

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

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN KARDIOLOGIYA ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT MARKAZI

«PERIKARDITLAR» NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLLARI

TOSHKENT – 2025



**«KELISHILGAN»
RIKIATM direktori
X.G'. Fozilov**

" " _____ 2025 yil

«PERIKARDITLAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI

TOSHKENT – 2025

**«PERIKARDITLAR» NOZOLOGIYASINI TASHXISLASH VA
DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

1. Kirish qismi

XKK-10 kodi (lar):

I30	O'tkir perikardit
I30.0	O'tkir nospetsifik idiopatik perikardit
I30.1	Infeksion perikardit
I30.8	O'tkir perikarditning boshqa shakllari
I30.9	Sababi noma'lum o'tkir perikardit
I31	Perikardning boshqa kasalliklari
I31.0	Surunkali adgeziv perikardit
I31.1	Surunkali konstruktiv perikardit
I31.2	Gemoperikard, boshqa sarhadlarda tasnifi keltirilmagan
I31.3	Perikard bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi (yallig'lanishsiz)
I31.8	Perikardning boshqa aniqlangan kasalliklari
I31.9	Noma'lum perikard kasalliklari
I32	Boshqa sarhadlarda tasniflangan kasalliklardagi perikardit
I32.0	Bakterial kasalliklardagi perikardit, boshqa sarhadlarda tasnifi keltirilgan
I32.1	Boshqa infeksiyon va parazitlar kasalliklardagi perikardit, boshqa sarhadlarda tasnifi keltirilgan
I32.8	Boshqa kasalliklardagi perikardit, boshqa sarhadlarda tasnifi keltirilgan

XKK-11 kodi (lar):

BB2Z	Boshqa ruknlarda tasniflanmagan perikardit
BB2Y	Boshqa aniqlangan perikardit
BB20.Z	Boshqa ruknlarda tasniflanmagan o'tkir perikardit
BB20.Y	Boshqa aniqlangan o'tkir perikardit
BB20.0	Infeksion perikardit
BB20.0&XN3BH	Virusli perikardit
BB20.0&XN74M	Bakterial perikardit
1B41.0	O'tkir revmatik perikardit
BB20.Z	O'tkir ekssudativ perikardit
1A62.1/BB20.0	Zaxm perikarditi
1A72.Y/BB20.0	Gonokokkli perikardit
1B5Y/BB20.0&XN3NM	O'tkir streptokokkli perikardit
BB20.0&XN3PW	Pnevmonokokkli perikardit
1B5Y&XN9ZG/BB20.0	Stafilokokkli perikardit
BB22	Konstruktiv perikardit
BB20.1	Neoplastik perikardit
1C1C.Y/BB20.0	Meningokokkli perikardit
BB20.Y/GB61.5	Uremik perikardit
BB20.0&XN0WC	Aspergillyoz perikardit
4A40.0Y/BB20.Y	Tizimli qizil bo'richadagi perikardit
BB21	Surunkali revmatik perikardit
BA60.0	Dressler sindromi (postinfarkt perikardit)

BA60.1	O'tkir miokard infarktining joriy asorati sifatida boshqa perikarditlar
1B12.0/BB20.0	Tuberkulyoz perikardit

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025-yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2029 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda.

Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgarishlar tegishli hujjatlarda elon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (RIKIATM) hisoblanadi.

Kardiologiya ishchi guruhining quyidagi a'zolari klinik protokol va standartni ishlab chiqishga hissa qo'shdilar:

Jarayonni tashkil etish borasida kardiologiya yo'nalishidagi ishchi guruh a'zolari:

1. **Fozilov X.G.** – RIKIATM direktori, t.f.n. SSV bosh kardiologi.
2. **Nizamov U.I.** – RIKIATM direktorining davolash ishlari bo'yicha o'rinbosari, PhD, SSV konsultant kardiologi.
3. **Karimov A.M.** – RIKIATM direktorining filiallar bo'yicha o'rinbosari, PhD, SSV konsultant kardiologi.
4. **Kurbanova R.A.** – RIKIATM bosh shifokori o'rinbosari.
5. **Tolipova Yu.Sh.** – Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazining intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kardiologiya va gerontologiya kafedrasida dosenti, t.f.d., SSV bosh gerontologi.
6. **Axmatov Ya.R.** – RIKIATM Karshi filiali direktori, PhD.

Mualliflar ro'yxati:

Mullabayeva G.U. – tibbiyot fanlari doktori, kaminvaziv jarroxlik bo'limi rahbari Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi (RIKIATM).

Kurbonov A.K. – tibbiyot fanlari doktori, dotsent, O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi Tibbiyot bosh boshqarmasi (O'zRPAhTBB) boshlig'i o'rinbosari, Toshkent davlat stomatologiya instituti Ichki kasalliklar kafedrasida mudiri.

Nizomov U.E. - Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi (RIKIATM) bosh shifokori

Taqrizchilar:

E.U.Asimbekova – Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining Bakulev nomidagi yurak-qon tomir jarrohligi ilmiy-tibbiy tekshirish markazi klinik-diaagnostika bo'limi etakchi ilmiy xodimi, tibbiyot fanlari doktori.

A.X.Abdullaev – O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi reabilitatsiya laboratoriyasi mudiri, tibbiyot fanlari doktori.

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston Kardiologlar assosiasiyasi a'zolari, Sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIKIATM DM kollektivi va ularning o'rinbosarlari) ishtirokida ishchi guruhning 1 yil 2023-noyabrda onlayn formatdagi yakuniy yig'ilishida norasmiy konsensusga erishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi gurux rahbari - RIKIATM direktori, t.f.n. SSV bosh kardiologi.

Klinik protokol Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Ilmiy Kengashi tomonidan 2023-yil 25-sentyabrdagi 13-sonli bayonnomada ko‘rib chiqilgan va tasdiqlangan.

Ilmiy Kengash raisi – tibbiyot fanlari nomzodi, X. G. Fozilov.

Texnik ekspert baholash va tahrirlash:

1. Nizamov U. I. - RIKIATM direktorining davolash ishlari bo‘yicha o‘rinbosari, PhD, SSV konsultant kardiologi.
2. Karimov A. M. - RIKIATM direktorining filiallar bo‘yicha o‘rinbosari, PhD, SSV konsultant kardiologi.

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vaziri o‘rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Qisqartmalar ro‘yxati

AV	atrioventrikulyar
AAPT	ambulatory antibiotikli parenteral terapiya
ATQ	Amaliy tavsiyalar bo‘yicha ESC qo‘mitasi
BFEKG	bir fotonli emission kompyuterli tomografiya
YeKJ	Yevropa kardiologlar jamiyati
EACTS	Yevropa kardiotorakal jarrohlik assotsiatsiyasi
EANM	Yevropa yadroli tibbiyot assotsiatsiyasi
EChT	eritrositlar cho‘kish tezligi
ExoKG	exokardiografiya
IE	infeksion endokardit
IYuM	implantatsiya qilingan yurak moslamalari
IKD	implantatsiya qilingan kardioverter-defibrillyator
KT	kompyuterli tomografiya
KoNS	koagulozonegativ stafilokokklar
KPE	klapan protezi endokarditi
ManfO‘E	flora o‘sishi manfiy infeksiyon endokardit
MRT	magnit rezonans tomografiya
MSKT	multispiral kompyuterli tomografiya
NICE	Salomatlik va yordamni yaxshilash Milliy instituti
NKE	nativ klapan endokarditi
NBTE	nobakterial tromboendokardit

NYHA	Nyu York yurak assotsiatsiyasi
OIV	odam immunodefisit virusi
PET	pozitron-emission tomografiya
PZR	polimeraza zanjirli reaksiya
ShTB	shoshilinch terapiya bo'limi
TYuN	tug'ma yurak nuqsonlari
TExoKG	transtorakal exokardiografiya
UTT	ultratovush tekshiruvi
CRO	C-reaktiv oqsil
YuE	yurak etishmovchiligi
QO'ExoKG	qizilo'ngach orqali exokardiografiya

Protokol foydalanuvchilari:

1. Kardiologlar;
2. Terapevtlar;
3. Umumiy amaliyot shifokorlari;
4. Tez va shoshilinch yordam shifokorlari;
5. Laborant-shifokorlar;
6. Sog'liqni saqlash tashkilotchilari;
7. Klinik farmakologlar;
8. Tabalalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, aspirantlar, tibbiyot oliy o'quv yurtlari o'qituvchilari.

Bemorlar kategoriyasi: yurak-qon tomir kasalliklari, xususan AG, YuIK, O'MI, kardiomiopatiya bilan og'riqan va perikarditlar bilan asoratlangan bemorlar.

Mundarija

[«PERIKARDITLAR» NOZOLOGIYASINI TASHXISLASH VA DAVOLASH BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI](#) **Ошибка!**
Закладка не определена.

[«PERIKARDITLAR» NOZOLOGIYASIDA TIBBIY ARALASHUVLAR BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI](#).....44

[«PERIKARDITLAR» NOZOLOGIYASI TIBBIY PROFILAKTIKA YOKI REABILITASIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI](#)
.....52

1-jadval. Yevropa kardiologlari jamiyati tavsiyalarining baholash sinflari shkalasi

EKJ ning tavsiyalari sinfi	Ta'rifi	Taklif qilinadigan shakl
I	Diagnostik muolaja, aralashuv/davolash samarali va foydali deb isbotlangan yoki umumqabul qilingan deb hisoblanadi	Tavsiya qilingan/ko'rsatilgan
IIa	Ma'lumotlar/fikrlarning ko'pchiligi diagnostik muolaja, aralashuv, davolashning samaradorligi/foydasi afzalligini ko'rsatadi	Qo'llash maqsadga muvofiq
IIb	Diagnostik muolaja, aralashuv, davolashning samaradorligi/foydasi ishonchliligi kamroq deb aniqlangan	Qo'llash mumkin
III	Diagnostik muolaja, aralashuv, davolashning befoydaligi/besamaraligi to'g'risida ma'lumotlar yoki yagona fikr keltirilgan, bir qator hollarda esa ular ziyon etkazishi mumkin.	Qo'llash tavsiya etilmaydi

2-jadval. Yevropa kardiologlari jamiyatining dalillar ishonchliligi darajasini baholash shkalasi

	Dalillarning ishonchliligi darajasi
A	Ko'p sonli randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar yoki meta-tahlillar ma'lumotlari
B	Ma'lumotlar bitta randomizasiyalangan klinik tadqiqot yoki yirik randomizasiyalanmagan tadqiqotlar natijalari bo'yicha olingan
C	Ekspertlarning kelishilgan fikri va/yoki kichik tadqiqotlar, retrospektiv tadqiqotlar, registrlar natijalari

2. Asosiy qism

2.1. Kirish

Perikard – ikki qavatli xalta bo'lib, o'z ichida yurak va yirik tomirlarning ildiz qismlarini tutadi. Perikard xaltasi ikki qavatdan iborat: seroz - vistseral (u miokardga yopishib turgani sababi epikard deb ham ataladi) hamda fibroz - pariyetal qavatlar. Ular orasida perikard bo'shlig'i joylashgan bo'lib, unda perikard suyuqligi saqlanadi. Perikard yurakni ko'ks oralig'i sohasida tutib turadi, uni yuqumli kasalliklardan himoyalaydi va yurak qisqarishlari davomida “moylab” turadi.

2.2. Perikarditlar ta'rifi

Perikard kasalliklari mustaqil yoki tizimli kasalliklarning bir qismi sifatida rivojlanadi [1-5]. Perikard shikastlanishining asosiy sindromlari - perikardit (o'tkir, nimo'tkir, surunkali va qaytalanuvchi), perikard bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishi, yurak tamponadasi, konstruktiv perikardit va perikard qalinlashishi hisoblanadi [1, 4, 5].

2.3. Perikarditlar tasnifi

Perikarditlarning etiologiyasi, uchrash darajasi va patogenezi

1 - jadval. Perikarditlarning etiologiyasi, uchrash darajasi va patogenezi [ESC Guidelines, 2004]

Etiologiyasi	Uchrash darajasi	Patogenezi
Infekcion perikardit		
Viruslar (Koksaki A9, B 1-4, Exo 8, parotit, sitomegalovirus, suvchechak, qizamiq, OIV, parvo B19 va boshqalar)	30-50%	Kasallik qo'zg'atuvchisining perikard to'qimasida ko'payishi, tarqalishi hamda u tomonidan zaharli moddalarning ishlab chiqarilishi perikardda seroz, seroz – fibrinoz, gemorragik (bakteriyalar, viruslar, sil va zamburug'lar) yoki yiringli bakteriyalar) yallig'lanishga sabab bo'ladi
Bakteriyalar (pnevmo - , meningo - , gonokokklar, gemofilis, oqish treponema, borellioz, xlamidiya, sil va boshqalar)	5-10%	
Zamburug'lar (kandida, gistoplazma va boshqalar)	kam	
Parazitlar (exonokokk, toksoplazma va boshqalar)	kam	
Tizimli autoimmun kasalliklardagi perikardit		
Sistemali qizil yugurdak	30%	Ko'pincha yashirin yoki yengil kechayotgan kasallikning yurak qon-tomir kasalliklari ko'rinishida namoyon bo'lishi
Revmatoid artrit	30%	
Ankilozlovchi spondilit	1%	
Tizimli skleroz	50% дан кўп	
Dermatomiozit	kam	
Tugunchali periartrit	kam	
Reyter sindromi	2% atrofida	
Oilaviy O'rtayer dengizi isitmasi	0,7%	
2-tip (auto) immune jaraohn		Ikkilamchi yuqumli kasallika yoki operatsiyadan keyin
Revmatik isitma	20 - 50%	Asosan o'tkir fazada

Kardiomiopatiyadan keyingi sindrom	20% atrofida	Operatsiyadan 10 - 14 kun o'tgandan keyin
Miokard infarktidan keyingi holat	1-5%	Epistenokarditik perikardit bilan differensial tashxislash uchun zarur
Autoreaktiv (surunkali) perikardit	23,1%	Keng tarqalgan shakl
Qo'shni a'zolar kasalliklaridagi perikardit va perikard bo'shlig'ida suyuqlik		
O'tkir miokard infarkti (epistenokarditik perikardit)	5-20%	Transmural miokard infarktidan 1-5 kun o'tgach
Miokardit	30%	Epimiokardit
Aorta anevrizmasi	kam	Anevrizma yorilganda gemorragik perikardit rivojlanadi
O'pka infarkti	kam	
Zotiljam	kam	
Qizilo'ngach kasalliklari	kam	
Surunkali yurak yetishmovchiligidagi perikardit	kam	
Paraneoplastic perikardit	Кўп	O'sma infiltratsiyasi kuzatilmaydi
Moddalar almashinuvi buzilishidai perikardit		
Buyrak yetishmovchiligi (uremiya)	Ko'p	Virusli / toksik / autoimmun
Miksedema	30%	Seroz, xolesteringa boy
Addison kasalligi	kam	Membranadan sizib chiqish
Diabetic ketoasidoz	kam	
Xolesterinli perikardit	Juda kam	Xolesterin transsudatsiyasi (steril seroz – fibroz suyuqlik)
Homiladorlik	kam	
Travmatik perikardit		
Bevosita jarohatlanish (ko'krak qafasining teshib o'tuvchi jarohati, qizilo'ngach perforatsiyasi, yot jismlar)	kam	
Bilvosita jarohatlanish (ko'krak qafasining teshib o'tmaydigan jarohati, ko'ks oralig'ining qattiqlanishi)	kam	

Neoplastik perikardit		
Birlamchi o'smalar	kam	Seroz yoki fibrinoz, kam hollarda gemorragik suyuqlik
Ikkilamchi metastazlangan o'smalar	ko'p	
O'pka karsinomasi	40%	
Sut bezi karsinomasi	22%	
Oshqozon va yo'g'on ichak karsinomasi	3%	
Boshqa joylarda joylashgan karsinomalar	6%	
Leykemiya va limfoma	15%	
Melanoma	3%	
Sarkoma	4%	
Boshqa o'smalar	7%	
Idiopatik perikardit	3,5% (boshqa ma'lumotlarga ko'ra 50% dan ko'p)	Seroz, fibrinoz, ba'zan gemorragik suyuqlik. Virusli infeksiya yoki ikkilamchi autoimmune jarayonga shubha uyg'otadi.

