

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

**«АКАДЕМИК В.ВОХИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ–АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ» ДАВЛАТ МУАССАСАСИ**

**“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ
АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
«Академик В.Вохидов номидаги
РИХИАТМ» ДМ директори
С.И. Исмаилов



S.I. 2025 йил

**“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ
АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

**“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ
АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент 2025

1. КИРИШ ҚИСМИ

Аннотация. Ушбу муаммонинг долзарблиги қорин аортаси аневризмалари узок вақт давомида ҳеч қандай жиддий аломатларсиз мавжуд бўлиши мумкинлиги билан боғлиқ. Шу билан бирга, турли хил асоратлар хавфи юқори. Бундай аневризманинг ёрилиши оғир қон кетишига олиб келади, бу кўпинча ўлим билан тугайди.

Ушбу клиник протоколни ишлаб чиқиш учун қуйидаги манбалар асос қилиб олинган:

1. "ПЕРИФЕРИК АРТЕРИЯ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ (КАТТАЛАР АҲОЛИСИ)" КЛИНИК ПРОТОКОЛИ. Беларусия Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг қарори 11.05.2023 йилдаги 77-сонли баённомаси.

Ҳавола: <https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/CProtokol>

2. "ЛИПИД АЛМАШИНУВИНИНГ АТЕРОГЕН БУЗИЛИШЛАРИ (ДИСЛИПИДЕМИЯ) "НИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ. Қозоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Тиббий хизматлар сифати бўйича бирлашган комиссияси томонидан 07.12.2023 йилдаги 196-сонли баённома.

Ҳавола: <https://nrchd.kz/files>

3. ҚОРИН АОРТАСИ АНЕВРИЗМАЛАРИ КЛИНИК ТАВСИЯЛАРИ.

1. Россия ангиологлар ва қон томир жарроҳлари жамияти 2. Россия юрак-қон томир жарроҳлари ассоциацияси 3. Россия рентгенендоваскуляр ташхислаш ва даволаш бўйича мутахассислар илмий жамияти 4. Россия хирурглар жамияти 5. Россия кардиология жамияти 6. Россия флебологлар ассоциацияси 7. Атеросклерозни ўрганиш миллий жамияти.

Ҳавола: <https://angiolsurgery.org/library/recommendations/2022/aneurysm/recommendation>

МКБ-10 ва МКБ-11 коди(лар) 1-жадвалда келтирилган.

МКБ-10		МКБ-11	
I70.0	Аорта атеросклерози	Аорта атеросклерози	BD40.1
I70.1	Қўл ва оёқ артериялар атеросклерози	Қўл ва оёқ артериялар атеросклерози	BD40.0
I70.8	Бошқа артериялар атеросклерози	Бошқа аниқланган атеросклеротик сурункали артериал окклюзион касаллик	BD40.Y
I74.0	Қорин аортаси эмболия ва тромбози	Аортанинг ўткир тромбоэмбологик окклюзияси	BD30.10
I74.3	Оёқ артериялари эмболия ва тромбози	Оёқларнинг ўткир тромбоэмболик артериал окклюзияси	BD30.20
https://mkb-10.com/index.php?pid=8001		https://icd11.ru/zabolevaniya-arteriy-mkb11/	

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил 30 май, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади. Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш бўйича масъул муассаса: "Akademik V.Vohidov nomidagi RIXIATM " ДМ. Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишда "Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ" ДМ ўз ҳиссасини қўшди. Асосий муаллифлар рўйхати, қўшимча муаллифлар жамоаси:

Ишчи гуруҳ раҳбари	Исмаилов Сайдимурод Ибрагимович «Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ» ДМ
---------------------------	--

	директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Ишчи аъзолари	Бахритдинов Фазлитдин Шамсутдинович «Академик В.Вохидов номидаги РИХИАТМ» ДМ қон-томир хирургияси ва буйрак трансплантация бўлими раҳбари, тиббиёт фанлари доктори, профессор.
	Суюмов Азамат Сайфуллаевич « Академик В.Вахидов номидаги РИХИАТМ» ДМ қон-томир хирургияси ва буйрак трансплантация бўлими ангиохирурги, тиббиёт фанлари доктори, катта илмий ходим.
	Ахмедов Акром Рустамович «Акад. В.Вохидов номидаги РИХИАТМ» ДМ қон-томир хирургияси ва буйрак трансплантация бўлим мудир, т.ф.н.

Такризчилар	Виноградов Роман Александрович Очаповский С.В. номидаги №1 рақамли вилоят клиник шифохонаси 1-сонли қон-томир хирургияси бўлими бошлиғи, РФ, тиббиёт фанлари доктори, профессор.
	Ирназаров Акмал Абдуллаевич Тошкент тиббиёт академияси факултет ва госпитал хирургия кафедраси, кафедра профессори, тиббиёт фанлари доктори.

Клиник протоколни муҳокама қилиш Академик В.Вохидов номидаги “РИХИАТМ” ДМ илмий кенгаш йиғилишида 15.03.25 йилдаги 3-сонли протокол ўтказилди.

Техник экспертиза ва таҳрирлаш:

1. 1-сонли гепатобилиар жарроҳлик ва жигар трансплантацияси бўлими бошлиғи, Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Бош жарроҳ профессор - Акбаров Миршавкат Миралимович.

2. Катталар кардиохирургияси бўлими раҳбари профессор Алиев Шерзод Маҳмудович.

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

Амалиётда клиник протоколларнинг мақбуллиги ва улардан фойдаланилишини баҳолаш Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти соғлиқни сақлашнинг амалий бўғини вакиллари билан биргаликда амалга оширилди.

Амалиётчилар:

1. Умумий амалиёт шифокорлари.
2. Умумий жарроҳлар.
3. Терапевтлар.
4. Ангиохирургллар
5. Интервентсион рентгенхирургллар
6. Радиологлар.
7. Функционал диагностика мутахассислари.

Ушбу нозология учун протокол фойдаланувчилари:

1. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари.
2. Олий ўқув юртлари мутахассислари.
3. Илмий-амалий тиббиёт марказлари мутахассислари.
4. Идоравий тиббиёт хизмати мутахассислари.
5. Умумий амалиёт шифокорлари.
6. Умумий жарроҳлар.
7. Терапевтлар.
8. Ангиохирургллар
9. Интервентсион рентгенхирургллар
10. Радиологлар.

11. Функционал диагностика мутахассислари.
12. Неврологлар.
13. Нейрохирурглар.

Ушбу нозологияда беморлар тоифаси: катталар ва болалардир.

Тавсияларни синфлар бўйича баҳолаш шкаласи

Тавсия синфи	Таърифи	Тавсия
I	Даволаш/текшириш/аралашувларнинг ўзига хос усуллари фойдали ва самарали эканлиги ёки умумий қабул қилинганлиги исботланган ва потенциал фойда потенциал хавф билан солиштирганда аниқ ва ундан сезиларли даражада ошади.	Тавсия этилади
II	Муайян даволаниш/текширув/аралашувнинг афзалликлари/самарадорлигига ва/ёки қарама-қарши фикрга зид бўлган маълумотлар ёки фойда ҳақида ноаниқлик/хатарлар.	Тавсия этилиши мумкин
IIa	Маълумотлар/фикрларнинг аксарияти афзалликларни/самарадорликни кўрсатади.	
IIb	Маълумотлар/фикрлар фойда/самарадорликнинг камишончли далилларини беради.	Жуда эҳтиёткорлик билан
III	Муайян даволаш/текширув/муолажа/аралашув ҳақида маълумот, ёки фойдали/самарали бўлмаган бўлган ягона фикр, ёки потенциал хавф потенциал фойдадан устун бўлганлиги ҳақида маълумот.	Тавсия этилмайди

Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами

ДИД	Даражанинг таснифи
1	Маълумот назорати билан синовларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник синовларни тизимли

	кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно, мос ёзувлар назорати ёки алоҳида рандомизацияланган клиник синовлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш билан алоҳида тадқиқотлар
3	Йўналтирувчи усул билан изчил назорациз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган маълумотнома усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизми ёки мутахассисларнинг фикри учун асос бор

Профилактик, даволовчи ва реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами

ДИД	Даражанинг таснифи
1	Мета-таҳлил ёрдамида РКТ-ни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида РКТ бундан мустасно, ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни алоҳида РКТ-лар ва тизимли шарҳлар
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатлар тавсифи, ишларни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизми (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки мутахассисларнинг фикри учун асос бор

Профилактик, диагностик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишонувчанлик даражасини (ТИД) баҳолаш шкаласи

ТИД	Даражанинг таснифи
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва /ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари изчил эмас)

С	Заиф тавсиялар (тегишли сифат далилларининг етишмаслиги (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас))
----------	---

Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар 2-жадвалда келтирилган

АҚБ	Артериал қон босими
ФҚТВ	Фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти
ОИВ	Одам иммунтанқис вируси
ОКБА	Орқа катта болдир артерияси
ЮИК	Юрак ишемик касаллиги
ИФА	Иммунофермент анализи
КТ	Компютер томографияси
КТА	Компютер томографик ангиографияси
ЮЗЛП	Юқори зичликдаги липопротеин
ПЗЛП	Паст зичликдаги липопротеин
ТЕИ	Тўпиқ-елка индекси
ХНМ	Халқаро нормаллаштирилган муносабат
МРА	Магнит резонанс ангиографияси
МРТ	Магнит резонанс томографияси
МСКТА	Мультиспирал компютер томографик ангиографияси
БМҚАЎБ	Бош мия қон айланиши ўткир бузилиши
УСА	Умумий сон артерияси
ТоА	Тақим ости артерияси
ЮСА	Юза сон артерияси
ОКБА	Олдинги катта болдир артерияси
ТГД	Триглицеридлар
УЗДГ	Ултратовуш доплерографияси
УТТ	Ултратовуш текшируви
ДД	Далиллар даражаси
ЭКГ	Электрокардиограмма

Мундарижа

“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ	5
“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ ЁНДАШУВ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	19
“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	30

2. АСОСИЙ ҚИСМ.

2.1. Кириш

Ушбу муаммонинг долзарблиги қорин аортаси аневризмалари узок вақт давомида ҳеч қандай жиддий аломатларсиз мавжуд бўлиши мумкинлиги билан боғлиқ. Шу билан бирга, турли хил асоратлар хавфи юқори. Бундай аневризманинг ёрилиши оғир қон кетишига олиб келади, бу кўпинча ўлим билан тугайди.

Ҳатто ривожланган мамлакатларда ҳам касалхонага ётқизишдан олдин ўлим 40% гача, операциядан кейинги даврда эса 60% гача этиши мумкин. Қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши учун ўлим даражаси 60-70% дан ортик, факултатив жарроҳлик даволашдан кейин омон қолиш даражаси 95% дан ортик.

Қаватланувчи аорта аневризмаси бу унинг деворининг ўрта қатламининг ёрилиши, томир ичига қон кириши билан кўзғатилади, бунинг натижасида аорта деворининг қатламлари ажралиб чиқади ва кейинчалик ҳақиқий ва сохта бўшлиқлар боғланган ёки боғланмаган ҳолда ҳосил бўлади. Келажакда қоннинг аорта бўшлиғига янги интимал ёриқлар орқали қайта кириши мумкин, аммо адвентитияни йўқ қилиш ҳолатида аорта ёрилиши содир бўлади.

Қорин аортаси аневризмаларини (ҚҚАА) ташхислаш ва жарроҳлик даволаш замонавий қон томир жарроҳликнинг долзарб муаммолари бўлиб, бу аҳолининг касалланиш ва ўлим тузилишидаги юқори улуш, уларни кўпайтириш тенденцияси ва асоратларни ривожланишида юқори ўлим билан боғлиқ. Шошилиш жарроҳлик беморнинг ҳаётини сақлаб қолиши мумкин бўлган ягона чора ҳисобланади, чунки асоратланган қорин аортаси аневризмасини консерватив даволаш билан ўлим 100% га этади. Режали жарроҳлик пайтида МДХнинг турли минтақаларида периператив ўлим 2,4 - 5%, фавкулотда-45-70% этади.

2.2. Таъриф:

Қорин аортаси ва оёқ артерияларининг атеросклерози - бу оёқ ва кичик чаноқ аъзоларининг сурункали ишемиясининг симптомлар мажмуаси билан тавсифланадиган аорта бифуркацияси, ёнбош артериялари ва оёқ артерияларининг окклюзион шикастланишидир.

2.3. Клиник таснифи:

Қорин аортаси окклюзияларининг куйидаги турлари мавжуд:

- пастки окклюзия (пастки мезентериал артериянинг дистал қисмидан қорин аорта бифуркациясигача);
- ўрта окклюзия (пастки мезентериал артериянинг проксимал аортанинг окклюзияси);
- юқори окклюзия (буйрак томирлари даражасида ёки 2 см дистал қисмда).

Фонтейн таснифи (Ж. Фонтейн, 1968), оёқ ишемиясининг 4 босқичга бўлиб ўрганеди[2]:

I босқич – клиник белгиларсиз;

II босқич – ўтиб кетувчи оқсоқланиш;

III босқич – тинчликдаги оғриқ ва «тунги оғриқлар»;

IV стадия – трофик ўзгаришлар ва оёқ гангренаси.

ТАСС II бўйича таснифи (2007г.) [2]

3-жадвалда Периферик артериялар зараланиш таснифи.

Зараланиш синфи	Аорто-ёнбош сегменти	Сон-тақим сегменти
A	Бир ёки икки томонлама умумий ёнбош артерияси стенози	Ягона стеноз <10 см
	Ташқи ёнбош артерияси унилатерал ёки билатерал стенози	Ягона окклюзия <5 см
B	Аортанинг инфраренал қисми стенози < 3 см	Кўплаб зараланишлар (стеноз ёки окклюзия) ҳар бири < 5 см
	Бир томонлама умумий ёнбош	Ягона стеноз ёки окклюзия

	артерияси окклюзияси	< 15см, тақим артериясига таъсир қилмайдиган.
	Ташқи ёнбош артерияси ягона ёки кўплаб стенозлари 3-10 см, умумий сон артериясига таъсир қилмайди	Дистал қон айланиш мавжуд эмаслиги билан бирга ягона ёки кўплаб зарарланишлар
	Бир томонлама ташқи ёнбош артерияси окклюзияси, ички ёнбош артерияси асосига ёки умумий сон артериясига таъсир қилмаган	Яққол калцинозлар билан бирга ягона окклюзия < 5 см Тақим артериясининг ягона стенози
С	Икки томонлама умумий ёнбош артерияси окклюзияси	Кўплаб зарарланишлар (стеноз ёки окклюзия)
	Икки томонлама ташқи ёнбош артерияси стенози, умумий сон артериясига ўтмаган ҳолатда	умумий узунлиги > 15 см (яққол калциноз ёки калцинозсиз)
	Бир томонлама ташқи ёнбош артерияси стенози умумий сон артериясига ўтиши билан	Тери орқали транслюминал ангиопластикадан кейинги қайта реваскуляризация
	Бир томонлама ташқи ёнбош артерияси окклюзияси ички ёнбош ёки сон артерияларига ўтиши билан	Умумий ёки юза сон артерияси сурункали окклюзияси > 20 см тақим артериясига ўтиши билан
	Бир томонлама қучли калциноз билан ташқи ёнбош артерияси окклюзияси	
Д	Аортанинг инфраренал қисми ва умумий ёнбош артериялари окклюзияси	Умумий ёки юза сон артерияси сурункали окклюзияси > 20 см, тақим артериясига ўтиши билан
	Тарқоқ зарарланиш аортанинг инфраренал қисми ва ёнбош артерияларига ўтиши билан	
	Бир томонлама тарқоқ зарарланиш, умумий ва ташқи ёнбош артериялар, умумий сон артерияси	
	Бир томонлама умумий ва ташқи ёнбош артериялар окклюзияси	Тақим артерияси ва тақим артерияси проксимал трифуркация сегментининг сурункали окклюзияси
	Икки томонлама ташқи ёнбош артерияси окклюзияси	
	Беморда қорин аортаси аневризмаси билан бирга ёнбош артериялар стенози ёки аортанинг бошқа зарарланишлари мавжуд, эндопротезлашга имкон йўқ, очиқ жаррохлик амалиёти талаб этилади	

2.4 Касаллик ташхисини қўйиш мезонлари.

Оёқ артерияларининг сурункали ишемия белгилари:

- ишемиянинг I даражасида - совуқ қотиш, оёқларнинг совуқлиги, "жунжикиб кетиш" ҳисси, ўтиб кетувчи оқсоқлик белгилари фақат 1 км дан ортиқ масофани босиб ўтишда пайдо бўлади;
- ишемиянинг II даражасида – кам масофага юрганда ҳам оғриқ пайдо бўлади. Шартли равишда масофа 200 метр қабул қилинган;
- ишемиянинг III даражасида – оёқлардаги оғриқ тинч ҳолатда ёки ўтиб кетувчи оқсоқлик 25 метрдан кам масофага юрганда пайдо бўлади;
- ишемиянинг IV даражасида – тўқималарда ярали-некротик ўзгаришлар пайдо бўлиши аҳамиятли ҳисобланади.

Лаборатор текширувлари:

Қоннинг биокимёвий таҳлили:

- Умумий холестерин миқдорининг ортиши;
- ЮЗЛП миқдорининг пасайиши;
- ПЗЛП миқдорининг ортиши;
- ТГД миқдорининг ортиши;
- Атерогенлик коэффициентининг ортиши.

Коагулограмма:

- Қон ивучанлигининг ортиши.
- Гемостазиограмма

Инструментал текширувлар:

Тўпиқ-елка индекси:

$\leq 1,0$ – артериал этишмовчилик белгилари;

$\leq 0,4$ – критик ишемия белгилари.

Оёқ артериялари УТАС:

- Қон оқимиға тўсқинлик бўлган жойда тезлик ортиши – стеноз, томир қийшайиши;
- Қон оқими ўзгариши (турбулентлик);
- Артерия деворларининг қалинлашиши, атеросклеротик пиллакчаларнинг аниқланиши;
- Атеросклеротик пиллакчалар ҳолатини баҳолаш (уларнинг стабиллик /ностабиллик ҳолати);
- Томирларда тромблар мавжудлиги;
- Томирлар бўйича қон оқимининг йўқлиги (окклюзия).

Томирлар ангиографияси:

- Атеросклеротик жараёнлар таъсирида томир ички деворининг ўзгариши;
- Артериялар контрастланишининг йўқлиги (окклюзия);
- Кўплаб коллатералларнинг юзага келиши;
- Артерияларнинг патологик қийшайиши.

КТА (ёки МСКТА):

- Атеросклеротик жараёнлар таъсирида томир ички деворининг ўзгариши;
- Артерияларда зарараланган сегмент деворининг ҳолати;
- Артериялар контрастланишининг йўқлиги (окклюзия);
- Артериялар тромбози белгилари;
- Артерияларнинг патологик қийшайиши.

2.5 Этиология ва патогенез. Касалликнинг клиник кўриниши ишемик бузилишлар даражасига боғлиқ бўлиб, бу ўз навбатида жараённинг локализацияси ва узунлиги билан, шунингдек дистал артериал ўзанинг ҳолати касалликнинг давомийлиги билан боғлиқ.

2.6 Республикамизда қорин аортаси ва оёқ артериялари атеросклерози бўйича скрининг ўтказилмайди. Шуни таъкидлаш керакки, агар оёқ артерияларининг сурункали ишемия белгилари шубҳа қилинган ёки аниқланган бўлса, ушбу клиник протоколда кўрсатилган чораларни кўриш тавсия этилади.

3. Текширув ва тадқиқот усуллари, тиббий процедуралар ва диагностика жараёнларига ёндашувлар

3.1 Шикоятлар ва тарих

Шикоятлари 2.4 Касаллик ташхисини қўйиш мезонлари қисмида келтирилган.

Анамнез:

- оёқ артерияларида аввалги аниқланган зарарланишлари ҳақида маълумот;
- бошқа қон томир ҳавзаларининг зараланиши (ЮИК, оёқ артериялари атеросклерози, аорта аневризмаси ва ҳ.к.);
- наслий гиперлипидемия;
- Қандли диабет;
- зарарли одатлар (чекиш, спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш);
- артериал гипертония;
- қон томирлар шикастланишлари ҳақида маълумот;
- ортикча вазн.

3.2. Физикал текширув:

Умумий кўрик:

- Оёқ мушакларининг гипотрофияси;
- Тери рангининг ўзгариши;
- Оёқдаги сочларнинг тўкилиши;
- Шиш, гиперемия.

Палпация:

- Сон, тақим ва болдир артерияларида пулснинг пасайиши/йўқолиши;
- Оёқ териси сезувчанлигининг пасайиши/йўқолиши.

Аускултация:

- Оёқ артериялари проекциясида қон-томир шовқини;

Тавсиянинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).

3.3 Асосий лаборатория диагностика тадбирлари рўйхати.

Шошилиш ёки режалаштирилган касалхонага ётқизиш пайтида ва тестлар ўтказилган кундан бошлаб 10 кундан ортиқ вақт ўтгандан кейин стационар даражада ўтказиладиган қўшимча лаборатория тадқиқотлари:

- УҚТ
- УСТ
- Қоннинг биокимёвий тахлили (умумий билирубин, бевосита ва билвосита билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оқсил, мочевино, креатинин, электролитлар, қондаги глюкоза);
 - Липид спектри учун биокимёвий қон тест (ЮЗЛП, ПЗЛП, холестерин, триглицеридларни);
 - Коагулограмма (АПТТ, ХНН, фибриноген, ПТ, ПТИ);
 - Қорин аорта ва / ёки оёқ артерияларининг УТАС;
 - Тўпиқ-билак босим индексларини ўлчаш
 - Қон гуруҳи ва Rh омили;
 - ЭКГ;
 - ЭхоКГ
 - ИФТ усули орқали ОИВ қон тахлили;
 - ИФТ усули орқали Гепатит Б ва С тахлили;
 - Вассерман реакцияси;

- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси
- Контрастли компьютер томографияси ва/ёки аортографияси.
- КТА/МРА;
- Ангиография;
- ФГДС.

3.4. Амбулатория даражасида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностика текширувлари:

- Қорин аортаси ва оёқ артерияларининг УТАС.

Тавсияларининг ишончлилиги С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5).

3.5. Тор мутахассислар кўриги учун кўрсатмалар бошқа қўшимча касалликлар мавжулигида тор мутахассислар кўриги ўтказилади.

3.6. Дифференциал ташхислаш:

Оёқ артерияларининг атеросклерозини бошқа турдаги окклюзияланган артериал касалликлар билан дифференциал ташхислаш талаб этилади.

Мезонлар	Атеросклероз	Носпецифик аортоартериит	Облитерлашган тромбоангиит
Касаллик пайдо бўлиш ёши	40-60 ёш	25-40 ёш	20-35 ёш
Жинс	Эркаклар (90%)	Аёлларда кўпроқ учрайди, Э:А=1:8	Эркаклар (95%)

Олиб келувчи омиллар	холестерин-липид алмашинувининг бузилиши	Аутоиммун реакция, риккециоз касалликлар	Совуқ, жароҳатлар, чекиш
Касаллик кечиши	Секинлик	Фаол	Фаол
Кўпроқ учрайдиган локализацияси	Қорин аортаси ва унинг тармоқлари, коронар артериялари	Ўмров ости ва уйқу артериялари; эркаларда қорин аортаси ва унинг тармоқларининг зараланиши, аневризмалар пайдо бўлиши	Тақим ва болдир артериялари
Кўп юзага келувчи симптомлар	Ўтиб кетувчи оксоқлик, стенокардиялар (коронар артериялар зарарланишида)	Қўлда ва бош миёда ишемия белгилари, ёшларда артериал гипертензия	Оёқ қафтида парестезия, оғриқ
Артерия пулсациянинг йўқлиги	Сон артериясида	Елка артериясида	Болдир ва оёқ қафти артериясида
Систолик шовқин жойлашуви	Сон артерияси устида	Ўмров ости ва уйқу томирлари ҳамда эпигастриал соҳа устида	Ешитилмайди
Ангиографик зараланиш белгилари	Қорин аортаси ва унинг тармоқлари тўлишининг ён нуқсонлари, девор калцинозлари. Ёнбош, сон артериялари окклюзияси. Бошланғич босқичларда коллатераллар ривожланиши	Давомий диффуз аортанинг торайиши, секинлик билан ўзгармаган қисмга ўтиши. Кўплаб коллатераллар ва диаметрининг катталаниши (Риолан ёйи ривожланиши)	Болдир артериялари облитерацияси; магистрал артериялар бир хилдаги торайиши. Коллатераллар ривожланмайди.

4. ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

Даволаш таъсирланган аъзонинг ишемия даражасини пасайтиришга, ногиронликнинг пасайишига олиб келадиган асосий қон оқимини тиклашга қаратилган. Қайтмас оёқ ишемияси ривожланишида - оёқ ампутацияси амалга тоширилади. 5 см дан кам изоляция қилинган аневризма мавжуд бўлганда (текширувларда тасдиқланган) ва ёрилиш хавфи бўлмаганида, секин ўсиши (йилига 1 см дан кам), жарроҳлик муолажаси зарурлиги тўғрисида қарор қон томир жарроҳ томонидан қабул қилинади. Ҳар 6 ойда бир марта инструментал диагностика усуллари назорати остида кутиш тактикаси қабул қилинади. [ДД-1Б, ДД-А, 9].

4.1. Дори воситаларисиз даволаш:

Режим - умумий ҳолатга қараб I ёки II ёки III ёки IV;

Пархез - № 10;

Гимнастика: сурункали ишемиянинг I-IIA босқичида 3 км/с тезликдаги юриш машқлари (шикастланшган оёқда ишемик оғриқ пайдо бўлгунга қадар)

Физиотерапия: (Бернар токи, электрофорез, УЮЧ-терапия, радонли ва олтингугуртли ванналар);

I-IIA даражали сурункали ишемия ёки реабилитация пайтида буюрилади.

4.2. Дори воситалари билан даволаш:

Фонтейн таснифи бўйича I-II босқичида ва реконструктив операцияга қарши кўрсатма бўлган бошқа босқичларда - консерватив даволаш кўрсатма ҳисобланади.

Ўтказиладиган консерватив даволанишнинг асосий тамойиллари қуйидагидар ҳисобланади:

Антикоагулянт даво:

- гепарин ва унинг фракцион аналоглари [ДД-А, 3-7];
- Гепариннинг бошланғич дозаси 5000 эД ҳисобланади, парентерал ёки тери остига (қисман тромбопластин фаоллашиш вақти орқали назорат қилинади)

- Еноксапарин 20-40 мг/сутка, тери астига
- Надропарин 0,2-0,6 мл тери остига, тана вазнига боғлиқ ҳолда, 1-2

махал/сутка

Антиагрегант даво [ДД-А, 3-7]:

- ацетилсалицил кислотаси 75-325 мг 1 махал кунига, оғиз орқали;
- клопидогрел 75 мг, 300 мг 1 махал кунига, оғиз орқали;
- дипиридамол 50-600 мг/сут.ю оғиз орқали

Антиагрегант даво узоқ муддатга буюрилади (дори воситасининг қўллашга қарши кўрсатма бўлмаса умрбод ичишга тавсия берилади). Дори воситасининг ичиш давомийлиги беморнинг тана вазни, лаборатор кўрсаткич ва х.к. лардан келиб чиқиб аниқланади.

Оғриқ синдромини қолдириш:

- НЯҚДВ (кеторолак, диклофенак ва ҳ.к.), паравертебрал симпатик эпидурал блокадалар.
- опиоидлар – фентанил, морфин ва ҳ.к. (НЯҚДВ фойда бермаганда стандарт дозалардан оширмаган ҳолда).

Микроциркуляцияни яхшиловчи ва и ангиопротекторлар [ДД-В, 3,5,6,7]:

алпростадиол 20-60 мкг, парентерал, суткасига 1-2 махал;
пентоксифиллин 100-300 мг, парентерал;

Гиполипидемик даво 4-6 ойдан 1 йилгача холестерин даражасига боғлиқ равишда буюрилади:

- статинлар (симвастатин, аторвастатин ва ҳ.к.), стандарт дозаларда, перорал, узоқ муддатли) [ДД-А, 4,6,7];

Патогенетик даво:

Бета-блокаторлар - аорта кенгайиши тезлигини пасайтириш мақсадида стандарт дозада бета-блокаторлар қон босими ва юрак қисқаришлар сони назорати остида қарши кўрсатмалар бўлмаган тақдирда Марфан синдроми ва аорта аневризмаси бўлган беморларга буюрилади.

- биспролол , метопролол , ва бошқалар. [ДД-А, 4,6,7]

4.3. Амбулатория шароитида жарроҳлик даволаш ёки аралашув амалга оширилмайди.

5. