мустасно. ҚЭ ларининг мураккаб шакллариға жуфтлашган, политоп, эрта ("R тишча Т тишча устида") ҚЭ, шунингдек, аллоритмиялар киради.
- ҚТ - юрак уриш тезлиги одатда дақиқада 140-220 гача бўлган уч ёки ундан ортиқ эктопик комплексларнинг ЭКГда биргаликда келиши, QRS комплекслари кенг, деформацияланган, 0,12 сек.дан юқори, ST сегмент ва Т тишча дискордантлиги пайдо бўлиши билан Гис тутами қамалини эслатади. АВ диссоциациясининг мавжудлиги - тез-тез учрайдиган қоринча ритмини (QRS комплекслари) ва бўлмачанинг нормал синус ритмини (Р тўлқинлари) ва ҚТ билан қайд этилган синус келиб чиқадиган ягона ўзгармаган QRST комплекслари билан синус ритми ("тутиб қолинган" қоринча қисқариши) қайд қилиниши билан кузатилиши мумкин.
- "Пирует" типиди полиморф ҚТ - қоринча тезлиги дақиқада 150-250 та/мин, ритм 0,2-0,3 секунд ичида R-R интерваллари тебраниши билан. QRS комплекслари кенг, деформацияланган, катта амплитуда, уларнинг давомийлиги 0,12 с дан ошади. Қисқа вақт ичида қоринча комплексларининг амплитудаси ва қутблилиги ўзгаради.
- ҚТ - синусоидал эгри чизиғига ўхшаш қоринчаларнинг ритмик юқори амплитуда кенгайган электр оғишлари ЭКГда қайд этилади, частотаси дақиқада 200-300 та/мин, Т тишча тўлқинлари аниқланмайди, изолиния қайд этилмайди.

- ҚФ - тез-тез (дақиқада 200-500 гача), лекин тартибсиз тўлқинлар, бир-биридан ҳар хил шакл ва амплитуда билан фарқланиб, тишлари аниқланмайди.

ЭКГ мезонлари бўйича пароксизмал тахикардиялар дифференциал диагностикаси 5 жадвалда келтирилган.

2. ХМЭКГ 3- ёки 12 каналли (кунлик ёки кўп кунлик). Бу нафақат юқоридаги ЭКГ мезонлари бўйича ҚА мавжудлигини аниқлашга, балки уларнинг зичлигини, кунлик тарқалишини, беморнинг сезгилари билан боғлиқлигини аниқлашга имкон беради, суткалик қон босими мониторинг текушируви аритмия содир бўлганда қон босими кўрсаткичи пасайиши мавжудлигини аниқлашда қўлланилади. ААТ эффеќтини, имплантация қилинган юрак асбобларининг ишлашини баҳолаш ҳам мумкин.
3. Юракнинг бирламчи касаллиги, чап қоринча миокард ва қоринчалараро тўсик ҳолатининг хусусиятларини аниқлаштириш, чап қоринчада акинезия ва дискинезия зоналари борлиги ва тарқалишини, унинг қон отиш фракциясини аниқлаш учун трансоракал эхокардиография, ўнг қоринча миокардининг тузилиши, қопқоқ патологияси, туғма ва орттирилган юрак нуқсонлари мавжудлигини аниқлашда ёрдам беради. Агар идиопатик ҚА ривожланса, ЭХОКГ юракнинг тузилиш анормалликларини аниқлай олмайди.
4. Жисмоний фаоллик билан тест - кўрсатмаларга кўра Тредмилл синови/ВЕМ ўтказилади; ишемия сабабли келиб чиқиш табиатига эга ҚАни кўзгатишда ва аксинча, машқлар пайтида идиопатик ҚЭлар сонининг камайишини баҳолашда катта аҳамиятга эга. Шу билан бир қаторда ХМЭКГ ёки юрак стимуляцияси билан ташхислаш мумкин бўлмаган (масалан, катехоламинергик ҚТ) ҳолатларда Тредмилл/ВЕМ текшируви орқали қоринча тахиаритмияларини келтириб чиқариш мумкин. WPIW синдромида ҚАни кўзгатиш учун машқлар синовларидан фойдаланилмайди. Юқламали синамалар амбулатория шароитида функционал диагностика хонасини реанимация ёрдами кўрсатадиган воситалар билан жиҳозланган ҳолатда кўрсатмаларга мувофиқ амалга оширилади.
5. Бўйин томирлари ва экстракраниал артерияларнинг доплер ултратовуш текшируви ҚА пароксизмларини ЭКГда аниқлашда қийинчилик туғилганда, синкопнинг дифференциал диагностикаси кўрсаткичлари бўйича амалга оширилади.
6. ҚОЭФТқўшимча бўлмача қоринча бирикмаси ўтказувчи йўлларни излаш учун кўрсатмаларга мувофиқ амалга оширилади; шунингдек беморни амбулатор мурожаат пайтида хуруж пайтида қайд қилинган кенг QRS комплекслари билан кузатилган тахикардияни дифференциал диагностикаси учун ҳам қўлланилади. Қўшимча лаборатория тадқиқотлари коморбид фонга қараб амалга оширилади.

3.1. Дифференциал диагностика ва қўшимча тадқиқотлар учун асослаш

Кўпинча дифференциал диагностика пароксизмал ритм бузилиши синдроми ёки ҳушни йўқотиш синдроми билан амалга оширилади. Энг қийин масала бу - кенг

QRS комплексларига эга тахиаритмиялар фақат электрофизиологик тадқиқотлар ўтказилгандагина аниқланувчи аберрант комплекслар билан кечувчи қоринчалар усти тахикардиясини дифференциал диагностикаси. Қуйидаги жадвалларда ҳаёт учун хавфли бўлган ҚАнинг дифференциал диагностикасида эътиборга олиниши керак бўлган асосий электрокардиологик ва клиник ташхислар келтирилган. Қоринчалар аритмиясида қўлланилувчи асосий текширув усуллари 4 - жадвалда келтирилган. Клиник маълумотлар асосида пароксизмал аритмияларнинг дифференциал диагностикаси 6 жадвалда келтирилган.

4-жадвал

Қоринчалар аритмиясида қўлланилувчи асосий текширув усуллари *

Текширув номи	Ким томонидан ўтказилиши	Ўтказилиш даражаси	Далиллар даражаси	Манба
ЭКГ	Кардиолог	ССВ тизимининг барча бўғимида	I А	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
ХМЭКГ	Функционал кардиолог	Туман, вилоят, республика даражасида	I Б	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
Тредмил тест	Функционал кардиолог	Туман, вилоят, республика даражасида	I Б	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
ЭХОКГ	Функционал кардиолог	Туман, вилоят, республика даражасида	I Б	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
Электрофизиологик текширувлар	Электрофизиолог	Республика даражасида	II С	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/

*- Ушбу текширувлар асосий касаллик текширувлари билан бир қаторда амалга оширилади.

5 -жадвал

ЭКГ мезонлари бўйича пароксизмал аритмияларнинг дифференциал диагностикаси

Диагноз	Дифференциал диагностика бўйича асослаш	Текширув	Диагнозни истисно қилиш
ҚТ	Кенг комплексли пароксизмал тахикардиялар	ЭКГ, ХМЭКГ, ҚОЭФТ, ЮИЭФТ	Қоринча комплексларини ажратиш қийин, изоэлектрик интервалнинг тез-тез йўқлиги, қўшилиб кетган, блокланган

			комплексларнинг мавжудлиги, АВ диссоциацияси. Ижобий Верекей мезони avRда баланд R тишча мавжудлиги ҳисобланади.
Гис чап оёқ тутами қамалида қоринчалар усти тахикардияси	Кенг комплексли пароксизмал тахикардиялар	ЭКГ, ХМЭКГ, ҚОЭФТ, ЮИЭФТ	ЭКГда кўпинча турли морфологик тишчалар кузатилади, хуруж пайтида қўшилган ва блокланган комплекслар бўлмайди, АВ диссоциация бўлмайди. Хуруждан ташқари ХМЭКГда ГТБ ни қоринча комплексига нормал морфологияга қайтиши билан ҳал қилиш мумкин.
WPW синдромида қоринчалар усти тахикардияси	Кенг комплексли пароксизмал тахикардиялар	ЭКГ, ХМЭКГ, ҚОЭФТ, ЮИЭФТ	ЭКГда пароксизм кузатилмаганда, делта тўлқинининг мавжудлиги, PQ интервалининг 0,12 с дан кам қисқариши, QRS комплексининг деформацияси ва кенгайиши. ЮИЭФТ да кўшимча ўтказувчи йўллар мавжудлиги аниқланиши.
БФ/БТ	Қоринчалар қисқаришининг юқори частотали пароксизмал тури	ЭКГ, ХМЭКГ, ҚОЭФТ, ЮИЭФТ	БФ билан БТда ЭКГ / ХМЭКГда тартибсиз ритм дақиқада 75-180 та/мин., бўлмачалар қисқариши тезлиги дақиқада 300-600 та/мин.гача, Р тишча йўқлиги, F тўлқини, Р тишчанинг турли амплитудаси. БТ билан тўғри ритмнинг мавжудлиги (тўғри ўтказиш шакли билан), арра тишли F тўлқинлар, ЮҚС 75-170 та/мин. дақиқада мумкин.

АВ-камали	Тусатдан хушни йўқотиш	ЭКГ, ХМЭКГ, ҚОЭФТ, ЮИЭФТ	Аста-секин узайиши / кучли узайган PQ оралиғи, QRST комплексининг даврий йўқолиши, тўлиқ АВ блокадаси - II ёки III даражали бўлмача ва юрак стимуляторларининг узилган ритми.
СТСС	Тусатдан хушни йўқотиш, пароксизмал тахикардия хуружи.	ЭКГ, ХМЭКГ, ҚОЭФТ, ЮИЭФТ	QRST комплексларини йўқотиш эпизодлари, эхтимол ўрнини олувчи 2 тартибли ритмлар ва комплекслари билан, синус қамали эпизодлари. ХМЭКГ да тахикардия-брадикардия эпизодлари бўлиши мумкин.
QT интервали узайиши синдроми	Тусатдан хушни йўқотиш, пароксизмал тахикардия хуружи.	ЭКГ, ХМЭКГ	Жисмоний машқлар пайтида ўзгармасдан QTс оралиғининг 0,44 дан юқори бўлиши, юрак уриш тезлигининг ошиши. "Рақсга тушиш" типигаги полиморф QT ривожланиши хавфи.

б-жадвал

Клиник маълумотлар асосида пароксизмал аритмияларнинг дифференциал диагностикаси

Диагностика	Дифференциал диагностика учун асос	Текширув	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Эпилепсия	Тўсатдан хушни йўқотиш	Миянинг КТ / МРТ, ЭЭГ, невролог томонидан текширув.	ЭКГ /ХМЭКГ да ритм бузилишларининг йўқлиги. ЭЭГ маълумотларига кўра ўзига хос белгилар мавжудлиги, ренген диагностикаси усуллари.
БМҚАЎБ / ТИХ	Тўсатдан хушни йўқотиш	Миянинг КТ / МРТ, невролог	ЭКГ /ХМЭКГ да ритм бузилишларининг йўқлиги. ЭЭГ маълумотларига кўра

		томонидан текширув.	ўзига хос белгилар мавжудлиги
Аорта қопқоғи оғир стенози.	Тўсатдан ҳушни йўқотиш	ЭХОКГ	Аорта қопқоғининг очилиш майдонини 1 см ² дан кам чеклаш, макс. босим градиенти > 65 мм Нг. уст., ўрта -> 50 мм Нг. уст.
ЧҚЧТ обструкцияси билан ГКМ	Тўсатдан ҳушни йўқотиш, пароксизмал тахикардия ҳуружлари	ЭХОКГ	ЭХОКГ чап қоринча миокардининг массив (> 15 мм) гипертрофиясини аниқлайнади, ҚАТ қалинлигининг ЧҚОД га нисбати > 1,3. ЧҚЧТдаги босим градиенти > 45 мм Нг.sm.ust
Оддий вазовагал синкопе	Тўсатдан ҳушни йўқотиш	САБМ, тилт тести, вегетатив тестлар билан кардиоритмография.	ЭКГ /ХМЭКГ да ритм бузилишларининг йўқлиги. Эрталаб САБМ бўйича гипотензия эпизодлари, ортостаз билан. Кардиоингибитор (асиситолия билан ёки бўлмаган), тилт тестида аралаш турдаги жавоблар.
Каротид синус юқори сезувчанлик синдроми	Тўсатдан ҳушни йўқотиш	Қон босими, ритмограмма назорати остида каротид синусни массаж қилиш.	ЭКГ /ХМЭКГ, кардиоингибитор (асистол билан), вазодепрессор ёки тестга аралашган жавоб турида ритм бузилишларининг йўқлиги.
Психиатрик касалликлар	Тўсатдан ҳушни йўқотиш ёки мимика	Психиатр текшируви	ЭКГ /ХМЭКГ да ритм бузилишларининг йўқлиги. Рухий бузилишларнинг ўзига хос белгилари, кўп шикоятлар ва жисмоний аномалияларнинг йўқлиги билан тез-тез стационар даво.

Гиёҳванд моддалардан келиб чиққан гипотензия	Тўсатдан ҳушни йўқотиш	САБМ	Кўпинча кекса беморларда тўлиқ дозали комбинацияланган антигипертензив терапияни қабул қилганда пайдо бўлади, яқинда кейинги дозани қабул қилиш билан боғлиқ, препаратни қабул қилгандан кейин қон босимининг ҳаддан ташқари пасайиши САБМда аниқланади; тунги уйқудан кейин ётоқдан турганда эрталаб тез-тез кўзғатади.
---	---------------------------	------	--

4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

4.1. Номедикаментоз терапия

Номедикаментоз (дори-воситаларисиз) даволаш (соғлом турмуш тарзи элементлари, тўғри-муқобил овқатланиш, кун ва уйқу режими, парҳез) беморларда ушбу патологияга олиб келган асосий касаллик бўйича олиб борилади.

4.2. Медикаментоз терапия

Беморлар амбулатор шароитда қабул қилаётган дори воситаларининг мониторинги назорати мақсадида индивидуал тартибда ҳар бир қабул қилинаётган препаратга мос равишда (хусусан III гуруҳ антиаритмик препаратлари қабул қилаётганда QT/QTc интервали назорати I C гуруҳ препаратлари қабул қилганда QRS кенглигини динамикада ортиши) ЭКГ, ЭХОКГ, суткалик ХМЭКГ қонда калий миқдори, буйрак функцияси назорати ва асосий касалликка хос бўлган текширувлар ўтказилиб борилади. Имплантация қилинувчи асбоблар ўрнатилган беморлар муолажанинг 1 йилида 3 марта, 2 йилдан эса 2 марта ихтисослаштирилган марказларда аппаратнинг иш фаолияти режали равишда кўрикдан ўтказилади.

Ҳозирги вақтда антиаритмик дориларнинг Воган Уилямсга кўра таснифи Б.Н.Сингх ва Д.С.Харрисон томонидан ўзгартирилган шакли қабул қилинган. Ушбу тасниф бизга ҳозирда маълум бўлган барча антиаритмик дориларни қобилятига қараб 4 синфга бўлиш имконини беради:

1. "тез" жавоб берадиган тўқималарда деполаризацияни (ҳаракат потенциалининг 0-босқичи) ингибирлаш;
2. Юрак ка симпатик таъсирларни тўсиш;
3. реполяризация жараёнларини секинлаштириб, ҳаракат потенциалининг давомийлигини ошириш;

4. "секин" жавоб билан тўқималарда деполаризациясини секинлаштириш.

Маълум бўлган антиаритмик дориларнинг ҳар бири юқоридаги таъсирлардан бирига доминант таъсир кўрсатади, бу эса уни у ёки бу синфга киритиш имконини беради.

1. I синф антиаритмик дорилар (натрий каналларини блокада қилувчи дорилар).
2. Бета-блокаторлар: II синф антиаритмик дорилар.
3. III синф антиаритмик дорилар: калий каналларини блокада қилувчи дорилар.
4. "Секин" калций каналларининг блокаторлари: I В синф антиаритмик дорилар.

7-жадвал

Қоринчалар экстрасистолияси ва ҚТА такрорланишининг олдини олиш учун узоқ муддатли терапия учун асосий антиаритмик дорилар

Фармако-терапевтик гуруҳи	Дори васитасининг халқаро номи	Кўллаш усули	Исботланиш даражаси	Манба
III гуруҳ антиаритмик препаратлар	Амиодарон	200 мг 3 маҳал/сутка 1 хафта, сўнгра 200 мг 2 маҳал/сутка 1-2 хафта, сўнгра кўллаб кувватловчи доза 200 мг/сутка	I A (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
	Соталол*	80-120 мг 2 маҳал/сутка Максимал доза 320 мг/сутка	IIa C (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
III гуруҳ антиаритмик препаратлар	Атенолол	25-100 мг 1-2 маҳал/сут.	I A (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
	бисопролол	2,5-10 мг 1 маҳал/сут.	I A (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/

	карведилол	3,125-25 мг 2 махал/сут.	I A (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
	Метопролол сукцинат	25-100 мг 1-2 махал/сут.	I A (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
	Пропанолол	10-40 мг 4 махал/сут.	I A (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
I Б гуруҳ антиарит- мик препарат- лар	Фенитоин*	400-600 мг/сутка	IIA C (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320108/
I C гуруҳ антиарит- мик препарат- лар	Пропафенон	150-300 мг 1 таблетка 3 махал/сутка	IIA B (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
	Аллапинин	25-50 мг 3 махал/сутка	IIa B (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
	Этализин	25-100 mg 1 таблетка 3 махал	IIA C (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320108/
IV гуруҳ антиарит- мик препарат- лар	Верапамил	240-480 мг/сут.	IIA B (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
	Дилтиазем*	120-360 мг/сут	IIA C (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/

* - маскур дори воситаси Ўзбекистонда 2023 йил ҳолатида қайд этилмаган. Адабий манбаларга ҳаволалар қавс ичида берилган.

8-жадвал

ҚОРИНЧА ТАХИКАРДИЯСИ ПАРОКСИЗМИНИНГ БАРТАРАФ ЕТИШГА ҚАРШИ ҚЎШИМЧА АРИТМИК ДОРИЛАР

Фармако- терапев- тик гуруҳи	Дори васитаси- нинг халқаро номи	Кўллаш усули	Исботланиш даражаси	Манба
------------------------------------	--	--------------	------------------------	-------

Калий препаратлари	Калий хлорид 4% - 10 мл Калий таркибли препаратлар	в/и дозаторда ёки глюкоза эритмасида максимал суткалик доза 100 мл/сут, таблеткалар 1 таблетка 3 маҳал қонда калий назоратида	III C (2)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
Магний препаратлари	Магний сульфат 25% -10 мл, Магний цитрат 400 мг, Магний препаратлари	в/и дозаторда ёки глюкоза эритмасида максимал суткалик доза 100 мл/сут, таблеткалар 1 таблетка 3 маҳал қонда магний назоратида	III B (2)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/

Амбулатория шароитида даволашнинг жарроҳлик усуллари амалга оширилмайди.

4.1.1. Тиббий ёрдам кўрсатиш туридан келиб чиқиб шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалари:

- 1) режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:
 - Асосий касалликнинг умумий ҳолати асосида тавсия этилади (Асосий касаллик клиник протоколида келтирилган режали даво турига қаранг)
- 2) шошилиш ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:
 - Қоринчалар тахикардияси пароксизмлари (гемодинамик турғун ва нотурғун турлари)
 - Ноаниқ этиологияли пресинкопе ва синкопе ҳолатлари
 - тўсатдан юрак тўхташи мувоффақиятли реанимациядан омон қолган беморлар

4.2. Стационар даражасида даволаш тактикаси:

ҚТ ни мувоффақиятли даволаш ва ТЮЎни олдини олишнинг энг муҳим шarti юракнинг асосий касалликлари ва бирга келадиган хамроҳ касалликларни самарали даволашдир. ЮИК - ҚА ва ТЮЎни келтириб чиқарадиган асосий юрак патологиясидир. ЮИК ва ҚТ пайдо бўлишига олиб келадиган асосий касалликни даволаш/кўриб чиқиладиган шароитларга мувофиқ амалга оширилиши керак.

