

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**

**«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ҚОРИНЧАЛАР
АРИТМИЯЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025



«КЕЛИШИЛГАН»

**Тиббиёт ходимларининг касбий
малакасини ривожланиш маркази
директори
Профессор Х.А. Акилов**

“ ” “ ” 2025 йил

**«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА
ҚОРИНЧАЛАР АРИТМИЯЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

**«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ҚОРИНЧАЛАР
АРИТМИЯЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ
ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа:

«Қари ва кекса ёшли беморларда қоринчалар аритмиялари» нозологияси бўйича миллий клиник протоколлари.....	2
«Қари ва кекса ёшли беморларда қоринчалар аритмиялари» нозологиясининг тиббий аралашувлар бўйича миллий клиник протоколлари	54
«Қари ва кекса ёшли беморларда қоринчалар аритмиялари» нозологиясининг профилактикаси ва реабилитацияси бўйича миллий клиник протоколлари	60
«Қари ва кекса ёшли беморларда қоринчалар аритмиялари» нозологиясининг паллиатив давоси бўйича миллий клиник протоколлари.....	67

1. КИРИШ ҚИСМИ

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11 шифр(лар)и:

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

ХКК-11 коди (лар):

BC60-BC9Z	Юрак аритмиялари
BC70-BC7Z	Қоринчалар аритмиялари
BC70	Қоринчаларнинг эрта деполяризацияси
BC71	Қоринчалар тахиаритмияси
BC71.0	Қоринчалар тахикардияси
BC71.00	Ўнг қоринча чиқарув йўлидан қоринча тахикардияси
BC71.01	Полиморф қоринчалар тахикардияси

BC71.02	Турғун қоринча тахикардияси
BC71.03	Нотурғун қоринча тахикардияси
BC71.0Y	Бошқа турғун қоринча тахикардиялари
BC71.0Z	Ноаниқ қоринчалар тахикардияси

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2027 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Такдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли хужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази (ТХКМРМ) ҳисобланади.

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

Жараёни ташкил этиш борасида кардиология йўналишидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

Протоколни ишлаб чиқишга масъул муассаса:

- Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази.

МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДА ХИССА ҚЎШГАНЛАР:

Акилов Хабибулла Атауллаевич Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Хамрабаева Феруза Ибрагимовна Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази терапия факултети декани, гастроэнтерология ва физиотерапия кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Талипова Юлдуз Шавкатовна Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош геронтолог, гериатри, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори

Тулабоева Гавхар Мирокборовна Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг кардиология ва

геронтология, интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси мудирлари Ўзбекистон Кардиологлар ассоциацияси раисининг ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Сагатова Холида
Махмудовна**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди

**Юлдошев Набижон
Примович**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори

**Зокиров Нодир
Узиевич**

Ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази аритмия лабораторияси илмий раҳбари, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Амиркулов
Бахтиёр
Джумаевич**

Ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази юрак электрофизиологик ташхислаш лабораторияси илмий раҳбари тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Низамов Улугбек
Иргашевич**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги кардиолог Бош маслаҳатчиси, ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази директорининг даволаш ишлар бўйича ўринбосари, тиббиёт фанлари номзоди, катта илмий ходим.

Муаллифлар рўйхати:

**Акилов Хабибулла
Атауллаевич**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Хамрабаева Феруза
Ибрагимовна**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази терапия факултети декани, гастроэнтерология ва физиотерапия кафедраси мудирлари, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Талипова Юлдуз
Шавкатовна**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош геронтолог, гериатри, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг интервенцион кардиология ва аритмология курси билан кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори

**Тулабоева Гавхар
Мирокборовна**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг кардиология ва геронтология, интервенцион кардиология ва

аритмология курси билан кафедраси мудир
Ўзбекистон Кардиологлар ассоциацияси
раисининг ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори,
профессор

**Сагатова Холида
Махмудовна**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини
ривожлантириш марказининг интервенцион
кардиология ва аритмология курси билан
кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди

**Юлдошев Набижон
Примович**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини
ривожлантириш марказининг интервенцион
кардиология ва аритмология курси билан
кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори

**Зокиров Нодир
Узуевич**

Ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий
тиббиёт маркази аритмия лабораторияси илмий
рахбари, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Амиркулов
Бахтиёр
Джумаевич**

Ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий
тиббиёт маркази юрак электрофизиологик
ташхислаш лабораторияси илмий рахбари тиббиёт
фанлари доктори, профессор

**Низамов Улугбек
Иргашевич**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш
вазирлиги кардиолог Бош маслаҳатчиси,
ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий
тиббиёт маркази директорининг даволаш ишлар
бўйича ўринбосари, тиббиёт фанлари номзоди,
катта илмий ходим.

Такризчилар:

**Мухамедова
Муяссар
Гафурджановна**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини
ривожлантириш марказининг функционал
диагностика кафедраси мудир тиббиёт фанлари
доктори, профессор

**Муллабаева Гузаль
Учкуновна**

Республика ихтисослаштирилган кардиология
илмий амалий тиббиёт маркази миниинвазив
кардиохирургик бўлими илмий рахбари тиббиёт
фанлари доктори, етакчи илмий ходим

Клиник протокол Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини
ривожлантириш маркази **Марказий ташкилий-услубий Кенгашида** муҳокама
қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди. **2025й. «19» май, баённома № 9**

Клиник протокол Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини
ривожлантириш маркази **Олимлар Кенгашида** тасдиқланган. 2025й. «28» май,
баённома № 51

Техник эксперт баҳолаш ва таҳрирлаш:

Файзиева Нозима Нуриллаевна Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази "Превентив тиббиёт - валеология асослари" кафедраси мудири, тиббиёт фанлари номзоди, доцент

Тақдим этилган клиник протокол ва стандарт барча ёш гуруҳлари учун ишлаб чиқилган асосий клиник протокол ва стандартнинг бўлими ҳисобланади. Ушбу клиник протокол ва стандарт кекса ва қари ёшдаги беморларда юрак ритмининг қоринча бузилишларининг хусусиятларига бағишланган.

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

Протоколда фойдаланилган қисқартмалар

ААТ	Антиаритмик терапия
АВ	Атриовентрикуляр
АЎҚК	Аритмоген ўнг қоринча кардиомиопатия
ЧҚА	Чап қоринча аневризмаси
ТАЎ	Тўсатдан аритмик ўлим
ТЮН	Туғма юрак нуқсони
ТЮТ	Тўсатдан юрак тўхташи
ТЮЎ	Тўсатдан юрак ўлими
ЮИЭФТ	Юрак ичи электрофизиологик текшируви
ЧҚЧТ	Чап қоринча чиқувчи тракти
ЎҚЧТ	Ўнг қоринча чиқувчи тракти
ГКМП	Гипертрофик кардиомиопатия
ДКМП	Дилатацион кардиомиопатия
ЕКЖ	Европа кардиологлар жамияти
ҚТА	Қоринчалар тахиаритмияси
ҚТ	Қоринчалар тахикардияси
ҚЭ	Қоринчалар экстрасистолияси
ИКД	Имплантация қилинувчи кардиовертер-дефибриллятор
КПКТ	Катехоламинергик полиморф Қоринчалар тахикардияси
КТ/ МСКТ	Мультиспирал компьютерная томография
ЧҚХР	Чап қоринча хирургик реконструкцияси
МРТ	Магнит-резонанс томография
НТҚТ	Нотурғун қоринчалар тахикардияси
ЎКС	Ўткир коронар синдром
ПСВТ	Пароксизмал суправентрикуляр тахикардия
ПҚС	Программлаштирилган қоринчалар стимуляцияси
РНТ	Рандомизирланган назоратдаги текширув
ТТЎ	Тўсатдан тушунтириб бўлмайдиган ўлим

ЎЮР	Ўпка юрак реанимацияси
ЮРТ	Юрак қайта синхролаштирувчи терапияси
ЮРТ-Д	Юрак қайта синхролаштирувчи терапия- дефибриллятор
ЮҚРТ-П	Юрак қайта синхролаштирувчи терапия- пейсмейкер (кардиостимулятор)
ҚТИУС	ҚТ интервали узайиши синдроми
ҚТИТС	ҚТ интервали торайиши синдроми
КС-ЭКГ	Кучайтирилган сингалли ЭКГ
ТҚТ	Турғун қоринчалар тахикардияси
ЧҚҚОФ	Чап қоринча қон отиш фракцияси
ҚФ	Қоринчалар фибрилляцияси
ФК	функционал класс
ФП	Бўлмачалар фибрилляцияси
ХМЭКГ	Холтер монитор электрокардиограмма
СЮЕ	Сурункали юрак етишмовчилиги
ТОКА	Тери орқали коронар аралашув
ЮҚС	Юрак қисқаришлари сони
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЭМД	Электромеханик диссоциация
ЭХОКГ	Эхокардиография
НУНА	Нью-Йорк кардиологик ассоциацияси
QTc	корригирланган QT интервал
WPW	Вольф-Паркинсон-Уайт Синдроми
ДАД	Далилларнинг асосланиш даражаси

Протокол фойдаланувчилари:

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

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

**Европа кардиологлари жамияти тавсияларининг баҳолаш синфлари
шкаласи**

ЕКЖ нинг тавсиялари синфи	Таърифи	Таклиф қилинадиган шакл
I	Диагностик муолажа, аралашув/даволаш самарали ва фойдали деб исботланган ёки умумқабул қилинган деб ҳисобланади	Тавсия қилинган/кўрсатилган
IIa	Маълумотлар/фикрларнинг кўпчилиги диагностик муолажа, аралашув, даволашнинг самарадорлиги/фойдаси афзаллигини кўрсатади	Қўллаш мақсадга мувофиқ
IIb	Диагностик муолажа, аралашув, даволашнинг самарадорлиги/фойдаси ишончилиги камроқ деб аниқланган	Қўллаш мумкин
III	Диагностик муолажа, аралашув, даволашнинг бефойдалиги/бесамаралиги тўғрисида маълумотлар ёки ягона фикр келтирилган, бир қатор ҳолларда эса улар зиён етказиши мумкин.	Қўллаш тавсия этилмайди

**Европа кардиологлари жамиятининг далиллар ишончилиги даражасини
баҳолаш шкаласи**

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

2. Асосий қисм

2.1. Кириш

Охирги ўнйилликларда аҳоли ўртасида содир бўлаётган кескин демографик силжишлар, ўртача умр кўриш давомийлигининг ошиши туфайли қариган организмнинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда аҳолига даволаш-профилактика хизматларининг янги тамойилларига еҳтиёж пайдо бўлди. Геронтологик хизматнинг ривожланиши соғлиқ учун асосий муаммо ҳисобланади. Бутун дунёда, айниқса ривожланган мамлакатларда қариялар (65 ёшдан катта) ва кексалар (75 ёшдан катта)ларнинг мутлақ сони билан улуши ортиб бормоқда ва сўнгги ўн йилликларда бу фоиз сезиларли даражада ошган. Демографлар ва

социологларнинг прогнозларига кўра, аҳолининг қариши давом этади ва 2025 йилга бориб 60 ва ундан катта ёшдагилар сони 5 баробар ортади, бу кўрсаткич 2050 йилда 65 мамлакатда қариялар улуши 30 фоиздан ортиб, 60 ва ундан катта ёшдаги дунё аҳолиси тахминан 9,8 миллиард аҳолининг жами 2 миллиардини (20,4%) ташкил этиши прогноз қилинмоқда. Бунинг муҳим сабабларидан бири туғилишнинг камайиши билан бирга кексалар ўлимининг асосий сабаби бўлган юрак-қон томир касалликларини даволашнинг такомиллашганидир. БМТ маълумотларига кўра, 2015 йилда дунёда 60 ёш ва ундан катта ёшдагиларнинг улуши 20 фоизни ташкил этган бўлса, 2025 йилга келиб у 24 фоизга, 2050 йилга келиб учдан бир қисмга кўтарилади. Ўзбекистонда кекса ёшдаги аҳоли улуши энг ривожланган мамлакатларникига яқин ва ўртача ривожланган мамлакатларга нисбатан анча юқори ва кекса аҳоли улуши динамикаси бўйича ривожланган мамлакатларга яқинлиги аниқланган.

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

2.2. Умумий таъриф

- **Қоринчалар юрак ритмининг бузилиши (ҚЮРБ) ёки Қоринчалар тахиаритмияси (ҚТ)** - юрак ритми бузилишларининг умумий кўринишларидан бири бўлиб, бунда эктопик активлик манбаи ёки қайта кириш даври Гис тутамдан пастда, яъни унинг шохларида, Пуркине тармоғи ёки қоринча миокардида бўлиши мумкин.
- **Нотурғун қоринчалар тахикардияси (НҚТ)** - 3 ёки ундан ортиқ QRS комплекслари, давомийлиги <30 сек.
- **Мономорф ҚТ** - QRS комплексларининг бир хил конфигурацияси мавжуд бўлгандаги ҚТ.

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

3) Клиник таснифи (этиологияси, босқичлари бўйича).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/>

Тасниф:

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

- Қоринчалар экстрасистолияси (якка, жуфт, мономорф, полиморф).
- Қоринчалор титраши;
- беқарор ҚТ (кетма -кет 3 ёки ундан ортиқ ҚЭ 30 сониядан кўп бўлмаган);

- барқарор ҚТ (30 секунддан ортиқ давом этади ёки гемодинамик бузилишлар туфайли бартараф қилинишни талаб қилади);
- чап қоринча фацикуляр тахикардияси;
- полиморф икки томонлама "пирует" ("торсаде де поинтес");
- Қоринчалар титраши;
- Қоринчалар фибрилляцияси.

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

1. Камдан кам мономорфик екстрасистолалар <30 ҚЭ / соат:
1А - <1 ҚЭ / мин
1В -> 1 ЛЕ / мин
2. Тез -тез битта мономорфик екстрасистоллар > 30 ҚЭ / соат
3. Полиморфик Экстрасистолалар
4. ЖА нинг такрорланган шакллари:
А 4А - жуфтланган (жуфтликлар)
Б 4Б - гуруҳ (воллейлар), шу жумладан ВТнинг қисқа эпизодлари
5. Ерта ҚЭлар "Ртиш устида Т" турига киради.

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

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

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

Юрак уриш тезлиги бўйича:

- 51 дан 100 гача - тезлаштирилган идиовентрикуляр ритм.
- 100 дан 250 гача - ҚТ.
- 250 дан ортиқ - ҚТ ва ҚФ.

Тахикардия давомийлиги бўйича:

- Барқарор - давомийлиги > 30 сек.
- нотурғун - давомийлиги <30 сек.

Тахикардиянинг клиник курсининг табиати бўйича:

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

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

- Структуравий юрак касаллиги бўлмаган ҳолда идиопатик қоринча аритмияси ("яхши сифатли").
- юракнинг очиқ структуравий касаллиги, туғма синдромлар ёки шунга ўхшаш бўлмаган ҳолатларда қоринча аритмияси. каналопатиялар - "хатарли": QT интервали узайиши синдроми, Бругада синдроми,

катеколаминга боғлиқ полиморф қоринча тахикардияси, қисқа ҚТ интервал синдроми, ‘рта қоринчалар реполаризацияси синдроми

- Қайтариладиган метаболик ёки дори-дармонли сабаблар (масалан, иккиламчи ҚТ интервали узайиши синдроми) билан юракнинг очик структуравий касаллиги бўлмаганида қоринча аритмияси.
- Структуравий юрак касаллиги мавжуд бўлганда қоринча аритмияси.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>

ҚЮРБ хавфининг табақаланиши клиник амалиёт учун катта аҳамиятга эга.

3-жадвал

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

Хатар омили мезонлари	Яхши сифатли ҚА	Потенциал ёмон сифатли ҚА	Ёмон сифатли ҚА
ТЮЎ хавфи	Паст	Ўрта	Юқори
Клиникаси	Юрак уриб кетиши	Юрак уриб кетиши	Юрак уриб кетиши ва синкопе ҳолатлари
Юрак органик шикастланиши	йўқ	Бор	Бор
Қоринчалар экстрасистолияси	Кам ёки урта даражада	Ўрта ёки тез тез частотада	Ўрта ёки тез тез частотада
Жуфт ҚЭ ёки ҚТ	Одатда йўқ	Нотурғун ҚА	Турғун ҚА
Даволаш мақсади	Симптомлар камайиши	Симптомлар камайиши, Ўлим камайиши	Ўлим камайиши, аритмия камайиши, симптомлар камайиши

3. Ташхислаш жараёнлари

Шикоятлари:

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

Анамнез:

- Анамнезда артериал гипертония, юрак ишемик касаллиги, сурункали юрак этишмовчилиги, периферик артериал томирлар касаллиги мавжудлиги. Беморларнинг аксариятида анамнезни йиғишда турли хил миокард касалликлари учрайди. Беморларда одатда оғир юрак касалликлари мавжуд бўлиб, улар мураккаб қоринча эктопияси (тез-тез учрайдиган қоринчалар экстрасистолиялари, беқарор ҚТ ёки иккаласидан иборат) билан янада мураккаблашиши мумкин. Ирсиятни аниқлашда беморнинг эътиборини ёш қариндошларнинг тушунарсиз тўсатдан вафот этган ҳолатлари, шунингдек,

имплантация қилинадиган юрак воситалари ўрнатилганлиги мавжуд бўлган қариндошлар оиласида бўлишига эътибор қаратиш лозим.

