

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

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

**«СУРУНКАЛИ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ»  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ – 2025**



**«КЕЛИШИЛГАН»**  
**РИКИАТМ директори**  
**Х.Ғ. Фозилов**

\_\_\_\_ " \_\_\_\_ 2025 йил

## **“СУРУНКАЛИ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ” БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ 2025**

<p style="text-align: center;"><b>Ischemic heart diseases</b> <b>ХКТ-10 таркибида</b> <b>(I20 — I25)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Ischemic heart diseases</b> <b>ХКТ-11 таркибида</b> <b>(BA40 — BA6Z)</b></p>
<p><b>I20.8 Стенокардияни бошқа шакллари</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Зўриқиш стенокардияси</li> <li>– Секин оқим коронар синдроми</li> <li>– Турғун стенокардия</li> <li>– Стенокардия</li> </ul>	<p><b>BA40.1 Турғун зўриқиш стенокардия</b></p>
<p><b>I25 Сурункали юрак ишемик касаллиги</b></p>	<p><b>BA50 — BA6Z Сурункали юрак ишемик касаллиги</b></p>
<p><b>I25.0 Атеросклеротик юрак-қон томир касаллиги, таърифланганидек</b></p>	<p>Киритилмаган</p>
<p><b>I25.1 Атеросклеротик юрак касаллиги</b> Коронар артерияларининг:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– атеромаси</li> <li>– атеросклерози</li> <li>– касаллиги</li> <li>– склерози</li> </ul>	<p><b>BA52 Коронар артериялари атеросклерози</b> BA52.0 Натив коронар артерияларини атеросклерози BA52.1 Аутологик коронар шунтни атеросклерози:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– BA52.10 Аутологик коронар шунтни атеросклерози</li> <li>– BA52.11 Аутологик веноз коронар шунтни атеросклерози</li> <li>– BA52.1Z Аутологик аниқланмаган коронар шунтни атеросклерози</li> </ul> <p>BA52.2 Аутологик бўлмаган коронар шунтни атеросклерози BA52.Z Коронар артериялари атеросклерози, аниқланмаган локализацияси</p>

<p><b>I25.2 Аввал ўтказилган миокард инфаркти</b></p>	<p><b>ВА50 Аввал ўтказилган миокард инфаркти</b></p>
<p><b>I25.3 Юрак аневризмаси</b>  Аневризма:  – девор  – вентрикуляр</p>	<p>"Сурункали юрак ишемик касаллиги" жилдига киритилмаган, фақат "ВА60.2 Қоринчалар аневризмаси ўткир миокард инфарктининг асоратлари" сифатида мавжуд.</p>
<p><b>I25.4 Коронар артерияларни аневризмаси ва қаватланиши</b></p>	<p><b>ВА81 Коронар артерияларни аневризмаси</b>  – ВА81.0 Коронар артерияларни аневризмаси перфорация билан  – ВА81.1 Коронар артерияларни аневризмаси ёрилиши билан  – ВА81.2 Коронар артерияларни аневризмаси, перфорация ва ёрилиш кўрсатиб ўтилмаган  <b>ВА82 Коронар артерияси диссекцияси</b>  <b>ВА83 Коронар артерияси ортирилган фистуласи</b></p>
<p><b>I25.5 Ишемик кардиомиопатия</b></p>	<p><b>ВА51 Ишемик кардиомиопатия</b>  – ВА51.0 Дилатацион кардиомиопатия туғма коронар артерияси аномалияси сабабига кўра  – ВА51.У Бошқа аниқланган ишемик кардиомиопатия  – ВА51.З Ишемик кардиомиопатия, аниқланмаган</p>
<p><b>I25.6 Симптомсиз миокард ишемияси</b></p>	<p>Киритилмаган</p>

I25.8 Сурункали юрак ишемик касаллиги бошқа шакллари	BA5Y Сурункали юрак ишемик касаллиги, бошқа аниқланган
I25.9 Сурункали юрак ишемик касаллиги, аниқланмаган	BA5Z Сурункали юрак ишемик касаллиги, аниқланмаган
Киритилмаган	BA84 Коронар артерияси сурункали тўлиқ окклюзияси

**Сурункали юрак ишемик касаллиги билан беморларни даволаш бўйича клиник амалиётда қўлланиладиган миллий стандартни ишлаб чиқиш санаси:**

<b>Ишлаб чиқиш санаси</b>	<b>1.05.2025</b>
<b>Режалаштирилган қайта кўриб чиқиш санаси</b>	кейинги кўриб чиқиш 2029 йилга режалаштирилган ёки янги асос бўладиган далиллар пайдо бўлганда

**Сурункали юрак ишемик касаллиги билан беморларни даволаш бўйича клиник амалиётда қўлланиладиган миллий стандартни ишлаб чиқиш учун ишчи гуруҳ таркиби:**

<b>1.</b>	<b>Фозилов</b> Хуршид Ғайратович <b>PhD</b>	т.ф.н., к.и.х., Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИКИАТМ) директори, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош кардиологи
<b>2.</b>	<b>Низамов</b> Улугбек Иргашевич <b>PhD</b>	Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигини бош кардиологи-консультант
<b>3.</b>	<b>Шалаева</b> Евгения Владимировна <b>MD, MPH, CHES</b>	“Соғлиқни сақлаш лойиҳалари маркази” лойиҳалаш офисини бўлим раҳбари
<b>4.</b>	<b>Усмонов</b> Саидаъло Комилжонович	“Соғлиқни сақлаш лойиҳалари маркази” лойиҳалаш офисини бош мутахассиси

**Тақризчилар:**

1.	<b>Асимбекова</b> Эльмира Уметовна	т.ф.д., Клиник диагностика бўлими е.и.х., Федерал давлат бюджет муассасаси, А.Н.Бакулев номидаги юрак-қон томир жарроҳлиги миллий тиббий тадқиқот маркази, Россия Федерацияси
2.	<b>Абдуллаев</b> Акбар Хатамович	т.ф.д, Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий- амалий тиббиёт маркази реабилитация лабораторияси мудири

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

## ҚИСТҚАРМАЛАР РЎЙХАТИ

1-ЦОГ	–	1-турдаги циклооксигеназаси
5-ФДЭ	–	5-турдаги фосфодиэстеразаси
ААФИ	–	ангиотензинга айлантирувчи фермент ингибитори
АВ	–	атриовентрикуляр
АГ	–	артериал гипертензия
АД	–	артериал босим
АКШ	–	аортокоронар шунтлаш
АЛТ	–	аланинаминотрансфераза
Апо А	–	аполипопротеин А
Апо В	–	аполипопротеин В
АРБ	–	Ангиотензин рецепторлари блокаторлари
АРНИ	–	ангиотензин рецепторлари ва неприлизин ингибитори
АСК	–	ацетилсалицил кислотаси
АСП	–	атеросклеротик пиллакча
АСТ	–	аспартатаминотрансфераза
АҚБ	–	артериал қон босими
ББ	–	бета-блокаторлар
БМҚАЎБ	–	бош мия қон айланиши ўткир бузилиши
БТ	–	бўлмачалар титраши
БТСЎ	–	бирламчи тиббий-санитар ёрдам

БФ	–	бўлмачалар фибрилляцияси
БФЭКТ	–	биттафотонли эмиссион компьютер томографияси
ВКА	–	витамин К агонистлари
ВЭМ	–	велозергометрия
ГК	–	гипертоник касаллик
ГТБ	–	глюкозага толерантликни бузилиши
ГТЧО	–	Гис тутами чап оёқчаси
ДАБ	–	диастолик артериал босим
ДКМП	–	дилатацион кардиомиопатия
ДП ККБ	–	дегидропириндди кальций каналларининг блокаторлари
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ЖЮ	–	жисмоний юклама
ИААТ	–	иккиланган антитромбоцитар терапияси
ИҚД	–	имплантацияланувчи кардиовертер-дефибриллятор
ИМҚ	–	интима-медиа қалинлиги
КА	–	коронар артерия (лар)
КАГ	–	коронароангиография
киРНК	–	кичик интерферирланувчи РНК
КК	–	креатинин клириенси
ККБ	–	кальций каналларининг блокаторлари
КТ	–	компьютер томографияси
КФК	–	креатинфосфокиназа
КФТ	–	коптокчалар фильтрацияси тезлиги
КҚО	–	кўкрак қафаси органлари
ЛП ФЛПА2	–	липопротеин-ассоциирланган фосфолипаза А2
Лп(а)	–	липопротеин(а)
ЛҚБ	–	локал қисқарувчанликни бузилиши
МИ	–	миокард инфаркти
МКРА	–	минералкортикоид рецепторлари антагонисти
МНУП	–	мияли натрийуретик пептид
МРТ	–	магнит-резонанс томографияси
МСКТ	–	мультиспирал компьютер томографияси
МЕТ(s)	–	метаболик эквивалент (лар)
НГ	–	нитроглицерин
НДП ККБ	–	нодегидропириндди кальций каналларининг блокаторлари
НОС	–	нафас олиш сони
НЯҚВ	–	ностероидли яллиғланишга қарши воситалар
ОИТ	–	ошқозон-ичак тракти
ОМТ	–	оптимал медикаментоз терапияси
ОТА	–	олдинги тушувчи артерияси
ОФ	–	отилиш фракцияси
ОҚОЗ	–	онний қон оқим захираси
ПЗЛП-Хс	–	Паст зичликдаги липопротеидлар холестерини
ПОАК	–	перорал антикоагулянтлар
ПТТТ	–	Пульс тўлқинининг тарқалиш тезлиги
ПЭТ	–	позитрон-эмиссион томографияси
РААТ	–	ренин-ангиотензин-альдостерон тизими

РДС	–	рангли дуплексли сканерлаш
РЧА	–	радиочастотали абляцияси
САБ	–	систолик артериал босим
СБК	–	сурункали буйрак касаллиги
СКС	–	сурункали коронар синдроми
СНҚОСИ	–	серотонинни ва норэпинефринни қайта олиш селектив ингибитори
СТСС	–	синус тугуни сустлик синдроми
СЮЕ	–	сурункали юрак етишмовчилиги
СЮИК	–	сурункали юрак ишемик касаллиги
СҚОСИ	–	серотонинни қайта олиш селектив ингибитори
ТВИ	–	Тана вазни индекси (тана вазни (кг)/бўйи(м <sup>2</sup> ))
ТОКА	–	тери орқали коронар аралашув
ТОЭ	–	тестдан олдинги эҳтимоллик
ТТГ	–	тиреотроп гормон
ТУН	–	таъсири узоқ давом этадиган нитратлар
УТТ	–	ультратовуш текшируви
УХС	–	умумий холестерин
УҚТ	–	умумий қон таҳлили
ФҚОЗ	–	Фракцион қон оқими захираси
ФС	–	функционал синф
ХКТ	–	халқаро касалликлар таснифи
ХМН	–	халқаро меъёрлаштирилган нисбат
ХО	–	хавф омили
ЧТА	–	чап тож артерияси
ЧҚ	–	чап қоринча
ЭКГ	–	электрокардиограмма
ЭКГХМ	–	электрокардиографияни Холтер бўйича мониторинг
ЭхоКГ	–	эхокардиография
ЭЧТ	–	эритроцитлар чўкиш тезлиги
ЮЕ	–	юрак етишмовчилиги
ЮЕ-пОФ	–	юрак етишмовчилиги паст отилиш фракцияси билан
ЮЗЛП-б.б.-Хс	–	Юқори зичликдаги липопротеидлар билан боғлиқ бўлмаган холестерин
ЮЗЛП-Хс	–	Юқори зичликдаги липопротеинлар холестерини
юзСРО	–	юқори сезгир С-реактив оқсил
ЮИК	–	юрак ишемик касаллиги
ЮҚТА	–	Юрак қон-томир асоратлари
ЮҚТК	–	Юрак қон-томир касалликлари
ЮҚТХ	–	Юрак қон-томир хавфи
ЮҚТХ	–	Юрак қон-томир ҳодисалари
юсСРО	–	Юқори сезгир С-реактив оқсил
ЮҚС	–	юрак қисқариш сони
ЯОАК	–	янги орал антикоагулянтлар
ЎКС	–	ўткир коронар синдроми
ҚБ	–	қалқонсимон беши
ҚД	–	қандли диабет
ҚО	–	қизилўнғач орқали

ACC	–	American College of Cardiology
ACCP	–	American College of Chest Physicians
AHA	–	American Heart Association
ASPC	–	American Society for Preventive Cardiology
CHA2DS2-VAS	–	бўлмачалар фибрилацияси бўлган беморларда инсульт ва тизимли тромбоземболия хавфини баҳолаш учун шкала
CYP2C19	–	2C19 P450 цитохроми
CYP2C8	–	2C8 P450 цитохроми
CYP3A4	–	3A4 P450 цитохроми
ESC/ЕКЖ	–	Европа кардиологлар жамияти
HbA1c	–	гликирланган гемоглобин
NLA	–	National Lipid Association
NYHA	–	New York Heart Association
P-gp	–	P-glycoprotein
PCNA	–	Preventive Cardiovascular Nurses Association
P2Y <sub>12</sub>	–	АДФ томонидан фаоллаштирилган тромбоцитлар мембранасидаги G-ингибирловчи оқсил рецепторлари номи
SCORE	–	коронар хавфини тизимли баҳолаш (Systematic Coronary Risk Estimation)
SGLT2	–	sodium-glucose cotransporter-2
SYNTAX	–	Synergy between Percutaneous Coronary Intervention with TAXUS and Cardiac Surgery

Мундарижа

« СУРУНКАЛИ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИНИ  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ

« СУРУНКАЛИ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИДА  
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ

« СУРУНКАЛИ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИ  
ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ЁКИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ

### ТАВСИЯЛАР СИНФЛАРИНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ

СИНФ	ТАЪРИФИ	ТАЛҚИН ҚИЛИНИШИ
I	Муайян даволаш/тест/муолажа/аралашув усуллари самарали ва фойдали деб исботланган ёки умум қабул қилинган деб ҳисобланади <b>ВА</b> потенциал фойда аниқ ва сезиларли даражада хавфдан устундир	Тавсия этилган / кўрсатилган
II	Муайян даволаш/тест/ муолажа/ аралашувнинг фойда/ самарадорлигига зид маълумотлар/фикрларнинг тафовути <b>ЁКИ</b> фойда/хавф мувозанатига нисбатан ноаниқлик.	Кўллаш мақсадга мувофиқ
II а	Аксарият маълумотлар/фикрлар фойдаси/самарадорлигига кўрсатади.	
II б	Диагностик муолажа, аралашув, даволашнинг самарадорлиги/фойдаси ишончлилиги камроқ деб аниқланган..	Жуда эҳтиёткорлик билан
III	Муайян даволаш/тест/муолажа/аралашув <b>фойдали/самарали ЭМАС</b> ёки потенциал хавф потенциал фойдадан устун эканлиги ҳақидаги маълумотлар ёки ягона фикр.	Кўллаш тавсия этилмайди

### ДАЛИЛЛАР ИШОНЧЛИЛИГИ ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ

	ТАЪРИФИ	ТАЛҚИН ҚИЛИНИШИ
<b>A</b>	Агар далилларнинг кучи юқори бўлса ва тадқиқотларнинг муҳим камчиликлари бўлмаса, кўп сонли рандомизацияланган клиник тадқиқотлар (РКТ) ёки мета-таҳлиллардан олинган маълумотлар, битта РКТ маълумотлари етарли.	Далиллар даражаси кучли. Келажакда қилинадиган тадқиқотлар баҳолаш натижасини/таъсирини сезиларли даражада ўзгартириши даргумон
<b>B</b>	Маълумотлар РКТ натижаларидан олинган, аммо камчиликлар билан; сезиларли камчиликларсиз кардиоваскуляр натижалар билан обсервацион тадқиқотлар; юқорида санаб ўтилган тадқиқотлар билан мета-таҳлиллар.	Далиллар даражаси ўртача. Келажакдаги тадқиқотлар тадқиқот натижаларининг магнитудаси ва таъсирини ўзгартириши мумкин
<b>C</b>	Муҳим камчиликлар билан ва қаттиқ яқуний нуқталар билан/нуқталарсиз обсервацион тадқиқотлар. Экспертлар мулоҳазаларининг келишиши.	Далиллар базаси заиф. Келгуси тадқиқотлар зарур

## Юрак ишемик касаллиги нима?

▪ **Юрак ишемик касаллиги (ЮИК)** — кўп ҳолларда эпикардиал артерияларда атеросклеротик пилакчалар мавжудлиги билан тавсифланган патологик жараён бўлиб, обструктив ёки нообструктив бўлиши мумкин. Касаллик узоқ муддатли стабил кечиши мумкин, лекин одатда пилакча асоратланиши (ёрилиш ёки эрозия ва ҳ.к.) натижасида келиб чиққан ўткир атеротромботик ҳодиса туфайли ҳар қандай вақтда ностабил ҳолатга ўтиши мумкин.

## Юрак ишемик касаллиги эпидемиологияси

- Тарқалиши 65-84 ёшдаги аёлларда 10-12%, эркекларда 12-14% га ташкил қилади
- Йиллик ЮИК билан касалланиш хавфи ёшга қараб ортади: 75-84 ёшдагиларда у 4% ни ташкил қилади.
- Йиллик ўлим кўрсаткичи юқори хавfli беморларда 3,8%, коронар артерияларнинг нообструктив пилакчалари бўлган беморларда 0,6% ни ташкил қилади (REACH регистри).

## Юрак ишемик касаллиги классификацияси

**Ўзбекистон Республикаси Кардиологлар ассоциациясининг 2015 йилдаги йиғилишида келишилган:**

1. Тўсатдан коронар ўлим (бирламчи юрак тўхташи)
2. Стенокардия
  - 2.1. Зўриқиш стенокардияси (I-IV ФС кўрсатилиши билан)
  - 2.2. Номуқим стенокардия:
    - Илк бор пайдо бўлган
    - Ривожланиб борувчи зўриқиш стенокардияси
    - Ангиоспастик стенокардия
    - Инфарктдан кейинги эрта стенокардия
    - Жарроҳлик амалиётдан кейинги эрта стенокардия
3. Оғриқсиз миокард ишемияси
4. Миокард инфаркти:
  - Q тишчали - QMI
  - Q тишчасиз – NQMI
5. Инфарктдан кейинги кардиосклероз
6. Юрак ритми бузилиши (кўрсатилган шакли билан)
7. Юрак етишмовчилиги (кўрсатилган босқичи ва ФС билан)

Касаллик ривожланишининг динамик хусусиятини ҳисобга олган ҳолда, ЮИК турли хил клиник кўринишларга эга бўлиб, уларни ўткир коронар синдромлар (ЎКС) ёки сурункали коронар синдромлар (СКС) сифатида таснифланади. Ушбу ҳужжат СЮИК - юрак ишемик касалликларининг сурункали шакллари бўлган беморларни ташҳислаш ва даволаш усулларига бағишланган.

### **Беморларда СЮИК га шубҳа қилинган ёки ўрнатилган энг кенг тарқалган клиник вариантлар:**

1. стенокардия ва/ёки ҳансираш билан ЮИК га шубҳа қилинган беморлар;
2. яқинда бошланган юрак етишмовчилиги (ЮЕ) ёки чап қоринча (ЧҚ) функцияси пасайган ва ЮИКга шубҳа қилинган беморлар;
3. асимптоматик беморлар ёки ЎКС дан кейин <1 йил ичида стабил симптомлари бўлган беморлар ёки яқинда реваскуляризация қилинган беморлар;
4. асимптоматик беморлар ва ташҳис ўрнатилгандан сўнг ёки реваскуляризациядан кейин анамнези 1 йилдан ортиқ бўлган беморлар;
5. вазоспастик ёки микроваскуляр стенокардияга шубҳа қилинган беморлар;
6. скрининг пайтида СЮИК аниқланган асимптоматик беморлар.

Бу вариантларнинг барчаси СЮИК сифатида таснифланади, аммо улар юрак-қон томир ҳодисалари (ЮҚТХ) (ўлим ёки миокард инфаркти (МИ) каби) учун турли хил хавфларга эга ва вақт ўтиши билан хавф даражаси ўзгариши мумкин.

Ушбу клиник стандартлар “Турғун зўриқиш стенокардия” ташҳислаш ва даволашга йўналтирилган.

### **Ташҳисни шакллантириш мезонлари**

Нью-Йорк юрак ассоциацияси кўрсатмаларига кўра, тўлиқ кардиологик ташҳис қўйидаги қисмларни ўз ичига олади:

1. Касаллик этиологияси (масалан, туғма нуқсон, инфекциян эндокардит, АГ, ЮИК).
2. Морфологик ўзгаришлар (қайси юрак бўшлиқлари ва қопқоқлари зарарланган, перикард патологияси борлиги, инфарктдан кейинги кардиосклероз).
3. Асоратлар ва ёндош ҳолатлар (аритмиялар, юрак етишмовчилиги).
4. Функционал статус (қайса юкламада шикоят пойдо бўлиши, ўтказилаётган давошлар усулларининг уларга таъсири).

Агар беморда ЮИК нинг бир нечта шакллари бўлса, масалан, зўриқиш стенокардияси ва инфарктдан кейинги кардиосклероз, ташҳисда биринчи навбатда зўриқиш стенокардиясини қўйиш керак. Юқоридагиларга асосланиб, “ЮИК” ташҳисини баъзи мисоллари:

1. ЮИК. Турғун зўриқиш стенокардияси III ФС. Инфарктдан кейинги кардиосклероз (ўтказган МИ ни санаси кўрсатилган ҳолда).
2. ЮИК. Оғриқсиз миокард ишемияси. Гипертония касаллиги III босқич. АГ 2 даражаси. Хавф 4 (жуда юқори).