9-жадвал

**Қоринчалар экстрасистолияси ва ҚТА, ҚТ нистационар шароитда даволаш
учун қўлланилувчи асосий антиаритмик дорилар**

Фармако-терапев-тик гуруҳи	Дори васитаси-нинг халқаро номи	Қўллаш усули	Исботланиш даражаси	Манба
III гуруҳ антиаритмик препаратлар	Амиодарон	200 мг 3 маҳал/сутка 1 ҳафта, сўнгра 200 мг 2 маҳал/сутка 1-2 ҳафта, сўнгра қўллаб кувватловчи доза 200 мг/сутка, гемадинамик нотурғун ҳолатларда в/и оқим билан 5 мг/кг 15-20 мин давомида, сўнгра в/и томчилаб: 1 мг/мин — 6 соат, 0,5 мг/мин — 18 соат (1200 мггача суткада)	I A (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
	Соталол*	80-120 мг 2 маҳал/сутка Максимал доза 320 мг/сутка	IIa C (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
II гуруҳ антиаритмик препаратлар	Атенолол	25-100 мг 1-2 маҳал/сут.	I A (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
	Бисопролол	2,5-10 мг 1 маҳал/сут.	I A (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
	Карведилол	3,125-25 мг 2 маҳал/сут.	I A (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/

	Метопролол	25-100 мг 1-2 махал/сут.	I A (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
	Пропранолол	10-40 мг 4 махал/сут.	I A (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
I A гуруҳ антиарит- мик препарат- лар	Прокаинам ид *	в/и оқим 10-17 мг / кг дан 20-50 дақиқа давомида, кейин керак бўлганда в/и томчилатиб 1-4 мг / мин.	IIA B (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
I B гуруҳ антиарит- мик препарат- лар	Фенитоин*	400-600 мг/сутка	IIA C (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
	Лидокаин	1-2 мг / кг в/и (100- 200 мг) 3-5 дақиқа давомида, агар керак бўлса, 1-4 мг/мин томчилаб юборилади.	IIA B (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
I C гуруҳ антиарит- мик препарат- лар	Пропафенон	150-300 мг 1 таблетка 3 махал/сутка	IIA B (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
	Лапаконитин гидробромид	25-50 мг 3 махал/сутка	IIA B (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
	Диэтиламин о- пропионил- этоксикарбо- ниламино- фенотиазин а гидрохлорид	25-100 мг 1 таблетка 3 махал	IIA C (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
IV гуруҳ антиарит-	Верапамил	240-480 мг/сут.	IIA B (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/

мик препаратлар		Инекцион шаклда в/и оқим ҳар 15-30 дақиқада 2,5-5 мг		.gov/27222591/
	Дилтиазем*	120-360 мг/сут	ПА В (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
Бошқа антиаритмик	Трифосадин*	2 сония давомида 10 мг реактивда / ичкарида. 2 дақиқадан сўнг, 2 сония давомида 20 мг ни, кейин 2 дақиқадан сўнг 30 мг ни 2 сония давомида қайта киритиш мумкин.	ПА С (1)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/

* - маскур дори воситаси Ўзбекистонда 2023 йил ҳолатида қайд этилмаган. Адабий манбаларга ҳаволалар қавс ичида берилган.

10-жадвал

Қоринчалар экстрасистолияси ва ҚТА такрорланишининг олдини олиш учун узоқ муддатли терапия учун асосий антиаритмик дорилар

Антиаритмик препарат (синфи)	Кўрсатмалар	Кўп учрайдиган ножўя таъсири	Қарши кўрсатмалар	Манба
Амиодарон (III)	ҚЭ, ҚТ, ҚФ, шу жумладан СЮЕ, патологик (> 1,4 см) ЧҚГ, ЮИК билан оғриган беморларда	Юрак: гипотензия, брадикардия, АВ блокадаси, “пируэт” туридаги ҚТ, ҚТ ИКД аниқлаш чегарасидан пастроқ секинлашиши, дефибриляция чегарасининг ошиши Юракдан	Даволашни бошлашдан олдин QT> 480 мс Юрак етишмовчилиги III-IV ФС (НУНА) Синус брадикардияси, СА-қамали II-III даражаси АВ қамали II-III даражаси ЭКС йўқлигида	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/

		ташқари: кератопатия, гипо- ва гипертирео- идизм, қусиш, ич қотиши, фотосенси- билизация, атаксия, бош айланиши, периферик нейропатия, тремор, дори- дармонли гепатит, жигар циррози, ўпка фибрози, пневмонит		
β- адре- ноблока- торлар (II): Бисопро- лол, Карведи- лол, Метопро- лол, Пропано- лол	ҚЭ, ҚТ, шу жумладан СЮЕ, патологик ЧҚГ (> 1,4 см), ИККС, туғма узайган QT синдроми, катехоламин- эргик полиморф ҚТ билан оғриган беморларда	чарчоқ, bronхооб- структив синдроми, хавотирлик, депрессия, диарея, либидо пасайиши, инсулинга боғлиқ диабетда гипоглике- мия	СА –қамали II- III даражаси, АВ қамали II-III даражаси, синус брадикардия (кардиостимуля- тор йўқлигида), артериал гипотензия, СЮЕ IV ФС, bronхо- обструктив синдроми	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
Прокаин- амид (IA)	Ўткир МИ билан оғриган беморларда ҚТ, юрак гликозидлари билан заҳарланиш	Синусли брадикардия ≤50 зарба/дақ, АВ- ўтказувчан- ликни	Артериал гипотония, брадикардия, АВ- ўтказувчанликни бузилиши, қоринчалар ичи	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/

	туфайли ҚТ, кардиожарроҳликдан кейин	бузилиши (II-III даражали камал), QRS >160 мс, QTc ≥500 мс	ўтказувчанлигини бузилиши, дефибрилляция бўсағасини ошиши, пируэт туридаги ҚТ	
Лидокаин (IV)	Ўткир МИ билан оғриган беморларда ҚТ, юрак гликозидлари билан захарлан ҚТ, кардиожарроҳликдан кейин	ЭКГ интервалларига сезиларли таъсир кўрсатмайди. QTc ни қисқартириши мумкин	Делирий, психоз, эпилептик тутилишлар, тремор, дизартрия (қунига 1 г ёки ундан кўп томчилатиб юборилганда)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
Соталол (III)	ҚЭ, ҚТ, ҚФ	СА-қамали II-III даражаси, АВ-қамали II-III даражаси, синус брадикардияси (ЭКС йўқлигида), артериал гипотония, СЮЕ III-IV ФС, патологик (>1,4 см) ЧҚГ, МИни ўткир даври, бронхообструктив синдроми	Юрак: брадикардия, гипотензия, АВ қамали, СЮЕ декомпенсацияси.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
Пропафенон (IC)	ҚЭ, ҚТ (юракнинг тизимли)	Кардиал: СА-қамали, АВ-қамали,	СА қамали II-III даражаси, АВ қамали II-III	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/

Аллапинин (IC)	шикастланиши бўлмаса)	QRS комплексини 25% гача кенгайиши, салбий инотроп таъсири, СЮЕнинг оғирлашиши, юракнинг стимуляциясини ва дефибрилляциясини бўсағасини ортиши, Аритмоген таъсир-мономорф ҚТ ва ҚФ. Нокардиал: бош айланиши, чарчоқ, оғиз куриши, кўнгил айланиши, диарея, тремор, лойқа кўриш, жигар фаолияти бузилиши	даражаси, синусли брадикардияси (ЭКС йўқлигида), артериал гипотензия, СЮЕ III-IV ФС, патологик (> 1,4 см) ЧҚГ, МИнинг ўткир даврида, бронхо-обструктив синдром	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
Этацизин (IC) *				https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
Верапамил (IV) Дилтиазем (IV)		Кардиал: гипотензия, АВ қамали, синусли брадикардияси, паст ОФ бўлган беморларда	СА-қамали II-III даражаси, АВ-қамали II-III даражаси, синусли брадикардия (ЭКС йўқлигида), СЮЕ, ЧҚ ОФ пасайиши,	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/

		СЮЕ нинг оғирлашиши Нокардиал: бош оғриғи, тошма, милк гиперплазияси, қабзият, диспепсия	БФ/БТ WPW синдромида	
Трифосаденин	"Идиопатик" ҚТ:ЧҚТ чиқиш йўлидан, Фасикуляр ҚТ	Бош оғриғи, бош айланиши, тахикардия, кўнгил айнаши, полиурия	Синус тугунининг арести ёки АВ қамали II-III даражаси (тринзитор), БФ пароксизмини ривожланиши мумкин. Нафас сиқиши, бронхоспазм	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/

11-жадвал

ҚОРИНЧА ТАХИКАРДИЯСИ ПАРОКСИЗМИНИНГ БАРТАРАФ ЕТИШГА ҚАРШИ ҚЎШИМЧА АРИТМИК ДОРИЛАР

Антиаритмик препарат (синфи)	Кўрсатмалар	Кўп учрайдиган ножўя таъсири	Қарши кўрсатмалар	Манба
Магний сульфат	QTc интервалини узайиши	Юрак: гипотензия	Артериал гипотония	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
Калий хлорид ва Калий препаратлари	Гипокалиемиа	Юрак: брадикардия, гипотензия, АВ қамали, гиперкалиемиа	Гиперкалиемиа, оғир даражали буйрак етишмовчилиги	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/

ҚА билан оғриган беморлар учун терапевтик ёндашувни аниқлашда уларда юракнинг структуравий патологиясининг мавжудлиги ёки йўқлигига асосланади. Асосий антиаритмик дорилар рўйхати, рецепт бўйича кўрсатмалар, дозалари ва ножўя таъсирлари иловада келтирилган (7,8,9,10,11-жадваллар). Улардан фойдаланиш турлича, вазифаларга қараб - ҚТ бартараф қилиш ёки профилактик мақсадда қўллаш мумкин.

Юракда структуравий ўзгаришлари бўлмаган/ЧҚД беморларда антиаритмик терапия

ЧҚД/Юракда структуравий патологияси бўлмаган беморларда ҚА ни тиббий даволаш тавсия этилмайди, чунки бу беморларда ТЮЎ хавфи паст ва профилактикани талаб қилмайди [1]. **ЕКЖ IIIA**

Юракнинг структуравий патологияси бўлмаган "идиопатик" деб аталадиган ҚА якка, жуфтланган ҚЭ, ҚТ эпизодлари, шунингдек, аналогик қоринчалар парасистолиясининг шунга ўхшаш кўринишларида намоён бўлиши мумкин.

ЧҚД/Юракда структур ўзгариши бўлмаган беморларда ҚЭ тури уларнинг суткалик умумий сони ва боғланиш интервалининг ошиб боришига қарамасдан ТЮЎ хавфи ижобий баҳоланади. ЧҚД/Юракда структур ўзгариши бўлмаган беморларда ҚЭ куйидаги ҳолатларда медикаментоз даво тавсия қилинади: суткалик ХМЭКГ натижаларига кўра ЖЭ сони умумий юрак қисқаришлар сонининг 15% дан кўп бўлган ва тез-тез қоринчалар аритмияси фонида клиник белгилар ёки юрак бўшлиқларининг кенгайиши ва ЧҚ қисқариш функцияси пасайиши намоён бўлса тавсия қилинади. **ЕКЖ IC**

ЧҚД/Юракда структур ўзгариши бўлмаган беморларда ҚА беморларини даволаш учун бета-блокаторларни, юракка тўғридан-тўғри таъсир қилувчи "секин" калций каналларининг блокаторларини (верапамил), шунингдек I ва III синф ААП ларни буюриш тавсия этилади. B.N.Singh ва D.C.Harrison томонидан таснифланган E.M.E.M.Vaughan-Williams томонидан модификация қилинган. **ЕКЖ IIa B**

I C синфининг антиаритмик препаратлари (пропафенон, этагизин, аллапинин, шунингдек III синф антиаритмик дорилар (соталол ва амиодарон).

ЧҚД/Юракда структур ўзгариши бўлмаган беморларда мономорф ҚТ (идиопатик ҚТ) пароксизмларининг мавжудлиги ТЮЎ хавфини оширмайди. Дори воситаларининг профилактикаси талаб қилинмайди. **ЕКЖ IA**

ТЮЎ хавфи нуқтаи назаридан, идиопатик ҚТ билан кўп ҳолларда беморлар узоы умр кўриши учун ижобий прогноз бор, аммо, бу аритмиялар тизимли гемодинамика (синкопе, ўпка шиши) аниқ касалликлар билан бирга бўлиши мумкин, ва узоқ муддатли доимий давомийлиги билан-миокард қисқарувчанлигининг прогрессив пасайишига ва кардиопатия ривожланишига олиб келади. Бу ҳолатларда самарали антиаритмик даво бўлмаса, беморларнинг ҳаётига хавф туғдириши мумкин.

Структуравий бўлмаган юрак касаллиги бўлган беморларда ҚТ мавжуд бўлганда, доимий хуружларнинг қайталанишини олдини олиш учун Бета-блокаторларни, верапамилни ва III ААП, I ва III синфларни буюриш тавсия этилади. **ЕКЖ IIa B**

ҚТ нинг такрорланишини олдини олиш учун ААТ учун препаратни танлаш ҚТ нинг турли шакллари хос бўлган индивидуал кўзгатувчи омилларни, ЭКГдаги ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак. Жисмоний юклама сабабли кузатиловчи ҚАларида бета-блокаторлар танланадиган доридармонлардир. Верапамилни профилактика мақсадида қўллаш пароксизмал бўлмаган ҚТни даволаш ва фасикуляр чап қоринча тахикардиясининг пароксизмларини олдини олиш учун мақсадга мувофиқдир. Пароксизмал

мономорф ҚТнинг қайталанишини олдини олишнинг энг самарали воситаси I ва III синф ААПлардир.

Структуравий юрак касаллиги / ЧҚД билан оғриган беморларда қоринча эктопик фаоллигининг антиаритмик терапияси

Структуравий юрак касаллиги / ЧҚД бўлган беморларда ААТ препарати ҚЭ, аритмия клиник белгилар билан кечадиган ёки юрак бўшлиқларининг кенгайишига ва юрак уриш сониининг 15% дан ортиқ миокард қисқаришининг пасайишига олиб келадиган ҳолларда тавсия этилади.

Структур юрак патологияси/ЧҚД бўлган беморларда ҚА мавжуд бўлганда, ТЮЎ хавфи юқори бўлса, унинг профилактикаси учун ААТ ўтказиш тавсия этилади. **ЕКЖ IA**

Структуравий юрак касаллиги бўлган беморларда ТЮЎ хавфи ЧҚД нинг табиати ва оғирлигига боғлиқ. Структуравий юрак касаллиги, тез-тез ҚЕ (соатига > 10 ҚЭ), ҚА нинг бир нечта шакллари (жуфтланган ҚЭ, давомий ҚТ) ва / ёки ЧҚ қисқариш функцияси (ЧҚОФ қиймати <40%) бўлган беморларнинг мавжудлиги ТЮЎ нинг юқори хавф билан боғлиқ.

Бирламчи ёки иккиламчи профилактикани талаб қиладиган ТЮЎ хавфи юқори бўлган миокарднинг таркибий шикастланиши/ЧҚД бўлган беморларни даволаш учун уларни қўллашга қарши кўрсатмалар ва юзага келиши мумкин бўлган ножўя таъсирларни ҳисобга олган ҳолда Бета-блокаторлар гуруҳидан дори-дармонларни буюриш тавсия этилади. **ЕКЖ IA**

Структуравий юрак патологияси/ЧҚД билан оғриган беморларда ТЮЎ хавфини камайтириш учун ААТ дан фойдаланиш (Бета-блокаторлар бундан мустасно) тавсия этилмайди. **ЕКЖ IIIA**

Структуравий юрак патологияси/ЧҚД билан оғриган беморларда ААП IC синф (натрий каналлари блокаторлари) ва "секин" калций каналлари блокаторларидан фойдаланиш ҳаёт учун хавфли ҚТ ва ТЮЎ хавфининг ошишига, шунингдек юрак етишмовчилигининг ривожланишига олиб келиши мумкин;

Имплантация қилинган ЮРТ мосламалари бўлган беморларда АА препаратини қўллаш тавсия этилган даражадан паст бўлган бивентрикуляр ритм фоизини пасайишига олиб келадиган ҳолларда тез-тез ҚЭни бостириш учун тавсия этилади.

Структуравий юрак касаллиги/ЧҚД бўлган беморларда Бета-блокаторлар, соталол, амиодарон ёки Бета-блокаторлар ва амиодарон комбинацияси ААТ сифатида тавсия этилади. **ЕКЖ IA**

Бета-блокаторлар ААТ ҚА ни даволашнинг асоси сифатида қаралиши керак. Соталол бета-блокаторларга қараганда самаралироқ, ҚА ни бостиради, аммо уни ЧҚОФ қиймати <20%, ЧҚ миокард гипертрофияси >14 мм, шунингдек ЮЕ белгилари бўлган беморларга қўллаш тавсия этилмайди. Амиодарон монотерапия сифатида ва бета-блокаторлар билан биргаликда юракнинг структуравий патологияси бўлган беморларда ҚАни даволаш учун энг самарали ААП ҳисобланади. Шу билан бирга, ундан фойдаланиш оғир зарарли таъсирлари келиб чиқишини баҳолаш билан бирга олиб борилади. Натижада, бошқа ААПлардан фойдаланиш самарасиз ёки имконсиз бўлса, амиодаронни буюриш мақсадга

мувофикдир.

ҚАни даволашда юракнинг структуравий касаллиги ва ЧҚД бўлган беморларда ҚА ни даволаш учун I синф антиаритмик дорилар ва "секин" калций канал блокаторларидан фойдаланиш тавсия этилмайди. ЕКЖ III А

ҚАни даволашда юрак ишемик касаллиги билан оғриган беморларда, шунингдек, ЧҚ қон отиш функцияси (< 40%) ёки шунга олиб келувчи касаллиги бўлган, сурункали ЮЕ якқол намоён бўлган, анамнезида миокард инфаркти ўтказган, ЧҚлараро тўсиқ гипертрофияси (чап қоринча миокард қалинлиги > 14 мм) бўлган беморларда ААП I синфини қўллаш мумкин эмас. "Секин" калций каналларининг блокаторлари (верапамил ва дилтиазем) юракнинг тизимли касаллиги бўлган беморларда гипертензияни даволашда самарасиз бўлиб, ЧҚ ва ЮЕ билан касалланган беморларнинг прогнозини ёмонлаштириши мумкин.

Юракнинг структуравий патологияси бўлган беморларда ААП ни терапевтик дозада буюрилганда даво фонида такрорий ХМЕКГ назорати остида ААТ билан даволаш самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш тавсия этилади. ЕКЖ IIАС.

Бета-блокаторларни қўллашнинг 3-5 кунда, соталол – 5-7 кунда, амиодаронни 5 ҳафтадан кейин титрлаш тавсия этилади. Ҳар бир кейинги ААПни тайинлаш аввалгисининг 5 ярим чиқарилиши давридан кейин, амиодарон учун – бекор қилинганидан кейин 1,5 ойдан кейин амалга оширилиши керак. Синовдан ўтган ААП самарадорлигини баҳолаш учун қуйидаги мезонлардан фойдаланиш тавсия этилади: ААПни терапевтик дозада қабул қилишда ҚЭ умумий сонининг камайиши 50% га ҚЭ сонининг камайиши қайд этилиши ёки ААП қабул қилмаганида дори қабули пайтидаги ҚЭ нинг сони 2 мартадан ортиқ бўлиши, бунга параллел равишда, беморлар жуфт ҚЭ сонининг 10 баравар ёки ундан кўпроғига камайишини, шунингдек ҚТ эпизодларининг тўлиқ йўқ бўлиши дори препарати эффекти самарали дейишимизга асос бўла олади.

Структуравий юрак касаллиги ёки ЧҚД бўлган беморларда ҚТ/ҚФ хуружлари мавжуд бўлганда, агар улар имплантациядан бош торса, амиодарон ёки амиодарон ва бета-адренергик блокаторларнинг комбинациясини буюриш тавсия этилади.