Объектив текширув:

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

- антропометрик кўрсаткичлар (бўйи, вазни, тана массаси индекси, бел айланаси);
- термометрия ва терининг ҳолатини баҳолаш;
- шишишлар мавжудлигини ва уларнинг тарқалишини баҳолаш;
- систолик ва диастолик қон босими даражасини аниқлаш;
- юрак ритмининг частотаси ва мунтазамлигини баҳолаш билан периферик артерияларда пулсни палпация қилиш;
- веноз димланиш мавжудлигини кўрсатиши мумкин бўлган бўйин томирларининг шишиши ва пулсациясини баҳолаш;
- патологик шовқинларни аниқлаш учун юрак, каротид, буйрак ва феморал артерияларни аускултация қилиш;
- қалқонсимон безни палпация қилиш: катталиги, оғриқ бор ёки йўқлиги, ҳаракатчанлиги.

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

Юрак ритмининг пароксизмал бузилишлари бўлган беморларни жисмоний текширишда гемодинамик беқарорлик (қон босимининг пасайиши) белгиларини аниқлаш тавсия этилади.

Қоринчалар аритмияларининг аксарият қисмида беморларни пароксизмдан ташқари жисмоний текширишда ҳеч қандай ўзгаришлар кузатилмайди. Экстрасистолалар пульсни ҳисоблашда, артериал босимни ўлчашда ёки бемор юрагининг аускултациясида қайд этилиши мумкин.

Кўпроқ учрайдиган ҚЭ билан юракнинг аритмик фаоллиги ва пулс етишмовчилиги борлиги аускултатив равишда аниқланади. Пулсни палпация қилиш билан ҚТ ҳужуми билан тез-тез (1 дақиқада 100 дан 220 гача) ва умуман тўғри ритм, патологик шовқинлар, юрак етишмовчилиги белгилари (ўпкада хириллаш, галлоп ритми), периферик артерияларнинг пульсацияси йўқолгунга қадар ва қон босими ва юрак товушларининг йўқолгунга қадар. Тўсатдан юрак ўлими ҳолатида қуйидагилар кузатилади: ҚФ бошланганидан 15-20 сониядан сўнг бемор ҳушини йўқотади; 40-50 сониядан сўнг - скелет мушакларининг ягона тоник қисқариши ривожланади; кўз қорачиқлари кенгаяди; нафас олиш сони камаяди ва 2-4 дақиқадан сўнг тўхтади.

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

- Тўлиқ қон текшируви - ҳар йили ва беморнинг аҳволи ёмонлашганда биринчи марта ташхис қўйилган ҚА учун ўтказилади.
- Умумий сийдик таҳлили - биринчи марта ҚА ташхиси қўйилган, ҳар йили ва беморнинг аҳволи ёмонлашганда.
- Эрта нахорда глюкозани аниқлаш - биринчи марта ҚА ташхиси қўйилган, ҳар йили ва беморнинг аҳволи ёмонлашганда.
- Қоннинг биокимёвий текшируви (билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин) - ҳар йили ва беморнинг аҳволи ёмонлашганда, биринчи марта аниқланадиган ҚАда ўтказилади.
- Қонда калий ва натрий - ҚА биринчи марта ташхисланганда, ҳар йили ва беморнинг аҳволи ёмонлашганда аниқланади.
- Қалқонсимон без гормонлари (ТТГ, эркин Т3, эркин Т4, анти-ТПО) - ҳар йили амиодарон билан даволаниш пайтида кузатилади.
- Липид спектри (умумий холестерин, ЮЗЛ, ПЗЛ, атерогенлик коэффициенти, триглицеридлар) - ҳар йили ва беморнинг аҳволи ёмонлашганда, биринчи марта ташхис қўйилган ҚАда текширилади.
- Коагулограмма (кўрсатмаларга кўра - илгари антикоагулянт қабул қилиш билан, қон ивиш патологияси тарихи (қон кетиш / тромбоз)
- Глюкозага толерантлик тести (кўрсатмаларга кўра – абдоминал типда семириш, гипертония, дислипидемия белгилари мавжуд бўлса)

Гликозириланган гемоглобин (кўрсатмаларга кўра нахорда гипергликемия - 5,6 ммол/л дан юқори мавжуд бўлганда, метаболик синдром белгилари мавжуд бўлганда) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>

Асосий текшириш усуллари:

1. 12 тармоқли стандарт электрокардиография. ҚЭ - муддатидан олдин эрта қисқариш бўлиб ундан олдин Р тишчаси йўқ, давомийлиги 0,12 с ва ундан ортиқ бўлган QRS комплекси, шакли бўйича экстрасистола пайдо бўлишининг қарама-қарши томонига, Гис тутами оёқчаси блокадасига ўхшайди. ST сегменти ва экстрасистоланинг Т тўлқинининг жойлашиши QRS комплексининг асосий тишчаси йўналишига нисбатан дискордант бўлади. ҚЭдан кейин тўлиқ компенсатор пауза юзага келади (асосий ритмнинг икки барабар кўпайган RR гача бўлган ҚЭ қўшилиш оралиғини тўлдиради), фақатгина RR интервали бузилмайдиган кам учрайдиган ритмда қўйиш ҳолларини истисно қилган ҳолда. ҚЭнинг мураккаб шакллариға жуфт, политоп, эрта ("R тишча Т тишча устида ") ҚЭ, шунингдек, аллоритмиялар киради.

- ҚЭ - юрак уриш тезлиги одатда дақиқада 140-220 гача бўлган уч ёки ундан ортиқ эктопик комплексларнинг ЭКГдаги ритм майдони, QRS комплекслари кенг, деформацияланган, 0,12 с дан юқори, тўпламли ST сегмент ва Т тишча дискордантлиги пайдо бўлиши билан Гис тутами блокадасини эслатади. АВ диссоциациясининг мавжудлиги - тез-тез учрайдиган қоринча ритмини (QRS комплекслари) ва бўлмачанинг нормал синус ритмини (Р тўлқинлари) ва ҚТ ва ҚТи билан қайд этилган

синус келиб чиқадиган ягона ўзгармаган QRST комплекслари билан тўлиқ ажратиш ("забт этилган" қоринчалар қисқариши).

- "Пирует" типдаги полиморф ҚТ - қоринча тезлиги дақиқада 150-250, ритм 0,2-0,3 сония ичида R-R интерваллари билан нотекис. QRS комплекслари кенг, деформацияланган, катта амплитуда, уларнинг давомийлиги 0,12 с дан ошади. Қисқа ва ҚТ ичида қоринча комплексларининг амплитудаси ва кутблилиги ўзгаради.
- ҚТ - синусоидал эгри чизиғига ўхшаш қоринчаларнинг ритмик юқори амплитуда кенгайган электр оғишлари ЭКГда қайд этилади, частотаси дақиқада 200-300, Т тўлқинлари аниқланмайди, изолиния қайд этилмайди.
- ҚФ - тез-тез (дақиқада 200-500 гача), лекин тартибсиз тартибсиз тўлқинлар, бир-биридан ҳар хил шакл ва амплитуда, тишлари аниқланмаган.

2. ХМЭКГ 3- ёки 12 каналли (кунлик ёки кўп кунлик). Бу нафақат юқоридаги ЭКГ мезонлари бўйича ҚА мавжудлигини аниқлашга, балки уларнинг зичлигини, кунлик тарқалишини, беморнинг ҳиссиётлари билан боғлиқлигини аниқлашга имкон беради, аритмия содир бўлганда қон босими кўрсаткичи пасайиши мавжудлигини аниқлашда қўлланилади. Антиаритмик препаратларни самарасини, имплантация қилинган юрак асбобларининг ишлашини баҳолашга ҳам имкон беради.

3. Юрак қон томир тизимининг бирламчи касалликлари, чап қоринча миокард ва қоринчалараро тўсиқ ҳолатининг хусусиятларини аниқлаштириш, чап қоринчада акинезия ва дискинезия зоналари борлиги ва тарқалишини, унинг қон отиш фракциясини аниқлаш учун трансторакал эхокардиография, ўнг қоринча миокардининг тузилиши, қопқоқ патологияси, туғма ва орттирилган юрак нуқсонлари мавжудлиги ни аниқлашда ёрдам беради. Агар идиопатик ҚА ривожланса, ЭХОКГ юракнинг тузилиш анормалликларини аниқлай олмайди.

4. Жисмоний фаоллик билан тестлар (тредмилл синови / ВЭМ синамалар) шу жумладан - қизилўнгач орқали қўлланиладиган электростимулацияси (ҚЎОЭС) ва бошқа турли жисмоний зўриқиш билан ўтказилган синамалар кўрсатмаларга кўра кекса ва қари ёшдаги беморларда кўпинча қарилик преастенияси ёки астения билан боғлиқ бўлган нотўғри натижалар бериши мумкин, шунинг учун ЭКГни Холтер мониторинг ёрдамида суткалик ритмни ўрганиш афзалроқдир. ҚА пароксизмларини ЭКГда аниқлашда қийинчилик туғилганида, синкопал ҳолатлар юзага келганида ва дифференциал диагностика ўтказиш мақсадида интра- ва экстракраниал брахиоцефал артерияларнинг ултратовуш доплерографияси текширувини қўллаш тавсия этилади.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>

Қўшимча лаборатория тадқиқотлари коморбид фонга қараб амалга оширилади.

Қоринчалар аритмиясида қўлланилувчи асосий текширув усуллари *

Текширув номи	Ким томонидан ўтказилиши	Ўтказилиш даражаси	Далиллар даражаси
ЭКГ	Кардиолог	ССВ тизимининг барча бўғимида	I А
ХМЭКГ	Функционал кардиолог	Туман, вилоят, республика даражасида	I Б
Тредмил тест	Функционал кардиолог	Туман, вилоят, республика даражасида	I Б
ЭХОКГ	Функционал кардиолог	Туман, вилоят, республика даражасида	I Б
Электрофизиологик текширувлар	Электрофизиолог	Республика даражасида	II С

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

Дифференциал диагностика ва қўшимча тадқиқотлар учун асослаш:

Кўпинча дифференциал диагностика пароксизмал ритм бузилиши синдроми онгни йўқотиш синдроми билан амалга оширилади. Энг қийин масала бу - кенг QRS комплексларига эга тахиаритмиялар фақат электрофизиологик тадқиқотлар ўтказилгандагина аниқланувчи аберрант комплекслар билан кечувчи ҚУТни дифференциал диагностикаси. Қуйидаги жадвалларда ҳаёт учун хавфли бўлган ҚА нинг дифференциал диагностикасида эътиборга олиниши керак бўлган асосий электрокардиологик ва клиник ташхислар келтирилган. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>

6 жадвал

ЭКГ мезонлари бўйича пароксизмал аритмияларнинг дифференциал диагностикаси

Диагноз	Дифференциал диагностика бўйича асослаш	Текширув	Диагнозни истисно қилиш
ҚТ	Кенг комплексли пароксизмал тахикардиялар	ЭКГ, ХМЭКГ, ҚОЭФТ, ЮИЭФТ	Қоринча комплексларини ажратиш қийин, изоэлектрик интервалнинг кўпинча йўқлиги, қўшилган, блокланган комплексларнинг мавжудлиги, АВ диссоциацияси. Ижобий Верекей мезони avRда баланд R

			тишча мавжудлиги ҳисобланади.
Гис чап оёқ тутами қамалида қоринчалар усти тахикардияси	Кенг комплексли пароксизмал тахикардиялар	ЭКГ, ХМЭКГ, ҚОЭФТ, ЮИЭФТ	ЭКГ да кўпинча турли морфологик тишчалар кузатилади, хуруж пайтида кўшилган ва блокланган комплекслар аниқланмайди, АВ диссоциация кузатилмайди. Хуруждан ташқари ХМЭКГ да Гис тутами шохчаларидаги ўзгаришлар қоринча комплексидаги нормал морфологияси тиклантиши мумкин.
WPW синдромида қоринчалар усти тахикардияси	Кенг комплексли пароксизмал тахикардиялар	ЭКГ, ХМЭКГ, ҚОЭФТ, ЮИЭФТ	ЭКГ да пароксизм кузатилмаганда, дельта тўлқинининг мавжудлиги, PQ интервалининг давомийлиги 0,12 с дан қисқариши, QRS комплексининг деформацияси ва кенгайиши. ЮИЭФТ да кўшимча ўтказувчи йўллар мавжудлиги аниқланиши.
БФ/БТ	Қоринчалар қисқаришининг юқори частотали пароксизмал тури	ЭКГ, ХМЭКГ, ҚОЭФТ, ЮИЭФТ	Бўлмачалар фибрилляцияси билан бўлмачалар титрашида ЭКГ / ХМЭКГ да тартибсиз ритми бир дақиқада 75-180 қоринчалар уриши билан кузатилади, бўлмачалар қисқариши тезлиги дақиқада 300-600 гача, Р тишча йўқлиги, f тўлқини, R тишча нинг турли амплитудаси. БТ билан тўғри ритмнинг мавжудлиги (тўғри ўтказиш шакли билан), арра тишли тўлқинлар f, ЮҚС 75-170 дақиқада мумкин.
АВ-камали	Тўсатдан хуш йўқотиш	ЭКГ, ХМЭКГ, ҚОЭФТ, ЮИЭФТ	Аста-секин узайиш/қатъий узайтирилган интервал PQ оралиғи, QRST комплексининг даврий йўқолиши, тўлиқ АВ блокадаси - II ёки III даражали бўлмача ва юрак

			стимуляторларининг узилган ритми.
СТСС	Тўсатдан хуш йўқотиш, пароксизмал тахикардия хуружи.	ЭКГ, ХМЭКГ, ҚОЭФТ, ЮИЭФТ	QRST комплексларини тушиш эпизодлари, эхтимол ўрнини олувчи 2 тартибли ритмлар ва комплекслари билан, sinus arrest эпизодлари. ХМЭКГда тахикардия-брадикардия эпизодлари бўлиши мумкин.
ҚТ интервали узайиши синдроми	Тўсатдан хуш йўқотиш, пароксизмал тахикардия хуружи.	ЭКГ, ХМЭКГ	Жисмоний машқлар пайтида ўзгармасдан ҚТс оралиғининг 0,44 дан юқори бўлиши, юрак уриш тезлигининг ошиши. "Рақсга тушиш" типдаги полиморф ҚТ ривожланиши хавфи.

7 жадвал

Клиник маълумотлар асосида пароксизмал аритмияларнинг дифференциал диагностикаси

Диагностика	Дифференциал диагностика учун асос	Текширув	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Эпилепсия	Тўсатдан ҳушдан кетиш	Миянинг КТ / МРТ, ЭЭГ, невролог томонидан текширув.	ЭКГ /ХМЭКГда ритм бузилишларининг йўқлиги. ЭЭГ ва ренген диагностикаси усуллари ёрдамида аниқланадиган ўзига хос белгилар мавжудлиги,.
БМҚАЎБ / ТИХ	Тўсатдан ҳушдан кетиш	Миянинг КТ / МРТ, невролог томонидан текширув.	ЭКГ /ХМЭКГда ритм бузилишларининг йўқлиги. ЭЭГ маълумотларига кўра ўзига хос белгилар мавжудлиги
Аорта қопқоғи очилишининг оғир стенози.	Тўсатдан ҳушдан кетиш	ЭХОКГ	Аорта қопқоғининг очилиш майдонини 1 см ² дан торайиши, макс. босим градиенти > 65 мм Нг. уст., ўрта -> 50 мм Нг. уст.
ЧҚЧТ обструкцияси билан ГКМ	Тўсатдан ҳушдан кетиш, пароксизмал тахикардия хуружлари	ЭХОКГ	ЭХОКГ чап қоринча миокардининг массив (> 15 мм) гипертрофиясини аниқлайди, ҚАТ калинлигининг ЧҚОД > 1,3 га

			нисбати. ЧҚЧТдаги босим градиенти > 45 мм Нg.sm.ust
Оддий вазовагал синкопе	Тўсатдан ҳушдан кетиш	САБМ, тилт тести, вегетатив тестлар билан кардиоритмография.	ЭКГ /ХМЭКГ да ритм бузилишларининг йўқлиги. Эрталабки систолик артериал босими кўрсаткичлари бўйича гипотензия эпизодлари, ортостаз билан. Кардионгибитор (асиситол билан ёки бўлмаган), тилт тестида аралаш турдаги жавоблар.
Каротид синус юқори сезувчанлик синдроми	Тўсатдан ҳушдан кетиш	Қон босими, ритмограмма назорати остида каротид синусни массаж қилиш.	ЭКГ /ХМЭКГ, кардионгибитор (асистол билан), вазодепрессор ёки тестга аралашган жавоб турида ритм бузилишларининг йўқлиги.
Психиатрик касалликлар	Тўсатдан ҳушдан кетиш ёки амимия	Психиатр текшируви	ЭКГ /ХМЭКГ да ритм бузилишларининг йўқлиги. Руҳий бузилишларнинг ўзига хос белгилари, шикоятларнинг кўплиги ва физикал ўзгаришларнинг йўқлиги билан ифодаланилиши
Гиёҳванд моддалардан келиб чиққан гипотензия	Тўсатдан ҳушдан кетиш	САБМ	Кўпинча кекса беморларда тўлиқ дозали комбинацияланган антигипертензив терапияни қабул қилганда пайдо бўлади, яқинда дориларнинг навбатдаги дозасини қабул қилиш билан боғлиқ, АБнингСМда препаратни қабул қилгандан кейин АБнинг ортикча пасайиши аниқланади; кўпинча эрталаб тунги уйқудан кейин ўриндан турганда ортостатик гипотензия қўзғатилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>

4. Амбулатор даражасида даволаш тактикаси:

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

Амбулатор шароитда дори воситалари билан даволаш пастки иловаларда келтирилган дори воситалари асосида олиб борилади

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

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

1) режали ёрдам кўрсатиш стационар даволаниш учун кўрсатмалар;

- Асосий касалликнинг умумий ҳолати асосида тавсия этилади (Асосий касаллик клиник протоколида келтирилган режали даво турига қаранг)

2) шошилич ёрдам кўрсатиш стационар даволаниш учун кўрсатмалар.

- Қоринчалар тахикардияси пароксизмлари (гемодинамик турғун ва нотурғун турлари)
- Ноаниқ этиологияли пресинкопе ва синкопе ҳолатларида кузатиладиган тўсатдан юрак тўхташи мувоффақиятли реанимациядан сўнг омон қолган беморлар учун тавсия этилади

4.2. Стационар даражасида даволаш тактикаси:

- Асосий касалликнинг умумий ҳолати асосида тавсия этилади (Асосий касаллик клиник протоколида келтирилган шошилич даво турига қаранг).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>

4.2.1. ҚАнинг асосий касаллигини даволаш хусусиятлари.

1. Юрак нинг асосий касалликларини даволаш ва ТЮЎнинг бирламчи профилактикаси

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

2. Юрак ишемик касаллигини даволаш. Ўткир коронар синдром ва ўткир миокард инфаркти

Охириги 10 йилликда ўткир коронар синдромдан шифохона шароитида асосан коморбид хасталиклар сабабли ўтказилган реваскуляризация ва адекват фармакотерапияга қарамасдан ҚА учраш частотачи кекса ва қари ёшдаги беморларда ошиб бормоқда. Ушбу ҳолатда тезкор ва тўлиқ ўтказилган коронар томир реваскуляризацияси, нофармакологик усуллар (кардиоверция, дефибрилляция, стимуляцияли катетер абляция), шунингдек антиаритмик дори воситалари орқали юрак ритмини тиклаш кекса ва қари ёшдагиларда самарадорлироқ деб ҳисобланади [1]. Агар реанимацион чоралардан олдин ёки сўнг ЭКГда ST сегмент элевацияси пайдо бўлса у ҳолда худди ST элевацияли ёки депрессияли беморлардаги каби тезкор коронароангиография амалиёти ўтказилади [1, 5]. Бироқ ST сегмент элевацияси кузитилмаган ҳолларда ҳам 25-85% ҳолларда инфаркт билан боғлиқ бўлган тож томир тромбози ёки обструкцияси ривожланиши мумкин.

Тиббий муассасадан ташқарида ёки шифохонада кузатилган юрак тўхташидан кейин ҳаётга қайтган беморларда ЭКГ текширувида ўзгаришлар аниқ намоён бўлмаганлиги ва коронар томир окклюзияси кузатилганлиги эхтимоли сабабли, коронарангиография текшируви юракка боғлиқ бўлмаган патологияни истисно қилиш мақсадида фавқулодда амалга оширилади. ЎКС ва/ёки гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли ҚТ ёки ҚФ бўлса, тез ва муваффақиятли реваскуляризация кейинги аритмияларнинг олдини олиш учун муҳим аҳамиятга эга ва кечиктирмасдан амалга оширилиши керак [4].
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>

Кўкрак қафасидаги оғриқлар билан мурожаат қилган кекса ва қари ёшдаги беморларга симптомларнинг бошланиши ва шифокор билан биринчи алоқа ўртасидаги ва ҚТни, шунингдек, шифокор билан биринчи алоқадан реперфузиягача бўлган ва ҚТни қисқартириш тавсия этилади [1, 4, 5]. **ЕКЖ: IA, (ДАД IA)**

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

Шошилиш коронар ангиография, агар керак бўлса, реваскуляризация билан, миокард ишемиясини бартараф этиш имкони бўлмаганда, ҚТ ёки ҚФ такрорий эпизодлари бўлган беморларга тавсия этилади [6,7]. **ЕКЖ: IA, (ДАД IA)**

ST сегменти элевацияси билан миокард инфаркти кекса ёшли беморларда миокарднинг ишемик шикастланиши ва электр беқарорлигини камайтириш учун фавқулодда реперфузия тавсия этилади [8]. **ЕКЖ: IC, (ДАД IC)**

ST сегменти депрессияси билан кузатиладиган ўткир коронар синдромли юқори хавфли кекса ва қари ёшли беморларда ҳаёт учун хавфли бўлган ҚА билан оғриган беморларда ишемик шикастланиш ва миокарднинг электр беқарорлигини камайтириш учун коронар ангиография ва керак бўлганда келганидан кейин 2 соат ичида коронар ангиопластика тавсия этилади [2]. **ЕКЖ: IC, (ДАД IC)**

ҚТ ёки ҚФ нинг такрорий эпизодлари бўлган беморларда мавжуд бўлиши мумкин бўлган миокард ишемиясини бартараф этиш учун коронар артерияларни шошилиш реваскуляризация қилиш тавсия этилади [4]. **ЕКЖ: IC, (ДАД IC)**

Реанимация бўлимига ётқизиш касалхонада юраги тўхташидан кейин омон қолган ва кома ҳолатида бўлган, электрокардиографик белгиларсиз ва реанимациядан кейин ЭКГда ST сегменти кўтарилган беморларга тавсия этилади [4] **ЕКЖ IIa B (ДАД III B)**

Юрак тўхташидан кейин омон қолган ва кома ҳолатида бўлган беморларда коронар бўлмаган сабабларга кўра маълумотлар йўқ бўлганда, коронар ангиография тавсия этилади (<2 соат), айниқса беқарор гемодинамикаси бўлган беморлар [5]. **ЕКЖ: IIa B (ДАД III B)**

МИ бошланишида ўткир ишемия электр беқарорликнинг сабаби бўлиб, ҚА юзага келишига сабабчи бўлади. ЎКСда ҚТ/ҚФ эхтимолини камайтириш учун бета-блокаторларни эрта даврда буюриш тавсия этилади [5, 7]. Баъзи ҳолларда бу гипомагнемия ва гипокалемияни коррекциялашда ёрдам беради. Статинлар ЮИК билан оғриган беморларда стандарт давонинг асосий қисми бўлиб ўлим хавфини камайтиради ва коронароген ҳодисалар қайталанишини олдини олади. ЎКС эрта

даврларида (яъни 48 соат ичида) қоринча фибриляциясининг пайдо бўлиши касалхонада ўлим хавфининг беш барабар ошишига олиб келади [7].

3. Миокард инфарктининг ўткир даврида ТЮЎ хавф стратификацияси

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

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

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

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

Махсус ҳолатларда, масалан, ЧҚОФ бузилишидан олдин тўлиқ бўлмаган ревазуляризация ва ЎКС ривожланишидан 48 соат ўтгач қоринчалар аритмияси бошланса, СКДни эрта (<40 кун) жойлаштириш ёки ҚТ (<40 кундан) вақтинчалик кардиовертер-дефибрилатордан фойдаланиш ҳисобга олиш керак ва бундай ҳолатда ҚА ни типини (момноморф, полморфлиги, ҚТ ёки ҚФ) шунингдек, ҚТ давомийлигини (нотурғун қисқа ёки нотурғун узоқ) ҳисобга олиш керак. Агар дастурлаштирилган стимуляция амалга оширилса, кўзғалиш ва кўзғатилган аритмия тури (мономорф ҚТ, полиморфик ҚТ, ҚФ) қўшимча равишда баҳоланади.

ҚФ ва миокард ишемиясининг белгилари бўлган беморларда ТЮЎ хавфини камайтириш учун коронар артерияларни ревазуляризация қилиш тавсия этилади. **ЕКЖ I Б. (ДАД II Б)**

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

ҚА ривожланиш частотаси ва оҳирлик даражаси юрак етишмовчилигининг кучайиши билан ортади, аммо тўсатдан ўлим хавфини баҳолаш учун ҚА нинг прогностик қиймати аниқ эмас. Кекса ва қари ёшдаги беморларда кўпинча СЮЕ ривожланишига олиб келадиган бир нечта этиологик омиллар мавжуд. Масалан, анамнезида миокард инфаркти ва ёндош сурункали обструктив бронхит ва/ёки артериал гипертензия бўлиши. Айнан катта ёш тоифасидаги беморларга полиморбидлик хос бўлиб, бу контингентда юрак етишмовчилиги кўп омилли характерга эга: (www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoj-ned).

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

Чап қоринчанинг жарроҳлик реконструкцияси (ЧҚЖР) СЮЕ бўлган НУНА бўйича функционал синф III/IV, ЧҚ нинг катта аневризмаси, катта тромб, унинг тромбоемболия эпизодлари бўлган ва аневризма аритмия сабаби бўлган ҳолда тавсия этилади. **Па Б (ДАД III Б)**

4.2.2. Қоринчалар аритмияларини даволаш тўсатдан юрак ўлими олдини олиш

1. Дори воситалари билан даволаш

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

2. Юракда структуравий ўзгаришлари бўлмаган/ЧҚД беморларда антиаритмик терапия

ЧҚД/Юракда структуравий патологияси бўлмаган беморларда ҚА ни тиббий даволаш тавсия этилмайди, чунки бу беморларда ТЮЎ хавфи паст ва профилактикани талаб қилмайди. **ЕКЖ IIIА (ДАД V)**

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

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

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

Антиаритмик сифатида I C синфининг (пропафенон, этагизин, аллапинин), шунингдек III синф антиаритмик препаратларидан (соталол ва амиодарон) қўллаш

мақсадга мувофиқдир.

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

ТЮЎ хавфи нуқтаи назаридан, идиопатик ҚТ билан кўп ҳолларда беморлар узок умр кўриши учун ижобий прогноз берсада, аммо, бу аритмиялар тизимли гемодинамика (синкопе, ўпка шиши) аниқ касалликлар билан бирга юзага келганда ва узок муддатли доимий давомийлиги билан-миокард қисқарувчанлигининг прогрессив пасайишига ва кардиопатия ривожланишига олиб келиши ихтимоли юқори бўлиб ўткир ва сурункали асоратларнинг сонини кўпайтиради. Бу ҳолатларда самарали антиаритмик даво бўлмаса, беморларнинг ҳаётига хавф туғдириши мумкин.

Структуравий бўлмаган юрак касаллиги бўлган беморларда ҚТ мавжуд бўлганда, доимий хуружларнинг қайталанишини олдини олиш учун бета-блокаторларни, верапамилни ва III ААП I ва III синфларни қўллаш тавсия этилади. **ЕКЖ II B (ДАД III B).**

Юрак/ЧҚД нинг структуравий патологияси бўлган беморларда ҚЕнинг дорили ААТ аритмияси клиник симптомлар билан бирга келган ёки юрак бўшлиқларининг кенгайишига ва ЧҚ миокард қисқарувчанлигининг пасайишига олиб келган ҳолларда тавсия этилади, бу тез-тез учрайдиган ҚА фониди, ЭКГнинг суткали мониторингнинг маълумотларига кўра, суткадаги умумий юрак қисқаришларининг 15% дан ошади.

ҚТ нинг такрорланишини олдини олиш учун антиаритмик препаратни танлаш ҚТ нинг турли шаклларига хос бўлган индивидуал қўзғатувчи омилларни, ЭКГдаги ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак. Пароксизмал бўлмаган ҚТни даволашда верапамилни профилактика мақсадида қўллаш ва фасикуляр чап қоринча тахикардиясининг пароксизмларини олдини олиш учун қўллаш мақсадга мувофиқдир. Пароксизмал мономорф ҚТнинг қайталанишини олдини олишнинг энг самарали воситаларидан I ва III синф антиаритмик препаратлари хисобланади.

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

Структуравий юрак патологияси/ЧҚД бўлган кекса ва қари ёшдаги беморларда ҚА мавжуд бўлганда, ТЮЎ хавфи юқори бўлса, унинг профилактикаси учун ААТ ўтказиш тавсия этилади. Структуравий юрак касаллиги бўлган кекса ва қари ёшдаги беморларда ТЮЎ хавфи ЧҚД нинг табиати ва оғирлигига боғлиқ. Структуравий юрак касаллиги, тез-тез ҚЕ (соатига > 10 ҚЭ), ҚА нинг бир нечта шакллари (жуфтланган ҚЭ, давомий ҚТ) ва / ёки ЧҚ қисқариш функцияси (ЧҚҚОФ қиймати <40%) бўлган беморларнинг мавжудлиги юқори хавф билан боғлиқ. ТЮЎ нинг.

Бирламчи ёки иккиламчи профилактикани талаб қиладиган ТЮЎ хавфи юқори бўлган миокарднинг таркибий шикастланиши/ЧҚД бўлган кекса ва қари ёшдаги беморларни даволаш учун уларни қўллашга қарши кўрсатмалар ва юзага келиши

мумкин бўлган ножўя таъсирларни ҳисобга олган ҳолда бета-блокаторлар гуруҳидан дори-дармонларни буюриш тавсия этилади. **ЕКЖ IA (ДАД I A)**

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

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

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

Структуравий юрак касаллиги/ЧҚД бўлган беморларда бета-блокаторлар, соталол, амиодарон ёки бета-блокаторлар ва амиодарон комбинацияси ААТ сифатида тавсия этилади. **I A (ДАД II A)**

Бета-блокаторлар антиаритмик хусусиятларини ҚАни даволашнинг асоси сифатида қаралиши керак. Соталол бета-блөкерларга қараганда самаралироқлигини кўрсатди, ҚА ни камайтириб, олдини олади, аммо уни чап қоринча отиш фракциясини қиймати <20%, ЧҚ миокард гипертрофияси >14 мм, шунингдек ЮЕ белгилари бўлган беморларга қўллаш тавсия этилмайди. Амиодарон монотерапия сифатида ва бета-блокаторлар билан биргаликда юракнинг структуравий патологияси бўлган беморларда ҚАни даволаш учун энг самарали ААП ҳисобланади. Шу билан бирга, унинг фойдаланиш оғир зарарли таъсирлари келиб чиқишини баҳолаш билан бирга олиб борилади. Натижада, бошқа ААДлардан фойдаланиш самарасиз ёки имконсиз бўлса, амиодаронни буюриш мақсадга мувофиқдир.

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

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

Юрак структуравий патологияси бўлган беморларда ААТ ни терапевтик дозада бўйрилганда даво фонида такрорий ХМЕКГ назорати остида ААТ билан даволаш самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш тавсия этилади. **ЕКЖ IIAC (ДАД III C)**

Бета-блокаторларни қўллашнинг 3-5 кунда, соталол – 5-7 кунда, амиодаронни 5 ҳафтадан кейин титрациялаш тавсия этилади. Ҳар бир кейинги ААДни тайинлаш аввалгисининг 5 ярим чиқарилиши давридан кейин, амиодарон

учун–бекор қилинганидан кейин 1,5 ойдан кейин амалга оширилиши керак. Синовдан ўтган ААП самарадорлигини баҳолаш учун қуйидаги мезонлардан фойдаланиш тавсия этилади: ААПни терапевтик дозада қабул қилишда ҚЭ умумий сонининг камайиши 50% га ҚЭ сонининг камайиши қайд этилиши ёки ААТ қабул қилмаганида дори қабули пайтидаги ҚЭ нинг сони 2 мартадан ортиқ бўлиши, бунга параллел равишда, беморлар жуфт ҚЭ сонининг 10 баравар ёки ундан кўпроғига камайишини, шунингдек ҚТ эпизодларининг тўлиқ йўқ бўлиши дори препарати эффекти самарали дейишимизга асос бўла олади.

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

ТЮЎнинг бирламчи иккиламчи профилактикасига муҳтож бўлган беморларда амиодарон ва унинг Бета-блокаторларини биргаликда қўллаш ҚТ/ҚФ пайдо бўлишининг олдини олиш ва беморнинг умрини узайтириш мумкин бўлган СДИ учун ягона дори алтернативидир. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/>

ҚТ/ҚФ пароксизмлари бўлган беморларни даволаш аритмик хуружларнинг бошланишига асос бўлган индивидуал патогенетик омилларни аниқлаш ва бартараф қилиш билан параллел равишда амалга оширилиши керак. I C (ДАД II C)

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

4. Қоринча тахикардиясининг доимий пароксизмаларини бартараф этиш

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

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

Қон айланишининг тўхташи (пулссиз ҚТ ёки БФ) реанимациянинг асосий элементи юракнинг фавқулодда электр дефибриляцияси қўлланилиши самаралироқдир [1, 4]. I C (ДАД I C)

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

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

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

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

этилади. ЕКЖ II Б А (ДАД IV А)

Препаратларнинг (эпинефрин) юқори дозаларини қўллаш стандарт 1 мг дозага нисбатан афзалликларига эга эмас.

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

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

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

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

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

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

Кенг QRS комплекслари билан кузатиловчи тахикардияни фақат ўткир гемодинамик бузилишлар йўқлиги асосида суправентрикуляр деб талқин қилиш кенг тарқалган клиник хато ҳисобланади. ҚТни бартараф қилиш учун қўлланиладиган ААДлар қоринчалар усти тахикардиясида ҳам самарали бўлиши мумкин, аммо адаштириб қоринчалар усти тахикардияларини тўхтатиш учун ишлатиладиган дориларларни (масалан верапамилни) қўлланилганда албатта гемодинамикага аҳамият бериш лозим, акс ҳолда кекса ва қари ёшдаги беморларда қон босими кескин пасайишини келтириб чиқариши мумкин.

Ўткир гемодинамик бузилишларсиз содир бўлган ҚТ пароксизмларини олдини олиш ва бартараф этишда вена ичига прокаинамид препарати юбориш тавсия этилади.