2- jadval Preikarditlarning klinik tasnifi [ESC Guidelines, 2015]

Klinik-morfologik shakli	Kechish davomiyligi
a. O'tkir perikarditlar 1. Fibrinoz (yoki quruq) Ekssudativ (seroz-fibrinoz, yiringli, chirikli, gemorragik) tomponada bilan tomponadasiz	3 oydan kam
b. Surunkali perikarditlar 1. Ekssudativ (seroz-fibrinoz, yiringli, chirik, gemorragik) <ul style="list-style-type: none"> • tomponada bilan • tomponadasiz 2. Adgeziv (yopishqoq) 3. Konstruktiv (siquvchi) <ul style="list-style-type: none"> • «zirhli yurak» 	3 oydan uzoq
C. Qayta (residiv)lanuvchi perikardit	

3-jadval Perikarditlar va uni tashxislash mezonlari [ESC Guidelines, 2015]

Perikardit	Tashxislash mezonlari
O'tkir	Quyidagi 4 mezonlarning kamida ikkitasi mavjud bo'lganda yallig'lanishli pericardial sindromi qo'yiladi: (1) Ko'krak sohasida perikarditga hos og'riq (2) Pericardial shovqinlar EKGda yangi, tarqalgan ST depressiyasi va/yoki PR segment depressiyasi perikard bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishi (yangi paydo bo'lgan yoki yomonlashgan) tashxisni tasdiqlovchi qo'shimcha ma'lumotlar: Yallig'lanish markerlari (C-reaktiv oqsil, eritrositlar cho'kish tezligi, qondagi leykositlar) miqdorining ortishi; Asbobiy tekshiruv usullarida (KT, MRT) perikard yallig'lanish belgilarining aniqlanishi
To'liq davolanmagan	Kasallik belgilari 4–6 haftadan uzoq, biroq 3 oydan kam, remissiyalarsiz davom etuvchi perikardit
Residivlanuvchi	Birlamchi perikardit belgilari yo'qolgandan so'ng, 4-6 haftadan so'ng yuzaga kelgan perikardit
Surunkali	3oydan uzoq davom etuvchi perikarditойдан узоқ давом этувчи перикардит

2.4 O'tkir perikardit

2.4.1. O'tkir perikarditni klinik belgilari

Etiologiyasidan qat'iy nazar, quruq, fibrinoz va eksudativ perikardit farqlanadi. Prodromal davrda ko'pincha isitma (odatda, 39°S dan past; keksalarda yuzaga kelmasligi mumkin), umumiy holsizlik va mushaklarda og'riq kuzatiladi. Asosiy belgilar – to'sh orti yoki yurak sohasidagi og'riq (trapetsiyasimon mushak sohasiga irradiatsiyalanishi, plevrit yoki stenokardiyadagi og'riqlarga o'xshab ketishi mumkin; og'riq tana holatiga bog'liq ravishda o'zgaradi), quruq yo'tal va hansirash. Perikard ishqalanish shovqini o'tib ketuvchi, bir, ikki yoki uch fazali bo'lishi mumkin. Auskultatsiyada III ton eshitiladi. Perikard bo'shlig'ida suyuqlik aniqlanishi mumkin. Kasallikning o'tkir fazasida EkGda ST segmenti elevatsiyasi va konkordant ko'tarilishi, PR segmenti depressiyasi kuzatiladi. ko'p hollarda perikardit u yoki bu darajadagi miokardit bilan kechib, miokardning umumiy yoki mahalliy disfunktsiyasi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Laborator o'zgarishlar – qonda I va t yurak troponinlari, kFk MV fraktsiyasi, miogloblin va alfa-o'sma nekroz omili miqdori ortadi.

2.4.2. O'tkir perikarditni tashxislash

4-jadval O'tkir perikarditni tashxislashda harakatlar ketma ketligi [barcha chora tadbirlarning isbotlanganlik darajasi – I]

Tekshirish usullari	Natijalar	Manba
Majburiy [I sinf] [DID 1]		
Auskultatsiya	Perikard ishqalanish shovqini (bir, ikki yoki uch fazali)	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318
Qon tahlili	(a) yallig'lanish markerlari: ECHT, C-reaktiv oqsil, LDG, leykositlar (b) miokard shikastlanish belgilari (kFk MV fraktsiyasi, yurak I troponini)	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318
EKG	I bosqich: ST segmentining oldingi yoki pastki tarmoqlarda konkordant ko'tarilishi, PR segmentining P tishchaga qarama qarshi tomonga o'zgarishi II bosqich erta davri: ST segmenti J nuqtasi izoliniyada, PR segmenti o'zgargan II bosqich kechki davri: T tishchasining progressiv yassilanishi va manfiylashishi III bosqich: tarqalgan manfiy T tishcha IV bosqich: EKGdagi o'zgarishlar perikarditgacha bo'lgan holatga qaytadi	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318
Exokardiografiya	B-D tipda suyuqlik yig'ilishi (Horowitz bo'yicha) yurak tomonadasi	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/P

	belgilari	ERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318
Ko'krak qafasi rentgenografiyasi	Yurak soyasi meyoriy holatidan to'suv to'ldirilgan idish ko'rinishigacha o'pka va/yoki ko'ks oralig'ida qo'shimcha patologiyalarning aniqlanishi	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318
Tamponadada zarur bo'lgan tekshiruvlar [I sinf] [DID 1]. shart emas: kata miqdorda yoki qatlama suyuqlik to'planishi yoki avvalgi tekshiruvlar aniq hulosaga kelishi imkonini bermaganda [IIa sinf] [DID 2]. Suyuqlik miqdori oz bo'lganda [IIb sinf] [DID 3].		https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318
Perikardiosepteziya va perikardni drenajlash	Infeksiya yoki o'smani patogenetik tashxislash maqsadida polimeraza zanjirli reaksiyasi va gistokimyoviy tekshiruvlar	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318
Avvalgi tekshiruvlar aniq hulosaga kelishi imkonini bermasa, shart emas [IIa sinf]		
Kompyuter tomografiyasi	Suyuqlik, perikard va epikard holati	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318
Magnit rezonans tomografiya	Suyuqlik, perikard va epikard holati	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318
Perikardioskopiya, perikard biopsiyasi	Etiologiyasini aniqlash	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318

Izoh. I, II, aVL, aVF hamda V3–V6 tarmoqlardagi o'zgarishlar xarakterli. odatda, aVR tarmog'ida ST segmenti depressiyasi kuzatiladi, mazkur o'zgarish ko'pincha V1 ko'krak tarmog'i hamda ayrim holatlarda esa V2 tarmoqda ko'p uchraydi. Ba'zan IV bosqich ro'y bermaydi va tishcha yassilangan yoki manfiy ko'rinishda qolib ketadi. EkG tekshiruvi birinchi marta kasallikning III bosqichida o'tkazilsa, perikarditni miokardning diffuz zararlanishi – qorinchalar zo'riqishi yoki miokarditdan farqlab bo'lmaydi. Bunda EkGdagi erta repolyarizatsiya tipidagi o'zgarishlar perikarditning I bosqichidagi o'zgarishlarni eslatadi, ammo perikarditdan farqli ravishda ular tez o'zgarmaydi. shuningdek, J nuqtaning izoelektrik chiziqdan yuqoriga ko'tarilishi ko'p hollarda QRS kompleksining ketida qo'shib ketishi, uning ostsillyatsiyasi yoki notekisligi bilan birga kechadi (ushbu o'zgarishlar R va t tishchalar baland tarmoqlarda yaxshiroq ko'rinishadi). Agar V6 ko'krak tarmog'ida J nuqtasining siljishi t tishcha balandligining >25% darajasiga ko'tarilsa, perikardit tashxisi ehtimoli ortadi (PR interval izo- liniya bo'lib xizmat qiladi). O'tkir miokardit mavjud bemorlarda yallig'lanish markerlari (S-reaktiv oqsil (SRo), eritrotsitlar cho'kish tezligi (EChT), leykotsitlar sonining ortishi va boshqalar) miqdorining ortishi ko'p uchraydigan tasdiqlovchi belgi bo'lib, u kasallikning faollik darajasi va davolash samaradorligini baholashda ham yordam beradi [2, 47]. Bemorlarda qo'shimcha ravishda miokardit ham mavjud bo'lgan holatlarda miokard shikastlanishi (kFk, troponin) markerlari miqdorining ortishi kuzatiladi [7, 34]. O'tkir perikardit mavjud bemorlarda ko'krak qafasi rentgenogrammasida ko'p hollarda o'zgarish kuzatilmaydi; kardiotorakal indeks perikard bo'shlig'ida 300 ml dan ortiq suyuqlik yig'ilgandagina o'zgara boshlaydi [48]. Ba'zan, plevro- pulmonal

kasalliklarda perikardning ham patologik jarayonga qo‘shilganligini ko‘rish mumkin [2, 3].

5- jadval O‘tkir perikardni tashxislash bo‘yicha tavsiyalar

Tavsiyalar	Sinf	Daraja	Manba
O‘tkir perikarditga shubha qilingan barcha bemorlarda EKG tekshiruvini o‘tkazilishi tavsiya etiladi	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
O‘tkir perikarditga shubha qilingan barcha bemorlarda transtorakal ExoKG tekshiruvini o‘tkazilishi tavsiya etiladi	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
O‘tkir perikarditga shubha qilingan barcha bemorlarda ko‘krak qafasi rentgenografiyasi tekshiruvini o‘tkazilishi tavsiya etiladi	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
O‘tkir perikarditga shubha qilingan barcha bemorlarda yallig‘lanish (Cpo va boshqalar) va miokard zararlanish markerlari (kFk va troponin) miqdorini o‘lchash tavsiya etiladi	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

6-jadval Perikarditning o‘ziga xos shakllarini differensial

diagnostikasi[[https://www.escardio.org/static-](https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318)

[file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318](https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318)]

	Virusli	Bakterial	Sil	Autoreaktiv
kardiotrop mikroorganizmlar	Entero-, exo-, adeno- va sitomegalovirus, Epshtein-Barr, oddiy herpes, gripp, gepatit A, B, S, oIV	Stafilokokklar, pnevmokokklar, streptokokklar, neyссерiya, proteus, chandiqli – negativ tayoqcha, legionella	Mikobakteriyalar sil kasalligi	Virusli yoki bakterial infeksiyaning yo‘qligi, autoimmun jarayon
Patogenni aniqlash usuli	Polimeraz zanjirli reaksiya yoki joyida duragaylash [IIa sinf, isbotlanganligi B] [DID 2]	Rang berish Gram manfiy bakteriyalar, polimeraza zanjirli reaksiya borreliya yoki xlamidiopnevmoniya [I sinf, isbotlanganligi B] [DID 1]	Rang berish Sil-nelson usuli- da bo‘yash, ekma hujayralar, polimeraz zanjirli reaksiya [I sinf, isbotlanganligi V] [DID 1]	Peri va epikard bilan immunoglobinning bog‘liqligi, kardiotrop qo‘zg‘atuvchilarga tekshirilgan polimeraz zanjirli reaksiyaning manfiyligi, epikardit [IIa sinf, isbotlanganligi V] [DID 2]
Erkak va ayol nisbati	3:1	1:1	1:1	1:1
oldindan ta’-sir qiluvchi omillar	noma’lum	Surunkali alkogolizm, immunitet pasayishi	Surunkali alkogolizm, oIV infeksiyasi	Autoimmun kasalliklar mavjudligi
Alomatlar	O‘tkir perikarditga xos, ko‘pincha subfebrilitet	Yuqori isitma, fulminant kechish, taxikardiya, perkard ishqalanishi	Subfibrilitet, surunkali kechish	Subfebrilitet surunkali kechish

Infusion hajm	Har xil odatda kichik	Turli xil	Turli, odatda katta	Turli xil
Tamponade	Har diom ham emas	80%	Ko'pincha	Har doim ham emas
Spontan remissiya	Ko'pincha	Hech qachon	Hech qachon	Kamdan kam
Residiv soni	30–50%	Kamdan kam	Ko'pincha	>25%
Suyuqlik tasnifi	Seroz, seroz gemorragik	Yiringli	Seroz gemorragik	Seroz
Oqsil saqlanishi		yuqori	Yuqori/o'rta	Yuqori/o'rta
Leykositlar	>5000/ml	≥10000/ml	>5000/ml	<5000/ml
Perikard suyuqligi tahlili	Faollashgan limfo- sit va makrofaglar (kamdan-kam hollarda), negativ adeno- zin deaminaza (ADA)	Granulotsit va makrofaglar (juda ko'p), negativ adeno- zin deaminaza (ADA)	Granulotsitlar va makrofaglar (o'rtacha), musbat adeno- zin deaminaza (> 40 U / ml)	Faollashgan limfotsit va makrofaglar (kamdan-kam hollarda), negativ adeno- zin dea- minaza (ADA)
Peri va epikard biopsiyasi	Limfotsitar peri-, epikardit, kardio- trop virusga ijobiy polimeraz zanjirli reaksiya	Leykositlar epikardit	kazeoz granuloma, ijobiy polimeraz zanjirli reaksiya	Limfotsitar perikar- dit, salbiy polimeraz zanjirli reaksiya
Davolanmasa o'lim rivojlanishi	Qo'zg'atuvchi tavsifi va tomponadaning mavjudligiga bog'liq	100%	85%	Tomponadada davolanmasa
Perikardga invaziv davolash	Drenajlash, korti- kosteroid yuborish ta'qiqlanadi	Drenajlash va yuvish, perikard bo'shlig'iga 80 mg gentamitsin yuborish	Drenajlash	Drenajlash, perikard bo'shlig'iga triamsino- lon yuborish [IIa sinf, isbotlanganligi B]
Perikardiotomiya perkardioektomiya	Kamdan kam	Shoshilinch (I sinf daraja, isbotlanganligi B)	Kamdan kam	Kamdan kam
Tizimli davolash	Vena ichiga immunoglobulin yuborish, interferon teri ostiga (enterovirusli perikarditda)	v/i ga antibiotiklar	Tuberkulostatik dori vositalari + prednizolon	nYaQB, kolxisin, prednizolon
Kontriksiya	Kamdan kam	Ko'pincha	Ko'pincha (30–50%)	Kamdan kam

2.4.3. Perikardit bilan kasallangan bemorlarni o'tkaziladigan asosiy laborator-instrumental teshiruvlar ruyxati.

Ko'krak qafasi rentgenogrammasi

Ko'krak qafasi rentgenografiyasida perikardial kalbsifikatsiyalarni ko'rish mumkin bo'lsada (soyaning eng chekkasida, ayniqsa, lateral proyeksiyasida [107] turli xil zichlikdagi to'qimalarning qiyshiq tasviri ko'rinishida), boshqa usullar (ya'ni, KT, exokardiografiya) yordamida yurak va o'pka, shuningdek, yurakning kattaligi va o'pka patologiyasi (masalan, dimlanish, pnevmoniya, sil, saraton), plevrit, kuks oralig'idagi xosilalarni aniqlash mumkin.

Exokardiografiya

Transtorakal exokardiografiya - bu perikard kasalligiga shubha qilingan bemorlarda birinchi tanlov usuli, chunki u suyuqlik va tamponadani aniq ko'rsatadi, shuningdek, jarayon

miokardni xam qamrab olganda qorinchalar faoliyatiga baho berish imkonini yaratadi [2, 3]. O'tkir fibrinoz perikarditli bemorlarda exokardiogramma me'yorida bo'lishi mumkin, ammo perikardial suyuqlikni mavjudligi o'tkir perikarditni anglatib, asosiy mezonlardan biri hisoblanadi [2, 5, 6, 10, 11].

ExoKG kukrak qafasi og'rig'ida o'tkir perikardit va miokard ishemiyasini miokardni mahalliy qisqarish jarayonini farqlash orqali tashxisga aniqlik kiritadi. Dinamikada kuzatish maqsadida tekshirish jarayoni suratga olinib va ularni tadqiqot xulosasiga tikib quyish tavsiya etiladi. Suyuqlikning miqdori batafsil tavsiflanishi kerak, bunda nafaqat hajmi, balki har bir o'lchovning joylashuvi aniq ko'rsatilishi kerak. Chegaralangan yoki qonli suyuqlik (masalan, operatsiyadan keyin) transtorakal yondashuv bilan tekshirishda qiyinchilik to'g'adiradi, shu sababli transezofial tekshiruv talab qilinishi mumkin [3, 4].

Kompyuter tomografiya

KTni qimmatli tasvirlash vositasi deb hisoblash kerak [3, 4, 41, 42, 108, 109]. KT - kalʼsifikatsiyalangan to'qimalarni aniqlashning eng aniq usuli [2, 3]. Anatomik tekshiruv sohasi faqat yurak va perikard bilan chegaralanishi mumkin ("yurak KT"), yoki neoplastik, yallig'lanishli yoki aorta kasalligi bo'lgan bemorlar uchun butun ko'krak qafasi, qorin va kichik chanoq bo'shlig'ini tekshirish tavsiya etiladi [108, 109]. Perikardial kasallikning yurakka funktsional ta'sirini KT yordamida baholash mumkin bo'lsada, sezilarli nurlanish ta'siri tufayli, buning uchun ExoKG va MRS ni tanlash maqsadga muvofiqdir. Yod tarkibli kontrastlarni tomir ichiga yuborish qon zichligini oshirib, perikarddagi yallig'lanish jarayonini aniqlash uchun tavsiya etiladi.

Ventrikulografiya

Ventrikulografiya perikardial kasalliklarni tashxislash uchun xar doim xam ishlatilmaydi, chunki perikardni qamrab olgan yurak kasalligiga shubha qilinganda boshqa noinvaziv usullar yetarlidir. Biroq, ba'zi hollarda, o'ng qorinchaning rentgenografiyasi tashxisga aniqlik kiritishda yordam berishi mumkin. In vaziv operatsiyalar (masalan, epikardial ablatsiya, aorta qopqog'ini teri orqali implantatsiyasi, angioplastikaning murakkab muolajalari yoki transseptal punktsiyani talab qiladigan muolajalar) vaqtida yurak tamponadasiga olib keluvchi gemodinamik buzilishlarni vaqtida aniqlash bemor uchun jiddiy oqibatlarining oldini olishga yordam beradi. Bundan tashqari, konstruktiv perikardit va restriktiv kardiomiopatiyani farqlash ba'zan qiyin va invaziv tekshirish usullarni talab qilishi mumkin.

7-jadval Vizualizatsiya usullari yordamida olingan ma'lumotlar

	ExoKG	KT	MRT
O'tkir perikarditlar	Me'yorida, ba'zi bemorlarda - qalinlashgan va giperreaktiv perikard qatlamlari - perikarddagi suyuqlik miqdorining o'zgaruvchanligi - fibrinoz qoplamalar mavjudmi yoki yo'qmi - mioperikarditda	- qalinlashgan perikard varaqlari kontrast yuborilgandan so'ng yaxshiroq ko'rinadi, - butun perikard bilan bog'liq kasalliklar - perikarddagi suyuqlik miqdorining o'zgaruvchanligi	- perikardning varaqlari qalinlashgan - Gadolinium yuborilgandan keyin perikard ko'rinishi kuchayadi, - perikarddagi suyuqlik miqdorining o'zgaruvchanligi - fibrinoz qoplamalar mavjudmi yoki yo'qmi (subepikardial oraliq) mioperikarditda gadolinium

	qorincha devori harakatining buzilishi	- fibrinoz qoplamalar mavjudmi yoki yo'qmi	yuborilgandan so'ng miokardning tasvirini kuchayishi - - Nafas olish jarayonida perikardning harakatchanligi pasayishi tufayli MRS plyonkasida septum tekislanishi mumkin
Resisdiv perikardit	- o'tkir perikardit bilan bir xil natijalar	- o'tkir perikardit bilan bir xil natijalar, - geterogen fibrinoz bitishmali tolalar ko'rinishida, - tartibsiz chiziqlar (tolalar deformatsiya)	- o'tkir perikardit bilan bir xil natijalar - geterogen fibrinoz bitishmali tolalar ko'rinishida, - tartibsiz chiziqlar (tolalar deformatsiya)
Konstruktiv perikardit	- perikard varaqlari giperreflektiv qalinlashgan, - suyuqlik bor yoki yo'qligi - assit - bo'lmachlar kengayishi - nafas olganda, qorinchalararo to'siqni chap qorinchaga siljishi, M -rejimda yaxshiroq ko'rinadi, - PKV va jigar venalarining kengayishi, nafas olishdagi kollapsining yo'qligi yoki kamayishi, - o'pka arteriyasi qopqog'ini erta ochilishi, - chap va o'ng qorinchalarni diastolik to'lishini restriktiv patterni, - nafas olishdan keyingi birinchi zarbada mitral oqim tezligini > 25% ga kamayishi va trikuspid oqimining > 40% ga oshishi, - rangli M-rejimida erta diastolik transmitral oqimi tezligini me'yorida yoki tezlashishi - diastolada jigar	- perikard varaqlarini kalsifikatsiyalanganligi yoki kalsifikatsiyalanmagan qalinlashishi, yengil yoki o'rtacha bo'lishi mumkin, - buzilishlar odatda qorincha asosida, atriventrikulyar botiqlikda va bo'lmachalarda kuchli rivojlangan (o'ng qorincha > chap qorincha), - miokarda fibrokalsinozjarayonining tarqalishi - yurakni qattiq deformatsiyalangan perikard bilan siqilishi - qorinchalararo to'siqning g'ayritabiiy shakli - bo'lmachlar, PKV / jigar tomirlarini kengayishi, jigarda dimlanish, - PKV / jigar venalarida kontrastni reversiyasi - plevral suyuqlik bor yoki yo'qligi - assit bor yoki yo'qligi - atipik ko'rinish: •fokusli konstruktiv shakl, • suyuqlik -	- perikard varaqlarini qalinlashishi - MRSda kalsinozlar ko'rinmaydi! - qalinlashish yengil yoki o'rtacha bo'lishi mumkin - buzilishlar odatda qorinchalar asosida atriventrikulyar botiqlikda va bo'lmachalarda kuchli rivojlangan (o'ng qorincha > chap qorincha), - gadolinium yallig'lanishni kuchayishini aks ettiradi - miokarda fibrokalsinozjarayonining tarqalishi - yurakni qattiq deformatsiyalangan perikard bilan siqilishi - bo'lmachlar, PKV / jigar tomirlarini kengayishi, - plevral suyuqlik bor yoki yo'qligi - assit bor yoki yo'qligi - MRS va / yoki fazali kontrastli real vaqtda skanerlashda qorincha konfiguratsiyasini kuchayishi. - perikard varaqalarida fibroz tolalar borligini anglatuvchi MRS belgilar - atipik ko'rinish: •fokusli konstruktiv shakl, • suyuqlik -konstruktiv shakllar

	tomirlarida tezlikni pasayishi, kuchli teskari oqim bilan	konstriktiv shakllar	
Perikardial suyuqlik	<p>-perikardial sumka va / yoki sinuslarda suyuqlik to‘planishi</p> <p>- butun yurak sikli davomida perikardda shaffof exoko‘rinish</p> <p>- keng tarqalgan suyuqlik</p> <p>-suyuqlik miqdorini yarim miqdoriy baholash</p>	<p>-perikardial sumkada va / yoki sinuslarda suyuqlik to‘planishi</p> <p>-perikard qalinligi > 4 mm, me‘yoridan ko‘p miqdordagi suyuqlik mavjudligi</p> <p>- fokal suyuqlik va suyuqlik miqdorini aniq baholash</p> <p>- suyuqlik tabiati, Hounsfield birligida (HU) suyuqlik zichligini aniqlash:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oddiy suyuqlik - 0-20 HU • oqsilli / gemorragik – > 20 HU <ul style="list-style-type: none"> • agar HU juda yuqori bo‘lsa, kontrast perikardga kirishi mumkin (masalan, aortani disseksiyasida) • xiloperikard - negativ HU • pnevmoperikard - havo (maxsus parametrlar) <p>- normal qalinlikdagi perikard varaqlari,</p> <ul style="list-style-type: none"> • qalinlashgan va kuchaygan bo‘lsa, yallig‘lanishga shubha qilinadi • qalinlashgan va ohaklangan bo‘lsa, konstriktiv perikarditni istisno qiling <p>- tamponada bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin</p> <p>- Yurakning KT batafsil tekshirishning bir qismi bo‘lishi mumkin, shu jumladan ko‘krak qafasi va qorin bo‘shlig‘i</p>	<p>-perikardial sumkada va / yoki sinuslarda suyuqlik to‘planishi</p> <p>-perikard qalinligi > 4 mm, me‘yoridan ko‘p miqdordagi suyuqlik mavjudligi</p> <p>- fokal suyuqlik va suyuqlik miqdorini aniq baholash</p> <p>- ketma – ketlikda ni birlashtirish orqali suyuqlikning tabiati haqida aniq ma‘lumot beradi</p> <p>- perikard varaqlari me‘yoriy qalinlikda</p> <ul style="list-style-type: none"> • qalinlashgan va kuchaygan bo‘lsa, yallig‘lanishga shubha qilinadi <p>- yurakning qolgan qismini baholashga imkon beradi</p> <ul style="list-style-type: none"> • miokardning xususiyatlari (shish, infarkt, yallig‘lanish, fibroz) <ul style="list-style-type: none"> • miokard / klapan funksiyasi • oqimning shakllari <p>- tamponada bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin</p>

Yurak tomponadasi	- suyuqlik darajasini yarim miqdoriy baholash - suyuqlikni gemodinamikaga ta'sirini baholash - perikardiosentezning yo'nalishi va nazorati - kateterni olib tashlash to'g'risida qaror		
-------------------	---	--	--

8-jadval Perikardit diagnostikasida birinchi va ikkinchi darajali tekshirishlar

Daraja	Tekshirishlar
Barcha holatlarda 1-darajali	Yallig'lanish markerlari (ECHT, S-reaktiv oqsil, qondagi leykotsitlar). Buyrak funksiyasi va jigar ko'rsatkichlari, qalqonsimon bez funksiyasi. Miokard zararlanish markerlari (troponin, kreatinkinaza). EKG ExoKG Ko'krak qafasi rentgenografiyasi
2-darajali (agar tashxis qo'yishda birinchi daraja etarli bo'lmasa)	KT va/yoki MRT Tamponada (1), bakterial infeksiyaga shubha bo'lganda (2), neoplastik yoki oddiy yallig'lanishga qarshi terapiya natija bermagan simptomli o'rtacha va yaqqol suyuqlik (3) bo'lgan hollarda perikardiosentez yoki xirurgik drenajlashdan keyingi perikardial suyuqlik tahlili. Qo'shimcha tekshirishlar klinik ko'rinishga muvofiq maxsus etiologiya bilan bog'liq (yuqori xavf mezonlari bo'lganda).

9-jadval Perikardial suyuqlik asosiy tahlillari

Metod	Analiz
Umumiy bioximiya	Oqsil darajasi >30 g/l, suyuqlik oqsili/zardob nisbati >0,5, LDG >200 ME/l, suyuqlik/zardob nisbati >0,6, qon hujayralari
Sitologiya	Sitologiya (suyuqlik miqdori ko'p bo'lganda, u sentrifugalangan va analiz tez bajarilgan bo'lsa tekshiruv sifati yuqori bo'ladi)
Polimer zanjir reaksiyasi	Silda
Mikrobiologiya	Mikobakteriyalar, aerob va anaerob flora

10-jadval Perikard kasalliklarida umumiy diagnostic qidiruv bo'yicha tavsiyalar

<p>Perikard kasalligiga shubha qilingan barcha holatlarda birinchi diagnostika usuli:</p> <ul style="list-style-type: none"> — auskultatsiya — EKG — transtorakal ExoKG — ko'krak qafasi rentgenografiyasi — oddiy qon analizlari, yallig'lanish markerlari (SRO va/yoki ECHT), qon leykotsitlari formula bilan, buyrak funksiyasi va jigar ko'rsatkichlari, miokard zararlanish markerlari (KFK, troponin) 	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
<p>Aniq mustaqil prediktorlar va etiotrop terapiya tab qiladigan perikardit sabablarini izlash talab etiladi (bakterial, neoplastik, tizimli yallig'lanishli). Asosiy omillarga quyidagilar kiradi:</p> <ul style="list-style-type: none"> — isitma $>38^{\circ}$ S — o'tkir osti kechishi (simptomlar bir necha kun yoki hafta ichida rivojlanadi) — yaqqol suyuqlik (perikard qatlamlari ajralishi >20 mm) — tamponada — NYAQV va aspirin samarasizligi 	I	B	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
<p>KT va/yoki MRT perikardit diagnostikasida ikkinchi darajali tekshirish usuli sifatida tavsiya etiladi</p>	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
<p>Yurak tamponadasi yoki bakterial va neoplastik perikarditga shubha perikardiotsentez yoki xirurgik drenajlashga ko'rsatma bo'ladi</p>	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
<p>Ba'zi holatlarda neoplastik va sil perikarditga shubha bo'lganda teri orqali yoki jarrohlik biopsiyasi o'tkazilishi mumkin</p>	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

			ehv318.pdf
Keyingi tekshiruvlar yuqori xavf bemorlarga (yuqorida tavsiflanganidek) klinik holatiga ko'ra ko'rsatma bo'ladi	IIb	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

2.4.4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi:

- 1) nomedikamentoz davolash –sog'lom turmush tarzi, infeksiyon o'choqlarni davolash, surunkali infeksiyon kasalliklarni davolash, to'g'ri muqobil ovqatlanish, kun va uyqu rejimi
- 2) medikamentoz davolash

11-jadval Perikarditni davolashda qo'llaniladigan dori vositalari ro'yxati

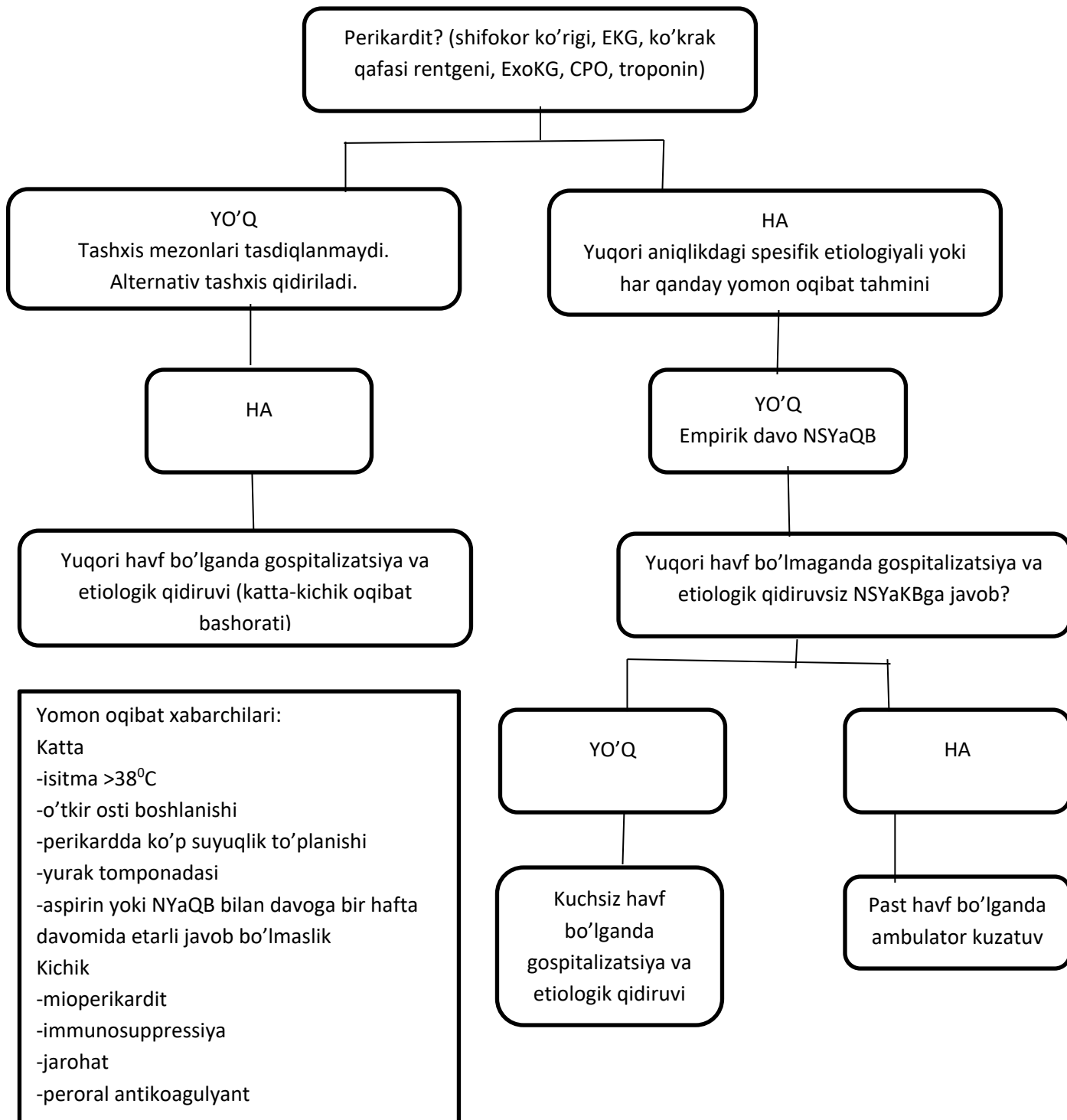
Farmakoterapevtik guruh	Dori vositasining xalqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Sinf	Daraja	Manba
Nonesteroid yallig'lanishga qarshi vosita	Ibuprofen (200, 400 mg) Diklofenak (25 mg, 50 mg), Indometatsin (25 mg)	1-3 maxal	I	B	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Glyukokortikosteroidlar	Prednizolon 5mg, Prednizolon 25 mg/ml	Tizimli kasalliklar protokoli ga asoslanib	IIa	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

Proton pomza ingibitorlari	Omeprazol 20 mg, Pantoprazol 20 mg	1 kunda 1 maxal	I	B	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
-----------------------------------	------------------------------------	-----------------	---	---	---

12-jadval Perikarditni davolashda qo'llaniladigan qo'shimcha dori vositalari ro'yxati

Farmakoterapevtik guruh	Dori vositasining xalqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Manba
Nonesteroid yallig'lanishga qarshi vosita	Asetilsalitsil kislota 75, 100 mg	1 maxal	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Immunosupressor	Azatioprin 50mg	Tizimli kasalliklar protokolliga asoslanib	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Immunisupressor	Siklofosfamid 50, 100, 200, 500 mg, 1g	Tizimli kasalliklar protokolliga asoslanib	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

1-rasm Perikardit bilan ishlashda taklif etiladigan usul (bemorlar marshruti).



3) jarroxlik aralashuvi (faqat statsionarga joylashilgandan so'ng o'tkaziladi)

2.4.5. Perikarditli bemorlarda reabilitatsiya usullari ishlab chiqilmagan. O'tkir perikardit fizik zo'riqishlarga qarshi ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi. Sport bilan shug'ullanishga to'liq tuzalgandan keyin 6 oydan so'ng ruxsat beriladi.

2.4.6 Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari va diagnostika usullarining xavfsizligi

1. Surunkali perikarditda klinik yaxshilanish (og'riq sindromini yengillashtirish, yallig'lanish belgilari (leykotsitlar sonini normallashtirish, YeCHT, CRO), gemodinamik parametrlarni barqarorligi, EKG va ExoKG parametrlari).
2. Perikardit alomatlarini to'liq bartaraf yetish, o'tkir perikardit sababni bartaraf yetish (tiklanish).
3. Jarrohlik aralashuvlardan keyin asoratlarning yo'qligi.

4. Perikardiotsentezdan keyin asoratlarning yoʻqligi

2.4.7. Statsionar davo

Tibbiy yordam koʻrsatish turidan kelib chiqib shifoxonaga yotqizish uchun koʻrsatmalar:

1) Rejali yordam koʻrsatish shifoxonasiga yotqizish uchun koʻrsatmalar: etiologiyasi noaniq surunkali perikarditda (shoshilinch hospitalizatsiya uchun koʻrsatma boʻlmasa)

2) Shoshilinch yordam koʻrsatish shifoxonasiga yotqizish uchun koʻrsatmalar: 2 soatgacha – perikardit klinikali bemorda tamponada belgisi kuzatilganda 72 soatgacha – ilk marotaba aniqlangan oʻtkir perikardit.

Surunkali perikarditda statsionar davo quyidagi belgilar boʻlsa qoʻllaniladi: tana xaroratini 38S oshishi, immunitet sust axvol, oral antikoagulyatlar bilan davo, NQYaV vositalarini ta'siri kuzatilmasa, mioperikardit, tamponada xavfi baland

2.4.8. Statsionar darajasida davolash taktikasi:

Sport bilan shugʻullanmaydigan bemorlar uchun birinchi tavsiya darhol jismoniy faollikni simptomlar yoʻqolmaguncha va SRO me'yorlashmaguncha cheklash [53]. Sportchilarga esa mashgʻulotlarga simptomlar yoʻqolgach va diagnostik koʻrsatkichlar (SRO, EKG va exokardiogramma ma'lumotlari) normallashtirishdan soʻng qaytish tavsiya etiladi [53, 54]. Aspirin va YaQNV oʻtkir perikarditni davolash uchun asosiy preparat hisoblanadi [5, 6, 55, 56]. Preparatni tanlash bemor anamnezi (qarshi koʻrsatmalar, samaradorlik va nojoʻya ta'sirlar), yondosh patologiyalarning borligi (antitrombotsitar sifatida qoʻllanilganda aspirinni boshqa NYaQV dan ustunligi) va shifokor tajribasiga asoslangan boʻlishi lozim [56,57].

13-jadval Oʻtkir perikarditni davolash boʻyicha tavsiyalar

Tavsiyalar	Sinf	Daraja	Manba
Aspirin va NyaQB oshqozonni himoyalangan holda birinchi tartib davolash vositalari hisoblanadi	I	A	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Kolxisin oʻtkir perikarditni davolash uchun aspirin/NyaQBga qoʻshimcha sifatida birinchi tartib dori vositalari hisoblanadi	I	A	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
CPO davolash savomiyligi va samaradorlikni baholash uchun qoʻllaniladi	IIa	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Oʻtkir perikarditda aspirin/NyaQB va kolxisinga qarshi koʻrsatma boʻlganda, infeksiyon sabab inkor etilganda yoki maxsus koʻrsatma (autoimmun kasallik) boʻlganda kichik dozadagi	IIa	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

kortikosteroidlarni qo'llash mumkin.			ehv318.pdf
Sport bilan shug'ullanmaydiganlarda simptomlar yo'qolmaguncha va CPO, EKG, exokardiogramma normallashtirilmaguncha jismoniy faollikni cheklashga e'tibor qaratish lozim	IIa	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Sportchilarga simptomlar yo'qolishi va CPO, EKG, exokardiogramma normallashtirilmaguncha – kamida 3oyga mashg'ulotlarni cheklash tavsiya etiladi.	IIa	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Kortikosteroidlar o'tkir perikarditni davolashda birinchi qator davolash vositalari sifatida tavsiya etilmaydi	III	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

14-jadval Perikarditni davolashda qo'llaniladigan asosiy dori vositalarining ro'yxati

Farmakoterapevtik guruh	Dori vositasi halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tarkibi	Sinf	Daraj a	Manba
Nonestero id yallig'lanishga qarshi vosita	Ibuprofen (200, 400 mg) Diklofenak (25 mg, 50mg), Indometatsin (25 mg)	1-3 maxal	I	B	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Glyukokosteroidlar	Prednizolon 5 mg, Prednizolon 25 mg/ml	Tizimli kasalliklar protokolliga asoslanib	IIa	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Proton pompa ingibitorlari	Omeprazol 20 mg, Pantoprazol 20 mg	1 kunda 1 maxal	I	B	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

15-jadval Perikarditni davolashda qo'llaniladigan qo'shimcha dori vositalarining ro'yxati

Farmakoterapevtik guruh	Dori vositasi halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tarkibi	Manba
Nonesteroid yallig'lanishga qarshi vosita	Asetilsalitsil kislota 75, 100 mg	1 maxal	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Immunosupressor	Azatioprin 50mg	Tizimli kasalliklar protokoli asoslanib	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Immunosupressor	Siklofosfamid 50, 100, 200, 500 mg, 1 g	Tizimli kasalliklar protokoli asoslanib	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Immunomodulyator	Interfeon-a 1000000, 3000000, 6000000 ME/ml	Teri ostiga 2.5 mln haftaga 3 maxal	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Immunomodulyator	Immunoglobulin 0,5 g, 1 g, 3 g, 6 g, 10 g	10 g tomir ichiga 6-8 soat ichiga	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Antibiotik Penisillin	Amoksillin/klavulanat 0,375 g, 0,625 g va 1,0 g; suspenziya tayyorlash uchun kukun; 0,6 g va 1.2 g inyeksiya uchun eritma tayyorlash uchun kukun. ampitsillin/sulbaktam - 0,375 g tabletka, oral suspenziya uchun kukun 250 mg/5 ml,	7-30 kun	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

	inyeksiya uchun eritma tayyorlash uchun kukun flakonda 0,75 g, 1,0g va 3,0 g		
Sefalosporinlar	Seftriakson 0,25-2 gr	7-30 kun	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Aminoglikozidlar	Tobramitsin 1 ml 4%	7-30 kun	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Karbapenemlar	Meropenem (0,5 g, 1 g)	7-30 kun	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Glikopeptidlar	Vankomitsin (0,5 va 1 g inyeksiya uchun eritma tayyorlash uchun flakonlar	7-30 kun	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Diuretiklar	Furosemid 40 mg Torasemid 5-10 mg Gidroxlortiazid 25, 100 mg Spironolakton 25, 50 mg	Shishlar ketguncha	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Zamburug'ga qarshi vositalar	Flukonazol 50; 100; 150 va 200 mg, tomir ichiga yuborish uchun 0,2% eritma, ketokonazol - tabletkalar 0.2 g., itrakonazol - kapsulalar 100 mg, amfoterisin B flakon 50 mg tomir ichiga yuborish uchun	7-30 kun	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Antiaritmik vositalar	Amiodaron 150 mg (3 ml) ampulalar, 200 mg tabletkalarda; verapamil	1-2 marta	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

	ampulalar 2 ml (5mg), tabletkalar 40-80 mg		
APF ingibitorlari yoki sartanlar	Kaptopril 25 mg, 50 mg Enalapril 5mg,10mg,20 mg Lizinopril 2,5 mg, 5mg, 10 mg, 20 mg Ramipril 1,25 mg, 2,5 mg, 5 mg Kandesartan, Valsartan 40mg,80mg, Losartan	1-2 marta	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Beta-blokatorlar	Karvedilol 6,25 mg, 12,5 mg, 25 mg, Metoprolol suksinat 25 mg, 50 mg, 100 mg Bisoprolol 2,5 mg, 5 mg, 10 mg, Nebivalol 5 mg	1-2 marta	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Inotrope vositalar	Dobutamin 20 ml 250mg		https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

Kolxitsin tana vazniga mos ravishda, kichik dozalarda medikamentoz davolash samarasini oshirish va qaytalanishning oldini olish uchun tavsiya etiladi [10]. Kolxitsinni asta-sekin to'xtatish shart emas, lekin bu retsidivlarning oldini olish uchun kerak bo'lishi mumkin [5, 6]. Kortikosteroidlar aspirin va NYaQV samara bermaganda yoki qarshi ko'rsatmalar bo'lganda ikkinchi qator davolash vositalari hisoblanadi, chunki kasallikning surunkali kechishi va doriga bog'lanib qolish rivojlanishi mumkin; bunday hollarda ularni kolxitsin bilan birgalikda qo'llash lozim. Agar kortikosteroidlar qo'llanilsa faqat kichik dozalarda (masalan, prednizolon 0,2- 0,5 mg/kg kuniga yoki ekvivalent miqdorda), yuqori dozalarda emas (prednizolon 1,0 mg/kg kuniga yoki ekvivalent miqdorda). Boshlang'ich doza simptomlar yo'qolguncha yoki SRO normallashtirguncha qo'llaniladi, so'ngra asta-sekin to'xtatiladi [5, 6].

16- jadval O'tkir perikarditda odatiy yallig'lanishga qarshi vositalar

Preparat	Odatdagi doza	Davomiyligi	Dozalashdan chiqish	Manba
Aspirin	750-1000 mg har 8 soatda	1-2 hafta	Har 1-2 haftada dozani 250-500mg ga kamaytirish	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Ibuprofen	600 mg har 8 soatda	1-2 hafta	Har 1-2 haftada dozani 200-400mg ga kamaytirish	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Kolxistin	0,5 mg kuniga bir marta (massa <70 kg) yoki kuniga ikki marta (>70 kg)	3 oy	Zarur emas; alternativa: kunora 0,5 mg (<70 kg) yoki 0,5 mg kuniga bir marta (>70 kg)	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

3. Residivlanuvchi perikarditni davolash

17-jadval Residivlanuvchi perikardit uchun yallig'lanishga qarshi vositalar

Preparat	Odatdagi doza	Davomiyligi	Dozalashdan chiqish	Manba
Aspirin	500-1000 mg har 6-8 soatda (diapazon 1,5-4 g kuniga)	Haftalar-oylar	Har 1-2 haftada dozani 250-500mg ga kamaytirish	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

Ibuprofen	600 mg har 8 soatda (dizapazon 1200-2400 mg)	Haftalar -oylar	Har 1-2 haftada dozani 200-400 mg ga kamaytirish	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Indometasin	Bosh og'rig'i va bosh aylanishini oldini olish uchun kichik dozadan boshlanadi va yuqoriga titrlab boriladi	Haftalar -oylar	Har 1-2 haftada 25 mg ga kamaytirish	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Kolxisin	Tana vazni <70 kg bo'lganda 0.5 mg dan ikki marta yoki yuqoriroq dozalarda	Kamida 6 oy	Zarur emas; alternativ a: 0,5 mg kun ora (<70 кг) ёки 0,5 мг кунига бир марта (>70 kg)	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

Agar sabab aniq bo'lsa retsidivlanuvchi perikardit etiotrop davolanadi. Aspirin va NYaQV davolashda asosiy bo'lib qoladi. Kolxitsin tana vazniga mos ravishda, yuklamali dozasi standart davolashga qo'shimcha sifatida tavsiya etiladi (Tana vazni <70 kg bo'lganda 0,5 mg kuniga bir marta, agar tana vazni 70 kg yoki undan ortiq bo'lsa 0,5 mg dan kuniga ikki marta, 6 oydan kam bo'lmagan muddatda.) [13-15, 58, 59]. Agar aspirin/NYaQVlar va kolxitsin samara bermasa kortikosteroidlarni qo'llash mumkin, ammo simptomlarni ko'proq nazorat qilish uchun ushbu dorilarni almashtirishdan ko'ra, ularni uchlik davolash sifatida aspirin/NYaQV va kolxitsinga kichik yoki o'rtacha dozalarda qo'shish kerak.

18 -jadval Kortikosteroidlarni dozalashdan chiqish [35] (ma'lumotlar prednizolon uchun keltirilgan)

Boshlang'ich doza 0,25-0,50 mg/kg/sut	Dozani kamaytiri sh	Manba
>50 mg	Har 1-2 haftada kuniga 10mg	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
50-25 mg	Har 1-2 haftada kuniga 5- 10mg	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
25-15 mg	Har 2-4 haftada kuniga 2,5mg.	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
<15 mg	Har 2-6 haftada kuniga 1,25- 2,5mg.	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

Eslatma: yuqori dozalardan saqlanib, bir necha kun va alohida hollar bundan mustasno, shoshilinch ravishda kuniga 25mg gacha kamaytirish. 25 mg prednizolon 20 mg metilprednizolonga ekvivalent. Prednizolonning har bir dozadini kamaytirish simptomlar yo'q bo'lsa va SRO normallashtirilsa, ayniqsa kuniga <25 mg dozalarda amalga oshirilishi kerak. Glyukokortikoidlarni qabul qilgan har bir bemor uchun kuniga 1200-1500 mg kaltsiy va 800-1000 ME vitamin D qabul qilish. Bundan tashqari, bifosfonatlar uzoq muddat kuniga 5-7,5 mg glyukokortikoid qabul qilgan postmenopauzadagi ayollar va 50 yoshdan yuqori erkaklarga suyak yemirilishining oldini olish uchun tavsiya etiladi (prednizolonda).

Kortikosteroidlarning past va o'rtacha dozalarini (ya'ni, prednizolon 0,2-0,5 mg / kg / kun) istisno qilinmagan infeksiyalar, xususan, bakterial va sil kasalligidan saqlanish kerak; Ulardan foydalanish maxsus ko'rsatmalar (tizimli yallig'lanishli kasalliklar, postperikardiotomik sindrom, xomiladorlik) yoki NYaQVni ko'tara olmaslik (yaqin muddatdagi oshqozon yarasi, oshqozon-ichakdan qon ketish, qon ketish xavfi yuqoriligi sababli antikoagulyantlar qabul qilish mumkin emasligi) yoki yuqori dozalarga qaramasdan kasallikning davom etishi holatlarida cheklanadi [58]. Davolashdan to'liq samara olgandan so'ng, bir xil toifadagi dorilar asta-sekin bekor qilinadi, shundan so'ng kolxitsin asta-sekin bekor qilinadi (eng qiyin holatlarda, bir necha oy). Retsidivlar har bir preparat to'xtatilgandan so'ng bo'lishi mumkin. Har bir keyingi preparat simptomatika yo'kolganda va SRO normallashtirildi asta-sekin to'xtatilishi kerak [5, 6]. Nisbatan yuqori dozalarda (masalan, prednizolon 15-25 mg / kun) uzoq muddat foydalanish uchun ko'rsatma berilgan yoki yallig'lanishga qarshi terapiyaga javob bermaydigan bemorlarga boshqa dorilarni, masalan, azatioprinni buyurish mumkin. Boshqa immunosuppressiv vositalar (masalan, siklofosamid, siklosporin, metotreksat, gidroksixloroxin, o'sim nekroz omili (TNF) antagonistlari) vaqti-vaqti bilan qo'llaniladi. Perikardiotomiyani oxirgi chora sifatida ko'rib chiqish mumkin, lekin faqat dori terapiyasining muvaffaqiyatsizligi to'liq baholanganidan so'ng va bemorni bunday aralashuv tajribasi bo'lgan kasalxonaga yuborish bilan. O'tkir perikarditda jismoniy faollikni cheklash bo'yicha tavsiyalar retsidivlarda ham qo'llaniladi.

2 – rasm. Perikardit bemorlarini umumiy davolash usullari (perikardial kasalliklar bo'yicha Yevropa tavsiyalariga moslashtirilgan)

O'tkir perikardit tashxisi
(4 klinik mezonidan 2ta; ko'krakda pericardial og'riq, shovqinlar, EKGda o'zgarishlar, bo'rtish)

Aspirin yoki NSYaQD+kolxisin+yuklamalarni kamaytirish

Past dozali kortikosteroidlar
(aspirin/NSYaQD/kolxisinga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda va infeksiya tabiatli ekanligi inkor qilinganda)

Residivlanuvchi perikardit
(4-6 hafta simptomsiz intervaldan keyin)

Aspirin yoki
NSYaQD+kolxisin+yuklamalarni kamaytirish

Past dozali kortikosteroidlar
(aspirin/NSYaQD/kolxisinga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda va infeksiya tabiatli ekanligi inkor qilinganda)

Vena ichi immunoglobulin yoki anakinra yoki azatioprin

Perikardektomiya

4. Perikard bo'shlig'idagi suyuqlikni davolash

Perikardial suyuqlik uchun terapiya iloji boricha etiotrop bo'lishi kerak. Suyuqlik perikardit bilan bog'liq bo'lsa, davolanish shu perikarditga yo'naltirilishi kerak. Agar suyuqlik yallig'lanish alomatsiz klinik jihatdan ahamiyatli bo'lib qolsa yoki empirik yallig'lanishga qarshi dorilar samarasiz bo'lsa, suyuqlikni drenajlash masalasini ko'rib chiqish kerak. Perikard qatlamlari orasidagi aloqani yaxshilash va suyuqlik to'planishining oldini olish uchun 30 ml / 24 soatgacha cho'zilgan drenajli perikardiotsentez tavsiya qilinishi mumkin; ammo bu tavsiya bir qator klinik holatlar, retrospektiv tadqiqotlar va ekspert xulosalariga asoslanadi.

19-jadval Pericardial suyuqlikni davolash bo'yicha tavsiyalar

Tavsiyalar	Sinf	Daraj a	Manba
Pericardial suyuqlikni davolashda etiotrop yondashishga harakat qiling	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Pericardial suyuqlik tizimli yallig'lanish bilan bog'liq bo'lsa, aspirin/NSYaQB/kolxisin va perikarditni davolash tavsiya etiladi.	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Perikardiosentez yoki kardiojarrohlikka tomonada yoki dorilar bilan davolash samarasiz bo'lgan o'rtacha yoki yaqqol ifodalangan suyuqlik bo'lganda va bacterial infeksiya yoki o'smaga shubha bo'lganda ko'rsatma bo'ladi	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

PERIKARDIT TASHXISI O'TKAZIB YUBORILGANDA, EMPERIK YALLIG'LANISHGA QARSHI TERAPIYANI KO'RIB CHIQISH

TAMPONADA YOKI BAKTERIAL BO'LMAGAN NEOPLAZMA ETIOLOGIYALI?

XA

PERIKARDIOSINTEZ VA SABABINI IZLASH

YO'Q

YALLIG'LANISH MARKERLARINING OSHISHI

XA

EMPERIK YALLIG'LANISHGA QARSHI TERAPIYA (AYNAN PERIKARDITNI DAVOLASH)

YO'Q

ASOSIY KASALLIK ANIQLANGANMI

XA

SUYUQLIK SHU BILAN BOG'LIQ, KASALLIKNI DAVOLASH

YO'Q

YAQQOL SUYUQLIK KO'PLIGI (>20mm KO'P)

XA

PERIKARDIOSINTEZNI KO'RIB CHIQISH (AGAR SURUNKALI (>3 OYDANKO'P) BO'LSA)

YO'Q

KUZATISH

3-rasm. Perikardial suyuqlikni olib borish mexanizmining soddalashtirilgan algoritmi

5. Konstriktiv perikarditni davolash

20-jadval Asosiy konstruktiv pericardial sindromlar ta'rifi va davolash

(Imazio et al. ga moslashtirilgan)

Sindrom	Ta'rifi	Davolash	Manba
O'tib ketuvchi konstriksiya (permanent konstruktiv perikardit, restriktiv KMP).	O'z-o'zidan tuzalish yoki davolashdan so'ng qaytadigan konstriksiya shakli	Empirik yallig'lanishga qarshi terapiya. Kurs 2-3 oy.	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Suyuqlikli konstruktiv perikardit (yurak tamponadasi konstruktiv perikardit bilan).	Perikardiotsentezdan keyin o'ng bo'lmachada 50% ga yoki 10mm sim.ust. dan pastga tushmasligi. Noinvaziv tashxis qo'yish mumkin.	Perikardiotsentez, so'ngra medikamentoz davolash. Turg'un holatlar uchun – jarrohlik.	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Surunkali konstriksiya (o'tib ketuvchi konstriksiya, restriktiv KMP bilan).	3-6 oygacha saqlanuvchi konstriksiya.	Davolash uzoq bo'lgan hollarda, jarrohlikka yuqori xavf bo'lganda yoki miokard infarkti aralash hollarda perikardektomiya.	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

6. Perikarditlarning alohida etiologik shakllari

6.1. Virusli perikardit

Rivojlangan mamlakatlarda o‘tkir perikardit aksariyat holatlarda virusli infektsiya yoki autoreaktivlik bilan bog‘liq [5, 6]. O‘tkir virusli perikardit, odatda, asoratlarsiz o‘z-o‘zidan o‘tadigan holat [5, 6, 9]. Ammo uning oqibatlarini yurak tamponadasi, qaytalanish va kamdan - kam hollarda konstruktiv perikardit bo‘lishi mumkin. O‘tkir virusli perikardit odatda o‘zini o‘zi cheklaydigan kasallik bo‘lib, kolxitsin bilan birgalikdagi NYaQVlarning qisqa kursiga yaxshi javob beradi, ayniqsa retsidivlarni oldini olish uchun [4-6].

21-jadval Virusli perikardit bemorlarini tashxislash va davolash bo‘yicha tavsiyalar

Tavsiyalar	Sinf	Daraja	Manba
Virusli perikarditning aniq tashxisini qo‘yish uchun perikardial suyqulik va peri- / epikardial biopsiyaning har tomonlama (ya‘ni, gistologik, sitologik, immunogistologik, molekular) tekshiruvini o‘tkazish kerak	IIa	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Muntazam virusli serologiya, OIV va HSVdan tashqari, tavsiya etilmaydi	III	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Virusli perikarditni kortikosteroidlar bilan davolash tavsiya etilmaydi	III	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

6.2. Bakterial perikardit

Kattalarda yiringli perikardit kam uchraydi, ammo davolanmasa o‘linga olib keladi. Davolanganda o‘lim 40%ni tashkil qiladi, asosan intoksikatsiya, tamponada va yurak siqilishidan kelib chiqadi. Kasallik, odatda, gematogen yoki aloqa orqali tarqaladigan, boshqa joyda joylashgan infeksiyaning asoratidir. Predispozitsiya qiluvchi omillar orasida oldingi perikardial suyuqlik, immunitetni tushishi, surunkali kasalliklar (alkogolizm, revmatoid artrit va boshqalar), yurakdagi jarrohlik amaliyotlari va ko‘krak qafasidagi jarohatlar kiradi. Chap qorincha soxta anevrizmasi bakterial perikarditning kam uchraydigan asoratidir. Kasallik uzoq davom yetmaydigan, o‘tkir, o‘tkir infektsiya sifatida boshlanadi. Teri osti perikardiosentez talab qilinadi. Perikardial suyuqlik gramm, kislotaga chidamli, qo‘ziqorinli dog‘ bo‘lishi va perikard va boshqa tana suyuqliklarida o‘stirilishi kerak [II sinf, isbot darajasi B]. Agar bakterial infeksiyaga gumon qilinsa, ayerob va anayerob maqsadlar uchun perikardial suyuqlikning kamida uchta kulturasi va qon kulturasi talab qilinadi (II sinf, isbotlanganlik darajasi B).

6.3. Tuberkulyozli perikardit

Davolanmagan silli perikarditda o'lim darajasi 85%ga yetadi, kompressiv perikarditning uchrash chastotasi 30-50% ni tashkil qiladi. Klinik belgilari turlicha: suyuqlik bilan va suyuqliksiz o'tkir perikardit; yurak tamponadasi; qaytalanuvchi simptomsiz, ko'pincha perikardda ko'p miqdorda suyuqlik; zaharlanish doimiy isitma bilan; o'tkir, o'tkir osti yoki surunkali bosuvchi perikardit; perikardning kalsifikatsiyasi. Tashxis perikard suyuqligida yoki to'qimasida sil mikobakteriyasini va/yoki perikardda kazeoz granulomalar mavjudligini aniqlash orqali aniqlanadi. Yekstrakardial sil kasalligi bilan og'riqan bemorlarda perikardit, yehtimol sil kasalligining etiologiyasidir (balg'amning bir nechta kulturasi o'rganish kerak). Tuberkulin teri testi bemorlarning 25-33 foizida yolg'on-manfiy, 30-40 foizida (qariyalarda) yolg'on musbat bo'lishi mumkin. ELISPOT immunologik testi aniqroq. Perimiokardial tuberkulyoz qon plazmasida miolemma va aktimiozinga antitelalarning yuqori titrlari bilan ham bog'liq. Perikardiosentez yordamida, olinadigan suyuqlikni tahlil qilish usullariga qarab, 30-76% hollarda tuberkulyoz perikardit tashxisini qo'yish mumkin. Agar sil kasalligiga gumon qilinsa, bakteriyalarning kislotaga chidamliligi, mikobakteriyalar kulturasi yoki o'sishni radiometrik aniqlash (masalan, BATEC -460), adenozin deaminaza (ADA), interferon (IFN) - γ , perikard lizozimi va polimeraza zanjir reaksiyasini aniqlash (I sinf, isbot darajasi B). Perikardial suyuqlik tarkibida IFN- γ > 200 pg / l bo'lganda tuberkulyozli perikardit tashxisida 100% sezuvchanlik va o'ziga xoslikka yega. Tuberkulyozli perikarditdagi suyuqlik va o'simtaning differensial tashxisi ADA darajasining pastligi va yuqori CEA darajasida deyarli mutlaqdir. Bundan tashqari, juda yuqori ADA darajasi kompressiv perikardit xavfi bilan bog'liq. Shu bilan birga, polimeraza zanjir reaksiyasi ham xuddi shunday sezgir (75% - 83%), ammo tuberkulyozli perikarditga nisbatan ko'proq ADA (100% - 78%) o'ziga xosdir. Perikardioskopiya va perikardial biopsiya prognozning to'g'riligini yaxshilashga yordam beradi (ikkinchisi tez tashxis qo'yadi va 100% sezuvchanlikka yega).

6.4. Buyrak yetishmovchiligida perikardit

Buyrak yetishmovchiligi - perikard jarohatlanishining keng tarqalgan sababi bo'lib, 20% hollarda perikardda ko'p suyuqlik keltirib chiqaradi. Kasallikning ikki shakli tasvirlangan: keng tarqalgan gemodializdan oldin og'ir o'tkir yoki surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarning 6-10 foizida uremik perikardit aniqlangan. Bu visseral va pariyetal perikard yallig'lanishidan kelib chiqadi va azotemiya bilan bog'liq (qoldiq azot odatda > 60 mg/dl). Gemodializ bilan bog'liq perikardit 13% hollarda gemodializ paytida, kamdan -kam hollarda surunkali peritoneal dializda kuzatiladi va davolanish natijasining yetarli emasligi va / yoki suyuqlikning ortiqcha yuklanishi bilan bog'liq. Kasallik perikardning qalinlashgan qatlamlari o'rtasida yopishqoqlik paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Klinik ko'rinish isitma va ko'krak qafasining plevrit og'rig'ini o'z ichiga olishi mumkin, lekin ko'p bemorlarda simptomsizdir.

Perikardning ishqalanish shovqini hatto katta miqdorda suyuqlik bo'lganda ham kuzatilishi mumkin yoki vaqtinchalik bo'lishi mumkin. Vegetativ asab tizimining shikastlanishi tufayli, tamponada paytida ham, isitma va gipotenziyaga qaramay, yurak urish soni past (daqiqada 60-80 urish) bo'ladi. Eritropoetinga qarshilik tufayli rivojlanadigan anemiya bilan klinik ko'rinish yomonlashishi mumkin. Miokard yallig'lanishi yo'qligi sababli EKGda tipik diffuz ST-T to'lqinlari yo'q. Agar EKG o'tkir perikarditga xos bo'lsa, davriy infektsiyaga shubha qilish kerak.

22-jadval Buyrak kasalliklarida perikarditni davolash bo'yicha tavsiyalar

Tavsiyalar	Sinf	Daraja	Manba
------------	------	--------	-------

Uremik perikardit uchun dializni ko‘rib chiqish kerak	IIa	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Agar yetarli dializ bilan bemorda perikardit rivojlansa, dializning kuchayishini hisobga olish kerak	IIa	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Agar javob bo‘lmasa, dializda bo‘lgan bemorlarda perikardning aspiratsiyasi va / yoki drenajini ko‘rib chiqish kerak.	IIb	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Agar intensiv dializ samarasiz bo‘lsa, YQNSV va kortikosteroidlarni (tizimli yoki intraperikardial) hisobga olish kerak.	IIb	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Kolxitsin perikardit va og‘ir buyrak yetishmovchiligi bor bemorlarga qarshi ko‘rsatmadir.	III	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

6.5. Tizimli autoimmun kasalliklarda autoreaktiv perikardit va perikard shikastlanishi

Autoreaktiv perikardit tashxisi quyidagi mezonlarga asoslanadi.

1. $> 5000 / \text{mm}^3$ dan ortiq limfotsitlar va mononuklear hujayralar sonining ko‘payishi (autoreaktiv limfotsitik perikardit) yoki yurak mushagi to‘qimalarida antitelalarning mavjudligi (sarkolemma) perikardda suyuqlik mavjudligini (antitelalar vositachiligidagi autoreaktiv perikardit) bildiradi
2. Epikardial endomiokardial biopsiyalarda miokardit belgilari (≥ 14 hujayra / mm^3).
3. Perikarddagi suyuqlikni tahlil qilishda endomiokard va epimiokard biopsiyasida faol virusli infeksiyani chiqarib tashlash (viruslarni ajratish mumkin emas, perikarddan suyuqlikda kardiotrop viruslarga qarshi immunoglobulin M titri yo‘q, salbiy PZR) asosiy kardiotrop viruslar uchun).
4. PZR yoki hujayra ekmalari yordamida bakterial infeksiyani istisno qilish.
5. Perikardial suyuqlik va biopsiya namunalarda o‘simta infiltratsiyasi yo‘q.
6. Tizimli va metabolik kasalliklarda uremiyani istisno qilish.

6.6. Postperikardiotomiya sindromi.

Yurakning shikastlanishi yurak va perikard yoki ikkalasi ham shikastlangandan keyin bir necha kun va oylar o‘tgach sodir bo‘ladi. Bu miokard infarktidan keyin paydo bo‘ladigan sindromga o‘xshaydi. Ikkalasi ham tizimli immunopatologik jarayonning ko‘rinishidir. Bularning bir-biridan farqi shundaki, o‘tkir provokatsiya va yurak to‘qimalariga antitelalarning (sarkolemma va fibrillalar) aniq shakllanishida, ehtimol katta miqdordagi antigen moddaning chiqishi bilan bog‘liq. Perikardial suyuqlik ham ortotopik yurak transplantatsiyasidan keyin paydo bo‘lishi mumkin (21%). Jarrohlik paytida aminokapron kislota ishlatilganda tez-tez uchraydi.

Ochiq yurak operatsiyasidan keyingi tamponadalar koronar arteriyaning shuntlanishiga (24%) qaraganda, klapanlarda bajarilgan muolajalarida (73%) ko‘proq sodir bo‘ladi. Bu holat antikoagulyantlarni ishlatish chastotasi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Yurak operatsiyasidan keyin kompressiv perikardit rivojlanishi mumkin. Operatsiyadan keyingi perikardiyal suyuqlik uchun eng katta xavf, ayniqsa, suyuqlikni drenajlash bilan perikardiosentez qilinmasa, varfarinni qo‘llash bilan bog‘liq.

6.7. Infektsiyadan keyingi perikardit

Infarkt dan keyingi perikarditning ikki shakli mavjud: "Erta" (peristenokardit epistenokardit) va "kechiktirilgan" (Dressler sindromi). Epistenokarditli perikardit to‘g‘ridan-to‘g‘ri ekssudatsiya bilan bog‘liq. Transmural miokard infarktining 5-20 foizida rivojlanadi, lekin kamdan-kam hollarda klinikada aniqlanadi. Dressler sindromi odatda miokard infarkt dan keyin bir haftadan bir necha oygacha bo‘lgan muddatda sodir bo‘ladi (garchi bu epistenokardit perikarditining davomi bo‘lishi mumkin bo‘lsa ham) va klinik jihatdan postperikardiotomiya sindromiga o‘xshaydi. Bunday holda, transmural miokard infarkti bo‘lishi shart emas. Infarkt dan keyingi perikarditning bu turi kam uchraydi (0,5-5%) va trombolitik qabul qilgan bemorlarda past (10 mm odatda gemoperikard bilan bog‘liq va bu bemorlarning uchdan ikki qismida chap devorning tamponadasi yorilishi) rivojlanishi mumkin. Agar operatsiya bo‘lmasa yoki kontrendikativ bo‘lmasa, subakut tamponadada perikardiosentez va fibrin yelimini intraperikardial yuborish muqobil bo‘lishi mumkin.

6.8. Aorta disseksiyasida travmatik perikard suyuqligi va gemoperikard

Perikardning bevosita shikastlanishi tasodifiy yoki yatrogen bo‘lishi mumkin. Qon yo‘qotish, vazokonstriksiya, og‘ir gipotenziya va zarba bilan gemotoraks paradoksal puls borligini yashirishi mumkin. Gemodinamikani barqarorlashtirish uchun operatsiya o‘tkaziladi. Yatrogen yurak tamponadasi ko‘pincha teri osti mitral valvuloplastika paytida shuningdek, transseptal punktsiya paytida va undan keyin sodir bo‘ladi. Ayniqsa kateterizatsiyani biplanli kuzatuv o‘tkazilmasa va chap bo‘lmacha kattaligi kichik bo‘lsa. Yuqori bosimli tuzilmalarning teshilishi bilan simptomlar tez o‘sadi, atrial teshilish bilan birinchi alomatlar 4-6 soatdan keyin paydo bo‘lishi mumkin. Perikardiosentez 95-100% hollarda muvaffaqiyatli bo‘ladi, o‘lim holati 1% ga yetmaydi. Teri osti koronar aralashuvi paytida o‘tkir yoki o‘tkir osti yurak tamponadasi bilan koronar arteriya transseksiyasi sodir bo‘lishi mumkin. Ushbu asoratni davolashda yutuq-membranali qoplamali stentlar qo‘yishdir. Yo‘naltiruvchi sim bilan koronar arteriya teshilishi kam uchraydi, lekin kamdan-kam hollarda perikardda sezilarli qon ketishiga olib keladi. O‘ng qorinchaning endomiokard biopsiyasi vaqtida ham miokard teshilishi holatlari sodir bo‘lishi mumkin (0,3-5%). Bunday holatlarning yarimdan kamrog‘ida tamponada sodir bo‘ladi. Chap qorincha endomiokardial biopsiyasi bilan perikardga qon ketish tezligi bundan ham pastroq (0,1-3,3%). Miokard teshilishining belgisi sifatida to‘satdan bradikardiya va gipotenziya bilan kechadi. Bunday jarayon bilan bog‘liq bo‘lgan o‘lim darajasi 0,05% dan oshmaydi. O‘ng qorinchada joylashgan sun‘iy yurak stimulyatorining uchlari miokardga kirish holatlari ham uchraydi. Buning birinchi belgisi sifatida Giss tutami o‘ng oyoqchasi blokadasi va chap oyoqcha blokadasi bilan birga paydo bo‘lishi mumkin. Ko‘krak qafasining to‘mtiq shikastlanishi (odatda avtohalokatda) perikardan qon ketishi, miokardning yorilishi, perikardda churra hosil bo‘lishi bilan miokard chayqalishiga olib kelishi mumkin. Tashxis qo‘yish uchun favqulodda exokardiogramma yoki KT tekshiruvlari o‘tkazish kerak. Bilvosita perikard shikastlanishini aniqlash ancha qiyin. Ko‘tarilgan aortaning kesilishi bilan bemorlarning 17-45 foizida va kesmaning 48 foizida perikardial

suyuqlik aniqlanadi. Perikardiosentez qarshi ko'rsatmadir, chunki qon ketish xavfi oshadi va aorta disseksiyasi kuchayadi.

23-jadval Aorta disseksiyasi paytida travmatik pericardial suyuqlik va gemoperikardni boshqarish bo'yicha tavsiyalar

Tavsiyalar	Sinf	Daraja	Manba
Favqulodda ko'rish (transtorakal exokardiografiya yoki KT) ko'krak qafasi shikastlanishi va gipotenziya bilan og'rigan bemorlarga ko'rsatiladi	I	B	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Yurak va ko'krak qafasidagi shikastlanishlar tufayli yurak tamponadasi uchun darhol torakotomiya ko'rsatiladi..	I	B	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Aortani gemoperikard bilan ajratganda, bemorning ahvolini vaqtincha barqarorlashtirish uchun qon bosimini taxminan 90 mm simob ustuni ushlab turish uchun juda kichik qismlarda boshqariladigan perikard drenajini hisobga olish kerak.	IIa	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Yurak va ko'krak qafasidagi travma tufayli perikardiosentez torakotomiyaga ko'prik sifatida qaralishi mumkin.	IIb	B	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

6.9. Neoplastik perikardit

Perikardning birlamchi o'smalari metastazlarga qaraganda 40 baravar kam uchraydi. Eng tez-tez uchraydigan pericardial o'sma mezoteliyoma bo'lib, deyarli davolanmaydi. Perikardning metastatik o'smalari saraton bilan og'rigan bemorlarning avtopsiyasining 15-30 foizida va umumiy avtopsiyaning 4 foizida uchraydi. O'pka, ko'krak, melanoma, limfoma va leykemiya saratoni ko'pincha perikardga metastaz beradi. Suyuqliklar kichik yoki katta bo'lishi mumkin, tahdid soluvchi tamponada (ko'pincha takroriy), ehtimol yurak siqilishi. Bemorlarning ko'pchiligida simptomsiz kechadi, ayniqsa, suyuqlik asta-sekin to'planib borsa. Perikarddagi suyuqlik miqdori 500ml dan oshgan vaqtlarda bemorlarda yo'tal, nafas qisilishi, ko'krak og'rig'i, taxikardiya, bo'yin tomirlarining shishishi kabi belgilar paydo bo'ladi. Ushbu kasallikka tashxis qo'yish perikard bo'shlig'iga xavfli infiltratsiyani tasdiqlanishiga asoslangan. Bu holat perikard suyuqligini tahlil qilishni va perikard yoki epikard biopsiyasini talab qiladi [II sinf, isbot darajasi B]. Shuni esda tutish kerakki, tasdiqlangan saraton kasalligiga chalingan bemorlarning taxminan uchdan ikki qismida pericardial suyuqlik boshqa sabablarga bog'liq (masalan, rentgenterapiya yoki infeksiya). Agar xavfli neoplazma gumon qilinsa, suyuqlikni sitologik tekshirish va o'simta belgilarini aniqlash kerak: karsinoembrional antigen (CEA), β-fetoprotein (AFP), uglevod antigenlari CA 125, CA 72-4, CA 15-3, CA 19-9, CD-30, CD-29 va boshqalar.

7. Perikard kasalligining kam uchraydigan shakllari

7.1. Zamburug'li perikardit

Zamburug'li perikardit asosan immuniteti zaif yoki zamburug' infeksiyasi endemik bo'lgan bemorlarda rivojlanadi. Klinik ko'rinishi perikard kasalliklarining butun spektriga,

shuningdek zamburug‘li miokarditga o‘xshaydi. Bunga asosan endemik zamburug‘lar (gistoplazma, koksidioidlar) yoki endemik bo‘lmagan-opportunistik (Kandida, Aspergillus, Blastomices) va yarim zamburug‘lar (Nokardiya, Actinomyces) sabab bo‘ladi. Bu perikard suyuqligini bo‘yash va ekish orqali aniqlanadi. Zamburug‘larga qarshi antitelalarni aniqlash ham zamburug‘ infeksiyasini tashxislashda yordam beradi.

7.2. Radiatsion perikardit

Radiatsion perikarditning paydo bo‘lish ehtimoli nurlanish manbasiga, dozasi, uning bo‘linishiga, davomiyligiga, nurlanish tabiatiga, nurlangan to‘qimalarning hajmiga, immunitet shakliga va bemorlarning yoshiga bog‘liq. Kasallik davolanishi bir necha oydan bir necha yillargacha (15-25 yilgacha) davom etishi mumkin. Suyuqlik seroz yoki gemorragik bo‘lishi mumkin, keyinchalik fibrinoz chandiqli bo‘lishi yoki yurak siqilishi bilan bog‘lash mumkin (bemorlarning 20% gacha), odatda kalıtsifikatsiyasiz bo‘ladi. Simptomlar asosiy kasallikning ko‘rinishi va kimyoterapiya fonida yashiringan, bo‘lishi mumkin. Dastlab, Exokardiogramma, keyin kerak bo‘lganda, kompyuter tomografiyasi yoki magnitli rezonansli tomografiya o‘tkazish kerak. Tamponada bo‘lmagan perikarditni konservativ davolash kerak. Tashxis qo‘yish yoki gemodinamik buzilishni va tamponadani davolash uchun perikardiosentez talab qilinishi mumkin. Kompresiv perikarditda perikardioektomiya amaliyoti bajariladi, ammo o‘lim xolati juda yuqori (21%) va besh yil ichida omon qolish darajasi juda past (1%), bu asosan miokardning fibrozi tufayli yuzaga keladi.

24-jadval Radiatsion perikarditning oldini olish va davolash bo‘yicha tavsiyalar

Tavsiyalar	Sinf	Daraja	Manba
Iloji boricha yurakka nurlanish hajmini va dozasi kamaytiradigan radiatsion terapiya usullari tavsiya etiladi	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Perikardektomiya nurlanish ta‘sirida bo‘lgan konstriktiv perikarditda ko‘rib chiqilishi kerak, ammo boshqa miopatiya tufayli boshqa etiologiyaning konstriktiv perikarditiga qaraganda kamroq yaxshi natijalarga ega.	Ila	B	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

7.3. Xiloperikard

Xiloperikardit shikastlanishlar, tug‘ma patologiya, ochiq yurak jarrohligi asoratlari, mediastin limfangiomalari, limfangiomatoz gamartomalar, limfangiyektaziya, shuningdek obstruksiya yoki normaning buzilishi natijasida intratorakal limfa kanali hamda perikard bo‘shlig‘i o‘rtasida, bog‘lanish paydo bo‘lishidan kelib chiqadi. Natijada infeksiya, tamponada yoki yurakning siqilishi qo‘shilishi bilan yomonlashadi. Perikard ichidagi suyuqlik steril, hidsiz, och oq rangga bo‘ladi. Mikroskopda yog‘ tomchilari ko‘rinadi. Uning xileoz tabiati ishqoriy reaksiya ega, uning solishtirma og‘irligi 1010 va 1021 ga teng, sudan III va yog‘ga bo‘yalgan, yuqori triglitseridlar (5-50 g/l) va oqsil (22-60 g/l) bilan tasdiqlanadi. Ko‘krak qafasi ichidagi limfa kanalining lokalizatsiyasi va uning perikard bilan aloqasini kengaytirilgan kompyuter tomografiyasi hamda uning limfografiya bilan kombinatsiyasi yordamida aniqlash mumkin.

25-jadval Xiloperikardni tashxislash va boshqarish bo‘yicha tavsiyalar

Tavsiyalar	Sinf	Daraja	Manba
Xiloperikardit yani sutsimon xira suyuqlik tashxisi triglitseridlar > 500 mg/dl bo'lganda, xolesterin: triglitseridlar nisbati <1, va ekilgan salbiy limfotsitlar ustunligi (limfotsitlar millilitrda bir necha yuzdan bir necha minggacha) bilan tavsiflanadi	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Xiloperikardni tashxislash uchun perikard drenaji va parenteral oziqlanish hisobiga yuziga kelayotgan suyuqlikni nazoratga olish kerak.	Ila	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Agar konservativ davu perikard drenajidan kelayotgan suyuqlik hajmini kamaytirmasa va torakal kanal yo'li topilsa jarrohlik amaliyoti ko'rib chiqiladi.	Ila	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Xiloperikardit uchun oktreotidli terapiya (ikki hafta davomida kuniga 3 marta 100 mkg) buyurilishi mumkin (ta'sir mexanizmi limfa ishlab chiqarishning pasayishi bilan bog'liq)	Ilb	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

7.4. Giyohvand moddalar va toksinlar tufayli yuzaga keladigan perikardit

Giyohvand moddalarga bog'liq bo'lgan perikardit kamdan-kam uchraydi. Biroq, perikardit, tamponada, fibroz, perikardial bitishma yoki yurakning siqilishi natijasida paydo bo'lishi mumkin. Mexanizmlariga lupus reaksiyasi, sarum kasalligi, yod moddalarga javob reaksiyasi va immunopatologiyalar kiradi. Davolash dori - darmonlarni olib tashlash va simptomatik davolash jarayonlarini o'z ichiga oladi.

7.5. Qalqonsimon bez kasalliklarida perikard suyuqligining yig'ilishi

Gipotireoidizm bilan og'rigan bemorlarning 5-30 foizida perikard suyuqligining yig'ilishi aniqlanadi. Suyuqlik asta-sekin to'planadi va kamdan-kam hollarda tamponada paydo bo'ladi. Ba'zi hollarda xolesterinli perikardit aniqlanadi. Gipotireoidizm tashxisi tiroksin va tiroid stimulyatsiya qiluvchi gormonlar darajasiga bog'lik.

7.6. Homiladorlik vaqtida perikardial suyuqlik yig'ilishi

Homiladorlikda perikard kasalligiga moyillik haqida hech qanday dalil yo'q. Biroq, ko'p homilador ayollarda uchinchi trimestrda yengil va o'rtacha darajada asimptomatik gidroperikardit rivojlanadi. Yurak siqilishi kamdan-kam uchraydi. O'tkir perikarditda EKG o'zgarishlarini ST segmentining izoliyadan pastga yengil tushishidan va normal homiladorlikdagi T tishchaning o'zgarishidan ajratish kerak (Jadval). Homiladorlik paytida aylanib yuradigan qon hajmining oshishi tufayli ilgari sezilmagan yurak siqilishi paydo bo'lishi mumkin. Ko'pgina perikard kasalliklari homiladorlikdan tashqari davolanadi. Shu bilan birga, atsetilsalitsil kislotasining yuqori dozalari homiladagi Botallov kanalining muddatidan oldin yopilishiga olib kelishi mumkin; homiladorlik paytida kolxitsin taqiqlangan. Kerak bo'lganda, keyingi homiladorlik xavfidan qo'rqmasdan, perikardiotomiya va perikardektomiya xavfsiz tarzda bajarilishi mumkin.

26-jadval Homilador ayollarda perikardial suyuqlikka diagnostik yondashuv

Tadqiqot usuli	Ko'rsatma	Homiladorlikda tahlili	Manba

Paradoksal puls	Yurak tomponadasi diagnostikasi	<p>Shuningdek quyidagilarni hisobga olish kerak:</p> <p>Normal homiladorlik ning oxirgi oylarida perikardda suyuqlik bo'limasligi, Surunkali konstruktiv perikardid mavjudligi (50% yaqin), Bronxial astma/o'pka emfizemasi mavjudligi, O'pka arteriyasi emboliyasi ehtimoli, Yaqqol semizlik mavjudligi, Gipovolemik shok mavjudligi</p>	<p>https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</p>
EKG	<p>O'tkir perikardit</p> <p>Mioperikardit</p>	<p>O'tkir perikarditda EKG ko'rsatkichlari o'zgarishini normal homiladorlik dagi EKG ko'rsatkichlari o'zgarishidan farqlash lozim</p> <p>Yurak elektr o'qining chapga yoki o'ngga siljishi, ST segment depressiyasi (izoliniyadan tepaga ko'tarilishi),</p>	<p>https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</p>

		<p>T tishcha o'zgarishi, unchalik katta bo'lmagan Q tishcha va R tishcha inversiyasi (izoliniyadan pastga tushishi), III standart tarmoqda, nafas olganda o'zgaradigan, V2 ko'krak tarmog'ida R tishcha amplitudasining yuqoriroq ko'tarilganligi, Sinusli taxikardiya, Bo'lmacha yoki qorincha ekstrasistoliyasi</p>	
<p>Ko'krak qafasi rentgenografiyasi</p>	<p>Yurak tamponadasi yoki aorta anevrizmasining ikkilanishida gemoperikard, agar ultratovush tekshiruviga imkon bo'lmasa, ko'krak qafasi travmasi</p> <p>Sil/ o'smaga shubha</p>	<p>Yurak kattalashgan dek ko'rinadi (gorizontal holat)</p> <p>O'pkalar tasvirining to'q ko'rinishi ularni qon bilan to'yingandek tasavvur uyg'otadi (perimiokarditdagi chap qorincha yetishmovchiligi), Ko'p hollarda tug'ruqdan</p>	<p>https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf</p>

		keyingi erta davrda 1-2 haftadan so'ng o'z-o'zidan so'rilib ketadigan, kam miqdordagi plevra suyuqligi aniqlanadi.	
Exokardiografiya	Perikardda suyuqlik bo'lishi/tamponada Aorta butunligi buzilishi natijasidagi gemoperikard	Yurak o'ng kameraning kattalashishi (lateral holatda) Chap qorincha sistolik o'lchamlari o'zgarishsiz yoki biroz kattalashgan	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Magnitli rezonans tomografiya	Aorta butunligi buzilishi natijasidagi gemoperikard		https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Yurak o'ng soxasi va o'pka arteriyasini zondlash (Svan-Gansa kateteri)	Tamponadaning tasdiqlanganligi yoki yurak konstriktsiyasi (qisilishi)		https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Yurakni katetrlash	Konstriktiv (qisilish natijasida kelib chiqqan) perikardit Aorta butunligi buzilishi natijasidagi gemoperikard	Braxial yo'l orqali kirish afzalroq (og'irlikni kamaytirish maqsadida)	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Perikardiosentez	Faqat tamponada yoki kritik holatda diagnostika maqsadida	Exokardiografiya nazorati ostida, homila nurlanishini	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

		oldini olish maqsadida	
Perikardios kopiya epikard/peri kard biopsiyasi	Faqat hayotiy ko'rsatmalar ga ko'ra	Homila nurlanishi xuddi yurak kateterizatsiy asidagi kabi	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Per%20cardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

**«PERIKARDITLAR» NOZOLOGIYASIDA TIBBIY
ARALASHUVLAR BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLARI**

TOSHKENT-2025

2. Asosiy qism

2.1. Kirish

Perikardial kasalliklarning etiologiyasi ko'p holatlarda noaniq bo'lib qolmoqda, chunki ko'plab tibbiyot muassasalarida diagnostika usullarining to'liq to'plami qo'llanilmaydi. Oltin standart-bu qilichsimon o'simta asosidan jarrohlik usuli bilan kirish, suyuqlik namunalari yig'ish, perikardial biopsiya va drenajlash usuli. Intervension usullar kombinatsiyalangan perikardioskopik tasvirlashni o'z ichiga oladi, bunda birinchi bo'lib perikardial kasalliklarning etiologiyasi va patogenezini aniqlash uchun molekulyar, gistologik va immunogistologik diagnostika usullaridan foydalaniladi va so'ng perikard bo'shlig'iga dori yuborish bilan davolanadi.

2.2. Intervension davolash usullari va jarrohlik

2.2.1. Perikardiotsentez va drenaj

Tavsiyalar	Sinf	Daraja	Manba
Yurak tamponadasi	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Perikard bo'shlig'ida katta miqdordagi suyuqlik hajmi (exokardiografiya yordamida diastolda perikard varaqlarini ajratish > 20 mm).	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Yiringli yoki silli perikarditga shubha	I	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Perikardial bo'shliqda o'rtacha suyuqlik hajmi (exokardiografiya yordamida diastolda perikard varaqlarini ajratish 10 - 20 mm) va agar sil kasalligiga shubha bo'lsa (perikardial suyuqlik, perikardioskopiya va yepikardial / perikardial biopsiya)	Ia	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Gumon qilingan neoplastik perikard suyuqligi	Ia	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf
Perikardial suyuqlikning oz miqdori (diastolda <10 mm dan kam bo'lmaganda exokardiografiya orqali perikardial varaqlarni ajratish) (perikardial suyuqlik va to'qimalarni tahlil qilish, perikardioskopiya va yepikardial / perikardial biopsiya)	Ib	C	https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Pericardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf

Mutlaq qarshi ko'rsama: aorta ikkilanishi.

Qisman qarshi ko'rsatmalar: Davolanmagan koagulopatiya, antikoagulyant terapiya, trombositopeniya $<50,000 / \text{mm}^3$, kam, orqa va xaltasimon o'ralgan suyuqlik. O'tkir travmatik gemoperikard va yiringli perikarditda perikardni jarrohlik yo'li bilan drenajlash maqsadga muvofiqdir.

Perikardiosentezning asoratlari: miokard perforatsiyasi, gemotoraks, pnevmotoraks, havo yemboliyasi, yurak aritmiyasi (ayniqsa, vazovagal bradikardiya), infeksiya, qorin pardasi va qorin organlarining shikastlanishi

2.3. Perikardektomiya

Perikardektomiya - surunkali siqilishning yagona aniq davosi (IIa sinf, B dalillar darajasi). Operatsiya paytida o'lim 6-12% ni tashkil qiladi, gemodinamikaning to'liq normallashuvi faqat bemorlarning 60% da kuzatiladi. Perikardektomiyada o'lim operatsiyadan oldingi davrda bilinmagan atrofiya yoki miokard fibrozining mavjudligiga bog'liq. Bundan tashqari, omon qolish prognozi bir qancha sabablarni: oldingi nurlanish terapiyasi, buyrak yetishmovchiligi, o'pka gipertenziyasi, chap qorincha sistolik disfunktsiyasi, qondagi natriy darajasining pastligi va qarilikni o'z ichiga oladi.

Perikardektomiyaga tayyorgarlik: diuretiklar va b-blokatorlarni buyurish. Operatsiyadan oldin bemor bir necha hafta davomida kortikosteroidlarni qabul qilmasligi kerak.

Perikardektomiyaga qarshi ko'rsatmalar:

- asimptomatik bemorlarda yerta siqilish
- vaqtinchalik siqilish
- keng tarqalgan fibroz va miokard atrofiyasi (KT, MRT bo'yicha)
- yurak yetishmovchiligi IIV FS NYHA bo'yicha.

Perikardektomiyaning asosiy asoratlari - yurakning o'tkir perioperativ yetishmovchiligi va chap qorincha devorining yorilishi. Miokardning qisqarish funksiyasini yaxshilash va yurak qon otib berishini ko'paytirish uchun tomir ichiga suyuqliklar, katexolaminlar va ko'p dozada digitalis preparatlari yuboriladi. Eng og'ir holatlarda, aorta ichidagi balon kontrpulsatsiyasi amalga oshiriladi. Yetiotrop va patogenetik terapiyani davom yettirish kerak.

Plevraperikardial fenestratsiya (IIb sinf, dalillar darajasi B).

Teri orqali balon perikardiotomiyasi (IIb sinf, dalillar darajasi B)

**«PERIKARDITLAR» NOZOLOGIYASI TIBBIY
PROFILAKTIKA YOKI REABILITASIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT-2025

2. Asosiy qism

2.1. Kirish

Perikard – ikki qavatli xalta bo‘lib, o‘z ichida yurak va yirik tomirlarning ildiz qismlarini tutadi. Perikard xaltasi ikki qavatdan iborat: seroz - vistseral (u miokardga yopishib turgani sababi epikard deb ham ataladi) hamda fibroz - pariyetal qavatlar. Ular orasida perikard bo‘shlig‘i joylashgan bo‘lib, unda perikard suyuqligi saqlanadi. Perikard yurakni ko‘ks oralig‘i sohasida tutib turadi, uni yuqumli kasalliklardan himoyalaydi va yurak qisqarishlari davomida “moylab” turadi.

2.2. Perikarditlar ta’rifi

Perikard kasalliklari mustaqil yoki tizimli kasalliklarning bir qismi sifatida rivojlanadi [1-5]. Perikard shikastlanishining asosiy sindromlari - perikardit (o‘tkir, nimo‘tkir, surunkali va qaytalanuvchi), perikard bo‘shlig‘ida suyuqlik yig‘ilishi, yurak tamponadasi, konstruktiv perikardit va perikard qalinlashishi hisoblanadi [1, 4, 5].

2.3. Perikarditlar tasnifi

Perikarditlarning etiologiyasi, uchrash darajasi va patogenezini

1 - jadval. Perikarditlarning etiologiyasi, uchrash darajasi va patogenezini [ESC Guidelines, 2004]

Etiologiyasi	Uchrash darajasi	Patogenezini
Infeksion perikardit		
Viruslar (Koksaki A9, B 1-4, Exo 8, parotit, sitomegalovirus, suvchechak, qizamiq, OIV, parvo B19 va boshqalar)	30-50%	Kasallik qo‘zg‘atuvchisining perikard to‘qimasida ko‘payishi, tarqalishi hamda u tomonidan zaharli moddalarning ishlab chiqarilishi perikardda seroz, seroz – fibrinoz, gemorragik (bakteriyalar, viruslar, sil va zamburug‘lar) yoki yiringli bakteriyalar) yallig‘lanishga sabab bo‘ladi
Bakteriyalar (pnevmo - , meningo - , gonokokklar, gemofilis, oqish treponema, borellioz, xlamidiya, sil va boshqalar)	5-10%	
Zamburug‘lar (kandida, gistoplazma va boshqalar)	kam	
Parazitlar (exonokokk, toksoplazma va boshqalar)	kam	
Tizimli autoimmun kasalliklardagi perikardit		
Sistemali qizil yugurdak	30%	Ko‘pincha yashirin yoki yengil kechayotgan kasallikning yurak qon-tomir kasalliklari ko‘rinishida namoyon bo‘lishi
Revmatoid artrit	30%	
Ankilozlovchi spondilit	1%	
Tizimli skleroz	50% дан кўп	
Dermatomiozit	kam	
Tugunchali periartrit	kam	

Reyter sindromi	2% atrofida	
Oilaviy O'rtayer dengizi isitmasi	0,7%	
2-tip (auto) immune jaraohn		Ikkilamchi yuqumli kasallika yoki operatsiyadan keyin
Revmatik isitma	20 - 50%	Asosan o'tkir fazada
Kardiomiopatiyadan keyingi sindrom	20% atrofida	Operatsiyadan 10 - 14 kun o'tgandan keyin
Miokard infarktidan keyingi holat	1-5%	Epistenokarditik perikardit bilan differensial tashxislash uchun zarur
Autoreaktiv (surunkali) perikardit	23,1%	Keng tarqalgan shakl
Qo'shni a'zolar kasalliklaridagi perikardit va perikard bo'shlig'ida suyuqlik		
O'tkir miokard infarkti (epistenokarditik perikardit)	5-20%	Transmural miokard infarktidan 1-5 kun o'tgach
Miokardit	30%	Epimiokardit
Aorta anevrizmasi	kam	Anevrizma yorilganda gemorragik perikardit rivojlanadi
O'pka infarkti	kam	
Zotiljam	kam	
Qizilo'ngach kasalliklari	kam	
Surunkali yurak yetishmovchiligidagi perikardit	kam	
Paraneoplastic perikardit	Кýп	O'sma infiltratsiyasi kuzatilmaydi
Moddalar almashinuvi buzilishidai perikardit		
Buyrak yetishmovchiligi (uremiya)	Ko'p	Virusli / toksik / autoimmun
Miksedema	30%	Seroz, xolesteringa boy
Addison kasalligi	kam	Membranadan sizib chiqish
Diabetic ketoasidoz	kam	
Xolesterinli perikardit	Juda kam	Xolesterin transsudatsiyasi (steril seroz – fibroz suyuqlik)
Homiladorlik	kam	

Travmatik perikardit		
Bevosita jarohatlanish (ko'krak qafasining teshib o'tuvchi jarohati, qizilo'ngach perforatsiyasi, yot jismlar)	kam	
Bilvosita jarohatlanish (ko'krak qafasining teshib o'tmaydigan jarohati, ko'ks oralig'ining qattiqlanishi)	kam	
Neoplastik perikardit		
Birlamchi o'smalar	kam	Seroz yoki fibrinoz, kam hollarda gemorragik suyuqlik
Ikkilamchi metastazlangan o'smalar	ko'p	
O'pka karsinomasi	40%	
Sut bezi karsinomasi	22%	
Oshqozon va yo'g'on ichak karsinomasi	3%	
Boshqa joylarda joylashgan karsinomalar	6%	
Leykemiya va limfoma	15%	
Melanoma	3%	
Sarkoma	4%	
Boshqa o'smalar	7%	
Idiopatik perikardit	3,5% (boshqa ma'lumotlarga ko'ra 50% dan ko'p)	Seroz, fibrinoz, ba'zan gemorragik suyuqlik. Virusli infeksiya yoki ikkilamchi autoimmune jarayonga shubha uyg'otadi.

2- jadval Preikarditlarning klinik tasnifi [ESC Guidelines, 2015]

Klinik-morfologik shakli	Kechish davomiyligi
a. O'tkir perikarditlar 3. Fibrinoz (yoki quruq) Ekssudativ (seroz-fibrinoz, yiringli, chirikli, gemorragik) tomponada bilan tomponadasiz	3 oydan kam
b. Surunkali perikarditlar 2. Ekssudativ (seroz-fibrinoz, yiringli, chirik, gemorragik) <ul style="list-style-type: none"> • tomponada bilan • tomponadasiz 4. Adgeziv (yopishqoq) 5. Konstruktiv (siquvchi) <ul style="list-style-type: none"> • «zirhli yurak» 	3 oydan uzoq
C. Qayta (residiv)lanuvchi perikardit	

3-jadval Perikarditlar va uni tashxislash mezonlari [ESC Guidelines, 2015]

Perikardit	Tashxislash mezonlari
O'tkir	Quyidagi 4 mezonlarning kamida ikkitasi mavjud bo'lganda yallig'lanishli pericardial sindromi qo'yiladi: (4) Ko'krak sohasida perikarditga hos og'riq (5) Pericardial shovqinlar EKGda yangi, tarqalgan ST depressiyasi va/yoki PR segment depressiyasi perikard bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishi (yangi paydo bo'lgan yoki yomonlashgan) tashxisni tasdiqlovchi qo'shimcha ma'lumotlar: Yallig'lanish markerlari (C-reaktiv oqsil, eritrositlar cho'kish tezligi, qondagi leykositlar) miqdorining ortishi; Asbobiy tekshiruv usullarida (KT, MRT) perikard yallig'lanish belgilarining aniqlanishi
To'liq davolanmagan	Kasallik belgilari 4–6 haftadan uzoq, biroq 3 oydan kam, remissiyalarsiz davom etuvchi perikardit
Residivlanuvchi	Birlamchi perikardit belgilari yo'qolgandan so'ng, 4-6 haftadan so'ng yuzaga kelgan perikardit
Surunkali	3oydan uzoq davom etuvchi perikarditойдан узоқ давом этувчи перикардит

3. Profilaktik choralar va keyingi boshqaruv (<https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Publications/PERICA/2015%20Percardial%20Web%20Addenda-ehv318.pdf>)

1. Perikardial suyuqlik yo‘qolgandan keyin yallig‘lanishga qarshi nosteroid dori vositalarini o‘z vaqtida uzoq muddat ishlatish.
2. Ko‘rsatkichlar mavjud bo‘lganda, glyukokortikosteroidlarni yetarli dozalarda, yetarli muddatda o‘z vaqtida yuborish.
3. Glyukokortikosteroidlarni tayinlashda, yallig‘lanishga qarshi nosteroid dori vositalariga o‘tish bilan dozani bosqichma -bosqich kamaytirish (kamida 3 oy).
4. Yallig‘lanishga qarshi nosteroid dori vositalari va Glyukokortikosteroidlarni uzoq muddat ishlatish natijasida kelib chiqadigan gastropatiyalarning oldini olish (PPI buyurish).
5. Yurak tamponadasi belgilari mavjud bo‘lganda o‘z vaqtida perikardiosentezni o‘tqazish.
6. Simptomatik konstriktiv perikardit tashxisida jarrohlik davolanishga o‘z vaqtida murojaat qilish.
7. Perikarditning o‘ziga xos shakllari (sil, onkologiya, revmatologiya va boshqalar) belgilari mavjud bo‘lganda asosiy kasallikning kechishini nazorat qilishni ta‘minlagan holda mutaxassislarga o‘z vaqtida murojaat qilish.
8. O‘tkir perikardit belgilari 1 yil davomida tiklangandan yoki yengillashgandan so‘ng, 3-6 oyda 1 marta UQT, EKG, exokardiografiya nazorati ostida perikarditning qaytalanishi, kuchayishi, asoratlarini o‘z vaqtida aniqlash uchun kuzatuv olib borish.
 - 1) profilaktika maqsadi (profilaktika maqsadlari ko‘rsatilgan)
 - 2) 1-profilaktika — perikarditni birlamchi profilaktikasi – bu yuqumli va perikarditga olib keluvchi virusli, bakterial infeksiyalarni oldini olish kerak, moyilligi mavjud aholi toifasida rejali va mavsumiy profilaktik emlash ishlarini o‘z vaqtida bajarish, birlamchi bo‘g‘in shifokorlari tomonidan bajariladi;
 - 3) skrining - agar ushbu nozologiyada skrining o‘tkazish usullari mavjud bo‘lsa, qanday usullardan foydalaniladi, skrining o‘tkaziladigan kontingent, qachon o‘tkazish kerak, qayerda o‘tkazish kerak va xokazo. Shuningdek, bu nozologiyada skriningni kim amalga oshiradi (tibbiyot xodimiga qo‘yiladigan talablar).
 - 4) 2-profilaktika — Perikardial suyuqlik yo‘qolgandan keyin yallig‘lanishga qarshi nosteroid dori vositalarini o‘z vaqtida uzoq muddat ishlatish.
2. Ko‘rsatkichlar mavjud bo‘lganda, glyukokortikosteroidlarni yetarli dozalarda, yetarli muddatda o‘z vaqtida yuborish.
3. Glyukokortikosteroidlarni tayinlashda, yallig‘lanishga qarshi nosteroid dori vositalariga o‘tish bilan dozani bosqichma -bosqich kamaytirish (kamida 3 oy).

4. Yallig‘lanishga qarshi nosteroid dori vositalari va Glyukokortikosteroidlarni uzoq muddat ishlatish natijasida kelib chiqadigan gastropatiyalarning oldini olish (PPI buyurish).
5. Yurak tamponadasi belgilari mavjud bo‘lganda o‘z vaqtida perikardiosentezni o‘tqazish.
6. Simptomatik konstriktiv perikardit tashxisida jarrohlik davolanishga o‘z vaqtida murojaat qilish.
7. Perikarditning o‘ziga xos shakllari (sil, onkologiya, revmatologiya va boshqalar) belgilari mavjud bo‘lganda asosiy kasallikning kechishini nazorat qilishni ta'minlagan holda mutaxassislariga o‘z vaqtida murojaat qilish.
8. O‘tkir perikardit belgilari 1 yil davomida tiklangandan yoki yengillashgandan so‘ng, 3-6 oyda 1 marta UQT, EKG, exokardiografiya nazorati ostida perikarditning qaytalanishi, kuchayishi, asoratlarini o‘z vaqtida aniqlash uchun kuzatuv olib borish.
- 5) 3-profilaktika – davolovchi shifokor tomonidan olib boriladi, perikardit aniqlangan bemorlarni standart asosida davolanishini nazorat qilish, kasallik to‘liq sog‘ayib ketishini boshqarish, turli infeksiyalar bilan qayta zararlanishini oldini olish, kasallik asoratlarini profilaktikasi

4) Foydalanilgan adabiyotlar

1. Юрак-қон томир касалликлари бўйича миллий клиник баённомалар. Тошкент. 2023. 584 бет
2. Maisch B Seferović PM Ristić AD Erbel R Rienmüller R Adler Y Tomkowski WZ Thiene G Yacoub MH; Task Force on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases executive summary. *Eur Heart J* 2010;25:587–610.
3. Klein AL Abbara S Agler DA Appleton CP Asher CR Hoit B Hung J Garcia MJ Kronzon I Oh JK Rodriguez ER Schaff HV Schoenhagen P Tan CD White RD . American Society of Echocardiography clinical recommendations for multimodality cardiovascular imaging of patients with pericardial disease: endorsed by the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance and Society of Cardiovascular Computed Tomography. *J Am Soc Echocardiogr* 2013;26:965–1012.e15.
4. Imazio M Gaita F . Diagnosis and treatment of pericarditis. *Heart* 2015;101:1159–1168.
5. Imazio M Brucato A Cemin R Ferrua S Maggolini S Beqaraj F Demarie D Forno D Ferro S Maestroni S Belli R Trincherò R Spodick DH Adler Y ; ICAP Investigators. A randomized trial of colchicine for acute pericarditis. *N Engl J Med* 2013;369:1522–1528.
6. Yehuda Adle Task Force on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases executive summary. *Eur Heart J* 2015;25:177–350.
7. Brucato A Imazio M Curri S Palmieri G Trincherò R . Medical treatment of pericarditis during pregnancy. *Int J Cardiol* 2010;144:413–414.
8. LeWinter MM . Clinical practice. Acute pericarditis. *N Engl J Med* 2014;371:2410–2416.
9. Alabed S Cabello JB Irving GJ Qintar M Burls A . Colchicine for pericarditis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Aug 28;8:CD010652.
10. Caforio AL Pankuweit S Arbustini E Basso C Gimeno-Blanes J Felix SB Fu M Heliö T Heymans S Jahns R Klingel K Linhart A Maisch B McKenna W Mogensen J Pinto YM Ristic A Schultheiss HP Seggewiss H Tavazzi L Thiene G Yilmaz A Charron P Elliott PM ; European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J* 2013;34:2636–2648.