ТЮЎнинг бирламчи иккиламчи профилактикасига муҳтож бўлган беморларда амиодарон ва унинг Бета-блокаторларини биргаликда қўллаш ҚТ/ҚФ пайдо бўлишининг олдини олиш ва беморнинг умрини узайтириш мумкин бўлган КВД учун ягона дори алтернативидир.

ҚТ/ҚФ пароксизми бўлган беморларни даволаш аритмик хуружларнинг бошланишига асос бўлган индивидуал патогенетик омилларни аниқлаш ва бартараф қилиш билан параллел равишда амалга оширилиши керак. I С

ҚТ пайдо бўлишига олиб келадиган потенциал патогенетик омиллар бу дориларнинг аритмоген таъсири, электролитлар бузилиши (гипокалиемия, гипомагнезиемия) ва ўткир ишемия.

Қоринча тахикардиясининг доимий пароксизмаларини бартараф этиш

ҚТ пароксизмлари билан курашиш алгоритми ва ҚТ пароксизмаларини бартараф этиш учун дориларнинг дозалари иловада келтирилган.

Қон айланишининг тўхташида (пулссиз ёки АБсиз ҚТ) ўпка юрак реанимация комплексини (ЎЮР) зудлик билан бажариш тавсия этилади [1]. ЕКЖ I С

Қон айланишининг тўхташи (пулссиз ҚТ ёки БФ) реанимациянинг асосий элементи юракнинг фавқулодда электр дефибриляциясидир [1, 4]. ЕКЖ I С

Уч марта самарасиз дефибрилатор зарбасидан сўнг пулссиз ҚФ / ҚТда, давом этаётган реанимация чораларининг самарадорлигини ошириш ва ҚТ/ҚФ нинг дарҳол қайталанишини олдини олиш учун ЎЮР фонида 300 мг амиодаронни томир ичига юбориш тавсия этилади. ЕКЖ I А

5 та самарасиз дефибрилатор зарбасидан кейин қўшимча 150 мг амиодарон в/и юбориш тавсия этилади.

ҚФ ни тўхтатиш имкониятини ошириш ва амиодарон мавжуд бўлмаса, ҚТ/ ҚФ зудлик билан қайталанишининг олдини олиш учун дефибриляция муваффақиятсизлиги ёки аритмияларнинг доимий такрорланиши ҳолатларида лидокаинни вена ичига юбориб ЎЮРни давом еттириш тавсия этилади. II Б

Ҳар 3-5 дақиқада 1 мг эпинефринни томир ичига юбориш. Биринчи доза киритилгандан сўнг, реанимация чораларининг самарадорлигини ошириш учун юрак уришини даволаш, қон айланишининг тўхташи билан бирга келадиган ритмдан қатъи назар, самарали қон айланишини қўшимча равишда тиклаш тавсия этилади. ЕКЖ II Б А

Препаратнинг(эпинефрин) юқори дозаларини қўллаш стандарт 1 мг дозага нисбатан афзалликларга эга эмас.

Эпинефриннинг биринчи дозасини қўллаш ва ҚТ қон айланишининг тўхтатилиши билан бирга келадиган юрак ритмига боғлиқ:

- дефибриляция ёки кардиоверсияга сабаб бўлган ритмлар, эпинефриннинг биринчи дозаси учта самарасиз дефибрилатор зарбасидан кейин киритилади;

- Эпинефриннинг биринчи дозасини дефибрилатор зарбаси (электромеханик диссоциация ва асистолия) билан даволаш мумкин бўлмаган ритмлар вена ичига юбориш йўли ўрнатилгандан сўнг дарҳол киритилади.

Дори-дармонларни қабул қилиш юрак уришини тўхтатмаслиги ва дефибриляция ёки кардиоверсия каби аралашувларни кечиктирмаслиги керак.

Гемодинамиканинг ўткир бузилишлари (симптоматик артериал гипотензия, ҳушидан кетиш / пресинкопе, ўткир миокард ишемияси белгилари, ўпка шиши/ўткир юрак етишмовчилиги) билан келадиган ҚҚС учун фавқулодда электрик кардиоверсия тавсия этилади. ЕКЖ I Б

Шошилиш тиббий ёрдам ва кенг QRS комплексли тахикардия пароксизмларини кузатилганида қоринча тахикардияси (ҚТ) таъхиси шубҳа бўлган ҳолатлар бундан мустасно, уни ҚТ сифатида баҳолаш тавсия этилади. ЕКЖ I С

Кенг QRS комплекслари билан кузатиловчи тахикардияни фақат ўткир гемодинамик бузилишлар йўқлиги асосида суправентрикуляр деб талқин қилиш кенг тарқалган клиник хато ҳисобланади. ҚТни бартараф қилиш учун ишлатиладиган ААПлар қоринчалар усти тахикардиясида ҳам самарали бўлиб, адашиб қоринчалар усти тахикардиясини бартараф этиш учун ишлатиладиган дорилар (верапамил) эса беморларда қон босими пасайишини келтириб чиқариши мумкин.

Вена ичига юбориш прокаинамид ўткир гемодинамик бузилишларсиз содир бўлган ҚТ пароксизмларини энгиллаштириш учун тавсия этилади.

Амиодаронни вена ичига юбориш ўткир гемодинамик бузилишларсиз кечадиган ҚТ пароксизмларини даволаш учун тавсия этилади. ЕКЖ Па Б

Бета-блокаторларни (Метопролол, Эсмолол) томир ичига юбориш миокард ишемияси билан қўзғатилган ҚТ/ҚФ доимий такрорланишини энгиллаштириш ва олдини олиш учун тавсия этилади. ЕКЖ Па Б

верапамилга сезгир ҚТ ташхиси шубҳали бўлмаган ҳолатларда ҚТни даволаш учун верапамилни томир ичига юбориш тавсия этилади. ЕКЖ Па Б

Пароксизмал мономорф ҚТ махсус, кам учрайдиган шакли фастикуляр чап қоринча тахикардияси бўлиб, у Гис тўпламининг чап оёқчаси (баъзан олдинги шохланиши) орқа шохланиши қўзғалиш тўлқинининг туташувида иштирок этиш билан реентри механизмга асосланган ҳолда келиб чиқади. Пароксизм пайтида QRS мажмуалари ЮЭЎ нинг чап томонга оғиши билан Гис тутаимининг ўнг оёқ блокадасига хос конфигурацияга ега. Тахикардия механизмини шакллантиришда Гис-Пуркинже тизимининг проксимал тузилмаларининг иштироки унинг бошқа хусусиятларига сабаб бўлади: 1) QRS комплексларининг давомийлиги камдан-кам ҳолларда 120 мс дан ошади; 2) пароксизмларни нафақат қоринча, балки бўлмача экстрасистолиялар орқали ҳам бошлаш мумкин; 3) Верапамил бу тахикардия (бу сабабларга кўра, у ҳам "Верапамил сезувчи қоринчалар тахикардияси" деб аталади, ва верапамилни вена ичига фойдаланиш нафақат пароксизм бартараф қилиш учун бир йўл сифатида эмас, балки диагностика мақсадида ҳам хизмат қилади (бу сабабларга кўра, шунингдек, аниқ тахикардия механизмини тасдиқлайди диагностик дори синов туридаги сифатида) юқори самарали ҳисобланади. Тахикардиянинг бу шаклда самарали метод бу- катетер абляция. Фассикуляр чап қоринча тахикардиялари бошқа аритмия шаклларидан тубдан фарқ қилиб, ТЮЎ хавфи ҳам ўзгача бўлиб, оғирлигига, бошқа пароксизм билан кечувчи аритмиялардан органик юрак касаллиги белгилари йўқ ёшларда аниқланади.

Верапамил қон босимининг пасайишига олиб келиши ва ўткир гемодинамик касалликларга олиб келиши мумкин, шунинг учун у ҚТнинг бошқа шакллари бўлган беморларда қарши кўрсатмадир.

Аденозинга сезгир ҚТ ташхиси шубҳа бўлмаганда ҚТни даволаш учун трифосаденинни томир ичига юбориш тавсия этилади.

Ўнг қоринча чиқиш йўлларида келиб чиқадиган тахикардия трифосаденинга сезгир. Трифосаденин қон босимининг пасайишига олиб келиши ва ўткир гемодинамик бузилишларга олиб келиши мумкин, шунингдек, "ўғирлаш ҳодисаси" ни кучайтириши ва миокард ишемиясини кучайтириши мумкин, шунинг учун ҚТ нинг бошқа шакллари бўлган беморларда препаратни қўллашга қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Ўткир коронар синдромда қоринча аритмияларини даволаш

ҚЭ ва номуқим ҚТ тез-тез, айниқса ЎКС билан ST сегмент кўтарилиши (реперфузион аритмия) билан кечувчи МИИли беморларда, асосий коронар аралашуви давомида кузатилади. Улар камдан-кам ҳолларда гемодинамик касалликларга олиб келади ва махсус даволаш талаб қилмайди. Узоқ муддатли доимий ва тез-тез ҚА кузатилиши яна реваскуляризация зарурлигини кўрсатади (мисол учун, такрорий ангиография/ТОКА) [3, 5]. Номуқим ҚТ гемодинамиканинг

бузилиши билан бирга кечса, амиодаронни (300 мг оқим билан) тайинлаш лозим [2]. Такрорий доимий ҚТ, айниқса полиморф характердаги ёки такрорий ҚФ тўлик бўлмаган реперфузия белгиси ёки ўткир ишемиянинг такрорланиш белгиси бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда фавкулудда коронар ангиография амалиёти кўриб чиқилиши керак. ҚФ га ўтиш билан такрорий полиморф ҚТ Бета-блокаторлар билан даволанишга ижобий жавоб бериши мумкин. ҚТ ёки ҚФ эпизодлар сонининг камайишига ҳисса қўшади. Амиодарон (150-300 мг в/и) тез гемодинамик муҳим ҚА камайтириш учун фойдаланиш мумкин

ЎКС учун бошқа антиаритмик дориларни (масалан прокаинамид, пропафенон) қўллаш тавсия этилмайди [7]. ЕКЖ III Б

Структур юрак касаллиги бўлган беморларда ҚА нинг олдини олиш учун Бета-блокаторларни буюриш тавсия этилади. ЕКЖ IIа Б

ТЮЎ ва ҚА нинг олдини олиш учун Бета-блокаторларни ичишга буюриш ЎКС билан касалланган барча беморларга касалхонага ётқизиш пайтида ва даводан кейин, қарши кўрсатмалар бўлмаса тавсия этилади.

Полиморф ҚТнинг такрорий эпизодлари учун Бета-блокаторлар билан даволаш тавсия этилади. Барқарор ҚТ нинг ААТ максимал симпатик блокадага қаратилган бўлиши керак [7]. ЕКЖ IIБ

МИ дан кейинги беморларда ҚА симптомларини бартараф қилиш учун амиодардан фойдаланиш тавсия этилади, аммо бундай терапия ўлим даражасига таъсир қилмайди. ЕКЖ I Б

ЎКС билан боғлиқ полиморф ҚТни даволаш учун амиодаронни томир ичига юбориш тавсия этилади. ЕКЖ I С

ТЮЎ ёки ҚФ нинг такрорий эпизодлари бўлган беморларда юрак тўхташини олдини олиш ва олдини олиш учун электролитлар мувозанатини тиклаш тавсия этилади. ЕКЖ I С

Лидокаинни вена ичига юбориш Бета-блокаторлар ёки амиодарон билан даволашга жавоб бермаган доимий ҚТ ёки ҚФнинг такрорий эпизодларини, шунингдек амиодарон билан даволашга қарши кўрсатмалар бўлганда даволаш учун тавсия этилади. ЕКЖ IIа Б

Электрик дефибриляция. Электрик стимуляция

Аритмияни бартараф этиш учун барқарор ҚТ ёки ҚФ бўлган беморларга шошилишч электрик кардиоверсия ёки дефибриляция тавсия этилади [1-5]. ЕКЖ I С

Агар юрак тўхташи тиббий муассасада бўлса, дефибрилляцияни дарҳол амалга ошириш керак, чунки бу ҳолда юрак тўхтаб қолишининг сабаби тез, қатъий ҚА туфайли бўлиши эҳтимоли катта.

Мономорф ҚТ ва беқарор гемодинамика бўлган беморларга аритмияларни тўхтатиш ва самарали юрак фаолиятини тиклаш учун электрик кардиоверсия тавсия этилади. ЕКЖ I С

Электрик кардиоверсия гемодинамиканинг ўткир бузилишлари билан бирга бўлмаган, ААТ самарасиз, улардан фойдаланишга қарши кўрсатмалар, шунингдек, даволовчи шифокор ва бемор ритми тиклашнинг ушбу усулини афзал кўрган тақдирда, ҚТ пароксизмини энгиллаштириш учун тавсия этилади. ЕКЖ IIа Б

Мономорф ҚТ ни бартараф этиш ва самарали юрак фаолиятини тиклаш учун

қоринча юрак уриш тезлигини стимуллаш тавсия этилади [4-8]. ЕКЖ ІА С

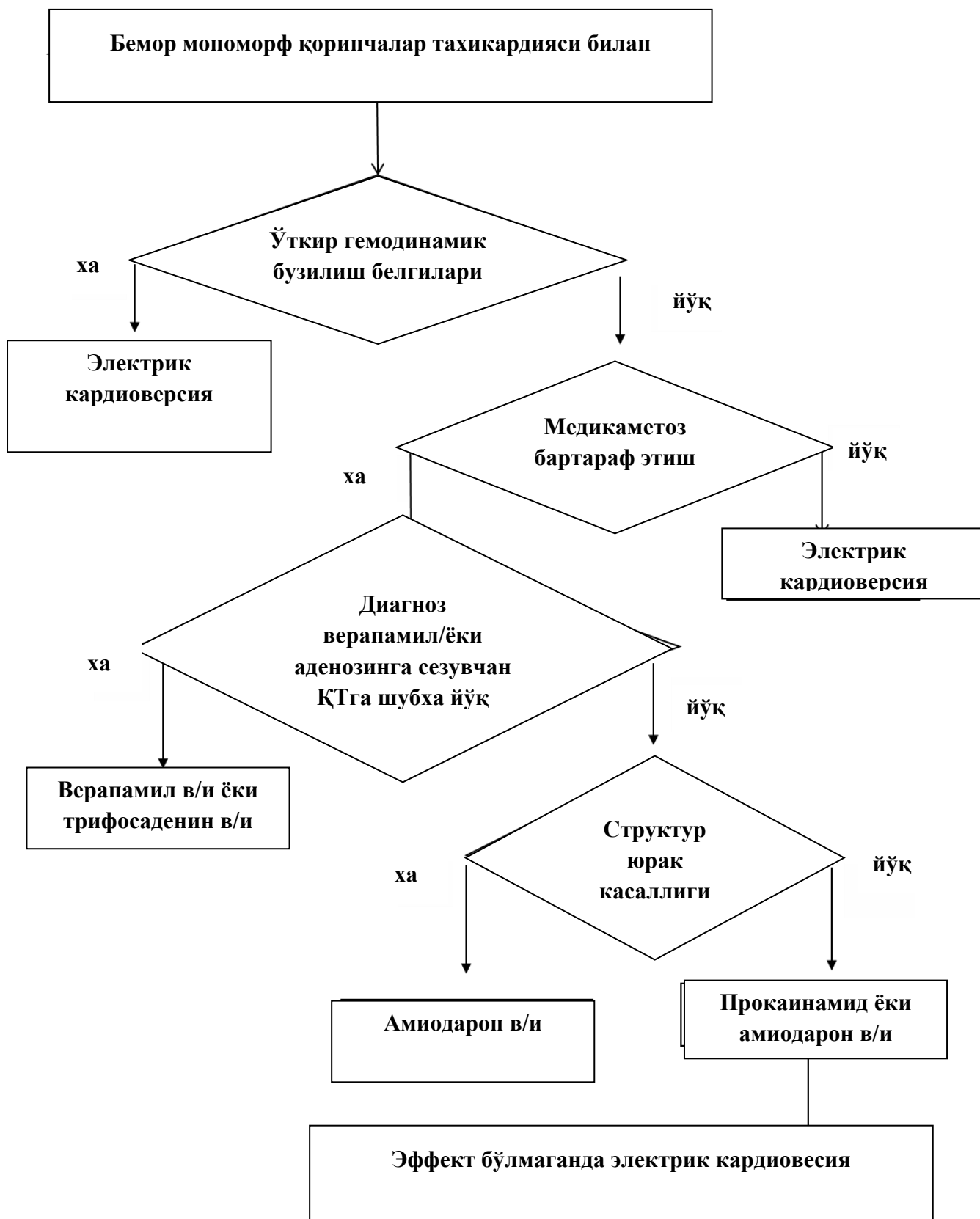
Қисқа муддатли мономорф ҚТни тиклаш учун қоринча қисқариш частотасини 8-10 пулс "тўпламли" частота билан қоринча қисқариш сонини ошириб борилиши юрак мономорф қоринчалар тахикардиясини тиклашда (Марказий веноз кириш асосида) ёки танага ўрнатиловчи қурилмалар ёрдамида (ЭКС, жойлаштирадиган КД қурилмалар) амалга оширилиши мумкин. Бу усул torsade de pointes туридаги ҚФ ва полиморф ҚТ ларни бартарақ этиш учун самарасиз.

Агар ААТ даволашга қарамай, ҚТ нинг тез-тез такрорланадиган эпизодлари юзага келса ва бу беморларда катетер абляция амалга ошириш мумкин бўлмаса, трансвеноз катетерни овердрайв усулда стимуляция тавсия этилади. Ижобий хронотроп таъсирга эга дорилар билан даволанишга қарамай, ҚТ/ҚФ пайдо бўлишининг олдини олиш учун синус брадикардияси белгилари бўлган беморларга вақтинча трансвеноз стимуляция тавсия этилади.

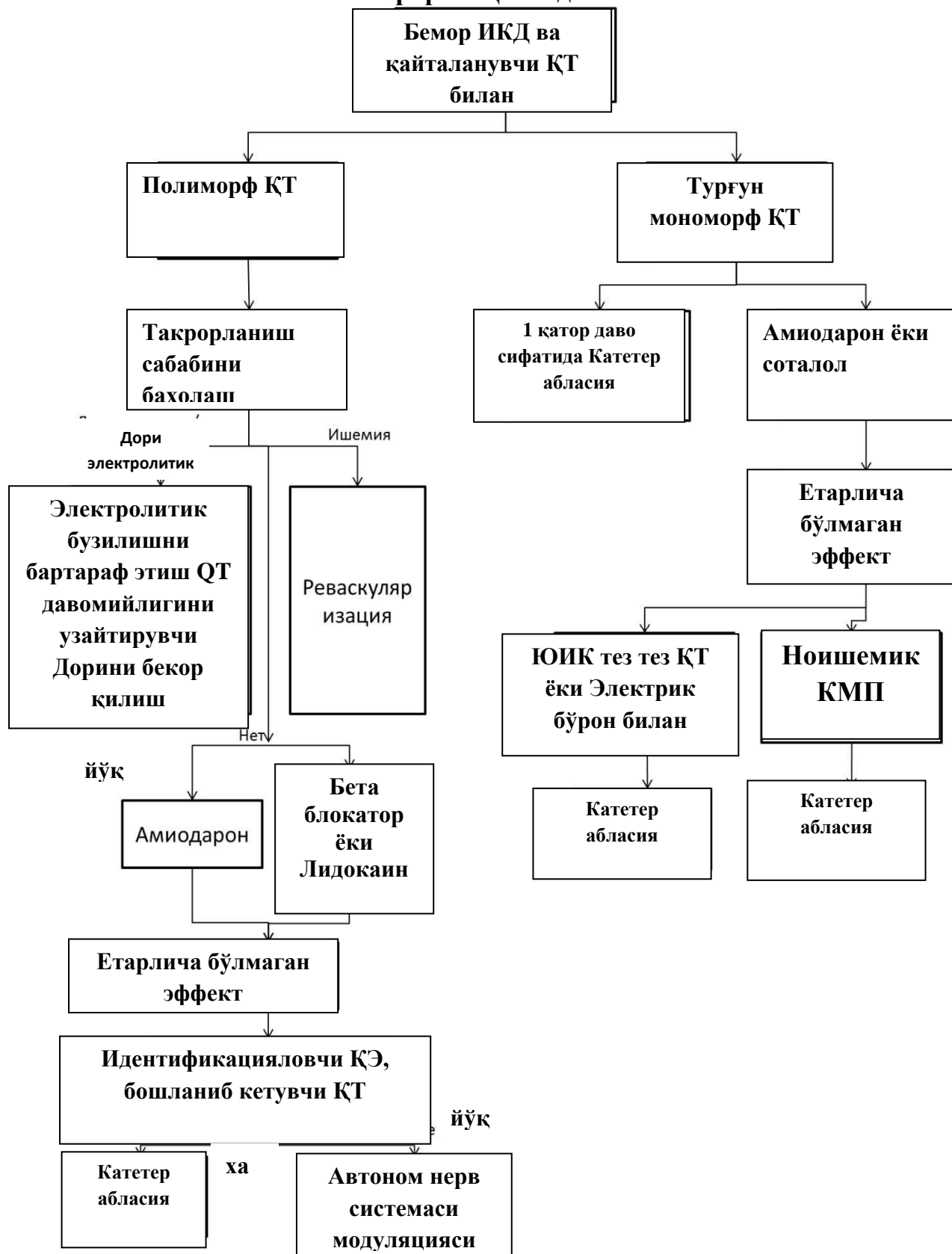
Вақтинчалик трансвеноз стимуляция ҚТ/ҚФ пайдо бўлишининг олдини олиш учун барқарор ўрнини босувчи ритмсиз оғир АВ блокадаси белгилари бўлган беморларга тавсия этилади. ЕКЖ І С

Қоринчалар тахикардияси пароксизмини бартараф этиш алгоритми ва ЮИК ва ишемик бўлмаган кардиомиопатия билан оғриган беморларда такрорий ҚТни даволаш қуйидаги жадвалларда келтирилган.