Ўткир гемодинамик бузилишларсиз кечадиган ҚТ пароксизмларини даволаш учун амиодарон препаратини вена ичига юбориш тавсия этилади. ЕКЖ II Б (ДАД III Б)

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

Пароксизмал мономорф ҚТ аритмияларнинг алоҳида тури бўлиб, кам учрайдиган шакли фастикуляр чап қоринча тахикардияси деб изоҳланади, у Гис тўпламининг чап оёқчаси (баъзан олдинги шохланиши) орқа шохланиши қўзғалиш тўлқинининг туташувида иштирок этиш билан реентри механизмга асосланган ҳолда келиб чиқади. Пароксизм пайтида QRS мажмуалари ЮЭЎ нинг чап томонга оғиши билан Гис тутаймининг ўнг оёқ блокадасига хос конфигурацияга эга. Тахикардия механизмини шакллантиришда Гис-Пуркинже тизимининг проксимал

тузилмаларининг иштироки унинг бошқа хусусиятларига сабаб бўлади: 1) QRS комплексларининг давомийлиги камдан-кам ҳолларда 120 мс дан ошади; 2) пароксизмларни нафақат қоринча, балки атриал экстрасистолалар орқали ҳам бошлаш мумкин; 3) Верапамил бу тахикардия (бу сабабларга кўра, у ҳам "Верапамил сезувчи қоринчалар тахикардияси" деб аталади ва верапамилни вена ичига фойдаланиш нафақат пароксизм бартараф қилиш учун бир йўл сифатида эмас, балки диагностика мақсадида қўллаш (ушбу сабабларга кўра, аниқ тахикардия механизми тасдиқлайдиган диагностик дори синови сифатида қўлланилиши тавсия этилади) юқори самарали ҳисобланади. Тахикардиянинг бу шаклда самарали даволаш усули сифатида катетер абляциянинг самараси исботланган. Фассикуляр чап қоринча тахикардияси бошқа аритмиялар шаклларида тубдан фарқ қилиб, ТЮЎ хавфини оширади ва бошқа пароксизм билан кечувчи аритмиялардан органик юрак касаллиги белгилари мавжуд бўлмаган ёшларда аниқланади.

Верапамил қон босимининг пасайишига олиб келиши ва ўткир гемодинамик касалликларга олиб келиши мумкин, шунинг учун у ҚТнинг бошқа шакллари бўлган беморларда ушбу дори воситасининг кенг қўлланилиши қарши кўрсатилган.

ҚТни даволаш учун трифосаденинни томир ичига юбориш тавсия этилади, аммо аденозинга сезгир бўлган қоринчалар тахикардияси билан кузатиладиган хасталикларнинг истисно қилинган ҳолда.

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

5. Ўткир коронар синдромда қоринча аритмияларини даволаш

ҚФ ва беқарор ҚТ тез-тез, айниқса ТЮЎ кўтарилиши (реперфузион аритмия) билан МИ асосий коронар аралашуви давомида, ЎКС билан беморларда кузатилади. Улар камдан-кам ҳолларда гемодинамик касалликларга олиб келади ва махсус даволаш талаб қилмайди. Узоқ муддатли доимий ва тез-тез ҚА янада реваскуляризация зарурлигини кўрсатади (мисол учун, такрорий ангиография/ТАО). Беқарор ҚТ гемодинамиканинг бузилиши билан бирга кечса, амиодаронни (300 мг оқим билан) тайинлаш лозим [2, 6]. Такрорий доимий ҚТ, айниқса полиморф характердаги ёки такрорий ҚФ тўлиқ бўлмаган реперфузия белгиси ёки ўткир ишемиянинг қайтиши бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда фавкулдда коронар ангиография кўриб чиқилиши керак. ҚФ га ўтиш билан такрорий полиморф ҚТ Бета-блокаторлар билан даволанишга ижобий жавоб бериши мумкин. ҚТ ёки ҚФ эпизодлар сонининг камайишига ҳисса қўшади. Амиодарон (150-300 мг в/и) тез гемодинамик муҳим ҚА камайитириш учун фойдаланиш мумкин

Кекса ва қари ёшдаги беморларда юзага келган ўткир коронар синдромда бошқа антиаритмик дориларни (масалан прокаинамид, пропafenон) қўллаш тавсия этилмайди. **ЕКЖ III Б (ДАД I Б)**

Структуравий юрак касаллиги бўлган кекса ва қари ёшдаги беморларда ҚА

нинг олдини олиш учун периферик вазодилатация хусусиятига эга булган бета-блокаторларни (небивалол ёки карвидилол) буюриш тавсия этилади. **ЕКЖ II Б (ДАД III)**

Полиморфик ҚТнинг такрорий эпизодларини олдини олиш учун бета-блокаторлар периферик вазодилатация хусусиятига эга булган бета-блокаторларни (небивалол ёки карвидилол) билан даволаш тавсия этилади. Барқарор ҚТ нинг ААТ максимал симпатик блокадага қаратилган бўлиши керак [7]. **ЕКЖ IB (ДАД II Б)**

МИ дан кейин кекса ва қари ешдаги беморларда ҚА симптомларини бартараф қилиш учун амиодардан фойдаланиш тавсия этилади, аммо бундай терапия ўлим даражасига таъсир қилмайди, ёки ножўйа таъсирларини сонини оширади. **ЕКЖ I Б (ДАД I Б)**

ЎКС билан боғлиқ полиморф ҚТни даволаш учун амиодаронни томир ичига юбориш тавсия этилади, аммо кекса ва қари ешдагиларда келтирилган дори воситасининг қўлланилганда ушбу дори воситанинг ножўйа тасирлари ортади. **ЕКЖ I С (ДАД II С)**

ТЮЎ ёки ҚФ нинг такрорий эпизодлари бўлган беморларда тутилишларнинг олдини олиш ва олдини олиш учун электролитлар мувозанатини тузатиш тавсия этилади. **ЕКЖ I С (ДАД II С)**

Лидокаинни вена ичига юбориш Бета-блокаторлар ёки амиодарон билан даволашга жавоб бермаган доимий ҚТ ёки ҚФнинг такрорий эпизодларини, шунингдек амиодарон билан даволашга қарши кўрсатмаларни даволаш учун тавсия этилади. **ЕКЖ II Б (ДАД III Б)**

6. Электрик дефибриляцияси. Электр стимуляцияси

Аритмияни бартараф этиш учун барқарор ҚТ ёки ҚФ бўлган беморларга шошилишч электрик кардиоверсия ёки дефибриляция тавсия этилади. **ЕКЖ I С (ДАД II С)**

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

Мономорф ҚТ ва беқарор гемодинамикаси бўлган беморларга аритмияларни тўхтатиш ва самарали юрак фаолиятини тиклаш учун электрик кардиоверсия тавсия этилади. **ЕКЖ I С (ДАД II С)**

Электрик кардиоверсияси гемодинамиканинг ўткир бузилишлари билан бирга бўлмаган, ААТ самарасизлиги, улардан фойдаланишга қарши кўрсатмалар, шунингдек, даволовчи шифокор ва бемор ритмни тиклашнинг ушбу усулини афзал кўрган тақдирда, ҚТ пароксизмини энгиллаштириш учун тавсия этилади. **ЕКЖ II Б (ДАД III Б)**

Мономорф ҚТ ни бартараф этиш ва самарали юрак фаолиятини тиклаш учун қоринча юрак уриш тезлигини стимуллаш тавсия этилади [7, 9]. **ЕКЖ II А С (ДАД III С)**

Қисқа муддатли мономорфик ҚТни тиклаш учун қоринча қисқариш частотасини чексиз бир частота билан 8-10 пулс "тўпламлар" томонидан қоринча рағбатлантириш юрак мономорф қоринчалар тахикардиясини тиклашни амалга оширилиши мумкин (Марказий веноз кириш асосида) ёки танага ўрнатиловчи

қурилмалар ёрдамида (ЭКС, жойлаштирадиган КД қурилмалар). Бу усул торсаде де поинтес туридаги ҚФ ва полиморф ҚТ ларни бартарақ этиш учун самарасиз.

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

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>

Вақтинчалик трансвенöz стимуляция ҚТ/ҚФ пайдо бўлишининг олдини олиш учун барқарор ўрнини босувчи ритмсиз оғир АВ блокадаси белгилари бўлган беморларга тавсия этилади. ЕКЖ I C (ДАД I C)

5. ҚТни жарроҳлик йўли билан даволаш

Бу банд “тиббий аралашувлар” жилдида акс этирилган.

Махсус клиник ҳолатлар.

1. Юракнинг чиқиш қисмидан қоринча тахикардияси

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

Катетер абляция ЎҚЧТ/ҚЭ бўлган беморларда биринчи танлов сифатида тавсия этилади, фақат ААТ таъсири бўлмаганда кўриб чиқилиши керак.

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

ЧҚЧТ, аорта қопқоғи минтақаси ёки эпикардиал ҚТ/ҚЭ ни даволаш учун катетер абляция ААП I C класс самарасиз бўлган, шунингдек беморларнинг узоқ муддат симптомсиз беморлар учун тавсия этилади. ЕКЖ II а Б (ДАД III Б)

ҚТ / ҚЭ синусларини даволаш учун катетер абляция Валсалва фақат ААП I C класс самарасиз бўлса тавсия этилади. ЕКЖ I C (ДАД I C)

ҚТ / ҚЭ абляция учун эпикардиал ёндашув фақат самарасиз эндокард ҚТ/ҚЭ абляциясидан кейин тавсия этилади. ЕКЖ I C (ДАД I C)

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

2. Идиопатик чап қоринча тахикардияси

Ушбу аритмиянинг энг кенг тарқалган шакли - Гис тўтаи (> 90%) чап оёқ орқа шохи айрилган соҳасида риентри механизми асосида фассикуляр ҚТ юзага келиб, юрак структур патологияси бўлмаган ҳолда ёшларда асосан ривожланади олд шохда камдан кам учрайди. Ихтисослашган марказларда бундай беморларни даволаш учун биринчи танлов усули катетер абляция бўлиб, чунки касаллик асосан ёшларда учрайди ва бу ҳолатда узоқ муддатли дори-дармонларни даволаш самарасиз ҳисобланади. Муваффақиятли абляция сўнг тахикардия қайтиш частотаси 0- 20% атрофида Гис тўтам оёқлари бўйлаб қўзғалиш айланиши билан ҚТ

одатда олдиндан мавжуд бўлган интравентрикуляр ўтказувчанлик бузилишлари, шу жумладан Н-V интервалини чўзилиши ва Гис тўтам оёғининг блокадаси кузатилади. Бундай тахикардия камида махсус марказларида, катетер аблация билан даволашга яхши жавоб беради. Аблация кўпинча ўнг оёқда амалга оширилади, камроқ холларда Гис тўтамининг чап оёқда ўтказилади, процедура орқали ҚТдан бутунлай кутулиш мумкин.

3. Папиллар мушаклардан келиб чиқувчи қоринчалар тахикардияси

Агар папилляр мушакларининг ҚТ/ҚЭ юзага келганда ААП 1С классификацияси ва/ёки Бета-блокаторлар билан даволаш самарасиз бўлса, одатда керакли таъсирга ега бўлган катетер аблация тавсия этилади. ЕКЖ I C (ДАД I C)

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

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

ААП 1С синфидаги ва/ёки Бета-блокаторлар митрал ёки трикуспидал қопқоқ халқаларидан келиб чиқувчи ҚТ / ҚЭ нинг таъсири етарли бўлмаса катетер аблация тавсия этилади (ихтисослаштирилган марказларда). ЕКЖ I C (ДАД I C)

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

5. Структуравий юрак касаллиги/ЧҚД билан оғриган беморларда катетер аблация

ЧҚД билан оғриган беморларда аритмияларнинг патофизиологик механизми кўп ҳолларда чандикли соҳа ўзгаришлари атрофида реентри механизмидан иборат бўлиб, аблация мақсади ушбу соҳадаги халқани баргараф этишдир. Ҳозирда процедура самарадорлиги мезонини танлаш бўйича консенсус йўқ. Кўпроқ афзалроқ якуний нуқта ҳар қандай индукцияланган ҚТнинг йўқлиги бўлиши мумкин. Электр бўрони содир бўлганда, катетер аблацияни амалга ошириш дори-дармонлар билан даволаш билан солиштирганда такрорий эпизодлари тўхтатиш ва частотани камайтиришга ёрдам беради [8, 9].

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

Ихтисослашган ва экспериментал марказларда шошилиш катетер аблацияни

ўтказиш доимий ҚТ ёки СКД нинг такрорий зарбаларига олиб келадиган электр бўрони бўлган беморларга тавсия этилади [1] ЕКЖ ІБ (ДАД ІІ).

Доимий ҚТ туфайли такрорий ИҚД шоклари бўлган беморларга амиодарон ва катетер аблацияини буюриш тавсия этилади ЕКЖ: І Б (ДАД ІІ Б)

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

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

ҚТ катетер аблациясига қаратилган ишемик бўлган ёки ишемик бўлмаган КМП бўлган беморларда самарадорликни ошириш ва ҚТнинг қайталаниш эҳтимолини камайтириш учун миокарднинг МРТ тасвирини ўтказиш тавсия этилади. ЕКЖ Іа Б (ДАД ІІІ Б)

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

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

6. Структуравий юрак касаллиги/ЧҚД билан оғриган беморларда қоринчалар экстрасистолияси

Тез-тез симптоматик ҚЭ ёки нотурғун қоринчалар тахикардияси бўлган сурункали юрак касаллиги/ЧҚД бўлган беморларда катетер аблация тавсия этилади. ЕКЖ Іа Б (ДАД ІІІ Б)

ҚЭ билан боғлиқ ЧҚД мавжуд бўлса, катетер аблация тавсия этилади [1]. ЕКЖ Іа Б (ДАД ІІІ Б)

7. Эндокардит

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

Эндокардит фонида аорта етишмовчилиги туфайли ўткир гемодинамик бузилиш ҳолатларида жарроҳлик даволаш тавсия этилади, бу еса доимий ҚТга олиб келиши мумкин. ЕКЖ Іб С (ДАД ІІІ С)

8. Юрак клапанларининг шикастланиши

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

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

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

Гис тутами оёқчаларининг кўзғалиши билан кузатилувчи ҚТни аниқлаш ва бартараф қилиш учун юрак клапанлари операциясидан сўнг ҚТ ривожланган кекса ва қари ёшдаги беморларга катетер абляция билан ЭФТни қўллаш тавсия этилади. ЕКЖ IIа С (ДАД III С)

9. **Обструктив уйқу апноэ синдроми.**

Брадикартия ва тунги апноэ синдромининг дифференциал ташхисида сабаб сифатида кўриб чиқиш тавсия этилади. ЕКЖ IIа С (ДАД III С)

Уйқу билан боғлиқ нафас олиш муаммолари бўлган беморларда уйқу апноэси ва кислород билан тўйинганликнинг пасайиши ТЮЎ учун хавф омиллари сифатида кўриб чиқилиши тавсия этилади. ЕКЖ IIб С (ДАД III С)

Сўнги тадқиқотлар натижалари обструктив уйқу апноэси билан боғлиқ бўлган кекса ва қари ёшдагиларда ўлим кўрсаткичлари ортганини кўриш мумкин. Бу ўртача кечки кислород тўлдириш <93% камайиши билан обструктив nocturnal арнеа деб кўрсатилган ва минимал тунгии кислород сатурацияси <78% ТЮЎ учун мустақил хавф омиллар сифатида кўрсатилган. Шу сабабли, обструктив уйқу апноэси диагностикаси ТЮЎ хавфини табақалаштириш учун текширув алгоритмига киритилиши керак. тунги апноэ синдромида энг кўп учрайдиган ЮРБ бу синусли брадикардия, синус паузалари, Мобитз 1-ва 2-даражали АВ блокадалари тез-тез учраши ҳисобланади.

Қоринча аритмияларини олдини олиш учун антиаритмик препаратлар

Ҳозирги вақтда Б. Н. Сингх ва Д. С. Харрисон модификациясида аритмияга қарши препаратларнинг Э.М. Ваугхан Вилльямс бўйича таснифи қабул қилинган. Ушбу тасниф ҳозирги вақтда маълум бўлган барча аритмияга қарши воситаларни уларнинг қобилятига қараб 4 та синфга бўлиш имконини беради:

1. "тезкор" жавобли тўқималарда кутбсизланишни (таъсир потенциали 0 фазаси) бостириш;
2. юракдаги симпатик таъсирларни блоклаш;
3. реполяризация жараёнларини секинлаштириб, ҳаракат потенциалининг давомийлигини ошириш;
4. "секин" жавобли тўқималарда кутбсизланишни секинлаштириш.

Маълум бўлган аритмияга қарши препаратларнинг ҳар бири доминант сифатида юқорида келтирилган таъсирлардан бирига эга, бу эса уни у ёки бу синфга киритиш имконини беради.

1. I синф антиаритмик препаратлар (натрий каналларини блокловчи препаратлар).
2. Бета-адреноблокаторлар: II синф антиаритмик препаратлар.
3. III синф антиаритмик препаратлар: калий каналларини блокловчи препаратлар.
- "Секин" кальций каналлари блокаторлари: IV синф антиаритмик препаратлар.

