

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

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
TIBBIYOT XODIMLARINING KASBIY MALAKASINI RIVOJLANTIRISH  
MARKAZI**

**«QARI VA KEKSA YOSHLI BEMORLARDA  
QORINCHALAR ARITMIYALARI» NOZOLOGIYASI  
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

**TOSHKENT – 2025**



**«KELISHILGAN»**

**Tibbiyot xodimlarining kasbiy  
malakasini rivojlanish markazi  
direktori**

**Professor X.A. Akilov**

“ \_\_\_\_\_ ” 2025 yil

**«QARI VA KEKSA YOSHLI BEMORLARDA  
QORINCHALAR ARITMIYALARI» NOZOLOGIYASI  
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

**TOSHKENT – 2025**

**«QARI VA KEKSA YOSHLI BEMORLARDA  
QORINCHALAR ARITMIYALARI» NOZOLOGIYASINING  
TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK  
PROTOKOLI**

**TOSHKENT – 2025**

*Mundarija:*

«Qari va keksa yoshli bemorlarda qorinchalar aritmiyalari» nozologiyasi bo'yicha milliy klinik protokollari.....	2
«Qari va keksa yoshli bemorlarda qorinchalar aritmiyalari» nozologiyasining tibbiy aralashuvlar bo'yicha milliy klinik protokollari.....	50
«Qari va keksa yoshli bemorlarda qorinchalar aritmiyalari» nozologiyasining profilaktikasi va reabilitatsiyasi bo'yicha milliy klinik protokollari.....	56
«Qari va keksa yoshli bemorlarda qorinchalar aritmiyalari» nozologiyasining palliativ davosi bo'yicha milliy klinik protokollari.....	62

## 1. KIRISH QISMI

### Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10/11 shifr(lar)i:

<b>XKK-10</b>	
<b>KOD</b>	<b>Nomi</b>
I 46	Yurak to‘xtashi
I 46.0.	Yurak faoliyatini muvoffaqiyatli tiklanishi bilan
I 46.1.	To‘satdan yurak to‘xtashi
I 46.9	Aniqlashtirilmagan yurak to‘xtashi
I 47.	Paroksizmal taxikardiya
I 47.0.	Qaytalama qorinchalar aritmiyasi
I 47.2.	Qorinchalar taxiaritmiyasi
I 47.9.	Aniqlashtirilmagan paroksizmal taxikardiya
I 49.	Boshqa yurak ritmi buzilishlari
I 49.0.	Qorinchalar fibrillyasiyasi va titrashi
I 49.3.	Qorinchalar va QT intervalidan oldingi depolyarizasiyasi
I 49.4.	Boshqa va aniqlashtirilmagan depolyarizasiya buzilishlari
I 49.8.	Boshqa aniqlashtirilgan yurak ritmi buzilishlari
I 49.9.	Aniqlashtirilmagan yurak ritmi buzilishlari

### XKK-11 kodi (lar):

<b>BC60-BC9Z</b>	Yurak aritmiyalari
<b>BC70-BC7Z</b>	Qorinchalar aritmiyalari
<b>BC70</b>	Qorinchalarning erta depolyarizasiyasi
<b>BC71</b>	Qorinchalar taxiaritmiyasi
<b>BC71.0</b>	Qorinchalar taxikardiyasi
<b>BC71.00</b>	O‘ng qorincha chiqaruv yo‘lidan qorincha taxikardiyasi
<b>BC71.01</b>	Polimorf qorinchalar taxikardiyasi

<b>BC71.02</b>	Turg'un qorincha taxikardiyasi
<b>BC71.03</b>	Noturg'un qorincha taxikardiyasi
<b>BC71.0Y</b>	Boshqa turg'un qorincha taxikardiyalari
<b>BC71.0Z</b>	Noaniq qorinchalar taxikardiyasi

**Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi:** 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2027 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

**Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:** Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi (TXKMRM) hisoblanadi.

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

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

**Protokolni ishlab chiqishga ma'sul muassasa:**

- Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi.

**MILLIY KLINIK PROTOKOL VA STANDARTLARNI ISHLAB CHIQISHDA XISSA QO'SHGANLAR:**

<b>Akilov Xabibulla Ataulaevich</b>	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor
<b>Xamrabaeva Feruza Ibragimovna</b>	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi terapiya fakulteti dekani, gastroenterologiya va fizioterapiya kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor
<b>Talipova Yulduz Shavkatovna</b>	O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi bosh gerontolog, geriatri, Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedrasini dosenti, tibbiyot fanlari doktori
<b>Tulaboeva Gavxar Mirokborovna</b>	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining kardiologiya va gerontologiya, intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedrasini mudiri O'zbekiston Kardiologlar assosiasiyasi raisining o'rinbosari, tibbiyot fanlari doktori, professor

<b>Sagatova Xolida Maxmudovna</b>	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedrası dosenti, tibbiyot fanlari nomzodi
<b>Yuldoshev Nabijon Primovich</b>	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedrası dosenti, tibbiyot fanlari doktori
<b>Zokirov Nodir Uzuevich</b>	Ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi aritmiya laboratoriyasi ilmiy raxbari, tibbiyot fanlari doktori, professor
<b>Amirkulov Baxtiyor Djumaevich</b>	Ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi yurak elektrofiziologik tashxislash laboratoriyasi ilmiy raxbari tibbiyot fanlari doktori, professor
<b>Nizamov Ulugbek Irgashevich</b>	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi kardiolog Bosh maslahatchisi, ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktorining davolash ishlar bo‘yicha o‘rinbosari, tibbiyot fanlari nomzodi, katta ilmiy xodim.

#### **Mualliflar ro‘yxati:**

<b>Akilov Xabibulla Ataulaevich</b>	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor
<b>Xamrabaeva Feruza Ibragimovna</b>	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi terapiya fakulteti dekani, gastroenterologiya va fizioterapiya kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor
<b>Talipova Yulduz Shavkatovna</b>	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi bosh gerontolog, geriatri, Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedrası dosenti, tibbiyot fanlari doktori
<b>Tulaboeva Gavxar Mirokborovna</b>	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining kardiologiya va gerontologiya, intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedrası mudiri O‘zbekiston Kardiologlar assosiasiyasi raisining o‘rinbosari, tibbiyot fanlari doktori, professor
<b>Sagatova Xolida Maxmudovna</b>	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedrası dosenti, tibbiyot fanlari nomzodi

<b>Yuldoshev Nabijon Primovich</b>	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining intervension kardiologiya va aritmologiya kursi bilan kafedra dosenti, tibbiyot fanlari doktori
<b>Zokirov Nodir Uzuevich</b>	Ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi aritmiya laboratoriyasi ilmiy raxbari, tibbiyot fanlari doktori, professor
<b>Amirkulov Baxtiyor Djumaevich</b>	Ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi yurak elektrofiziologik tashxislash laboratoriyasi ilmiy raxbari tibbiyot fanlari doktori, professor
<b>Nizamov Ulugbek Irgashevich</b>	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi kardiolog Bosh maslahatchisi, ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktorining davolash ishlar bo‘yicha o‘rinbosari, tibbiyot fanlari nomzodi, katta ilmiy xodim.

### **Taqrizchilar:**

<b>Muxamedova Muyassar Gafurdjanovna Mullabaeva Guzal Uchkunovna</b>	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining funksional diagnostika kafedra mudiri tibbiyot fanlari doktori, professor Respublika ixtisoslashtirilgan kardiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi miniinvaziv kardioxirurgik bo‘limi ilmiy raxbari tibbiyot fanlari doktori, etakchi ilmiy xodim
--	---

Klinik protokol Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi **Markaziy tashkiliy-uslubiy Kengashida** muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi. **2025y. «19» may, bayonnoma № 9**

Klinik protokol Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi **Olimlar Kengashida** tasdiqlangan. 2025y. «28» may, bayonnoma № 51

### **Texnik ekspert baholash va tahrirlash:**

Fayzieva Nozima Nurillaevna Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi "Preventiv tibbiyot - valeologiya asoslari" kafedra mudiri, tibbiyot fanlari nomzodi, dosent

Taqdim etilgan klinik protokol va standart barcha yosh guruhlari uchun ishlab chiqilgan asosiy klinik protokol va standartning bo‘limi hisoblanadi. Ushbu klinik protokol va standart keksa va qari yoshdagi bemorlarda yurak ritmining qorincha buzilishlarining xususiyatlariga bag‘ishlangan.

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh.

Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

### **Protokolda foydalanilgan qisqartmalar**

AAT	Antiaritmik terapiya
AV	Atrioventrikulyar
AO‘QK	Aritmogen o‘ng qorincha kardiomiopatiya
ChQA	Chap qorincha anevrizmasi
TAO‘	To‘satdan aritmik o‘lim
TYuN	Tug‘ma yurak nuqsoni
TYuT	To‘satdan yurak to‘xtashi
TYuO‘	To‘satdan yurak o‘limi
YuIEFT	Yurak ichi elektrofiziologik tekshiruv
ChQChT	Chap qorincha chiquvchi trakti
O‘QChT	O‘ng qorincha chiquvchi trakti
GKMP	Gipertrofik kardiomiopatiya
DKMP	Dilatasion kardiomiopatiya
EKJ	Evropa kardiologlar jamiyati
QTA	Qorinchalar taxiaritmiyasi
QT	Qorinchalar taxikardiyasi
QE	Qorinchalar ekstrasistoliyasi
IKD	Implantasiya qilinuvchi kardioverter-defibrillyator
KPQT	Katexolaminergik polimorf Qorinchalar taxikardiyasi
KT/ MSKT	Multispiral kompyuternaya tomografiya
ChQXR	Chap qorincha xirurgik rekonstruksiyasi
MRT	Magnit-rezonans tomografiya
NTQT	Noturg‘un qorinchalar taxikardiyasi
O‘KS	O‘tkir koronar sindrom
PSVT	Paroksizmal supraventrikulyar taxikardiya
PQS	Programmlashtirilgan qorinchalar stimulyasiyasi
RNT	Randomizirlangan nazoratdagi tekshiruv
TTO‘	To‘satdan tushuntirib bo‘lmaydigan o‘lim
O‘YuR	O‘pka yurak reanimasiyasi
YuRT	Yurak qayta sinxrolashtiruvchi terapiyasi
YuRT-D	Yurak qayta sinxrolashtiruvchi terapiya- defibrillyator
YuQRT-P	Yurak qayta sinxrolashtiruvchi terapiya- peysmeyker (kardiostimulyator)
QTIUS	QT intervali uzayishi sindromi
QTITS	QT intervali torayishi sindromi
KS-EKG	Kuchaytirilgan singalli EKG
TQT	Turg‘un qorinchalar taxikardiyasi
ChQQOF	Chap qorincha qon otish fraksiyasi
QF	Qorinchalar fibrillyasiyasi
FK	funksional klass
FP	Bo‘lmachalar fibrillyasiyasi
XMEKG	Xolter monitor elektrokardiogramma
SYuE	Surunkali yurak etishmovchiligi

TOKA	Teri orqali koronar aralashuv
YuQS	Yurak qisqarishlari soni
EKG	Elektrokardiogramma
EMD	Elektromexanik dissosiasiya
EXOKG	Exokardiografiya
NYHA	Nyu-York kardiologik assosiasiyasi
QTc	korrigirlangan QT interval
WPW	Volf-Parkinson-Uayt Sindromi
DAD	Dalillarning asoslanish darajasi

### Protokol foydalanuvchilari:

1. Kardiologlar;
2. Terapevtlar;
3. Umumiy amaliyot shifokorlari;
4. Tez va shoshilinch yordam shifokorlari;
5. Laborant-shifokorlar;
6. Sogʻliqni saqlash tashkilotchilari;
7. Klinik farmakologlar;
8. Tabalalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, aspirantlar, tibbiyot oliy oʻquv yurtlari oʻqituvchilari.

**Bemorlar kategoriyasi:** yurak-qon tomir kasalliklari, xususan AG, YuIK, OʻMI, kardiomiopatiya bilan ogʻrigan va yurak ritmi buzilishlari bilan asoratlangan keksa va qari yoshdagi bemorlar.

### 1-jadval.

#### Evropa kardiologlari jamiyati tavsiyalarining baholash sinflari shkalasi

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

**Evropa kardiologlari jamiyatining dalillar ishonchliligi darajasini baholash shkalasi**

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

## 2. Asosiy qism

### 2.1. Kirish

Oxirgi o'nyilliklarda aholi o'rtasida sodir bo'layotgan keskin demografik siljishlar, o'rtacha umr ko'rish davomiyligining oshishi tufayli qarigan organizmning xususiyatlarini hisobga olgan holda aholiga davolash-profilaktika xizmatlarining yangi tamoyillariga ehtiyoj paydo bo'ldi. Gerontologik xizmatning rivojlanishi sog'liq uchun asosiy muammo hisoblanadi. Butun dunyoda, ayniqsa rivojlangan mamlakatlarda qariyalar (65 yoshdan katta) va keksalar (75 yoshdan katta)larning mutlaq soni bilan ulushi ortib bormoqda va so'nggi o'n yilliklarda bu foiz sezilarli darajada oshgan. Demograflar va sosiologlarning prognozlariga ko'ra, aholining qarishi davom etadi va 2025 yilga borib 60 va undan katta yoshdagilar soni 5 barobar ortadi, bu ko'rsatkich 2050 yilda 65 mamlakatda qariyalar ulushi 30 foizdan ortib, 60 va undan katta yoshdagi dunyo aholisi taxminan 9,8 milliard aholining jami 2 milliardini (20,4%) tashkil etishi prognoz qilinmoqda. Buning muhim sabablaridan biri tug'ilishning kamayishi bilan birga keksalar o'limining asosiy sababi bo'lgan yurak-qon tomir kasalliklarini davolashning takomillashganidir. BMT ma'lumotlariga ko'ra, 2015 yilda dunyoda 60 yosh va undan katta yoshdagilarning ulushi 20 foizni tashkil etgan bo'lsa, 2025 yilga kelib u 24 foizga, 2050 yilga kelib uchdan bir qismga ko'tariladi. O'zbekistonda keksa yoshdagi aholi ulushi eng rivojlangan mamlakatlarnikiga yaqin va o'rtacha rivojlangan mamlakatlarga nisbatan ancha yuqori va keksa aholi ulushi dinamikasi bo'yicha rivojlangan mamlakatlarga yaqinligi aniqlangan.

Bugungi kunga kelib butun dunyoda yurak kon tomir kasalliklarining davolash va diagnostikasida zamonaviy ilg'or metodlarning qo'llanilishiga qaramasdan miokard infarkti (MI) va uning asoratlaridan o'lim ko'rsatkichi yuqoriligicha qolmoqda. Jaxon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra butun dunyoda 2019- yilda 18,6 million o'lim yurak qon tomir kasalliklari (YuQTK) sababli kuzatilib, ushbu ko'rsatkichning 85% qismi miokard infarkti (MI) va insult oqibatida yuzaga kelgan<sup>1</sup>. Shubxasiz YuQTK ichida eng ko'p uchrovchi klinik xolat bu MIDir. MI o'tkazgan bemorlarning 25%dan 50%gacha qismi to'satdan aritmik o'limi (TAO<sup>2</sup>) olib keluvchi qorinchalar taxikardiyasi yoki qorinchalar fibrillyasiyasi kuzatilishi sababli vafot etadi. Butun dunyoda yil davomida 6 millionga yaqin to'satdan yurak to'xtashi (YuT) kuzatilib, o'larning omon qolish ehtimolligi 10% dan ortmaydi. TYuO<sup>3</sup> bu - yurak bilan bog'liq

bo'lgan, tabiiy, tashqi ta'sirlarsiz o'tkir klinik alomatlar paydo bo'lgandan so'ng 1 soat ichida xushni yo'qotish ko'rinishida namoyon bo'lib, o'lim bilan yakunlovchi xolatdir. Bu xolatda yurak kasalligi avvaldan ma'lum yoki ma'lum bo'lmasligi mumkin, ammo o'lim doimo kutilmaganda sodir bo'ladi. TYuO'ning ijtimoiy muommo sifatida to'satdan yuz berishi, kismi muddatlda ilk klinik belgilardan (6-10 minut) so'ng o'lim sodir bo'lishi va aksariyat xollarda uyquda va guvoxlersiz kuzatilishi va tezkor yordam ko'rsatish imkoniyatining cheklanganligi vaziyatni yanada murakkablashtiradi.

## 2.2. Umumiy ta'rifi

- **Qorinchalar yurak ritmining buzilishi (QYuRB)** yoki **Qorinchalar taxiaritmiyasi (QT)** - yurak ritmi buzilishlarining umumiy ko'rinishlaridan biri bo'lib, bunda ektopik aktivlik manbai yoki qayta kirish davri Gis tutamdan pastda, ya'ni uning shoxlarida, Purkine tarmog'i yoki qorincha miokardida bo'lishi mumkin.
- **Noturg'un qorinchalar taxikardiyasi (NQT)** - 3 yoki undan ortiq QRS komplekslari, davomiyligi <30 sek.
- **Monomorf QT** - QRS komplekslarining bir xil konfiguratsiyasi mavjud bo'lgandagi QT.
- Polimorf QT - beqaror, QRS komplekslarining konfiguratsiyasi o'zgaradi
- **Elektr bo'roni** - 24 soat ichida 3 ta QT / QF epizodlari
- **Qorinchalar titrashi-** ritmik, yuqori amplitudali, tezligi daqiqada 250 dan oshadigan qorinchalarning elektrik og'ishlarining kengayishi, T to'lqinlari aniqlanmaydi.
- **Qorinchalar fibrillyasiyasi** - konfiguratsiyasi, amplitudasi, davomiyligi va chastotasi doimo o'zgarib turadigan polimorf tebranishlar shaklidagi xaotik elektr faolligi, ularning diapazoni 1 daqiqada 300 va undan ko'p.
- **To'satdan o'lim** - bu tashqi tasirotlar natijasida yuzaga kelgan shikastlanishga aloqador bo'lmagan va sog'lom odamda klinik alomatlar paydo bo'lganidan keyin 1 soat ichida sodir bo'ladigan kutilmagan o'limli hodisa. Agar o'lim guvohlarsiz sodir bo'lgan bo'lsa, marhumning o'limidan 24 soat oldin qoniqarli ahvolda bo'lsa, to'satdan o'lim haqida fikr yuritiladi.
- **To'satdan yurak o'limi (TYuO')** - bu atama, agar hayoti davomida tug'ma yoki orttirilgan o'limga olib kelishi mumkin bo'lgan yurak kasalligi bo'lgan bemorda to'satdan o'lim ro'y bersa yoki avtopsiyada yurak -qon tomir tizimi patologiyasi aniqlansa va o'lim sababi bo'lishi mumkin bo'lsa yoki aniq yurakdan tashqari o'lim sababi avtopsiyada aniqlanmaganda ishlatiladi va ritm buzilishi o'limning eng katta sababidir
- **Yurakning to'satdan to'xtab qolishi (TYuT)** - kutilmagan yurak xuruji, o'tkir simptomlar boshlanganidan keyin 1 soat ichida sodir bo'ladi, bu muvaffaqiyatli reanimasiya choralari (masalan, defibrilatsiya) bilan bartaraf etilgan - "yurak to'xtashining oldini olish".
- **Idiopatik qorincha taxiaritmiyasi** - bemorni klinik ko'rikdan o'tkazishda qorincha taxiaritmiyasi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar aniqlanmagan hodisa.

- **TYuO' birlamchi profilaktikasi** - yurak kasalliklari xavfi yuqori bo'lgan, lekin hayot uchun xavfli aritmiya tarixi bo'lmagan yoki yurak xurujining oldini olgan odamlarda TYuO' xavfini kamaytirishga qaratilgan chora -tadbirlar.
- **TYuO' ikkilamchi profilaktikasi** - anamnezida hayot uchun xavfli aritmiya yoki yurak xuruji kelib chiqib uning oldi olingan odamlarda TYuO' xavfini kamaytirishga qaratilgan chora -tadbirlar.

3) Klinik tasnifi (etiologiyasi, bosqichlari bo'yicha).

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

**Tasnif:**

**Qorinchalar aritmiyasining EKG bo'yicha klassifikatsiyasi (EKJ/AKK/AYuA,2006)**

- Qorinchalar ekstrosistoliyasi (yakka, juft, monomorf, polimorf).
- Qorinchalar titrashi;
- beqaror QT (ketma -ket 3 yoki undan ortiq QE 30 soniyadan ko'p bo'lmagan);
- barqaror QT (30 sekunddan ortiq davom etadi yoki gemodinamik buzilishlar tufayli bartaraf qilinishni talab qiladi);
- chap qorincha fasikulyar taxikardiyasi;
- polimorf ikki tomonlama "piruet" ("torsade de pointes");
- Qorinchalar titrashi;
- Qorinchalar fibrillyasiyasi.

**QE V.Lown i M.Wolf (1971.) bo'yicha klassifikatsiyasi**

1. Kamdan kam monomorfik ekstrasistolalar <30 QE / soat:  
1A - <1 QE / min  
1V -> 1 LE / min
2. Tez -tez bitta monomorfik ekstrasistollar > 30 QE / soat
3. Polimorfik Ekstrasistolalar
4. JA ning takrorlangan shakllari:  
A 4A - juftlangan (juftliklar)  
B 4B - guruh (volleylar), shu jumladan VTning qisqa epizodlari
5. Erta QElar "Rtish ustida T" turiga kiradi.

**Qorincha aritmiyalarining tasnifi J.T.Bigger (1984) bo'yicha.**

- Yaxshi sifatli - yurak ritmining buzilishi, organik yurak kasalligining yo'qligi.
- Potensial xatarli - yurak ritmining beqaror buzilishi, organik yurak kasalligining mavjudligi.
- Xatarli - organik miokard patologiyasi fonida QF, QT yoki QAning doimiy paroksizmlari (TYuO' xavfi yuqori).

**Amaliyotda, diagnostik va prognostik maqsadlarda QAning quyidagi turlarini ajratish qulay:**

**Yurak urish tezligi bo'yicha:**

- 51 dan 100 gacha - tezlashtirilgan idioventrikulyar ritm.
- 100 dan 250 gacha - QT.
- 250 dan ortiq - QT va QF.

**Taxikardiya davomiyligi bo'yicha:**

- Barqaror - davomiyligi > 30 sek.

- noturg'un - davomiyligi <30 sek.

#### Taxikardiyaning klinik kursining tabiati bo'yicha:

- Paroksizmal
- Paroksizmal bo'lmagan (doimiy takrorlanadigan / to'xtamaydigan QT va elektr bo'roni)

#### Etiologiyasi bo'yicha (yurakning asosiy tizimli kasalligining mavjudligi yoki yo'qligi):

- Strukturaviy yurak kasalligi bo'lmagan holda idiopatik qorincha aritmiyasi ("yaxshi sifatli").
- yurakning ochiq strukturaviy kasalligi, tug'ma sindromlar yoki shunga o'xshash bo'lmagan holatlarda qorincha aritmiyasi. kanalopatiyalar - "xatarli": QT intervali uzayishi sindromi, Brugada sindromi, katekolaminga bog'liq polimorf qorincha taxikardiya, qisqa QT interval sindromi, 'rta qorinchalar repolarizatsiyasi sindromi
- Qaytariladigan metabolik yoki dori-darmonli sabablar (masalan, ikkilamchi QTintervali uzayishi sindromi) bilan yurakning ochiq strukturaviy kasalligi bo'lmaganida qorincha aritmiyasi.
- Strukturaviy yurak kasalligi mavjud bo'lganda qorincha aritmiyasi.

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

QYuRB xavfining tabaqalanishi klinik amaliyot uchun katta ahamiyatga ega.

3-jadval

#### Qorinchalar ekstrasistoliyasining V.Low n i M.Wolf (1971.) bo'yicha tasnifi

Xatar omili mezonlari	Yaxshi sifatli QA	Potensial yomon sifatli QA	Yomon sifatli QA
<b>TYuO' xavfi</b>	Past	O'rta	Yuqori
<b>Klinikasi</b>	Yurak urib ketishi	Yurak urib ketishi	Yurak urib ketishi va sinkope xolatlari
<b>Yurak organik shikastlanishi</b>	yo'q	Bor	Bor
<b>Qorinchalar ekstrasistoliyasi</b>	Kam yoki urta darajada	O'rta yoki tez tez chastotada	O'rta yoki tez tez chastotada
<b>Juft QE yoki QT</b>	Odatda yo'q	Noturg'un QA	Turg'un QA
<b>Davolash maqsadi</b>	Simptomlar kamayishi	Simptomlar kamayishi, O'lim kamayishi	O'lim kamayishi, aritmiya kamayishi, simptomlar kamayishi

### 3. Tashxislash jarayonlari

#### Shikoyatlari:

- noto‘g‘ri yurak urishini his qilish; yurak urib ketishi, bosh aylanishi, xolsizlik, nafas siqilishi, yurakdagi og‘riq, pauzalar, yurak qisqarishidagi pauzalar, ongni yo‘qotish epizodlari.

### **Anamnez:**

- Anamnezda arterial gipertoniya, yurak ishemik kasalligi, surunkali yurak etishmovchiligi, periferik arterial tomirlar kasalligi mavjudligi. Bemorlarning aksariyatida anamnezni yig‘ishda turli xil miokard kasalliklari uchraydi. Bemorlarda odatda og‘ir yurak kasalliklari mavjud bo‘lib, ular murakkab qorincha ektopiyasi (tez-tez uchraydigan qorinchalar ekstrastoliyalari, beqaror QT yoki ikkalasidan iborat) bilan yanada murakkablashishi mumkin. Irsiyatni aniqlashda bemorning e‘tiborini yosh qarindoshlarning tushunarsiz to‘satdan vafot etgan holatlari, shuningdek, implantasiya qilinadigan yurak vositalari o‘rnatilganligi mavjud bo‘lgan qarindoshlar oilasida bo‘lishiga e‘tibor qaratish lozim.

### **Obektiv tekshiruv:**

Barcha tekshirilayotgan bemorlarga amaldagi tavsiyalarga muvofiq quyidagi standart o‘lchovlarni bajarish tavsiya etiladi:

- antropometrik ko‘rsatkichlar (bo‘yi, vazni, tana massasi indeksi, bel aylanasi);
  - termometriya va terining holatini baholash;
  - shishishlar mavjudligini va ularning tarqalishini baholash;
  - sistolik va diastolik qon bosimi darajasini aniqlash;
  - yurak ritmining chastotasi va muntazamligini baholash bilan periferik arteriyalarda pulsni palpasiya qilish;
  - venoz dimlanish mavjudligini ko‘rsatishi mumkin bo‘lgan bo‘yin tomirlarining shishishi va pulsasiyasini baholash;
  - patologik shovqinlarni aniqlash uchun yurak, karotid, buyrak va femoral arteriyalarni auskultasiya qilish;
  - qalqonsimon bezni palpasiya qilish: kattaligi, og‘riq bor yoki yo‘qligi, harakatchanligi.
- Asosiy ko‘rsatkichlardan tashqari, qorincha aritmiyasi kaytalanishiga sabab bo‘lishi mumkin bo‘lgan sabablarni istisno qilish uchun aniq o‘zgarishlarni baholash tavsiya etiladi.

Yurak ritmining paroksizmal buzilishlari bo‘lgan bemorlarni jismoniy tekshirishda gemodinamik beqarorlik (qon bosimining pasayishi) belgilarini aniqlash tavsiya etiladi. Qorinchalar aritmiyalarining aksariyat qismida bemorlarni paroksizmdan tashqari jismoniy tekshirishda hech qanday o‘zgarishlar kuzatilmaydi. Ekstrasistolalar pulsni hisoblashda, arterial bosimni o‘lchashda yoki bemor yuragining auskultasiyasida qayd etilishi mumkin.

Ko‘proq uchraydigan QE bilan yurakning aritmik faolligi va puls etishmovchiligi borligi auskultativ ravishda aniqlanadi. Pulsni palpasiya qilish bilan QT hujumi bilan tez-tez (1 daqiqada 100 dan 220 gacha) va umuman to‘g‘ri ritm, patologik shovqinlar, yurak etishmovchiligi belgilari (o‘pkada xirillash, gallop ritmi), periferik arteriyalarning pulsasiyasi yo‘qolgunga qadar va qon bosimi va yurak tovushlarining yo‘qolgunga qadar. To‘satdan yurak o‘limi holatida quyidagilar kuzatiladi: QF boshlanganidan 15-20 soniyadan so‘ng bemor hushini yo‘qotadi; 40-50 soniyadan so‘ng - skelet mushaklarining

yagona tonik qisqarishi rivojlanadi; koʻz qorachiqalari kengayadi; nafas olish soni kamayadi va 2-4 daqiqadan soʻng toʻxtaydi.

**Laborator tekshiruvlar: qorinchalar aritmiyasi** rivojlanish xavf omillarini (elektrolitlar buzilishi, endokrin kasalliklar, anemiya holatlari), yurak toj tomir kasalligi klinikasida dislipidemiya mavjudligini, antikoagulyantlarni qabul qilishda qon ivish tizimining holatini aniqlashga imkon beradi.

- Toʻliq qon tekshiruvi - har yili va bemorning ahvoli yomonlashganda birinchi marta tashxis qoʻyilgan QA uchun oʻtkaziladi.
- Umumiy siydik tahlili - birinchi marta QA tashxisi qoʻyilgan, har yili va bemorning ahvoli yomonlashganda.
- Erta naxorda glyukozani aniqlash - birinchi marta QA tashxisi qoʻyilgan, har yili va bemorning ahvoli yomonlashganda.
- Qonning biokimyoviy tekshiruvi (bilirubin, ACT, ALT, kreatinin) - har yili va bemorning ahvoli yomonlashganda, birinchi marta aniqlanadigan QAda oʻtkaziladi.
- Qonda kaliy va natriy - QA birinchi marta tashxislanganda, har yili va bemorning ahvoli yomonlashganda aniqlanadi.
- Qalqonsimon bez gormonlari (TTG, erkin T3, erkin T4, anti-TPO) - har yili amiodaron bilan davolanish paytida kuzatiladi.
- Lipid spektri (umumiy xolesterin, YuZL, PZL, aterogenlik koeffisienti, trigliseridlar) - har yili va bemorning ahvoli yomonlashganda, birinchi marta tashxis qoʻyilgan QAda tekshiriladi.
- Koagulogramma (koʻrsatmalarga koʻra - ilgari antikoagulyant qabul qilish bilan, qon ivish patologiyasi tarixi (qon ketish / tromboz)
- Glyukozagatolerantlik testi (koʻrsatmalarga koʻra – abdominal tipida semirish, gipertoniya, dislipidemiya belgilari mavjud boʻlsa)

Glikozirlangan gemoglobin (koʻrsatmalarga koʻra naxorda giperqlikemiya - 5,6 mmol/l dan yuqori mavjud boʻlganda, metabolik sindrom belgilari mavjud boʻlganda) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>

### **Asosiy tekshirish usullari:**

1. 12 tarmoqli standart elektrokardiografiya. QE - muddatidan oldin erta qisqarish boʻlib undan oldin R tishchasi yoʻq, davomiyligi 0,12 s va undan ortiq boʻlgan QRS kompleksi, shakli boʻyicha ekstrasistola paydo boʻlishining qarama-qarshi tomoniga, Gis tutami oyoqchasi blokadasiga oʻxshaydi. ST segmenti va ekstrasistolaning T toʻlqinining joylashishi QRS kompleksining asosiy tishchasi yoʻnalishiga nisbatan diskordant boʻladi. QEdan keyin toʻliq kompensator pauza yuzaga keladi (asosiy ritmning ikki baravar koʻpaygan RR gacha boʻlgan QE qoʻshilish oraligʻini toʻldiradi), faqatgina RR intervali buzilmaydigan kam uchraydigan ritmda qoʻyish hollarini istisno qilgan holda. Qening murakkab shakllariga juft, politop, erta ("R tishcha T tishcha ustida ") QE, shuningdek, alloritmiyalar kiradi.

- QE - yurak urish tezligi odatda daqiqada 140-220 gacha boʻlgan uch yoki undan ortiq ektopik komplekslarning EKGdagi ritm maydoni, QRS

komplekslari keng, deformatsiyalangan, 0,12 s dan yuqori, to'plamli ST segment va T tishcha diskordantligi paydo bo'lishi bilan Gis tutami blokadasini eslatadi. AV dissosiasiyasining mavjudligi - tez-tez uchraydigan qorincha ritmini (QRS komplekslari) va bo'lmachaning normal sinus ritmini (P to'lqinlari) va QT va QT<sub>i</sub> bilan qayd etilgan sinus kelib chiqadigan yagona o'zgarmagan QRST komplekslari bilan to'liq ajratish ("zabt etilgan" qorinchalar qisqarishi).

- "Piruet" tipidagi polimorf QT - qorincha tezligi daqiqada 150-250, ritm 0,2-0,3 soniya ichida R-R intervallari bilan notekis. QRS komplekslari keng, deformatsiyalangan, katta amplituda, ularning davomiyligi 0,12 s dan oshadi. Qisqa va QT ichida qorincha komplekslarining amplitudasi va qutbliligi o'zgaradi.
- QT - sinusoidal egri chizig'iga o'xshash qorinchalarning ritmik yuqori amplituda kengaygan elektr og'ishlari EKGda qayd etiladi, chastotasi daqiqada 200-300, T to'lqinlari aniqlanmaydi, izoliniya qayd etilmaydi.
- QF - tez-tez (daqiqada 200-500 gacha), lekin tartibsiz tartibsiz to'lqinlar, bir-biridan har xil shakl va amplituda, tishlari aniqlanmagan.

2. XMEKG 3- yoki 12 kanalli (kunlik yoki ko'p kunlik). Bu nafaqat yuqoridagi EKG mezonlari bo'yicha QA mavjudligini aniqlashga, balki ularning zichligini, kunlik tarqalishini, bemorning hissiyotlari bilan bog'liqligini aniqlashga imkon beradi, aritmiya sodir bo'gganda qon bosimi ko'rsatkichi pasayishi mavjudligini aniqlashda ko'llaniladi. Antiaritmik preparatlarni samarasini, implantasiya qilingan yurak asboblarning ishlashini baholashga ham imkon beradi.

3. Yurak qon tomir tizimining birlamchi kasalliklari, chap qorincha miokard va qorinchalararo to'siq holatining xususiyatlarini aniqlashtirish, chap qorinchada akineziya va diskineziya zonalari borligi va tarqalishini, uning qon otish fraksiyasini aniqlash uchun transtorakal ekokardiografiya, o'ng qorincha miokardining tuzilishi, qopqoq patologiyasi, tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlari mavjudligi ni aniqlashda yordam beradi. Agar idiopatik QA rivojlansa, EXOKG yurakning tuzilish anormalliklarini aniqlay olmaydi.

4. Jismoniy faollik bilan testlar (treadmill sinovi / VEM sinamalar) shu jumladan - qizilo'ngach orqali qo'llaniladigan elektrostimulatsiya (QO'OES) va boshqa turli jismoniy zo'riqish bilan o'tkazilgan sinamalar ko'rsatmalarga ko'ra kekxa va qari yoshdagi bemorlarda ko'pincha qarilik preasteniyasi yoki asteniya bilan bog'liq bo'lgan noto'g'ri natijalar berishi mumkin, shuning uchun EKGni Xolter monitorlash yordamida sutkalik ritmni o'rganish afzalroqdir.

QA paroksizmlarini EKGda aniqlashda qiyinchilik tug'ilganida, sinkopal holatlar yuzaga kelganida va differensial diagnostika o'tkazish maqsadida inra- va ekstrakranial braxiosefal arteriyalarning ultratovush dopplerografiyasi tekshiruvini qo'llash tavsiya etiladi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>

Qo'shimcha laboratoriya tadqiqotlari komorbid fonga qarab amalga oshiriladi.

5-jadval

### **Qorinchalar aritmiyasida qo'llaniluvchi asosiy tekshiruv usullari \***

Tekshiruv nomi	Kim tomonidan o'tkazilishi	O'tkazilish darajasi	Dalillar darajasi
EKG	Kardiolog	SSV tizimining barcha bo'gimida	I A
XMEKG	Funksional kardiolog	Tuman, viloyat, respublika darajasida	I B
Tredmil test	Funksional kardiolog	Tuman, viloyat, respublika darajasida	I B
EXOKG	Funksional kardiolog	Tuman, viloyat, respublika darajasida	I B
Elektrofiziologik tekshiruvlar	Elektrofiziolog	Respublika darajasida	II C

\*- Ushbu tekshiruvlar asosiy kasallik tekshiruvlari bilan bir qatorda amalga oshiriladi.

### **Differensial diagnostika va qo'shimcha tadqiqotlar uchun asoslash:**

Ko'pincha differensial diagnostika paroksizmal ritm buzilishi sindromi ongni yo'qotish sindromi bilan amalga oshiriladi. Eng qiyin masala bu - keng QRS komplekslariga ega taxiaritmiyalar faqat elektrofiziologik tadqiqotlar o'tkazilgandagina aniqlanuvchi aberrant komplekslar bilan kechuvchi QUTni differensial diagnostikasi. Quyidagi jadvallarda hayot uchun xavfli bo'lgan QA ning differensial diagnostikasida e'tiborga olinishi kerak bo'lgan asosiy elektrokardiologik va klinik tashxislar keltirilgan. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>

**EKG mezonlari bo'yicha paroksizmal aritmiyalarning differensial diagnostikasi**

<b>Diagnoz</b>	<b>Differensial diagnostika bo'yicha asoslash</b>	<b>Tekshiruv</b>	<b>Diagnozni istisno qilish</b>
QT	Keng kompleksli paroksizmal taxikardiyalar	EKG, XMEKG, QOEFT, YuIEFT	Qorincha komplekslarini ajratish qiyin, izoelektrik intervalning ko'pincha yo'qligi, qo'shilgan, bloklangan komplekslarning mavjudligi, AV dissosiasiyasi. Ijobiy Verekey mezoni avRda baland R tishcha mavjudligi hisoblanadi.
Gis chap oyoq tutami qamalida qorinchalar usti taxikardiyasi	Keng kompleksli paroksizmal taxikardiyalar	EKG, XMEKG, QOEFT, YuIEFT	EKGda ko'pincha turli morfologik tishchalar kuzatiladi, xuruj paytida qo'shilgan va bloklangan komplekslar aniqlanmaydi, AV dissosiasiya kuzatilmaydi. Hurujdan tashqari XMEKGda Gis tutami shoxchalaridagi o'zgarishlar qorincha kompleksidagi normal morfologiyasi tiklantishi mumkin.
WPW sindromida qorinchalar usti taxikardiyasi	Keng kompleksli paroksizmal taxikardiyalar	EKG, XMEKG, QOEFT, YuIEFT	EKGda paroksizm kuzatilmaganda, delta to'lqinining mavjudligi, PQ intervalining davomiyligi 0,12 s dan qisqarishi, QRS kompleksining deformasiyasi va kengayishi. YuIEFT da ko'shimcha o'tkazuvchi yo'llar mavjudligi aniqlanishi.
BF/BT	Qorinchalar qiskarishining yuqori chastotali paroksizmal turi	EKG, XMEKG, QOEFT, YuIEFT	Bo'lmachalar fibrillyasiyasi bilan bo'lmachalar titrashida EKG / XMEKGda tartibsiz ritmi bir daqiqada 75-180 qorinchalar urishi bilan kuzatiladi, bo'lmachalar kiskarishi tezligi daqiqada 300-600 gacha, R tishcha yo'qligi, f to'lqini, R tishcha ning turli amplitudasi. BT bilan to'g'ri ritmning mavjudligi (to'g'ri o'tkazish shakli bilan), arra tishli to'lqinlar f, YuQS 75-170 daqiqada mumkin.

AV-kamali	To'satdan xush yo'qotish	EKG, XMEKG, QOEFT, YuIEFT	Asta-sekin uzayish/qat'iy uzaytirilgan interval PQ oralig'i, QRST kompleksining davriy yo'qolishi, to'liq AV blokadasi - II yoki III darajali bo'lmacha va yurak stimulyatorlarining uzilgan ritmi.
STSS	To'satdan xush yo'qotish, paroksizmal taxikardiya xuruji.	EKG, XMEKG, QOEFT, YuIEFT	QRST komplekslarini tushish epizodlari, ehtimol o'rnini oluvchi 2 tartibli ritmlar va komplekslari bilan, sinus arrest epizodlari. XMEKGda taxikardiya-bradikardiya epizodlari bo'lishi mumkin.
QT intervali uzayishi sindromi	To'satdan xush yo'qotish, paroksizmal taxikardiya xuruji.	EKG, XMEKG	Jismoniy mashqlar paytida o'zgarmasdan QTc oralig'ining 0,44 dan yuqori bo'lishi, yurak urish tezligining oshishi. "Raqsga tushish" tipidagi polimorf QT rivojlanishi xavfi.