ҚОРИНЧА ТАХИКАРДИЯСИ ПАРОКСИЗМИНИ БАРТАРАФ ЭТИШ АЛГОРИТМИ



ЮИК ва ишемик бўлмаган кардиомиопатия билан оғриган беморларда такрорий ҚТни даволаш.



Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши беул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

4.2.1. ҚАнинг асосий касаллигини даволаш хусусиятлари

1. **Юрак ишемик касаллигини даволаш. Ўткир коронар синдром ва ўткир миокард инфаркти.** Охириги 10 йилликда Ўткир коронар синдромдан шифохона шароитида асосан эрта ўтказилган реваскуляризация ва адекват фармакотерапия сабабли ҚА учраш частотаси камайди. Вахоланги 6% беморларда клиник белгилар намоён бўлгандан сўнг дастлабки 6 соатда ёки реперфузия пайти ҚА ва ҚТ кузатилади. Ушбу ҳолатда тезкор ва тўлиқ ўтказилган коронар томир реваскуляризацияси, нофармакологик усуллар (кардиоверция, дефибрилляция, стимуляцияли катетер абляция), шунингдек антиаритмик дори воситалари орқали юрак ритмини тиклаш мумкин. [1] Агар реанимацион чоралардан олдин ёки сўнг ЭКГда ST сегмент элевацияси пайдо бўлса у ҳолда худди ST элевацияли ёки элевациясиз беморлардаги каби тезкор коронароангиография амалиёти ўтказилади. [59]. Бироқ ST сегмент элевацияси кузатилмаган ҳолларда ҳам 25-85% ҳолларда инфаркт ассотцирланган тож томир тромбози ёки обструкцияси ривожланиши мумкин. [2] Тиббий муассасадан ташқарида ёки шифохонада кузатилган юрак тўхташидан кейин хаётга қайтган беморларда ЭКГ текширувида ўзгаришлар аниқ намоён бўлмаганлиги ва коронар томир окклюзияси кузатилганлиги эҳтимоли сабабли, коронароангиография текшируви юракка боғлиқ бўлмаган патологияни истисно қилиш мақсадида фавқулодда амалга оширилади [3]. ЎКС ва/ёки гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли ҚТ ёки ҚФ бўлса, тез ва муваффақиятли реваскуляризация кейинги аритмияларнинг олдини олиш учун муҳим аҳамиятга ега ва кечиктирмасдан амалга оширилиши керак [4].

Кўкрак қафасидаги оғриқлар билан мурожаат қилган барча беморларга симптомларнинг бошланиши ва шифокор билан биринчи алоқа ва ҚТ бошланиши ўртасидаги вақтни, шунингдек, шифокор билан биринчи алоқадан реперфузиягача бўлган вақтни қисқартириш тавсия этилади [1,4,5]. ЕКЖ: IA

Клиник ўлимнинг ривожланишида асосий ва кўшимча реанимация тадбирларини Европа реанимация кенгаши (ЕРК) томонидан ишлаб чиқилган алгоритмларга мувофиқ бажариш тавсия этилади [6,7]. ЕКЖ: IB

Фавқулодда коронароангиография, агар керак бўлса, реваскуляризация билан, ҚТ ёки ҚФ нинг такрорий эпизодлари бўлган беморларга миокард ишемиясини истисно қилишнинг иложи бўлмаган ҳолларда тавсия этилади [6]. ЕКЖ: IA,

Миёкарднинг ишемик шикастланиши ва электр беқарорлигини камайтириш учун STсегмент элевациясили МИ учун фавқулодда реперфузия тавсия этилади [8]. ЕКЖ: I C

ST сегменти кўтарилмасдан МИ бўлган юқори хавф гуруҳли беморларда, шу жумладан ҳаёт учун хавфли бўлган ҚА билан оғриган беморларда ишемик шикастланиш ва миокарднинг электр беқарорлигини камайтириш учун коронар ангиография ва керак бўлганда келгандан кейин 2 соат ичида коронар ангиопластика ўтказиш тавсия этилади [2]. ЕКЖ: I C,

ҚТ ёки ҚФ нинг такрорий эпизодлари бўлган беморларда мавжуд бўлиши мумкин бўлган миокард ишемиясини бартараф этиш учун коронар артерияларни

шошилишч ревавуляризация қилиш тавсия этилади [4]. ЕКЖ: I C,

Реанимация бўлимига ётқишиш касалхонада юраги тўхташидан кейин омон қолган ва кома ҳолатида бўлган, электрокардиографик белгиларсиз ва реанимациядан кейин ЭКГда ST сегменти кўтарилган беморларга тавсия этилади [4] ЕКЖ IIa Б

Юрак тўхташидан кейин омон қолган ва кома ҳолатида бўлган беморларда коронар бўлмаган сабаблар ҳақида маълумотлар йўқ бўлганда, айниқса беқарор гемодинамикаси бўлган беморларга коронар ангиография тавсия этилади (<2 соат) [5]. ЕКЖ: IIa Б

МИ бошланишида ўткир ишемия электр беқарорликнинг сабаби бўлиб, ҚА юзага келишига сабабчи бўлади. ЎКСда ҚТ/ҚФ эҳтимолини камайтириш учун бета-блокаторларни эрта даврда буюриш тавсия этилади [1, 2]. Баъзи ҳолларда бу гипомагнемия ва гипокалемияни коррекциялаш ҳам ёрдам беради. Статинлар ЮИК билан оғриган беморларда стандарт давонинг асосий қисми бўлиб ўлим хавфини камайтиради ва коронароген ҳодисалар қайталанишини олдини олади. ЎКС эрта даврларида (яъни 48 соат ичида) қоринча фибриляциясининг пайдо бўлиши касалхонада ўлим хавфининг беш барабар ошишига олиб келади [3].

2. Миокард инфарктининг ўткир даврида ТЮЎ хавф стратификацияси

Кўпгина ТЮЎни хавф омилларини ноинвазив методлар орқали баҳолаш асосан ЧҚОФ пасайган (<40%) ва ўртача даражада пасайган беморларда текширилган, ЧҚОФ>40%дан юқори бўлган беморлар маълумотлар етарли эмаслиги ва қолган текширилувчи гуруҳларда беморлар сони кам бўлганлиги сабабли ишончли маълумотлар олинмаган ва уларни интерпретация қилиш имкони бўлмади. МИ дан кейинги хавфни стратификациялаш учун дастурлаштирилган қоринчалар стимуляцияси қўллаш мумкин бўлган тадқиқотлар етарлича бўлмаганлиги сабабли олинган маълумотларни етарлича анализ қилишга имкон бермайди. Хозирги кунда Миокард инфаркти ўтказган ва ЧҚОФ нормада бўлган беморлар учун хатар омиллар стратификацияси ишлаб чиқилмаган.

Инвазив бўлмаган усуллар (масалан, Т-тишчанинг альтернациясини баҳолаш, вегетатив система дисфункцияси ёки ўрталаштирилган сигналли ЭКГ) МИ дан кейинги эрта даврда хавф стратификациясини баҳолаш учун тавсия этилмайди. ЕКЖ III Б

Ўткир миокард инфаркти бўлган беморларда ЧҚОФни эрта (қўшимча) баҳолаш тавсия этилади. ЕКЖ I Б

ЧҚОФ камайиши (<35%) билан, ТЮЎнинг бирламчи олдини олиш учун кардиовертер дефибрилатор (ИКД) имплантацияси зарурлигини аниқлаш учун МИ дан 6-12 ҳафта ўтгач, қайта баҳолаш тавсия этилади. ЕКЖ I C

Алоҳида ҳолатларда, масалан, тўлиқ бўлмаган ревавуляризация ЧҚОФ дисфункцияси кузатилган ҳолатларда, ЎКС ривожланишидан 48 соат ўтгач қоринчалар аритмияси бошланса, ИКДни эрта (<40 кун) ўрнатиш ёки вақтинчалик кардиовертер-дефибрилатордан (<40 кундан) фойдаланишни ҳисобга олиш керак ва бундай ҳолатда ҚА ни типини (мономорф, полморфлиги, ҚТ ёки ҚФ) шунингдек, ҚТ давомийлигини (нотурғун қисқа ёки нотурғун узок) ҳисобга олиш керак. Агар дастурлаштирилган стимуляция амалга оширилса, қўзғалиш ва

кўзғатилган аритмия тури (мономорф ҚТ, полиморфик ҚТ, ҚФ) кўшимча равишда баҳоланади.

ҚФ ва миокард ишемиясининг белгилари бўлган беморларда ТЮЎ хавфини камайтириш учун коронар артерияларни реваскуляризация қилиш тавсия этилади. ЕКЖ I Б.

3. Чап қоринча аневризмаси. Ишемик кардиомиопатия. Сурункали юрак етишмовчилиги

ҚА ривожланиш частотаси ва оғирлик даражаси юрак етишмовчилигининг кучайиши билан ортиб боради, аммо тўсатдан ўлим хавфини баҳолаш учун ҚА нинг прогностик қиймати аниқ эмас.

СЮЕ ва чап қоринча систолик дисфункцияси бўлган беморларда умумий ўлим ва ТЮЎ хавфини камайтириш учун ААФ ингибиторлари (ёки препаратни кўтара олмаслик кузатилганда ангиотензин II ингибиторлари), бета адреноблокаторлар ёки альдостерон антогонистлари билан оптимал медикаментоз даво олиб бориш тавсия қилинади. ЧҚ систолик дисфункцияси (ЧҚОФ $\leq 35-40\%$) бўлган беморларга ААФ ингибиторлари (ёки ААФ ингибиторларини кўтара олмасликда ангиотенсин II антагонистлари), Бета-блокаторлар ёки амялдостерон антагонистлари билан оптимал дори терапияси тавсия этилади (ЧҚОФ $\leq 35-40\%$ умумий ўлим хавф даражасини камайтириш учун).

Чап қоринчанинг жарроҳлик реконструкцияси (ЧҚЖР) СЮЕ бўлган НУНА бўйича функционал синф III/IV, ЧҚ нинг катта аневризмаси, катта тромб, тромбоемболия эпизодлари бўлган ва аневризма аритмияга сабаб бўлган ҳолда тавсия этилади. ЕКЖ II а Б

4. ҚТни жарроҳлик йўли билан даволаш

Бу банд “тиббий аралашувлар” жилдида акс эттирилган.

5. Махсус клиник ҳолатлар

1. Юракнинг чиқиш қисмидан қоринча тахикардияси

ЎҚЧТ зонасидан чиқувчи ҚТ/ҚЭ катетер аблацияини амалга ошириш симптомлар мавжуд бўлганда ва/ёки ААТ самарасиз бўлган тақдирда (масалан, Бета-блокаторлар), шунингдек оғир ҚТ/ҚЭ фонида ЧҚ систолик функцияси бузилган беморларда тавсия этилади. ЕКЖ I Б

Катетер аблация ЎҚЧТ/ҚЭ бўлган беморларда биринчи танлов сифатида фақат ААТ таъсири бўлмаганда тавсия этилади.

Чап қоринча, аорта қопқоғи ёки эпикардиал ҚТ/ҚЭдан ҚТ бўлган беморларда симптомлар мавжуд бўлганда ААП I С класи (натрий канал блокаторлари) билан даволаш тавсия этилади. ЕКЖ I С

ЧҚЧТ, аорта қопқоғи минтақаси ёки эпикардиал ҚТ/ҚЭ ни даволаш учун катетер аблация ≥ 1 ААП I С синфи самарасиз бўлган, шунингдек беморларнинг узок муддат давомида ААП қабул қилишни хахламаган беморлар учун тавсия этилади. ЕКЖ II а Б

Синус Валсалвадан хосил бўлувчи ҚТ / ҚЭ даволаш учун катетер аблация фақат ААП I С класи самарасиз бўлса тавсия этилади. ЕКЖ I С

ҚТ / ҚЭ аблация учун эпикардиал ёндашув фақат самарасиз эндокардиал

ҚТ/ҚЭ абляциясидан кейин тавсия этилади. ЕКЖ I C

Аксарият фокал эпикардиал ҚТ катта юрак венос коронар артерияларга яқин жойда пайдо бўлади ва бу амалиёт пайти асосий хавфи коронар артерияга зарар етказишдир. ЕКЖ I C

2. Идиопатик чап қоринча тахикардияси

Ушбу аритмиянинг энг кенг тарқалган шакли - Гис тўтам (> 90%) чап оёқ орқа шохи айрилган соҳасида риентри механизми асосида фассикулар ҚТ юзага келиб, юрак структур патологияси бўлмаган ҳолда асосан ёшларда ривожланади. Олд шохда камдан кам учрайди. Ихтисослашган марказларда бундай беморларни даволаш учун биринчи танлов усули катетер абляция бўлиб, чунки касаллик асосан ёшларда учрайди ва бу ҳолатда узоқ муддатли дори-дармонларни даволаш самарасиз хисобланади. Муваффақиятли абляциядан сўнг тахикардия қайтиш частотаси 0- 20% атрофида Гис тўтам оёқлари бўйлаб қўзғалиш айланиши билан ҚТ одатда олдиндан мавжуд бўлган интравентрикуляр ўтказувчанлик бузилишлари, шу жумладан Н-V интервалини чўзилиши ва Гис тўтам оёғининг блокадаси кузатилади. Бундай тахикардия камида махсус марказларида, катетер абляция билан даволаш яхши жавоб беради. Абляция кўпинча ўнг оёқда амалга оширилади, камроқ ҳолларда Гис тўтамининг чап оёқда ўтказилади, процедура орқали ҚТдан бутунлай халос бўлиш мумкин.

3. Папиллар мушаклардан қоринча тахикардияси

Агар папилляр мушаклардан ҚТ/ҚЭ юзага келганда ААП I C класс ва/ёки Бета-блокаторлар билан даволаш самарасиз бўлса, одатда керакли таъсирга ега бўлган катетер абляция тавсия этилади. ЕКЖ I C

Оз сонли беморларда идиопатик ҚТ ёки ЎҚ ёки ЧҚнинг папилляр мускуллари соҳасида юзага келиши мумкин. ҚТ учун манба ЧҚнинг орқа папилляр мушаги бўлиб, морфология Гис тўпламининг ўнг оёқ блокадаси турига, QRS ўқининг ўнгга ёки чапга силжиши ва $QRS > 150$ мс давомийлигига хосдир. Бироқ, папилляр мушаклар соҳасида абляцияни хариталаш ва амалга оширишда катетернинг барқарор ҳолатига эришиш жуда қийин. Муваффақиятли абляция митрал регургитация билан мураккаблашиши мумкин, аммо бу жуда кам.

4. Митрал ёки трикуспидал қопқоқнинг халқаларидан келиб чиқувчи қоринча тахикардияси.

ААП I C синфидаги ва/ёки Бета-блокаторлар митрал ёки трикуспидал қопқоқ халқаларидан келиб чиқувчи ҚТ / ҚЭ нинг таъсири етарли бўлмаса катетер абляция тавсия этилади (ихтисослаштирилган марказларда). ЕКЖ I C

Барча идиопатик ҚТ ва ҚЭ ларнинг 5% га яқини митрал клапан халқаси соҳасида юзага келади. Улар Гис тутамининг ўнг оёқ блокадаси морфологияси, ЭКГда V6 тармоқда доимий С тўлқин ва ўтиш зонасининг V 1 да жойлашиши, айрим ҳолларда эса V1 ва V2 орасида жойлашиши билан характерланади. Барча идиопатик ҚТ ва ҚЭ 8% трисуспидал халқа соҳасида содир бўлади. Бу ҳолда ЭКГ белгиларида чап оёқ блокадасининг морфологияси ва QRS ўқининг чап томонга оғиши қайд этилади.

5. Идиопатик қоринча фибрилляцияси

ҚТ/ҚФ ни даволаш ва ТЮЎ профилактикаси учун идиопатик ҚФ эпизодини

бошдан кечирган беморларга ИКД имплантацияси тавсия этилади. ЕКЖ I Б

Қайталанувчи ҚЕ сабали индуцирланган ҚФда ҳам ИКД терапиясига кўрсатмалар мавжуд бўлганда, ҚТ/ҚФ ни даволаш ва ТЮЎ нинг олдини олиш учун тажрибали мутахассислар томонидан катетер аблация амалга ошириш тавсия этилади. ЕКЖ I Б

Электрик бўронининг сабаби бўлган ҚЭ мавжуд бўлганда, ҚТ/ҚФ ни даволаш ва ТЮЎ нинг олдини олиш учун тажрибали мутахассислар томонидан катетер аблацияини амалга ошириш тавсия этилади. ЕКЖ II А Б

6. Структур юрак касаллиги/ЧҚД билан оғриган беморларда катетер аблация

ЧҚД билан оғриган беморларда аритмияларнинг патофизиологик механизми кўп ҳолларда чандиқли соҳа ўзгаришлари атрофида реентри механизмидан иборат бўлиб, аблация мақсади ушбу соҳадаги халқани бартароф этишдир. Ҳозирда процедура самарадорлиги мезонини танлаш бўйича консенсус йўқ. Кўпроқ афзалроқ якуний нуқта ҳар қандай индуцирланган ҚТнинг йўқлиги бўлиши мумкин. Электр бўрони содир бўлганда, катетер аблацияини амалга ошириш дори-дармонлар билан даволаш билан солиштирганда такрорий эпизодларини тўхтатиш ва частотани камайтиришга ёрдам беради. [89].

Умуман олганда, тажрибали ихтисослаштирилган марказларда электроанатомик хариталаш билан паст кучланишли ҳудудларда баҳоланиши мумкин бўлган постинфаркт чандиқининг ўлчамига қараб, ҳар бир аниқ ҳолатда процедуранинг муваффақияти зарурий шартдир. [1]

Ихтисослашган ва экспериментал марказларда шошилич катетер аблацияини ўтказиш доимий ҚТ ёки ИКД нинг такрорий зарбаларига олиб келадиган электр бўрони бўлган беморларга тавсия этилади [1]. ЕКЖ IБ (ДАД II)

Доимий ҚТ туфайли такрорий ИКД шоклари бўлган беморларга амиодарон ва катетер аблация буюриш тавсия этилади ЕКЖ: I Б

ИКД ўрнатилган, турғун ҚТ мавжуд беморларда амиодаронни буюриш ёки катетер аблацияини ўтказиш тавсия этилади [1].