## Этиологияси

- Эпикардиял артерияларнинг анатомик атеросклеротик ва/ёки функционал стенози (вазоспазм) ва/ёки микроваскуляр дисфункцияси (95% гача).
- Кам учрайдиган сабаблар - <5% ҳолларда:
  - КА чиқиш қисми туғма аномалияси;
  - Марфан, Элерс-Данло синдроми аорта ўзаги қаватланиши билан;
  - тизимли бириктирув тўқимаси касалликларидаги коронар васкулитлар;
  - Кавасаки касаллиги ва Гурлер синдроми;
  - инфекцион эндокардит;
  - вазоконстрикторлар ва баъзи гиёҳванд моддаларининг дозасини ошириб юборилиши;
  - КА диффуз стенозланиши трансплантация қилинган юракда;
  - сифилитик мезаортит ва бошқа ҳолатлар.

## Юрак ишемик касаллиги хавф омиллари

Юрак ишемик касаллиги учун хавф омиллари — бу юрак-қон томир касалликларини ривожланиш эҳтимолини оширадиган омил. Юрак ишемик касаллиги учун хавф омиллари фақат 1960-йилларнинг бошларида расман аниқланди, ва асос сифатида шу вақт ичида 1948 йилда бошланган ва ҳали ҳам давом этаётган Фрамингэм юрак тадқиқотининг биринчи натижалари олинди. Юрак ишемик касаллиги учун хавф омиллари **1-жадвалда** келтирилган (АНА/АСС/АССР/АСПС/НЛА/РСНА, 2023).

**1-жадвал. Юрак ишемик касаллиги хавф омиллари**

Бошқара олинмайдиган	Бошқара олинмайдиган	Янги хавф омиллар
Жинс: эркак	АГ	ЛП(а), Апо А, Апо В, но-ЮЗЛП-Хс
	Глюкозага толерантликни бузилиши, ҚД	
	Гиперхолестеринемия	эластик томирларни қаттиқлигини ошиши (ПТТТ)
Ёш: эркаклар учун 55 ёшдан катта, аёллар учун 65 ёшдан катта	Семизлик	Витамин Д
	Гиподинамия	
	Психо-эмоционал зўриқиш, стресс	ЛП ФЛПА2
	Чекиш	
	Спиртли ичимликларни сууистеъмол қилиш	Гипергомоцистеинемия

Насл: агар ЮИК яқин қариндошларида бўлса	юзСРО ни юқори даражаси	
	Гиперкоагуляция	

*Эслатма:* ЮИК: юрак ишемик касаллиги; АГ: артериал гипертензия; ҚД: қандли диабет; юзСРО: юқори сезгир С-реактив оқсил; ЛП(а): липопротеин а; Апо А: аполипопротеин А; Апо В: аполипопротеин В; но-ЮЗЛП-Хс: юқори зичликдаги липопротеидлар билан боғлиқ бўлмаган холестерин; ЛП ФЛПА2: Липопротеин-ассоциирланган А2 фосфолипазаси; ПТТТ: пульс тўлқини тарқалиш тезлиги.

## Сурункали ЮИК патогенези

Миокард ишемияси миокарднинг кислородга бўлган талаби коронар артериялар орқали қонни етказиб бериш қобилиятидан ошиб кетганда юзага келади.

Ишемиянинг асосий механизмлари:

1. Миокарднинг метаболик эҳтиёжлари ортиши билан коронар қон оқимини ошириш қобилиятининг пасайиши (коронар захира камайиши);
2. Бирламчи коронар оқимнинг камайиши.

Миокарднинг кислородга бўлган талаби 3 та асосий омил билан белгиланади:

- Чап қоринча деворларининг зўриқиши;
- Юрак қисқариш сони;
- Миокард қисқарувчанлиги.

Ушбу кўрсаткичларнинг ҳар бирининг миқдори қанчалик баланд бўлса, миокардни кислород истеъмоли шунчалик юқори бўлади.

## Сурункали ЮИК скрининги

Асимптоматик катталардаги беморларда коронар ўлимнинг юқори улушини камайтириш учун кўпинча скрининг тадқиқотлари сифатида хавф омиллари ва маркёрларнинг бир нечта ўлчовлари, шунингдек стресс синамалари ўтказилади (2-жадвал ва 2-алгоритмга қаранг). Шу мақсадида SCORE-2 шкаласи каби хавфларни баҳолаш тизимларидан фойдаланиш тавсия этилади. SCORE-2 жадваллари ҳужжатлаштирилган ЮИК ёки диабет, оилавий гиперхолестеринемия ёки бошқа генетик ҳамда кам учрайдиган липид ёки қон босими касалликлари, сурункали буйрак касаллиги ёки ҳомиладор аёллар каби бошқа юқори хавфли шароитлари бўлган шахсларга тааллуқли эмас.

Танланган беморларда атеросклероз хавфи ҳақида фойдали маълумотни коронар кальций, билак-елка индекси ва уйқу артериялари ультратовуш текшируви (УТТ) ҳисоблаш орқали олиш мумкин, аммо ЮИК учун бошқа биомаркерлардан ёки тасвирий синамалардан мунтазам фойдаланиш тавсия этилмайди.

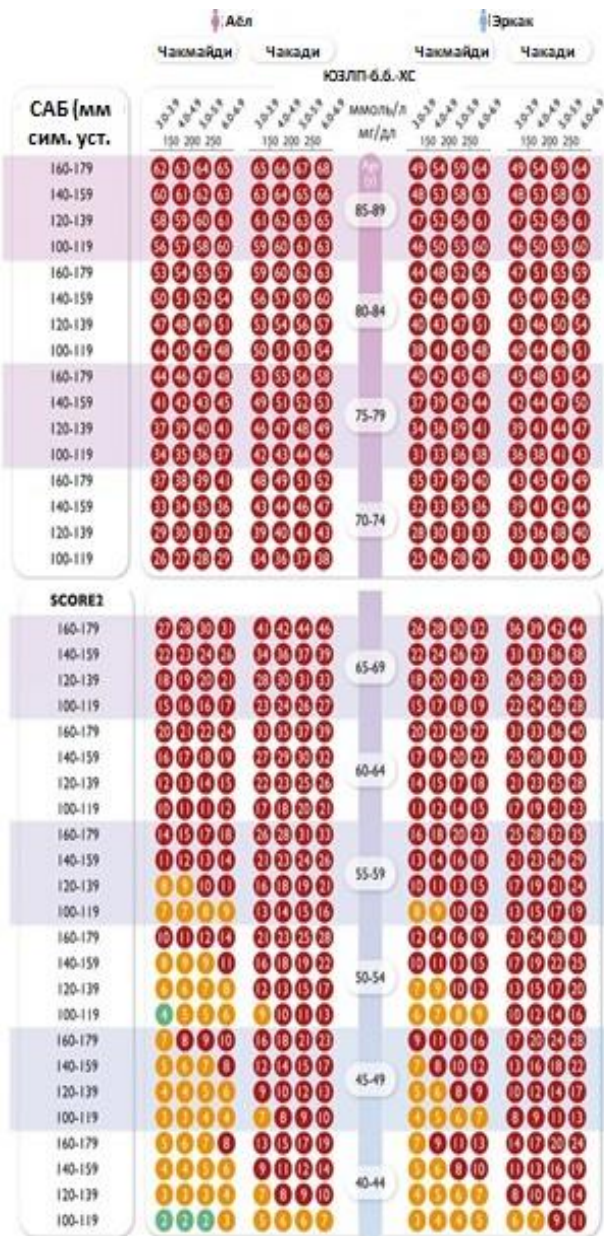
Касби жамоат хавфсизлиги билан боғлиқ бўлган шахслар (масалан, самолёт учувчилари ва ҳ.к.) ёки юқори даражадаги профессионал спортчилар одатда жисмоний кўрсаткичларни баҳолаш ва мумкин бўлган юрак касалликларини, шу жумладан ЮИК ни, баҳолаш учун даврий тиббий кўриклардан ўтадилар.

## SCORE-2 шкаласини қўллаш алгоритми



1 қадам. Ўзбекистон юрак-қон томир хавфи бўйича қайси минтақага тегишли эканлигини аниқлаш (ЖССТ маълумотларига кўра) ва мувофиқ хавф гуруҳи диаграммасини танлаш...

Изоҳ. Ўзбекистон юрак-қон томир хавфи жуда юқори бўлган давлатлар қаторига киради.



2 қадам. Юрак-қон томир хавфини ҳисоблаш учун қуйидаги кўрсаткичларни аниқлаш:

1. Бемор жинси;
2. Бемор ёши (75 ёшдан катта бўлган беморларда SCORE-OP шкаласи қўллаш лозим);
3. САБ (мм сим. уст.)
4. ЮЗЛП-б.б.-ХС. Ушбу кўрсаткич умумий холестерин ва ЮЗЛП-ХС концентрацияси ўртасидаги фарқ сифатида ҳисобланади.

3 қадам. Олинган натижага кўра хавф гуруҳини аниқлаш.



**2-жадвал.** Асимптоматик беморларда ЮИК учун скрининг бўйича тавсиялар

Тавсиялар	Синфи	Даражаси
Умумий хавфни баҳолаш SCORE-2 (ёки SCORE-OP) шкаласидан фойдаланган ҳолда, 40 ёшдан ошган асимптоматик беморларда ЮИК, диабет, СБК ёки оилавий гиперхолестеринемия белгилари бўлмаган беморлар учун тавсия этилади.	I	C
Эрта ЮҚТКлари (фатал ёки фатал бўлмаган ҳодисалар, ЮҚТКлари ва/ёки 55 ёшгача бўлган яқин эркак қариндошларда ёки 65 ёшгача бўлган аёл қариндошларида ЮҚТКлари диагностикаси) оилавий анамнезида ўрганиш ЮҚТХ баҳолаш учун тавсия этилади.	I	C
Яқин қариндошларида эрта бошланган ЮҚТК лари (эркакларда <55 ёш ёки аёлларда <65 ёш) ёки оилавий гиперхолестеринемия бўлган 50 ёшдан кичик бўлган барча шахслар клиник текширувдан ўтишлари тавсия этилади.	I	B
Коронар кальцийни КТ орқали баҳолаш асимптоматик беморларда ЮҚТК баҳолашда хавф модификатори сифатида кўриб чиқилиши мумкин.	IIb	B
Уйқу артериялари ультратовуш текшируви пайтида атеросклеротик пиллакча аниқланиши асимптоматик беморларда ЮҚТК лари хавфини баҳолашда хавф модификатори сифатида кўриб чиқилиши мумкин.	IIb	B
Билак-елка индекс ЮҚТК лари хавфини баҳолашда хавф модификатори сифатида кўриб чиқилиши мумкин	IIb	B
Асимптоматик юқори хавфли катталарда (ҚД, оилада ЮИК бўлган ёки олдинги хавфни баҳолаш синовлари ЮИК нинг юқори хавфини кўрсатган бўлсан), ЮҚТХ ни баҳолаш учун функционал тасвирлаш усуллари ёки МСКТ-коронарография кўриб чиқилиши мумкин.	IIb	C
Асимптоматик катталарда (шу жумладан фаол машқлар дастурини бошлашни ражалаштирган кам ҳаракатли катталар) ЮҚТХ ни баҳолаш учун юкламали ЭКГ кўриб чиқилиши мумкин, айниқса ЭКГ белгиларига эмас, балки жисмоний юкламага толерантлик қобилятига эътибор қаратилганда.	IIb	C
ЮҚТК хавфини баҳолаш учун уйқу артериялари интима-медиа қалинлигини ультратовуш текшируви ёрдамида аниқлаш тавсия этилмайди.	III	A

ҚД бўлмаган асимптоматик паст хавфли катталарда МСКТ-ангиографияси ёки ишемияни функционал тасвирлаш усуллари ташхис учун қўлланилмайди.	III	C
ЮҚТХ стратификация қилиш учун қондаги биомаркерларни мунтазам баҳолаш тавсия этилмайди.	III	B

*Изоҳ: ЮИК — юрак ишемик касаллиги; МСКТ — мультиспирал компьютер томографияси; ҚД — қандли диабет; ЮҚТК — юрак қон-томир касалликлари; ЮҚТХ — юрак қон-томир хавфи; СБК — сурункали буйрак касаллиги; ЭКГ — электрокардиография; SCORE — коронар хавфни тизимли баҳолаш.*

## Стенокардияни клиник симптомлари

Клиник жиҳатдан стенокардия ангиноз оғриқ синдроми, нохушлик ва ҳансираш билан намоён бўлиши мумкин.

### Стенокардияда оғриқ синдроми қуйидаги мезонлар билан тавсифланади:

- Оғриқ локализацияси: тўш суюги ортида.
- Хактери: сиқувчи, босувчи.
- Давомийлиги: 1 дан 15 дақиқагача, аммо 20 дақиқадан ортиқ эмас.
- Иррадиацияси: пастки жағга, чап курак суюги остига, чап қўлга, яъни юқорига ва кўпинча чапга.
- Оғриқ провокаторлари қуйидагилар бўлиши мумкин: жисмоний ёки эмоционал зўриқиш, совуқ ҳаво, овқатланиш, дам олиш ҳолати, айниқса кечаси ётганда.
- Хуруж нитроглицерин (НТГ) таблеткаси қабули билан ёки тинч ҳолатда (жисмоний фаолиятни тўхтатгандан кейин) босилади.

Миокард ишемияси билан боғлиқ нохушлик одатда кўкрак қафасида, тўш суюги ортида жойлашади, лекин эпигастриумдан пастки жағ ёки тишгача бўлган ҳар қандай соҳада, курак суюги остида ёки қўлларнинг ҳар қандай қисмларида сезилиши мумкин. Бу нохушлик одатда босим, сиқилиш ёки оғирлик сифатида сезилади; баъзан шишмоқ, тортишиш ёки ёниш каби ҳислар билан намоён бўлади. Бемордан тўғридан-тўғри "нохушлик" бор ёки йўқлигини сўраш фойдали бўлиши мумкин, чунки кўпчилик беморлар кўкрак қафасида "оғриқ" ёки "босим" ҳис қилмайди. Кўкрак қафасидаги нохушлик, шунингдек, чарчоқ, бош айланиши, кўнгил айнаши, жиғилдон қайнаши, юрак уриши, безовталиқ ёки яқинлашиб келаётган ўлим ҳисси каби камроқ учрайдиган ўзига хос белгилар билан намоён бўлиши мумкин.

Ҳансираш ЮИКнинг ягона белгиси бўлиши мумкин ва уни нафас олиш тизими касалликларидаги бўладиган ҳансираш билан фарқлаш лозим.

Кўкрак қафасидаги оғриқнинг анъанавий клиник классификацияси 3-жадвалда келтирилган (ESC, 2019).

### 3-жадвал. Кўкрак қафасидаги оғриғининг клиник классификацияси

Типик стенокардия учта хусусиятга мосдир	1. Аниқ давомийликда ва хусусияти билан нохушлик ёки тўш суюги ортидаги оғриқ 2. Жисмоний ёки эмоционал зўриқишдан кейин пайдо бўлади 3. Тинч ҳолатда ва/ёки нитратларни қабул қилгандан кейин бир неча дақиқада ўтиб кетади
Атипик стенокардия	Иккита хусусиятга мос келади
Кўкрак қафасидаги ноангиноз оғрик	Фақат битта хусусиятга мос келади ёки умуман уларга мос эмас

Канада юрак-қон томир жамияти классификацияси жисмоний фаолият билан боғлиқ симптомлар пайдо бўладиган бўсағани аниқлаш учун стабил зўриқиш стенокардиясига нисбатан баҳолаш тизими сифатида ишлатилади (4-жадвал).

### 4-жадвал. Канада юрак-қон томир жамияти томонидан стенокардияни оғирлик даражасини баҳолаш учун таклиф этилган классификацияси

I синф	<b>Одатдаги фаолият</b> , юриш ёки зинапоёга кўтарилиш стенокардияга олиб келмайди. Стенокардия хуружлари ўта интенсив, тез ёки узоқ муддатли жисмоний фаолият пайтида пайдо бўлади.
II синф	<b>Кундалик фаолият бир оз чекланган.</b> Стенокардия хуружлари тез юрганда ёки зинапоёга тез кўтарилганда, ёки овқатдан кейин тез кўтарилганда, совуқ, шамолли об-ҳавода ёки ҳиссий стресс пайтида ёки уйғонганидан кейинги дастлабки бир неча соат ичида пайдо бўлади. Стенокардия белгилари текис йўл бўйи 2 мавзедан ортиқ (200 м дан ортиқ) масофада юрганда ёки оддий тезликда ёки нормал ҳолатда бир нечта зинапоёга кўтарилганда пайдо бўлади.
III синф	<b>Кундалик жисмоний фаолият сезиларли даражада чекланган.</b> Стенокардия хуружлари текис йўл бўйича 1-2 мавзе ичида (100-200 метрга тўғри келади) юрганда ёки оддий ҳолатда ва ўрганган тезликда бир зинапоёга кўтарилганда пайдо бўлади.
IV синф	<b>Нохушликсиз жисмоний фаолиятни амалга ошира олмаслик</b> – стенокардия хуружлари тинч ҳолатда ҳам кузатилиши мумкин.

### Физикал текширув

Қуйидаги белгиларга эътибор бериш керак:

- Липид алмашинувининг бузилиши белгилари: ксантелазмалар, ксантомалар, шох парда қиррасининг хиралашиши, яъни "arcus senilis".

- Юрак етишмовчилиги белгилари: ҳансираш, цианоз, бўйин веналарининг шишиши, периферик шишлар, юрак соҳасидаги патологик пульсацияси (аневризма).
- Ҳаётий муҳим бўлган кўрсаткичларни баҳолаш керак (ҚБ, ЮҚС, НОС).
- Юрак аускультацияси: патологик III и IV тонлар, папилляр мушакларнинг ишемик дисфункциясининг намоён бўлиши сифатида чўққида систолик шовқин, ҳамда аорта тешиги стенози / аорта қопқоғи етишмовчилиги ёки гипертрофик обструктив кардиомиопатияга хос бўлган шовқинлар (стенокардия кўринишини келтириб чиқариши мумкин).
- Периферик артерияларда пульсацияси ва шовқин эшитилиши.

Ишемияни қўзғатадиган ёки кучайтириши мумкин бўлган ҳолатларнинг белгиларини фаол равишда излаш керак.

## Базавий текширувлар

СЮИКга шубҳа қилинган беморларнинг базавий (биринчи қатордаги) текширув стандарти лаборатор биокимёвий текширувларини, тинч ҳолатдаги ЭКГ, кўрсатмага биноан бир кунлик ЭКГ ни мониторинги, тинч ҳолатдаги эхокардиографияни (ЭХОКГ) ва кўкрак қафаси рентгенографиясини ўз ичига олади. Ташхислашнинг ушбу босқичи амбулатор шароитида амалга оширилиши лозим (5-жадвал).

### 5-жадвал. ЮИКга шубҳа қилинган беморларда дастлабки диагностика босқичининг базавий лаборатор ва инструментал текширувлари

Тавсиялар	Синфи	Даражаси
Агар клиник жиҳатдан ностабилликка шубҳа қилинган бўлса ёки ўКСга шубҳа мавжуд бўлса, ўКС билан боғлиқ миокард шикастланишини истисно қилиш учун тропонинни такрорий ўлчаш тавсия этилади (юқори ва ўта сезгир ўлчаш усулларига устунлик берилади).	I	A
Барча беморларга қуйидаги қон таҳлилларини текшириш тавсия этилади: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ УҚТ (шу жумладан гемоглобин)</li> <li>▪ Креатинин ва буйрак фаолиятини баҳолаш</li> <li>▪ Липидограмма (шу жумладан ПЗЛП-Хс)</li> <li>▪ HbA1c ва оч қоринга қанд миқдорини аниқлаш, шунингдек, агар HbA1c ва оч қоринга олинган қондаги қанд даражалари етарли бўлмаса, перорал глюкозага толерантлик тестини қўллаш орқали СЮИКга шубҳа қилинган ёки аниқланган беморларда 2-туридаги диабетни скрининг қилиш тавсия этилади.</li> </ul>	I I I I	B B A B

<ul style="list-style-type: none"> <li>Қалқонсимон безининг дисфункциясига клиник шубҳа мавжуд бўлганда, қалқонсимон без фаолиятини баҳолаш тавсия этилади.</li> </ul>	I	C
Стенокардия хуружлари пайтида ёки ундан кейин дарҳол барча беморларга, айниқса клиник жиҳатдан ностабил ЮИКни кўрсатадиган хуружлар учун, тинч ҳолатида 12 узатмали ЭКГ текшируви тавсия этилади.	I	C
Кўкрак қафасидаги оғриқлар ва аритмияга шубҳа бўлган беморлар учун амбулатор бир кунлик ЭКГни мониторинги тавсия этилади.	I	C
Вазоспастик стенокардияга шубҳа бўлган беморларга амбулатор бир кунлик ЭКГни мониторлаш (12 узатмалик афзалроқ) усули тавсия этилади.	IIa	C
<p>Барча беморларга тинч ҳолатда трансторакал эхокардиография тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>стенокардиянинг муқобил сабабларини истисно қилиш учун;</li> <li>ЮИК мавжудлигига ундайдиган регионал девор ҳаракатларининг бузилишларини аниқлаш;</li> <li>хавфни стратификация қилиш учун ЧҚ, ОФ ўлчовлари;</li> <li>диастилик функцияни баҳолаш учун.</li> </ul>	I	B
Уйқу артериялари ультратовуш текшируви тасдиқланмаган атеросклеротик касаллиги билан ЮИКга шубҳа қилинган беморларда ИМТ ва / ёки пиллакчалар кўпайишини аниқлаш учун кўриб чиқиши керак.	IIa	C
Кўкрак қафаси рентгенографияси атипик кўринишлар билан, СЮЕ симптомлари ва белгилари ёки ўпка касаллигига шубҳа қилинган барча беморларга тавсия этилади.	I	C
ЮИК шубҳа қилинган беморларда ЮИК ТОЭ ни ўзгартирувчи омилларни аниқлаш учун скрининг кўрсаткичларидан бири сифатида юрак компьютер томографияси (агар иложи бўлса) ёрдамида Агатсон индексини ҳисоблаш йўли билан коронар кальцийни баҳолаш тавсия этилиши мумкин.	IIb	B

**Эслатма:** УҚТ — умумий қон таҳлили, ЎКС — ўткир коронар синдромлар, ҚД — қандли диабет, СКС — сурункали коронар синдроми, СЮИК- сурункали юрак ишемик касаллиги, ПЗЛП-Хс — паст зичликдаги липотпротеидлар холестерини, HbA1c — гликирланган гемоглобин; ЭКГ — электрокардиография; ЭхоКГ — эхокардиография; СЮЕ — сурункали юрак этишмовчилиги.