7 jadval

### Klinik ma'lumotlar asosida paroksizmal aritmiyalarning differensial diagnostikasi

Diagnostika	Differensial diagnostika uchun asos	Tekshiruv	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Epilepsiya	To'satdan hushdan ketish	Miyaning KT / MRT, EEG, nevrolog tomonidan tekshiruv.	EKG /XMEKGda ritm buzilishlarining yo'qligi. EEG va rengen diagnostikasi usullari yordamida aniqlanadigan o'ziga xos belgilar mavjudligi,.
BMQAO'B / TIX	To'satdan hushdan ketish	Miyaning KT / MRT, nevrolog tomonidan tekshiruv.	EKG /XMEKGda ritm buzilishlarining yo'qligi. EEG ma'lumotlariga ko'ra o'ziga xos belgilar mavjudligi
Aorta qopqog'i ochilishining og'ir stenozi.	To'satdan hushdan ketish	EXOKG	Aorta qopqog'ining ochilish maydonini 1 sm <sup>2</sup> dan torayishi, maks. bosim gradienti > 65 mm Hg. ust., o'rta -> 50 mm Hg. ust.
ChQChT obstruksiyasi bilan GKM	To'satdan hushdan ketish, paroksizmal taxikardiya hurujlari	EXOKG	EXOKG chap qorincha miokardining massiv (> 15 mm) gipertrofiyasini aniqlaydi, QAT qalinligining ChQOD > 1,3 ga

			nisbati. ChQChTdagi bosim gradienti > 45 mm Hg.sm.ust
Oddiy vazovagal sinkope	To'satdan hushdan ketish	SABM, tilt testi, vegetativ testlar bilan kardioritmografiya.	EKG /XMEKGda ritm buzilishlarining yo'qligi. Ertalabki sistolik arterial bosimi ko'rsatkichlari bo'yicha gipotenziya epizodlari, ortostaz bilan. Kardio-ingibitor (asisitol bilan yoki bo'lmagan), tilt testida aralash turdagi javoblar.
Karotid sinus yuqori sezuvchanlik sindromi	To'satdan hushdan ketish	Qon bosimi, ritmogramma nazorati ostida karotid sinusni massaj qilish.	EKG /XMEKG, kardio-ingibitor (asistol bilan), vazodepressor yoki testga aralashgan javob turida ritm buzilishlarining yo'qligi.
Psixiatrik kasalliklar	To'satdan hushdan ketish yoki amimiya	Psixiatr tekshiruvi	EKG /XMEKGda ritm buzilishlarining yo'qligi. Ruhiy buzilishlarning o'ziga xos belgilari, shikoyatlarning ko'pligi va fizikal o'zgarishlarning yo'qligi bilan ifodalanilishi
Giyohvand moddalardan kelib chiqqan gipotenziya	To'satdan hushdan ketish	SABM	Ko'pincha keksa bemorlarda to'liq dozali kombinatsiyalangan antigipertenziv terapiyani qabul qilganda paydo bo'ladi, yaqinda dorilarning navbatdagi dozasini qabul qilish bilan bog'liq, ABningSMda preparatni qabul qilgandan keyin ABning ortiqcha pasayishi aniqlanadi; ko'pincha ertalab tungi uyqudan keyin o'rindan turganda ortostatik gipotenziya qo'zg'atiladi.

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

#### 4. Ambulator darajasida davolash taktikasi:

**4.1. Nomedikamentoz** (dori-vositalarisiz) davolash (sog'lom turmush tarzi elementlari, to'g'ri-muqobil ovqatlanish, kun va uyqu rejimi, parhez) bemorlarda ushbu patologiyaga olib kelgan asosiy kasallik bo'yicha olib boriladi;

Ambulator sharoitda dori vositalari bilan davolash pastki ilovalarda keltirilgan dori vositalari asosida olib boriladi

**O'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tmagan dori vositalarining klinik bayonnomaga kiritilishi bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida**

**va majburiy ijtimoiy tibbiy sug'urta tizimida xarajatlarni qoplash uchun asos bo'lmaydi.**

#### **4.1.1. Tibbiy yordam ko'rsatish turidan kelib chiqib shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalari:**

1) rejali yordam ko'rsatish stasionar davolanish uchun ko'rsatmalar;

- Asosiy kasallikning umumiy xolati asosida tavsiya etiladi (Asosiy kasallik klinik protokolida keltirilgan rejali davo turiga qarang)

2) shoshilinch yordam ko'rsatish stasionar davolanish uchun ko'rsatmalar.

- Qorinchalar taxikardiyasi paroksizmlari (gemodinamik turg'un va noturg'un turlari)
- Noaniq etiologiyali presinkope va sinkope xolatlarida kuzatiladigan to'satdan yurak to'xtashi muvoffaqiyatli reanimasiyadan so'ng omon qolgan bemorlar uchun tavsiya etiladi

#### **4.2. Stasionar darajasida davolash taktikasi:**

- Asosiy kasallikning umumiy xolati asosida tavsiya etiladi (Asosiy kasallik klinik protokolida keltirilgan shoshilinch davo turiga qarang).

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

#### **4.2.1. QAning asosiy kasalligini davolash xususiyatlari.**

##### **1. Yurak ning asosiy kasalliklarini davolash va TYuO'ning birlamchi profilaktikasi**

QT ni muvaffaqiyatli davolash va TYuO'ni oldini olishning eng muhim sharti Yurak ning asosiy kasalliklarini va birga keladigan xamrox kasalliklarni samarali davolashdir. YuIK - QA va TYuO'ni keltirib chiqaradigan asosiy Yurak patologiyasidir. YuIK va QT paydo bo'lishiga olib keladigan asosiy kasallikni davolash/ko'rib chiqilayotgan sharoitlarga muvofiq amalga oshirilishi kerak.

##### **2. Yurak ishemik kasalligini davolash. O'tkir koronar sindrom va o'tkir miokard infarkti**

Oxirgi 10 yillikda o'tkir koronar sindromdan shifoxona sharoitida asosan komorbid xastaliklar sababli o'tkazilgan revaskulyarizasiya va adekvat farmakoterapiyaga qaramasdan QA uchrash chastotachi kekxa va qari yoshdagi bemorlarda oshib bormoqda. Ushbu xolatda tezkor va to'liq o'tkazilgan koronar tomir revaskulyarizasiyasi, nofarmakologik usullar (kardioversiya, defibrillyasiya, stimulyasiyali kateter ablasiya), shuningdek antiaritmik dori vositalari orqali yurak ritmini tiklash kekxa va qari yoshdagilarda samaradorliroq deb xisoblanadi [1]. Agar reanimasion choralardan oldin yoki so'ng EKGda ST segment elevasiyasi paydo bo'lsa u xolda xuddi ST elevasiyali yoki depressiyali bemorlardagi kabi tezkor koronaroangiografiya amaliyoti o'tkaziladi [1, 5]. Biroq ST segment elevasiyasi kuzitilmagan xollarda xam 25-85% xollarda infarkt bilan bog'liq bo'lgan toj tomir trombozi yoki obstruksiyasi rivojlanishi mumkin.

Tibbiy muassasadan tashqarida yoki shifoxonada kuzatilgan yurak to'xtashidan keyin xayotga qaytgan bemorlarda EKG tekshiruvida o'zgarishlar aniq namoyon bo'lmaganligi va koronar tomir okklyuziyasi kuzatilganligi extimoli sababli, koronarangiografiya tekshiruvi yurakka bog'liq bo'lmagan patologiyani istisno qilish maqsadida favqulodda amalga oshiriladi. O'KS va/yoki gemodinamik jihatdan ahamiyatli QT yoki QF bo'lsa, tez va muvaffaqiyatli revaskulyarizasiya keyingi aritmiyalarning oldini olish uchun muhim ahamiyatga ega va kechiktirmasdan amalga oshirilishi kerak

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

Ko'krak qafasidagi og'riqlar bilan murojaat qilgan keksa va qari yoshdagi bemorlarga simptomlarning boshlanishi va shifokor bilan birinchi aloqa o'rtasidagi va QTni, shuningdek, shifokor bilan birinchi aloqadan reperfuziyagacha bo'lgan va QTni qisqartirish tavsiya etiladi [1, 4, 5]. **EKJ: IA, (DAD IA)**

Klinik o'limning rivojlanishida asosiy va qo'shimcha reanimasiya tadbirlarini Evropa reanimasiya kengashi (ERK) tomonidan ishlab chiqilgan algoritmlarga muvofiq bajarish tavsiya etiladi [6, 7]. **EKJ: IB, (DAD IB)**

Shoshilinch koronar angiografiya, agar kerak bo'lsa, revaskulyarizatsiya bilan, miokard ishemiyasini bartaraf etish imkoni bo'lmaganda, QT yoki QF takroriy epizodlari bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi [6,7]. **EKJ: IA, (DAD IA)**

ST segmenti elevasiyasi bilan miokard infarktili keksa yoshli bemorlarda miokardning ishemik shikastlanishi va elektr beqarorligini kamaytirish uchun favqulodda reperfuziya tavsiya etiladi [8]. **EKJ: I C, (DAD I C)**

ST segmenti depressiyasi bilan kuzatiladigan o'tkir koronar sindromili yuqori xavfli keksa va qari yoshli bemorlarda hayot uchun xavfli bo'lgan QA bilan og'rigan bemorlarda ishemik shikastlanish va miokardning elektr beqarorligini kamaytirish uchun koronar angiografiya va kerak bo'lganda kelganidan keyin 2 soat ichida koronar angioplastika tavsiya etiladi [2]. **EKJ: I C, (DAD I C)**

QT yoki QF ning takroriy epizodlari bo'lgan bemorlarda mavjud bo'lishi mumkin bo'lgan miokard ishemiyasini bartaraf etish uchun koronar arteriyalarni shoshilinch revaskulyarizatsiya qilish tavsiya etiladi [4]. **EKJ: I C, (DAD I C)**

Reanimasiya bo'limiga yotqizish kasalxonada yuragi to'xtashidan keyin omon qolgan va koma holatida bo'lgan, elektrokardiografik belgilersiz va reanimasiyadan keyin EKGda ST segmenti ko'tarilgan bemorlarga tavsiya etiladi [4] **EKJ Ila B (DAD III B)**

Yurak to'xtashidan keyin omon qolgan va koma holatida bo'lgan bemorlarda koronar bo'lmagan sabablarga ko'ra ma'lumotlar yo'q bo'lganda, koronar angiografiya tavsiya etiladi (<2 soat), ayniqsa beqaror gemodinamikasi bo'lgan bemorlar [5]. **EKJ: Ila B (DAD III B)**

MI boshlanishida o'tkir ishemiya elektr beqarorlikning sababi bo'lib, QA yuzaga kelishiga sababchi bo'ladi. O'KSda QT/QF ehtimolini kamaytirish uchun beta-blokatorlarni erta davrda buyurish tavsiya etiladi [5, 7]. Ba'zi hollarda bu gipomagnemiya va gipokalemiyani korreksiyalashda yordam beradi. Statinlar YuIK bilan og'rigan bemorlarda standart davoning asosiy qismi bo'lib o'lim xavfini kamaytiradi va koronarogen hodisalar qaytalanishini oldini oladi. O'KS erta davrlarida (ya'ni 48 soat ichida) qorincha fibrilasiyasining paydo bo'lishi kasalxonada o'lim xavfining besh baravar oshishiga olib keladi [7].

### **3. Miokard infarktining o'tkir davrida TYuO' xavf stratifikatsiyasi**

Ko'pgina TYuO'ni xavf omillarini noinvaziv metodlar orqali baxolash asosan ChQOF pasaygan (<40%) va o'rtacha darajada pasaygan bemorlarda tekshirilgan, ChQOF > 40%dan yuqori bo'lgan bemorlar malumotlar etarli emasligi va qolgan tekshiriluvchi guruhlarda bemorlar soni kam bo'lganligi sababli ishonchli malumotlar olinmadi va ularni interpretatsiya qilish imkoni bo'lmadi. MI dan keyingi xavfni stratifikatsiyalash uchun dasturlashtirilgan qorinchalar stimulyatsiyasi qo'llash mumkin bo'lgan tadqiqotlar

etarlicha bo'lmaganligi sababli olingan ma'lumotlarni etarlicha analiz qilishga imkon bermaydi. Xozirgi kunda miokard infarkti o'tkazgan va ChQOF normada bo'lgan bemorlar uchun xatar omillar stratifikasiyasi ishlab chiqilmagan.

Invaziv bo'lmagan usullar (masalan, T-tishchanning alternasiyasini baholash, vegetativ sistema disfunksiyasi yoki kuchaytirilgan EKG) MI dan keyingi erta davrda xavf stratifikasiyasini baholash uchun tavsiya etilmaydi. **EKJ III B (DAD I B)**

O'tkir miokard infarkti bo'lgan bemorlarda ChQOFni erta (qo'shimcha) baholash tavsiya etiladi. **EKJ I B (DAD I B)**

ChQOF kamayishi (<35%) bilan, TYuO'ning birlamchi oldini olish uchun suniy kardioverter defibrilator (SKD) implantasiyasi zarurligini aniqlash uchun MI dan 6-12 hafta o'tgach, qayta baholash tavsiya etiladi. **EKJ I C (DAD II C)**

Maxsus holatlarda, masalan, ChQOF buzilishidan oldin to'liq bo'lmagan revaskulyarizasiya va O'KS rivojlanishidan 48 soat o'tgach qorinchalar aritmiyasi boshlansa, SKDni erta (<40 kun) joylashtirish yoki QT (<40 kundan) vaqtinchalik kardioverter-defibrilatoridan foydalanish hisobga olish kerak va bunday holatda QA ni tipini (monomorf, polomorfliigi, QT yoki QF) shuningdek, QT davomiyligini (noturg'un qisqa yoki noturg'un uzoq) hisobga olish kerak. Agar dasturlashtirilgan stimulyasiya amalga oshirilsa, qo'zg'alish va qo'zg'atilgan aritmiya turi (monomorf QT, polimorfik QT, QF) qo'shimcha ravishda baholanadi.

QF va miokard ishemiyasining belgilari bo'lgan bemorlarda TYuO' xavfini kamaytirish uchun koronar arteriyalarni revaskulyarizasiya qilish tavsiya etiladi. **EKJ I B. (DAD II B)**

#### **4. Chap qorincha anevrizmasi. Ishemik kardiomiopatiya. Surunkali yurak etishmovchiligi**

QA rivojlanish chastotasi va ohirlik darajasi yurak etishmovchiligining kuchayishi bilan ortadi, ammo to'satdan o'lim xavfini baholash uchun QA ning prognostik qiymati aniq emas. Keksa va qari yoshdagi bemorlarda ko'pincha SYuE rivojlanishiga olib keladigan bir nechta etiologik omillar mavjud. Masalan, anamnezida miokard infarkti va yondosh surunkali obstruktiv bronxit va/yoki arterial gipertenziya bo'lishi. Aynan katta yosh toifasidagi bemorlarga polimorbidlik xos bo'lib, bu kontingentda yurak etishmovchiligi ko'p omilli xarakterga ega: ([www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoj-ned](http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoj-ned)).

SYuE va chap qorincha sistolik disfunksiyasi bo'lgan bemorlarda umumiy o'lim va TYuO' xavfini kamaytirish uchun APF ingibitorlari (yoki preparatni ko'tara olmaslik bo'lganda angiotenzin II ingibitorlari), betta adrenoblokatorlar yoki aldosteron antagonistlari bilan optimal medikamentoz davo olib borish tavsiya qilinadi. ChQ sistolik disfunksiyasi (ChQOF  $\leq$  35-40%) bo'lgan bemorlarga AAF inhibitorlari (yoki AAF ingibitorlarini ko'tara olmaslikda angiotensin II antagonistlari), Beta-blokatorlar yoki amyaldosteron antagonistlari bilan optimal dori terapiyasi tavsiya etiladi (ChQQOF  $\leq$  35-40% umumiy xavf darajasini kamaytirish uchun).

Chap qorinchaning jarrohlik rekonstruksiyasi (ChQJR) CYuE bo'lgan NYHA bo'yicha funksional sinf III/IV, ChQ ning katta anevrizmasi, katta tromb, uning tromboemboliya epizodlari bo'lgan va anevrizma aritmiya sababi bo'lgan holda tavsiya etiladi. **IIa B (DAD III B)**

## 4.2.2. Qorinchalar aritmiyalarini davolash to'satdan yurak o'limi oldini olish

### 1. Dori vositalari bilan davolash

QA bilan og'riqan bemorlar uchun terapevtik yondashuvni aniqlashda ularda yurakning strukturaviy patologiyasining mavjudligi yoki yo'qligiga asoslanadi. Asosiy antiaritmik dorilar ro'yxati, resept bo'yicha ko'rsatmalar, dozalari va nojo'ya ta'sirlari ilovada keltirilgan. Ulardan foydalanish turlicha, vazifalarga qarab - QT bartaraf qilish yoki profilaktik maqsadda qo'llash mumkin.

### 2. Yurakda strukturaviy o'zgarishlari bo'lmagan/ChQD bemorlarda antiaritmik terapiya

ChQD/Yurakda strukturaviy patologiyasi bo'lmagan bemorlarda QA ni tibbiy davolash tavsiya etilmaydi, chunki bu bemorlarda TYuO' xavfi past va profilaktikani talab qilmaydi. **EKJ IIIA (DAD V)**

Yurakning strukturaviy patologiyasi bo'lmagan "idiopatik" deb ataladigan QA yakka, juftlangan QE, QT epizodlari, shuningdek, analogik qorinchalar parasistoliyasining shunga o'xshash ko'rinishlarida namoyon bo'lishi mumkin.

ChQD/Yurakda struktur o'zgarishi bo'lmagan bemorlarda QE turi ularning sutkalik umumiy soni va bog'lanish intervalining oshib borishiga qaramasdan TYuO' xavfi ijobiy baholanadi. ChQD/Yurakda struktur o'zgarishi bo'lmagan bemorlarda QE quyidagi holatlarda medikamentoz davo tavsiya qilinadi: sutkalik XMEKG natijalariga ko'ra JE soni umumiy yurak qisqarishlar sonining 15% dan ko'p bo'lgan va tez-tez qorinchalar aritmiyasi fonida klinik belgilar yoki yurak bo'shliqlarining kengayishi va ChQ qisqarish funksiyasi pasayishi namoyon bo'lsa tavsiya qilinadi. **EKJ I C (DAD II S)**

ChQD/yurakda struktur o'zgarishi bo'lmagan bemorlarda QA bemorlarini davolash uchun beta-blokatorlarni, yurakka to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qiluvchi "sekin" kalsiy kanallarining blokatorlarini (verapamil), shuningdek I va III sinf AAP larni buyurish tavsiya etiladi. B.N.Singh va D.C.Harrison tomonidan tasniflangan E.M E.M.Vaughan-Williams tomonidan modifikasiya qilingan. **EKJ IIa B (DAD III B)**

Antiaritmik sifatida I C sinfining (propafenon, etasizin, allapinin), shuningdek III sinf antiaritmik preparatlaridan (sotalol va amiodaron) qo'llash maqsadga muvofiqdir.

ChQD/yurakda struktur o'zgarishi bo'lmagan bemorlarda monomorf QT (idiopatik QT) paroksizmlarining mavjudligi TYuO' xavfini oshirmaydi. Dori vositalarining profilaktikasi talab qilinmaydi. **EKJ I A (DAD I A)**

TYuO' xavfi nuqtai nazaridan, idiopatik QT bilan ko'p hollarda bemorlar uzoq umr ko'rishi uchun ijobiy prognoz bersada, ammo, bu aritmiyalar tizimli gemodinamika (sinkope, o'pka shishi) aniq kasalliklar bilan birga yuzaga kelganda va uzoq muddatli doimiy davomiyligi bilan-miokard qisqaruvchanligining progressiv pasayishiga va kardiopatiya rivojlanishiga olib kelishi ixtimoli yuqori bo'lib o'tkir va surunkali asoratlarning sonini ko'paytiradi. Bu xolatlarda samarali antiaritmik davo bo'lmasa, bemorlarning hayotiga xavf tug'dirishi mumkin.

Strukturaviy bo'lmagan yurak kasalligi bo'lgan bemorlarda QT mavjud bo'lganda, doimiy xurujlarning qaytalanishini oldini olish uchun beta-blokatorlarni, verapamilni va III AAP I va III sinflarni qo'llash tavsiya etiladi. **EKJ IIa B (DAD III B).**

Yurak/ChQD ning strukturaviy patologiyasi bo'lgan bemorlarda QEning dorili AAT aritmiyasi klinik simptomlar bilan birga kelgan yoki yurak bo'shliqlarining kengayishiga

va ChQ miokard qisqaruvchanligining pasayishiga olib kelgan hollarda tavsiya etiladi, bu tez-tez uchraydigan QA fonida, EKGning sutkali monitorlashining ma'lumotlariga ko'ra, sutkadagi umumiy yurak qisqarishlarining 15% dan oshadi.

QT ning takrorlanishini oldini olish uchun antiaritmik preparatni tanlash QT ning turli shakllariga xos bo'lgan individual qo'zg'atuvchi omillarni, EKGdagi o'zgarishlarni hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak. Paroksizmal bo'lmagan QTni davolashda verapamilni profilaktika maqsadida qo'llash va fasikulyar chap qorincha taxikardiyasining paroksizmlarini oldini olish uchun qo'llash maqsadga muvofiqdir. Paroksizmal monomorf QTning qaytalanishini oldini olishning eng samarali vositalaridan I va III sinf antiaritmik preparatlari xisoblanadi.

### **3. Strukturaviy yurak kasalligi / ChQD bilan og'riqan bemorlarda qorincha ektopik faolligining antiaritmik terapiyasi**

Strukturaviy yurak patologiyasi/ChQD bo'lgan keksa va qari yoshdagi bemorlarda QA mavjud bo'lganda, TYuO' xavfi yuqori bo'lsa, uning profilaktikasi uchun AAT o'tkazish tavsiya etiladi. Strukturaviy yurak kasalligi bo'lgan keksa va qari yoshdagi bemorlarda TYuO' xavfi ChQD ning tabiati va og'irligiga bog'liq. Strukturaviy yurak kasalligi, tez-tez QE (soatiga > 10 QE), QA ning bir nechta shakllari (juftlangan QE, davomiy QT) va / yoki ChQ qisqarish funksiyasi (ChQQOF qiymati <40%) bo'lgan bemorlarning mavjudligi yuqori xavf bilan bog'liq. TYuO' ning.