ҚА катетер аблация учун мўлжалланган, ЧҚД билан оғриган беморларда юрак тромбозини истисно қилиш учун процедурадан олдинги ёки интрапроцедурал кўриш тавсия этилади. ЕКЖ I Б (ДАД IБ)

ҚТ катетер аблациясига қаратилган ишемик бўлган ёки ишемик бўлмаган КМП бўлган беморларда самарадорликни ошириш ва ҚТнинг қайталаниш эҳтимолини камайтириш учун миокарднинг МРТ тасвирини ўтказиш тавсия этилади. ЕКЖ II А Б

Аралашув самарадорлигини ошириш ва ҚТнинг қайталаниш эҳтимолини камайтириш учун чандиқ билан боғлиқ ҚТ бўлган беморларда субстрат аблация тавсия этилади [1]. ЕКЖ I Б

Юқори зичликдаги аномал мултиелектродли хариталаш, аралашув самарадорлигини ошириш ва ҚТнинг қайталаниш эҳтимолини камайтириш учун чандиқ билан боғлиқ ҚТни катетер аблация пайтида аритмик тўқималарни янада тўлиқроқ тавсифлаш учун тавсия этилади [1]. ЕКЖ II А Б

7. Структур юрак касаллиги/ЧҚД билан оғриган беморларда қоринчалар экстрасистолияси

Тез-тез симптоматик ҚЭ ёки нотурғун қоринчалар тахикардияси бўлган сурункали юрак касаллиги/ЧҚД бўлган беморларда катетер абляция тавсия этилади. ЕКЖ IIa Б

ҚЭ билан боғлиқ ЧҚД мавжуд бўлса, катетер абляция тавсия этилади [1]. ЕКЖ IIa Б

8. Ўнг қоринча аритмоген кардиомиопатияси

ЎҚАК нинг олдини олиш учун беморларга спорт ва жичсманий активлик талаб қилинувчи мусобақаларда қатнашишдан бош тортиш тавсия этилади. ЕКЖ I С

Максимал кўтара олинадиган дозада бета-блокаторлар ЎҚАК билан касалланган беморлар учун биринчи даражали терапия танлов препарати сифатида тавсия этилади.

Тўсатдан юрак тўхташи ва гемодинамик бузилишлари бўлган кузатилувчи ҚТ билан оғриган ЎҚАК беморларига ТЮЎ нинг иккиламчи профилактикаси учун ИКД имплантацияси тавсия этилади. ЕКЖ I С

Бета-блокаторларга кўтара олмайдиган ёки қарши кўрсатмага эга бўлган тез-тез юрак-қон томир касалликлари ва НТ/ҚТ билан оғриган УҚАК беморларига амиодаронни буюриш тавсия этилади. ЕКЖ IIa С

Симптомларни бартараф этиш ва ИКД қўзғатилишининг олдини олиш учун дори терапиясига жавоб бермайдиган тез-тез симптоматик ҚЕ/ҚТ билан оғриган УҚАК беморлар учун ихтисослаштирилган марказда катетер абляция тавсия этилади. ЕКЖ IIa С

ИКД имплантацияси аниқ гемодинамик бузилишларсиз ААТга чидамли ҚТ билан оғриган беморларга ИКД хавфини (шу жумладан узоқ муддатли асоратлар хавфини) ва бемор учун бундай терапиядан фойдаланишни ҳисобга олган ҳолда тавсия этилади. ЕКЖ IIa С

ИКД имплантацияси қисқа муддатли шунингдек, узоқ муддатли асоратлар хавфини ҳисобга олган ҳолда, тўлиқ текширувдан сўнг, кутилаётган умр кўриш давомийлиги бир йилдан ортиқ бўлган ҚА учун камроқ ёки кўпроқ хавф омиллари бўлган ЎҚАК бўлган катталар учун тавсия этилади. Беморнинг турмуш тарзи, ижтимоий-иқтисодий ҳолати ва руҳий саломатлиги бўйича ИКД таъсири тушунтирилади. ЕКЖ IIa С.

Хавф омилларига тушунарсиз хушидан кетиш, тез-тез учрайдиган НТҚТ эпизодлари, ёшлиқдаги ТЮЎнинг оилавий тарихи, ЎҚнинг оғир шикастланиши, QRSнинг сезиларли даражада кенгайиши, МРТ текширувида кечки гадолинийнинг кўпайиши (шу жумладан, ЧҚ кенгайиши), ЭФТ да ҚТ индукцияси киради. ЕКЖ IIb С

ТЮЎ хавфини табақалаш учун дастурлаштирилган қоринча стимуляцияси билан эндокардиал ЭФТ ўтказиш тавсия этилади. ЕКЖ IIb С

9. QT интервал узайиши синдроми

Клиник кўринишлар намоён бўлишининг ўртача ёши 14 ёш. Синкопе йилига 5% содир бўлади. аниқланмаган ҚТИУС билан беморларда ТЮЎ йиллик даражаси, 0.3 дан 0,9% ни ташкил қилади. Генетик скрининг ижобий генотипли ҳолларда 75% бўлган ҚТИУС 1, 2 ва 3 - турлари (мос равишда KCNQ1, KCNH2 и SCN5A -турлари) уч асосий генларда ҚТИУС ҳолларда 3% патологик мутациялар очиб беради.

Индивидуал хавфни табақалаштириш клиник, электрокардиографик ва генетик параметрларни ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади. Скрининг профилактик ишлатилиши барча юқори хавфли беморларда, хусусан, LQT 2 генотиби ва QTc >500 мс бўлган аёлларда, QTc >500 мс ва электр беқарорлиги белгилари бўлган беморларда, шунингдек, юқори хавфли генетик профилли беморларда (Жервелл-Lange-Nielsen синдроми ва Тимоти синдроми). Бугунги кунда ҚТИУС билан оғриган беморларда дастурлаштирилган қоринча рағбатлантириш билан инвазив ЭФИ прогностик аҳамиятини кўрсатувчи ҳеч қандай маълумот йўқ.

ҚТИУС ташхиси қўйилган барча беморлар учун қуйидаги турмуш тарзи тадбирлари тавсия этилади:

- QT оралиғини узайтирувчи дори-дармонларни қабул қилишдан сақланинг (рўйхат www.crediblemeds.org сайтида).

- фонодиарея, қусиш ёки метаболик касалликларда ривожланиши мумкин бўлган электролитлар мувозанатини (гипокалемия, гипомагнеземия, гипокальциемия) тузатиш.

- ўзига хос аритмия триггерларидан сақланинг (фаол сузиш, айниқса QT интервали узайиши синдромнинг 1-турида ва касалликнинг 2-тоифасида баланд товушлар таъсир қилиш яъни аритмия юзага келишигни провокация қилади).

Полиморф ҚТ билан оғриган беморларга ҚТ оралиғини узайтириш сабабини аниқлаш ва бартараф қилиш (биринчи навбатда, ҚТ оралиғини узайтириши мумкин бўлган ҳар қандай дори-дармонларни бекор қилиш, агар мавжуд бўлса, белгиланган беморларнинг турида электролитлар бузилишини тузатиш, брадикардияни бартараф этиш) тавсия этилади.

ҚТИУС билан оғриган беморларга ТЮЎ нинг олдини олиш учун Бета-блокаторлар тавсия этилади. ЕКЖ IIа С.

ТЮЎ нинг олдини олиш учун Бета-блокаторларни тайинлаш нормал ҚТ интервали ҚТИУС генетик мутациясини ташувчилар учун тавсия этилади. ЕКЖ I Б.

QT оралиғини қисқартириш магний сульфат билан эришилмаганда полиморф ҚТ типигадаги торсаде депоинтеснинг қайталанишини олдини олиш учун частотаси ≥ 100 импулс/мин бўлган вақтинчалик юрак стимулятори тавсия этилади. ЕКЖ I С.

Вақтинчалик стимуляция юракнинг трансвенноз электр стимуляцияси тизими ёрдамида амалга оширилиши мумкин. Юрак тезлигини ошириш ҚТ оралиғининг қисқаришига олиб келади ва беморларда полиморф ҚТнинг қайталанишини олдини олишга ёрдам беради. ЭКСнинг давомийлиги QT интервали оралиғининг узайиши сабабини бартараф этиш учун зарур бўлган зарур вақт билан белгиланади, масалан, QT оралиғининг узайишига олиб келган у ёки бу дорининг чиқарилиш вақти.

Агар torsade de pointes типигадаги полиморф ҚТ ривожланиши билан ҚТ оралиғининг узайиши сабаби брадикардия бўлса (масалан, тўлиқ АВ блокада), юрак стимулятори даволашнинг биринчи асосий босқичи бўлиши керак, агар тегишли имкониятлар дарҳол мавжуд бўлса, юракни доимий равишда юрак стимулятори имплантацияси тавсия этилади.

Имплантация қилинган юрак стимулятори, ИҚД ёки CRT-D қурилмалари бўлган беморларда torsade de pointes полиморф ҚТ бўлса, имплантация қилинган қурилмани стимуляция қилишнинг асосий частотасини вақтинча ўзгартириш

мумкин.

Torsade de pointes типидаги полиморфик ҚТ билан курашиш учун ААП (айниқса ААП IА ва III синф) дан фойдаланиш тавсия этилмади. ЕКЖ III С

Беморларда полиморф ҚТнинг қайталанишини олдини олиш учун магний сульфатни томир ичига юбориш тавсия этилади. ЕКЖ I С

ҚТИУС гуруҳидаги юрак тухташини бошдан кечирган беморларга Бета-блокатор терапияси билан биргаликда ИКД имплантацияси тавсия этилади. ЕКЖ I Б

Хушидан кетиш ҳолатлари ва/ёки ҚТ билан оғриган беморларга Бета-блокаторлар билан биргаликда ИКД имплантациясини Бета-блокаторларнинг етарли дозаси фонида тавсия қилиш керак.

ҚТИУС бўлган симптоматик беморларга куйидаги ҳолларда торакал чап томонлама симпатик юрак денервациясини тавсия этилади: ЕКЖ IIа С

- Бета-блокаторлар самарасиз, препаратни кўра олмаслик ёки қарши кўрсатмалар мавжуд.

- ИКД терапияси қарши кўрсатма бўлганда ёки бемор рад етганда.

- Бета-блокатор фонида ИКД имплантация қилинган беморлар дефибрилаторнинг кўплаб зарбаларини бошдан кечиришда давом этадилар.

QT3 типидаги ҚТИУС бўлган беморларда ҚТ оралиғининг давомийлигини камайтириш ва QTc > 500 ни ошириш учун қўшимча терапия сифатида ранолазин билан даволаш (3 соат давомида 45 мг/соат, кейин 5 соат давомида 90 мг / соат) тавсия этилади. ЕКЖ IIб С

QTc > 500 мсдан ортган KCNH2 ёки SCN5A гени асимптоматик ташувчиларда Бета-блокатор терапиясига қўшимча равишда ИКД имплантацияси тавсия этилади. ЕКЖ IIб С

10. Қисқа QT интервалли синдроми (ҚҚТИС)

Синдром юрак реполяризациясининг қисқариши билан тавсифланади, бу ҳаёт учун хавfli аритмияларнинг ривожланиши учун субстрат ҳисобланади. ҚҚТИС билан боғланган бешта ген аниқланган: KCNH2, KCNQ1, KCNJ2, SACNA1C ва SACNB2b. Ижобий генетик скрининг натижалари пастлигича қолмоқда (фақат 20%).

Ҳар бир ҳолатда ИКД дан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар, қискартирилган QTc мавжудлигининг оилавий тарихини ҳисобга олган ҳолда алоҳида кўриб чиқилади, аммо маълум бир вақтда умумий тавсиялар учун етарли маълумотлар йўқ.

Бугунги кунга қадар дастурлаштирилган қоринча юрак уриш тезлиги ҚҚТИС билан оғриган беморларда аритмик ҳодисаларни башорат қилишга имкон берадиган ҳеч қандай далил йўқ.

ТЮЎ нинг олдини олиш учун ИКД имплантацияси ҚҚТИС билан оғриган беморларга тавсия этилади:

- Юрак тўхтаб қолган ва/ёки омон қолган

- Хужжатли спонтан персистент ҚТ кузатилганда. ЕКЖ I С

Қисқа интервалли ҚТ синдроми ташхиси қўйилган, ИКД терапиясига кўрсатмаларга ега бўлган беморларда, агар ушбу процедура қарши кўрсатма бўлса

ёки бемор рад этган бўлса, соталол буюриш тавсия этилади. ЕКЖ II б С
ҚҚТИС ташхиси қўйилган асимптоматик беморларда ТЮЎнинг оилавий тарихи бўлган беморларда ТЮЎнинг олдини олиш учун соталол буюриш тавсия этилади. ЕКЖ II б С

11. Бругада синдроми

ҚФ ўртача 41 ± 15 ёшда содир бўлади, лекин ҳар қандай ёшда, одатда дам олиш ёки уйқу пайтида содир бўлиши мумкин. Иситма, ортикча спиртли истеъмол ва кўп миқдорда озиқ овқат истемоли триггер омил сифатида қайд этилиб, ҚФ юзага келишига мойиллик юзага келтиради. Бругада синдроми ЭКГдаги ўнг прекордиал тармоқларда 2,3-4 қовурғалараро электродлар жойлашуви орқали V1-2 тармоқларда $ST \geq 2$ мм дан ортиқ баландлиги ва кўриниши асосида беморларга ташхис қўйилади ёки ААП IС синф вена ичига провокацион дори сифатида юбориш орқали (масалан, прокаинамид) яширин формаларида ўнг кўкрак тармоқларида элевацияни келтириб чиқариш орқали ташхисланади.

Бругада синдроми ТЮЎ хавфини камайтириш учун ягона ечим ҚТ ёки ҚФ билан ва тури I ЭКГ ўз-ўзидан пайдо бўлган барча беморлар шунингдек, синкопе тарихи бўлган беморларга ИКД тавсия этилади.

Бругада синдроми аниқланган барча беморлар учун қуйидаги турмуш тарзини ўзгартириш чоралари тавсия этилади. ЕКЖ IС

Ўнг торакал ЭКГ тармоқларида ST сегмент элевацияси мавжуд беморларда ушбу гуруҳ (пастдаги сайтда келтирилган) дори воситаларини беришни олдини олиш зарур (www.brugadadrugs.org).

Ортикча спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ва ортикча овқатланишдан сақланинг.

Тезликда ҳар қандай келиб чиқиши иситма ҳолда тана ҳарорати камайтириш учун зудлик билан чора-тадбирлар кўриш. ЕКЖ IС

ИКД имплантацияси Бругада синдроми ташхиси қўйилган беморларга тавсия этилади:

ҚТ кузатилган юрак хуружидан омон қолган ва/ёки хужжатлаштирилган спонтан барқарор ҚТ кузатилган ҳолатлар. ЕКЖ IС

ИКД имплантацияси Бругада синдромининг I-турининг белгилари ўз-ўзидан ЭКГда намоён бўлиши ва анамнезида синкопе бўлган беморларда тавсия этилади. ЙКЖ II а С

ИКД имплантацияси Бругада синдроми ташхиси қўйилган дастурлаштирилган қоринча стимуляцияси пайтида ҚТ/ҚФ ривожланган беморларда тавсия этилади. ЕКЖ II б С

ИКД бир неча бор ишлаши қайд этилган ва такрорий электик бўрон кузатилган беморларга катетер абляция ўтказиш тавсия этилади. ЕКЖ II б С

12. Катехоламинергик полиморф ҚТ

Бу адренергик-келтириб чиқарувчи икки томонлама ва полиморф ҚТ билан характерланади. Камёб ирсий аритмоген касаллик ҳисобланади. Касалланиш тахминий 10,000 та аҳолига 1 та ҳолат кўринишига эга. КПКТнинг иккита генетик тури аниқланган. КПКТнинг клиник кўринишлари одатда ҳаётнинг биринчи ўн йиллигида содир бўлади ва жисмоний фаоллик ёки ҳиссий зўриқишдан келиб

чиқади. Ташхис қўйиш қийин вазифа, чунки КҚПТ билан оғриган беморларда нормал ЭКГ ва Эхокардиограмма мавжуд; ташхис қўйиш учун бўлмача ва қоринча аритмиялари (икки томонлама ёки полиморф ҚТ) пайдо бўлган ХМЭКГ ва ёки жисмоний юклама тести тавсия этилади. КПКТ ҳолатида аритмик ҳодисаларнинг мустақил прогностик омиллари бўлиб, болалик даврида касалликнинг аниқланиши, Бета-блокатор терапиясининг йўқлиги ва персистирловчи мураккаб аритмиялар кузатилиши ҳисобланади.

Бета-блокаторларга кўтара олмайдиган беморларда чап томонлама симпатик денервация аритмия юзага келишини камайтиради. Агар стресс тести натижалари аритмияни тўлиқ назорат қилишга имкон бермаса, комбинацияланган ААТни ҳисобга олиш керак.

ИКД имплантацияси Бета-блокаторлар билан даволанишга жавоб бермайдиган КПКТ билан оғриган беморларда ўрнатишга кўриб чиқилиши мумкин. ИКДларни дастурлаш ҚТни аниқлаш муддати кўпаяди, хусусан режалаштирилган тасиротни қўллаш оғриқ бўлиши пайтда аритмия эпизодлари бўлиши ва симпатик тонуснинг ошишига ва такрорий ҚТ эпизодлари юзага келишига сабаб бўлади.

КПКТ ташхиси қўйилган барча беморларга рақобатбардош спорт турлари, куч машқлари ва стрессли вазиятлардан қочиш тавсия этилади.

Бета-блокаторларни қабул қилиш аритмияларни даволаш ва КПКТ ташхиси қўйилган барча беморларда ТЮЎ нинг олдини олиш учун, ҳужжатлаштирилган ўз-ўзидан ёки стрессдан келиб чиққан ҚА мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда тавсия этилади. ЕКЖ I C

ИКД имплантацияси кўшимча равишда Бета-блокаторларни I ёки III синф ААПсиз қабул қилиш, аритмияларни даволаш ва КПКТ ташхиси қўйилган, юрак тўхташидан омон қолган, оптимал медикаментоз терапияга қарамай такрорий синкопал ҳолатлар ёки пресинкопе эпизодлар кузатилган беморларда юрак хуружининг олдини олиш учун тавсия этилади. ЕКЖ IIa C

Бета-блокаторлар билан терапия, ҳатто стресс тестининг салбий натижаси бўлса ҳам, генетик мутациялар аниқланганда, ТЮЎнинг олдини олиш учун беморнинг қариндошларига тавсия этилади.

Кўкрак қафасидаги чап томонлама симпатик денервация бажариш КПКТ ва такрорий хушидан кетиш ҳолатлари, полиморф / икки томонлама ҚТ, бета-адренергик антагонистларни ва I ва III гуруҳ антиаритмик дориларни яқка ёки биргаликда ҳолда қабул қилиш фонида бир нечта аритмия натижасида стимуляция қилинган ИКД триггерлар зарбалари кузатилган беморларда тавсия этилади. ЕКЖ IIb C

13. Юрак туғма нуқсонлари бўлган беморларда имплантация қилинадиган кардиовертер-дефибрилатордан фойдаланиш.

ИКД имплантацияси доимий симптоматик пароксизмлари бўлган ТЮН билан оғриган беморлар учун тавсия этилади. ЕКЖ I B

Беморларга гемодинамиканинг инвазив текшируви ва инвазив ЭФТ ўтказилиши керак. ҚТ кузатилганда уни бартараф этиш учун даволашнинг муқобил усулларини қўллаш имкониятини кўриб чиқиш керак, масалан, катетер абляция ёки ҚТни йўқ қилиш учун жарроҳлик аралашувлар. Агар юқоридаги амалиётларда ҳам

аритмиялар юзага келса ундай ҳолатда ИКД ўрнатиш тавсия этилади.

ТЮН ва келиб чиқиши номаълум бўлган синкопе кузатилиши қоринча дисфункцияси / ёки эндоЭФТ пайтида юзага келтирилган турғун ҚТ/ҚФ билан биргаликда келган ҳолларда ИКДдан фойдаланиш тавсия этилади. ЕКЖ IIa C
ИКД имплантацияси СЮЕ ва ЧҚОФ (ЕФ <35%), NYHA бўйича ФС II ёки III билан оптимал дори терапияси фонида симптоматик СЮЕ бўлган катталар учун тавсия этилади. ЕКЖ II C

Фалло ва ТЮЎ учун бир қатор хавф омиллари, шу жумладан СЮЕ, беқарор ST, QRS > 180мс ёки ҚЭда қўзғатилган барқарор ҚТ бўлган баъзи беморларга ИКД имплантацияси тавсия этилади. ЕКЖ IIa C

Ягона қоринча ёки тизимли ўнг қоринчанинг оғир дисфункцияси бўлган беморларга ИКД имплантацияси бошқа хавф омиллари, шу жумладан NYHA бўйича беқарор ҚТ, СЮЕ II ёки III ФС ва тизим АВ клапанида кучли регургитация мавжуд бўлганда тавсия этилади. ЕКЖ IIb C

14. Юрак ва унинг қопқоқ аппаратининг яллиғланиш, ревматик шикастланишлари, тўпланиш касалликлари.