## ЮИКнинг тестдан олдин ва клиник эҳтимолини баҳолаш

Тестдан олдин эҳтимоли (ТОЭ) - беморда ЮИК эҳтимолининг оддий кўрсаткичи бўлиб, у кўкрак қафасидаги оғриқлар хусусияти, ёши ва жинсини баҳолашга асосланган (6-жадвал ва 7-алгоритм).

### 5-жадвал. ЮИКнинг тестдан олдин эҳтимоли (ТОЭ)

Тавсиялар	Синф	Даража
ЮИК эҳтимолини аниқлаш учун шифокорга дастлабки мурожаатда ЮИКга шубҳали барча беморларга ТОЭни баҳолаш тавсия этилади.	I	B

ЮИК учун ТОЭ <5% дан бўлса жуда паст деб ҳисобланади (йиллик юрак-қон томир ўлими хавфи ёки ўткир МИ йилига <1%). Бундай ҳолда, ТОЭни оширадиган омилларни аниқламаган дастлабки текширувдан сўнг ЮИК ташхиси истисно қилиниши мумкин.

ЮИК ТОЭ >15% ўртача бўлиб, нафақат дастлабки текширувни, балки ЮИК диагностикаси учун қўшимча специфик усулларни ҳам талаб қилади.

ЮИК ТОЭ 5-15% одатда яхши прогнозни таъминлайди (юрак-қон томир ўлимининг йиллик хавфи ёки ўткир МИ йилига <1%), лекин агар ЮИК эҳтимолини оширадиган қўшимча клиник омиллар ёки аниқ симптомлар мавжуд бўлса, дастлабки текширувдан кейин қўшимча специфик текширувни талаб қилиши мумкин.

### 6-жадвал. Жинсга, ёшга ва кўкрак қафасидаги оғриқнинг хусусиятига қараб ЮИК ташхисини ТОЭ

Ёши	Типик стенокардия		Атипик стенокардия		Ноангиноз оғриқ		юклама билан боғлиқ Ҳансираш*	
	эркаклар	аёллар	эркаклар	аёллар	эркаклар	аёллар	эркаклар	аёллар
30–39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%
40–49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%
50–59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%
60–69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%
70+	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%

**Эслатма:** \* — гуруҳга фақат ҳансираши бўлган ёки ҳансираши асосий клиник симптоми сифатида бўлган беморлар киради; Юклаш тести энг самарали бўлган катаклар (ТОЭ > 15%) тўқ яшил ранг билан ажратилган, бу ерда юрак-қон томир ўлими ёки ўткир МИ хавфи ≥3% ни ташкил қилади; Оч яшил катаклар ЮИК ТОЭ 5-15% ни кўрсатади, бу ерда хавф ўзгартирувчиларини аниқлаш асосида ЮИКнинг умумий клиник эҳтимолини баҳолашдан кейин юклаш тести ҳақида муҳокама қилиш мумкин.

## Диагностик тестларни танлаш

Обструктив ЮИК ташхисини қўйиш учун функционал ёки анатомик тадқиқот усулларидан фойдаланиш мумкин (8-жадвал).

### 8-жадвал. Обструктив ЮИК шубҳа қилинганда функционал ёки анатомик тадқиқот усуллари

Тавиялар	Синф	Даража
Ўртача ЮИКнинг ТОЭ (>15%) бўлган беморларда ЮИК ташхисини тасдиқлаш ёки истисно қилиш учун қўшимча специфик ноинвазив аниқ кўрсатадиган тестлар тавсия этилади.	I	C
ЮИКга шубҳа қилинган беморларда ЮИК ТОЭ ни ўзгартирувчи омилларни аниқлаш учун анти-ишемик терапияни тўхтатиш фониди (агар иложи бўлса) юклама ЭКГ тестини ўтказиш тавсия этилади.	IIa	B
ЮИКни аниқлаш учун дастлабки ноинвазив аниқ кўрсатадиган тест сифатида миокард ишемияси учун ноинвазив аниқ кўрсатадиган стресс-тестларидан бири тавсия этилади: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Стресс-ЭхоКГ (ЖФ билан ёки ҚО стимуляция билан ёки фармакологик юклаш билан);</li> <li>▪ Функционал таҳлиллар билан миокард сцинтиграфияси;</li> <li>▪ ПЭТ,</li> <li>▪ Функционал таҳлиллар билан перфузион БФЭКТ</li> </ul>	I	B
Ноинвазив аниқ кўринадиган стресс-тестларга муқобил сифатида қуйидагилар тавсия этилади: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ компьютер-томографик КАГси ёки КА МСКТ-ангиографияси, қўшимча қилиб МСКТ орқали баҳоланган перфузияси билан (контрастлик юрак КТ)</li> </ul>	I	B
ЮИК исботланган бўлса, оғир турғун стенокардия (ФС III-IV) билан ёки ЮҚТК хавфи юқори бўлган клиник белгилари билан беморларда ЮҚТА хавфини стратификация қилиш учун, айтиқса симптомлар медикаментоз терапияга жавоб бериши қийин бўлса, КАГ тавсия этилади, шу жумладан олдиндан қилинадиган стресс –тестисиз ҳам	I	B
Агар техник имкониятлар ва мутахассислар мавжуд бўлса, >90% дан стенозлар бундан мустасно, реваскуляризация кўрсатмаларини аниқлаш учун юклама стресс-тести маълумотлари бўлмаганда инвазив ФҚОЗ ўлчови тавсия этилади.	I	B

*Эслатма: ЖФ - жисмоний фаолият; ҚО – қизилўнғач орқали; ПЭТ – позитрон- эмиссион томографияси; БФЭКТ - битта фотон- эмиссияли компьютер томографияси; МСКТ – мультиспирал- компьютер томографияси; КА - коронар артериялар; КАГ - коронар ангиография; ФС - функционал синф; ЮҚТА - юрак-қон томир асоратлари; ФҚОЗ – фракцион қон оқим захираси.*

## **Сурункали юрак ишемик касаллиги диагностикасининг стандарти**

ЮИК диагностикасининг стандарти 9-10-жадвалларда ва 1-алгоритмда келтирилган.

### **9-жадвал. ЮИК билан беморларни текшириш учун стандарт тестлар\***

<b>Лаборатор тадқиқотлар</b>
Гемоглобин ва/ёки гематокрит (умумий қон таҳлили)
Оч қоринга глюкоза ва гликирланган гемоглобин
Қон липидлари спектри: УХС, ЮЗЛП-Хс, ПЗЛП-Хс, триглицеридлар
Қондаги креатинин ва ҳисобланган ГФТ
Жигар функцияси кўрсаткичлари (АЛТ, АСТ, билирубин)
<b>Инструментал тадқиқотлар</b>
ЭКГ 12 узатмалик

*Примечание: АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, УХС — умумий холестерин, ЮЗЛП-Хс — юқори зичликдаги липопротеидлар холестерини, ПЗЛП-Хс — паст зичликдаги липопротеидлар холестерини, ГФТ — гломеруляр фильтрация тезлиги, ТТГ — тиреотропли гормон, ЭКГ — электрокардиограмма.*

*\* Керакли шароитлар ва моддий-техник жиҳозлар бўлмаган тақдирда, юқори даражадаги тиббий муассасада стандарт лаборатория ва инструментал тадқиқот усуллари ўтказилиши мумкин.*

### **10-жадвал. ЮИК билан беморларни текширишнинг қўшимча усуллари**

<b>Текширув тури</b>	<b>Кўрсатмалар (талқин қилиниши)</b>
<b>Юрак тропонинлари</b>	Агар клиник жиҳатдан ностабилликка ёки ўКС шубҳа қилинган бўлса, ўКС билан боғлиқ миокард шикастланишини истисно қилиш учун тропонинни такрорий ўлчаш тавсия этилади (юқори ва ўта сезгир ўлчаш усулларига устунлик берилади).
<b>ТТГ</b>	Қалқонсимон безнинг дисфункциясига клиник шубҳа мавжуд бўлганда, қалқонсимон без функциясини баҳолаш тавсия этилади.
<b>Эхокардиография</b>	Тинчланган ҳолатда ЭхоКГнинг асосий мақсади ЧҚ систолик ва диастолик функциясини баҳолаш, ЛҚБни аниқлаш ва кўкрак қафасидаги оғриқнинг бошқа сабабларини, хусусан, клапан шикастланиши,

Текширув тури	Кўрсатмалар (талқин қилиниши)
	перикардит, миокардит, кўтариладиган аорта аневризмаси, гипертрофик кардиёмиопатия ва бошқа касалликларни истисно қилишдир. Ўткир миокард инфарктдан кейинги типик ЭхоКГ белгилари тегишли артериянинг қон таъминоти ҳудудида ЛҚБлар ҳисобланади. ЮИК ёки микроваскуляр дисфункциянинг дастлабки белгиси ЧҚ диастолик функциясининг бузилиши бўлиши мумкин.
<b>Холтер ЭКГ-мониторинги</b>	ЮИК билан ёки ЮИК шубҳа бўлган беморларга ва ҳамроҳ ритм ва / ёки ўтказувчанлик бузилишларини аниқлаш ва керак бўлганда терапияни танлаш учун Холтер юрак уриш ритми мониторингини амалга ошириш тавсия этилади.
<b>Уйқу артериаларининг ультратовушли текшируви</b>	Ҳар қандай жойлашувнинг олдиндан тасдиқланган атеросклерози бўлмаган ЮИКга шубҳа қилинган барча беморларга АСП аниқлаш учун уйқу артериаларининг экстракраниал бўлинмаларини дуплекс сканерлаш тавсия этилади.
<b>Коронар кальцинозни баҳолаш учун компьютер томографияси (КТ)</b>	ЮИКга шубҳа бўлган беморларда ЮИК ТОЭни ўзгартирувчи омилларни аниқлаш учун Агатсон индексини ҳисоблаш билан юрак КТ (агар мавжуд бўлса) ёрдамида коронар кальцийни баҳолаш тавсия этилиши мумкин.
<b>Юкламали ЭКГ (ВЭМ, тредмил-тест)</b>	ЮИКга шубҳа қилинган ЮИКнинг ТОЭни ўзгартирувчи омилларни аниқлаш учун анти-ишемик терапияни тўхтатиш фонида (агар иложи бўлса) юклама ЭКГ-тестини ўтказиш тавсия этилади.
<b>Стресс-ЭхоКГ</b>	Дастлаб сезиларли даражада ўзгарган ЭКГ билан электрокардиографик юклама тестлари билан аниқланмаган ЮИК диагностикаси, шу жумладан оғриқсиз миокард ишемиясини ташхислаш учун, шунингдек ЮИК медикаментоз ва жарроҳлик даволашлар самарадорлигини баҳолаш учун тавсия этилади.
<b>КА МСКТ-ангиография</b>	<p>Қуйидаги ҳолларда тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Номаълум этиологиялик кўкрак оғриғи</li> <li>▪ ЮИКга шубҳа</li> <li>▪ ЮИКнинг хавф омиллари (қонда юқори даражали холестерин, оғирлашган ирсият, чекиш, семизлик, қандли диабет, артериал гипертензия, гиподинамия) мавжуд бўлганда.</li> </ul>

Текширув тури	Кўрсатмалар (талқин қилиниши)
Стресс-БФЭКТ / стресс-ПЭТ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Юқори коронар кальций индекси</li> </ul> <p>ГДЧО блокадаси, доимий ЭКС бўлган беморларда, шунингдек ЖМ ўзлаштира олмайдиган беморларда ЮИК текшириш учун, миокард ишемиясининг ифодаланиши, тарқалишини ва жойлашини аниқлаш, КА чегара стенозларининг функционал аҳамиятини баҳолаш учун, юрак-қон томир ҳодисалари хавфини қайта баҳолаш учун клиник симптомлар ўзгарганда тавсия этилади..</p>
Инвазив КАГ	<p>Ҳозиргача инвазив КАГ ЮИКлигини диагностикасида «олтин» стандарт бўлиб қолмоқда. Тавсияларга кўра (АНА/АСС, ESC*) режалаштирилган КАГ учун қуйидаги кўрсатмалар мавжуд:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ МИ бўлган беморлар (қачон бўлиб ўтганидан қатъи назар);</li> <li>▪ ЮИК билан беморлар (ФС III-IV даги зўриқиш стенокардияси, ижобий юклама тестлар);</li> <li>▪ касби бошқаларнинг хавфсизлиги билан боғлиқ бўлган (самолёт учувчиси, электровоз машинисти ва бошқалар) ЮИКга шубҳа қилинган беморлар;</li> <li>▪ муваффақиятли юрак-ўпка реанимациясидан кейин, ЮИКга шубҳа қилиш учун асослар мавжуд бўлганда;</li> <li>▪ 40 ёшдан катта одамларда клапан нуқсонларини жарроҳлик йўли билан коррекциялаш;</li> <li>▪ ЮИК клиникаси йўқлигига қарамай (КА ҳамроҳ шикастланишини истисно қилиш учун) периферик қон-томир жарроҳлик аралашувдан олдин ЮИК хавф омиллари бўлган каротид ёки периферик артерияларнинг сезиларли стенозлари бўлганда, мультифокал атеросклероз билан беморларда;</li> <li>▪ ДКМПнинг дифференциал диагностикасида;</li> <li>▪ аритмияларда катетер РЧА ёки ЭКС имплантацияси, ИКД лардан олдин;</li> <li>▪ симптомлардан қатъий назар ҚФ ёки турғун ҚТда;</li> <li>▪ нормал систолик ЧҚ функцияси билан ностабил (30 сониядан кам) ҚТ да;</li> <li>▪ юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши туфайли синкопал ҳолатлар;</li> </ul>

Текширув тури	Кўрсатмалар (талқин қилиниши)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ биринчи марта содир бўлган ЮОБФ ёки ЮОБТ;</li> <li>▪ II-даражали АВ- блокадаси Мобитц II ёки III- даражали АВ блокадаси ёки ҳар қандай симптоматик брадиаритмия;</li> <li>▪ янги аниқланган ГДЧО блокадаси;</li> <li>▪ суправентрикуляр тахикардия, ST сегментининг элевацияси ёки депрессияси билан бирга келади.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>ФҚОЗни баҳолаш</b></p>	<p>Ишемияни ноинвазив баҳолаш қийин бўлганда, КА стенозларнинг аҳамиятини аниқлашнинг муқобил усули. Қуйидаги клиник ҳолатларда тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Юклама тестини ўтказиш имкони йўқлиги /ахборотлик бўлмаслиги (кекса ёшда, юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши, аорта стенози, эхо-визуализация ёмонлиги, устунлар шикастланиши, КАГ маълумотлари ва юклама тестлари ўртасидаги номувофиқлик, ретроспектив баҳолаш учун маълумотларнинг мавжуд эмаслиги);</li> <li>▪ Мультивааскуляр шикастлар (барча шикастларнинг аҳамиятини аниқлаш - функционал SyntaxSCORE);</li> <li>▪ Кўп даражали шикастлар. ТОКА дан кейин назорат қилиш.</li> </ul>

**Эслатма:** \* режалаштирилган КАГ учун кўрсатмаларга бирлаштирилган АНА/АСС ва ESC маълумотларида тақдим этилган; ЎКС - ўткир коронар синдром; ЭхоКГ - эхокардиография; ЛҚБ- локал қисқаришнинг бузилиши; ЮИК – юрак ишемик касаллиги; АСП - атеросклеротик пиллакча; ТОЭ - тестдан олдин эҳтимоллик; ВЕМ - велоэргометрия; МСКТ - мультиспирал компьютер томографияси; КА - коронар артериялар; БФЭКТ - битта фотон- эмиссияли компьютер томографияси; ПЭТ - позитрон эмиссия томографияси; ГДЧО – Гис дастасининг чап оёқчаси; ЭКС - электр кардиостимулятор; ЖФ - жисмоний фаолият; АНА - American Heart Association; АСС - American College of Cardiology; МИ - миокард инфаркти; ДКМП – дилатацион кардиомиопатия; РЧА - радиочастоталик абляция; ИҚД - имплантация қилинадиган кардиовертер дефибрилятор; ҚТ - қоринча тахикардияси; БФ ва БТ – юрак олд бўлмачасининг фибриляцияси ва юрак олд бўлмачасининг тахикардияси; КАГ – коронар ангиография; ФҚОЗ – фракцион қон оқими захираси; ТОКА - тери орқали коронар аралашув.

## Ҳодисалар хавфини баҳолаш

Ҳодисалар хавфини баҳолаш (фатал ёки нофатал миокард инфаркти, фатал ёки нофатал инсульт, тўсатдан юрак ўлими) шубҳали ёки янги ташхис қўйилган ЮИК билан ҳар бир беморга ўтказиш тавсия этилади, чунки бу терапевтик қарор қабул қилишда сезиларли таъсир кўрсатади. Барча беморларда клиник кўрсаткичлардан, ЧҚ функциясини тинч ҳолат ЭхоКГси ва кўп ҳолларда миокард ишемиясини баҳолаш ёки КА анатомиясини аниқлаш учун ноинвазив усуллардан фойдаланиб ЮҚТҲ хавфини баҳолаш керак (11-жадвал). Юрак ўлимнинг юқори даражали хавфи йилига >3% ҳисобланади, паст хавф даражаси эса йилига <1%.

**11-жадвал.** Диагностик тестлар маълумотларига кўра ЮҚТА учун хавф мезонлари

Диагностика усули	Хавф	Мувофиқлик мезонлари
Клиник ва дастлабки инструментал баҳолаш		
Симптомлар	Паст хавfli Ўртача хавfli Юқори хавfli	ЮИК ТОЭ <5% ва ЮИК ТОЭ 5-15% ЮИК ТОЭ >15% ЮИК ТОЭ >15% + ТОЭни оширадиган омиллар
Симптомлар + ЧҚ ЧФ	Юқори хавfli	Симптомлар + ЧҚ ЧФ < 35%
Стресс -ЭКГ	Паст хавfli * Ўртача хавfli Юқори хавfli	Юрак қон-томир ўлими йилига <1% Юрак қон-томир ўлими йилига 1-3% Юрак қон-томир ўлими йилига > 3%
Ноинвазив специфик диагностика тестлари		
Стресс-ЭхоКГ	Паст хавfli Ўртача хавfli Юқори хавfli	- ЛҚБ йўқ ёки < 2,0 сегментдан кам, ТОАда коронар захира ≥ 2,0 [68] - Янги ЛҚБ билан 2 ёки ундан ортиқ ЧҚ сегментлари - Янги ЛҚБ билан (акинезия ёки гипокинезия) билан 3 ёки ундан ортиқ ЧҚ сегментлари; тушувчи олд артерия коронар захираси <2,0;
Стресс-БФЭКТ / стресс-ПЭТ	Паст хавfli Ўртача хавfli Юқори хавfli	- Ишемия майдони ЧҚ миокарднинг < 1% - Ишемия майдони ЧҚ миокарднинг 1-10% - Ишемия майдони ЧҚ миокарднинг >10%
Стресс-МРТ	Паст хавfli Ўртача хавfli Юқори хавfli	- Ишемия йўқ, дисфункция йўқ - ҳар қандай ишемия ва / ёки дисфункция - стресс –тести чўққисида перфузия нуқсонлари бўлган ЧҚ 16-сегментидан ≥ 2 таси ёки добутамин билан қўзғатилган дисфункция билан ЧҚ 16- сегментидан ≥ 3 таси

Диагностика усули	Хавф	Мувофиқлик мезонлари
МСКТ- ангиография	Паст хавfli Ўртача хавfli  Юқори хавfli	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ≤ 50% стенозлар</li> <li>- стеноз &gt; 50% (ЧКА устунидан, ОТА нинг проксимал учдан бир қисми, проксимал стеноз билан уч томирли шикастланишлардан ташқари)</li> <li>- ЧКА устунининг стенози 50%; ОТАнинг проксимал учдан бир қисмининг стенози &gt; 50%; проксимал стеноз билан уч томирли шикастланишлар &gt; 50%;</li> </ul>
Инвазив специфик тестлар		
КАГ	Паст хавfli Ўртача хавfli Юқори хавfli	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ≤ 50% стенозлар</li> <li>- 50-90% стенозлар</li> <li>- &gt; 90% стенозлар</li> </ul>
ФҚОЗ/ ОҚОЗ	Юқори хавfli	50-90% стенозлар ва ФҚОЗ-/ДҚОЗ ≤0,80/≤0,89

**Эслатма:** \* — Дюк шкаласи бўйича ҳисобланган хавф, ST сегменти депрессияси, METs ва стенокардия хуружининг пайдо бўлишидан келиб чиққан ҳолда (<http://www.cardiology.org/tools/medcalc/duke/results.asp>); ЮИК - юрак ишемик касаллиги, КА - коронар артерия, КАГ - коронар ангиография, ЧҚ - чап қоринча, ЧКА - чап коронар артерия, ОҚОЗ - оний қон оқими захираси, МРТ - магнит-резонанс томография, МСКТ - мультиспирал компьютер томографияси, ЛҚБ - локал қисқариш бузилишлари, БФЭКТ - битта фотонли эмиссия компьютер томографияси, ОТА - оллдаги тушувчи коронар артерияси, ТОЭ - тестдан олдин эҳтимоллик, ПЭТ - позитрон эмиссия томографияси, ЧФ – чиқариб ташлаш фракцияси, ФҚОЗ- фракцион қон оқим захираси, ЭКГ - электрокардиограмма, ЭхоКГ - эхокардиография; ЮҚТА - юрак-қон томир асоратлари

## Сурункали юрак ишемик касаллиги диагностикасининг стандарти

СЮИК билан беморларни даволаш симптомларни камайтиришга ва тегишли дори-дармонлар ва аралашувлар билан прогнозни яхшилашга, шунингдек, ХО, шу жумладан турмуш тарзини назорат қилишга қаратилган.