Birlamchi yoki ikkilamchi profilaktikani talab qiladigan TYuO' xavfi yuqori bo'lgan miokardning tarkibiy shikastlanishi/ChQD bo'lgan keksa va qari yoshdagi bemorlarni davolash uchun ularni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlarni hisobga olgan holda beta-blokatorlar guruhidan dori-darmonlarni buyurish tavsiya etiladi. **EKJ IA (DAD I A)**

Strukturaviy yurak patologiyasi/ChQD bilan og'riqan bemorlarda TYuO' xavfini kamaytirish uchun AAT dan foydalanish (Beta-blokatorlar bundan mustasno) tavsiya etilmaydi. **EKJ IIIA (DAD I A)**

Strukturaviy yurak patologiyasida/ChQD bilan og'riqan bemorlarda AAP IC sinf (natriy kanallari blokatorlari) va "sekin" kalsiy kanallari blokatorlaridan foydalanish hayot uchun xavfli QT va TYuO' xavfining oldini oshishiga, shuningdek yurak etishmovchiligining rivojlanishiga olib kelishini kamaytirishi mumkin;

Implantasiya qilingan SRT moslamalari bo'lgan bemorlarda AA preparatini qo'llash tavsiya etilgan darajadan past bo'lgan biventrikulyar ritm foizini pasayishiga olib keladigan hollarda tez-tez QEni bostirish uchun tavsiya etiladi.

Strukturaviy yurak kasalligi/ChQD bo'lgan bemorlarda beta-blokatorlar, sotalol, amiodaron yoki beta-blokatorlar va amiodaron kombinatsiyasi AAT sifatida tavsiya etiladi. **I A (DAD II A)**

Beta-blokatorlar antiaritmik xususiyatlarini QAni davolashning asosi sifatida qaralishi kerak. Sotalol beta-blokerlarga qaraganda samaraliroqligini ko'rsatdi, QA ni kamaytirib, oldini oladi, ammo uni chap qorincha otish fraksiyasini qiymati <20%, ChQ miokard gipertrofiyasi >14 mm, shuningdek YuE belgilari bo'lgan bemorlarga qo'llash tavsiya etilmaydi. Amiodaron monoterapiya sifatida va beta-blokatorlar bilan birgalikda yurakning strukturaviy patologiyasi bo'lgan bemorlarda QAni davolash uchun eng samarali AAP hisoblanadi. Shu bilan birga, uning foydalanish og'ir zararli ta'sirlari kelib

chiqishini baxolash bilan birga olib boriladi. Natijada, boshqa AADlardan foydalanish samarasiz yoki imkonsiz bo'lsa, amiodaronni buyurish maqsadga muvofiqdir.

QAni davolashda yurakning strukturaviy kasalligi va ChQD bo'lgan bemorlarda QA ni davolash uchun I sinf antiaritmik dorilar va "sekin" kalsiy kanal blokatorlaridan foydalanish tavsiya etilmaydi. EKJ III A (DAD I A)

QAni davolashda yurak ishemik kasalligi bilan og'riqan bemorlarda, shuningdek, ChQ qon otish fraksiyasi (< 40%) yoki shunga olib keluvchi kasalligi bo'lgan, surunkali YuE namoyon bo'lgan, anamnezida miokard infarkti o'tkazgan, chap korinchalararo to'siq gipertrofiyasi (chap qorincha miokard qalinligi > 14 mm) bo'lgan bemorlarda i AAP I sinfini qo'llash mumkin emas. "Sekin" kalsiy kanallarining blokatorlari (verapamil va diltiazem) yurakning tizimli kasalligi bo'lgan bemorlarda gipertenziyani davolashda samarasiz bo'lib, ChQ va SYuE bilan kasallangan bemorlarning prognozini yomonlashtirishi mumkin.

Yurak strukturaviy patologiyasi bo'lgan bemorlarda AAT ni terapevtik dozada bo'yurilganda davo fonida takroriy XMEKG nazorati ostida AAT bilan davolash samaradorligi va xavfsizligini baholash tavsiya etiladi. EKJ IIAC (DAD III C)

Beta-blokatorlarni qo'llashning 3-5 kunida, sotalol – 5-7 kunida, amiodaronni 5 haftadan keyin titrasiyalash tavsiya etiladi. Har bir keyingi AADni tayinlash avvalgisining 5 yarim chiqarilishi davridan keyin, amiodaron uchun–bekor qilinganidan keyin 1,5 oydan keyin amalga oshirilishi kerak. Sinovdan o'tgan AAP samaradorligini baholash uchun quyidagi mezonlardan foydalanish tavsiya etiladi: AAPni terapevtik dozada qabul qilishda QE umumiy sonining kamayishi 50% ga QE sonining kamayishi qayd etilishi yoki AAT qabul qilmaganida dori qabuli paytidagi QE ning soni 2 martadan ortiq bo'lishi, bunga parallel ravishda, bemorlar juft QE sonining 10 baravar yoki undan ko'prog'iga kamayishini, shuningdek QT epizodlarining to'liq yo'q bo'lishi dori preparati effekti samarali deyishimizga asos bo'la oladi.

Strukturaviy yurak kasalligi yoki ChQD bo'lgan bemorlarda QT/QF xurujlari mavjud bo'lganda, agar ular implantasiyadan bosh tortsa, amiodaron yoki amiodaron va beta-adrenergik blokatorlarning kombinatsiyasini buyurish tavsiya etiladi.

TYuO'ning birlamchi ikkilamchi profilaktikasiga muhtoj bo'lgan bemorlarda amiodaron va uning Beta-blokatorlarini birgalikda qo'llash QT/QF paydo bo'lishining oldini olish va bemorning umrini uzaytirish mumkin bo'lgan CDI uchun yagona dori alternatividir. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/>

QT/QF paroksizmlari bo'lgan bemorlarni davolash aritmik xurujlarning boshlanishiga asos bo'lgan individual patogenetik omillarni aniqlash va bartaraf qilish bilan parallel ravishda amalga oshirilishi kerak. I C (DAD II C)

QT paydo bo'lishiga olib keladigan potensial patogenetik omillar bu dorilarning aritmogen ta'siri, elektrolitlar buzilishi (gipokaliemiya, gipomagnezemiya) va o'tkir ishemiya.

#### **4. Qorincha taxikardiyasining doimiy paroksizmalarini bartaraf etish**

QT paroksizmlari bilan kurashish algoritmi va QT paroksizmalarini bartaraf etish uchun dorilarning dozalari ilovada keltirilgan.

Qon aylanishining to'xtashida (pulssiz yoki ABSiz QT) o'pka yurak reanimasiya kompleksini (O'YuR) zudlik bilan bajarish tavsiya etiladi [1]. I C (DAD I C)

Qon aylanishining to‘xtashi (pulssiz QT yoki BF) reanimasiyaning asosiy elementi yurakning favqulodda elektr defibrilatsiyasi qo‘llanilishi samaraliroqdir [1, 4]. I C (DAD I C)

Uch marta samarasiz defibrilator zarbasidan so‘ng pulssiz QF / QTda, davom etayotgan reanimasiya choralarining samaradorligini oshirish va QT/QF ning darhol qaytalanishini oldini olish uchun O‘YuR fonida 300 mg amiodaronni tomir ichiga yuborish tavsiya etiladi. I A (DAD I A)

5 ta samarasiz defibrilator zarbasidan keyin qo‘shimcha 150 mg amiodaron v/i yuborish tavsiya etiladi.

QF ni to‘xtatish imkoniyatini oshirish va amiodaron mavjud bo‘lmasa, QT/ QF zudlik bilan qaytalanishining oldini olish uchun defibrilatsiya samarasizligi yoki aritmiyalarning doimiy takrorlanishi holatlarida lidokainni vena ichiga yuborib O‘YuRni davom ettirish tavsiya etiladi. IIa B (DAD III B)

Har 3-5 daqiqada 1 mg epinefrinni tomir ichiga yuborish. Birinchi doza kiritilgandan so‘ng, reanimasiya choralarining samaradorligini oshirish uchun yurak urishini davolash, qon aylanishining to‘xtashi bilan birga keladigan ritmdan qat‘i nazar, samarali qon aylanishini qo‘shimcha ravishda tiklash tavsiya etiladi. EKJ IIB A (DAD IV A)

Preparatlarning (epinefrin) yuqori dozalarini qo‘llash standart 1 mg dozaga nisbatan afzalliklariga ega emas.

Epinefrinning birinchi dozadini qo‘llash va QT qon aylanishining to‘xtatilishi bilan birga keladigan yurak ritmiga bog‘liq:

- defibrilatsiya yoki kardioversiyaga duchor bo‘lgan ritmlar, epinefrinning birinchi dozasi uchta samarasiz defibrilator zarbasidan keyin qo‘llaniladi;

- Epinefrinning birinchi dozadini defibrilator zarbasi (elektromexanik dissosiasiya va sistola) bilan davolash mumkin bo‘lmagan ritmlar vena ichiga yuborish o‘rnatilgandan so‘ng darhol qo‘llaniladi.

Dori-darmonlarni qabul qilish yurak urishini to‘xtatmasligi va defibrilatsiya yoki kardioversiya kabi aralashuvlarni kechiktirmasligi kerak.

Gemodinamikaning o‘tkir buzilishlari (simptomatik arterial gipotenziya, hushidan ketish / presinkope, o‘tkir miokard ishemiyasi belgilari, o‘pka shishi/o‘tkir yurak etishmovchiligi) bilan kechadigan QQS uchun favqulodda elektrik kardioversiya tavsiya etiladi. EKJ I B (DAD I B)

Shoshilinch tibbiy yordam va keng QRS kompleksli taxikardiya paroksizmlarini ko‘rsatishda qorincha taxikardiyasi (QT) tashxisi shubha bo‘lgan holatlar bundan mustasno, uni QT sifatida baholash tavsiya etiladi. EKJ I C (DAD II C)

Keng QRS komplekslari bilan kuzatiluvchi taxikardiyaning faqat o‘tkir gemodinamik buzilishlar yo‘qligi asosida supraventrikulyar deb talqin qilish keng tarqalgan klinik xato hisoblanadi. QTni bartaraf qilish uchun qo‘llaniladigan AADlar qorinchalar usti taxikardiyasida xam samarali bo‘lishi mumkin, ammo adashtirib qorinchalar usti taxikardiyalarini to‘xtatish uchun ishlatiladigan dorilarni (masalan verapamilni) qo‘llanilganda albatta gemodinamikaga axamiyat berish lozim, aks xolda keksa va qari yoshdagi bemorlarda qon bosimi keskin pasayishini keltirib chiqarishi mumkin.

O‘tkir gemodinamik buzilishlarsiz sodir bo‘lgan QT paroksizmlarini oldini olish va bartaraf etishda vena ichiga prokainamid preparati yuborish tavsiya etiladi.

O'tkir gemodinamik buzilishlarsiz kechadigan QT paroksizmlarini davolash uchun amiodaron preparatini vena ichiga yuborish tavsiya etiladi. **EKJ IIa B (DAD III B)**

Beta-blokatorlarni (Metoprolol, Esmolol) tomir ichiga yuborish miokard ishemiyasi bilan qo'zg'atilgan QT/QF doimiy takrorlanishini engillashtirish va oldini olish uchun tavsiya etiladi. **EKJ IIa B (DAD III B)**

Paroksizmal monomorf QT aritmiyalarning aloxida turi bo'lib, kam uchraydigan shakli fastikulyar chap qorincha taxikardiyasi deb izoxlanadi, u Gis to'plamining chap oyoqchasi (ba'zan oldingi shoxlanishi) orqa shoxlanishi qo'zg'alish to'lqinining tutashuvida ishtirok etish bilan reentri mexanizmga asoslangan xolda kelib chiqadi. Paroksizm paytida QRS majmualari YuEO' ning chap tomonga og'ishi bilan Gis tutaimining o'ng oyoq blokadasiga xos konfigurasiyaga ega. Taxikardiya mexanizmini shakllantirishda Gis-Purkinje tizimining proksimal tuzilmalarining ishtiroki uning boshqa xususiyatlariga sabab bo'ladi: 1) QRS komplekslarining davomiyligi kamdan-kam hollarda 120 ms dan oshadi; 2) paroksizmlarni nafaqat qorincha, balki atrial ekstrasistolalar orqali ham boshlash mumkin; 3) Verapamil bu taxikardiya (bu sabablarga ko'ra, u ham "Verapamil sezuvchi qorinchalar taxikardiyasi" deb ataladi va verapamilni vena ichiga foydalanish nafaqat paroksizm bartaraf qilish uchun bir yo'l sifatida emas, balki diagnostika maqsadida qo'llash (ushbu sabablarga ko'ra, aniq taxikardiya mexanizmi tasdiqlaydigan diagnostik dori sinovi sifatida qo'llanilishi tavsiya etiladi) yuqori samarali hisoblanadi. Taxikardiyaning bu shaklda samarali davolash usuli sifatida kateter ablasianing samarasi isbotlangan. Fascikulyar chap qorincha taxikardiyasi boshqa aritmiyalar shakllaridan tubdan farq qilib, TYuO' xavfini oshiradi va boshqa paroksizm bilan kechuvchi aritmiyalardan organik yurak kasalligi belgilari mavjud bo'lmagan yoshlarda aniqlanadi.

Verapamil qon bosimining pasayishiga olib kelishi va o'tkir gemodinamik kasalliklarga olib kelishi mumkin, shuning uchun u QTning boshqa shakllari bo'lgan bemorlarda ushbu dori vositasining keng qo'llanilishi qarshi ko'rsatilgan.

QTni davolash uchun trifosadeninni tomir ichiga yuborish tavsiya etiladi, ammo adenozinga sezgir bo'lgan qorinchalar taxikardiyasi bilan kuzatiladigan xastaliklarning istisno qilingan xolda.

O'ng qorincha chiqish yo'llaridan kelib chiqadigan taxikardiya trifosadeninga sezgir. Trifosadenin qon bosimining pasayishiga olib kelishi va o'tkir gemodinamik buzilishlarga olib kelishi mumkin, shuningdek, "o'g'irlash hodisasi" ni kuchaytirishi va miokard ishemiyasini kuchaytirishi mumkin, shuning uchun QT ning boshqa shakllari bo'lgan bemorlarda preparatni qo'llash qarshi ko'rsatma bo'lib xisoblanadi.

### **5. O'tkir koronar sindromda qorincha aritmiyalarini davolash**

QF va beqaror QT tez-tez, ayniqsa TYuO' ko'tarilishi (reperfuzion aritmiya) bilan MI asosiy koronar aralashuvi davomida, O'KS bilan bemorlarda kuzatiladi. Ular kamdan-kam hollarda gemodinamik kasalliklarga olib keladi va maxsus davolash talab qilmaydi. Uzoq muddatli doimiy va tez-tez QA yanada revaskulyarizasiya zarurligini ko'rsatadi (misol uchun, takroriy angiografiya/TOA). Beqaror QT gemodinamikaning buzilishi bilan birga kechsa, amiodaronni (300 mg oqim bilan) tayinlash lozim [2, 6]. Takroriy doimiy QT, ayniqsa polimorf xarakterdagi yoki takroriy QF to'liq bo'lmagan reperfuziya belgisi yoki o'tkir ishemianing qaytishi bo'lishi mumkin. Bunday hollarda favqulodda koronar

angiografiya ko‘rib chiqilishi kerak. QF ga o‘tish bilan takroriy polimorf QT Beta-blokatorlar bilan davolanishga ijobiy javob berishi mumkin. QT yoki QF epizodlar sonining kamayishiga hissa qo‘shadi. Amiodaron (150-300 mg v/i) tez gemodinamik muhim QA kamaytirish uchun foydalanish mumkin

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda yuzaga kelgan o‘tkir koronar sindromda boshqa antiaritmik dorilarni (masalan prokainamid, propafenon) qo‘llash tavsiya etilmaydi. **EKJ III B (DAD I B)**

Strukturaviy yurak kasalligi bo‘lgan keksa va qari yoshdagi bemorlarda QA ning oldini olish uchun perefirik vazodilatasiya xususiyatiga ega bulgan beta-blokatorlarni (nebivalol yoki karvidilol) buyurish tavsiya etiladi. **EKJ IIa B (DAD III)**

Polimorfik QTning takroriy epizodlarini oldini olish uchun beta-blokatorlar perefirik vazodilatasiya xususiyatiga ega bulgan beta-blokatorlarni (nebivalol yoki karvidilol) bilan davolash tavsiya etiladi. Barqaror QT ning AAT maksimal simpatik blokadaga qaratilgan bo‘lishi kerak [7]. **EKJ IB (DAD II B)**

MI dan keyin keksa va qari eshdagi bemorlarda QA simptomlarini bartaraf qilish uchun amiodardan foydalanish tavsiya etiladi, ammo bunday terapiya o‘lim darajasiga ta'sir qilmaydi, yoki nojo‘ya ta'sirlarini sonini oshiradi. **EKJ I B (DAD I B)**

O‘KS bilan bog‘liq polimorf QTni davolash uchun amiodaronni tomir ichiga yuborish tavsiya etiladi, ammo keksa va qari eshdagilarda keltirilgan dori vositasining qo‘llanilganda ushbu dori vositaning nojo‘ya tasirlari ortadi. **EKJ I C (DAD II S)**

TYuO‘ yoki QF ning takroriy epizodlari bo‘lgan bemorlarda tutilishlarning oldini olish va oldini olish uchun elektrolitlar muvozanatini tuzatish tavsiya etiladi. **EKJ I C (DAD II S)**

Lidokainni vena ichiga yuborish Beta-blokatorlar yoki amiodaron bilan davolashga javob bermagan doimiy QT yoki QFning takroriy epizodlarini, shuningdek amiodaron bilan davolashga qarshi ko‘rsatmalarni davolash uchun tavsiya etiladi. **EKJ IIa B (DAD III B)**

## **6. Elektrik defibrilatsiyasi. Elektr stimulyatsiyasi**

Aritmiyani bartaraf etish uchun barqaror QT yoki QF bo‘lgan bemorlarga shoshilinch elektrik kardioversiya yoki defibrilatsiya tavsiya etiladi. **EKJ I C (DAD II S)**

Agar yurak to‘xtashi tibbiy muassasada bo‘lsa, defibrilatsiyani darhol amalga oshirish kerak, chunki bu holda yurak to‘xtab qolishining sababi tez, qat'iy QA tufayli bo‘lishi ehtimoli katta.

Monomorf QT va beqaror gemodinamikasi bo‘lgan bemorlarga aritmiyalarni to‘xtatish va samarali yurak faoliyatini tiklash uchun elektrik kardioversiya tavsiya etiladi. **EKJ I C (DAD II S)**

Elektrik kardioversiya gemodinamikaning o‘tkir buzilishlari bilan birga bo‘lmagan, AAT samarasizligi, ulardan foydalanishga qarshi ko‘rsatmalar, shuningdek, davolovchi shifokor va bemor ritmi tiklashning ushbu usulini afzal ko‘rgan taqdirda, QT paroksizmini engillashtirish uchun tavsiya etiladi. **EKJ IIa B (DAD III B)**

Monomorf QT ni bartaraf etish va samarali yurak faoliyatini tiklash uchun qorincha yurak urish tezligini stimullash tavsiya etiladi [7, 9]. **EKJ IIA C (DAD III C)**

Qisqa muddatli monomorfik QTni tiklash uchun qorincha qisqarish chastotasini cheksiz bir chastota bilan 8-10 puls "to‘plamlar" tomonidan qorincha rag‘batlantirish

yurak monomorf qorinchalar taxikardiyasini tiklashni amalga oshirilishi mumkin (Markaziy venoz kirish asosida) yoki tanaga oʻrnatiluvchi qurilmalar yordamida (EKS, joylashtiradigan KD qurilmalar). Bu usul torsade de pointes turidagi QF va polimorf QT larni bartaraq etish uchun samarasiz.

Agar AAT davolashga qaramay, QT ning tez-tez takrorlanadigan epizodlari yuzaga kelsa va bu bemorlarda kateter ablasiya amalga oshirish mumkin boʻlmasa, transvenoz kateterni overdrayv usuliya stimulyasiya tavsiya etiladi. Ijobiy xronotrop taʼsirga ega dorilar bilan davolanishga qaramay, QT/QF paydo boʻlishining oldini olish uchun sinus bradikardiyasi belgilari boʻlgan bemorlarga vaqtincha transvenoz stimulyasiya tavsiya etiladi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>

Vaqtinchalik transvenöz stimulyasiya QT/QF paydo boʻlishining oldini olish uchun barqaror oʻrnini bosuvchi ritmsiz ogʻir AV blokadasi belgilari boʻlgan bemorlarga tavsiya etiladi. EKJ I C (DAD I C)

## **5. QTni jarrohlik yoʻli bilan davolash**

Bu band “tibbiy aralashuvlar” jildida aks ettirilgan.

### **Maxsus klinik holatlar.**

#### **1. Yurakning chiqish qismidan qorincha taxikardiyasi**

OʻQChT zonasidan chiquvchi QT/QE kateter ablasiyaini amalga oshirish simptomlar mavjud boʻlganda va/yoki AAT samarasiz boʻlgan taqdirda (masalan, beta-blokatorlar), shuningdek ogʻir QT ChQ sistolik funksiyasi buzilgan bemorlarda tavsiya etiladi. EKJ I B (DAD I B)

Kateter ablasiya OʻQChT/QE boʻlgan bemorlarda birinchi tanlov sifatida tavsiya etiladi, faqat AAT taʼsiri boʻlmaganda koʻrib chiqilishi kerak.

Chap qorincha, aorta qopqogʻi yoki epikardial QT/QEdan QT boʻlgan bemorlarda simptomlar mavjud boʻlganda AAP I C klassi (natriy kanal blokatorlari) bilan davolash tavsiya etiladi. EKJ I C (DAD I C)

ChQChT, aorta qopqogʻi mintaqasi yoki epikardial QT/QE ni davolash uchun kateter ablasiya AAP I C klassi samarasiz boʻlgan, shuningdek bemorlarning uzoq muddat simptomsiz bemorlar uchun tavsiya etiladi. EKJ II a B (DAD III B)

QT / QE sinuslarini davolash uchun kateter ablasiya Valsalva faqat AAP 1C klassi samarasiz boʻlsa tavsiya etiladi. EKJ I C (DAD I C)

QT / QE ablasiya uchun epikardial yondashuv faqat samarasiz endokard QT/QE ablasiyasidan keyin tavsiya etiladi. EKJ I C (DAD I C)

Aksariyat fokal epikardial QT katta yurak venoz koronar arteriyalarga yaqin joyda paydo boʻladi va bu amaliyot payti asosiy xavfi koronar arteriyaga zarar etkazishdir. EKJ I C (DAD I C)

#### **2. Idiopatik chap qorincha taxikardiyasi**

Ushbu aritmiyaning eng keng tarqalgan shakli - Gis toʻtami (> 90%) chap oyoq orqa shoxi ayrilgan sohasida rientri mexanizmi asosida fascikular QT yuzaga kelib, yurak struktur patologiyasi boʻlmagan holda yoshlarda asosan rivojlanadi old shoxda kamdan qam uchraydi. Ixtisoslashgan markazlarda bunday bemorlarni davolash uchun birinchi tanlov usuli kateter ablasiya boʻlib, chunki kasallik asosan yoshlarda uchraydi va bu holatda uzoq muddatli dori-darmonlarni davolash samarasiz xisoblanadi. Muvaffaqiyatli ablasiya soʻng taxikardiya qaytish chastotasi 0- 20% atrofida Gis toʻtam oyoqlari boʻylab

qo'zg'alish aylanishi bilan QT odatda oldindan mavjud bo'lgan intraventrikulyar o'tkazuvchanlik buzilishlari, shu jumladan N-V intervalini cho'zilishi va Gis to'tam oyog'ining blokadasi kuzatiladi. Bunday taxikardiya kamida maxsus markazlarida, kateter ablasiya bilan davolashga yaxshi javob beradi. Ablasiya ko'pincha o'ng oyoqda amalga oshiriladi, kamroq xollarda Gis to'tamining chap oyoqda o'tkaziladi, prosedura orqali QTdan butunlay kutulish mumkin.

### **3. Papillar mushaklardan kelib chiquvchi qorinchalar taxikardiyasi**

Agar papillyar mushaklarining QT/QE yuzaga kelganda AAP 1C klassi va/yoki Beta-blokatorlar bilan davolash samarasiz bo'lsa, odatda kerakli ta'sirga ega bo'lgan kateter ablasiya tavsiya etiladi. EKJ I C (DAD I C)

Oz sonli bemorlarda, ayniqsa keksa va qari yoshda uchraydigan idiopatik QT yoki O'Q yoki ChQning papillyar muskullari sohasida yuzaga kelishi mumkin. QT uchun manba ChQning orqa papillyar mushagi bo'lib, morfologiya Gis to'plamining o'ng oyoq blokadasi turiga, QRS o'qining o'ngga yoki chapga siljishi va  $QRS > 150$  ms davomiyligiga xosdir. Biroq, papillyar mushaklar sohasida ablyasiyani xaritalash va amalga oshirishda kateterning barqaror holatiga erishish juda qiyin. Muvaffaqiyatli ablasiya mitral regurgitasiya bilan murakkablashishi extimoli yuqori.

### **4. Mitral yoki trikuspidal qopqoqning halqalaridan kelib chiquvchi qorincha taxikardiyasi.**

AAP 1C sinfidagi va/yoki Beta-blokatorlar mitral yoki trikuspidal qopqoq halqalaridan kelib chiquvchi QT / QE ning ta'siri etarli bo'lmasa kateter ablasiya tavsiya etiladi (ixtisoslashtirilgan markazlarda). EKJ I C (DAD I C)

Barcha idiopatik QT va QE larning 5% ga yaqini mitral klapan halqasi sohasida yuzaga keladi. Ular Gis nurining o'ng oyoq blokadasi morfologiyasi, EKGda V6 tarmoqda doimiy S to'lqin va o'tish zonasining V 1 da joylashishi, ayrim hollarda esa V1 va V2 orasida joylashishi bilan xarakterlanadi. Barcha idiopatik QT va QE 8% tricuspida vana halqa sohasida sodir bo'ladi. Bu holda chap oyoq blokadasining morfologiyasi va QRS o'qining chap tomonga og'ishi qayd etiladi.

### **5. Strukturaviy yurak kasalligi/ChQD bilan og'rigan bemorlarda kateter ablasiya**

ChQD bilan og'rigan bemorlarda aritmiyalarning patofiziologik mexanizmi ko'p hollarda chandiqli soxa o'zgarishlari atrofida reentri mexanizmidan iborat bo'lib, ablasiya maqsadi ushbu sohadagi xalqani bartaraf etishdir. Hozirda prosedura samaradorligi mezonini tanlash bo'yicha konsensus yo'q. Ko'proq afzalroq yakuniy nuqta har qanday induksiyalangan QTning yo'qligi bo'lishi mumkin. Elektr bo'roni sodir bo'lganda, kateter ablyasiyani amalga oshirish dori-darmonlar bilan davolash bilan solishtirganda takroriy epizodlari to'xtatish va chastotani kamaytirishga yordam beradi [8, 9].

Umuman olganda, tajribali ixtisoslashtirilgan markazlarda elektroanatomik xaritalash bilan past kuchlanishli hududlarda baholanishi mumkin bo'lgan postinfarkt chandig'ining o'lchamiga qarab, har bir aniq holatda proseduraning muvaffaqiyati zaruriy shartdir [1].

Ixtisoslashgan va eksperimental markazlarda shoshilinch kateter ablyasiyani o'tkazish doimiy QT yoki SKD ning takroriy zarbalariga olib keladigan elektr bo'roni bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi [1] EKJ IB (DAD II).

Doimiy QT tufayli takroriy IKD shoklari bo‘lgan bemorlarga amiodaron va kateter ablasiyani buyurish tavsiya etiladi EKJ: I B (DAD II B)

SKD o‘rnatilgan, turg‘un QT mavjud bemorlarda amiodaronni buyurish yoki kateter ablasiyani o‘tkazish tavsiya etiladi [1].

QA kateter ablasiya uchun mo‘ljallangan, ChQD bilan og‘rigan bemorlarda yurak trombozini istisno qilish uchun proseduralardan oldingi yoki intraprosedurali ko‘rish tavsiya etiladi. EKJ I B (DAD IIB)

QT kateter ablasiyasiga qaratilgan ishemik bo‘lgan yoki ishemik bo‘lmagan KMP bo‘lgan bemorlarda samaradorlikni oshirish va QTning qaytalanish ehtimolini kamaytirish uchun miokardning MRT tasvirini o‘tkazish tavsiya etiladi. EKJ IIA B (DAD III B)

Aralashuv samaradorligini oshirish va QTning qaytalanish ehtimolini kamaytirish uchun chandiq bilan bog‘liq QT bo‘lgan bemorlarda substrat ablasiya tavsiya etiladi [1]. EKJ I B (DAD I B)

Yuqori zichlikdagi anomal multielektrodlilik xaritalash, aralashuv samaradorligini oshirish va QTning qaytalanish ehtimolini kamaytirish uchun chandiq bilan bog‘liq QTni kateter ablasiya paytida aritmik to‘qimalarni yanada to‘liqroq tavsiflash uchun tavsiya etiladi [1]. EKJ IIA B (DAD III B)

## **6. Strukturaviy yurak kasalligi/ChQD bilan og‘rigan bemorlarda qorinchalar ekstrastoliyasi**

Tez-tez simptomatik QE yoki noturg‘un qorinchalar taxikardiyasi bo‘lgan surunkali yurak kasalligi/ChQD bo‘lgan bemorlarda kateter ablasiya tavsiya etiladi. EKJ IIA B (DAD III B)

QE bilan bog‘liq ChQD mavjud bo‘lsa, kateter ablasiya tavsiya etiladi [1]. EKJ IIA B (DAD III B)

## **7. Endokardit**

Yuqumli endokardit bilan og‘rigan bemorlarda JA paydo bo‘lishi prognozning juda yomonligini ko‘rsatadi. Ammo bu guruhdagi bemorlarda aritmiyalarni davolash bo‘yicha maxsus tavsiyalar mavjud emas.

Endokardit fonida aorta etishmovchiligi tufayli o‘tkir gemodinamik buzilish holatlarida jarrohlik davolash tavsiya etiladi, bu esa doimiy QTga olib kelishi mumkin. EKJ IIB C (DAD III C)

## **8. Yurak klapanlarining shikastlanishi**

Yurak klapanlarining shikastlanishi, ehtimol, ikkilamchi profilaktika maqsadida IKDni joylashtirish uchun tashriflarning taxminan 7% ning asosiy sababidir.

IKD yurak qopqog‘i kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarga tavsiya etiladi, ular jarrohlik klapanlarni qayta tiklashdan so‘ng TYuO‘ning birlamchi yoki ikkilamchi oldini olish uchun ko‘rsatmalarga ega.

Endokardit va doimiy QT bilan bog‘liq o‘tkir aorta etishmovchiligini jarrohlik yo‘li bilan tuzatish ushbu davolash usuliga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmasa tavsiya etiladi. EKJ I C (DAD I C)

Gis tutami oyoqchalarining qo‘zg‘alishi bilan kuzatiluvchi QTni aniqlash va bartaraf qilish uchun yurak klapanlari operatsiyasidan so‘ng QT rivojlangan keksa va qari yoshdagi bemorlarga kateter ablasiya bilan EFTni qo‘llash tavsiya etiladi. EKJ IIA C (DAD III C)

## **9. Obstruktiv uyqu apnoe sindromi.**

Bradiyaritmiya va tungi apnoe sindromining differensial tashxisida sabab sifatida ko'rib chiqish tavsiya etiladi. EKJ IIa C (DAD III C)

Uyqu bilan bog'liq nafas olish muammolari bo'lgan bemorlarda uyqu apnoesi va kislorod bilan to'yinganlikning pasayishi TYuO' uchun xavf omillari sifatida ko'rib chiqilishi tavsiya etiladi. EKJ IIb C (DAD III C)

So'ngi tadqiqotlar natijalari obstruktiv uyqu apnoesi bilan bog'liq bo'lgan keksa va qari yoshdagilarda o'lim ko'rsatkichlari ortganini ko'rish mumkin. Bu o'rtacha kechki kislorod to'ldirish <93% kamayishi bilan obstruktiv nocturnal apnea deb ko'rsatilgan va minimal tungii kislorod saturasiyasi <78% TYuO' uchun mustaqil xavf omillar sifatida ko'rsatilgan. Shu sababli, obstruktiv uyqu apnesi diagnostikasi TYuO' xavfini tabaqalashtirish uchun tekshiruv algoritmiga kiritilishi kerak. tungi apnoe sindromida eng ko'p uchraydigan YuRB bu sinusli bradikardiya, sinus pauzalari, Mobitz 1-va 2-darajali AV blokadalarini tez-tez uchrashi hisoblanadi.

## Qorincha aritmiyalarini oldini olish uchun antiaritmik preparatlar

Hozirgi vaqtda B. N. Singh va D. S. Xarrison modifikasiyasida aritmiyaga qarshi preparatlarning E.M. Vaughan Villyams bo'yicha tasnifi qabul qilingan. Ushbu tasnif hozirgi vaqtda ma'lum bo'lgan barcha aritmiyaga qarshi vositalarni ularning qobiliyatiga qarab 4 ta sinfga bo'lish imkonini beradi:

1. "tezkor" javobli to'qimalarda qutbsizlanishni (ta'sir potentsiali 0 fazasi) bostirish;
2. yurakdagi simpatik ta'sirlarni bloklash;
3. repolyarizatsiya jarayonlarini sekinlashtirib, harakat potentsialining davomiyligini oshirish;
4. "sekin" javobli to'qimalarda qutbsizlanishni sekinlashtirish.

Ma'lum bo'lgan aritmiyaga qarshi preparatlarning har biri dominant sifatida yuqorida keltirilgan ta'sirlardan biriga ega, bu esa uni u yoki bu sinfga kiritish imkonini beradi.

1. I sinf antiaritmik preparatlar (natriy kanallarini bloklovchi preparatlar).
  2. Beta-adrenoblokatorlar: II sinf antiaritmik preparatlar.
  3. III sinf antiaritmik preparatlar: kaliy kanallarini bloklovchi preparatlar.
- "Sekin" kalsiy kanallari blokatorlari: IV sinf antiaritmik preparatlar.

## QT VA QE RESIDIVLARINI OLDINI OLIH MAQSADIDA UZOQ MUDDATLI TERAPIYA UCHUN ANTIARITMIK PREPARATLAR

Antiaritmik preparat (sinf)	Uzoq muddat peroral orqali qabul qilish uchun doza	Ko'rsatmalar	Tez-tez nojo'ya ta'siri	Qarshi ko'rsatmalar	Iqboslar
Amiodaron (III)	200 mg - sutkasi 3 marta - 1 hafta, keyin 200 mg	QE, QT, QF, shu jumladan SYuE, patologik (>1,4 sm) ChQG, PIKS bilan	Kardial: Gipotenziya, bradikardiya, AV-blokadalar, TdP tipidagi QT, QT ritmining	QT >480 ms terapiya boshlanishidan oldin Yurak etishmovchiligi III-IV FS NYHA Sinusli bradikardiya	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/</a>

	sutka siga 2 marta - 1-2 hafta, keyin sutka siga 200 mg saqlo vchi doza.	ogʻrigan bemorla rda	IKD deteksiyasi chegarasi dan pastda sekinlashis hi, defibrillyas iya chegarasini ng oshishi Nokardial: keratopatiy a, gipo- va gipertireoz, qusish, qabziyat, fotosensibil izatsiya, ataksiya, bosh aylanishi, periferik neyropatiy a, tremor, dorivor gepatit, jigar sirrozi, oʻpka fibrozi, pnevmonit	a, SA- blokada II- III daraja. Implantasiy a qilingan EKS boʻlmagand a II-III darajadagi AV-blokada	
Beta- adrenoblo katorlar (II):  Bisoprolo l,  Karvedilo l,  Metoprol ol,	Turli dozal ar  2,5- 10 mg 1 r/sut  3,125 -25 mg 2 r/sut	QE, QT, shu jumlada n SYuE, patologi k ChQG (>1,4 sm), PIKS, tugʻma LQTS, KPQT boʻlgan	Kardial: Bradikardi ya, gipotenziya , AV- blokada, SYuEning kuchayishi. Nokardial: bosh aylanishi, charchoq, bronxoobst	SA-blokada II-III daraja, AV-blokada II-III daraja, sinusli bradikardiy a (EKS boʻlmagand a), arterial gipotoniya, SYuE IV FS, bronxoobstr	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091602/</a>

Propanolol	25-100 mg 1-2 maha l/sut  10-40 mg 4 maha l/sut	bemorlar da	raktiv sindrom, xavotirli buzilishlar, depressiya, diareya, jinsiy buzilishlar, insulinga bog'liq QDda gipoglikemiya	aktiv sindrom	
Sotalol (III)	80-120 mg 2 maha l/sut. Maksimal dozasi 320 mg/sut.	QE, QT, FQ	Kardial: bradikardiya, gipotenziya, SYuEning kuchayishi, TdP tipidagi o't yo'llari Nokardial: beta-adrenoblokatorlarda bo'lgan kabi	SA-blokada II-III daraja, AV-blokada II-III daraja, sinusli bradikardiya (EKS bo'lmaganda), arterial gipotoniya, SYuE III-IV FS, ChQG patologik (>1,4 sm), MIning o'tkir davrida, bronxoobstruktiv sindrom	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320108/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320108/</a>
Propafenon (IC)	150-300 mg 3 maha l/sut.	QE, QT (yurakning strukturalari zararlanishsiz)	Kardial: SA-blokada, AV-blokada, QRS kompleksining 25% gacha	SA-blokada II-III daraja, AV-blokada II-III daraja, sinusli bradikardiya (EKS bo'lmaganda),	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320108/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320108/</a>
Lappakonitina gidrobromid (IC)	25-50 mg 3 r/sut.				

<p>Dietilami no-propionil-etoksikar bonil-aminofen otiazina gidroxlord (IC)</p>	<p>50 mg 3 r/sut.</p>		<p>kengayishi, manfiy inotrop ta'sir, SYuEning kuchayishi, yurak stimulyatsiyasi va defibrillyatsiyasi chegaralari ning oshishi. Aritmogen ta'sir - monomorf QT, FQ. Nokardial: bosh aylanishi, charchoq, og'iz qurishi, ko'ngil aynishi, diareya, titrash, ko'rishning xiralashishi, jigar faoliyatining buzilishi</p>	<p>qorinchalar ichi o'tkazuvchanligining og'ir buzilishi, QRS&gt;140 ms), BX (AV o'tkazuvchanligini bloklovchi preparatlar bilan terapiya bo'lmaganda), YuIK, PIKS, SYuE har qanday FS, ChQOF pasayishi, yurak klapan apparati kasalliklari, gemodinamikaning uzaytirilgan QT intervali buzilishi, Brugad sindromining nasliy shakli, yurak ichi qon aylanishining buzilishi, yurak ichi qon aylanishining buzilishi, yurak</p>	
---	-----------------------	--	---	---	--

Verapami 1 (IV) Diltiazem (IV)	240- 480 mg/s ut 120- 360 mg/s ut	QT (O‘Q chiqaris h traktidan , ChQ; fassikul yar QT)	Kardial: ChQOF pasaygan bemorlarda gipotenziya , shish, AV- blokada, sinusli bradikardiy a, SYuEning kuchayishi Nokardial: bosh og‘rig‘i, toshma, milk giperplaziy asi, qabziyat, dispepsiya	WPW sindromi bo‘lgan bemorlarda II-III darajali SA- blokada, II- III darajali AV- blokada, sinusli bradikardiy a (EKS bo‘lmagand a), SYuE, ChQOF pasayishi, BF/BX	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320108/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320108/</a>
---	--	---	---	--	---

### UZOQ MUDDATLI TERAPIYA UCHUN QT VA QE RESIDIVLARINI OLDINI OLISH MAQSADIDA QO‘SHIMCHA ANTIARITMIK PREPARATLAR

Magniy sulfat	AB nazorati ostida 2-5 daqqa davomida asta-sekin	QTc oralig‘ini uzaytirish	Yurak tomonidan: gipotenziya	Arterial gipotoniya
Kaliy xlorid va kaliy preparatlari	Dozator bilan 100 ml gacha AB nazorat ostida	Gipokaliemiya	Yurak tomonidan: bradikardiya, gipotenziya, AV blokada, giperkaliemiya	Giperkaliemiya, og‘ir buyrak etishmovchiligi

### QORINCHALAR TAXIKARDIYASI PAROKSIZMLARINI TO‘XTATISH UCHUN ASOSIY ANTIARITMIK PREPARATLAR

<b>Preparat (sinf)</b>	<b>Dozalar va sxemalar</b>	<b>Qo'llanilishi</b>	<b>E'tiborni talab qiladigan EKG parametrlari</b>	<b>Tez-tez takrorlanadigan nojo'ya ta'sirlar</b>
Amiodaron (III)	15-20 daqiqa davomida 5 mg/kg oqim bilan vena ichiga, so'ngra tomchilab : 1 mg/min - 6 soat, 0,5 mg/min. - 18 soat (sutkasiga 1200 mg gacha)	MI dan keyin yurakning strukturaviy shikastlanishi bo'lgan bemorlarda, shu jumladan patologik ChQG, SYuE, QT kardiologik operatsiyalarda n keyin, IKD bo'lgan bemorlarda	Sinusli bradikardiya $\leq 50$ zarba/daq. AV-o'tkazuvchanlikning so'nishi II-III darajadagi blokadalarda, QRS $> 160$ ms, QT $\geq 500$ ms	Arterial gipotoniya, bradikardiya, AV-o'tkazuvchanlikning buzilishi, defibrillyasiya bo'sag'asining oshishi, TdP tipidagi QT (kamdan-kam)
Lidokain (IB)	1-2 mg/kg v/i oqimli (100-200 mg) 3-5 min davomida , zarur bo'lganda keyin v/i tomchilab 1-4 mg/min.	MIning o'tkir davrida bemorlarda QT, yurak glikozidlari bilan zaharlanish oqibatida QT, kardioxirurgik operatsiyalarda n keyin	EKG intervallariga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi. QTc ni qisqartirishi mumkin	Deliriy, psixoz, epileptik tutqanoqlar, titroq, dizartriya (sutkasiga 1 g va undan ortiq dozada tomchilatib yuborilganda)
Prokainamid (IA)	V/i oqimli ravishda 10-20 mg/kg 20-50 minut davomida , so'ngra zaruriyat bo'lganda v/i tomchilab	Yurak strukturaviy patologiyasi va SYuE bo'lmagan bemorlarda QT	Sinusli bradikardiya $\leq 50$ zarba/daq, AV-o'tkazuvchanlikni pasayishi II-III darajadagi blokadalar, QRS $> 160$ ms, QT $\geq 500$ ms	Arterial gipotoniya, bradikardiya, AV o'tkazuvchanligining buzilishi, q/i o'tkazuvchanligining buzilishi, defibrillyasiya bo'sag'asining oshishi, TdP tipidagi o't yo'llari

	1-4 mg/min.			
Verapamil (IV)	V/i oqimli 2,5-5 mg har 15-30 min	"Idiopatik" QT: UQ chiqarish traktidan, ChQ. Fassikulyar QT	Sinusli bradikardiya $\leq 50$ zarba/daq. AV- o'tkazuvchanlikning so'nishi (II-III darajali blokadalar)	Arterial gipotoniya, bradikardiya, AV o'tkazuvchanligining buzilishi, o'tkir yurak etishmovchiligi. VPV sindromi va SYuE ning har qanday shakllarida qarshi ko'rsatma
Trifosadenin	Vena ichiga 2 soniya davomida 10 mg yuborish. 2 daqiqadan so'ng 2 soniya davomida 20 mg ni takroran yuborish mumkin, keyin yana 2 daqiqadan so'ng 2 soniya davomida 30 mg ni yuborish mumkin.	"Idiopatik" QT: UQ chiqarish traktidan, ChQ. Fassikulyar QT		Sinus tuguni yoki AV- II-III bosqich blokadasi (qisqa muddatli). BX paroksizmi rivojlanishi mumkin. Hansirash, bronxospazm

## QORINCHALAR TAXIKARDIYASI PAROKSIZMLARINI TO‘XTATISH UCHUN ASOSIY ANTIARITMIK PREPARATLAR

Magniy sulfat	AB nazorati ostida 2-5 daqiqa davomida asta-sekin	QTc oralig‘ini uzaytirish	Yurak tomonidan: gipotenziya	Arterial gipotoniya
Kaliy xlorid va kaliy preparatlari	Dozator bilan 100 ml gacha AB nazorat ostida	Gipokaliemiya	Yurak tomonidan: bradikardiya, gipotenziya, AV blokada, giperkaliemiya	Giperkaliemiya, og‘ir buyrak etishmovchiligi

### Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

№	Sifat mezoni	EOK Sinf va daraja	UDD	Bajarilishni baholash
1	Qon aylanishi to‘xtab qolgan yoki hushidan ketish epizodi kuzatilgan bemorga EKG o‘tkazildi. Qorincha taxikardiyasi yoki qorincha fibrillyasiyasi paroksizmi aniqlanganda, reanimasiya choralari ko‘rildi va shoshilinch kardioversiya yoki defibrillyasiya amalga oshirildi.	<b>IB</b>	<b>IIB</b>	<b>Ha/yo‘q</b>
2	Barqaror qorincha taxikardiyasi bo‘lgan bemorga aritmiyani bartaraf etish (dori-darmon yoki EIT yordamida) amalga oshirildi.	<b>IB</b>	<b>II B</b>	Ha/yo‘q
3	Qorincha aritmiyalarini (QA) aniqlash maqsadida tekshiruvdan o‘tayotgan bemorlarga 12 ta yo‘nalishdagi tinch holatdagi EKG tekshiruvi va/yoki EKGning xolter monitoringi (XMEKG) o‘tkazildi.	<b>IA</b>	<b>IA</b>	Ha/yo‘q
4	QA bilan kasallangan bemorda chap qorincha funksiyasini baholash va yurak tuzilishidagi patologiyani aniqlash maqsadida exokardiografik tekshiruv va/yoki boshqa tasviriy tadqiqotlar o‘tkazildi.	<b>IA</b>	<b>IA</b>	Ha/yo‘q
5	Miokardning strukturaviy shikastlanishi/ChQ disfunktsiyasi bo‘lgan, YuQTK xavfi yuqori bo‘lgan va uning birlamchi yoki ikkilamchi profilaktikasiga	<b>IA</b>	<b>IA</b>	Ha/yo‘q

	muhtoj bo'lgan barcha toifadagi bemorlarni davolashda beta-adrenoblokatorlar bilan davolashni boshlash/davom ettirish.			
6	SYuE va ChQ sistolik disfunktsiyasi (ChQOF $\leq$ 35-40%) bo'lgan bemorlarda umumiy o'lim va YuTUQ xavfini kamaytirish maqsadida APF ingibitorlari (yoki APF ingibitorlarini ko'tara olmaslikda angiotenzin II antagonistlari), beta-adrenoblokatorlar va aldosteron antagonistlari bilan optimal medikamentoz terapiya o'tkazildi.	<b>IA</b>	<b>IA</b>	Ha/yo'q
7.	IQD qayta ishlash/shoklarida*** turg'un TR tufayli antiaritmik terapiya o'tkazildi, uning samarasizligida yoki iloji bo'lmaganda, bemor kerakli kateterli abonentni bajarish masalasini hal qilish uchun yurak ritmi buzilishlarini tashxislash va davolashga ixtisoslashgan shifokorga (kardiolog, yurak-qon tomir jarrohi, rentgenendovaskulyar diagnostika va davolash shifokoriga) maslahatga yuboriladi, shuningdek, yurak ritmi buzilishlarini davolash va oldini olish uchun shifokorga yuboriladi.	<b>IB</b>	<b>IIB</b>	Ha/yo'q
8.	Chap qorincha disfunktsiyasi (ChQOF - 35% va undan kam) va yurak etishmovchiligi (NYHA bo'yicha II yoki III FS) bo'lgan bemor miokard infarktidan keyin 40 kun o'tgach, yurak ritmi buzilishlarini tashxislash va davolashga ixtisoslashgan shifokorga (kardiolog, yurak-qon tomir jarrohi, rentgenendovaskulyar diagnostika va davolash shifokori) yoki ixtisoslashtirilgan kardiologiya markaziga IKD implantatsiyasi zaruriyati masalasini hal qilish uchun yuboriladi***.	<b>IA</b>	<b>IA</b>	Ha/yo'q
9.	Uzluksiz to'xtamaydigan qorincha taxikardiyasi yoki ko'p martalab implantasiya qilingan kardioverter-defibrillyator shokiga olib keladigan elektr bo'roni holatlarida, yurak ritmi buzilishlarini tashxislash va davolashga	<b>IB</b>	<b>IIB</b>	Ha/yo'q

	ixtisoslashgan shifokor (kardiolog, yurak-qon tomir jarrohi, rentgenendovaskulyar diagnostika va davolash shifokori) bilan ixtisoslashgan va tajribali markazlarda kateterli ablyasiya o'tkazish zarurati muhokama qilindi.			
<b>10.</b>	Medikamentoz terapiyaning muvaffaqiyatsizligida, QT xurujlari saqlanib qolganida, qorincha ekstrasistoliyasi bilan bog'liq ChQ disfunktsiyasi mavjud bo'lganda, bemor yurak ritmi buzilishlarini tashxislash va davolashga ixtisoslashgan shifokorga (kardiolog, yurak-qon tomir jarrohi, rentgen-endovaskulyar diagnostika va davolash shifokoriga) yoki aritmiya va takroriy qusishlarni oldini olish uchun ixtisoslashtirilgan kardiologiya markaziga, yurak ritmi buzilishlarini tashxislash va davolashga ixtisoslashgan shifokorga (kardiolog, yurak-qon tomir jarro	<b>IB</b>	<b>IB</b>	Ha/yo'q

**O'zbekiston Respublikasida bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug'urta tizimida ro'yxatdan o'tkazilmagan dori vositalarining klinik bayonnomalarga kiritilishi xarajatlarni qoplash uchun asos bo'lmaydi.**

## **Qorincha ritmining buzilishi**

### **Qorinchalar taxikardiyasi va to'satdan yurak o'limi**

#### **Asosiy terminologiya**

**Qorinchalar ritmining buzilishi yoki qorincha taxiaritmiyasi yurak ritmining buzilishining umumiy nomi bo'lib, patologik elektr faolligining manbai yurak qorinchalari to'qimalarida joylashgan.**

To'satdan o'lim - bu jarohat bilan bog'liq bo'lmagan va deyarli sog'lom odamda alomatlar paydo bo'lgan vaqtdan boshlab 1 soat ichida sodir bo'ladigan kutilmagan o'lim hodisasidir. Agar o'lim guvohlarsiz yuz bergan bo'lsa, agar marhum o'limdan 24 soat oldin qoniqarli holatda bo'lgan bo'lsa, to'satdan o'lim deyiladi.

To'satdan yurak o'limi (TYuO') - bu atama, agar to'satdan o'lim hayot davomida ma'lum bo'lgan tug'ma yoki orttirilgan potentsial fatal yurak kasalligi bo'lgan bemorda sodir bo'lsa yoki yurak-qon tomir tizimi patologiyasi o'limdan keyin aniqlangan va o'limga sabab bo'lishi mumkin bo'lsa yoki aniq yurakdan tashqari o'lim sabablari aniqlanmagan bo'lsa va ritm buzilishi o'limning eng ehtimoliy sababi bo'lib xizmat qilsa, qo'llaniladi.

#### Ijtimoiy ahamiyati

To'satdan yurak o'limi qaytmas oqibat va to'satdan yurak to'xtashining natijasi sifatida 35-50 yoshdagi odamlarda boshqa oqibatlar orasida 50% ga etadi, asosan erkaklar, ammo so'nggi paytlarda ayollar, shuningdek, o'smirlik va o'spirinlik yoshidagi shaxslar ulushining ko'payish tendensiyasi kuzatilmoqda.

40 yoshdan oshgan odamlarda yurak to'xtashi holatlarining deyarli yarmida ma'lum yurak kasalliklari yo'q, ammo ularning aksariyati tashhislanmagan yurak ishemik kasalligi (YuIK) ga ega. YuIK va boshqa yurak patologiyasi bilan kasallanishning kamayishi YuQTK holatlari sonining deyarli 40% ga kamayishiga olib keldi. To'satdan o'lishga genetik moyillik mavjud. To'satdan o'limning oilaviy anamnezining prognostik ahamiyati tavsiflangan - oilada to'satdan o'limning bitta holati mavjud bo'lganda uning nisbiy xavfi deyarli ikki baravar, oilada to'satdan o'limning ikkita holatida esa xavf 9 baravar oshadi.

Irsiy aritmogen kasalliklarning elektrokardiografik (EKG) va exokardiografik belgilariga nisbatan hushyorlik klinik amaliyotning muhim qismi bo'lib, YuQTK xavfi yuqori bo'lgan shaxslarni o'z vaqtida aniqlash imkonini beradi. To'satdan o'lim qurbonlarining yaqin qarindoshlarini skrining qilish xavf ostidagi shaxslarni aniqlash, tegishli davolanishni tayinlash va shu bilan ushbu oilada to'satdan o'limning boshqa holatlarining oldini olish imkonini beradi.

#### Klinik ko'rinishlari

Qorinchalar taxiaritmiyasining klinik ko'rinishlari sezilarli darajada farq qilishi mumkin - mutlaq simptomsizlikdan yurak urishi, ko'krak qafasidagi noqulaylik, ko'krak ortidagi og'riq, bo'g'ilish, bosh aylanishi, presinkopal va sinkopal holatlargacha. Tez-tez yurak urishi, hushdan ketish holati va hushdan ketish shifokorga tashrif buyurish va qo'shimcha tekshiruvni talab qiladigan uchta eng muhim alomatdir.

### Noxush oqibatlarining yurak-qon tomir xavf omillarini korreksiyalash

Bemor o'zida va oila a'zolarida mavjud bo'lgan yurak-qon tomir xavf omillari - chekish, ortiqcha tana vazni, psixoEmotsional stress, kam harakatli hayot tarzi, xolesterin darajasining oshishi haqida bilishi kerak. Ko'rsatilgan xavf omillarining ta'sirini kamaytirish mumkin. Bemor va uning oila a'zolarida tuzatilmaydigan xavf omillari mavjud bo'lganda o'zgaruvchan xavf omillarini tuzatish ayniqsa muhimdir, bularga quyidagilar kiradi: oila anamnezida to'satdan yurak o'limi, erta miya insultlari, miokard infarkti, qandli diabet mavjudligi; shuningdek, ushbu omillarga erkak jinsi, keksa yosh, ayollarda fiziologik yoki jarrohlik menopauzasi kiradi.

Xavf omillarini tuzatish nafaqat bemor, balki uning oila a'zolari tomonidan ham amalga oshirilishi talab etiladi. U davolovchi shifokor tomonidan tuzilgan oilaviy birlamchi profilaktika va tarbiya dasturlarini amalga oshirish orqali amalga oshiriladi

- • Tana vazni indeksi (Kettle) = tana vazni kilogramm/ (bo'y m<sup>2</sup>);
- • Bel/son indeksi (BSI):  $BSI = BA/SA$ , bunda BA (bel aylanasini) - kindik ustida o'lchangan eng kichik aylana; SA (son aylanasini) - dumbalar sathida o'lchangan eng katta aylana;

Plazma xolesterin darajasining talqini:

- juda yuqori xavf  $<1,8$  mmol/l bo'lgan bemorlar uchun past zichlikdagi lipoproteinlar (PZLP) xolesterinining maqsadli darajasi yoki uning dastlabki darajadan kamida 50% ga pasayishi, agar u 1,8-3,5 mmol/l (70-135 mg/dl) oralig'ida bo'lsa;
  - yuqori xavf  $<2,6$  mmol/l bo'lgan bemorlar uchun PZLP xolesterinining maqsadli darajasi yoki uning dastlabki darajadan kamida 50% ga pasayishi, agar u 2,6-5,2 mmol/l (100-200 mg/dl) oralig'ida bo'lsa;
  - past va o'rtacha xavfga ega bemorlar uchun PZLP xolesterinining maqsadli darajasi  $<3$  mmol/l;
  - Yuqori zichlikdagi lipoproteinlar (YuZLP)  $>1,2$  mmol/l (ayollarda),  $>1,0$  mmol/l (erkaklarda);
  - Triglitseridlarning maqsadli darajasi  $<1,7$  mmol/l.
- • Nahorgi qon plazmasida glyukoza darajasi 6,1 mmol/l dan oshmaydi;
  - • Qon zardobida siydik kislotasi darajasi  $<420$  mkmol/l (erkaklarda),  $<360$  mkmol/l (ayollarda).

### Bemor va uning oilasiga asosiy maslahatlar

1. Sutkasiga kamida 7 soat uxlash etarli deb hisoblanadi;
2. Tana vazni idealga yaqinlashishi kerak (TVI 25 kg/m<sup>2</sup> dan kam). Buning uchun ovqatning kunlik kaloriyasi tana vazniga va ishning xarakteriga qarab 1500 dan 2000 kkal gacha bo'lishi kerak. Sutkasiga oqsil iste'moli - 1 g/kg tana vazni, uglevodlar - 50 g/sut, yog'lar - 80 g/sut.
3. Ovqatlanish daftarini yuritish maqsadga muvofiqdir; bemorga yog'li, shirin ovqatlardan voz kechish, sabzavotlar, mevalar, boshoqli o'simliklar va dag'al maydalangan nonni afzal ko'rish qat'iy tavsiya etiladi;
4. Tuz iste'molini 5 g/sutkagacha cheklash;

5. Kaliyga boy mahsulotlarni iste'mol qilish kerak (yangi uzilgan mevalar, sabzavotlar, turshak, pishirilgan kartoshka);
6. Chekishni to'xtatish yoki cheklash kerak;
7. Alkogol iste'molini absolyut etanol hisobiga kuniga 30 ml gacha cheklash kerak;
8. Davolovchi shifokor bilan bemor uchun individual maqbul bo'lgan yuklamalarni kelishish: piyoda yurish, velosiped haydash, chang'ida yurish, bog'da ishlash;
9. Ishlab chiqarish va turmushdagi psixoEmotsional stress to'g'ri turmush tarzi bilan nazorat qilinadi. Ish kuni va uy yumushlari davomiyligini cheklash, tungi smena, xizmat safarlaridan qochish kerak;
10. Sport bilan shug'ullanadigan yigitlar mushak massasini oshirish uchun oziq-ovqat qo'shilmalarini suiiste'mol qilishlari mumkin emas va anabolik steroidlarni qabul qilishni istisno qilishadi.

Implantasiya qilingan kardioverter-defibrilyator va/yoki yurakni qayta sinxronlashtiruvchi terapiya qurilmasi bo'lgan bemorga maslahatlar

- Kuchli magnit va elektromagnit maydonlarning ta'siriga, shuningdek implantasiya joyi yaqinida har qanday magnitlarning bevosita ta'siriga duchor bo'lish taqiqlanadi;
- Elektr toki ta'siriga tushish taqiqlanadi;
- Magnit-rezonans tomografiyani (MRT) bajarish taqiqlanadi; MRT muvofiqlik belgisiga ega bo'lgan IKD va SRT-D tizimlari (elektrodlar va qurilmalar) bundan mustasno;
- IKD/SRT-D implantasiyasi sohasiga ko'krakka zarba berish, apparatni teri ostiga surishga urinish taqiqlanadi;
- IKD/SRT-D implantasiyasidan keyingi dastlabki 3 oy ichida, shuningdek, IKD asosli ishga tushirilgandan keyin 3 oy davomida transport vositasini boshqarish taqiqlanadi;
- Jarrohlik aralashuvlarida (shu jumladan endoskopik) monopolyar elektrokoagulyasiyani qo'llash taqiqlanadi, bipolyar koagulyasiyani qo'llash maksimal darajada cheklanishi kerak;
- Perforatorlar va elektrodrellar, shuningdek, o'roq mashinalardan foydalanishni cheklash kerak; o'tinni qo'lda o'rish va yorish ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi kerak, iloji boricha bu faoliyat turidan voz kechish kerak;
- Elka kamari uchun katta yuklamalar kerak emas;
- Kompyuter va unga o'xshash qurilmalardan, shu jumladan, portativ qurilmalardan foydalanish mumkin;
- Har qanday rentgen tekshiruvlarini, shu jumladan kompyuter tomografiyasini bajarish mumkin;
- Uyda yoki er uchastkasida ishlash mumkin, elektr asbobidan, agar u soz bo'lsa, foydalanish mumkin;
- Kontaktli-jarohatli ko'rinishlardan qochib, sport bilan shug'ullanish mumkin;
- IKD/SRT-D bilan og'rigan bemor tegishli dasturchi yordamida qurilmani tekshirish uchun shifokorga o'z vaqtida kelishi kerak;

- IKD/SRT-D bilan ogʻrigan bemor implantasiya qilingan qurilmaning nomini, modelini bilishi kerak; har doim yonida pasport, IKD/SRT-D haqidagi ma'lumotlar boʻlishi juda muhimdir.

Qorincha ritmi buzilishlarida intervension davolash oʻtkazilgandan soʻng bemorga maslahatlar

- Qorincha ritmi buzilishlarini intervension davolashdan keyin bir oydan uch oygacha oʻrta ogʻir, ogʻir jismoniy yuklamalarni cheklash;
- Harakat rejimiga, dori-darmonlarni qabul qilish boʻyicha koʻrsatmalarga qatʼiy rioya qilish;
- Davolovchi shifokorda salomatlik holatini baholash, 6 oyda kamida 1 marta EKG nazorati bilan muntazam ravishda tashrif buyurish;
- Bosh aylanishi, holsizlik, hushdan ketish, yurak urishining tezlashishi bilan kechadigan aritmiya xuruji paydo boʻlganda - tez tibbiy yordam chaqirish; ritm buzilishlarini EKG bilan qayd etish maqsadga muvofiq;
- Koʻrsatmalarga koʻra, davolovchi shifokorning tavsiyalariga koʻra, nazorat exokardiografik tekshiruvi, kunlik EKG monitoringi oʻtkazilishi kerak boʻlishi mumkin.

Davolovchi shifokorda bemorni kuzatish tamoyillari

- Salomatlik holatini nazorat qilish uchun davolovchi shifokorga rejali tashriflar yarim yilda oʻrtacha 1 marta;
- Bemor qabul qilinayotgan preparatlarning nomi va dozirovkasini bilishi kerak;
- Davolovchi shifokorga tashrif buyurganda EKG nazorati oʻtkazish maqsadga muvofiq;
- Ahvoli yomonlashganda davolovchi shifokorning rejadan tashqari koʻrigidan oʻtish tavsiya etiladi.

Tez tibbiy yordam chaqirishni talab qiluvchi shoshilinch holatlar

- Bosh aylanishi, holsizlik, hushdan ketish oldi holati, hushdan ketish, yurak urishining tezlashishi bilan kechadigan aritmiya epizodi paydo boʻlganda, holatni nazorat qilish va barqarorlashtirish, kasalxonaga yotqizish uchun koʻrsatmalarni aniqlash uchun tez tibbiy yordam chaqirish koʻrsatilgan;
- Hushsizlikdan oldingi holatlar, hushdan ketish epizodlari paydo boʻlganda, holatni nazorat qilish va barqarorlashtirish, shifoxonaga yotqizish uchun koʻrsatmalarni aniqlash uchun tez tibbiy yordam chaqirish tavsiya etiladi;
- IKD/SRT-D ishga tushishi yuzaga kelganda, holatni nazorat qilish va barqarorlashtirish, shifoxonaga yotqizish uchun koʻrsatmalarni aniqlash uchun tez tibbiy yordam chaqirish tavsiya etiladi;
- Kateter ablatsiyasidan keyin asoratlari paydo boʻlgan bemorlarga zarur davolash-tashxislash chora-tadbirlarini amalga oshirish uchun tezda ixtisoslashtirilgan shifoxonaga yotqizish tavsiya etiladi.

**«QARI VA KEKSA YOSHLI BEMORLARDA  
QORINCHALAR ARITMIYALARI» NOZOLOGIYASINING  
TIBBIY ARALASHUVLAR BO‘YICHA MILLIY KLINIK  
PROTOKOLLARI**

**TOSHKENT – 2025**

**Tavsiyalar sinflari (EOK)**

Sinflar	Ta'rif
I klass	Ushbu davolash usuli/diagnostik yondashuvdan foydalanish kerak, uni qo'llashning foydasi yondosh xavflardan sezilarli darajada oshadi
IIa-sinf	Ushbu davolash/diagnostik yondashuv usulini qo'llash maqsadga muvofiq, uni qo'llashning foydasi yondosh xavflardan oshib ketadi
IIIb sinf	Ushbu davolash usuli/diagnostik yondashuv muayyan vaziyatlarda qo'llanilishi mumkin, uni qo'llashning foydasi yondosh xavflardan oshib ketadi yoki ular bilan taqqoslanadi
Klass III	Ushbu davolash usuli/diagnostik yondashuvdan foydalanmaslik kerak

**Ma'lumotlarning isbotlilik darajalari**

Daraja	Dalillar bazasi
Daraja A	Dalillar bir nechta randomizatsiyalangan nazorat qilinadigan tadqiqotlarda yoki ushbu tadqiqotlarning meta-tahlillarida olingan
Daraja V	Dalillar bitta randomizatsiyalangan nazorat qilinadigan klinik tadqiqotda yoki yirik randomizatsiyalanmagan tadqiqotlarda olingan
Daraja S	Klinik tavsiya asosida ekspertlarning fikri (roziligi) yoki kichik tadqiqotlar natijalari, registrlar ma'lumotlari yotadi

**QA bilan og'riq bemorlarni davolash.**

Bu bo'lim oldingi bobda aytilgan.

**KORINCHALAR TAXIKARDIYALARINI XIRURGIK DAVOLASH**

Jarrohlik usullari birinchi navbatda ochiq yurakda jarrohlik amaliyotiga borayotgan bemorlarga, shuningdek, boshqa davolash usullari kerakli natijani bermagan bemorlarga ko'rsatiladi. JNRSni davolashning jarrohlik usullariga ablatsiya va endokard rezeksiyasi kiradi. Jarrohlik ablatsiyasi endokardial va epikardial yuqori chastotali tok bilan (radiochastotali ablatsiya) yoki past haroratlar yordamida (krioablatsiya) amalga oshirilishi mumkin. QA zonalarining joylashuvi operatsiyadan oldin EFT yordamida aniqlanishi va ochiq yurakda operatsiya paytida xaritalash paytida aniqlanishi kerak.

Operatsiyadan oldin va keyin majburiy EFT xaritalash bilan ixtisoslashtirilgan markazlarda bajariladigan jarrohlik ablatsiyasi AAP terapiyasiga javob bermaydigan refrakter QT bilan og'riq bemorlarga QT/QX paydo bo'lishini to'xtatish va oldini olish uchun kateter ablatsiyasi muvaffaqiyatsiz urinishda tavsiya etiladi. **EOK I B (UDD IB)**

Chap qorincha (ChQ) jarrohlik rekonstruksiya paytida endokardektomiya chap qorincha infarktdan keyingi anevrizmasi (ChQA) bo'lgan, QT tashxisi qo'yilgan

bemorlarga QT/QX paydo bo'lishini to'xtatish va oldini olish uchun tavsiya etilgan. **EOK IIa A (UDD IIIA)**

Endokard rezeksiyasi ChQJR operasiasiga yuborilgan, operasiyadan oldingi bosqichda yurak ichi EFT yordamida QT tashxisi qo'yilgan bemorlarga, shuningdek, EFT o'tkazilmagan boshqa ChQA bilan og'rikan bemorlarga ko'rsatilgan, chunki infarktdan keyingi ChQA bilan og'rikan bemorlarda QT rivojlanish xavfi 50% ni tashkil qiladi.

QT ChQJR operasiasidan keyingi bemorlarga operasiyadan keyingi QT/QX epizodlarini to'xtatish uchun erta davrda IKD o'rnatish tavsiya etildi. **EOK IIa B (UDD IVB)**

### **5.1. Antiaritmik qurilmalar. Implantasiya qilinadigan kardioverter-defibrillyator.**

Implantasiya qilinadigan kardioverter-defibrillyator (IKD) - yurak urishining oldini olish maqsadida hayot uchun xavfli aritmiyalarni to'xtatish uchun mo'ljallangan qurilma. TYuO' profilaktikasida IKDni qo'llash TYuO' rivojlanishining aritmik mexanizmiga asoslangan. Sinus (yoki tegishli) ritmni tiklash bir necha o'nlab Dj elektr razryadi yoki bemor uchun og'riqsiz va energiya jihatidan kam xarajatli bo'lgan elektr stimullari to'plami yordamida amalga oshiriladi. IKD TYuO'ning birlamchi va ikkilamchi profilaktikasining asosiy vositasi sifatida ko'rib chiqilishi kerak [1]. Implantasiya odatda mahalliy anesteziya ostida amalga oshiriladi.

### **5.2. TYuO'ning ikkilamchi profilaktikasi maqsadida IKD**

IKDni implantasiya qilish gemodinamikaning sezilarli o'zgarishlari bilan hujjatlashtirilgan QX yoki QT bo'lgan bemorlarga, ularning rivojlanishining o'tkinchi sabablari mavjud bo'lmagan taqdirda va MI rivojlanishidan 48 soat o'tgach tavsiya etiladi. **EOK IA (UDD IA)**

Ayrim bemorlarda MIDan keyin 40 kun ichida (to'liq bo'lmagan revaskulyarizatsiya, oldingi disfunktsiya va ChQOF pasayishi, O'KS, polimorf QT yoki QX paydo bo'lganidan 48 soatdan keyin aritmiyalar paydo bo'lganda) IKD implantasiyasi yoki tashqi kardioverter-defibrillyatorni vaqtincha qo'llash tavsiya etilgan. **EOK IC (UDD IC)**

Kateter ablatsiyasini bajarish imkoniyati va muolaja natijalaridan qat'i nazar, stabil QT bo'lgan, ChQDD o'rtacha ifodalangan (ChQOF <45%) bemorlarga IKD implantasiyasi tavsiya etiladi.

Barqaror QT bo'lgan bemorlarga IKD implantasiyasi AAT bilan taqqoslaganda yashovchanlik ko'rsatkichining oshishi bilan birga keladi. ChQ disfunktsiyasi (tashlama fraksiyasi <45%) va barqaror QT bo'lgan barcha bemorlarga IKD o'rnatish maqsadga muvofiqdir.

O'tkir miokard infarkti oqibatida o'tkazilgan QT beqarorligi, ChQDD (ChQOF <40%) va EFT o'tkazilganda o'tkazilgan turg'un QT yoki QX indutsirlangan bemorlarga IKD implantasiyasi tavsiya etildi.

Randomizatsiyalangan tadqiqotlar va meta-tahlillarda TYuO' xavfi ChQ funksiyasining buzilishi bilan bog'liqligi va TYuO'ning birlamchi profilaktik vositasi sifatida IKDdan foydalanish ishemik va noishemik tabiatli ushbu toifadagi bemorlarning o'lim darajasiga sezilarli ta'sir ko'rsatishi ko'rsatilgan. IKDni qo'llash uchun barcha ko'rsatmalar uchun bemorning bashorat qilingan umr ko'rish davomiyligi 1 yildan oshgan taqdirdagina ikkinchisi foydasiga qaror qabul qilinadi. Tegishli revask zarurati.

TYuO‘ning birlamchi profilaktikasi uchun IKD implantasiyasi MIdan keyin 40 kun davomida tavsiya etilmaydi. **EOK I A**

(**UDD IA**) ChQDD (ChQOF  $\leq 35\%$ ) va YuE (NYHA bo‘yicha II yoki III FS) bilan og‘rigan bemorlarga MIdan keyin kamida 40 kun o‘tgach, TYuO‘ xavfini kamaytirish uchun IKD implantasiyasi tavsiya etilgan [1]. **EOK IC(UDD IC)**

Noishemik genezli kardiomiopatiya, ChQDD (ChQOF  $\leq 35\%$ ) va YuE (NYHA bo‘yicha II yoki III FS) bo‘lgan bemorlarda IKD implantasiyasi tavsiya etilgan [7]. **EOK IV (UDD IB)**

Davolash muassasasidan tashqarida yurak transplantasiyasini kutayotgan bemorlarda TYuO‘ profilaktikasi uchun IKD implantasiyasi tavsiya etilgan [8]. **EOK IIaC (UDD IIIC)**

#### **IKD-terapiya ko‘rsatilmagan yoki qarshi ko‘rsatma bo‘lgan holatlar:**

- qoniqarli funksional maqomga ega bo‘lgan bemorlarning prognoz qilinayotgan umr ko‘rish muddati, hatto ko‘rsatmalar mavjud bo‘lganda ham, 1 yildan oshmaydi;
- uzluksiz qaytalanuvchi QT yoki QX bilan og‘rigan bemorlarga;
- qurilma implantasiyasi bilan og‘irlashishi yoki tizimli kuzatuvga to‘sqinlik qilishi mumkin bo‘lgan kuchli ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlarga;
- SYuE IV FS (NYHA) dori terapiyasiga refrakter bo‘lgan bemorlarga, ular yurak transplantasiyasiga nomzod bo‘lmaganda;
- indutsirlangan QTAsiz va yurakning strukturaviy patologiyasi bo‘lmagan noaniq genezli hushidan ketish bilan og‘rigan bemorlarga;
- QT yoki QX radikal, jarrohlik yo‘li bilan yoki kateter ablatsiyasi yordamida bartaraf etilishi mumkin bo‘lgan hollarda: WPW sindromi bilan bog‘liq aritmiyalar, qorinchalar chiqarish traktidagi taxikardiyalar, yurakning strukturaviy patologiyasi mavjud bo‘lmaganda fassikulyar va idiopatik o‘t yo‘llari;
- QT epizodi o‘tkinchi yoki qaytar buzilishlar (masalan, O‘MI, elektrolitlar muvozanatining buzilishi, dori-darmonlarning nojo‘ya ta’siri, travma) natijasida yuzaga kelgan bemorlarga, buzilishni tuzatish mumkin bo‘lganda va aritmiyaning qayta paydo bo‘lish xavfini sezilarli darajada kamaytirishi mumkin bo‘lganda.

#### **5.3. TYuO‘ xavfini kamaytirish uchun SYuE bilan og‘rigan bemorlarda yurakni qayta sinxronlashtiruvchi terapiya. Kombinasiyalangan STR-D qurilmalari**

SRTning samaradorligi ishemik va noishemik genezli kardiomiopatiyada ko‘plab KI va meta-tahlillarda ko‘rsatilgan [1]. Evropa umumiy reestri ma’lumotlari kombinasiyalangan SRT-D qurilmalari bilan og‘rigan bemorlarda o‘lim darajasi pastroq ekanligini ko‘rsatadi [1]. Qimmatroq va murakkabroq kombinasiyalangan tizimlar ko‘proq ikkilamchi profilaktikaga muhtoj bo‘lgan bemorlarda yoki sezilarli komorbidlik bo‘lmagan va nisbatan yosh bo‘lgan bemorlarda TO‘ning birlamchi profilaktikada afzal bo‘lishi kerak [3]. SRT implantasiyasi odatda mahalliy anesteziya ostida amalga oshiriladi.

SYuE, sinus ritmi va QRS morfologiyasi bo‘lgan, QRS davomiyligi  $\geq 150$  ms, ChQOF  $\leq 35\%$ , simptomlarni kamaytirish, morbidlik va o‘lim xavfini kamaytirish maqsadida SYuE bilan og‘rigan bemorlarga optimal medikamentoz terapiya fonida SRT-qurilmalarini implantasiya qilish tavsiya etilgan. **EOK I A (UDD IA)**

SYuE, sinus ritmi va QRS morfologiyasi bo'lgan, QRS davomiyligi 130-149 ms, ChQOF  $\leq 35\%$ , simptomlarni kamaytirish, morbidlik va o'lim xavfini kamaytirish maqsadida SYuE bilan og'riqan bemorlarga optimal medikamentoz terapiya fonida SRT-qurilmalarini implantasiya qilish tavsiya etilgan. **EOK I V (UDD IIB)**

SYuE, sinus ritmi va QRS -morfologiyasiga mos kelmaydigan, QRS davomiyligi  $\geq 150$  ms, ChQOF  $\leq 35\%$ , simptomlarni kamaytirish, morbidlik va o'lim xavfini kamaytirish maqsadida SYuE bo'lgan simptomli bemorlarga optimal medikamentoz terapiya fonida SRT-qurilmalarini implantasiya qilish tavsiya etildi. **EOK IIa V (UDD IVB)**

SYuE, sinus ritmi va QRS -morfologiyasiga ega bo'lgan, GTChOB mos kelmaydigan, QRS davomiyligi 130-149 ms, ChQOF  $\leq 35\%$ , simptomlarni kamaytirish, morbidlik va o'lim xavfini kamaytirish maqsadida optimal medikamentoz terapiya fonida SYuE bo'lgan simptomli bemorlarga SRT-qurilmalarini implantasiya qilish tavsiya etildi [8]. **EOK IIb V (UDD IVB)**

SYuE va QRS davomiyligi 130 ms dan kam bo'lgan bemorlarda SRT-qurilmalarini implantasiya qilish tavsiya etilmaydi. **EOK III A (UDD IA)**

SYuE III-IV FS NYHA bo'yicha, QRS davomiyligi  $\geq 130$  ms, ChQOF  $\leq 35\%$ , BX bilan og'riqan bemorlarda simptomlarni kamaytirish, morbidlik va o'lim xavfini kamaytirish maqsadida optimal medikamentoz terapiya fonida SRT-qurilmalarini implantasiya qilish tavsiya etildi. Bemorlarga qlrinchalarni samarali qamrab olgan holda doimiy biventrikulyar stimulyatsiya ta'minlanishi kerak. **EOK IIa V (UDD IVB)**

SRT-qurilmasi va BX bo'lgan bemorlarga biventrikulyar stimulyatsiya samarasiz bo'lsa, AV-tugunning kateterli ablatsiyasi yordamida yurak blokadasini yaratish tavsiya etildi. **EOK IIa V (UDD IVB)**

Qorincha ritmining nazoratsiz chastotasi bo'lgan BX bilan og'riqan bemorlar, AV tugunining kateterli ablatsiyasi yordamida yurak blokadasini yaratishga nomzodlar uchun SRT-qurilmalarini implantasiya qilish tavsiya etiladi. **EOK IIa V (UDD IVB)**

SYuE, ChQOF  $< 40\%$  bo'lgan simptomli bemorlarda simptomlarni kamaytirish va morbidlikni kamaytirish maqsadida bradikardiya tufayli doimiy qorincha stimulyatsiyasiga ko'rsatma bo'lgan SYuE, ChQOF  $< 40\%$  bo'lgan bemorlarda SRT-qurilmalarini implantasiya qilish tavsiya etiladi. **EOK I A (UDD IA)**

ChQOF  $< 40\%$  bo'lgan bemorlar uchun SYuEning rivojlanishi tufayli holatning progressiv yomonlashuvi bilan doimiy qorincha stimulyatsiyasiga muhtoj bo'lgan, optimal medikamentoz terapiyaga qaramay, mavjud EKS yoki IKDni almashtirish uchun SRT-qurilmalarini implantasiya qilish tavsiya etiladi. **EOK I A (UDD IA)**

#### **5.4. Yurakning strukturaviy patologiyasi bo'lmagan bemorlarda kateter ablatsiyasi**

O'Q va ChQ chiqish yo'li sohasi ko'pincha idiopatik QT va QE manbai hisoblanadi [3]. 70% hollarda bu - O'Q chiqarish yo'li (O'QChY, qolgan hollarda - Valsalva sinuslari, ChQ chiqarish yo'li (ChQChY), yurakning katta venasi, epikardial zonalar, aortomitral birikma, kamdan-kam hollarda bevosita o'pka klapani ustidagi QAning proksimal bo'limi [4]. Chiqarish yo'lidan idiopatik o'choqli QT odatda yurakning strukturaviy patologiyasi bo'lmagan bemorlarda paydo bo'ladi, ammo ba'zi bemorlarda MRT ma'lumotlariga ko'ra sezilarsiz o'zgarishlar aniqlandi. Idiopatik QT-VT odatda xavfsiz xarakterga ega, ammo

ba'zi hollarda xavfli O‘T bo‘lishi mumkin [5. QTning bir nechta turli xil morfologiyalari kombinatsiyasi juda kamdan-kam hollarda kuzatiladi, bu, masalan, O‘QAK da bo‘lgani kabi, QTning chandiqli substratining mavjudligini ko‘rsatishi mumkin.

RChAda faollashtirilgan xaritalash va/yoki EFT paytida turli nuqtalarda stimulyatsiya fonida xaritalash qo‘llaniladi, O‘QChYdan boshlab (shu jumladan O‘A klapani sohasidagi), keyin koronar sinusda, aorta klapani sinuslarida va ChQChY endokardial qismi bilan tugaydi. Agar qorinchaning erta faollashuv nuqtasidagi ablyasiya klinik aritmiyani bartaraf etishga imkon bermasa, epikardial xaritalashni amalga oshirishni ko‘rib chiqish kerak. RChA odatda mahalliy anesteziya ostida amalga oshiriladi, perikardial kirish intubatsion narkoz ostida amalga oshiriladi.

**«QARI VA KEKSA YOSHLI BEMORLARDA  
QORINCHALAR ARITMIYALARI» NOZOLOGIYASINING  
PROFILAKTIKASI VA REABILITASIYASI BO‘YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

**TOSHKENT – 2025**

## 2. Asosiy qismi

### 2.1. Muqaddima

Bugungi kunda dunyoda yurak-qon tomir kasalliklarini davolash va tashxislashning zamonaviy ilg'or usullari qo'llanilishiga qaramasdan, miokard infarkti (MI) va uning asoratlaridan o'lim darajasi yuqoriligicha qolmoqda. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, 2019 yilda yurak-qon tomir kasalliklaridan (YuIK) 18,6 million o'lim holati qayd etilgan bo'lib, ularning 85% miokard infarkti (MI) va insultdan kelib chiqqan<sup>1</sup>. Shubhasiz, eng ko'p uchraydigan klinik holat MI hisoblanadi. MI bilan og'riqan bemorlarning 25% dan 50% gacha qorinchalar taxikardiyasi yoki qorinchalar fibrillyasiyasi tufayli to'satdan o'limga olib keladi. Butun dunyoda bir yil davomida 6 millionga yaqin to'satdan yurak to'xtashi (TYuT) sodir bo'ladi, omon qolish ehtimoli 10% dan oshmaydi. TYuO' - bu yurak bilan bog'liq holat bo'lib, tashqi ta'sirlarsiz tabiiy o'tkir klinik simptomlar paydo bo'lganidan keyin 1 soat ichida hushini yo'qotish ko'rinishida namoyon bo'ladi va o'lim bilan tugaydi. Bunday holda yurak kasalligi oldindan ma'lum yoki noma'lum bo'lishi mumkin, ammo o'lim har doim to'satdan sodir bo'ladi. TYuO' ijtimoiy muammo sifatida to'satdan paydo bo'lishi, o'lim dastlabki klinik belgilardan keyin (6-10 daqiqa) ma'lum vaqt davomida sodir bo'lishi va aksariyat hollarda uyquda va guvohlarsiz kuzatilishi, shuningdek, shoshilinch yordam ko'rsatish imkoniyatlarining cheklanganligi bilan vaziyat yanada murakkablashadi.

- **TYuO'ning birlamchi profilaktikasi** - TYuO' xavfi yuqori bo'lgan, ammo anamnezida hayot uchun xavfli aritmiyalar yoki yurak to'xtashining oldi olinmagan shaxslarda TYuO' xavfini kamaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar.
- **TYuO'ning ikkilamchi profilaktikasi** - anamnezida hayot uchun xavfli aritmiyalar yoki yurak to'xtashining oldi olingan shaxslarda TYuO' xavfini kamaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar.

Asosiy yurak kasalligi va yondosh kasalliklarni samarali davolash QAni muvaffaqiyatli davolash va TYuO' ning oldini olishning eng muhim sharti hisoblanadi. YuIK yurakning asosiy patologiyasi bo'lib, QT va TYuO' sababchisi hisoblanadi. QTA va TYuO' paydo bo'lishiga sabab bo'luvchi asosiy kasallikni davolash ko'rib chiqilayotgan kasalliklar/holatlar bo'yicha amaldagi MHga muvofiq amalga oshirilishi kerak.

Yurak/ChQD tuzilmaviy patologiyasi bo'lmagan bemorlarda KAni medikamentoz davolash tavsiya etilmaydi, chunki bu bemorlarda YuQTK xavfi past va uning oldini olish talab qilinmaydi [103, 106]. **EOK IIIA (UDD IA)**

Yurak/ChQD tizimli patologiyasi bo'lmagan bemorlarda monomorf QT (idiopatik QT) paroksizmlarining mavjudligi TYuO' xavfini oshirmaydi va uning medikamentoz profilaktikasini talab qilmaydi [1, 99, 100, 101, 102]. **EOK IA (UDD IA)**

Tarkibiy yurak patologiyasi/YuIK mavjud bemorlarda TYuO' xavfi yuqori bo'lsa, uning oldini olish uchun AAT o'tkazish tavsiya etiladi.

TYuO' xavfi yuqori bo'lgan va uning birlamchi yoki ikkilamchi profilaktikasiga muhtoj bo'lgan miokard/ChQD ning strukturaviy shikastlanishi bo'lgan bemorlarni davolash uchun ularni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar va mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlarni hisobga olgan holda beta-adrenoblokatorlar guruhini tayinlash tavsiya etilgan [2-9]. **EOK IA (UDD I)**

TYuO'ning birlamchi va ikkilamchi profilaktikasiga muhtoj bemorlarda, amiodaron yoki uning beta-adrenoblokatorlar bilan kombinatsiyalangan qo'llanilishi QT/QX paydo bo'lishining oldini olish va bemorlarning umr ko'rish davomiyligini uzaytirish qobiliyatiga ega bo'lgan yagona dori muqobili hisoblanadi.

### **TYuO'ning ikkilamchi profilaktikasi maqsadida IKD**

IKDni implantasiya qilish gemodinamikaning sezilarli o'zgarishlari bilan hujjatlashtirilgan QX yoki QT bo'lgan bemorlarga, ularning rivojlanishining o'tkinchi sabablari mavjud bo'lmagan taqdirda va MI rivojlanishidan 48 soat o'tgach tavsiya etiladi [4-6]. **EOK IA (UDD IA)**

Ayrim bemorlarda IKD implantasiyasi yoki tashqi kardioverter-defibrillyatorni vaqtincha qo'llash MIDan keyin 40 kun ichida (to'liq bo'lmagan revaskulyarizatsiya, oldingi disfunksiya va ChQOF pasayishi, O'KS, polimorf QX yoki QT paydo bo'lganidan 48 soatdan keyin aritmiyalar paydo bo'lganda) tavsiya etilgan [4-7]. **EOK IC (UDD IC)**

Kateter ablatsiyasini bajarish imkoniyati va muolaja natijalaridan qat'i nazar, stabil QT bo'lgan, ChQDD o'rtacha ifodalangan (ChQOF <45%) bemorlarga IKD implantasiyasi tavsiya etiladi [124, 129, 138, 139].

Barqaror oshqozon-ichak trakti bo'lgan bemorlarga IKD implantasiyasi AAT bilan taqqoslaganda yashovchanlik ko'rsatkichining oshishi bilan birga keladi. ChQ disfunksiyasi (tashlama fraksiyasi <45%) va barqaror QT bo'lgan barcha bemorlarga IKD o'rnatish maqsadga muvofiqdir.

O'tkir miokard infarkti oqibatida o'tkazilgan QT beqarorligi, ChQDD (ChQOF <40%) va EFT o'tkazilganda o'tkazilgan turg'un QT yoki QX indutsirlangan bemorlarga IKD implantasiyasi tavsiya etildi [115, 116, 117].

### **To'satdan yurak o'limi va qorincha taxikardiyasining birlamchi profilaktikasi**

Randomizatsiyalangan tadqiqotlar va meta-tahlillarda TYuO' xavfi ChQ faoliyatining buzilishi bilan bog'liqligi va TYuO'ning birlamchi profilaktik vositasi sifatida IKD dan foydalanish ishemik va noishemik tabiatga ega bo'lgan ushbu toifadagi bemorlarning o'lim darajasiga sezilarli ta'sir ko'rsatishi ko'rsatilgan. IKDni qo'llash uchun barcha ko'rsatmalar uchun bemorning bashorat qilingan umr ko'rish davomiyligi 1 yildan oshgan taqdirdagina ikkinchisi foydasiga qaror qabul qilinadi. Miokardni adekvat revaskulyarizatsiya qilish zarurati aritmiyani radikal bartaraf etishga intilish bilan bir qatorda, IKD-terapiyani qo'llashga nisbatan ustuvor hisoblanadi [1-5].

TYuO'ning birlamchi profilaktikasi uchun IKD implantasiyasi MIDan keyin 40 kun davomida tavsiya etilmaydi [1,2,3,4]. **EOK IA (UDD IA)**

ChQDD (ChQOF  $\leq 35\%$ ) va SYuE (NYHA bo'yicha II yoki III FS) bilan og'riqan bemorlarga MI dan keyin kamida 40 kun o'tgach, TYuO' xavfini kamaytirish uchun IKD implantasiyasi tavsiya etilgan [4,5]. **EOK IB (UDD IB)**

Noishemik genezli kardiomiopatiya, ChQDD (ChQOF  $\leq 35\%$ ) va SYuE bo'lgan bemorlarda IKD implantasiyasi tavsiya etilgan (II yoki III FS po NYHA) [5,6,7,8].

Davolash muassasasidan tashqarida yurak transplantasiyasini kutayotgan bemorlarda TYuO' profilaktikasi uchun IKD implantasiyasi tavsiya etilgan [2,3,7,8]. **EOK IIaC (UDD IIIC)**

Idiopatik QX epizodini boshdan kechirgan bemorlarga QT/QXni davolash va TYuO‘ profilaktikasi uchun IKD implantasiyasi tavsiya etiladi.

IKD implantasiyasi QT intervali kuzatilgan, yurakning to‘satdan to‘xtashi va gemodinamik buzilishlari bo‘lgan UQAK bo‘lgan bemorlarda TYuO‘ning ikkilamchi profilaktikasi uchun tavsiya etilgan.(8)

Yurak qopqoqlarining shikastlanishi, ehtimol, ikkilamchi profilaktika maqsadida IKD o‘rnatish uchun murojaatlarning taxminan 7% asosiy sababidir.(4-7)

Xavf omillarini tuzatish nafaqat bemorning o‘ziga, balki uning oila a'zolariga ham talab qilinadi. Shifokor tomonidan ishlab chiqilgan oilaviy birlamchi profilaktika va ta'lim dasturlarini amalga oshirish orqali amalga oshiriladi. **QA bilan og‘rigan bemorlarni reabilitasiya qilish o‘tkazilmaydi. Asosiy nozologiya bo‘yicha reabilitasiya choralari qo‘llanilishi mumkin.**

Jadval 3

### Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

№	Sifat mezonlari	EOK Sinf va daraja	UDD	Bajarilishni baholash
1	Qon aylanishi to‘xtab qolgan yoki hushidan ketish epizodi kuzatilgan bemorga EKG o‘tkazildi. Qorincha taxikardiyasi yoki qorincha fibrillyasiyasi paroksizmi aniqlanganda, reanimasiya choralari ko‘rildi va shoshilinch kardioversiya yoki defibrillyasiya amalga oshirildi.	IB	IIB	Ha/yo‘q
2	Barqaror qorincha taxikardiyasi bo‘lgan bemorga aritmiyani bartaraf etish (dori-darmon yoki EIT yordamida) amalga oshirildi.	IB	II B	Ha/yo‘q
3	Qorincha aritmiyalarini (QA) aniqlash maqsadida tekshiruvdan o‘tayotgan bemorlarga 12 ta yo‘nalishdagi tinch holatdagi EKG tekshiruvi va/yoki EKGning xolter monitoringi (XMEKG) o‘tkazildi.	IA	IA	Ha/yo‘q
4	QA bilan kasallangan bemorda chap qorincha funksiyasini baholash va yurak tuzilishidagi patologiyani aniqlash maqsadida exokardiografik tekshiruv va/yoki boshqa tasviriy tadqiqotlar o‘tkazildi.	IA	IA	Ha/yo‘q
5	Miokardning strukturaviy shikastlanishi/ChQ disfunktsiyasi bo‘lgan,	IA	IA	Ha/yo‘q

	YuQTK xavfi yuqori bo‘lgan va uning birlamchi yoki ikkilamchi profilaktikasiga muhtoj bo‘lgan barcha toifadagi bemorlarni davolashda beta-adrenoblokatorlar bilan davolashni boshlash/davom ettirish.			
6	SYuE va ChQ sistolik disfunktsiyasi (ChQOF $\leq$ 35-40%) bo‘lgan bemorlarda umumiy o‘lim va YuTUQ xavfini kamaytirish maqsadida APF ingibitorlari (yoki APF ingibitorlarini ko‘tara olmaslikda angiotenzin II antagonistlari), beta-adrenoblokatorlar va aldosteron antagonistlari bilan optimal medikamentoz terapiya o‘tkazildi.	IA	IA	Ha/yo‘q
7.	IQD qayta ishlash/shoklarida*** turg‘un TR tufayli antiaritmik terapiya o‘tkazildi, uning samarasizligida yoki iloji bo‘lmaganda, bemor kerakli kateterli abonentni bajarish masalasini hal qilish uchun yurak ritmi buzilishlarini tashxislash va davolashga ixtisoslashgan shifokorga (kardiolog, yurak-qon tomir jarrohi, rentgenendovaskulyar diagnostika va davolash shifokoriga) maslahatga yuboriladi, shuningdek, yurak ritmi buzilishlarini davolash va oldini olish uchun shifokorga yuboriladi.	IB	IIB	Ha/yo‘q
8.	Chap qorincha disfunktsiyasi (ChQOF - 35% va undan kam) va yurak etishmovchiligi (NYHA bo‘yicha II yoki III FS) bo‘lgan bemor miokard infarktidan keyin 40 kun o‘tgach, yurak ritmi buzilishlarini tashxislash va davolashga ixtisoslashgan shifokorga (kardiolog, yurak-qon tomir jarrohi, rentgenendovaskulyar diagnostika va davolash shifokori) yoki ixtisoslashtirilgan kardiologiya markaziga IKD implantatsiyasi zaruriyati masalasini hal qilish uchun yuboriladi***.	IA	IA	Ha/yo‘q
9.	Uzluksiz to‘xtamaydigan qorincha taxikardiyasi yoki ko‘p martalab implantasiya qilingan kardioverter-	IB	IIB	Ha/yo‘q

	defibrilyator shokiga olib keladigan elektr bo‘roni holatlarida, yurak ritmi buzilishlarini tashxislash va davolashga ixtisoslashgan shifokor (kardiolog, yurak-qon tomir jarrohi, rentgenendovaskulyar diagnostika va davolash shifokori) bilan ixtisoslashgan va tajribali markazlarda kateterli ablyasiya o‘tkazish zarurati muhokama qilindi.			
<b>10.</b>	Medikamentoz terapiyaning muvaffaqiyatsizligida, QT xurujlari saqlanib qolganida, qorincha ekstrasistoliyasi bilan bog‘liq ChQ disfunktsiyasi mavjud bo‘lganda, bemor yurak ritmi buzilishlarini tashxislash va davolashga ixtisoslashgan shifokorga (kardiolog, yurak-qon tomir jarrohi, rentgen-endovaskulyar diagnostika va davolash shifokoriga) yoki aritmiya va takroriy qusishlarni oldini olish uchun ixtisoslashtirilgan kardiologiya markaziga, yurak ritmi buzilishlarini tashxislash va davolashga ixtisoslashgan shifokorga (kardiolog, yurak-qon tomir jarro	<b>IB</b>	<b>IB</b>	Ha/yo‘q

**«QARI VA KEKSA YOSHLI BEMORLARDA  
QORINCHALAR ARITMIYALARI» NOZOLOGIYASINING  
PALLIATIV DAVOSI BO‘YICHA MILLIY KLINIK  
PROTOKOLLARI**

**TOSHKENT - 2025**

## 1. Asosiy qism

Terminal bosqichdagi bemorlar hayotining soʻnggi kunlarini surunkali stress sharoitida oʻtkazadilar. Ularni kuchli ogʻriqlar, oʻlim vahimasi, chorasizlik hissi, moddiy qiyinchiliklar qiynaydi. Yaqin qarindoshlar aksariyat hollarda marhumni toʻgʻri parvarish qilish va uni tinchlantirish uchun zarur koʻnikmalarga ega emaslar. Ular vaziyatga hissiy jihatdan jalb qilingan va yaqinlarining kasalligini ham ogʻir

### PALLIATIV QOʻLLAB-QUVVATLASH CHORALARI KOMPLEKSI

<p>Davolanmaydigan bemorlarga tibbiy yordam koʻrsatish quyidagilardan iborat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ogʻriq qoldiruvchi dorilar, shu jumladan narkotik va psixotrop dorilar bilan taʼminlash;</li> <li>• OʻSVni tashkil etish;</li> <li>• drenajlar va stomalarni parvarishlash;</li> <li>• oziqlantirishda, shu jumladan zond orqali;</li> <li>• tana gigienasini saqlash;</li> <li>• yotoq yaralarni oldini olish va davolash.</li> </ul>	<p>Ijtimoiy qoʻllab-quvvatlash quyidagilarni nazarda tutadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tegishli imtiyoz va nafaqalarni rasmiylashtirish;</li> <li>• huquqiy masalalarni hal qilishda yordam berish;</li> <li>• bemorni uyga va tibbiyot muassasalariga transportirovka qilish;</li> <li>• yotoq bemorlar uchun maxsus karavotlar va kam harakatlanuvchi bemorlar uchun aravachalar, shuningdek, parvarishlash vositalari bilan taʼminlash.</li> </ul>	<p>Quyidagilar maʼnaviy yordam koʻrsatadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ruhshunos yoki ruhoniylar bilan suhbat;</li> <li>• empatik odamlar bilan muloqot qilish;</li> <li>• art-terapiya;</li> <li>• diniy marosimlarni oʻtkazish.</li> </ul>
---	--	---

### PALLIATIV YORDAMNI TASHKIL ETISH SHAKLLARI

- Qoʻllab-quvvatlash choralarini tanlash bemorning tashxisi va holatiga bogʻliq:
- terminal yordam - bemorning soʻnggi kunlarida (odatda 2-3 kun) unga har tomonlama gʻamxoʻrlik qilish;
- davriy - doimiy parvarishga muhtoj boʻlmagan odamni maʼlum bir jadval asosida parvarish qilish.
- Palliativ yordamni tashkil etishning uchta shakli mavjud. Qoʻllab-quvvatlash choralarini tanlash bemorning tashxisi va holatiga bogʻliq:
- terminal yordam - bemorning soʻnggi kunlarida (odatda 2-3 kun) unga har
- davriy - doimiy parvarishga muhtoj boʻlmagan odamni maʼlum bir jadval asosida parvarish qilish.

## 2. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari va tartiblari. palliativ yordamni tashkil etishning uchta shakli mavjud:

Uy sharoitida	Kunduzgi stasionarda	Stasionarda
Professional, iloji boʻlsa, tibbiy maʼlumotli hamshira	Bemor kunduzi shifoxonada yoki ogʻriqqa qarshi xonada	Bemor shifokorning yoʻllanmasi bilan

bemorni parvarish qiladi. Bemorga shifokor muntazam ravishda tashrif buyuradi. Murakkab manipulyasiyalarni kelgan hamshira bajaradi.	bo‘lib, u erda quvvatlovchi terapiya oladi va kechqurun uyiga qaytadi. Bunday shaklga, agar salomatlik holati keksa odamni har kuni kasallik belgilari kuchaymasdan tashish imkonini bersa, yo‘l qo‘yiladi.	xospisga, stasionar yoki pansionatning maxsus bo‘limiga yotqiziladi, u erda unga tayyorgarlik ko‘rgan xodimlar qaraydi.
--	---	---

[www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoy-ned](http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoy-ned).

Kechki bosqichda davosiz kasalliklar haftalab, oylab davom etishi mumkin. Hatto bu davr ham do‘stona qo‘llab-quvvatlash, yangi taassurotlar, quvonchli voqealar bilan boyitilishi mumkin. Agar bemor kasalxonada 24 soat bo‘lishi shart bo‘lmasa, u maxsus qariyalar pansionatida yashashi yoki patronaj xizmatidan foydalanishi mumkin.

Tajribali hamshiralar:

- dori-darmonlarni qabul qilishni nazorat qilish,
- bemorga yuvinish va kiyinishda yordam berish;
- uni sayrga olib chiqish,
- maishiy topshiriqlarni bajarish,
- umumiy mashg‘ulotlarga jalb qilish,
- ma‘naviy qo‘llab-quvvatlash.

Aritmiya bilan og‘rigan keksa bemorlarga palliativ yordam ko‘rsatish hayot sifatini yaxshilashga, alomatlarni engillashtirishga va bemorning o‘zini ham, uning yaqinlarini ham qo‘llab-quvvatlashga qaratilgan.

#### **Aritmiyalarda palliativ yordamning asosiy maqsadlari:**

1. Simptomlarni nusxalash:

- Hansirash, holsizlik, bosh aylanishi, ko‘krak og‘rig‘i.
- Qo‘rquv, xavotir, tushkunlik.

2. Asoratlarning oldini olish:

- Tromboemboliyalar xavfini kamaytirish (ko‘rsatmalarga ko‘ra - antikoagulyantlar).
- Yurakdagi yuklamani kamaytirish uchun yurak urish tezligini nazorat qilish (beta-blokatorlar, kalsiy antagonistlari, digoksin).

3. Psixologik qulaylikni qo‘llab-quvvatlash.

[www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoy-ned](http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoy-ned).

#### **Palliativ yordamda davolash yondashuvlari:**

- Taxiaritmiyalarda (bo‘lmachalar fibrillyasiyasi, qorincha taxikardiyalari):
- YuQSni o‘rtacha nazorat qilish (qat‘iy me‘yorlarga erishish shart emas).
- Simptomlarni kamaytirish uchun dori vositalarini qo‘llash (metoprolol, digoksin, amiodaron - keksalarda ehtiyotkorlik bilan).
- Bradiaritmiyalarda:
- Yurak stimulyatori zarurligi to‘g‘risidagi masalani hal qilish (agar bu hayot sifatini yaxshilasa).
- Implantasiya qilishning iloji bo‘lmasa - simptomatik terapiya.

- Hayot uchun xavfli aritmiyalarda:
  - Bemor va oila a'zolari bilan tajovuzkor usullardan (defibrillyasiya, reanimasiya) voz kechishni muhokama qilish.
  - Terminal holatlarda sedatsiya va og'riqsizlantirishga urg'u berish.
- [www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoy-ned](http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-8604-osobennosti-lecheniya-xronicheskoy-serdechnoy-ned).

### **Keksalar uchun o'ziga xos xususiyatlari:**

- Polipragmaziya - preparatlarning o'zaro ta'siri xavfi, davolash sxemasini soddalashtirish zarurati.
- Yo'ldosh kasalliklar (SYuE, demensiya, O'SOK) - kompleks yondashuvni talab qiladi.
- Kognitiv buzilishlar - qaror qabul qilishda hisobga olish muhim.

### **Favqulodda holatlar:**

- Aritmiyaning og'ir xurujlarida holatning yaqqol yomonlashuvi bilan - palliativ sedatsiya (morfin, benzodiazepinlar).
- Agar bemorning xohishiga mos kelsa, kasalxonaga yotqizishdan bosh tortish.

### **Kommunikasiyaning ahamiyati:**

- Bemorning prognozi, davolash maqsadlari va afzalliklarini muhokama qilish.
- Oldindan rejalashtirish (masalan, og'ir holatlarda reanimasiyadan bosh tortishni rasmiylashtirish).

Keksalardagi aritmiyalarda palliativ yordam individual yondashuvni, faol davolash va bemorning qulayligi o'rtasidagi muvozanatni talab qiladi.

## Adabiyot manbalari

1. Юрак-кон 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/LAHS 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. М.: GEOTAR-Media, 2015. 800 p. (In Russ.) кардиология: национальное руководство: под ред.

- е. В. шляхто. 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):4451. doi:10.15829/1560-4071-2019-9-44–51.