ҚТ ВА ҚЭ РЕЦИДИВЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ МАҚСАДИДА УЗОҚ МУДДАТЛИ ТЕРАПИЯ УЧУН АНТИАРИТМИК ПРЕПАРАТЛАР

Антиаритмик препарат (синф)	Узоқ муддат перорал орқали қабул қилиш учун доза	Кўрсатмалар	Тез-тез ножўя таъсири	Қарши кўрсатмалар	Иқбослар
Амиодарон (III)	200 мг - сутка сига 3 март	ҚЭ, ҚТ, ҚФ, шу жумладан СЮЕ, патологик (>1,4	Кардиал: Гипотензия, брадикардия, АВ-блокадалар,	QT >480 мс терапия бошланишидан олдин	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/

	а - 1 ҳафт а, кейи н 200 мг сутка сига 2 март а - 1- 2 ҳафт а, кейи н сутка сига 200 мг сақло вчи доза.	см) ЧҚГ, ПИКС билан оғриган беморла рда	ТдП типидаги ҚТ, ҚТ ритмининг ИКД детексияси чегарасида н пастда секинлаши ши, дефибрилл яция чегарасини нг ошиши Нокардиал: кератопати я, гипо- ва гипертирео з, қусиш, қабзият, фотосенсиб илизатсия, атаксия, бош айланиши, периферик нейропатия , тремор, доривор гепатит, жигар циррози, ўпка фибрози, пневмонит	Юрак етишмовч илиги III- IV ФС НУНА Синусли брадикард ия, СА- блокада II- III даража. Импланта ция қилинган ЭКС бўлмаганд а II-III даражадаг и АВ- блокада	
Бета- адренобло каторлар (ИИ): Бисопрол ол,	Турл и дозал ар 2,5- 10 мг 1 р/сут	ҚЭ, ҚТ, шу жумлада н СЮЕ, патологи к ЧҚГ (>1,4 см), ПИКС,	Кардиал: Брадикарди я, гипотензия, АВ- блокада, СЮЕнинг кучайиши. Нокардиал:	СА- блокада II- III даража, АВ- блокада II- III даража, синусли брадикард ия (ЭКС	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/

Карведил ол, Метопрол ол, Пропанол ол	3,125 -25 мг 2 р/сут 25- 100 мг 1- 2 маха л/сут 10-40 мг 4 маха л/сут	туғма LQTS, КПКТ бўлган беморла рда	бош айланиши, чарчоқ, bronхообс руктив синдром, хавотирли бузилишла р, депрессия, диарея, жинсий бузилишла р, инсулинга боғлиқ ҚДа гипогликем ия	бўлмаганд а), артериал гипотония , СЮЭ IV ФС, bronхообс руктив синдром	
Соталол (Ш)	80- 120 мг 2 маха л/сут . Макс имал дозас и 320 мг/су т.	ҚЭ, ҚТ, ФҚ	Кардиал: брадикарди я, гипотензия, СЮЕнинг кучайиши, ТдП типидаги ўт йўллари Нокардиал: бета- адреноблок аторларда бўлгани каби	СА- блокада II- III даража, АВ- блокада II- III даража, синусли брадикард ия (ЭКС бўлмаганд а), артериал гипотония , СЮЭ III- IV ФС, ЧҚГ патологик (>1,4 см), МИнинг ўткир даврида, bronхообс руктив синдром	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320108/

Пропафенон (IC)	150-300 мг 3 маҳал/сут .	ҚЭ, ҚТ (юракнинг структуравий зарарланиши)	Кардиал: СА-блокада, АВ-блокада, QRS комплексининг 25% гача кенгайиши, манфий инотроптаъсир, СЮЕнинг кучайиши, юрак стимулятсияси ва дефибрилляцияси чегараларининг ошиши. Аритмоген таъсир - мономорф ҚТ, ФҚ. Нокардиал: бош айланиши, чарчоқ, оғиз куриши, кўнгил айнаши, диарея, титраш, кўришнинг хиралашиши, жигар фаолиятининг бузилиши	СА-блокада II-III даража, АВ-блокада II-III даража, синусли брадикардия (ЭКС бўлмаганда), қоринчалар ичи ўтказувчанлигининг оғир бузилиши, QRS>140 мс), БХ (АВ ўтказувчанлигини блокловчи препаратлар билан терапия бўлмаганда), ЮИК, ПИКС, СЮЕ ҳар қандай ФС, ЧҚОФ пасайиши, юрак клапан аппарати касалликлари, гемодинамиканинг узайтирилган QT интервали	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320108/
Лапаконитин гидробромид (IC)	25-50 мг 3 р/сут .				
Диэтилампропионил-этоксикарбонил-аминофенотиазин гидрохлорид (IC)	50 мг 3 р/сут .				

				бузилиши, Бругад синдроми нинг наслий шакли, юрак ичи қон айланиши нинг бузилиши, юрак ичи қон айланиши нинг бузилиши, юрак	
Верапами л (IV) Дилтиазе м (IV)	240- 480 мг/су т 120- 360 мг/су т	ҚТ (ЎҚ чиқариш трактида н, ЧҚ; фассику ляр ҚТ)	Кардиал: ЧҚОФ пасайган беморларда гипотензия, шиш, АВ- блокада, синусли брадикарди я, СЮЕнинг кучайиши Нокардиал: бош оғриғи, тошма, милк гиперплази яси, қабзият, диспепсия	WPW синдроми бўлган беморлард а II-III даражали СА- блокада, II-III даражали АВ- блокада, синусли брадикард ия (ЭКС бўлмаганд а), СЮЕ, ЧҚОФ пасайиши, БФ/БХ	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320108/

**УЗОҚ МУДДАТЛИ ТЕРАПИЯ УЧУН ҚТ ВА ҚЭ РЕЦИДИВЛАРИНИ
ОЛДИНИ ОЛИШ МАҚСАДИДА ҚЎШИМЧА АНТИАРИТМИК
ПРЕПАРАТЛАР**

Магний сульфат	АБ назорати остида 2-5 дақиқа давомида аста-секин	QTc оралиғини узайтириш	Юрак томонидан: гипотензия	Артериал гипотония
Калий хлорид ва калий препаратлари	Дозатор билан 100 мл гача АБ назорат остида	Гипокалиемия	Юрак томонидан: брадикардия, гипотензия, АВ блокада, гиперкалиемия	Гиперкалиемия, оғир буйрак етишмовчилиги

**ҚОРИНЧАЛАР ТАХИКАРДИЯСИ ПАРОКСИЗМЛАРИНИ ТЎХТАТИШ
УЧУН АСОСИЙ АНТИАРИТМИК ПРЕПАРАТЛАР**

Препарат (синф)	Дозалар ва схемалар	Қўлланилиши	Эътиборни талаб қиладиган ЭКГ параметрлари	Тез-тез такрорланадиган ножўя таъсирлар
Амиодарон (III)	15-20 дақиқа давомида 5 мг/кг оқим билан вена ичига, сўнгра томчилаб : 1 мг/мин - 6 соат, 0,5 мг/мин. - 18 соат (суткаси гача 1200 мг гача)	МИ дан кейин юракнинг структуравий шикастланиши бўлган беморларда, шу жумладан патологик ЧҚГ, СЮЕ, ҚТ кардиологик операциялардан кейин, ИКД бўлган беморларда	Синусли брадикардия ≤ 50 зарба/дақ. АВ-ўтказувчанликнинг сўниши II-III даражадаги блокадаларда, QRS > 160 мс, QT ≥ 500 мс	Артериал гипотония, брадикардия, АВ-ўтказувчанликнинг бузилиши, дефибрилляция бўсағасининг ошиши, TdP типигадаги ҚТ (камдан-кам)
Лидокаин (IV)	1-2 мг/кг в/и	МИнинг ўткир даврида	ЭКГ интервалларига	Делирий, психоз, эпилептик

	оқимли (100-200 мг) 3-5 мин давомида , зарур бўлганда кейин в/и томчилаб 1-4 мг/мин.	беморларда ҚТ, юрак гликозидлари билан заҳарланиш оқибатида ҚТ, кардиохирургик операциялардан кейин	сезиларли таъсир кўрсатмайди. QTc ни қисқартириши мумкин	тутканоқлар, титроқ, дизартрия (суткасига 1 г ва ундан ортик дозада томчилатиб юборилганда)
Прокаинамид (IA)	В/и оқимли равишда 10-20 мг/кг 20-50 минут давомида , сўнгра зарурият бўлганда в/и томчилаб 1-4 мг/мин.	Юрак структуравий патологияси ва СЮЕ бўлмаган беморларда ҚТ	Синусли брадикардия ≤ 50 зарба/дақиқа, АВ-ўтказувчанликни пасайиши II-III даражадаги блокадалар, QRS > 160 мс, QT ≥ 500 мс	Артериал гипотония, брадикардия, АВ ўтказувчанлигининг бузилиши, к/и ўтказувчанлигининг бузилиши, дефибрилляция бўсағасининг ошиши, TdP типидagi ўт йўллари
Верапамил (IV)	В/и оқимли 2,5-5 мг ҳар 15-30 мин	"Идиопатик" ҚТ: УҚ чиқариш трактидан, ЧҚ. Фассикуляр ҚТ	Синусли брадикардия ≤ 50 зарба/дақ. АВ-ўтказувчанликни нг сўниши (II-III даражали блокадалар)	Артериал гипотония, брадикардия, АВ ўтказувчанлигининг бузилиши, ўткир юрак етишмовчилиги. ВПВ синдроми ва СЮЕ нинг ҳар қандай шаклларида қарши кўрсатма
Трифосаденин	Вена ичига 2 сония давомида 10 мг юбориш. 2	"Идиопатик" ҚТ: УҚ чиқариш трактидан, ЧҚ. Фассикуляр ҚТ		Синус тугуни ёки АВ- II-III босқич блокадаси (қисқа муддатли). БХ пароксизми ривожланиши мумкин.

	дақиқада н сўнг 2 сония давомида 20 мг ни такроран юбориш мумкин, кейин яна 2 дақиқада н сўнг 2 сония давомида 30 мг ни юбориш мумкин.			Ҳансираш, бронхоспазм
--	--	--	--	--------------------------

ҚОРИНЧАЛАР ТАХИКАРДИЯСИ ПАРОКСИЗМЛАРИНИ ТЎХТАТИШ УЧУН АСОСИЙ АНТИАРИТМИК ПРЕПАРАТЛАР

Магний сулфат	АБ назорати остида 2-5 дақиқа давомида аста-секин	QTc оралиғини узайтириш	Юрак томонидан: гипотензия	Артериал гипотония
Калий хлорид ва калий препаратлари	Дозатор билан 100 мл гача АБ назорат остида	Гипокалиемия	Юрак томонидан: брадикардия, гипотензия, АВ блокада, гиперкалиемия	Гиперкалиемия, оғир буйрак етишмовчилиги

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Сифат мезони	ЕОК Синф ва даража	УДД	Бажарилишни баҳолаш
1	Қон айланиши тўхтаб қолган ёки хушидан кетиш эпизоди кузатилган беморга ЭКГ ўтказилди. Қоринча тахикардияси ёки қоринча фибрилляцияси пароксизми аниқланганда, реанимация чоралари	IV	IV	Ҳа/йўқ

	кўрилди ва шошилиш кардиоверсия ёки дефибрилляция амалга оширилди.			
2	Барқарор қоринча тахикардияси бўлган беморга аритмияни бартараф этиш (дори-дармон ёки ЭИТ ёрдамида) амалга оширилди.	IB	II B	Ҳа/йўқ
3	Қоринча аритмияларини (ҚА) аниқлаш мақсадида текширувдан ўтаётган беморларга 12 та йўналишдаги тинч ҳолатдаги ЭКГ текшируви ва/ёки ЭКГнинг холтер мониторинги (ХМЕКГ) ўтказилди.	IA	IA	Ҳа/йўқ
4	ҚА билан касалланган беморда чап қоринча функциясини баҳолаш ва юрак тузилишидаги патологияни аниқлаш мақсадида эхокардиографик текширув ва/ёки бошқа тасвирий тадқиқотлар ўтказилди.	IA	IA	Ҳа/йўқ
5	Миокарднинг структуравий шикастланиши/ЧҚ дисфункцияси бўлган, ЮҚТК хавфи юқори бўлган ва унинг бирламчи ёки иккиламчи профилактикасига муҳтож бўлган барча тоифадаги беморларни даволашда бета-адреноблокаторлар билан даволашни бошлаш/давом эттириш.	IA	IA	Ҳа/йўқ
6	СЮЕ ва ЧҚ систолик дисфункцияси ($ЧҚОФ \leq 35-40\%$) бўлган беморларда умумий ўлим ва ЮТУҚ хавфини камайтириш мақсадида АПФ ингибиторлари (ёки АПФ ингибиторларини кўтара олмасликда ангиотензин II антагонистлари), бета-адреноблокаторлар ва алдостерон антагонистлари билан оптимал медикаментоз терапия ўтказилди.	IA	IA	Ҳа/йўқ
7.	ИҚД қайта ишлаш/шокларида*** турғун ТР туфайли антиаритмик терапия ўтказилди, унинг самарасизлигида ёки иложи бўлмаганда, бемор керакли катетерли абонементни бажариш масаласини ҳал қилиш учун юрак ритми бузилишларини ташхислаш ва даволашга ихтисослашган	IB	II B	Ҳа/йўқ

	шифокорга (кардиолог, юрак-қон томир жарроҳи, рентгенендоваскуляр диагностика ва даволаш шифокорига) маслаҳатга юборилади, шунингдек, юрак ритми бузилишларини даволаш ва олдини олиш учун шифокорга юборилади.			
8.	Чап қоринча дисфункцияси (ЧҚОФ - 35% ва ундан кам) ва юрак етишмовчилиги (НУНА бўйича II ёки III ФС) бўлган бемор миокард инфарктдан кейин 40 кун ўтгач, юрак ритми бузилишларини ташхислаш ва даволашга ихтисослашган шифокорга (кардиолог, юрак-қон томир жарроҳи, рентгенендоваскуляр диагностика ва даволаш шифокори) ёки ихтисослаштирилган кардиология марказига ИКД имплантацияси зарурияти масаласини ҳал қилиш учун юборилади***.	IA	IA	Ҳа/йўқ
9.	Узлуксиз тўхтамайдиган қоринча тахикардияси ёки кўп марталаб имплантация қилинган кардиовертер-дефибриллятор шокига олиб келадиган электр бўрони ҳолатларида, юрак ритми бузилишларини ташхислаш ва даволашга ихтисослашган шифокор (кардиолог, юрак-қон томир жарроҳи, рентгенендоваскуляр диагностика ва даволаш шифокори) билан ихтисослашган ва тажрибали марказларда катетерли абляция ўтказиш зарурати муҳокама қилинди.	IB	IB	Ҳа/йўқ
10.	Медикаментоз терапиянинг муваффақиятсизлигида, ҚТ хуружлари сақланиб қолганида, қоринча экстрасистолияси билан боғлиқ ЧҚ дисфункцияси мавжуд бўлганда, бемор юрак ритми бузилишларини ташхислаш ва даволашга ихтисослашган шифокорга (кардиолог, юрак-қон томир жарроҳи, рентген-эндоваскуляр диагностика ва даволаш шифокорига)	IB	IB	Ҳа/йўқ

	ёки аритмия ва такрорий қусишларни олдини олиш учун ихтисослаштирилган кардиология марказига, юрак ритми бузилишларини ташхислаш ва даволашга ихтисослашган шифокорга (кардиолог, юрак-қон томир жарро			
--	--	--	--	--

Ўзбекистон Республикасида бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларининг клиник баённомаларга киритилиши харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

Қоринча ритмининг бузилиши

Қоринчалар тахикардияси ва тўсатдан юрак ўлими

Асосий терминология

Қоринчалар ритмининг бузилиши ёки қоринча тахиаритмияси юрак ритмининг бузилишининг умумий номи бўлиб, патологик электр фаоллигининг манбаи юрак қоринчалари тўқималарида жойлашган.

Тўсатдан ўлим - бу жароҳат билан боғлиқ бўлмаган ва деярли соғлом одамда аломатлар пайдо бўлган вақтдан бошлаб 1 соат ичида содир бўладиган кутилмаган ўлим ҳодисасидир. Агар ўлим гувоҳларсиз юз берган бўлса, агар марҳум ўлимдан 24 соат олдин қоникарли ҳолатда бўлган бўлса, тўсатдан ўлим дейилади.

Тўсатдан юрак ўлими (ТЮЎ) - бу атама, агар тўсатдан ўлим ҳаёт давомида маълум бўлган туғма ёки орттирилган потентсиал фатал юрак касаллиги бўлган беморда содир бўлса ёки юрак-қон томир тизими патологияси ўлимдан кейин аниқланган ва ўлимга сабаб бўлиши мумкин бўлса ёки аниқ юракдан ташқари ўлим сабаблари аниқланмаган бўлса ва ритм бузилиши ўлимнинг энг эҳтимолий сабаби бўлиб хизмат қилса, қўлланилади.

Ижтимоий аҳамияти

Тўсатдан юрак ўлими қайтмас оқибат ва тўсатдан юрак тўхташининг натижаси сифатида 35-50 ёшдаги одамларда бошқа оқибатлар орасида 50% га етади, асосан эркаклар, аммо сўнгги пайтларда аёллар, шунингдек, ўсмирлик ва ўспиринлик ёшидаги шахслар улушининг кўпайиш тенденцияси кузатилмоқда.

40 ёшдан ошган одамларда юрак тўхташи ҳолатларининг деярли ярмида маълум юрак касалликлари йўқ, аммо уларнинг аксарияти ташҳисланмаган юрак ишемик касаллиги (ЮИК) га эга. ЮИК ва бошқа юрак патологияси билан касалланишнинг камайиши ЮҚТК ҳолатлари сонининг деярли 40% га камайишига олиб келди. Тўсатдан ўлишга генетик мойиллик мавжуд. Тўсатдан ўлимнинг оилавий анамнезининг прогностик аҳамияти тавсифланган - оилада тўсатдан ўлимнинг битта ҳолати мавжуд бўлганда унинг нисбий хавфи деярли икки баравар, оилада тўсатдан ўлимнинг иккита ҳолатида эса хавф 9 баравар ошади.

Ирсий аритмоген касалликларнинг электрокардиографик (ЭКГ) ва эхокардиографик белгиларига нисбатан хушёрлик клиник амалиётнинг муҳим қисми бўлиб, ЮҚТК хавфи юқори бўлган шахсларни ўз вақтида аниқлаш имконини беради. Тўсатдан ўлим қурбонларининг яқин қариндошларини скрининг қилиш хавф остидаги шахсларни аниқлаш, тегишли даволанишни тайинлаш ва шу билан ушбу оилада тўсатдан ўлимнинг бошқа ҳолатларининг олдини олиш имконини беради.

Клиник кўринишлари

Қоринчалар тахиаритмиясининг клиник кўринишлари сезиларли даражада фарқ қилиши мумкин - мутлақ симптомсизликдан юрак уриши, кўкрак қафасидаги ноқулайлик, кўкрак ортидаги оғриқ, бўғилиш, бош айланиши, пресинкопал ва

синкопал ҳолатларгача. Тез-тез юрак уриши, ҳушдан кетиш ҳолати ва ҳушдан кетиш шифокорга ташриф буюриш ва қўшимча текширувни талаб қиладиган учта энг муҳим аломатдир.

Нохуш оқибатларнинг юрак-қон томир хавф омилларини коррекциялаш

Бемор ўзида ва оила аъзоларида мавжуд бўлган юрак-қон томир хавф омиллари - чекиш, ортиқча тана вазни, психоЭмотсионал стресс, кам ҳаракатли ҳаёт тарзи, холестерин даражасининг ошиши ҳақида билиши керак. Кўрсатилган хавф омилларининг таъсирини камайтириш мумкин. Бемор ва унинг оила аъзоларида тузатилмайдиган хавф омиллари мавжуд бўлганда ўзгарувчан хавф омилларини тузатиш айниқса муҳимдир, буларга қуйидагилар киради: оила анамнезида тўсатдан юрак ўлими, эрта мия инсультлари, миокард инфаркти, қандли диабет мавжудлиги; шунингдек, ушбу омилларга эркак жинси, кекса ёш, аёлларда физиологик ёки жарроҳлик менопаузаси киради.

Хавф омилларини тузатиш нафақат бемор, балки унинг оила аъзолари томонидан ҳам амалга оширилиши талаб этилади. У даволовчи шифокор томонидан тузилган оилавий бирламчи профилактика ва тарбия дастурларини амалга ошириш орқали амалга оширилади

- • Тана вазни индекси (Кетле) = тана вазни килограмм/ (бўй м²);
- • Бел/сон индекси (БСИ): БСИ = БА/СА, бунда БА (бел айланаси) - киндик устида ўлчанган энг кичик айлана; СА (сон айланаси) - думбалар сатҳида ўлчанган энг катта айлана;

Плазма холестерин даражасининг талқини:

- жуда юқори хавф <1,8 ммол/л бўлган беморлар учун паст зичликдаги липопротеинлар (ПЗЛП) холестеринининг мақсадли даражаси ёки унинг дастлабки даражадан камида 50% га пасайиши, агар у 1,8-3,5 ммол/л (70-135 мг/дл) оралиғида бўлса;
 - юқори хавф <2,6 ммол/л бўлган беморлар учун ПЗЛП холестеринининг мақсадли даражаси ёки унинг дастлабки даражадан камида 50% га пасайиши, агар у 2,6-5,2 ммол/л (100-200 мг/дл) оралиғида бўлса;
 - паст ва ўртача хавфга эга беморлар учун ПЗЛП холестеринининг мақсадли даражаси <3 ммол/л;
 - Юқори зичликдаги липопротеинлар (ЮЗЛП) >1,2 ммол/л (аёлларда), >1,0 ммол/л (эркакларда);
 - Триглитсеридларнинг мақсадли даражаси <1,7 ммол/л.
- • Наҳорги қон плазмасида глюкоза даражаси 6,1 ммол/л дан ошмайди;
 - • Қон зардобида сийдик кислотаси даражаси <420 мкмол/л (эркакларда), <360 мкмол/л (аёлларда).

Бемор ва унинг оиласига асосий маслаҳатлар

1. Суткасига камида 7 соат ухлаш етарли деб ҳисобланади;
2. Тана вазни идеалга яқинлашиши керак (ТВИ 25 кг/м² дан кам). Бунинг учун овқатнинг кунлик калорияси тана вазнига ва ишнинг характерига қараб 1500

- дан 2000 ккал гача бўлиши керак. Суткасига оксил истеъмоли - 1 г/кг тана вазни, углеводлар - 50 г/сут, ёғлар - 80 г/сут.
3. Овқатланиш дафтарини юритиш мақсадга мувофиқдир; беморга ёғли, ширин овқатлардан воз кечиш, сабзаётлар, мевалар, бошоқли ўсимликлар ва дағал майдаланган нонни афзал кўриш қатъий тавсия этилади;
 4. Туз истеъмолини 5 г/суткагача чеклаш;
 5. Калийга бой маҳсулотларни истеъмол қилиш керак (янги узилган мевалар, сабзаётлар, туршак, пиширилган картошка);
 6. Чекишни тўхтатиш ёки чеклаш керак;
 7. Алкоголь истеъмолини абсолют этанол ҳисобига кунига 30 мл гача чеклаш керак;
 8. Даволовчи шифокор билан бемор учун индивидуал мақбул бўлган юкламаларни келишиш: пиёда юриш, велосипед ҳайдаш, чанғида юриш, боғда ишлаш;
 9. Ишлаб чиқариш ва турмушдаги психоЭмотсионал стресс тўғри турмуш тарзи билан назорат қилинади. Иш куни ва уй юмушлари давомийлигини чеклаш, тунги смена, хизмат сафарларидан қочиш керак;
 10. Спорт билан шуғулланадиган йигитлар мушак массасини ошириш учун озиқ-овқат қўшилмаларини суиистеъмол қилишлари мумкин эмас ва анаболик стероидларни қабул қилишни истисно қилишади.

Имплантация қилинган кардиовертер-дефибрилятор ва/ёки юракни қайта синхронлаштирувчи терапия қурилмаси бўлган беморга маслаҳатлар

- Кучли магнит ва электромагнит майдонларнинг таъсирига, шунингдек имплантация жойи яқинида ҳар қандай магнитларнинг бевосита таъсирига дучор бўлиш тақиқланади;
- Электр токи таъсирига тушиш тақиқланади;
- Магнит-резонанс томографияни (МРТ) бажариш тақиқланади; МРТ мувофиқлик белгисига эга бўлган IKD ва SRT-D тизимлари (электродлар ва қурилмалар) бундан мустасно;
- ИКД/СРТ-Д имплантацияси соҳасига кўкракка зарба бериш, аппаратни тери остига суришга уриниш тақиқланади;
- ИКД/СРТ-Д имплантациясидан кейинги дастлабки 3 ой ичида, шунингдек, ИКД асосли ишга туширилгандан кейин 3 ой давомида транспорт воситасини бошқариш тақиқланади;
- Жарроҳлик аралашувларида (шу жумладан эндоскопик) монополяр электрокоагуляцияни қўллаш тақиқланади, биполяр коагуляцияни қўллаш максимал даражада чекланиши керак;
- Перфораторлар ва электродреллар, шунингдек, ўроқ машиналардан фойдаланишни чеклаш керак; ўтинни қўлда ўриш ва ёриш эҳтиёткорлик билан амалга оширилиши керак, иложи борича бу фаолият туридан воз кечиш керак;
- Елка камари учун катта юкламалар керак эмас;

- Компьютер ва унга ўхшаш қурилмалардан, шу жумладан, портатив қурилмалардан фойдаланиш мумкин;
- Ҳар қандай рентген текширувларини, шу жумладан компьютер томографиясини бажариш мумкин;
- Уйда ёки ер участкасида ишлаш мумкин, электр асбобидан, агар у соз бўлса, фойдаланиш мумкин;
- Контактли-жароҳатли кўринишлардан қочиб, спорт билан шуғулланиш мумкин;
- ИКД/СРТ-Д билан оғриган бемор тегишли дастурчи ёрдамида қурилмани текшириш учун шифокорга ўз вақтида келиши керак;
- ИКД/СРТ-Д билан оғриган бемор имплантация қилинган қурилманинг номини, моделини билиши керак; ҳар доим ёнида passport, ИКД/СРТ-Д ҳақидаги маълумотлар бўлиши жуда муҳимдир.

Қоринча ритми бузилишларида интервенцион даволаш ўтказилгандан сўнг беморга маслаҳатлар

- Қоринча ритми бузилишларини интервенцион даволашдан кейин бир ойдан уч ойгача ўрта оғир, оғир жисмоний юкламаларни чеклаш;
- Ҳаракат режимига, дори-дармонларни қабул қилиш бўйича кўрсатмаларга қатъий риоя қилиш;
- Даволовчи шифокорда саломатлик ҳолатини баҳолаш, 6 ойда камида 1 марта ЭКГ назорати билан мунтазам равишда ташриф буюриш;
- Бош айланиши, ҳолсизлик, хушдан кетиш, юрак уришининг тезлашиши билан кечадиган аритмия хуружи пайдо бўлганда - тез тиббий ёрдам чақириш; ритм бузилишларини ЭКГ билан қайд этиш мақсадга мувофиқ;
- Кўрсатмаларга кўра, даволовчи шифокорнинг тавсияларига кўра, назорат эхокардиографик текшируви, кунлик ЭКГ мониторинги ўтказилиши керак бўлиши мумкин.

Даволовчи шифокорда беморни кузатиш тамойиллари

- Саломатлик ҳолатини назорат қилиш учун даволовчи шифокорга режали ташрифлар ярим йилда ўртача 1 марта;
- Бемор қабул қилинаётган препаратларнинг номи ва дозировкасини билиши керак;
- Даволовчи шифокорга ташриф буюрганда ЭКГ назорати ўтказиш мақсадга мувофиқ;
- Аҳволи ёмонлашганда даволовчи шифокорнинг режадан ташқари кўригидан ўтиш тавсия этилади.

Тез тиббий ёрдам чақиришни талаб қилувчи шошилиш ҳолатлар

- Бош айланиши, ҳолсизлик, хушдан кетиш олди ҳолати, хушдан кетиш, юрак уришининг тезлашиши билан кечадиган аритмия эпизоди пайдо бўлганда,

- ҳолатни назорат қилиш ва барқарорлаштириш, касалхонага ётқизиш учун кўрсатмаларни аниқлаш учун тез тиббий ёрдам чақириш кўрсатилган;
- Ҳушсизликдан олдинги ҳолатлар, ҳушдан кетиш эпизодлари пайдо бўлганда, ҳолатни назорат қилиш ва барқарорлаштириш, шифохонага ётқизиш учун кўрсатмаларни аниқлаш учун тез тиббий ёрдам чақириш тавсия этилади;
 - ИКД/SRT-D ишга тушиши юзга kelganda, ҳолатни назорат қилиш ва barqarorlashtirish, шифохонага ётқизиш учун кўрсатмаларни аниқлаш учун тез тиббий ёрдам чақириш тавсия этилади;
 - Катетер аблатсиясидан кейин асоратлар пайдо бўлган беморларга зарур даволаш-ташхислаш чора-тадбирларини амалга ошириш учун тезда ихтисослаштирилган шифохонага ётқизиш тавсия этилади.

**«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ҚОРИНЧАЛАР
АРИТМИЯЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

54

Тавсиялар синфлари (ЕОК)

Синфлар	Таъриф
I класс	Ушбу даволаш усули/диагностик ёндашувдан фойдаланиш керак, уни қўллашнинг фойдаси ёндош хавфлардан сезиларли даражада ошади
IIa-синф	Ушбу даволаш/диагностик ёндашув усулини қўллаш мақсадга мувофиқ, уни қўллашнинг фойдаси ёндош хавфлардан ошиб кетади
IIIб синф	Ушбу даволаш усули/диагностик ёндашув муайян вазиятларда қўлланилиши мумкин, уни қўллашнинг фойдаси ёндош хавфлардан ошиб кетади ёки улар билан таққосланади
Класс III	Ушбу даволаш усули/диагностик ёндашувдан фойдаланмаслик керак

Маълумотларнинг исботлилик даражалари

Даража	Далиллар базаси
Даража А	Далиллар бир нечта рандомизатсияланган назорат қилинадиган тадқиқотларда ёки ушбу тадқиқотларнинг мета-таҳлилларида олинган
Даража В	Далиллар битта рандомизатсияланган назорат қилинадиган клиник тадқиқотда ёки йирик рандомизатсияланмаган тадқиқотларда олинган
Даража С	Клиник тавсия асосида экспертларнинг фикри (розилиги) ёки кичик тадқиқотлар натижалари, регистрлар маълумотлари ётади

ҚА билан оғриган беморларни даволаш.

Бу бўлим олдинги бобда айтилган.

КОРИНЧАЛАР ТАХИКАРДИЯЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Жарроҳлик усуллари биринчи навбатда очик юракда жарроҳлик амалиётига бораётган беморларга, шунингдек, бошқа даволаш усуллари керакли натижани бермаган беморларга кўрсатилади. ЖНРСни даволашнинг жарроҳлик усуллари аблатсия ва эндокард резекцияси киради. Жарроҳлик аблатсияси эндокардиал ва эпикардиал юқори частотали ток билан (радиочастотали аблатсия) ёки паст ҳароратлар ёрдамида (криоаблатсия) амалга оширилиши мумкин. ҚА зоналарининг жойлашуви операциядан олдин ЭФТ ёрдамида аниқланиши ва очик юракда операция пайтида хариталаш пайтида аниқланиши керак.

Операциядан олдин ва кейин мажбурий ЭФТ хариталаш билан ихтисослаштирилган марказларда бажариладиган жарроҳлик аблатсияси ААП терапиясига жавоб бермайдиган рефрактер ҚТ билан оғриган беморларга ҚТ/ҚХ

пайдо бўлишини тўхтатиш ва олдини олиш учун катетер аблатсияси муваффақиятсиз уринишда тавсия этилади. **ЕОК I B (УДД IB)**

Чап қоринча (ЧҚ) жарроҳлик реконструкцияси пайтида эндокардектомия чап қоринча инфарктдан кейинги аневризмаси (ЧҚА) бўлган, ҚТ ташхиси қўйилган беморларга ҚТ/ҚХ пайдо бўлишини тўхтатиш ва олдини олиш учун тавсия этилган. **ЕОК IIa A (УДД IIIA)**

Эндокард резекцияси ЧҚЖР операциясига юборилган, операциядан олдинги босқичда юрак ичи ЭФТ ёрдамида ҚТ ташхиси қўйилган беморларга, шунингдек, ЭФТ ўтказилмаган бошқа ЧҚА билан оғриган беморларга кўрсатилган, чунки инфарктдан кейинги ЧҚА билан оғриган беморларда ҚТ ривожланиш хавфи 50% ни ташкил қилади.

ҚТ ЧҚЖР операциясидан кейинги беморларга операциядан кейинги ҚТ/ҚХ эпизодларини тўхтатиш учун эрта даврда ИКД ўрнатиш тавсия этилди. **ЕОК IIa B (УДД IVB)**

5.1. Антиаритмик қурилмалар. Имплантация қилинадиган кардиовертер-дефибриллятор.

Имплантация қилинадиган кардиовертер-дефибриллятор (ИКД) - юрак уришининг олдини олиш мақсадида ҳаёт учун хавфли аритмияларни тўхтатиш учун мўлжалланган қурилма. ТЮЎ профилактикасида ИКДни қўллаш ТЮЎ ривожланишининг аритмик механизмига асосланган. Синус (ёки тегишли) ритмни тиклаш бир неча ўнлаб Дж электр разряди ёки бемор учун оғриқсиз ва энергия жиҳатидан кам харажатли бўлган электр стимуллари тўплами ёрдамида амалга оширилади. ИКД ТЮЎнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасининг асосий воситаси сифатида кўриб чиқилиши керак [1]. Имплантация одатда маҳаллий анестезия остида амалга оширилади.

5.2. ТЮЎнинг иккиламчи профилактикаси мақсадида ИКД

ИКДни имплантация қилиш гемодинамиканинг сезиларли ўзгаришлари билан ҳужжатлаштирилган ҚХ ёки ҚТ бўлган беморларга, уларнинг ривожланишининг ўткинчи сабаблари мавжуд бўлмаган тақдирда ва МИ ривожланишидан 48 соат ўтгач тавсия этилади. **ЕОК IA (УДД IA)**

Айрим беморларда МИдан кейин 40 кун ичида (тўлиқ бўлмаган реваскуляризация, олдинги дисфункция ва ЧҚОФ пасайиши, ЎКС, полиморф ҚТ ёки ҚХ пайдо бўлганидан 48 соатдан кейин аритмиялар пайдо бўлганда) ИКД имплантацияси ёки ташқи кардиовертер-дефибрилляторни вақтинча қўллаш тавсия этилган. **ЕОК IC (УДД IC)**

Катетер аблатсиясини бажариш имконияти ва муолажа натижаларидан қатъи назар, стабил ҚТ бўлган, ЧҚДД ўртача ифодаланган (ЧҚОФ <45%) беморларга ИКД имплантацияси тавсия этилади.

Барқарор ҚТ бўлган беморларга ИКД имплантацияси ААТ билан таққослаганда яшовчанлик кўрсаткичининг ошиши билан бирга келади. ЧҚ дисфункцияси (ташлама фракцияси <45%) ва барқарор ҚТ бўлган барча беморларга ИКД ўрнатиш мақсадга мувофиқдир.

Ўткир миокард инфаркти оқибатида ўтказилган ҚТ беқарорлиги, ЧҚДД (ЧҚОФ <40%) ва ЭФТ ўтказилганда ўтказилган турғун ҚТ ёки ҚХ индутсирланган беморларга ИКД имплантацияси тавсия этилди.

Рандомизатсияланган тадқиқотлар ва мета-таҳлилларда ТЮЎ хавфи ЧҚ функциясининг бузилиши билан боғлиқлиги ва ТЮЎнинг бирламчи профилактик воситаси сифатида ИКДдан фойдаланиш ишемик ва ноишемик табиатли ушбу тоифадаги беморларнинг ўлим даражасига сезиларли таъсир кўрсатиши кўрсатилган. ИКДни қўллаш учун барча кўрсатмалар учун беморнинг башорат қилинган умр кўриш давомийлиги 1 йилдан ошган тақдирдагина иккинчиси фойдасига қарор қабул қилинади. Тегишли реваск зарурати.

ТЮЎнинг бирламчи профилактикаси учун ИКД имплантацияси МИдан кейин 40 кун давомида тавсия этилмайди. **ЕОК I A**

(УДД IA) ЧҚДД (ЧҚОФ $\leq 35\%$) ва ЮЕ (NYHA бўйича II ёки III ФС) билан оғриган беморларга МИдан кейин камида 40 кун ўтгач, ТЮЎ хавфини камайтириш учун ИКД имплантацияси тавсия этилган [1]. **ЕОК IC(УДД IC)**

Ноишемик генезли кардиомиопатия, ЧҚДД (ЧҚОФ $\leq 35\%$) ва ЮЕ (NYHA бўйича II ёки III ФС) бўлган беморларда ИКД имплантацияси тавсия этилган [7]. **ЕОК IB (УДД IB)**

Даволаш муассасасидан ташқарида юрак трансплантациясини кутаётган беморларда ТЮЎ профилактикаси учун ИКД имплантацияси тавсия этилган [8]. **ЕОК IIaC (УДД IIc)**

ИКД-терапия кўрсатилмаган ёки қарши кўрсатма бўлган ҳолатлар:

- қоникарли функционал мақомга эга бўлган беморларнинг прогноз қилинаётган умр кўриш муддати, ҳатто кўрсатмалар мавжуд бўлганда ҳам, 1 йилдан ошмайди;
- узлуксиз қайталанувчи ҚТ ёки ҚХ билан оғриган беморларга;
- қурилма имплантацияси билан оғирлашиши ёки тизимли кузатувга тўсқинлик қилиши мумкин бўлган кучли руҳий касалликларга чалинган беморларга;
- СЮЕ IV ФС (НЙҲА) дори терапиясига рефрактер бўлган беморларга, улар юрак трансплантациясига номзод бўлмаганда;
- индутсирланган ҚТАсиз ва юракнинг структуравий патологияси бўлмаган ноаниқ генезли ҳушидан кетиш билан оғриган беморларга;
- ҚТ ёки ҚХ радикал, жарроҳлик йўли билан ёки катетер аблатсияси ёрдамида бартараф этилиши мумкин бўлган ҳолларда: WPW синдроми билан боғлиқ аритмиялар, қоринчалар чиқариш трактидаги тахикардиялар, юракнинг структуравий патологияси мавжуд бўлмаганда фассикуляр ва идиопатик ўт йўллари;
- ҚТ эпизоди ўткинчи ёки қайтар бузилишлар (масалан, ЎМИ, электролитлар мувозанатининг бузилиши, дори-дармонларнинг ножўя таъсири, травма) натижасида юзага келган беморларга, бузилишни тузатиш мумкин бўлганда ва аритмиянинг қайта пайдо бўлиш хавфини сезиларли даражада камайтириши мумкин бўлганда.

5.3. ТЮЎ хавфини камайтириш учун СЮЕ билан оғриган беморларда юракни

қайта синхронлаштирувчи терапия. Комбинацияланган СРТ-Д қурилмалари

СРТнинг самарадорлиги ишемик ва ноишемик генезли кардиомиопатияда кўплаб КИ ва мета-тахлилларда кўрсатилган [1]. Европа умумий реэстри ма'лумотлари комбинацияланган СРТ-Д қурилмалари билан оғриган беморларда ўлим даражаси пастроқ эканлигини кўрсатади [1]. Қимматроқ ва мураккаброқ комбинацияланган тизимлар кўпроқ иккиламчи профилактикага мухтож бўлган беморларда ёки сезиларли коморбидлик бўлмаган ва нисбатан ёш бўлган беморларда Тўнинг бирламчи профилактикада афзал бўлиши керак [3]. СРТ имплантацияси одатда маҳаллий анестезия остида амалга оширилади.

СЮЕ, синус ритми ва QRS морфологияси бўлган, QRS давомийлиги ≥ 150 мс, ЧҚОФ $\leq 35\%$, симптомларни камайтириш, морбидлик ва ўлим хавфини камайтириш мақсадида СЮЕ билан оғриган беморларга оптимал медикаментоз терапия фонида СРТ-қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилган. **ЕОК I A (УДД IA)**

СЮЕ, синус ритми ва ҚРС морфологияси бўлган, QRS давомийлиги 130-149 мс, ЧҚОФ $\leq 35\%$, симптомларни камайтириш, морбидлик ва ўлим хавфини камайтириш мақсадида СЮЕ билан оғриган беморларга оптимал медикаментоз терапия фонида СРТ-қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилган. **ЕОК I B (УДД IB)**

СЮЕ, синус ритми ва QRS -морфологиясига мос келмайдиган, QRS давомийлиги ≥ 150 мс, ЧҚОФ $\leq 35\%$, симптомларни камайтириш, морбидлик ва ўлим хавфини камайтириш мақсадида СЮЕ бўлган симптомли беморларга оптимал медикаментоз терапия фонида СРТ-қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилди. **ЕОК IIa B (УДД IVB)**

СЮЕ, синус ритми ва QRS -морфологиясига эга бўлган, ГТЧОБ мос келмайдиган, QRS давомийлиги 130-149 мс, ЧҚОФ $\leq 35\%$, симптомларни камайтириш, морбидлик ва ўлим хавфини камайтириш мақсадида оптимал медикаментоз терапия фонида СЮЕ бўлган симптомли беморларга СРТ-қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилди [8]. **ЕОК IIb B (УДД IVB)**

СЮЕ ва QRS давомийлиги 130 мс дан кам бўлган беморларда СРТ-қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилмайди. **ЕОК III A (УДД IA)**

СЮЭ III-IV ФС NYHA бўйича, QRS давомийлиги ≥ 130 мс, ЧҚОФ $\leq 35\%$, БХ билан оғриган беморларда симптомларни камайтириш, морбидлик ва ўлим хавфини камайтириш мақсадида оптимал медикаментоз терапия фонида СРТ-қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилди. Беморларга қлринчаларни самарали қамраб олган ҳолда доимий бивентрикуляр стимулятсия таъминланиши керак. **ЕОК IIa B (УДД IVB)**

СРТ-қурилмаси ва БХ бўлган беморларга бивентрикуляр стимулятсия самарасиз бўлса, АВ-тугуннинг катетерли аблатсияси ёрдамида юрак блокадасини яратиш тавсия этилди. **ЕОК IIa B (УДД IVB)**

Қоринча ритмининг назоратсиз частотаси бўлган БХ билан оғриган беморлар, АВ тугунининг катетерли аблатсияси ёрдамида юрак блокадасини яратишга номзодлар учун СРТ-қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилади. **ЕОК IIa B (УДД IVB)**

СЮЕ, ЧҚОФ <40% бўлган симптомли беморларда симптомларни камайтириш ва морбидликни камайтириш мақсадида брадикардия туфайли доимий қоринча стимулятсиясига кўрсатма бўлган СЮЕ, ЧҚОФ <40% бўлган беморларда СРТ-қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилади. **ЕОК I A (УДД IA)**

ЧҚОФ <40% бўлган беморлар учун СЮЕнинг ривожланиши туфайли ҳолатнинг прогрессив ёмонлашуви билан доимий қоринча стимулятсиясига муҳтож бўлган, оптимал медикаментоз терапияга қарамай, мавжуд ЭКС ёки ИКДни алмаштириш учун СРТ-қурилмаларини имплантация қилиш тавсия этилади. **ЕОК I A(УДД IA)**

5.4. Юракнинг структуравий патологияси бўлмаган беморларда катетер аблатсияси

ЎҚ ва ЧҚ чиқиш йўли соҳаси кўпинча идиопатик ҚТ ва ҚЭ манбаи ҳисобланади [3]. 70% ҳолларда бу - ЎҚ чиқариш йўли (ЎҚЧЙ, қолган ҳолларда - Валсалва синуслари, ЧҚ чиқариш йўли (ЧҚЧЙ), юракнинг катта венаси, эпикардиал зоналар, аортомитрал бирикма, камдан-кам ҳолларда бевосита ўпка клапани устидаги ҚАнинг проксимал бўлими [4]. Чиқариш йўлидан идиопатик ўчоқли ҚТ одатда юракнинг структуравий патологияси бўлмаган беморларда пайдо бўлади, аммо баъзи беморларда МРТ маълумотларига кўра сезиларсиз ўзгаришлар аниқланди. Идиопатик ҚТ-ВТ одатда хавфсиз характерга эга, аммо баъзи ҳолларда хавфли ЎТ бўлиши мумкин [5. ҚТнинг бир нечта турли хил морфологиялари комбинацияси жуда камдан-кам ҳолларда кузатилади, бу, масалан, ЎҚАК да бўлгани каби, ҚТнинг чандиқли субстратининг мавжудлигини кўрсатиши мумкин.

РЧАда фаоллаштирилган хариталаш ва/ёки ЭФТ пайтида турли нуқталарда стимулятсия фонида хариталаш қўлланилади, ЎҚЧЙдан бошлаб (шу жумладан ЎА клапани соҳасидаги), кейин коронар синусда, аорта клапани синусларида ва ЧҚЧЙ эндокардиал қисми билан тугайди. Агар қоринчанинг эрта фаоллашув нуқтасидаги абляция клиник аритмияни бартараф этишга имкон бермаса, эпикардиал хариталашни амалга оширишни кўриб чиқиш керак. РЧА одатда маҳаллий анестезия остида амалга оширилади, перикардиал кириш интубатсион наркоз остида амалга оширилади.

**«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ҚОРИНЧАЛАР
АРИТМИЯЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

2. Асосий қисми

2.1. Муқаддима

Бугунги кунда дунёда юрак-қон томир касалликларини даволаш ва ташхислашнинг замонавий илғор усуллари қўлланилишига қарамасдан, миокард инфаркти (МИ) ва унинг асоратларидан ўлим даражаси юқориликча қолмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, 2019 йилда юрак-қон томир касалликларидан (ЮИК) 18,6 миллион ўлим ҳолати қайд этилган бўлиб, уларнинг 85% миокард инфаркти (МИ) ва инсультдан келиб чиққан¹. Шубҳасиз, энг кўп учрайдиган клиник ҳолат МИ ҳисобланади. МИ билан оғриган беморларнинг 25% дан 50% гача қоринчалар тахикардияси ёки қоринчалар фибрилляцияси туфайли тўсатдан ўлимга олиб келади. Бутун дунёда бир йил давомида 6 миллионга яқин тўсатдан юрак тўхташи (ТЮТ) содир бўлади, омон қолиш эҳтимоли 10% дан ошмайди. ТЮЎ - бу юрак билан боғлиқ ҳолат бўлиб, ташқи таъсирларсиз табиий ўткир клиник симптомлар пайдо бўлганидан кейин 1 соат ичида ҳушини йўқотиш кўринишида намоён бўлади ва ўлим билан тугайди. Бундай ҳолда юрак касаллиги олдиндан маълум ёки номаълум бўлиши мумкин, аммо ўлим ҳар доим тўсатдан содир бўлади. ТЮЎ ижтимоий муаммо сифатида тўсатдан пайдо бўлиши, ўлим дастлабки клиник белгилардан кейин (6-10 дақиқа) маълум вақт давомида содир бўлиши ва аксарият ҳолларда уйқуда ва гувоҳларсиз кузатилиши, шунингдек, шошилиш ёрдам кўрсатиш имкониятларининг чекланганлиги билан вазият янада мураккаблашади.

- **ТЮЎнинг бирламчи профилактикаси** - ТЮЎ хавфи юқори бўлган, аммо анамнезида ҳаёт учун хавфли аритмиялар ёки юрак тўхташининг олди олинмаган шахсларда ТЮЎ хавфини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар.
- **ТЮЎнинг иккиламчи профилактикаси** - анамнезида ҳаёт учун хавфли аритмиялар ёки юрак тўхташининг олди олинган шахсларда ТЮЎ хавфини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар.

Асосий юрак касаллиги ва ёндош касалликларни самарали даволаш ҚАни муваффақиятли даволаш ва ТЮЎ нинг олдини олишнинг энг муҳим шарти ҳисобланади. ЮИК юракнинг асосий патологияси бўлиб, ҚТ ва ТЮЎ сабабчиси ҳисобланади. ҚТА ва ТЮЎ пайдо бўлишига сабаб бўлувчи асосий касалликни даволаш кўриб чиқиладиган касалликлар/ҳолатлар бўйича амалдаги МХга мувофиқ амалга оширилиши керак.

Юрак/ЧҚД тузилмавий патологияси бўлмаган беморларда ҚАни медикаментоз даволаш тавсия этилмайди, чунки бу беморларда ЮҚТК хавфи паст ва унинг олдини олиш талаб қилинмайди [103, 106]. **ЕОК ША (УДД IA)**

Юрак/ЧҚД тизимли патологияси бўлмаган беморларда мономорф ҚТ (идиопатик ҚТ) пароксизмларининг мавжудлиги ТЮЎ хавфини оширмайди ва унинг медикаментоз профилактикасини талаб қилмайди [1, 99, 100, 101, 102]. **ЕОК IA (УДД IA)**

Таркибий юрак патологияси/ЮИК мавжуд беморларда ТЮЎ хавфи юқори бўлса, унинг олдини олиш учун ААТ ўтказиш тавсия этилади.

ТЮЎ хавфи юқори бўлган ва унинг бирламчи ёки иккиламчи профилактикасига муҳтож бўлган миокард/ЧҚД нинг структуравий шикастланиши бўлган беморларни даволаш учун уларни қўллашга қарши кўрсатмалар ва мумкин бўлган ножўя таъсирларни ҳисобга олган ҳолда бета-адреноблокаторлар гуруҳини тайинлаш тавсия этилган [2-9]. **ЕОК IA (УДД I)**

ТЮЎнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасига муҳтож беморларда, амиодарон ёки унинг бета-адреноблокаторлар билан комбинацияланган қўлланилиши ҚТ/ҚХ пайдо бўлишининг олдини олиш ва беморларнинг умр кўриш давомийлигини узайтириш қобилиятига эга бўлган ягона дори муқобили ҳисобланади.

ТЮЎнинг иккиламчи профилактикаси мақсадида ИКД

ИКДни имплантация қилиш гемодинамиканинг сезиларли ўзгаришлари билан хужжатлаштирилган ҚХ ёки ҚТ бўлган беморларга, уларнинг ривожланишининг ўткинчи сабаблари мавжуд бўлмаган тақдирда ва МИ ривожланишидан 48 соат ўтгач тавсия этилади [4-6]. **ЕОК IA (УДД IA)**

Айрим беморларда ИКД имплантацияси ёки ташқи кардиовертер-дефибриляторни вақтинча қўллаш МИдан кейин 40 кун ичида (тўлиқ бўлмаган реваскуляризация, олдинги дисфункция ва ЧҚОФ пасайиши, ЎКС, полиморф ҚХ ёки ҚТ пайдо бўлганидан 48 соатдан кейин аритмиялар пайдо бўлганда) тавсия этилган [4-7]. **ЕОК IC (УДД IC)**

Катетер аблатациясини бажариш имконияти ва муолажа натижаларидан қатъи назар, стабил ҚТ бўлган, ЧҚДД ўртача ифодаланган (ЧҚОФ <45%) беморларга ИКД имплантацияси тавсия этилади [124, 129, 138, 139].

Барқарор ошқозон-ичак тракти бўлган беморларга ИКД имплантацияси ААТ билан таққослаганда яшовчанлик кўрсаткичининг ошиши билан бирга келади. ЧҚ дисфункцияси (ташлама фракцияси <45%) ва барқарор ҚТ бўлган барча беморларга ИКД ўрнатиш мақсадга мувофиқдир.

Ўткир миокард инфаркти оқибатида ўтказилган ҚТ беқарорлиги, ЧҚДД (ЧҚОФ <40%) ва ЭФТ ўтказилганда ўтказилган турғун ҚТ ёки ҚХ индутсирланган беморларга ИКД имплантацияси тавсия этилди [115, 116, 117].

Тўсатдан юрак ўлими ва қоринча тахикардиясининг бирламчи профилактикаси

Рандомизацияланган тадқиқотлар ва мета-таҳлилларда ТЮЎ хавфи ЧҚ фаолиятининг бузилиши билан боғлиқлиги ва ТЮЎнинг бирламчи профилактик воситаси сифатида ИКД дан фойдаланиш ишемик ва ноишемик табиатга эга бўлган ушбу тоифадаги беморларнинг ўлим даражасига сезиларли таъсир кўрсатиши кўрсатилган. ИКДни қўллаш учун барча кўрсатмалар учун беморнинг башорат қилинган умр кўриш давомийлиги 1 йилдан ошган тақдирдагина иккинчиси фойдасига қарор қабул қилинади. Миокардни адекват реваскуляризация қилиш зарурати аритмияни радикал бартараф этишга интилиш билан бир қаторда, ИКД-терапияни қўллашга нисбатан устувор ҳисобланади [1-5].

ТЮЎнинг бирламчи профилактикаси учун ИКД имплантацияси МИдан кейин 40 кун давомида тавсия этилмайди [1,2,3,4]. **ЕОК IA (УДД IA)**

ЧҚДД (ЧҚОФ $\leq 35\%$) ва СЮЕ (НЙҲА бўйича II ёки III ФС) билан оғриган беморларга МИ дан кейин камида 40 кун ўтгач, ТЮЎ хавфини камайтириш учун ИКД имплантацияси тавсия этилган [4,5]. **ЕОК IV (УДД IV)**

Ноишемик генезли кардиомиопатия, ЧҚДД (ЧҚОФ $\leq 35\%$) ва СЮЕ бўлган беморларда ИКД имплантацияси тавсия этилган (II ёки III ФС по NYHA) [5,6,7,8].

Даволаш муассасасидан ташқарида юрак трансплантациясини кутаётган беморларда ТЮЎ профилактикаси учун ИКД имплантацияси тавсия этилган [2,3,7,8]. **ЕОК IIaC (УДД IIIc)**

Идиопатик ҚХ эпизодини бошдан кечирган беморларга ҚТ/ҚХни даволаш ва ТЮЎ профилактикаси учун ИКД имплантацияси тавсия этилади.

ИКД имплантацияси QT интервали кузатилган, юракнинг тўсатдан тўхташи ва гемодинамик бузилишлари бўлган УҚАК бўлган беморларда ТЮЎнинг иккиламчи профилактикаси учун тавсия этилган.(8)

Юрак қопқоқларининг шикастланиши, эҳтимол, иккиламчи профилактика мақсадида ИКД ўрнатиш учун мурожаатларнинг тахминан 7% асосий сабабидир.(4-7)

Хавф омилларини тузатиш нафақат беморнинг ўзига, балки унинг оила аъзоларига ҳам талаб қилинади. Шифокор томонидан ишлаб чиқилган оилавий бирламчи профилактика ва таълим дастурларини амалга ошириш орқали амалга оширилади. **ҚА билан оғриган беморларни реабилитация қилиш ўтказилмайди. Асосий нозология бўйича реабилитация чоралари қўлланилиши мумкин.**

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Сифат мезони	ЕОК Синф ва даража	УДД	Бажарилишни баҳолаш
1	Қон айланиши тўхтаб қолган ёки ҳушидан кетиш эпизоди кузатилган беморга ЭКГ ўтказилди. Қоринча тахикардияси ёки қоринча фибрилляцияси пароксизми аниқланганда, реанимация чоралари кўрилди ва шошилиш кардиоверсия ёки дефибрилляция амалга оширилди.	IV	IV	Ҳа/йўқ
2	Барқарор қоринча тахикардияси бўлган беморга аритмияни бартараф этиш (дори-дармон ёки ЭИТ ёрдамида) амалга оширилди.	IV	IV	Ҳа/йўқ
3	Қоринча аритмияларини (ҚА) аниқлаш мақсадида текширувдан ўтаётган беморларга 12 та йўналишдаги тинч ҳолатдаги ЭКГ текшируви ва/ёки ЭКГнинг холтер мониторинги (ХМЕКГ) ўтказилди.	IA	IA	Ҳа/йўқ
4	ҚА билан касалланган беморда чап қоринча функциясини баҳолаш ва юрак тузилишидаги патологияни аниқлаш мақсадида эхокардиографик текширув ва/ёки бошқа тасвирий тадқиқотлар ўтказилди.	IA	IA	Ҳа/йўқ
5	Миокарднинг структуравий шикастланиши/ЧҚ дисфункцияси бўлган, ЮҚТК хавфи юқори бўлган ва унинг бирламчи ёки иккиламчи профилактикасига муҳтож бўлган барча тоифадаги беморларни даволашда бета-адреноблокаторлар билан даволашни бошлаш/давом эттириш.	IA	IA	Ҳа/йўқ
6	СЮЕ ва ЧҚ систолик дисфункцияси (ЧҚОФ≤35-40%) бўлган беморларда умумий ўлим ва ЮТУҚ хавфини камайтириш мақсадида АПФ	IA	IA	Ҳа/йўқ

	ингибиторлари (ёки АПФ ингибиторларини кўтара олмасликда ангиотензин II антагонистлари), бета-адреноблокаторлар ва алдостерон антагонистлари билан оптимал медикаментоз терапия ўтказилди.			
7.	ИҚД қайта ишлаш/шокларида*** турғун ТР туфайли антиаритмик терапия ўтказилди, унинг самарасизлигида ёки иложи бўлмаганда, бемор керакли катетерли абонементни бажариш масаласини ҳал қилиш учун юрак ритми бузилишларини ташхислаш ва даволашга ихтисослашган шифокорга (кардиолог, юрак-қон томир жарроҳи, рентгенендоваскуляр диагностика ва даволаш шифокорига) маслаҳатга юборилади, шунингдек, юрак ритми бузилишларини даволаш ва олдини олиш учун шифокорга юборилади.	IB	IB	Ҳа/йўқ
8.	Чап қоринча дисфункцияси (ЧҚОФ - 35% ва ундан кам) ва юрак етишмовчилиги (НҮНА бўйича II ёки III ФС) бўлган бемор миокард инфарктдан кейин 40 кун ўтгач, юрак ритми бузилишларини ташхислаш ва даволашга ихтисослашган шифокорга (кардиолог, юрак-қон томир жарроҳи, рентгенендоваскуляр диагностика ва даволаш шифокори) ёки ихтисослаштирилган кардиология марказига ИҚД имплантацияси зарурияти масаласини ҳал қилиш учун юборилади***.	IA	IA	Ҳа/йўқ
9.	Узлуксиз тўхтамайдиган қоринча тахикардияси ёки кўп марталаб имплантация қилинган кардиовертер-дефибриллятор шокига олиб келадиган электр бўрони ҳолатларида, юрак ритми бузилишларини ташхислаш ва даволашга ихтисослашган шифокор (кардиолог, юрак-қон томир жарроҳи, рентгенендоваскуляр диагностика ва	IB	IB	Ҳа/йўқ

	даволаш шифокори) билан ихтисослашган ва тажрибали марказларда катетерли абляция ўтказиш зарурати муҳокама қилинди.			
10.	Медикаментоз терапиянинг муваффақиятсизлигида, ҚТ хуружлари сақланиб қолганида, қоринча экстрасистолияси билан боғлиқ ЧҚ дисфункцияси мавжуд бўлганда, бемор юрак ритми бузилишларини ташхислаш ва даволашга ихтисослашган шифокорга (кардиолог, юрак-қон томир жарроҳи, рентген-эндоваскуляр диагностика ва даволаш шифокорига) ёки аритмия ва такрорий қусишларни олдини олиш учун ихтисослаштирилган кардиология марказига, юрак ритми бузилишларини ташхислаш ва даволашга ихтисослашган шифокорга (кардиолог, юрак-қон томир жарро	ІВ	ІВ	Ҳа/йўқ

**«ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ҚОРИНЧАЛАР
АРИТМИЯЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПАЛЛИАТИВ
ДАВОСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ - 2025

1. Асосий қисм

Терминал босқичдаги беморлар ҳаётининг сўнгги кунларини сурункали стресс шароитида ўтказадилар. Уларни кучли оғриқлар, ўлим ваҳимаси, чорасизлик ҳисси, моддий қийинчиликлар қийнайди. Яқин қариндошлар аксарият ҳолларда марҳумни тўғри парвариш қилиш ва уни тинчлантириш учун зарур кўникмаларга эга эмаслар. Улар вазиятга ҳиссий жиҳатдан жалб қилинган ва яқинларининг касаллигини ҳам оғир

ПАЛЛИАТИВ ҚЎЛЛАБ-ҚУВВАТЛАШ ЧОРАЛАРИ КОМПЛЕКСИ

<p>Даволанмайдиган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш қуйидагилардан иборат:</p> <ul style="list-style-type: none">• оғриқ қолдирувчи дорилар, шу жумладан наркотик ва психотроп дорилар билан таъминлаш;• ЎСВни ташкил этиш;• дренажлар ва стомаларни парваришлаш;• озиқлантиришда, шу жумладан зонд орқали;• тана гигиенасини сақлаш;• ётоқ яраларни олдини олиш ва даволаш.	<p>Ижтимоий қўллаб-қувватлаш қуйидагиларни назарда тутати:</p> <ul style="list-style-type: none">• тегишли имтиёз ва нафақаларни расмийлаштириш;• ҳуқуқий масалаларни ҳал қилишда ёрдам бериш;• беморни уйга ва тиббиёт муассасаларига транспортировка қилиш;• ётоқ беморлар учун махсус каравотлар ва кам ҳаракатланувчи беморлар учун аравачалар, шунингдек, парваришлаш воситалари билан таъминлаш.	<p>Қуйидагилар маънавий ёрдам кўрсатади:</p> <ul style="list-style-type: none">• руҳшунос ёки руҳоний билан суҳбат;• эмпатик одамлар билан мулоқот қилиш;• арт-терапия;• диний маросимларни ўтказиш.
---	---	---

ПАЛЛИАТИВ ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ЭТИШ ШАКЛЛАРИ

- Қўллаб-қувватлаш чораларини танлаш беморнинг ташхиси ва ҳолатига боғлиқ;
- • терминал ёрдам - беморнинг сўнгги кунларида (одатда 2-3 кун) унга ҳар томонлама ғамхўрлик қилиш;
- • даврий - доимий парваришга муҳтож бўлмаган одамни маълум бир жадвал асосида парвариш қилиш.
- Паллиатив ёрдамни ташкил этишнинг учта шакли мавжуд. Қўллаб-қувватлаш чораларини танлаш беморнинг ташхиси ва ҳолатига боғлиқ:
- терминал ёрдам - беморнинг сўнгги кунларида (одатда 2-3 кун) унга ҳар
- даврий - доимий парваришга муҳтож бўлмаган одамни маълум бир жадвал асосида парвариш қилиш.

2. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари. аллиатив ёрдамни ташкил этишнинг учта шакли мавжуд:

Уй шароитида	Кундузги стационарда	Стационарда
Профессионал, иложи бўлса, тиббий маълумотли ҳамшира беморни парвариш қилади. Беморга шифокор мунтазам равишда ташриф буюради. Мураккаб манипуляцияларни келган ҳамшира бажаради.	Бемор кундузи шифохонада ёки оғриққа қарши хонада бўлиб, у ерда қувватловчи терапия олади ва кечкурун уйига қайтади. Бундай шаклга, агар саломатлик ҳолати кекса одамни ҳар куни касаллик белгилари кучаймасдан ташиш имконини берса, йўл қўйилади.	Бемор шифокорнинг йўлланмаси билан хосписга, стационар ёки пансионатнинг махсус бўлимига ётқизилади, у ерда унга тайёргарлик кўрган ходимлар қарайди.

www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoj-ned.

Кечки босқичда давосиз касалликлар ҳафталаб, ойлаб давом этиши мумкин. Ҳатто бу давр ҳам дўстона қўллаб-қувватлаш, янги таассуротлар, қувончли воқеалар билан бойитилиши мумкин. Агар бемор касалхонада 24 соат бўлиши шарт бўлмаса, у махсус қариялар пансионатида яшаши ёки патронаж хизматидадан фойдаланиши мумкин.

Тажрибали ҳамширалар:

- дори-дармонларни қабул қилишни назорат қилиш,
- беморга ювиниш ва кийинишда ёрдам бериш;
- уни сайрга олиб чиқиш,
- маиший топшириқларни бажариш,
- умумий машғулотларга жалб қилиш,
- маънавий қўллаб-қувватлаш.

Аритмия билан оғриган кекса беморларга паллиатив ёрдам кўрсатиш ҳаёт сифатини яхшилашга, аломатларни енгиллаштиришга ва беморнинг ўзини ҳам, унинг яқинларини ҳам қўллаб-қувватлашга қаратилган.

Аритмияларда паллиатив ёрдамнинг асосий мақсадлари:

1. Симптомларни нусхалаш:

- Ҳансираш, ҳолсизлик, бош айланиши, кўкрак оғриғи.
- Кўркув, хавотир, тушкунлик.

2. Асоратларнинг олдини олиш:

- Тромбоэмболиялар хавфини камайтириш (кўрсатмаларга кўра - антикоагулянтлар).

- Юракдаги юкламани камайтириш учун юрак уриш тезлигини назорат қилиш (бета-блокаторлар, кальций антагонистлари, дигоксин).

3. Психологик қулайликни қўллаб-қувватлаш.

Паллиатив ёрдамда даволаш ёндашувлари:

- Тахиаритмияларда (бўлмачалар фибрилляцияси, қоринча тахикардиялари):
- ЮҚСни ўртача назорат қилиш (қатъий меъёрларга эришиш шарт эмас).
- Симптомларни камайтириш учун дори воситаларини қўллаш (метопролол, дигоксин, амиодарон - кексаларда эҳтиёткорлик билан).
- Брадиаритмияларда:
- Юрак стимулятори зарурлиги тўғрисидаги масалани ҳал қилиш (агар бу ҳаёт сифатини яхшиласа).
- Имплантация қилишнинг иложи бўлмаса - симптоматик терапия.
- Ҳаёт учун хавфли аритмияларда:
- Бемор ва оила аъзолари билан тажовузкор усуллардан (дефибрилляция, реанимация) воз кечишни муҳокама қилиш.
- Терминал ҳолатларда седатсия ва оғриқсизлантиришга урғу бериш.

Кексалар учун ўзига хос хусусиятлари:

- Полипрагмазия - препаратларнинг ўзаро таъсири хавфи, даволаш схемасини соддалаштириш зарурати.
- Йўлдош касалликлар (СЮЕ, деменция, ЎСОК) - комплекс ёндашувни талаб қилади.
- Когнитив бузилишлар - қарор қабул қилишда ҳисобга олиш муҳим.

Фавқулудда ҳолатлар:

- Аритмиянинг оғир хуружларида ҳолатнинг яққол ёмонлашуви билан - паллиатив седатсия (морфин, бензодиазепинлар).
- Агар беморнинг хоҳишига мос келса, касалхонага ётқизишдан бош тортиш.

Коммуникациянинг аҳамияти:

- Беморнинг прогнози, даволаш мақсадлари ва афзалликларини муҳокама қилиш.
- Олдиндан режалаштириш (масалан, оғир ҳолатларда реанимациядан бош тортишни расмийлаштириш).

Кексалардаги аритмияларда паллиатив ёрдам индивидуал ёндашувни, фаол даволаш ва беморнинг қулайлиги ўртасидаги мувозанатни талаб қилади.

Адабиёт манбалари

1. Юрак-қон томир касалликлари бўйича миллий клиник баённомалар. Тошкент. 2023. 584 бет
2. Клинические рекомендации. Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть. Российское кардиологическое общество (РКО) при участии Всероссийского научного общества специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции (ВНОА), Всероссийской общественной организации «Ассоциации детских кардиологов России», Общества холтеровского мониторирования и неинвазивной электрокардиологии. Министерство здравоохранения Российской Федерации 2020 год
3. Клинический протокол диагностики и лечения желудочковых нарушений ритма сердца и профилактики внезапной сердечной смерти. Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. 2016 год.
4. 2020 APhRS/HRS expert consensus statement on the investigation of decedents with sudden unexplained death and patients with sudden cardiac arrest, and of their families. *Heart Rhythm*, Vol 18, No 1, January 2021. Pages e1-e50
5. 2019 HRS/EHRA/APHRS/LAHRS expert consensus statement on catheter ablation of ventricular arrhythmias. *Heart Rhythm*, Vol 17, No 1, January 2020. Pages e1-e154
6. 2017 AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death. *Circulation*. 2018;138:e272–e391
7. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), *European Heart Journal*, Volume 36, Issue 41, 1 November 2015, Pages 2793–2867
8. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., et al; Authors/Task Force Members. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016; 37:2315–2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106.
9. universal definition of myocardial infarction. *European Heart Journal*. 2019; 40 (3):237-69. doi:10.1093/eurheartj/ehy46210.
10. Diagnosis and treatment of stable coronary heart disease. Clinical guidelines. – М.; 2013. 69 p. (In Russ.) Диагностика и лечение стабильной ишемической болезни сердца. клинические рекомендации. – М.; 2013. 69 с.
11. Foldyna B, Udelson JE, Karady J, et al. Pretest probability for patients with suspected obstructive coronary artery disease: re-evaluating Diamond-Forrester for the contemporary era and clinical implications: insights from the PROMISE trial. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2018; 20:574-81. doi:10.1093/ehjci/jey182.
12. Adamson PD, Newby DE, Hill CL, et al. Comparison of international guidelines for assessment of suspected stable angina: insights from the PROMISE and SCOT-HEART. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2018; 11:1301–10. doi:10.1016/j.jcmg.2018.06.021.
13. Karpov YuA, Kukharchuk VV, Lyakishev A, et al. Diagnosis and treatment of chronic ischemic heart disease. Practical advice. *Cardiological Bulletin*. 2015;3:3–33. (In Russ.) карпов Ю. А., кухарчук В. В., Лякишев А. и др. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца. Практические рекомендации. кардиологический вестник. 2015;3:3–33.

14. Cardiology: national guidelines: ed. EV. Shlyakhto. 2nd ed., Revised and enlarged. M.: GEOTAR-Media, 2015. 800 p. (In Russ.) кардиология: национальное руководство: под ред. е. В. шлякто. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭотАР-Медиа, 2015. 800 с. ISBN 978–5–9704–4810–6.
15. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC guidelines on the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: the task force for diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European society of cardiology (ESC) Eur Heart J. 2020; 41:407–477. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425
16. Arutyunov GP, Boytsov SA, Voevoda MI, et al. Correction of hypertriglyceridemia in order to reduce the residual risk in diseases caused by atherosclerosis. Conclusion of the Council of Experts. Russian Journal of Cardiology. 2019; (9):44–51. (In Russ.) Арутюнов Г.П., Бойцов С.А., Воевода М.И. и др. коррекция гипертриглицеридемии с целью снижения остаточного риска при заболеваниях, вызванных атеросклерозом. Заключение Совета экспертов. Российский кардиологический журнал. 2019; (9):44–51. doi:10.15829/1560-4071-2019-9-44–51.