### Номедикаментоз даволаш

Соғлом турмуш тарзини жорий этиш такрорий ЮҚТ ҳодисалари ва ўлим хавфини камайтиради ва иккиламчи профилактикада тегишли терапияга қўшимча ҳисобланади. Турмуш тарзи муҳим аҳамиятга эга ва соғлом турмуш тарзи омилларини (шу жумладан чекишни ташлаш, жисмоний фаоллик, соғлом овқатланиш ва нормал вазни сақлаш бўйича тавсиялар; 12-13-жадвалларга қаранг) жорий этиш кейинги ЮҚТ ҳодисалари ва ўлим хавфини сезиларли даражада камайтиради, жумладан иккиламчи профилактика пайтида ва инвазив аралашувлардан кейин ҳам.

**12-жадвал.** СЮИК билан беморларга турмуш тарзини ўзгартириш бўйича тавсиялар

Турмуш тарзи омили	Тавсиялар
Чекишдан воз кечиш	Беморларга чекишни ташлашга ёрдам бериш учун фармакологик ва хулқ-атвор стратегияларидан фойдаланинг. Пассив чекишдан сақланиш керак.
Соғлом парҳез	Сабзавот, мева ва тўлиқ донларга бой парҳез. Тўйинган ёғларни умумий истеъмолнинг <10% гача чекланг. Спиртли ичимликларни истеъмолини ҳафтасига < 100г гача ёки 15г/ҳафтада чекланг
Жисмоний фаоллик	Кўп кунларда 30-60 дақиқа ўртача жисмоний фаолият, лекин ҳатто вақти-вақти билан машғулотлар ҳам фойдалидир.
Соғлом вазн	Тавсия этилган калория истеъмоли ва жисмоний фаолиятни ошириш туфайли соғлом вазнга (<25 кг/м <sup>2</sup> ) эришиш ва уни сақлаш.
Бошқалар	Буюрилган дори воситаларни қабул қилиш. Жинсий фаоллик, паст ва ўртача даражадаги жисмоний фаоллик билан асимптоматик бўлган стабил беморлар учун паст хавф ҳисобланади.

**13-жадвал.** ЮИК учун ХО назорат қилиш бўйича тавсиялар

Тавсиялар	Синф	Даража
Чекувчи беморлар нафақат хулқ-атвор стратегиясини ўзгартириш, балки фармакологик ёрдамни қўллаш орқали чекишни ташлаш қатъий тавсия этилади; пассив чекишдан сақланинг	I	C
ЮҚТА хавфини камайтириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун ЮИК билан беморларга, айниқса кекса беморларга ҳар йили гриппга қарши эмлаш тавсия этилади.	I	B
Ҳамроҳ АГ билан, мақсадли қон босими даражаси < 140/90 мм с.уст. ( бирламчи мақсад) эришиш учун антигипертензив воситалар билан медикаментоз терапияни қўшиш тавсия этилади; агар яхши ўзлаштирилса ва бемор ёши 65 ёшгача бўлса - 130/80 мм с.уст. (иккиламчи мақсад), лекин 120 га 70 мм сим.уст. паст эмас	I	B
Ҳамроҳ КД билан, парҳез ва гипогликемик синтетик ва бошқа воситалар ёрдамида гликемиянинг мақсадли даражасига (гликирланган гемоглобинга) эришиш тавсия этилади. ЮИК бўлган беморларда прогнозни ёмонлаштирадиган гипогликемия эпизодларидан сақланиш керак. Агар керак бўлса, беморни эндокринологуга парҳезни тўғрилаш ва / ёки медикаментоз даволаш учун юбориш тавсия этилади	I	C

**Медикаментоз терапия**

СЮИК билан беморларни дори воситалари билан даволашнинг мақсадлари:

- стенокардия симптомларини камайтириш (анти-ишемик терапия) - ҳаёт сифатини яхшилаш;
- юрак-қон томир касалликларининг профилактикаси - ҳаёт прогнозини яхшилаш.

Анти-ишемик терапиянинг мақсади I ФС га эришиш ва уни сақлаб қолишдир (14-жадвалга қаранг).

**14-жадвал.** Антиишемик терапия бўйича тавсиялар

Тавсиялар	Синф	Даража
Стабил ЮИК бўлган беморларга стенокардия / миокард ишемиясини бартараф этиш ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун камида битта препаратни буюриш тавсия этилади.	I	C

Турғун зўриқиш стенокардия хуружи (оғриқсизлантириш) бартараф этиш учун қисқа таъсир қилувчи органик нитратлар (нитроглицерин) тавсия этилади.	I	B
Турғун зўриқиш стенокардия I-II ФС ва ЮУЧ > 60 мартадан юқори бўлса, биринчи бўлиб бета-адреноблокаторларни (БАБ) ёки «секин» кальций каналларининг нодигидропиридинли блокаторларини (верапамил ёки дилтиазем) буюриш тавсия этилади - ЮУЧ дақиқада 55-60 мартагача камайтириш учун	I	A
III-IV ФС турғун зўриқиш стенокардиясида, I ФС эришиш учун бир вақтда БАБ билан «секин» кальций каналларининг дигидропиридинли блокаторлари комбинациясини буюриш тавсия этилади.	I	C
Турғун зўриқиш стенокардия билан оғриган беморларда 1-қатор препаратлари етарли даражада самарали бўлмаса, стенокардия хуружларининг профилактикаси ва I ФС эришиш учун - АБ, ЮҚС ва ўзлаштирилишга қараб даволашга 2-қатор препаратлардан бирини (органик нитратлар ёки ивабрадин ёки триметазидин, ранолазин) қўшиш тавсия этилади.	IIa	B

**Прогнозни яхшилашга қаратилган терапиянинг мақсади** юрак-қон томир ҳодисалари хавфини камайтиришдир (фатал ёки нофатал миокард инфаркти, фатал ёки нофатал инсульт, тўсатдан юрак ўлими, 15-жадвалга қаранг).

**15-жадвал. Юрак қон томир ҳодисаларни профилактикаси бўйича тавсиялар**

Тавсиялар	Синф	Даража
<b>Синус ритмли СЮИК билан беморларда антитромботик терапия</b>		
Аспирин кунига 75-150 мг дан СЮИК бўлган барча беморларга тавсия этилади	I	A
Аспиринга кўтара олмаслик бўлган беморларга аспиринга муқобил сифатида кунига 75 мг клопидогрел тавсия этилади.	I	B
Узоқ муддатли иккиламчи профилактика мақсадида аспиринга иккинчи антитромботик препаратни қўшиш ишемик ҳодисалар хавфи юқори бўлган* ва қон кетиш хавфи юқори бўлмаган беморларда кўриб чиқилиши керак. Кунига 75-100 мг аспирин билан биргаликда ИАТТ вариантлари: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Клопидогрел суткада 75 мг;</li> <li>▪ Прасугрел суткада 10 мг ёки 5 мг (агар вазн &lt;60 кг, ёки ёши &gt; 75 ёш бўлса);</li> </ul>	IIa	A

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ривароксабан 2,5 мг дан суткада 2 марта;</li> <li>▪ Тикагрелор 60 мг дан суткада 2 марта</li> </ul>		
<b>ТОКА дан кейин синус ритми ЮИК бўлган беморларда антиробоцитар терапияси</b>		
Стентлашдан кейин кунига 75-100 мг аспирин тавсия этилади	<b>I</b>	<b>A</b>
Клопидогрел кунига 75 мг дан тегишли юклаш дозадан кейин (масалан, 600 мг ёки >5 кундан ортиқ сақлаб туриш терапияси) аспиринга қўшимча равишда, стент туридан қатъи назар, коронар томирларни стентлашдан кейин 6 ой давомида тавсия этилади, аммо агар ҳаёт учун хавfli қон кетиш хавфи туфайли давомийлиги қисқароқ кўрсатилган бўлмаса (1-3 ой).	<b>I</b>	<b>A</b>
Прасугрел ёки тикагрелор баъзи юқори хавfli стентлаш ҳолатларида (масалан, субоптимал стент жойлаштириш ёки стент тромбозининг юқори хавфи билан боғлиқ бошқа муолажа хусусиятлари, ЧКА устунини мураккаб стентлаши ёки кўп томирлар стентлаши) ҳеч бўлмаганда бошланғич терапия сифатида кўриб чиқилиши мумкин, ёки ИАТТ аспиринга ўзлаштира олмаслиги туфайли фойдалана олмаса	<b>IIb</b>	<b>C</b>
<b>СЮИК ва БФ билан беморларда антиромботик терапия (4- ва 5-алгоритмларга қаранг)</b>		
БФ билан беморларга ПОАКларни буюришда, ЯОАКни қабул қилишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса, улардан фойдаланиш ВКАни қабул қилишдан афзалроқдир.	<b>I</b>	<b>A</b>
БФ ва СНА <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VAS кўрсаткичлари эркакларда ≥2 ва аёлларда ≥3 бўлган беморларга узоқ муддатли ПОАК терапияси (ЯОАК ёки ВКА терапевтик диапазонда > 70%) тавсия этилади.	<b>I</b>	<b>A</b>
<b>БФ билан ТОКАдан кейин ёки ПОАКдан фойдаланиш учун бошқа кўрсатмалар билан беморларда антиромботик терапия (6-алгоритмга қаранг)</b>		
ТОКА ўтаётган беморларга аспирин ва клопидогрелни муолажа даврида буюриш тавсия этилади.	<b>I</b>	<b>C</b>
ПОАК буюриш кўрсатилган беморларга, ВКА ўрнига ЯОАК буюриш афзалроқ деб тавсия қилинади, агар қарши кўрсатмалар бўлмаса у билан биргаликда антиагрегант терапияси тавсия қилинади. Тавсия этилган ЯОАКлар: • аликсабан 5 мг дан 2 марта/сут, • ривароксабан 20 мг 1 марта/сут	<b>I</b>	<b>A</b>
≥1 ой давомида аспирин, клопидогрел ва ЯОАК билан учламчи терапия, агар стент тромбози хавфи қон кетиш хавфидан юқори бўлса, умумий давомийлик (≤6 ой) ушбу	<b>IIa</b>	<b>C</b>

хавфларни баҳолашга мувофиқ белгиланади ва бемор клиникадан чиқарилганда аниқ кўрсатилади,		
<b>Протон помпасининг ингибиторларидан фойдаланиш</b>		
Ошқозон-ичак трактдан қон кетиш хавфи юқори бўлган аспиридин монотерапияси, ИАТТ ёки ПОАК монотерапиясини қабул қилаётган беморларга протон помпасининг ингибиторларини бир вақтда қабул қилиш тавсия этилади.	<b>I</b>	<b>A</b>
<b>Гиполипидемик терапия</b>		
СЮИК билан барча беморларга статинлар тавсия этилади	<b>I</b>	<b>A</b>
Агар маълум бир бемор учун ПЗЛП-Хс мақсадли даражаларга (1,4 ммол/л ёки 55 мг/дл дан кам) статиннинг максимал ўзлаштира олинadиган дозасида эришилмаса, эзетимиб билан комбинацияси тавсия этилади.	<b>I</b>	<b>B</b>
Статин ва эзетимибнинг максимал ўзлаштириладиган дозасида ПЗЛП-Хс мақсадли даражаларга (1,4 ммол/л ёки 55 мг/дл дан кам) эриша олмаган жуда юқори хавфли беморлар учун кирНК (инклизиран) билан комбинация тавсия этилади.	<b>I</b>	<b>A</b>
<b>РААТ блокаторлари</b>		
Агар беморда ёндош патология бўлса (масалан СЮЕ, АГ ёки ҚД) ААФИ ёки АРБ тавсия этилади.	<b>I</b>	<b>A</b>
<b>Бошқа дори воситалари</b>		
ЧҚ дисфункцияси ёки систолик СЮЕ бўлган беморларга БАБ тавсия этилади	<b>I</b>	<b>A</b>

**Эслатма:** \* - қуйидаги кўрсаткичлардан камида биттаси билан диффуз кўп томир ЮИК: дори терапиясини талаб қиладиган ҚД, рецедивлик МИ, периферик артериялар атеросклерози ва ГФТ 15-59 мл / дақ / 1,73 м<sup>2</sup> билан СБК; \*\* - анамнезда бош мия ичига қон кетиш ёки ишемик инсульт тарихи, анамнезда бошқа бош суюгининг патологиялари, яқин орада содир бўлган ошқозон-ичак қон кетиши ёки ошқозон-ичакдан қон кетиш эҳтимоли мавжуд бўлган анемия, қон кетиш хавфи ортиши билан боғлиқ бўлган ошқозон-ичак трактининг бошқа патологиялари, жигар етишмовчилиги, гемморагик диатез ёки коагулопатия, кекса ёш ёки кексалар заифлиги, диализни талаб қиладиган буйрак етишмовчилиги ёки ГФР < 15мл/дақ/1,73м<sup>2</sup>; СКС- сурункали коронар синдром; ИАТТ- иккламчи антитромбоцитар терапия; ТОКА-тери орқали коронар аралашув; ЮОБФ- юрак олд бўлмача фибрилляцияси; ПОАК - перорал антикоагулянтлар; ЯОАК - янги оғиз антикоагулянтлар (апиксабан, ривароксабан); КВА - К витамини антагонистлари (варфарин); кирНК - кичик интерферент РНК; РААТ - ренин-ангиотензин-альдостерон тизими; ААФИ - ангиотензинга айлантирувчи фермент ингибиторлари; АРБ2 - ангиотензин-2 рецепторлари блокаторлари; СЮЕ - сурункали юрак етишмовчилиги; АГ - артериал гипертензия; ҚД - қандли диабет; БАБ - бета-адреноблокаторлар; ЧҚ - чап қоринча.

Юқоридаги дориларнинг дозалаш тартиби ва қарши кўрсатмалари қуйидаги жадвалларда келтирилган.

**16-жадвал. Қабул қилиш мумкин бўлмаган ҳолатлар ва ЮИК даволашда қўлланиладиган дори воситаларидан эҳтиёткорлик билан фойдаланишни талаб қиладиган ҳолатлар**

НИТРАТЛАР		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ коллапс ёки шок;</li> <li>▪ 18 ёшгача (етарли даражада клиник маълумотларнинг йўқлиги);</li> <li>▪ бир вақтда фосфодиэстераза бешинчи тури 5-ФДЭ ингибиторларини (шу жумладан силденафил, варденафил, тадалафил ва бошқа 5-ФДЭ ингибиторларини) қабул қилиш;</li> <li>▪ оғир артериал гипотензия (САБ 90 мм с. уст. паст);</li> <li>▪ кардиоген шок (агар якуний диастолик босимни ушлаб туриш чоралари кўрилмаса);</li> <li>▪ гипертрофик обструктив кардиомиопатиядан келиб чиққан стенокардия;</li> <li>▪ констриктив перикардит;</li> <li>▪ перикард тампонадаси;</li> <li>▪ ўткир миокард инфаркти ва ЧҚ тўлдириш босими паст сурункали юрак етишмовчилиги;</li> <li>▪ аорта ва/ёки митрал клапаннинг оғир стенози, бирламчи ўпка гипертензияси (чунки етарлича вентиляция қилинмаган альвеоляр зоналарнинг гиперемияси гипоксияга олиб келиши мумкин);</li> <li>▪ интракраниал босимнинг ошиши билан боғлиқ ҳар қандай ҳолат;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ортостатик гипотензия;</li> <li>▪ геморрагик инсульт;</li> <li>▪ оғир буйрак ва / ёки жигар етишмовчилиги;</li> <li>▪ тиреотоксикоз;</li> <li>▪ спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш;</li> <li>▪ эпилепсия;</li> <li>▪ гипертензив синдром билан бош мия суюгининг травматик шикастланиши;;</li> <li>▪ ёпиқ бурчакли глаукома (кўз ичи босимининг ошиш хавфи);</li> <li>▪ мигрень;</li> <li>▪ оғир анемиялар</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Нитроглицерин</b> 0,5 мг таблеткалар ёки 0,4 мг баллондан спрей шаклида - Стенокардия хуружини енгиллаштириш учун: «ўтирган» ҳолатда афзалроқ, дозалаш клапанини босиб, тилга ёки тил тагига 0,4-0,8 мг (1-2 доза) қўлланилади. Агар керак бўлса, қабулни такрорланг, лекин 15 дақиқа ичида 1,2 мг (3 доза) дан ошмаслиги керак. Агар керак бўлса, стенокардия хуружини енгиллаштириш учун 5 дақиқалик оралиқ билан такрорий қабул қилинади.</li> <li>▪ <b>Изосорбид динитрати</b> 10 мг таблеткалар - стенокардия хуружларининг профилактикаси: овқатдан 30 дақиқа олдин оғиз орқали, кунига 3-4 марта 5-10 мг. Баъзи ҳолларда, кўрсатмаларга кўра, бир марталик дозалар 20-30 мг гача оширилади.</li> <li>▪ <b>Изосорбид мононитрати</b> 20, 40 ва 60 мг таблеткалар - стенокардия хуружларининг профилактикаси: кунига 3-4 марта овқатдан 30 дақиқа олдин 20-40 мг оғиз орқали. Максимал суткалик доза: 120 мг.</li> <li>▪ <b>Пентаэритритил тетранитрати</b> 10 мг таблеткалар - стенокардия хуружларининг профилактикаси: оғиз орқали (овқатдан 1 соат олдин) 10-20 мг (1-2 таблетка) суткада 3-4 марта, керак бўлганда -</li> </ul>

НИТРАТЛАР		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>нитратларга юқори сезувчанлик</li> </ul>		<p>суткада 4 марта 40 мг гача, суткада 80 мг 2 марта қабул қилинишига ҳам рухсат этилади.</p> <p>Стенокардиянинг тунги ҳужумларини профилактикаси учун ётишдан олдин 20 мг буюрилади.</p>

БЕТА БЛОКАТОРЛАР (ББ)		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>Оғир астма</li> <li>Юқори даражали ҳар қандай синоатриал ёки атриовентрикуляр блокада</li> <li>Брадикардия (ЮҚС &lt;60 дақ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Астма</li> <li>Глюкоза толерантлик бузилиши</li> <li>Спортчилар ёки жисмоний фаол беморлар</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Метопролол сукцинати</b> (таъсири узайтирилган таблеткалар) бошланғич доза 25-50 мг оғиз орқали кунига 1 марта, максимал суткалик доза: 100 мг.</li> <li><b>Бисопролол</b> таблеткалар бошланғич доза 2,5-5 мг, максимал суткалик доза: 10 мг.</li> <li><b>Карведилол</b> таблеткалар бошланғич доза 6,25 – 12,5 мг, максимал суткалик доза 50 мг</li> <li><b>Небиволол</b> таблеткалар бошланғич доза 2,5 – 5 мг, максимал суткалик доза 10 мг</li> </ul>

КАЛЬЦИЙ КАНАЛЛАРИНИНГ ДИГИДРОПИРИДИНЛИ БЛОКАТОРЛАРИ (ККБ)		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Тахиаритмия</li> <li>Юрак етишмовчилиги (ЮЕ ЧҚпОФ, III-IV синф)</li> <li>Оёқларнинг олдинги оғир шиши</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Амлодипин</b></li> <li>2,5 мг, 5 ва 10 мг таблеткалар</li> <li>Гипертония: бошланғич доза кунига бир марта оғиз орқали 2,5-5 мг, максимал суткалик доза 10 мг. (сурункали стабил ва вазоспастик стенокардияда кўрсатилади)</li> <li><b>Лерканидипин</b></li> <li>5 ва 10 мг таблеткалар</li> </ul>

КАЛЬЦИЙ КАНАЛЛАРИНИНГ ДИГИДРОПИРИДИНЛИ БЛОКАТОРЛАРИ (ККБ)		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
		<p>- Гипертония: : бошланғич доза 2,5-5 мг перорал кунига бир марта, максимал суткалик доза — 20 мг.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Фелодипин</b> Таъсири узайтирилган 2,5мг, 5 ва 10 мг таблеткалар</li> </ul> <p>- Гипертония: бошланғич доза 2,5-5 мг перорал кунига бир марта, максимал суткалик доза — 10 мг.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Нифедипин</b> Таъсири <u>узайтирилган</u> капсулалар 30 мг, 60 мг, 90 мг</li> </ul> <p>Гипертензия: бошланғич доза кунига бир марта оғиз орқали 30 мг, максимал суткалик доза 90 мг.</p>