Ҳаёти учун хавфли, барқарор ҚТА ва миокардит/перикардитга клиник шубҳа бўлган беморларни гемодинамик мониторинг, юрак катетеризацияси ва эндомиокардиал биопсия, шунингдек, юрак-ўпка фаолиятини механик қўллаб-қувватлаш воситаларидан фойдаланиш ва махсус даволаш мумкин бўлган ихтисослаштирилган марказларга юбориш тавсия этилади. ЕКЖ I C

Миокардит/панкардитнинг ўткир босқичида 1В препаратлаги қўзғатадиган брадикардия ва/ёки юрак блокадаси бўлган беморларга вақтинча юрак стимулятори тавсия этилади. ЕКЖ I C

Миокардитнинг ўткир босқичида симптоматик нотурғун ёки нотурғун ҚТ бўлган беморларга ААТни буюриш тавсия этилади. ЕКЖ IIa C

Яллиғланишли юрак касалликларида ўткир босқич тугагандан сўнг юрак стимулятори имплантациясини кўриб чиқиш тавсия этилади. ЕКЖ IIa C

Стабил ҚТ ва гемодинамик бузилишлари бўлган беморларда ИКДни қўллаш, агар кутилаётган умр кўриш давомийлиги 1 йилдан ортиқ ва умумий ҳолати яхши функционал ҳолатга эга бўлса, иккиламчи кардиомиопатия ривожланишида ўткир кечиш даври бартараф этилгандан кейин тавсия этилади.

Яллиғланишли юрак касаллиги ва қолган оғир ЧҚ дисфункцияси ва/ёки электик қоринчалар номуқимлиги бўлган беморларда тикланиш даврида ёки ИКД жойлаштиришдан олдин қўллаб-қувватлаш учун тақиладиган юрак уриш тезлигини қайд қилувчи регистратор дефибрилаторидан (олиб юриладиган дефибрилатор) фойдаланиш тавсия этилади. ЕКЖ IIb C

Гигант хужайрали миокардит ёки саркоидоз билан оғриган, гемодинамик бузилиш билан кечувчи турғун ҚА билан оғриган ёки юрак тўхташидан омон қолган беморлар учун, агар кутилаётган ҳаёт давомийлиги 1 йилдан ортиқ ёки бемор функционал ҳолати нисбатан қониқарли бўлса, касалликларнинг ёмон прогнозини ҳисобга олган ҳолда ИКДни эрта даврларда қўллаш масаласини кўриб чиқиш тавсия этилади

Ўткир миокардитдан кейин миокарднинг доимий яллиғланиш инфилтрацияси

(иммуногистокимёвий таҳлил бўйича) ва/ёки фиброз тўқималарнинг аномал тўпланиши (МРТ бўйича) мавжудлиги яллиғланишли юрак касалликларида ТЮЎ хавфи юқори бўлган қўшимча белги сифатида қаралиши мумкин. Ўткир ва ўта ўткир миокардитда касалликнинг оғир босқичида, дори даволаш билан бир қаторда, интенсив гемодинамик қўллаб-қувватлаш тери орқали кардиопулмонар қўллаб-қувватлаш тизими ёки ички аорта балон қарши ёрдамида беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш учун тавсия этилади. Тери орқали кардиопулмонар қўллаб-қувватлаш тизимини қўллаш рефрактер ҚТ ёки ҚФ дефибриляциянинг бир неча уринишларига жавоб бермаганда ИКД (учдан бешгача) тавсия этилади.

ИКД имплантацияси миокардитнинг ўткир босқичида қўллашни кечиктириш тавсия этилади. Бу вақт давомида юрак ўзинин нормал кўрсаткичларини тиклаши мумкинлиги сабабли, вақтинчалик ИКД кўрсаткичлари касалликнинг ўткир босқичидан кейин ҳам мунозарали бўлиб қолмоқда.

Гигант ҳужайрали миокардит, лайме касаллиги (маҳалли боррелиоз), миокард дифтерияси ва юрак саркоидози билан хавфли юрак касаллиги ёки юрак блокадасида, аритмик ўлимнинг юқори хавфи ва юрак трансплантацияси заруратни ҳисобга олган ҳолда эрта даврда ИКД имплантацияси тавсия этилади.

Клиник симптомлар билан кечадиган ноаниқ этиологияли тасдиқланган доимий ҚТ бўлган беморлар миокардит ташхисини ҳам истисно қилишлари керак. Ушбу беморларнинг МРТ миокарддаги фиброз тўқималарнинг аномал жойларини кўпинча субэпикардиял ва интрамурал соҳаларда кўрсатиши мумкин.

15. Эндокардит

Юқумли эндокардит билан оғриган беморларда ҚА пайдо бўлиши прогнознинг жуда ёмонлигини кўрсатади. Аммо бу гуруҳдаги беморларда аритмияларни даволаш бўйича махсус тавсиялар мавжуд эмас.

Эндокардит фонида аорта етишмовчилиги туфайли ўткир гемодинамик бузилиш ҳолатларида жарроҳлик даволаш тавсия этилади, бу эса доимий ҚТга олиб келиши мумкин. ЕКЖ II Б С

16. Юрак клапанларининг шикастланиши

Юрак клапанларининг шикастланиши, эҳтимол, иккиламчи профилактика мақсадида ИКДни жойлаштириш учун ташрифларнинг тахминан 7% нинг асосий сабабидир.

ИКД юрак қопқоғи касалликлари билан оғриган беморларга тавсия этилади, улар жарроҳлик клапанларни қайта тиклашдан сўнг ТЮЎнинг бирламчи ёки иккиламчи олдини олиш учун кўрсатмаларга эга.

Эндокардит ва доимий ҚТ билан боғлиқ ўткир аорта етишмовчилигини жарроҳлик йўли билан тузатиш ушбу даволаш усулига қарши кўрсатмалар бўлмаса тавсия этилади. ЕКЖ I С

Гис тутами оёқнинг қўзғалиш устунлиги билан кузатиловчи ҚТни аниқлаш ва бартараф қилиш учун юрак клапанлари операциясидан сўнг ҚТ ривожланган беморларга катетер абляция билан ЭФТни қўллаш тавсия этилади. ЕКЖ II а С

17. Ҳомиладорлик даврида даволаш

Ҳомиладорлик даврида ва туғруқдан кейинги даврда бета-блокаторлар билан даволаш тавсия этилади. ЕКЖ I С

Ҳомиладорлик даврида метопролол, пропранолол ёки верапамилни оғиз орқали юбориш идиопатик турғун ҚТни узоқ муддатли даволаш учун тавсия этилади. ЕКЖ I C

Ҳомиладорлик даврида фавқулодда электрик кардиоверсияс аритмия ва доимий ҚТни, айниқса гемодинамиканинг бузилиши билан кечувчи турларида бартараф этиш учун тавсия этилади. ЕКЖ I C

Агар кўрсатмалар бўлса, ҳомиладорлик пайтида ИКД имплантацияси тавсия этилади.

Гемодинамик бузилишларсиз мономорф турғун ҚТни фавқулодда кардиоверсия қилиш учун ҳомиладорлик даврида соталол ёки прокаинамидни томир ичига юбориш тавсия этилади. ЕКЖ IIa C

Ҳомиладорлик даврида амиодаронни томир ичига юбориш гемодинамик бузилишлар, рефрактер электрик кардиоверсия ёки дори терапиясига жавоб бермаган мономорф турғун ҚТни фавқулодда кардиоверсия қилиш учун тавсия этилади. ЕКЖ IIa C

Ҳомиладорлик даврида катетер абляцияини амалга ошириш дори терапиясига рефрактер тахикардияларни даволаш учун тавсия этилади. ЕКЖ IIb C

Ҳомиладорлик юракнинг структур патологияси бўлган аёлларда салбий ҳодисаларнинг сезиларли хавфи ортиши билан боғлиқ. Туғма юрак касаллиги бўлган аёлларда туғруқдан кейинги даврда (туғилгандан кейин 40 ҳафта ичида) юрак ҳодисалари хавфи сезиларли даражада ортади ва шунинг учун улар ҳомиладорлик даврида ва туғруқдан кейинги даврда Бета-блокаторлардан фойдаланишга мухтож. Бругада синдроми бўлган аёлларда ҳомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги давр одатда қўшимча хавф-хатарсиз ўтади. ҚТ тарихи ва юракнинг таркибий патологияси бўлган беморларда такрорий ҚТ хавфи юқори.

18. Перипартал кардиомиопатия билан боғлиқ аритмиялар

Перипортал (перипартум) кардиомиопатия ҳомиладорликнинг кеч даврида ёки туғилгандан кейин бир неча ой давомида систолик ЧҚ ва юрак етишмовчилигининг ривожланиши билан тавсифланади.

Ҳаёт учун хавфли ҚТ ривожланиши сабабли ТЮЎ кузатилиши мумкин. ИКД тавсияси ҚА мавжуд беморларда ёки паст ЧҚОФ дан фойдаланиш стандарт тавсияларга амал қилади. Туғруқдан кейинги дилатацион кардиомиопатиянинг ўз-ўзидан йўқолишининг юқори частотасини (50%) ҳисобга олиш керак.

19. Обструктив уйқу апноеси.

Брадияритмия ва тунги апное синдромининг дифференциал ташхисида сабаб сифатида кўриб чиқиш тавсия этилади. ЕКЖ IIa C

Уйқу билан боғлиқ нафас олиш муаммолари бўлган беморларда уйқу апноеси ва кислород билан тўйинганликнинг пасайиши ТЮЎ учун хавф омиллари сифатида кўриб чиқилиши тавсия этилади. ЕКЖ IIb C

Сўнгги тадқиқотлар натижалари обструктив уйқу апноеси билан боғлиқ ўлим ортганини кўрсатади. Бу ўртача кислород билан тўйиниш кундузи <93%, ва минимал тунгии кислород сатурацияси <78%гача камайиши билан обструктив тунги апное деб қабул қилинади ва бу ҳолат ТЮЎ учун мустақил хавф омилдир. Шу сабабли, обструктив уйқу апноеси диагностикаси ТЮЎ хавфини табақалаштириш

учун текширув алгоритмига киритилиши керак. Тунги апное синдромида энг кўп учрайдиган ЮРБ бу синусли брадикардия, синус паузалари, Мобитс 1- ва 2- даражали АВ блокадалари тез-тез учраши ҳисобланади.

20. Гипертрофик кардиомиопатия

ГКМПда ЧҚ деворининг сезиларли қалинлашиши кузатилади, буни фақат ЧҚга юқламани ортиши шартлари билан изоҳлаб бўлмайди. Ушбу таъриф болалар ва катталар учун амал қилади ва ҳеч қандай ўзига хос этиологик сабабларни кўрсатмайди.

ГКМП билан оғриган катта ёшдаги беморларда юрак-қон томир касалликларидан умумий йиллик ўлим ва ўлим ёки ҚТ/ҚФ учун ИКД триггерларининг частотаси мос равишда 1-2 ва 0,81% ни ташкил қилади. ГКМПда юрак-қон томир ўлимининг бошқа асосий сабаблари СЮЕ, тромбоемболия ва АВ блокадасидир. 5 йил учун ТЮЎ хатар калкулятори (Риск-КВД) қуйидаги интернет манзилида жойлашган: <http://doc2do.com/hcm/webHCM.html>. ЕКЖ I С

ТЮЎ хавфи юқори бўлганлиги сабабли, беморларга рақобатбардош спорт турлари билан шуғулланиш тавсия етилмайди. ЕКЖ III Б

ИКД имплантацияси ГКМП билан оғриган умр кўриш давомийлиги > 1 йилдан кўп бўлган ҚТ ёки ҚФ туфайли юрак тўхташи кузатилган, хушни йўқотиш ёки гемодинамик бузилишларга олиб келадиган спонтан персистент ҚТ бўлган беморларда тавсия этилади. ЕКЖ I Б

ГКМП билан оғриган беморларда хавфларни стратификация қилиш анамнезида турғун ҚТ (гемодинамик бузилиш ёки хушни йўқотишга олиб келадиган) ёки ҚФ бўлмаган 16 ёшдан ошган беморларнинг 5 йил ичида ўлим хавфини баҳолаш учун Риск-ИКД калкуляторидан фойдаланиш тавсия этилади. ЕКЖ I Б

Беш йиллик тўсатдан ўлим хавфи беморнинг дастлабки текширувида, шунингдек, ҳар 1-2 йилда ёки клиник ҳолат ўзгарганда баҳоланиши тавсия этилади. ЕКЖ IIа Б

ИКД имплантацияси 5 йиллик тўсатдан ўлим хавфи $\geq 6\%$ ва умр кўриш давомийлиги 1 йилдан ортиқ бўлган беморларга кейинги асоратлар хавфи ва ИКД нинг турмуш тарзига, ҳолат ва психологик саломатлик, ижтимоий-иқтисодий аҳволига таъсирини баҳолаш билан батафсил клиник текширувдан сўнг тавсия этилади. ЕКЖ IIб Б

ИКД имплантацияси 5 йиллик ТЮЎ хавфи ≥ 4 дан $< 6\%$ гача ва умр кўриш давомийлиги >1 йил бўлган беморларнинг айрим гуруҳларида кейинги асоратлар хавфи ва турмуш тарзи, ижтимоий-иқтисодий аҳвол ва психологик саломатлик бўйича ИКД таъсирини баҳолаш билан батафсил клиник текширувдан сўнг тавсия этилади. ЕКЖ IIа Б .

Клиник хусусиятлари ва тасдиқланган башоратли қиймати туфайли 5 йиллик ТЮЎ хавфи $< 4\%$ бўлган алоҳида беморларга ИКД имплантацияси кейинги асоратлар хавфини баҳолаш натижасида ИКДнинг турмуш тарзига, ижтимоий-иқтисодий ҳолатига таъсири, психологик саломатликка умумий ижобий таъсири бор деб деб тахмин қилинганда тавсия этилади.

Қоринча ритмининг бузилиши Қоринчалар тахикардияси ва тўсатдан юрак ўлими

Асосий терминология

Қоринча ритмининг бузилиши ёки қоринча аритмиялари юрак ритмининг бузилишининг умумий номи бўлиб, патологик электрик фаоллигининг манбаи юрак тўқималарида бўлади.

Тўсатдан ўлим - бу жароҳатлар билан боғлиқ бўлмаган ва деярли соғлом одамда аломатлар пайдо бўлган пайтдан бошлаб 1 соат ичида содир бўладиган кутилмаган ҳалокатли ҳодиса.

Тўсатдан юрак ўлими (ТЮЎ) - бу атама, агар ҳаёт давомида маълум бўлган туғма ва орттирилган потенциал ўлимга олиб келадиган юрак касаллиги бўлган беморда тўсатдан ўлим содир бўлса ёки юрак-қон томир патологияси ўлимдан кейин аниқланган ва ўлимга сабаб бўлиши мумкин бўлса, ёки ўлимнинг энг мумкин бўлган сабаби эҳтимол бўлса

Ижтимоий алоқадорлик

Тўсатдан юрак ўлими қайтарилмас келиб чиқиши ва юракнинг тўсатдан тўхтаб қолиши натижасида 35-50 ёшли аҳоли ўртасида бошқа келиб чиқиши орасида 50% га етади, асосан эркак жинси, аммо сўнгги пайтларда аёл жинси, шунингдек, ўсмирлик ва ўсмирлик ёши юракнинг тўсатдан тўхтаб қолиши улушини ортиш тенденцияси кузатилмоқда.

40 ёшдан ошган аолида юрак тухташи ҳолатларининг деярли ярми юрак хасталигисиз содир бўлади, аммо уларнинг кўпчилигида аниқланмаган юрак ишемик касаллиги (ЮИК) мавжуд. Тўсатдан ўлимнинг оилавий тарихининг башоратли қиймати тавсифланади - оилада тўсатдан ўлимнинг бир ҳолати бўлса, унинг нисбий хавфи деярли икки баравар, оиланинг тўсатдан ўлимнинг иккита ҳолатида эса хавф 9 баробар ортади.

Ирсий аритмоген касалликларнинг электрокардиографик (ЭКГ) ва эхокардиографик белгиларига нисбатан хушёрлик клиник амалиётнинг муҳим қисми бўлиб, Тўсатдан ўлим қурбонларининг яқин қариндошларини скрининг ёки анамнестик суриштирув ўтказиш ТЮЎ хавфи юқори бўлган шахсни ўз вақтида аниқлаш имконини беради.

Клиник кўринишлар

Қоринча тахиаритмияларининг клиник кўринишлари сезиларли даражада фарқ қилиши мумкин - мутлақ асимптоматик юрак уриши, кўкрак қафасидаги ноҳушлик, кўкрак қафасидаги оғрик, бўғилиш, бош айланиши, пресинкопе ва сенкопе ҳолатлари. Тез юрак уриши, бош айланиши ва ҳушидан кетиш - шифокорга ташриф буюриш ва кўшимча текширувни талаб қиладиган энг муҳим аломатлардан учтаси.

Ноҳуш оқибатларга олиб келадиган юрак-қон томир хавф омилларини тузатиш

Чекиш, оғир, психоэмоционал стресс, ҳаракатсиз ҳаёт тарзи, юқори холестерин даражасини — бемор унга ва унинг оила аъзолари учун мавжуд юрак-қон томир хавф омиллар хабардор бўлиши керак. Ушбу хавф омилларининг таъсирини камайтириш мумкин. Тўсатдан юрак ўлим, эрта инсульт, миокард инфаркти, қандли диабетли оилавий тарихи: ўзгартириб бўладиган хавф омиллар бартараф этиш, бемор ва унинг яқин оила аъзолари ичида коррекция қилинмаган хавф омилларни тузатиш, айниқса, муҳим аҳамиятга эга; бундан ташқари, бу омиллар эркак жинси, қарилик, айниқса аёлларда физиологик ёки жарроҳлик менопаузани ўз ичига олади.

Хавф омилларини коррекциялаш фақат бемор томонидан, балки унинг оила аъзолари томонидан талаб қилинади. У шифокор томонидан тузилган оилавий бирламчи профилактика ва таълим дастурларини амалга ошириш орқали амалга оширилади:

- Тана массаси индекси (Кетле) = тана вазни килограмм / (бўйи м²);

• Индекс талий сон (ИТС): $ИТС = \frac{БА}{СА}$, бу ерда БА (бел айланаси) киндикдан юқорида ўлчанадиган энг кичик айлана; СА (сон айланаси) думба даражасида ўлчанадиган энг катта айлана;

• Плазмадаги холестерин даражасини талқин қилиш:

- паст зичликдаги липопротеин холестериннинг (ПЗЛ) мақсадли даражаси жуда юқори хавфли беморлар учун $<1,8$ ммол/л ёки агар у $1,8-3,5$ ммол/л оралиғида бўлса, бошланғич даражадан камида 50% га камайиши ($70-135$ мг/дл);

□ юқори хавф даражаси $<2,6$ ммол/л бўлган беморлар учун мақсадли ПЗЛ холестерин даражаси ёки унинг бошланғич даражасидан 50% дан кам пасайиши, агар у $2,6-5,2$ ммол/л ($100-200$ мг/л) оралиғида бўлса;

□ ўртача хавфи паст бўлган беморлар учун ПЗЛ холестериннинг мақсадли даражаси <3 ммол/л;

□ Юқори зичликдаги липопротеинлар (ЮЗЛ) $> 1,2$ ммол/л (аёллар учун) $> 1,0$ ммол/л (эркаклар учун);

□ Мақсадли триглицерид даражаси $<1,7$ ммол /л.

Қондаги плазма глюкоза даражаси $6,1$ ммол/л дан паст;

• Қон зардобиддаги сийдик кислотаси даражаси <420 мкмол/л (эркаклар учун), <360 мкмол/л (аёллар учун).

Бемор ва унинг оиласи учун асосий маслаҳатлар

1. Етарли уйқу кунига 7 соатдан кам бўлмаган деб ҳисобланади;

2. Тана вазни идеалга яқинлашиши керак (ТВИ 25 кг/м² дан кам) Бунинг учун 24 соатлик калория истеъмоли тана вазнига ва иш хусусиятига қараб 1500 дан 2000 ккалгача бўлиши керак.

3. Озиқ-овқат кундалиги маъқул, беморга ёғли, ширин овқатлардан воз кечиш, сабзавот, мева, дон ва дағал майдаланган нон истемолига урғу бериш тавсия этилади;

4. Туз истеъмолни 5 г/кунгача чеклаш;

5. Калийга бой озиқ-овқатларни истеъмол қилиш керак (янги мева, сабзавотлар, қуритилган ўрик, пиширилган картошка);

6. Чекишни тўхтатиш ёки чеклаш керак;

7. Спиртли ичимликларни истеъмол қилишни мутлақ тўхтатиш ёки этанол бўйича 30 мл/кун билан чекланиши керак;

8. Бемор учун индивидуал равишда қабул қилинадиган юкламаларни даволовчи шифокор томонидан тасдиқлаш: юриш, велосипедда юриш, чанғи учиш, боғда ишлаш;

9. Ишда ва кундалик ҳаётда психо-эмоционал стресс тўғри турмуш тарзи билан бошқарилади. Иш йилининг давомийлиги ва уй юкламаларини чеклаш, тунги сменалардан, хизмат сафарларидан қочиш керак;

10. Спорт билан шуғулланадиган йигитлар мушак массасини ошириш учун озуқавий қўшимчаларни суистеъмол қилмасликлари ва анаболик стероидлардан фойдаланишни истисно қилишлари керак.

Имплантация қилинган кардиовертер дефибрилатори ва/ёки юрак ресинхронизация терапияси қурилмаси бўлган бемор учун маслаҳат

• Имплантация жойи яқинида кучли магнит ва электромагнит майдонлар ёки ҳар қандай магнитларнинг бевосита таъсирида бўлиш тақиқланади;

• Электр токи таъсир қиладиган жойга бўлмаган;

• Магнит-резонанс томография (МРТ) ўтказиш тақиқланади; истисно МРИ мувофиқлиги билан белгиланган ИҚД ва CRT-D-Д тизимлари (электродлар ва қурилма);

• ИҚД / CRT-D имплантацияси ўрнатилган соха, кўкрак қафасига урманг, қурилмани тери остига силжитишга ҳаракат қилманг;

• ИҚД / CRT-D имплантациясидан кейинги дастлабки 3 ой давомида ва ИҚД оқилона фаоллаштирилгандан кейин 3 ой давомида автомобил рулига ўтириш тақиқланади;

- Жарроҳлик аралашувларида (шу жумладан эндоскопик) монополяр электрокоагуляциядан фойдаланиш тақиқланади, биполяр коагуляциядан фойдаланиш имкон қадар чекланган бўлиши керак;
- Болға ва электр бурғулаш, шунингдек, майсазор ишлов беришда ишлатилувчи ускуналар ишлатишни чеклаш;
- елкада кўтарувчи катта юклар;
- Сиз компьютер ва шунга ўхшаш қурилмалар, жумладан, портатив қурилмалардан фойдаланишингиз мумкин;
- Ҳар қандай рентген текширувини, жумладан, компьютер томографиясини ўтказиши мумкин;
- Сиз уйда ёки ховлида ишлашингиз мумкин, агар у нуқсонли бўлса, электр асбобдантузатишингиз мумкин;
- Контакт-травматик турли спорт турларини истисно қилган ҳолда, спорт билан шуғулланишингиз мумкин;
- ИҚД/CRT-D қурилмаси ўрнатилган бемор тегишли дастурчи ёрдамида қурилмани текшириш учун ўз вақтида шифокорга ташриф буюриши керак;
- ИҚД/ CRT-D бўлган бемор имплантация қилинган қурилманинг номини, моделини билиши керак, ҳар доим паспорт, ИҚД/ CRT-D ҳақида маълумот ёнида бўлиши тавсия этилади.

Қоринча аритмиялари учун интервенцион даволашдан кейин беморга маслаҳат

- қоринча ритмининг бузилишини интервенцион даволашдан сўнг бир ойдан уч ойгача ўртача, оғир жисмоний фаолиятни чеклаш;
- Ҳаракат актиалиги режимига қатъий риоя қилиш, дори-дармонларни қабул қилиш бўйича тавсиялар;
- саломатлик ҳолатини баҳолаш орқали даволовчи шифокорга мунтазам ташриф буюриш, камида 6 ойда бир марта ЭКГ назорати;
- бош айланиши, ҳолсизлик, ҳушни йўқотиш, юрак уриши билан кечадиган аритмия хуружи бўлса, - шошилишч тиббий ёрдам чақиринг; Ритм бузилишларини ЭКГ фиксацияси мақсадга мувофиқдир;
- Даволовчи шифокорнинг кўрсатмалари, тавсияларига кўра, назоратдаги ехокардиографик текширув ўтказиш, ЭКГни ҳар куни кузатиш керак бўлиши мумкин.

Даволовчи шифокор томонидан беморни кузатиш тамойиллари

- саломатлик ҳолатини кузатиш учун даволовчи шифокорга режалаштирилган ташрифлар ўртача ярим йилда ўтказилади;
- Бемор қабул қилинган дориларнинг дозалари номларини билиши керак;
- Даволовчи шифокорга ташриф буюришда ЭКГ назоратини ўтказиш мақсадга мувофиқдир;
- Шифокор томонидан режадан ташқари текширувдан ўтиш тавсия этилади.

Тез ёрдам чақиритишни талаб қиладиган фавқулодда вазиятлар

- бош айланиши, заифлик, ҳушидан кетиш, ҳушни йўқотиш, тез юрак уриши билан кечадиган аритмия эпизоди юзага келганда, вазиятни назорат қилиш ва барқарорлаштириш, касалхонада мумкин бўлган касалхонага ётқизиш кўрсатмаларини аниқлаш учун шошилишч чақирув кўрсатилади;
- ҳушидан кетиш, ҳушни йўқотиш эпизодлари бўлса, вазиятни назорат қилиш ва барқарорлаштириш, касалхонага мумкин бўлган касалхонага ётқизиш кўрсатмаларини аниқлаш учун тез ёрдам чақиритиш тавсия этилади;
- ИҚД / CRT-D жавоби юзага келганда, вазиятни барқарорлаштиришни назорат қилиш, шошилишч ёрдамдан сўнг касалхонага ётқизиш кўрсаткичларини аниқлаш учун шошилишч тиббий ёрдамни чақиритиш тавсия этилади;

- Катетер аблациясидан кейин пайдо бўладиган асоратлари бўлган беморларга зарур диагностика ва даволаш тадбирларини ўтказиш учун имкон қадар тезроқ ихтисослаштирилган шифохонага ётқизиш тавсия этилади.

**«ҚОРИНЧАЛАР АРИТМИЯЛАРИ
СИНДРОМИ» НОЗОЛОГИЯСИДА
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Асосий қисм

1.1. Кириш

Бугунги кунга келиб бутун дунёда турли этиологик сабабли юзага келувчи қоринчалар тахикардияларини жаррохлик амалиёти ва ўрнатиловчи асбоблар билан даволаш кенг оммалашиб бормоқда. Такрорий юзага келган ҚТни олдини олишда асосий даво усулларида бири бу катетер абляция усулидир. Катетер абляция усули рентген назорати остида электрофизиологик операция хонасида оёқ веналари орқали махсус катетер орқали юрак ичи бўшлиғида аритмия юзага келишига сабабчи бўлувчи ўчоқларни аниқлаш ва уни иссиқлик(радиочастотли) ёки музлатиш (крио) орқали бартараф этишдан иборат жаррохлик амалиётидир. ҚТ натижасида юзага келиши мумкин бўлган ТЮЎ олдини олишда қўлланилувчи асосий жаррохлик амалиётларидан бири бу - кардиовертер дефибриллятор ўрнатишдир. ТЮЎ юзага келишида 90% холларда ҚТ ва ҚФ сабабли юзага келишини инобатга олинса, ушбу тоифа беморларда КВД ўрнатиш ТЮЎ бирламчи ва иккиламчи профилактикаси учун асосий даволаш методи бўлиб ҳисобланади.

2. ҚТни жаррохлик йўли билан даволаш

Жаррохлик усуллари, биринчи навбатда, очиқ-юрак жаррохлик ўтказган беморлар учун, шунингдек, бошқа даволаш усуллари тўғри натижа бермаган беморлар учун кўрсатилади. ҚТ жаррохлик усуллари орқали даволаш эндокардиал абляция ва резекцияни ўз ичига олади. Жаррохлик абляция юқори частотали (radiofrequency ablation) эндокардиал ва эпикардиал оқим билан ёки паст ҳароратлар (криоабляция) билан амалга оширилиши мумкин. ҚЭ зоналари жаррохлик муолажаси ЭФТ ёрдамида аниқлаш ва очиқ-юрак жаррохлик пайтида хариталаш пайтида аниқланиши лозим.

ҚТни жаррохлик усулида даволашда куйидаги жаррохлик усулларидадан фойдаланилади:

1. Радиочастотали абляцияси ва криоабляцияси
2. ИКД ни ўрнатиш ёки Юрак қайта синхронлаштирувчи терапия (CRT) ўрнатиш

Катетерли абляция амалиётига кўрсатма:

- Муқим идиопатик мономорф ҚТ билан оғриган беморлар
- Номуқим ҚТ тез-тез эпизодлар билан беморларда самарасиз медикаментоз ёки антиаритмик давони кўтара олмаслик
- Тез-тез симптоматик қоринча экстрасистоласи бўлган беморларда ёки ЧҚОФ камайган асимптоматик экстрасистолиялар
- Самарасиз ёки даврий ҚТ бўлган юрак ишемик касаллиги билан оғриган беморлар
- Антиаритмик терапияга резистент тахикардиялар
- Ишемик бўлмаган кардиомиопатияли даврий ҚТ хуружи кузатилган, антиаритмик даво самарасиз, давони кўтара олмаслик ёки антиаритмик терапияга қарши кўрсатмалар мавжуд беморлар
- Туғма юрак нуқсонлари ва чидамли ҚТ бўлган беморлар

- Аритмоген ўнг қоринча дисплазияси мавжуд, такрорий ҚТ ёки ҚВД тез тез ишлаши ва антиаритмик даво самарасиз, давони кўтара олмаслик ёки антиаритмик терапияга қарши кўрсатмалар мавжуд беморлар
- Бругада синдроми мавжуд, такрорий ҚТ ёки ҚВД тез тез ишлаши
- ГКМП мавжуд, такрорий ҚТ ёки ҚВД тез тез ишлаши ва антиаритмик даво самарасиз, давони кўтара олмаслик ёки антиаритмик терапияга қарши кўрсатмалар мавжуд беморлар

Катетерли абляция амалиётига қарши кўрсатма:

- ўткир юқумли касалликлар ва истима,
- ўткир миокард инфаркти,
- 4 ҳафта давомида номуқим ривожланиб боровчи стенокардия мавжудлиги,
- сурункали юрак етишмовчилиги III ва IV ФС
- ЧҚ бўшлиғидаги тромбли чап қоринча аневризмаси,
- юрак бўшлиқларидаги тромб,
- Чапдан киришда юракнинг чап камераларининг юрак механик протезлари.
- Сурункали буйрак етишмовчилиги оғир даражаси
- Ифодаланган коагулопатиялар
- Назорат қилиб бўлмайдиган АГ
- Ўпка шиши ва кардиоген шок
- Кардиологик бўлмаган касалликни оғир кечиши
- Беморнинг муолажадан рад этиши

Юқорида келтирилган ҳолатлар абсолют қарши кўрсатма бўлмасда операция қилиш имконияти индивидуал равишда ҳал қилинади.

Операциядан олдин ва кейин мажбурий ЭФТ харитаси ихтисослашган марказларда ўтказиладиган жарроҳлик абляция, ҚТ/ҚФ пайдо бўлишининг олдини олиш ва олдини олиш учун катетер абляцияга муваффақиятсиз уриниш билан ААП терапиясига жавоб бермайдиган рефрактер ҚТ билан оғриган беморларга тавсия этилади. ЕКЖ I Б

Имплантицияланадиган кардиовертер дефибрилатор (ИКД) ТЮЎ олдини олиш мақсадида ҳаёт учун хавфли аритмиялар тўхтатиш учун мўлжалланган қурилма. ТЮЎ нинг олдини олишда ИКД фойдаланиш ҚТ ривожланишининг ритмик механизми асосида амалга оширилади. Синус ритмини тиклаш бир неча ўнлаб Жоулларнинг электр оқими ёки бемор учун оғриқсиз ва энергетик жиҳатдан камроқ қимматга тушадиган электр стимуллари пакетларини қўллаш орқали содир бўлади. ИКДни ТЮЎни бирламчи ва иккиламчи олдини олишнинг асосий воситаси сифатида қараш лозим [1]. Имплантиция одатда маҳаллий оғриқсизлантириш остида амалга оширилади.

ИКД ўрнатишга абсолют кўрсатмалар:

- Аниқ қайтарилмиш сабабларсиз бўлган гемодинамика бузилиши билан кечувчи ҚТ ёки ҚФ
- Структур юрак касаллиги билан кузатиловчи нотурғун ҚТ гемодинамик бузилишсиз кечиши билан

- ЭФТ пайтида кўзғатилган барқарор мономорф ҚТ билан кечувчи ноаник келиб чиқадиган сенкопе ҳолати
- Ишемик кардиомиопатияли ЮЕ белгилари II ёки III синф NYHA бўйича бўлган, оптимал медикаментоз даво ва МИдан 40 кундан сўнг, ва реваскуляризациядан 90 кундан кейин ўлчанганда ЧҚОФ $\leq 35\%$ паст бўлиши
- Ишемик кардиомиопатияли ЮЕ белгилари I синф NYHA бўйича бўлган, оптимал медикаментоз даво ва МИдан 40 кундан сўнг, ва реваскуляризациядан 90 кундан кейин ўлчанганда ЧҚОФ $\leq 30\%$ паст бўлиши
- Дилатацион кардиомиопатия, ЮЕ белгилари II ёки III синф NYHA бўйича бўлган, оптимал медикаментоз даво ва ЧҚОФ $\leq 0,35\%$ паст бўлиши
- Ишемик кардиомиопатия ва нотурғун ҚТ оптимал медикаментоз даво ва МИдан 40 кундан сўнг, ва реваскуляризациядан 90 кундан кейин ўлчанганда ЧҚОФ $\leq 40\%$ паст бўлиши ва ЭФИ да ҚФ ёки турғун ҚТнинг келтириб чиқарилиши
- Аритмоген ўнг қоринча кардиомиопатияси турғун ҚТси, қайта жонлантириш орқали тикланган юрак тўхташи ёки оғир систолик ўнг ёки чап қоринча дисфункцияси
- Б блокатор қабул қилишига қарамай ҚТ кузатилган QT интервали узайиши синдроми
- Юрак тўхташи ёки ҚТ кузатилган қисқа QT интервали синдроми
- ҚТ туфайли хушдан кетиш кузатилган Бругада синдроми ЭКГ 1 типи
- Бета-блокатор қабул қилишига қарамай синкопе ёки ҚТ кузатилган Катехоламинергик полиморф ҚТ
- Юрак тўхташи ёки турғун ҚТ кузатилган эрта реполяризация синдроми

ИКД ўрнатишга нисбий кўрсатмалар:

- Идиопатик дилатацион кардиомиопатия, оптимал медикаментоз терапияда ифодаланган ЧҚ дисфункцияси мавжуд келиб чиқиш генези ноаник хушдан кетиш
- Кардиомиопатия А/С ламин гени мутацияси мавжуд, келиб чиқиш генези ноаник синкопе билан, ёки доимий кардиостимуляторга мустақил кўрсатма бўлган, ёки ≥ 2 хатар омилли ҳолат (нотурғун ҚТ, ЧҚОФ 35% дан 44% гача, нонсенс-мутация, эркак жинси)
- Гипертрофик кардиомиопатия ≥ 1 хатар омилли ҳолат, турғун ҚТ/ҚФ дан ташқари (ТЮЎ кузатилган оилавий анамнез, яқинда кузатилган ноаник хушдан кетиш, ЧҚ қалинлиги ≥ 30 мм), ёки қон босимини жисмоний юқламага аномал реакцияси, ёки нотурғун ҚТ + ≥ 1 бошқа ТЮЎ хатар омиллари (ёш < 30 ёш, гадолий билан МРТда кечки тўлиши, ЧҚ чиқиш тракти обструкцияси, ЧҚ аневризмаси, анамнезидаги хушдан кетиш)
- Аритмоген ўнг қоринча кардиомиопатияси яққол ифодаланмаган ҚТсисиз, оғир систолик ўнг ёки чап қоринча дисфункцияси ва бошқа хатар омиллар билан
- ЮЕ NYHA бўйича IV синф бўлиб госпитализация қилинмаган ва юрак трансплантациясини кутаётган беморлар

- Юрак саркоидози ЧҚОФ $> 35\% \geq 1$ хатар омил мавжуд беморлар ноаник этиологияли хушдан кетиш, МРТ ёки ПЭТ текширувида тасдиқланувчи ифодаланган миокард чандиғи, индуцирланган турғун ҚТ ёки ҚФ, ёки алоҳида кардиостимулятор ўрнатилишига кўрсатмалар
- Гигант хужайрали миокардит ҚФ билан ёки оптимал медикаментоз терапияда кузатилувчи нотурғун ҚТ
- Инвазив ва ноинвазив текширувларда сабаби аниқланмаган аммо синкопе ва юрак касалликлари кучайиб борган касалликлар.
- Гипертрофик кардиомиопатия, нотурғун ҚТ билан ёки қон босимини жисмоний юқламага аномал реакцияси, аммо бошқа ТЮЎ хатар омиллари мавжуд бўлмаган беморлар
- Аритмоген ўнг қоринча кардиомиопатияси яққол ифодаланмаган систолик ўнг ёки чап қоринча дисфункциясиз аммо кам даражада ҚТ хатар омиллари билан
- ЮЕ NYHA бўйича IV синф бўлиб госпитализация қилинмаган ва юрак трансплантациясини кутаётган беморлар

ИҚД ўрнатишига кўрсатма бўлмаган ёки қарши кўрсатма бўлган ҳолатлар:

- қоникарли функционал ҳолатига эга бўлган беморларнинг тахминий умр кўриш давомийлиги, ҳатто далиллар мавжуд бўлса ҳам, 1 йилдан ошмаганда;
- доимий такрорий ҚТ ёки ҚФ билан оғриган беморлар;
- курилмани имплантация қилиш натижасида кучайиши ёки тизимли кузатишга халақит берадиган оғир руҳий касаллиги бўлган беморлар;
- СЮЕ IV ФС (NYHA бўйича) билан оғриган, дори терапиясига резистент беморлар, агар улар юрак трансплантациясига номзод бўлмаса;
- хушидан кетиш, ноаник келиб чиқиши, индукция бўлмаган ҚТА ва структур бўлмаган юрак касаллиги бўлган беморлар;
- ҚТ ёки ҚФни радикал, жарроҳлик ёки катетер абляция билан бартараф этиш мумкин бўлган ҳолларда: WPW синдроми билан боғлиқ аритмиялар, қоринча чиқиш йўлларида тахикардиялар, фасикуляр ва идиопатик ҚТ, юракнинг структурвий патологияси бўлмаганда;
- вақтинчалик ёки қайтариладиган бузилишлар (масалан, ЎМИ, электролитлар мувозанати дисбаланси, дори воситаларининг ноўйиб таъсири, травма) туфайли ҚТ эпизоди бўлган беморларда бузилишни тузатиш такрорий аритмия хавфини сезиларли даражада камайтириши мумкин.

Чап қоринча резекцияси (ЧҚР) жарроҳлик реконструкция қилиш пайтида эндокардэктомиа амалиёти чап қоринча (ЧҚ) постинфаркт аневризмаси бўлган ҚТ/ҚФ пайдо бўлиши ва олдини олиш учун ҚТ кузатилган беморларга тавсия этилади. ЕКЖ IIa A

Эндокардиал резекция, юрак чап қоринчаси аневризмаси жарроҳлик муолажасига юборилган, операциядан олдинги босқичда ҚТ интракардиал ЭФТ текшируви орқали қўйилган беморларга, шунингдек, операциядан кейинги беморларда ҚТ ривожланиш хавфини ҳисобга олган ҳолда ЭФТ ўтказмаган бошқа ЧҚА беморларига кўрсатилади. Инфарктда бу кўрсаткич 50% ни ташкил этади.

ТЮН томонидан қўзғатилган ҚХ учун операциядан кейинги беморларга

операциядан кейин ҚТ/ҚФ эпизодларини енгиллаштириш учун эрта даврда ИКДни киритиш тавсия этилади. ЕКЖ II Б .

СЮЕ билан оғриган беморлар учун ТЮЎ хавфини камайтириш учун юрак ресинхронизацияси терапияси. Комбинациялашган CRT- D қурилмалар

CRT-D - бу 3 электродли дефибрилляция имконияти бор электрокардиостимулятор ҳисобланади. Ўтказилган турли хил патология оқибатида юракнинг синхрон қисқариши бузилади шу сабабли беморда ЮЕ белгилари авж олиши кузатилади. Ушбу қурилма ўз навбатида юрак камераларига режалаштирилган импульс бериши оқибатида юрак бўшлиқларининг синхрон қисқариши тикланади, юрак етишмовчилиги белгилари камаяди ва шу билан бир қаторда хавфли ҚТ ва ҚФни бартараф этади. Мазкур муолажа интервенцион кардиолог томонидан махсус жиҳозланган операцион блокда ўтказилади.

CRT-D ўрнатишга кўрсатма. Юқорида ИКД ўрнатилишига абсолют кўрсатма + гис тутами чап оёқчаси қамали билан биргаликда QRS кенглигининг 130 мс дан ортиқ бўлиши ва ЧҚОФ 35% дан паст бўлиши, юқоридаги кўрсаткичлар билан бир қаторда бемор СЮЕ стабил кечиши ва 1 йилдан ортиқ умр кечириши ҳисобланади.

Бир неча катта тадқиқотлар ва метатаҳлилларда ишемик ва ишемик бўлмаган кардиомиопатияда CRT-D ишончли тарзда ўз самарадорлигини исботини топган [2]. Европа тадқиқот реестридаги маълумотлар CRT-D қурилмалар билан беморларда кам ўлим кузатилганини кўрсатади [1]. Кўпроқ қиммат ва мураккаб комбинацияланган тизимлар ТЮЎни иккиламчи олдини олишга муҳтож бўлган беморларда ёки аниқ коморбид бўлмаганида ва нисбатан ёшларда ТЮЎ бирламчи олдини олишда кўпроқ даражада афзал бўлиши керак [3]. CRT-D имплантацияси одатда маҳаллий оғриқсизлантириш остида амалга оширилади.

СЮЕ, синус ритми ва QRS морфологияси, ГТЧОТБ, QRS давомийлиги ≥ 150 мс, ЧҚОФ $\leq 35\%$ бўлган симптоматик беморларга симптомларни камайтириш, касалланиш ва ТЮЎ ривожланиш хавфини камайтириш учун CRT-D қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилади. ЕКЖ I А

СЮЕ, синус ритми, QRS морфологияси, ГТЧОТБ, QRS 130-149мс давомийлиги, ЧҚОФ $\leq 35\%$ бўлган симптоматик беморларга симптомларни камайтириш, касалланиш ва ўлим хавфини камайтириш учун CRT-D қурилмасини имплантация қилиш тавсия этилади. ЕКЖ I Б

СЮЕ, синус ритми ва QRS морфологияси, нотўлиқ ЧҚТТ, QRS давомийлиги ≥ 150 мс, ЧҚОФ $\leq 35\%$ бўлган симптоматик беморларга симптомларни камайтириш, касалланиш ва ривожланиш хавфини камайтириш учун CRT-D қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилади. ЕКЖ I Б

СЮЕ, синус ритми ва QRS морфологияси, нотўғри ГТЧОТБ, QRS давомийлиги 130-149 мс, ЧҚОФ $\leq 35\%$ бўлган симптоматик беморларга симптомларни камайтириш, касалланишни камайтириш ва оптимал дори терапияси фонида CRT-D қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилади [8]. ЕКЖ II Б

QRS давомийлиги 130 мс дан кам бўлган ЮЕ билан оғриган беморларга CRT-D қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилмайди ЕКЖ III А

QRS давомийлиги ≥ 130 мс, ЧҚОФ $\leq 35\%$, ЮЕ бўйича СЮЕ III-II В ФС билан оғриган беморларга симптомларни камайтириш, касалланиш ва ўлим хавфини

камайтириш учун CRT-D қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилади.

Агар БФ бўлган CRT-D қурилмаси бўлган беморларда бивентрикуляр стимуляция самарасиз бўлса, АВ тугунининг катетер абляция ёрдамида юрак блокинни яратиш тавсия этилади. ЕКЖ IIа Б

БФ, назоратсиз қоринча тезлиги, АВ тугунини катетер абляция орқали юрак блокировкасига номзодлар учун CRT-D мосламаларини имплантация қилиш тавсия этилади. ЕКЖ IIа Б

Симптомларни камайтириш ва касалланишни камайтириш учун брадикардия туфайли доимий қоринча юрак уриши белгилари бўлган СЮЕ, ЧҚОФ <40% бўлган симптоматик беморларга CRT-D қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилади. ЕКЖ I А

Оптимал дори терапиясига қарамай, юрак юрак етишмовчилигининг прогрессив ёмонлашуви билан доимий қоринча юрак уришини талаб қиладиган ЧҚОФ <40% бўлган беморлар учун мавжуд КС ёки ИҚД ўрнига CRT-D қурилмасини имплантация қилиш тавсия этилади ЕКЖ I А

**«ҚОРИНЧАЛАР АРИТМИЯЛАРИ
СИНДРОМИ» НОЗОЛГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Асосий қисм

1.1. Кириш

Қоринчалар аритмиялари мавжуд беморларда профилактика ва реабилитацияси бирламчи тизимда олиб борилиб, ушбу гуруҳ беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга, меҳнат қобилиятини саблаб қолишга ва руҳий сферасини мустаҳкамлашга қаратилган. Реабилитация дастурлари беморда қайд этилган асосий касаллик профилактикаси ва реабилитацияси билан биргаликда ҳамоҳанг олиб борилади.

ТЮЎ бирламчи профилактикаси - юрак касалликлари хавфи юқори бўлган, лекин ҳаёт учун хавфли аритмия тарихи бўлмаган ёки юрак хуружининг олдини олган одамларда ТЮЎ хавфини камайтиришга қаратилган чора –тадбирлар, Ушбу тадбирлар бу бирламчи ЮҚТК учун умумий бўлган ўзгартириб бўладиган хатар омиллар, қондаги холестерин назорати, зарарли одатларни тарк этиш, гиподинамия, стресс, АБ назорати, диета назоратидан иборат ушбу тадбирлар оилавий шифокор томонидан олиб борилади.

ТЮЎ иккиламчи профилактикаси - анамнезида ҳаёт учун хавфли аритмия ёки юрак хуружи келиб чиқиб унинг олди олинган одамларда ТЮЎ хавфини камайтиришга қаратилган чора –тадбирларни ўз ичига олади. Ушбу тадбирлар туман даражасида зарурий медикаментоз терапияни танлаш, заруратга қараб вилоят ва республика даражасидаги ихтисослаштирилган марказлар томонидан инвазив муолажалар билан олиб борилади ва ТЮЎ хатар омиллари аниқланади ва заруратга қараб катетер абляция, КВД ва CRT-D ўрнатиш орқали амалга оширилади. Ва бемор стационар даврдан сўнг йўлланма орқали бирламчи амалиёт шифокори назоратига чиқарилади.

ҚТ ни муваффақиятли даволаш ва ТЮЎни олдини олишнинг энг муҳим шarti юракнинг асосий касалликларини ва бирга келадиган ҳамроҳ касалликларни самарали даволашдир. ЮИК - ҚА ва ТЮЎни келтириб чиқарадиган асосий юрак патологиясидир. ЮИК ва ҚТ пайдо бўлишига олиб келадиган асосий касалликни даволаш/кўриб чиқиладиган шароитларга мувофиқ амалга оширилиши керак.

ЧҚД/Юракда структуравий патологияси бўлмаган беморларда ҚА ни тиббий даволаш тавсия этилмайди, чунки бу беморларда ТЮЎ хавфи паст ва профилактикани талаб қилмайди [4-6]. ЕКЖ IIIA

ЧҚД/Юракда структур ўзгариши бўлмаган беморларда мономорф ҚТ (идиопатик ҚТ) пароксизмларининг мавжудлиги ТЮЎ хавфини оширмайди. Дори воситаларининг профилактикаси талаб қилинмайди [1-8].

Структуравий юрак патологияси/ЧҚД бўлган беморларда ҚА мавжуд бўлганда, ТЮЎ хавфи юқори бўлса, унинг профилактикаси учун ААТ ўтказиш тавсия этилади.

Бирламчи ёки иккиламчи профилактикани талаб қиладиган ТЮЎ хавфи юқори бўлган миокарднинг таркибий шикастланиши/ЧҚД бўлган беморларни даволаш учун уларни қўллашга қарши кўрсатмалар ва юзага келиши мумкин бўлган ножўя таъсирларни ҳисобга олган ҳолда бета-блокаторлар гуруҳидан дори-дармонларни буюриш тавсия этилади. [2-8] ЕКЖ IA (ДАД I)

ТЮЎнинг бирламчи иккиламчи профилактикасига мухтож бўлган беморларда амиодарон ва унинг бета-блокаторларини биргаликда қўллаш ҚТ/ҚФ пайдо бўлишининг олдини олиш ва беморнинг умрини узайтириш мумкин бўлган КВД учун ягона дори алтернативидир.

ТЮЎ нинг иккиламчи профилактикаси учун ИҚД

Хужжатларда қайд этилган ҚФ ёки ҚТ бўлган, гемодинамикада сезиларли ўзгаришлар бўлган беморларга ИҚД имплантацияси МИ ривожланиш вақтидан 48 соатдан кейин тавсия этилади. Беморлар оптимал дори терапиясини фонида бўлиши керак [2,7].

ИҚД имплантацияси ёки ташқи кардиовертер-дефибрилатордан вақтинча фойдаланиш баъзи беморларда МИдан кейин 40 кун давомида тавсия этилади (тўлиқ бўлмаган реваскуляризация, олдинги дисфункция ва ЧҚОФнинг пасайиши, 48 соатлик ўКС, полиморф ҚТ ёки ҚФдан кейин аритмия билан) [4-7].

Катетер абляциясини амалга ошириш қобилиятидан ва процедура натижаларидан қатъий назар, турғун ҚТ, ўртача оғир ЧҚОФ (ЧҚОФ <45%) бўлган беморларга ИҚД имплантацияси тавсия этилади [4-6].

Стабил ҚТ бўлган беморларда ИҚД имплантацияси ААТ га нисбатан омон қолиш даражасининг ошиши билан бирга келади. ЧҚ дисфункцияси (Қон отиш фракцияси <45%) ва барқарор ҚТ бўлган беморларда ИҚДни жойлаштириш тавсия этилади.

ИҚД имплантацияси миокард инфаркти, ЧҚОФ (ЧҚОФ <40%) ва ЭФТ даврида барқарор ҚТ ёки ҚФ туфайли беқарор ҚТ бўлган беморларга тавсия этилади [5-7].

Рандомизирланган тадқиқотлар ва мета-таҳлилларда ТЮЎ хавфи чқЧҚ функциясининг бузилиши билан боғлиқлиги ва ИҚД дан ТЮЎнинг бирламчи профилактикаси воситаси сифатида фойдаланиш келиб чиқиши ишемик ва ишемик бўлмаган табиатли ушбу тоифадаги беморларнинг ўлим даражасига сезиларли таъсир кўрсатиши кўрсатилди. ИҚДни қўллашнинг барча кўрсаткичлари учун иккинчиси фойдасига қарор фақат беморнинг тахминий умр кўриш муддати 1 йилдан ортиқ бўлган тақдирда қабул қилинади. Миокарднинг адекват реваскуляризацияси зарурати, шунингдек, аритмияни бутунлай бартараф қилиш истаги ИҚД дан фойдаланишга нисбатан устувор вазифадир [1-5]

ТЮЎ нинг бирламчи профилактикаси учун ИҚД имплантацияси МИ дан кейин 40 кунлик даврида тавсия этилмайди.

ИҚД имплантацияси ЧҚД (ЧҚОФ \leq 35%) ва ЮЕ (НУНА бўйича II ёки III ФС) бўлган беморларда ИМ дан камида 40 кун ўтгач ўтказилганлиги сабабли ТЮЎ хавфини камайтириш учун тавсия этилади [4, 5].

ИҚД имплантацияси ишемик бўлмаган кардиомиопатия, ЧҚД (ЧҚОФ \leq 35%) ва ЮЕ (НУНА бўйича II ёки III ФС) бўлган беморларга тавсия этилади [5-8].

Тиббий муассасада юрак трансплантациясини кутаётган беморларда ТЮЎ нинг олдини олиш учун ИҚД имплантацияси тавсия этилади [7, 8].

ҚТ/ҚФ ни даволаш ва ТЮЎ профилактикаси учун идиопатик ҚФ эпизодини бошдан кечирган беморларга ИҚД имплантацияси тавсия этилади.

Тўсатдан юрак тўхташи ва гемодинамик бузилишлари бўлган кузатилувчи ҚТ билан оғриган ўҚАК беморларига ТЮЎ нинг иккиламчи профилактикаси учун

ИКД имплантацияси тавсия этилади. [8]

Юрак клапанларининг шикастланиши, эҳтимол, иккиламчи профилактика мақсадида ИКДни жойлаштириш учун ташрифларнинг тахминан 7% нинг асосий сабабидир.

Хавф омилларини тузатиш фақат бемор томонидан, балки унинг оила аъзолари томонидан талаб қилинади. У шифокор томонидан тузилган оилавий бирламчи профилактика ва таълим дастурларини амалга ошириш орқали амалга оширилади.

ҚА билан оғриган беморларда махсус аритмиядан тикланишига хос **реабилитация** чора-тадбирлари амалга оширилмайди, балки асосий нозология асосида реабилитация чоралари ташкиллаштирилиши мумкин.

ҚА мавжуд беморларга физиотерапиянинг электростимуляциядан фойдаланилувчи амалиётлар, турли хилдаги парафин ва иссиқ сувли муолажалар тавсия этилмайди.

12-жадвал

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Сифат мезони	ЕКЖ синфи ва даражаси	Бажарилиш баҳоси	Манба
1	Қон айланишини тўхтатиш / хушидан кетиш билан оғриган беморга ЭКГ ўтказилди ва ҚТ/ҚФ пароксизми ташхисида реанимация ва шошинч кардиоверсия / дефибриляция қилинди.	ІБ	ҲА/ЙЎҚ	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
2	Доимий қоринча тахикардияси бўлган беморда аритмия назорати (дори-дармонлар, ЭКВ) ўтказилди.	ІБ	ҲА/ЙЎҚ	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
3	Қоринча аритмияларини (ҚА) аниқлаш учун текширувдан ўтаётган беморларда 12 та стандарт тармоқдагитинч холатдаги ЭКГ тадқиқоти ва / ёки Холтер ЭКГ мониторинги (ХМЭКГ) ўтказилди.	ІА	ҲА/ЙЎҚ	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
4	ҚА бўлган беморда ЧҚ функциясини баҳолаш ва тизимли юрак касалликларини аниқлаш учун эхокардиография ва/ёки бошқа визуал тадқиқотлар ўтказилди.	ІА	ҲА/ЙЎҚ	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/

5	Бета-блокаторлар билан терапия миокарднинг тизимли шикастланиши / ЧҚ дисфункцияси бўлган, ТЮЎ хавфи юқори бўлган ва унинг бирламчи ёки иккиламчи профилактикасига муҳтож бўлган барча тоифадаги беморларни даволашда бошланди / давом эттирилди.	IA	ҲА/ЙЎҚ	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
6	Умумий ўлим ва хавфни камайтириш учун СЮЕ ва ЧҚ систолик дисфункцияси (ЧҚОФ ≤ 35-40%) бўлган беморларда ACE ингибиторлари (ёки ACE ингибиторларини интолеранс учун ангиотензин ИИ антагонистлари), Бета-блокаторлар ва алдостерон антагонистлари билан оптимал дори терапияси ўтказилди. .	IA	ҲА/ЙЎҚ	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/
7.	Давомий ҚТ туфайли ИКД *** такроран электик зарбаси аниқланганда / зарбалар бўлса, антиаритмик терапия ўтказилди, самарасиз ёки имконсиз бўлса, бемор юрак аритмиясини ташхислаш ва даволашга ихтисослашган шифокорга юборилди (кардиолог, юрак-қон томир жарроҳи, эндоваскуляр диагностика ва даволаш шифокори) катетер абляцияини амалга ошириш зарурати масаласини ҳал қилиш учун.	IB	ҲА/ЙЎҚ	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
8.	Миокард инфарктдан 40 кун ўтгач, чап қоринча дисфункцияси (ЧҚОФ - 35% ёки ундан кам) ва юрак етишмовчилиги (NYHA ФС II ёки III) бўлган бемор юрак аритмияларини ташхислаш ва даволашга ихтисослашган шифокорга юборилади (кардиолог, юрак-қон томир касалликлари). - қон томир жарроҳ, эндоваскуляр диагностика	IA	ҲА/ЙЎҚ	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/

	ва даволаш шифокори) ёки ИКД имплантацияси зарурати масаласини ҳал қилиш учун ихтисослаштирилган кардиология марказига ***.			
9.	ИКД зарбаларини бир неча марта қайта қўллашга олиб келадиган узлуксиз ҚТ ёки электр бўрони бўлса, ихтисослашган ва тажрибали марказларда катетер абляция зарурати.	ИБ	ҲА/ЙЎҚ	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/
10	Агар дори терапияси самарасиз бўлса, ҚТ хуружлари давом этса, қоринча экстрасистолияси билан боғлиқ бўлган ЧҚ дисфункцияси мавжуд бўлса, бемор юрак аритмияларини ташхислаш ва даволашга ихтисослашган шифокорга (кардиолог, юрак-қон томир жарроҳи, эндоваскуляр диагностика ва даволаш шифокори) маслаҳат учун юборилади. ёки ихтисослашган кардиологик марказга такрорий аритмиялар ва такрорий ИКД ларнинг олдини олиш учун катетер абляция зарурлигини ҳал қилиш учун.	ИБ	ҲА/ЙЎҚ	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/

Адабиёт манбалари

1. Юрак-қон томир касалликлари бўйича миллий клиник баённомалар. Тошкент. 2023. 584 бет
2. Клинические рекомендации. Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть. Российское кардиологическое общество (РКО) при участии Всероссийского научного общества специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции (ВНОА), Всероссийской общественной организации «Ассоциации детских кардиологов России», Общества холтеровского мониторирования и неинвазивной электрокардиологии. Министерство здравоохранения Российской Федерации 2020 год
3. Клинический протокол диагностики и лечения желудочковых нарушений ритма сердца и профилактики внезапной сердечной смерти. Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. 2016 год.

4. 2020 APHRS/HRS expert consensus statement on the investigation of decedents with sudden unexplained death and patients with sudden cardiac arrest, and of their families. *Heart Rhythm*, Vol 18, No 1, January 2021. Pages e1-e50
5. 2019 HRS/EHRA/APHRS/LAHRS expert consensus statement on catheter ablation of ventricular arrhythmias. *Heart Rhythm*, Vol 17, No 1, January 2020. Pages e1-e154
6. 2017 AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death. *Circulation*. 2018;138:e272–e391
7. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), *European Heart Journal*, Volume 36, Issue 41, 1 November 2015, Pages 2793–2867
8. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., et al; Authors/Task Force Members. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016; 37:2315–2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106.