КАЛЬЦИЙ КАНАЛЛАРИНИНГ НОДИГИДРОПИРИДИНЛИ БЛОКАТОРЛАРИ (ККБ)		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ҳар қандай 2 ва 3 даражали синоатриал ёки атриовентрикуляр блокада</li> <li>▪ Синус тугунининг сустлик синдроми (СТСС)</li> <li>▪ ЧҚ ифодаланган дисфункцияси (ОФ &lt;40%),</li> <li>▪ ЮЕ паст ОФ билан</li> <li>▪ Брадикардия (ЮҚС &lt;60 дақиқада)</li> <li>▪ P-гр ёки СҮРЗА4 воситачилигида муҳим дори ўзаро таъсирига эга бўлган препаратлар билан бир вақтда қабул қилиш</li> <li>▪ Аортанинг оғир стенози</li> <li>▪ Ҳомиладорлик</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Қабзият</li> <li>▪ Сурункали юрак етишмовчилиги</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Верапамил</b> Таъсири узайтирилган таблеткалар 40, 80 ва 120 мг Гипертония: бошланғич доза кунига икки марта 40-80 мг ёки эрталаб кунига бир марта 120 мг ёки ётишдан олдин кунига бир марта 100 мг. максимал суткалик доза -480 мг, жигар шикастланган беморларда -120 мг. (Сурункали турғун ва номуқим стенокардия ва вазоспастик стенокардия, пароксизмал суправентрикуляр тахикардия, бўлмачалар титраши, бўлмачалар фибриляциясининг тахисистолик шакли учун кўрсатилади)</li> <li>▪ <b>Дилтиазем</b> Таъсири узайтирилган 80, 120, 180 ва 240 мг таблеткалар - Гипертония: бошланғич доза кунига бир марта оғиз орқали 80 мг, максимал суткалик доза 480 мг. (Сурункали турғун ва вазоспастик стенокардия, бўлмачалар фибриляцияси, пароксизмал суправентрикуляр тахикардия учун кўрсатилади)</li> </ul>

**КАЛЬЦИЙ КАНАЛЛАРИНИНГ НОДИГИДРОПИРИДИНЛИ БЛОКАТОРЛАРИ (ККБ)**

Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Эмизиш</li> </ul>		

**If-КАНАЛЛАР ИНГИБИТОРЛАРИ**

Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Брадикардия (даволашдан олдин тинч ҳолатда ЮУЧ 60 марта/дақ дан кам);</li> <li>▪ кардиоген шок;</li> <li>▪ ўткир миокард инфаркти;</li> <li>▪ оғир артериал гипотензия (САБ 90 мм с.уст. паст ва ДАБ 50 мм с.уст. паст);</li> <li>▪ оғир буйрак етишмовчилиги (Чайльд-Пью шкаласи бўйича 9 баллдан ортиқ);</li> <li>▪ СТСС;</li> <li>▪ синоатриал қамал;</li> <li>▪ NYHA бўйича II ва IV функционал синфдаги СЮЕ;</li> <li>▪ доимий стимуляция режимда ишлайдиган сунъий ритм бошқарувчиси мавжудлиги;</li> <li>▪ номуқим стенокардия;</li> <li>▪ АВ-қамали III даражаси;</li> <li>▪ ҳомиладорлик;</li> <li>▪ лактация даври (эмизиш даври);</li> <li>▪ 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар;</li> <li>▪ кетоконазол, итраконазол, кларитромицин, эритромицин, жосамицин, телитромицин, нелфинавир, ритонавир, нефазодон ингибиторлари билан бир вақтда қабул қилиш;</li> <li>▪ ивабрадинга юқори сезувчанлик.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ўртача жигар етишмовчилиги (Чайльд-Пью шкаласи бўйича 9 баллдан кам);</li> <li>▪ оғир буйрак етишмовчилиги (КК&lt;15 мл/дақ);</li> <li>▪ QT интервалининг туғма узайганлиги;</li> <li>▪ QT интервалини узайтирадиган дори воситаларни қабул қилиш билан бир вақтда («пируэт» типдаги оғир қоринча аритмиясини ривожланиш хавфи);</li> <li>▪ СYP3A4 изоферментларининг ўртача ингибиторлари ва индукторларини ва грейпфрут шарбатини қабул қилиш билан бир вақтда;</li> <li>▪ Иккинчи даражали АВ блокадаси;</li> <li>▪ Яқинда содир бўлган инсульт;</li> <li>▪ Тўр парданинг пигментар дегенерацияси (retinitis pigmentosa);</li> <li>▪ артериал гипотензия;</li> <li>▪ NYHA бўйича СЮЕ IV функционал классси;</li> <li>▪ Верапамил ёки дилтиазем билан бир вақтда қабул қилиш;</li> <li>▪ нокалийни сақлайдиган диуретикларни қабул қилиш билан бир вақтда</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ивабрадин</b> Таблеткалар 5 ва 7,5 мг - стенокардия хуружларининг профилактикаси учун: ивабрадиннинг ўртача тавсия этилган бошланғич дозаси кунига 5 мг 2 марта (кунига 10 мг). Терапевтик таъсирга қараб, 3-4 ҳафта қабул қилишдан кейин дозани кунига 7,5 мг 2 марта (кунига 15 мг) га ошириш мумкин. Кекса беморларда даволанишни бошлаш кунига 2,5 мг дан 2 марта бошланғич доза билан тавсия этилади. Келажакда беморнинг аҳволига қараб суткалик дозани ошириш мумкин.</li> </ul>



### ЎҒ КИСЛОТАЛАРИНИНГ $\beta$ -ОКСИЛАНИШ БЛОКАТОРЛАРИ

Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ триметазидинга юқори сезувчанлик;</li> <li>▪ Паркинсон касаллиги, паркинсонизм симптомлари, тремор, “безовта оёқлар” синдроми ва бошқа тегишли ҳаракат бузилишлари;</li> <li>▪ оғир буйрак етишмовчилиги (КК - 30 мл/дақ дан кам);</li> <li>▪ 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар; ҳомиладорлик, лактация даври (эмизиш даври).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ўртача даражали буйрак етишмовчилиги билан беморлар (КК-30-60 мл / дақ);</li> <li>▪ оғир даржали жигар етишмовчилиги бўлган беморлар (Чайльд-Пью шкаласи бўйича 10 дан 15 баллгача);</li> <li>▪ 75 ёшдан ошган беморлар</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Триметазидин</b> 20 ва 35 мг таблеткалар. 80 мг капсулалар. - стенокардия хуружларининг профилактикаси учун: оғиз орқали 1 таб. кунига 3 марта (20 мг да), ёки 1 таб. кунига 2 марта (35 мг да), ёки 1 капсуладан кунига 1 марта, эрталаб, нонушта пайтида.</li> </ul>

### КЕЧКИ НАТРИЙ ИОНЛАРИНИНГ ИНГИБИТОРЛАРИ

Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ оғир буйрак етишмовчилиги (КК&lt;30 мл/д);</li> <li>▪ ўртача (Чайльд-Пью шкаласи бўйича 7-9 балл) ёки оғир (Чайльд-Пью шкаласи бўйича 9 баллдан ортиқ) даражадаги жигар етишмовчилиги;</li> <li>▪ СҮРЗА4 изоферментнинг кучли ингибиторлари (итраконазол, кетоконазол, посаконазол, ОИВ-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ энгил жигар етишмовчилиги (Чайльд-Пью классификацияси бўйича 5-6 балл);</li> <li>▪ энгил ёки ўртача оғирликдаги буйрак етишмовчилиги (КК 30-80 мл/дақ);</li> <li>▪ 75 ёшдан катталар;</li> <li>▪ тана вазни 60 кг дан кам;</li> <li>▪ сурункали юрак етишмовчилиги (НҮНА таснифига кўра III-IV функционал синфлар);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ранолазин</b> Таблеткалар 500 ва 1000 мг - стенокардия хуружларининг профилактикаси учун: тавсия этилган бошланғич доза - кунига 500 мг 2 марта. 2-4 ҳафта ўтгач, агар керак бўлса, дозани кунига 1000 мг 2 мартага ошириш мумкин. Максимал суткалик доза 2000 мг ни ташкил қилади.</li> </ul>

### КЕЧКИ НАТРИЙ ИОНЛАРИНИНГ ИНГИБИТОРЛАРИ

Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<p>протеаза ингибиторлари, кларитромицин, телитромицин, нефазодон) билан бир вақтда фойдаланиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ амиодарондан ташқари I A синфидаги (масалан, хинидин) ёки III синфидаги (масалан, дофетилид) антиаритмик дори воситалар билан бир вақтда қўллаш; соталол;</li> <li>▪ 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар (препаратнинг самарадорлиги ва хавфсизлиги аниқланмаган);</li> <li>▪ ҳомиладорлик;</li> <li>▪ эмизиш даври;</li> <li>▪ лактаза танқислиги, ирсий лактоза ўзлаштира олмаслик, глюкоза-галактоза мальабсорбция синдроми (фақат 1000 мг учун);</li> <li>▪ препаратнинг таркибий қисмларига юқори сезувчанлик.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ анамнезда, оилавий анамнезда туғма узайган QT оралиқ синдроми;</li> <li>▪ диагностика қилинган QT оралиғининг орттирилган узайиши;</li> <li>▪ С CYP2D6 изоферментининг етишмовчилиги;</li> <li>▪ Таъсир кучи ўртача бўлган CYP3A4 изоферментнинг ингибиторлари (дилтиазем, флуконазол, эритромицин) билан бир вақтда қўллаш;;</li> <li>▪ CYP3A4 изофермент фаоллиги индукторлари (рифампицин, фенитоин, фенобарбитал, карбамазепин, қизилпойча (<i>Hypericum perforatum</i>) билан бир вақтда қўллаш;</li> <li>▪ P-гликопротеин ингибиторлари (верапамил, циклоспорин) билан бир вақтда қўллаш.</li> </ul>	

### 1-ЦОГ ИНГИБИТОРЛАРИ (АНТИАГРЕГАНТ)

Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Геморрагик insult;</li> <li>▪ қон кетишга мойиллик (Витамин К танқислиги, тромбоцитопения, геморрагик диатез);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Подагра гиперурикемия;</li> <li>▪ Анамнезда ОИТ ярали шикастланишлари ёки ЛИТ қон кетиш;</li> <li>▪ буйрак ва/ёки жигар етишмовчилиги;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ацетилсалицил кислотаси</b> 50, 75, 100 ва 150 мг таблеткалар</li> <li>- АКШ ва ТОКА бўлмаган юрак-қон томир кўрсатмалари: 1таб кунига 1 марта. Бир марталик доза 75-150 мг.</li> <li>- АКШ ва ТОКАдан кейин тромбознинг профилактикаси: юклаш дозаси 300 мг, кейин эса сақлаб турадиган доза</li> </ul>

### 1-ЦОГ ИНГИБИТОРЛАРИ (АНТИАГРЕГАНТ)

Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ салицилатлар ва НЯҚВ ларни қабул қилиш натижасида келиб чиққан бронхиал астма;</li> <li>▪ ошқозон-ичак трактининг эрозив ва ярали шикастланиши (ўткир босқичда);</li> <li>▪ ошқозон-ичакдан қон кетиши;</li> <li>▪ оғир даражали буйрак етишмовчилиги (КК &lt;10 мл/мин);</li> <li>▪ глюкоза-6-фосфат дегидрогеназа танқислиги;</li> <li>▪ метотрексат билан бир вақтда қабул қилиш (ҳафтасига &gt;15 мг);</li> <li>▪ ҳомиладорликнинг I ва III триместрлари;</li> <li>▪ лактация даври (эмизиш)</li> <li>▪ 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар;</li> <li>▪ ацетилсалицил кислотасига ва бошқа НСЯҚВ ларга юқори сезувчанлик.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ бронхиал астма;</li> <li>▪ пичан иситмаси;</li> <li>▪ бурун полипозиди;</li> <li>▪ ҳомиладорликни II триместри.</li> </ul>	<p>суткада 75-150 мг.</p> <p>- Таблеткани овқатдан камида 30 дақиқа олдин оз миқдорда суюқлик билан қабул қилиш тавсия этилади. ½-1 стакан сув ичинг.</p> <p>- Ўткир миокард инфаркти: ўткир миокард инфарктида 200-300 мг ацетилсалицил кислотасини т/ич ёки ацетилсалицил кислотаси тез чиқариладиган оғиз орқали юбориладиган шакли (ичакда эрийдиган шакли эмас). Ичакда эрийдиган ацетилсалицил кислотаси таблеткаларини тезроқ сўрилишига эришиш учун қабул қилишдан олдин майдалаш ёки чайнаш керак.</p>

**АДЕНОЗИН РЕЦЕПТОРЛАРИНИНГ P2Y<sub>12</sub> ИНГИБИТОРЛАРИ (АНТИАГРЕГАНТЛАР)**

Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ клопидогрел, тикагрелор, прасугрел ёки препаратнинг ҳар қандай ёрдамчи компонентларига юқори сезувчанлик;</li> <li>▪ оғир жигар етишмовчилиги;;</li> <li>▪ ўткир қон кетиш, масалан, пептик ярадан қон кетиш ёки интракраниал қон кетиш;</li> <li>▪ кам учрайдиган ирсий галактозани ўзлаштира олмаслик, лактаза танқислиги ва глюкоза-галактоза мальабсорбция синдроми;</li> <li>▪ ҳомиладорлик;</li> <li>▪ эмизиш даври;</li> <li>▪ 18 ёшгача бўлган болалар (фойдаланиш хавфсизлиги ва самарадорлиги аниқланмаган).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ўртача жигар етишмовчилиги билан;</li> <li>▪ буйрак етишмовчилигида;</li> <li>▪ ошқозон-ичак ёки кўз ичи қон кетишларининг юқори хавфи билан, айниқса ошқозон-ичак шиллиқ қаватига зарар етказиши мумкин бўлган дориларни (масалан, АСК ва НСЯҚВ лар, шу жумладан селектив ЦОГ-2 ингибиторлари) бир вақтда қабул қилганда.</li> <li>▪ СYP2C8 изофермент (репаглинид, паклитаксел) субстратлари бўлган дори воситалар билан бир вақтда қабул қилиш (репаглинид, паклитаксел).</li> <li>▪ СYP2C19 изоферментнинг фаоллиги паст бўлган беморларда.</li> <li>▪ Агар анамнезда бошқа тиэнопиридинларга, масалан, тиклопидин, прасугрелга аллергик ва гематологик реакциялар мавжуд бўлса (ўзаро аллергик ва гематологик реакциялар эҳтимоли).</li> <li>▪ Яқинда содир бўлган вақтинчалик мияда қон айланиш бузилишлари</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Клопидогрел</b>                      Таблеткалар 75 мг                      - Зўриқиш стенокардияси: 75 мг, 1 таблеткадан кунига 1 марта, ацетилсалицил кислотасига муқобил сифатида. 75 ёшдан ошган беморларда клопидогрел билан даволаш юклаш дозани олмасдан бошланиши керак.                      - ST сегменти кўтарилмаган ўткир коронар синдром (номуқим стенокардия, Q тиши бўлмаган миокард инфаркти): клопидогрел билан даволашни бир марталик 300 мг юклаш дозасидан бошлаш керак, сўнгра кунига бир марта 75 мг дозада давом эттириш керак.                      - ST сегментининг кўтарилган ўткир миокард инфаркти: клопидогрелнинг тавсия этилган суткалик дозаси бир марта 75 мг ни ташкил қилади ва АСК билан биргаликда тромболитиклар билан ёки улардан фойдаланмасдан қабул қилинади. Клопидогрелни юклаш дозасидан ёки усиз ҳам бошлаш мумкин (CLARITY тадқиқотида 300 мг юклаш дозаси қабул қилинган).</li> <li>▪ <b>Тикагрелор</b>                      Таблеткалар 60 ва 90 мг                      - эҳтимол амалга оширилган ТОКА билан ўКС учун: тикагрелорни қабул қилишни 180 мг (ҳар бири 90 мг дан 2 таблетка) бир марталик юклаш дозасидан бошлаш керак ва кейин кунига 2 марта 90 мг дан давом эттириш керак.                      - зўриқиш стенокардиясида: тикагрелор 120 мг/сут дозада (60 мг, 1 таблеткадан кунига 2 марта) қабул қилинади.</li> <li>▪ <b>Прасугрел</b>                      Таблеткалар 5 ва 10 мг                      - эҳтимол амалга оширилган ТОКА билан ўКС учун: дастлабки бир марталик юклаш дозаси 60 мг, кейинги сақлаш дозаси кунига 1 марта 10 мг. Тана вазни &lt; 60 кг дан паст бўлган беморларда 5 мг лик сақлаш дозасини қабул қилиш имкониятини ҳисобга олиш керак.</li> </ul>

**АДЕНОЗИН РЕЦЕПТОРЛАРИНИНГ P2Y<sub>12</sub> ИНГИБИТОРЛАРИ (АНТИАГРЕГАНТЛАР)**

<b>Қарши кўрсатмалар</b>	<b>Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш</b>	<b>Номлари ва дозалари</b>
	ёки ишемик инсультдан кейин (АСК билан комбинацияда)	- зўриқиш стенокардиясида: прасугрелни қабул қилиш 10 мг / сут дозани (ёки тана вазни < 60 кг бўлса 5 мг/сут) ташкил қилади

**ЯНГИ ОРАЛ АНТИКОАГУЛЯНТЛАР (ЯОАК)**

Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ривароксабан, аписабан ёки препаратнинг ҳар қандай ёрдамчи таркибий қисмига юқори сезувчанлик;</li> <li>▪ клиник аҳамиятга эга фаол қон кетишлар (масалан, интракраниал қон кетиш, ошқозон-ичакдан қон кетиш);</li> <li>▪ коагулопатия билан кечадиган жигар касалликлари, шу жумладан Чайльд-Пью таснифига кўра жигар циррози ва жигар дисфункцияси В ва С синфлари;</li> <li>▪ Бўйрак функциясининг оғир бузилишлари (КК &lt;15 мл/дақ) (ривароксабандан беморларда қабул қилиш бўйича клиник маълумотлар йўқ);</li> <li>▪ қон томир ёки транзитор ишемик хуруж содир бўлган беморларда ЎКСни антиагрегантлар билан даволаш;;</li> <li>▪ бошқа антикоагулянтлар билан бир вақтда даволаш, масалан, фракцияланмаган гепарин, паст молекуляр оғирликдаги гепаринлар (шу жумладан эноксапарин, далтепарин), гепарин ҳосилалари (шу жумладан фондапаринукс), перорал юбориладиган антикоагулянтлар (шу жумладан варфарин ва бошқалар), бошқа ЯОАКга ўтиш ҳоллари ёки марказий веноз ёки артериал катетерларнинг ишлашини таъминлаш</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ қон кетиш хавфи юқори бўлган беморларни даволашда (шу жумладан, туғма ёки орттирилган қон кетишга мойиллик, назоратсиз оғир артериал гипертензия, ўткир фазадаги ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ошқозон яраси, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг яқинда бўлган ўткир яраси, яқинда интракраниал ёки интрацеребрал қон кетишлар, қон томир ретинопатияси, яқин орада мия, орқа мия ёки кўз операцияларидан кейин орқа мия ёки миянинг маълум бўлган қон томир аномалиялари, анамнезда бронхоэктаз ёки ўпкада қон кетиши);</li> <li>▪ қон плазмасида ЯОАК концентрациясини оширадиган дори воситаларини бир вақтнинг ўзида қабул қиладиган ўртача бўйрак етишмовчилиги (КК 30-49 мл / дақ) бўлган беморларни даволашда;</li> <li>▪ оғир бўйрак етишмовчилиги бўлган беморларни даволашда (КК 15-29 мл/дақ);</li> <li>▪ гемостазга таъсир қилувчи доривоситаларини, масалан, НСЯҚВ лар, ангітиагнҳрегантлар, бошқа антитромботик воситалар ёки серотонинни қайтариб олиш селектив ингибиторлари (СҚОСИ) ва селектив серотонин билан норэпинефринни</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ривароксабан</b> 2,5, 10, 15 ва 20 мг таблеткалар - ЎКСдан кейинги беморларда юрак-қон томир, миокард инфаркти ва стент тромбози туфайли ўлимнинг профилактикаси учун: тавсия этилган доза режими кунига 2,5 мг 2 мартани ташкил қилади. - юрак олд бўлмачалари фибриляциясининг персистрловчи ва доимий шакллари бўлган беморларда тромбоэмболик асоратларнинг профилактикаси учун: ривароксабанни қабул қилишни кунига 20 мг (агар КК &lt; 50 мл/дақ) ёки 15 мг (агар КК &gt; 50мл/дақ) дозадан бошлаш керак.</li> <li>▪ <b>Аписабан</b> Таблеткалар 2,5 ва 5 мг - Юрак олд бўлмачалари фибриляцияси ва СЮИК бўлган беморлар: кунига 5 мг 2 марта. Икки ёки ундан ортиқ қуйидаги хусусиятларнинг комбинацияси мавжуд бўлганда препаратнинг дозаси кунига 2,5 мг 2 мартагача камайтиради: 80 ёш ва ундан катта, тана вазни 60 кг ёки ундан кам ёки плазмадаги креатинин концентрацияси <math>\geq 1,5</math> мг / дл (133 мкмоль/л) бўлганда.</li> </ul>

**ЯНГИ ОРАЛ АНТИКОАГУЛЯНТЛАР (ЯОАК)**

Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<p>учун зарур бўлган дозаларда фракцияланмаган гепаринни қабул қилишлар бундан мустасно.;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ҳомиладорлик;</li> <li>▪ эмизиш даври;</li> <li>▪ 8 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар (ушбу ёш гуруҳидаги беморлар учун самарадорлик ва хавфсизлик аниқланмаган);</li> <li>▪ ирсий лактоза ёки галактозаларни ўзлаштира олмаслик (масалан, туғма лактаза танқислиги ёки глюкоза-галактоза мальабсорбцияси), чунки бу дори воситасининг таркибида лактоза мавжуд.</li> </ul>	<p>қайтариб олиш ингибиторлари (СНЭҚОИ) бир вақтда олаётган беморларда;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ЯОАКларни, замбуруғларга қарши азол гуруҳининг препаратларини (масалан, кетоконазол, итраконазол, вориконазол, посаконазол) ёки ОИВ -протеаза ингибиторлари (масалан, ритонавир) билан тизимли даволашни қабул қилаётган беморларда қўллаш тавсия этилмайди;</li> <li>▪ оғир буйрак етишмовчилиги бўлган (КК 15-29 мл / дақ) ёки қон кетиш хавфи юқори бўлган беморлар ва азол гуруҳининг замбуруғларга қарши препаратларни ёки ОИВ протеаза ингибиторлари билан бирга ҳамроҳ тизимли даволанаётган беморлар, қон кетиш каби асоратларни ўз вақтида аниқлаш учун даволаниш бошланганидан кейин диққат билан кузатилишлари керак.</li> </ul>	

СТАТИНЛАР		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ статинларга ёки препаратнинг ҳар қандай таркибий қисмларига юқори сезувчанлик;</li> <li>▪ фаол фазадаги жигар касаллиги, шу жумладан трансаминаза зардоб фаоллигининг доимий ўсиши ва қон зардобда трансаминаза фаоллигининг ҳар қандай ўсиши (норманинг юқори бўлишига нисбатан 3 баробардан ортиқ);</li> <li>▪ ифодаланган оғир буйрак дисфункцияси (КК 30 мл/дақ кам);</li> <li>▪ миопатия;</li> <li>▪ циклоспоринни бир вақтда қабул қилиш;</li> <li>▪ аёлларда: ҳомиладорлик, лактация, контрацепциянинг адекват усуллариининг етишмаслиги;</li> <li>▪ миотоксик асоратларни ривожланишига мойил беморлар;</li> <li>▪ лактозани ўзлаштира олмаслик, лактаза етишмовчилиги ёки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ миопатия / рабдомиолиз ривожланиш хавфи мавжудлиги - буйрак етишмовчилиги;</li> <li>▪ гипотиреоз;</li> <li>▪ анамнезда ёки оилавий анамнезда ирсий ва анамнезда статинлар ёки фибратлардан бирини қабул қилганда олдинги мушаклар токсиклиги;</li> <li>▪ пиртли ичимликларни суистъемол қилиш;</li> <li>▪ 75 ёшдан ошганлар;</li> <li>▪ ирққа (Осиё ирқига) мансублик, питавастатин бундан мустасно;</li> <li>▪ анамнезда жигар касаллиги;</li> <li>▪ сепсис;</li> <li>▪ артериал гипотензия;</li> <li>▪ кенг қамровли жарроҳлик аралашувлар, жароҳатлар;;</li> <li>▪ оғир метаболик, эндокрин ёки электролитлар бузилиши;;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Розувастатин</b> 5, 10, 15 ва 20 мг таблеткалар - СЮИК билан беморларда юрак-қон томир, миокард инфаркти сабабли ўлимнинг профилактикаси: препаратни қабул қилишни бошлаган ёки бошқа ГМГ-КоА-редуктаза ингибиторларини қабул қилишдан ўтган беморлар учун тавсия этилган бошланғич доза кунига 5 ёки 10 мг 1 марта бўлиши керак. Бошланғич дозани танлашда холестериннинг индивидуал концентрациясини ҳисобга олиш ва юрак-қон томир асоратларининг эҳтимоллик хавфини ҳисобга олиш ва ножўя таъсирларнинг мумкин бўлган хавфини баҳолаш керак. Агар керак бўлса, 4 ҳафтадан сўнг дозани юқорироқ дозага ошириш мумкин. Препаратнинг максимал суткалик дозаси 40 мг ни ташкил қилади.</li> <li>▪ <b>Аторвастатин</b> 10, 20, 30, 40 ва 60 мг таблеткалар - СЮИК билан беморларда юрак-қон томир, миокард инфаркти сабабли ўлимнинг профилактикаси: препаратнинг дозаси суткада 1 марта 10 мг дан 80 мг гача ўзгариб туради ва ПЗЛП-Хс концентрацияси, терапия мақсади ва терапияга индивидуал жавобни ҳисобга олган ҳолда титрланади. Препаратнинг максимал суткалик дозаси 80 мг ни ташкил қилади.</li> </ul>

СТАТИНЛАР		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
глюкоза-галактоза мальабсорбцияси (препарат таркибида лактоза мавжуд)	<ul style="list-style-type: none"> <li>назоратсиз тиришилар тутқаноқлари.</li> </ul>	

ИЧАҚДА ХОЛЕСТЕРИН АБСОРБЦИЯСИ ИНГИБИТОРИ		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ўртача (Чайльд-Пью шкаласи бўйича 7-9 балл) ва оғир (Чайльд-Пью шкаласи бўйича &gt;9 балл) даражали жигар етишмовчилиги;</li> <li>фибралар билан бир вақтда қабул қилиш (самарадорлиги ва хавфсизлиги аниқланмаган);</li> <li>эзетимибга юқори сезувчанлик.</li> </ul>	<p>циклоспорин олган беморларда; Ушбу комбинацияда қон плазмасидаги циклоспорин концентрациясини назорат қилиш керак.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Эзетимибни 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар қабул қилишлари мумкин эмас.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Эзетимиб</b> 10 мг таблеткалар - СЮИК билан беморларда юрак-қон томир, миокард инфаркти сабабли ўлимнинг профилактикаси: монотерапия сифатида ва статинлар билан биргаликда тавсия этилган доза кунига 1 марта 10 мг ни ташкил қилади. Ёғ кислоталари секвестрантлари билан ҳамроҳ терапияда эзетимиб кунига 1 марта 10 мг дозада ёғ кислотаси секвестрларини қабул қилишдан 2 соат олдин ёки уларни қабул қилганидан кейин 4 соатдан кейин қабул қилинади.</li> </ul>

КИЧИК ИНТЕРФЕРИРЛАНУВЧИ РИБОНУКЛЕИН КИСЛОТАЛАР		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>инклизанга ёки препарат таркибидаги ҳар қандай ёрдамчи моддаларга юқори сезувчанлик.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Инклизан буйраклар орқали чиқарилишини ҳисобга олиб, гемодиализ инклизан</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Инклизан</b> Тери остига юбориш учун эритма 284 мг/1,5 мл, шприцга тортилиб олинган. - СЮИК билан беморларда юрак-қон томир, миокард инфаркти сабабли ўлимнинг профилактикаси: инклизан тери остига (т/о). Инклизан қорин соҳасига т/о юбориш учун мўлжалланган. Муқобил т/о</li> </ul>

КИЧИК ИНТЕРФЕРИРЛАНУВЧИ РИБОНУКЛЕИН КИСЛОТАЛАР		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
	юборилганидан кейин камида 72 соат давомида ўтказилмаслиги керак.	инъекцияси учун жойлар елка ёки соннинг юқори қисмини ўз ичига олади. Тавсия этилган бир марталик доза 284 мг ни ташкил қилади. Биринчи т/о инъекциясидан сўнг, препарат 3 ойдан кейин такрорий юборилади, кейин эса ҳар 6 ойда.

АНГИОТЕНЗИНГА АЙЛАТИРУВЧИ ФЕРМЕНТ ИНГИБИТОРЛАНИ (ААФИ)		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ҳомиладорлик</li> <li>▪ Ҳомиладорликни режалаштираётган аёллар</li> <li>▪ Анамнезда ангионевротик шиш</li> <li>▪ Оғир гиперкалиемия (&gt;5,5 ммоль/л)</li> <li>▪ Буйрак артерияларнинг икки томонлама стенози ёки битта (функционал) буйракда стеноз</li> </ul>	Ишончли контрацепциясиз туғишга лаёқатли аёллар	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Эналаприл</b></li> <li>▪ 2,5 мг, 5 ва 10 мг таблеткалар Гипертония: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 5 мг, ўртача 10-20 мг 2 дозага бўлинган, максимал суткалик доза: 40 мг. Юрак етишмовчилиги: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 2,5 мг, максимал суткалик доза: 40 мг.</li> <li>▪ <b>Лизиноприл</b></li> <li>5мг, 10 мг таблеткалар</li> <li>▪ - Гипертония: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 5-10 мг, ўртача 10-20 мг 2 дозага бўлинган, максимал суткалик доза: 80 мг. Юрак етишмовчилиги: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 2,5 мг-5 мг, максимал суткалик доза: 40 мг.</li> <li>▪ <b>Периндоприл</b></li> <li>5 ва 10 мг таблеткалар</li> <li>- Гипертония: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 4 мг, максимал суткалик доза: 16 мг.</li> <li>- Юрак етишмовчилиги: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 2 мг, максимал суткалик доза: 16 мг.</li> <li>▪ <b>Рамиприл</b></li> <li>2,5мг, 5 ва 10 мг таблеткалар</li> </ul>

АНГИОТЕНЗИНГА АЙЛАТИРУВЧИ ФЕРМЕНТ ИНГИБИТОРЛАНИ (ААФИ)		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
		<p>- Гипертония: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 2,5 мг, ўртача 5-10 мг 1 марта, максимал суткалик доза: 20 мг.</p> <p>- Юрак етишмовчилиги: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 1,25-2.5 мг, максимал суткалик доза: 10 мг.</p>

АНГИОТЕНЗИН РЕЦЕПТОРЛАРИНИНГ БЛОКАТОРЛАРИ (АРБ)		
Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ҳомиладорлик</li> <li>▪ Ҳомиладорликни режалаштираётган аёллар</li> <li>▪ Оғир гиперкалиемия (&gt;5,5 ммоль/л)</li> <li>▪ Буйрак артерияларнинг икки томонлама стенози ёки битта (функционал) буйракда стеноз</li> </ul>	Ишончли контрацепцияси з туғишга лаёқатли аёллар	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Кандесартан</b></li> <li>▪ 4, 8, 16 ва 32 мг таблеткалар.</li> <li>Гипертония: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 8-16 мг, максимал суткалик доза: 32 мг.</li> <li>Юрак етишмовчилиги: бошланғич дозаси: кунига бир марта перорал 4-8 мг, максимал суткалик доза: 32 мг.</li> <li>▪ <b>Ирбесартан</b></li> <li>75, 150 ва 300 мг. таблеткалар</li> <li>- Гипертония: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 75-150 мг, максимал суткалик доза: 300 мг.</li> <li>- Диабетик нефропатия: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 75 мг, максимал суткалик доза: 300 мг.</li> <li>▪ <b>Олмесартан</b></li> <li>5, 20 ва 40 мг таблеткалар.</li> <li>- Гипертония: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 10-20 мг. максимал суткалик доза: 40 мг.</li> <li>▪ <b>Телмисартан</b></li> </ul>

**АНГИОТЕНЗИН РЕЦЕПТОРЛАРИНИНГ БЛОКАТОРЛАРИ (АРБ)**

Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан фойдаланиш	Номлари ва дозалари
		<p>20, 40 ва 80 мг. таблеткалар</p> <p>- Гипертония: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 20-40 мг, максимал суткалик доза: 80 мг.</p> <p>(Юрак-қон томир ҳодисалари учун хавф омиллари бўлган ва инсульт ва миокард инфарктининг профилактикаси учун ААФИнни ўзлаштира олмайдиган 55 ёш ва ундан катталарда юрак-қон томир ўлимини камайтириш учун).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Лозартан</b> 25, 50, 100 мг. таблеткалар</li> </ul> <p>- Гипертония: бошланғич доза: кунига бир марта перорал 50 мг, максимал суткалик доза: 100 мг.</p> <p>(Анамнезда артериал гипертензия ва чап қоринча гипертрофияси билан беморларда инсульт профилактикаси учун, протеинурия ёки диабетик нефропатияни даволаш учун)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Валсартан</b> 40, 80, 160 ва 320 мг. таблеткалар</li> </ul> <p>- Гипертония: бошланғич доза: кунига 1 ёки 2 марта перорал 80 мг, максимал суткалик доза — 320 мг.</p> <p>- Анамнезда ўткир миокард инфарктдан кейин чап қоринча етишмовчилиги ёки чап қоринча дисфункцияси (ЧҚД) бўлган бошқа стабил беморларда юрак-қон томир ўлимини камайтириш учун.</p> <p>Юрак етишмовчилиги: бошланғич доза: кунига икки марта перорал 20 мг, максимал суткалик доза: кунига 160 мг 2 марта .</p>

## СЮИК билан беморларни касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар

### 17- жадвал. СЮИК билан беморларни касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар

Тавсиялар	Синф	Даража
Стабил ЮИК бўлган беморларни касалхонага ётқизиш, агар инвазив текширувлар ва/ёки миокард реваскуляризацияси учун оптимал медикаментоз даволанганига қарамай, стенокардия ФС юқори даражада (III-IV синф) сақланса тавсия этилади.	I	C
Стабил ЮИК бўлган беморларни касалхонага ётқизиш амбулатория шароитида медикаментоз даволанишга яроқли бўлмаган ЮЕ декомпенсациясида тавсия этилади.	I	C
Юрак ритми ва/ёки ўтказувчанлиги сезиларли даражада ёки ҳаёт учун хавfli бўлган ҳолларда стабил ЮИК бўлган беморларни касалхонага ётқизиш тавсия этилади.	I	C
Илк бор пайдо бўлган стенокардия ёки олдинги сурункали ЮИК кучайиши билан барча беморларни, шошилиш равишда инвазив даволаш мумкин бўлган касалхонага ётқизиш тавсия этилади.	I	C

*Эслатма:* ФС – функционал синф; ЮЕ – юрак етишмовчилиги; ЎКС – ўткир коронар синдроми.

## СЮИК билан беморларни касалхонадан чиқариш учун кўрсатмалар

### 18-жадвал. СЮИК билан беморларни касалхонадан чиқариш учун кўрсатмалар

Тавсиялар	Синф	Даража
ЮИК билан оғриган беморларни, агар уларнинг аҳволи клиник жиҳатдан стабиллашган бўлса, ноқулай оқибатлар хавфини баҳолаш (шу жумладан КАГ ва/ёки кўрсатма бўлган ҳолларда инвазив стресс-синамалар) ва танланган стратегияни амалга оширилгандан сўнг касалхонадан чиқариш тавсия этилади.	I	C
ЎКС ташхисини истисно қилгандан сўнг, ЮИК билан оғриган барча беморларни амбулатор даволаниш учун йўналтиришни ёки касалхонага ётқизишни талаб	I	C

қиладиган бошқа асосий касаллик аниқланса, ихтисослаштирилган бўлимга ўтказиш тавсия этилади.		
---	--	--

*Эслатма:* ЮИК – юрак ишемик касаллиги; КАГ – коронароангиография; ЎКС – ўткир коронар синдроми.

## Жарроҳлик даволаш усуллари

Миокард реваскуляризацияси СЮИКни даволашда муҳим роль ўйнайди, лекин ҳар доим асосий медикаментоз терапиясига қўшимча сифатида, уни алмаштирмасдан. Реваскуляризациянинг иккита мақсади стенокардия билан беморларда симптомларни бартараф этиш ва/ёки касалликнинг прогнозини яхшилашдир (19-жадвалга қаранг).

**19-жадвал.** Турғун стенокардия билан беморларда реваскуляризация учун кўрсатмалар

Шикастланишнинг ифодалиги	Синф	Даража	
Прогнозни яхшилаш учун	ЧКА устунининг стенози >50%	I	A
	ОТА Проксимал стеноз >50%	I	A
	Стеноз >50% ва ЧҚ ОФ <40% билан икки-ёки уч қон-томирли шикастланишлар	I	A
	ЧҚ ишемияснинг катта майдони (>10%)	I	B
	Стеноз билан ягона коронар артерия >50%	I	C
Ҳаёт сифатини яхшилаш (симптомларни камайтириш)	Терапияга қарамай, стенокардия ёки унинг эквиваленти мавжудлигида ҳар қандай коронар стеноз >50%	I	A

*Эслатма:* ЧКА - чап коронар артерия; ОТА - олддаги тушувчи артерия; ОФ – отилиш фракцияси; ЧҚ - чап қоринча; КА - коронар артерия.

### СЮИК учун қўлланиладиган жарроҳлик аралашув турлари:

1. Тери орқали коронар аралашувлар (стентлаш билан ангиопластика)
2. Аортакоронар шунтлаш

Реваскуляризация усулини танлаш тўғрисидаги қарор КАГ натижалари, ноинвазив ва инвазив текшириш усуллари маълумотлари ва клиник таҳлиллар натижалари асосида рентгенэндоваскуляр жарроҳ, кардиожарроҳ ва шифокор-кардиологни ўз ичига олган «юрак жамоаси» (heart team) томонидан қабул қилинади (20-жадвалга қаранг). Клиникада кардиожарроҳ бўлмаганда, ЧКА устунининг SYNTAX шкаласи бўйича >32 балл бўлган шикастланишда ва SYNTAX шкаласи бўйича > 22 балл бўлган кўп томирли

шикастланишлар бўлса телетиббиёт маслаҳатлари имкониятларидан фойдаланиш тавсия этилади.

**20-жадвал.** Прогноз жиҳатдан жарроҳлик ўлим хавфи паст бўлган ва мос коронар анатомияга эга ЮИК билан оғриган беморларда реваскуляризация тури (АКШ ва ТОКА) бўйича тавсиялар

Коронар ўзанинг шикастланиш локализацияси ва оғирлиги	АКШ		ТОКА	
	Синф	Даража	Синф	Даража
<b>Битта томирли шикастланиш</b>				
ОТА проксимал стенозсиз	IIb	С	I	С
ОТА проксимал стеноз билан	I	А	I	А
<b>Икки томирли шикастланиш</b>				
ОТА проксимал стенозсиз	IIb	С	I	С
ОТА проксимал стеноз билан	I	В	I	С
<b>ЧКА устун шикастланиши</b>				
ЧКА устун шикастланиши билан SYNTAX (0-22) бўйича баҳолаш	I	А	I	А
ЧКА устун шикастланиши билан SYNTAX (22-32) бўйича баҳолаш	I	А	IIa	А
ЧКА устун шикастланиши билан SYNTAX ( $\geq 32$ ) бўйича баҳолаш	I	А	III	В
<b>ҚДсиз учта томирли шикастланиш</b>				
Учта қон-томирли шикасталаниш билан SYNTAX (0-22) бўйича баҳолаш	I	А	I	А
Учта қон-томирли шикасталаниш билан SYNTAX ( $\geq 22$ ) бўйича баҳолаш	I	А	III	А
<b>ҚД билан учта томирли шикастланиш</b>				
Учта қон-томирли шикасталаниш билан SYNTAX (0-22) бўйича баҳолаш	I	А	IIb	А
Учта қон-томирли шикасталаниш билан SYNTAX ( $\geq 22$ ) бўйича баҳолаш	I	А	III	А

**Эслатма:** АКШ – аортокоронар шунтлаш; ТОКА – тери орқали коронар аралашув; ОТА – олддаги тушиш артерияси; ЧКА – чап коронар артерия; SYNTAX - Synergy between Percutaneous Coronary Intervention with TAXUS and Cardiac Surgery – TAXUS стентларини имплантацияси ва кардиожарроҳлик билан ТОКАнинг мослиги; ҚД – қандли диабет.

## Рефрактер стенокардиясини даволаш

Рефрактер стенокардия - бу симптомлари 3 ойдан ортиқ давом этадиган, вақтинчалик миокард ишемияси тасдиқланган, коронар ўзаннинг оғир шикастланиши мавжуд ва бу симптомларни иккинчи ва учинчи қатор дори воситаларни қўшиб медикаментоз терапиясини кучайтириш орқали назорат қилиб бўлмайдиган, АКШ ёки стентлаш, шу жумладан сурункали тўлиқ коронар окклюзияси билан ТОКАлар билан кечадиган стенокардия . Рефрактер стенокардия билан беморларни оғриқ механизмларини аниқ ташхислаш, асосида алоҳида бемор учун энг мувофиқ терапевтик ёндашувни танлашда тажрибага эга бўлган мультидисциплинар жамоалар бўлган ихтисослашган клиникаларда даволаш афзалроқдир (21-жадвалга қаранг).

### 21-жадвал. Рефрактер стенокардияни даволаш вариантлари бўйича тавсиялар

Тавсиялар				Синф	Даража
Оптимал реваскуляризацияга стенокардия камайтириш контрапулсацияни	медикаментоз билан учун	терапияга рефрактерли беморларда ташқи қилиш мумкин.	ва оғир симптомларни кучайтирилган	IIb	B

## СЮИК билан беморларни диспансер назорати

### Диспансер назоратни мақсади:

1. прогнозни яхшилаш ва МИ ва тўсатдан ўлимнинг пайдо бўлишининг олдини олиш;
2. ҳаёт сифатини яхшилаш учун стенокардия ҳужумларининг частотаси ва интенсивлигини камайтириш.

Самарали даволанган турғун стенокардия билан беморлар ҳар 6-12 ойда бир марта текширилиши керак (18-жадвалга қаранг). Бундай ҳолда улар қуйидагилар баҳоланади:

- ўзгариладиган хавф омиллари ўзгарганми
- жисмоний машқларга толерантлик пасайдими
- стенокардия тез-тез учрашни бошламадими
- даволашга риоя қилиш қандай
- янги экстракардиал касалликларнинг мавжудлиги

**Таблица 22. СЮИК билан оғриган беморларни диспансер кузатувининг хусусиятлари**

НОЗОЛОГИЯ	Оилавий шифокори томонидан даврий тиббий кўриклар	Диспансерное наблюдение			Функционал текширувлар даврийлиги	Лаборатор текширувлар даврийлиги
		Даврий кўриклар	“Д” кузатув давомийлиги	Топ мутахассис кўриклари		
ЮИК. Турғун зўриқиш стенокардияси I-II ФС	<p><b>1-кўрик:</b> бемор муражаатида ёки СЮИК аниқланганда</p> <p><b>Қайта кўрик</b> мақсадли АҚБ, ПЗЛП баҳолаш ва антиишемик дори воситаларини дозаси титрациялаш учун 6 ойдан сўнг ташкиллаштирилларди.</p> <p><b>Терапия тартиби:</b> антиагрегантлар, статинлар, антиишемик дори воситалар</p> <p><b>Кейин диспансер кузатув</b></p>	<p>Йилига 2 марта диспансер текширув</p> <p>Йилига 4 марта патронаж ҳамширанинг кўриги</p>	умрбод	<p>Чуқурлаштирилган диспансер текширувдаги топ мутахассисларнинг кўриги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• КАРДИОЛОГ</li> <li>• ИНТЕРВЕНЦИОН КАРДИОЛОГ</li> <li>• КАРДИОЖАРРОҲ</li> <li>• НЕВРОЛОГ</li> <li>• ОФТАЛЬМОЛОГ</li> <li>• ЭНДОКРИНОЛОГ</li> </ul> <p><b>Кўриклар даврийлиги кўрсатмага кўра аниқланади</b></p>	<p>Асосий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ЭКГ</li> </ul> <p><b>Йилига 2 марта</b></p> <p>Қўшимча:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ЭХОКГ</li> <li>• ХМЭКГ</li> <li>• Кўкрак қафаси рентгеноскопияси</li> <li>• ББрахиоцефал артерияларни УТТ</li> <li>• Ички аъзоларни УТТ</li> <li>• Стресс-ЭКГ (ВЭМ, тредмил-синамаси)</li> <li>• Стресс-ЭХОКГ</li> <li>• Коронар артерияларни МСКТ си</li> <li>• КАГ</li> </ul> <p><b>Даврийлиги кўрсатмага кўра аниқланади</b></p>	<p>Асосий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Умумий қон таҳлили</li> <li>• Умумий сийдик таҳлили</li> <li>• Қондаги қанд</li> <li>• АЛТ, АСТ, умумий КФК</li> <li>• Липид спектри</li> <li>• Қондаги креатинин</li> </ul> <p><b>Йилига 2 марта</b></p> <p>Қўшимча:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Коагулограмма</li> <li>• Тропонин</li> <li>• МВ-КФК</li> <li>• ТТГ</li> <li>• МНУП</li> <li>• Қондаги электролитлар: калий, натрий, кальций</li> <li>• Умумий оқсил</li> <li>• Гомоцистеин</li> </ul> <p><b>Даврийлиги кўрсатмага кўра аниқланади</b></p>
ЮИК. Турғун зўриқиш стенокардияси III-IV ФС	<p><b>1-кўрик:</b> бемор муражаатида ёки СЮИК аниқланганда</p> <p><b>Қайта кўрик</b> мақсадли АҚБ, ПЗЛП баҳолаш ва антиишемик дори воситаларини дозаси</p>	<p>Йилига 4 марта диспансер текширув</p> <p>Йилига 4 марта</p>	умрбод	<p>Чуқурлаштирилган диспансер текширувдаги топ мутахассисларнинг кўриги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• КАРДИОЛОГ</li> </ul>	<p>Асосий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ЭКГ</li> </ul> <p><b>Йилига 4 марта</b></p> <p>Қўшимча:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ЭХОКГ</li> <li>• ХМЭКГ</li> </ul>	<p>Асосий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Умумий қон таҳлили</li> <li>• Умумий сийдик таҳлили</li> <li>• Қондаги қанд</li> <li>• АЛТ, АСТ, умумий КФК</li> <li>• Липид спектри</li> </ul>

	<p>титрациялаш учун 3 ойдан сўнг ташкиллаштирилларди. IV ФС бўлганда қайта кўриклар сони кўпроқ бўлиши мумкин.</p> <p><b>Терапия тартиби:</b> антиагрегантлар, статинлар, антиишемик дори воситалар ва антиремоделловчи терапия (кўрсатма бўлса)</p> <p><b>Кейин диспансер кузатув</b></p>	<p>патронаж ҳамширанинг кўриги</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИНТЕРВЕНЦИОН КАРДИОЛОГ</li> <li>• КАРДИОЖАРРОҲ</li> <li>• ИНТЕРВЕНЦИОН АРИТМОЛОГ</li> <li>• НЕВРОЛОГ</li> <li>• ОФТАЛЬМОЛОГ</li> <li>• ЭНДОКРИНОЛОГ</li> <li>• НЕФРОЛОГ</li> </ul> <p><b>Йилига 1 марта</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кўкрак қафаси рентгеноскопияси</li> <li>• ББрахиоцефал артерияларни УТТ</li> <li>• Ички аъзоларни УТТ</li> <li>• Стресс-ЭКГ (ВЭМ, тредмил-синамаси)</li> <li>• Стресс-ЭХОКГ</li> <li>• Коронар артерияларни МСКТ си</li> <li>• КАГ</li> </ul> <p><b>Даврийлиги кўрсатмага кўра аниқланади</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Қондаги креатинин</li> </ul> <p><b>Йилига 4 марта</b></p> <p>Қўшимча:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Коагулограмма</li> <li>• Тропонин</li> <li>• МВ-КФК</li> <li>• ТТГ</li> <li>• МНУП</li> <li>• Қондаги электролитлар: калий, натрий, кальций</li> <li>• Умумий оқсил</li> <li>• Гомоцистеин</li> </ul> <p><b>Даврийлиги кўрсатмага кўра аниқланади</b></p>
--	--	------------------------------------	--	--	--	---

## **СЮИК профилактикаси**

Ҳозирги кунда ЮИКнинг **бирламчи, иккиламчи ва учламчи** профилактика турлари мавжуд.

ЮИКнинг бирламчи профилактикаси соғлом одамларда ва турли хил хавф омиллари аниқланган шахсларда касалликнинг ривожланишининг олдини олиш, иккиламчи профилактика эса касалликнинг ривожланишини ва ушбу касалликка чалинган одамларда асоратлари ривожланишининг олдини олишдир. Учламчи профилактика - бу ЮЕ ривожланишини кечиктиришга қаратилган чора-тадбирларни амалга оширишдир. ЮЕда анъанавий хавф омиллари ва касалликнинг натижаси ўртасидаги муносабатлар бузилади ва шу вазиятда ЧҚни функционал ҳолати ҳал қилувчи омил ҳисобланади. Чап қоринча ремоделлашнинг бошланиши учламчи профилактиканинг бошланғич нуқтасидир.

**Бирламчи профилактиканинг** асосий таркибий қисмлари *популяцион стратегияси* ва *индивидуал профилактикаси (юқори хавф стратегияси)* ҳисобланади.

*Популяцион стратегияси* ёки оммавий профилактикаси соғлом турмуш тарзини шакллантириши бўлиб, у, биринчи навбатда, тамаки чекишни камайтириш, рационал овқатланишни тадбиқ қилиш, бутун аҳолининг жисмоний фаоллигини ошириш ва атроф-муҳитни яхшилашни ўз ичига олади. Бу, қоида тариқасида, нафақат Соғлиқни сақлаш вазирлиги, балки бошқа вазирлик ва идоралар (Спорт вазирлиги, Қишлоқ хўжалиги вазирлиги, Маданият вазирлиги ва бошқалар) иштирок этадиган давлат тадбирларидир. *Индивидуал профилактикаси (юқори хавф стратегияси)* яққол ифодаланган хавф омиллари (чекиш, АГ, гиперхолестеринемия, ортиқча вазн, паст жисмоний фаоллик, ҚД ва бошқалар) бўлган шахсларни аниқлаш ва уларни бошқаришдир.

Европа Кардиология Жамиятининг тавсияларига кўра, ЮИК ёки бошқа атеросклеротик касалликларни ривожланиш хавфи юқори бўлган (чекиш, АГ ва липидлар даражаси (ПЗЛП туфайли гиперхолестеринемияси, ЮЗЛП пасайганлиги), оилада эрта ишемик юрак касаллиги ёки дислипидемиянинг бошқа шакллари, диабет каби хавф омилларининг комбинацияси туфайли) соғлом одамлар бирламчи профилактика учун устувор аҳамиятга эга.

**Иккиламчи профилактикаси** турмуш тарзини ўзгартиришни (чекишни тўхтатиш, пассив чекиш йўл қўймаслик, вазн йўқотиш учун рационал овқатланиш, қон босими ва холестерин даражасини мақсадли даражага эришиш; қондаги қандни назорат қилиш, жисмоний фаолликни ошириш) ҳам ўз ичига олиши керак. Агар фаол турмуш тарзи ўзгариши билан хавф омилларининг мақсадли даражаси эришилмаган бўлса, иккиламчи профилактика учун асос бўлган дори воситаларини қўшиш керак (антиагрегантлар, статинлар, РААТ блокаторлари ва бошқалар).

**Учламчи профилактикаси** базис антиремоделловчи терапияси (РААТ блокаторлари ёки АРНИ, бета-блокаторлар, МКРА ва SGLT2 ингибиторлари) кўринишида бўлиши керак Бу ЮИК учун барча профилактика чораларининг энг муҳим қисмидир, чунки ЮИК бўлган беморларни касалхонага ётқизишнинг деярли ярми ЮЕ билан боғлиқ. Бундай беморларда чап қоринча функцияси касалликнинг прогнозига асосий таъсир кўрсатади. Паст ёки нормал АҚБ, гиперхолестеринемия ва МНУП СЮ хавфини оширади ва ўлимнинг ошиши билан боғлиқ. Ҳозирги вақтда ЮЕни даволашда кўп тармоқли ёндашув қабул қилинган бўлиб, унинг моҳияти ЮЕ бўлган беморларда кўплаб тиббий, психо-ижтимоий, хулқ-атвор ва молиявий муаммоларни комплекс ҳал қилиш учун шифокорлар ва бошқа мутахассисликлар вакиллари бирлаштиришдан иборат.

## СЮИК реабилитацияси

СЮИК бўлган беморнинг ишлаш қобилияти зўриқиш стенокардия ва ЮЕнинг функционал синфига, ёндош касалликларга ва касбнинг хусусиятига боғлиқ. Юрак ритми ва ўтказувчанлигининг хавфли бузилишисиз I-II ФС зўриқиш стенокардияси бўлган беморлар комплекс реабилитация дастури учун маҳаллий кардиологик санаторийларга, бальнеологик ва иқлимий курортларга юборилиши мумкин. III-IV синф зўриқиш стенокардияси ва оғир бирга келадиган касалликлари бўлган беморларга санатор-курорт даволаниш тавсия этилмайди.

### 23-жадвал. ЮИК билан оғирган беморларни реабилитация қилиш хусусиятлари

Тавсиялар	Синфи	Даражаси
Касбий фаолияти оғир жисмоний меҳнат ва потенциал ижтимоий хавф билан боғлиқ бўлган янги ЮИК ташхис қўйилган меҳнатга лаёқатли беморларни (учувчилар, кран операторлари, жамоат транспорти ҳайдовчилари ва бошқалар) ногиронлик гуруҳини аниқлаш учун тиббий-ижтимоий экспертизадан ўтказиш тавсия этилади.	I	C
III-IV ФС зўриқиш стенокардияси бўлган беморларни ногиронлик гуруҳини аниқлаш учун тиббий-ижтимоий кўриқдан ўтказиш тавсия этилади.	I	C
Даволаш, турмуш тарзини ўзгартириш ва юрак-қон томир хавф омилларини бошқаришни ошириш учун СЮИК бўлган, ЎКС, ТОКА ёки АКШдан ўтган барча беморларни иккиламчи профилактика ва	I	A

<p>реабилитациянинг комплекс дастурларига киритиш тавсия этилади.</p>		
<p>ЎКС, ТОКА ёки АКШ дан ўтган ЮИК билан оғриган беморларни реабилитация қилиш дастурини амалга ошириш учун мутахассисларнинг кўп тармоқли жамоасини (кардиологлар, терапевтлар, умумий амалиёт шифокорлари, диетологлар, физиотерапевтлар, тиббий психологлар, ҳамширалар) шакллантириш тавсия этилади.</p>	<p><b>I</b></p>	<p><b>A</b></p>

## Сурункали ишемик касалликлари менежменти бўйича амалий кўникмалар компетенциялари (task shifting)

	Амалиётчи ҳамшира	БМСЁ Оила шифокори (бакалавр)	Топ мутахассис
<b>Шикоятлар ва анамнез</b>			
Бемордан шикоятларни йиғиш кўникмаларни кўрсатиш	+	+	+
емордан касаллик анамнезини олишда юрак-қон томир симптомлари (кўкрак қафасидаги оғриқ, нафас қисилиши, ортопноэ, пароксизмал тунги нафас қисилиши, юрак уриши, никтурия, шиш, анорекция, ҳушидан кетиш, ҳушдан кетишдан олдинги ҳолат, бош айланиши, вақти-вақти билан оқсоқлик, чарчоқ) ҳақида билимларни қўллаш.	+	+	+
Юрак-қон томир касалликлари билан беморларнинг тўлиқ тиббий анамнезини таърифлаш.		+	+
Хавф омиллари	+	+	+
<b>Физикал кўрик</b>			
Антропометрик маълумотларни (бўйи, вазни, ТМИ ҳисоблаш, бел айланмаси) ўлчаш бўйича малакани намойиш этиш	+	+	+
Иккала қўлда пульсни ўлчаш ва уни тавсифлаш қобилятини кўрсатиш	+	+	+
Иккала қўлда қон босимини ўлчаш ва уни баҳолаш кўникмасини кўрсатиш	+	+	+
Беморнинг позицияси ва умумий кўринишидан бошлаб, сўнгра қўллар, юз, бўйин, кўкрак қафаси, қорин, оёқлар ва ҳоказоларни текшириб, беморни кенг қамровли физикал текширувдан ўтказиш малакасини намойиш этиш.		+	+
Юрак ишемик касаллиги билан беморларни текширишда малакани кўрсатиш.		+	+
Юрак ва уйқу артерияларининг аускультацияси		+	+
Уйқу ва периферик артерияларни пайпаслаш		+	+
Неврологик текширув ва когнитив ҳолатни баҳолаш		+	+

Димланиб қолган юрак етишмовчилигининг жисмоний белгиларини аниқлашда малакани намойиш этиш..		+	+
<b>Ташҳис қўйиш</b>			
Шикоятлар, анамнез ва физикал текширув асосида стенокардия ташхисини қўйиш		+	+
Стенокардиянинг функционал синфини аниқлаш		+	+
<b>Базавий лаборатор диагностика</b>			
Базавий лаборатория таҳлилларини буюриш:	+	+	+
- Умумий қон таҳлили (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитлар формула + ЭЧТ)	+	+	+
- Оч қоринга глюкоза	+	+	+
- Гликирланган гемоглобин (оч қоринга глюкозада 6,1 ммоль / л дан ортиқ бўлса)		+	+
- Қон липидлари спектри: умумий холестерин, ПЗЛП-Хс, ЮЗЛП-Хс, триглицеридлар, атероген индекси (агар умумий холестерин 5,0 ммоль / л дан юқори бўлса ёки ЮИК бўлган бемор)		+	+
Жигар функцияси кўрсаткичлари(АЛТ, АСТ, билирубин)	+	+	+
Қони сийдикчили	+	+	+
Қон креатинини	+	+	+
Ҳисобланган ГФР		+	+
Базавий лаборатория таҳлиллари натижаларини талқин қилиш		+	+
<b>Шартли инструментал диагностика</b>			
ЭКГга буюриш (шартли ўрганиш)	+	+	+
ЭКГ талқини асосида артериал гипертензия белгиларини аниқлаш		+	+
<b>Зўриқиш стенокардиясини давлаш</b>			
Номедикаментоз давлаш (31-32-бет)	+	+	+
Зўриқиш стенокардияси учун медикаментоз даволашни буюриш компетенцияси (32-51-бет)		+	+
I функционал синф		+	+
II функционал синф		+	+
III функционал синф		+	+
IV функционал синф		+	+
Хавф паст, ўртача, юқори		+	+

**Зўриқиш стенокардиясининг профилактикаси**

Хулқ-атвори яхшилаш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўйича компетенциялар	+	+	+
Медикаментоз даволашга риоя қилишни яхшилаш бўйича компетенциялар	+	+	+
<b>Юрак ишемик касаллигининг скрининги</b>			
Тиббиёт муассасасига ташриф буюрганда артериал гипертензия скрининги (16-19-бет)	+	+	+

! Асосий тор мутахассис – шифокор-кардиолог ҳисобланади. ЮИК билан беморларни даволаш компетенцияси билан бошқа мутахассислар – терапевт.

\*Ушбу компетенцияларга ҳамшираларни тайёрлаш орқали эришиш мумкин.

\*\*Бирламчи тиббий ёрдамдан сўнг ЮИК билан жуда юқори хавф остида бўлган беморлар кардиолог маслаҳатига юборилиши ва тор мутахассис томонидан назоратда бўлиши керак.

**Сурункали юрак ишемик касаллиги билан беморларни даволаш бўйича клиник амалиётда қўлланиладиган миллий стандарт қўйидаги ҳужжатлар асосида тайёрланган:**

**Ҳавола:**

doi: 10.1093/eurheartj/ehz425.

**2. 2023 йил Америка юрак ассоциацияси, Америка кардиологлар коллежини сурункали коронар синдромлари бўйича менежмент учун гайдлайнлари**

**Ҳавола:**

<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001168Circulation>.

**\*Агар иккала ҳужжатда ҳам бир хил маълумот тақдим этилган бўлса, ҳавола кўрсатилмайди**



## Юрак ишемик касалликлари менежменти бўйича билим компетенциялари (task shifting)

	Амалиётчи ҳамшира	БМСЁ Оила шифокори (бакалавр)	Топ мутахассис
Юрак ишемик касаллигини таърифлаб бериш	+	+	+
Юрак ишемик касаллигида шикоятлар, хавф омиллари, симптомларни тавсифланг	+	+	+
Юрак ишемик касаллиги билан боғлиқ атамаларни тавсифланг (масалан, стенокардия, миокард инфаркти)		+	+
Юрак ишемик касаллигини таснифланг (классификацияланг)	+	+	+
Юрак ишемик касаллиги патофизиологик механизмларини тавсифланг		+	+
Этиология, симптомлар ва тадқиқотлар (базавий лаборатория текширувлари ва ЭКГ) асосида ЮИКни ташхислаш учун ёндашувни яратиш.	+	+	+
Базавий таҳлиллар ва ЭКГ талқини		+	+
Зўриқиш стенокардиясини ташхислаш, қўшимча тадқиқот усуллари тайинлаш учун ёндашувни яратиш		+	+
ЮИК даволашга ёндашувни шакллантириш		+	+
ЮИК номедикаментоз терапиясини тавсифланг	+	+	+
ЮИК медикаментоз терапиясини тавсифланг		+	+
ЮИК қабул қилинадиган турли препаратларнинг таъсир механизмини, кўрсатмаларини ва ножўя таъсирини муҳокама қилинг		+	+
Даволаш доирасида ЮИК ривожланишининг патофизиологик механизмларини муҳокама қилинг		+	+
ЮИК учун тавсия этилган скрининг частотасини билинг		+	+

! Асосий топ мутахассис - шифокор -кардиолог ҳисобланади.

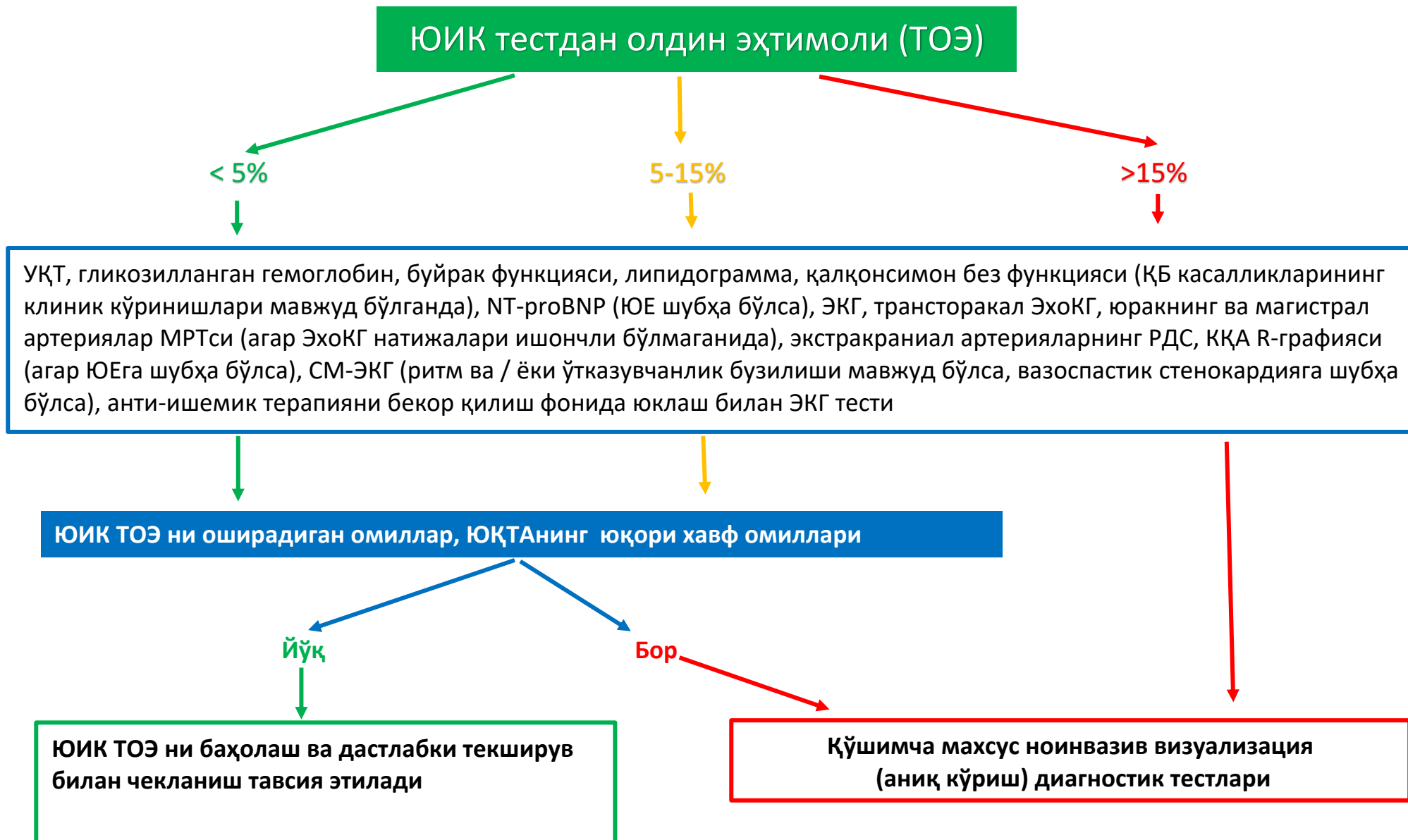
ЮИК билан беморларни даволашда компетенцияси билан бошқа мутахассислар - терапевт, эндокринолог, нефролог, офтальмолог, невропатологлардир.

# Алгоритм 1. Сурункали коронар синдромлар диагностикаси



**Эслатма:** а - агар ЮКК ташхиси тасдиқланмаса, даволанишни бошлашдан олдин, ташхис қўйиш учун миокард ишемиясининг ноинвазив визуализациясини қўллаш мақсадга мувофиқ бўлиши мумкин; б - кўкрак қафасидаги оғриқнинг экстракардиал сабаб бўлиш эҳтимоли юқори бўлган жуда ёш ва соғлом беморларда, шунингдек ЭхоКГ натижалари беморни кейинги даволашга таъсир қилмайдиган коморбид беморларда ўтказилмаса ҳам бўлади; с – стресс- ЭКГ симптомлар, аритмиялар, жимоний юкланишга толерантлиги, АБ реакцияси ва алоҳида беморлар гуруҳидаги ҳодисалар хавфини баҳолаш учун ишлатилади; д - беморнинг жисмоний фаолиятга толерантлиги, турли тестларга индивидуал тоқат қилмаслик билан боғлиқ хавфлар ва диагностик тестнинг муҳим натижасини олиш эҳтимоли; е - юқори ТОЭ ва медикаментоз даволашда сақланаётган симптомлар, клиник баҳолашга асосланган ҳодисаларнинг юқори хавфи (масалан, кам юклашда симптомлар ёки ЮККни кўрсатадиган систолик дисфункция билан биргаликда ST сегменти депрессияси) ёки ноинвазив текширувда ноаниқ ташхис; ф - миокард ишемиясининг функционал визуализацияси, агар МСКТ коронарография ЮИК мавжудлигини аниқ исботламаган бўлса; г - коронар артерияларнинг обструкцияси бўлмаганда стенокардияни ҳам ўз ичига олади.

## Алгоритм 2. Сурункали коронар синдромлар скрининги ва диагностикаси



### Алгоритм 3. СЮИКда антиишемик терапияни танлаш алгоритми

	Стандарт терапия	ЮУЧ юкори (> 80марта/дақ)	ЮУЧ паст (< 50 марта/дақ)	ЧҚ ва СЮЕ дисфункцияси	АБ паст
1-қадам	ББ ёки ККБ <sup>a</sup>	ББ ёки НДПККБ	ДПККБ	ККБ	ББ паст дозалари ёки НДПККБ паст дозалари
2-қадам	ББ+ДПККБ	ББ+НДПККБ <sup>b</sup>	ТУН	ТУН ёки ивабрадин қўшинг	Ивабрадин, ёки ранолазин, ёки триметазидин қўшинг
3-қадам	2-қатор препаратини қўшинг	Ивабрадин қўшинг <sup>c</sup>	ДПККБ+ТУН	2-қатор препаратини қўшинг	Иккита 2- қатор препаратлари комбинациясидан фойдаланинг
4-қадам	Никорандил, ранолазин, ёки триметазин қўшинг				

**Эслатмалар:** Таклиф этилаётган босқичма-босқич ёндашув ҳар бир беморнинг хусусиятлари ва афзалликларига мослаштирилиши керак. *a* - ББ билан ДП ККБ комбинацияси биринчи қадам сифатида кўриб чиқилиши керак; ББ ёки ККБ нинг иккинчи қатор препарати билан комбинацияси биринчи қадам сифатида кўрилиши мумкин; *b* – ББ ва НДП ККБ комбинациясида ҳар бир препаратнинг, ўзлаштирилишини, хусусан ЮУЧ ва АБ диққатлик назорати остида, паст дозалари дастлаб буюрилиши керак; *c* - Ивабрадиннинг паст дозаси (2,5 мг) аввал тестдан ўтказилиши керак. Ивабрадинни НДП ККБ билан бирлаштириш мумкин эмас; *d* - 2-қадамда ивабрадин қўйиши мумкин, аммо ЮУЧ >80 марта/дақ бўлса ва яхши ўзлаштирилса.

**Сокращения:** АБ — артериал босим, ББ — бета-блокатор, ККБ — (ҳар қандай синф) кальций каналларининг блокатори, ДП ККБ — дигидропиридинли кальций каналларининг блоркатори, ЧҚ — чап қоринча, НДП — нодигидропиридинли, ТУН — таъсири узоқ давом этадиган нитратлар, ЮЕ — юрак етишмовчилиги, СЮЕ — сурункали юрак етишмовчилиги, марта/ дақ — марта/ дақиқада, ЮУЧ — юрак уруш частотаси.

## Алгоритм 4. СЮИК ва ЮОБФ билан беморларда ишемик инсульт хавфини баҳолаш (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc шкаласи бўйича)

Хавф омиллари	Баллар
«С» Сурункали юрак етишмовчилиги / чап қоринча дисфункцияси	1
«Н» Артериал гипертония	1
«А» Ёши ≥75 лет	2
«D» Диабет	1
«S» Ишемик инсульт/транзитор ишемик ҳужум/анамнезда тизимли эмболиялар	2
«VASc» Қон томир касаллиги (анамнезда миокард инфаркти, оёқ периферик артерияларининг атеросклерози, аортада атеросклеротик пиллакча)	1
Ёши 65–74 ёш	1
Жинси аёл	1

### CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc шкаласи ва терапия бўйича тавсиялар

CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc индекси	Инсульт хавфи %	Хавф	Антикоагулянт терапия	Тавсиялар
<b>0</b>	<b>0</b>	паст	Антитромботик терапия кўрсатилмаган ёки аспирин	Аспирин 75-325 мг/сут ёки антитромботик воситаларни буюрманг. Антитромботик препаратлардан фойдаланмаслик афзалроқ.
<b>1</b>	<b>1.3</b>	ўртача	Перорал антикоагулянтлар ёки аспирин	Оғиз орқали қабул қилинадиган антикоагулянтлар: ХНН назорати остида варфарин 2,0-3,0 оралиғида; дабигатран ёки Аспирин кунига 75-325 мг. Перорал антикоагулянтлар аспиринга нисбатан афзалликларга эга.
<b>2</b>	<b>2.2</b>	юқори	Перорал антикоагулянтлар	Перорал антикоагулянтлар: ХНН назорати остида варфарин 2,0-3,0 оралиғида; дабигатран, апикасабан, ривороксабан
<b>3</b>	<b>3.2</b>			
<b>4</b>	<b>4.0</b>			
<b>5</b>	<b>6.7</b>			
<b>6</b>	<b>9.8</b>			
<b>7</b>	<b>9.6</b>			
<b>8</b>	<b>6.7</b>			
<b>9</b>	<b>15.2</b>			

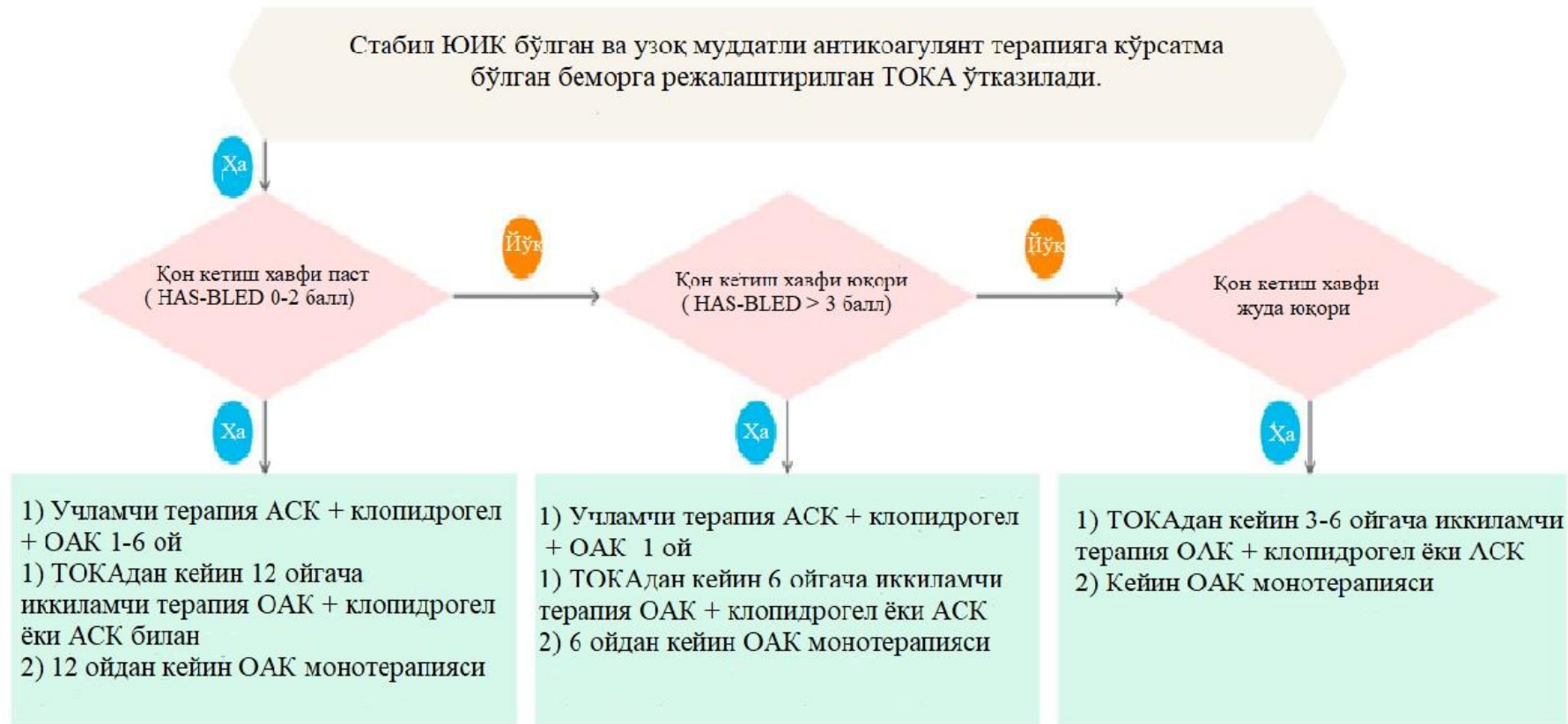
## Алгоритм 5. СЮИК ва ЮОБФ билан беморларда қон кетиш хавфини баҳолаш (HAS-BLEED шкаласи бўйича)

Аввало, беморни қон кетишининг потенциал манбаларини аниқлашга ва ўзгартирилиши мумкин бўлган хавф омилларини тўғрилашга қаратилган текширувдан ўтказиш ва ўзгартирилмайдиган омиллар мавжуд бўлганда, энг хавфсиз антикоагулянтни танлаш керак.

Ҳарф*	Клиник хусусияти	Баллар сони
<b>H</b>	Гипертония	<b>1</b>
<b>A</b>	Жигар ёки буйрак функциясининг бузилиши (1 баллдан)	<b>1 или 2</b>
<b>S</b>	Инсулт	<b>1</b>
<b>B</b>	Қон кетиши	<b>1</b>
<b>L</b>	Лабил ХНН	<b>1</b>
<b>E</b>	Ёши >65 ёш	<b>1</b>
<b>D</b>	Дори ёки алкоголь (1 баллдан)	<b>1 или 2</b>

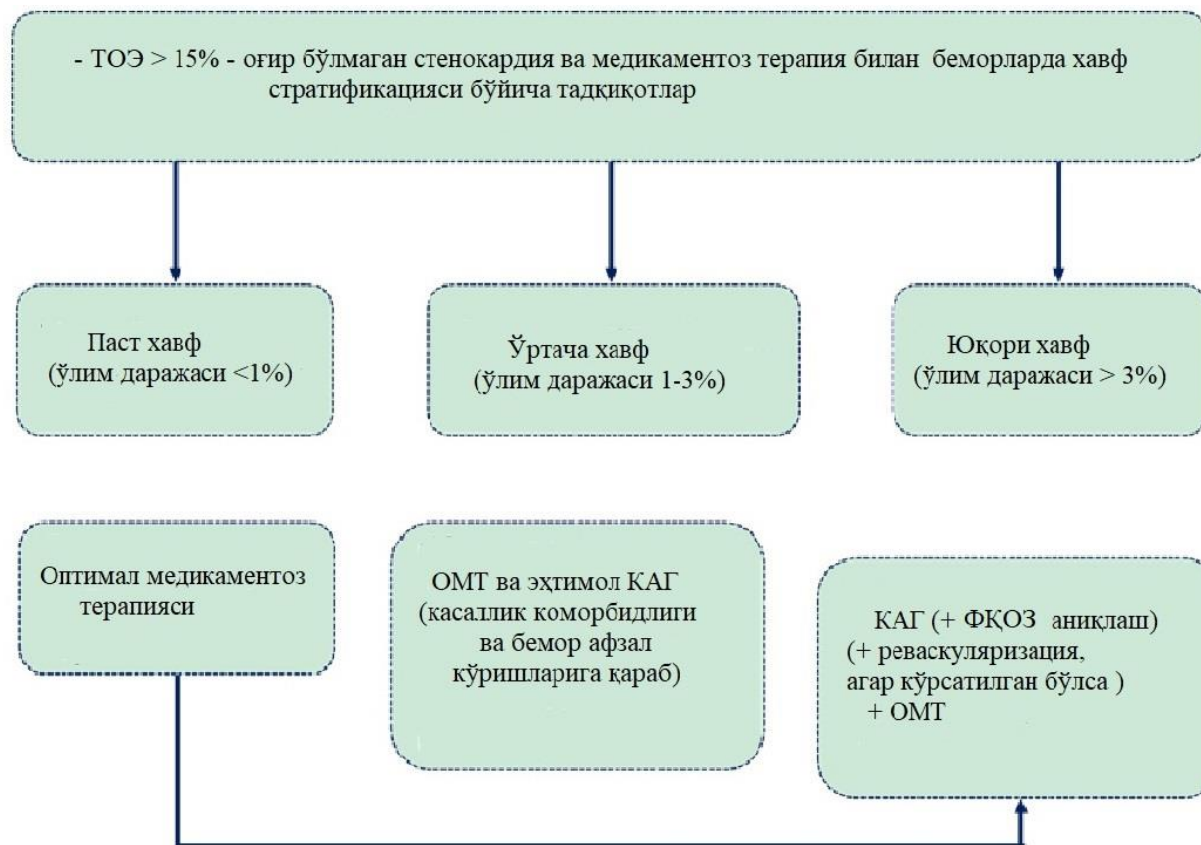
**Эслатма:**\* Инглиз номларининг биринчи ҳарфлари: «H» - систолик АБ >160 мм с. уст.; «A» - буйрак ёки жигар функциясининг бузилиши: диализ, буйрак трансплантацияси ёки зардоб креатинини  $\geq 200$  ммоль / л; сурункали жигар касаллиги (масалан, цирроз) ёки жигарнинг оғир шикастланишининг биокимёвий белгилари (масалан, билирубин даражаси норманинг юқори бўсағасидан камида 2 баробар юқорилиги билан бирга АСТ / АЛТ / ишқорий фосфатаза юқори чегараларининг меъёрларидан 3 баробар юқорироқ, ва бошқалар.); «S» - анамнезда инсулт; «B» - анамнезда қон кетиши ва/ёки қон кетишига мойиллик, масалан, геморрагик диатез, анемия ва бошқалар; «L» - ностабил/юқори ХНН ёки мақсадли диапазон доирасида ХНН ўлчовларининг <60%, «E» - 65 ёшдан катталар; «D» - дори воситалари (антиромбоцитар, ностероид яллиғланишга қарши воситалар) / алкоголь.

## Алгоритм 6. Режалаштирилган тери орқали коронар аралашувдан сўнг СЮИК ва ЮОБФ билан беморларда антиромботик терапия режимини



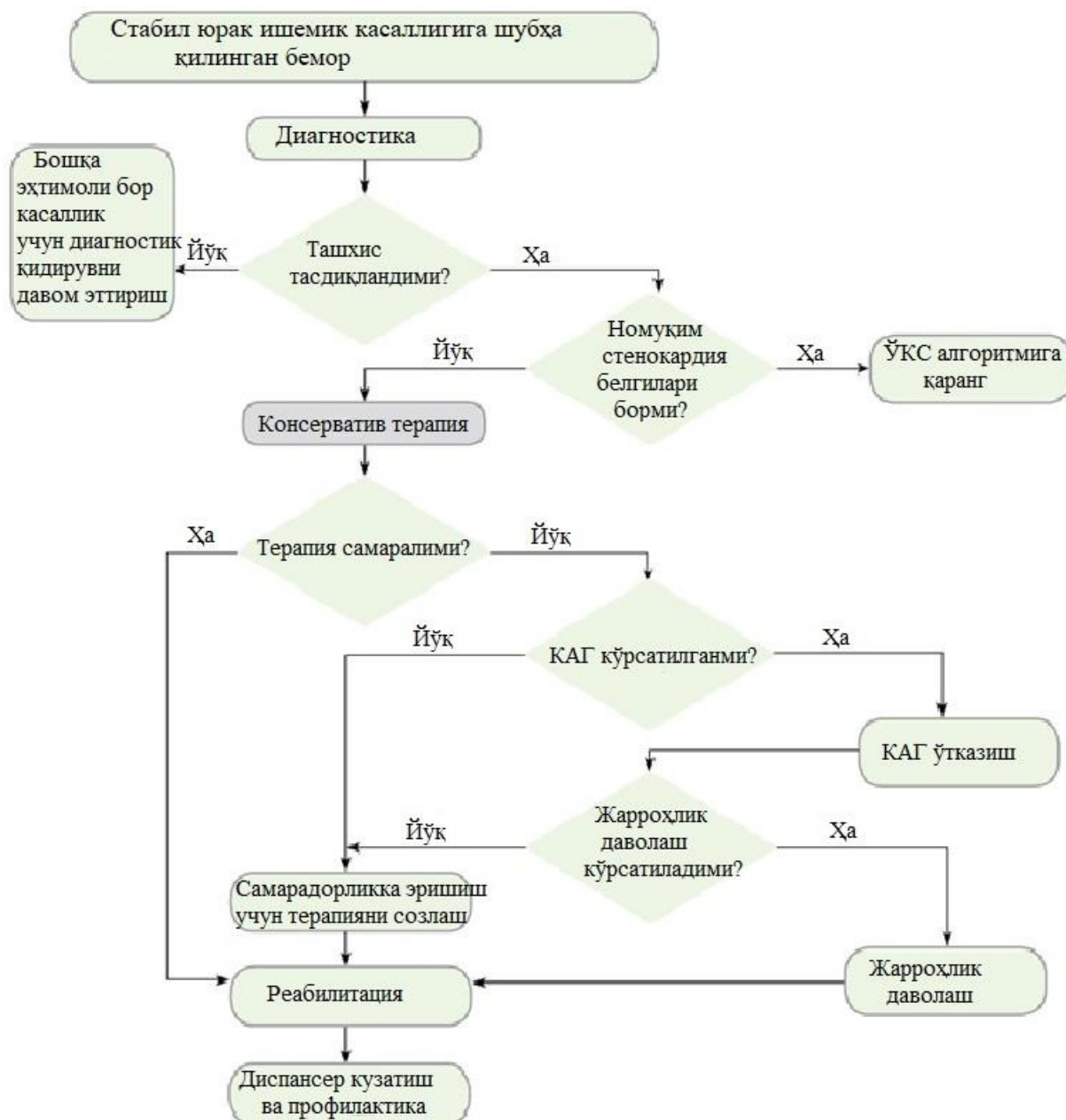
**Эслатма:** СЮИК - сурункали юрак ишемик касаллиги, ЮОБФ – юрак олд бўлмачаси фибриляцияси, ТОКА - тери орқали коронар аралашув, АСК - ацетилсалицил кислотаси, ОАК - орал антикоагулянт.

## Алгоритм 7. СЮИКда ТОЭ > 15% бўлган беморларда бошқариш тактикаси



**Эслатма:** СЮИК – сурункали юрак ишемик касаллиги, ТОЭ – тестдан олдин эҳтимоллик, ОМТ – оптималь медикаментоз терапия, КАГ – коронарография, ФҚОЗ–фракцион қон оқими захираси.

## Алгоритм 8. СЮИК билан беморларни даволаш схемаси



*Эслатма: СЮИК – сурункали юрак ишемик касаллиги, КАГ - коронарография.*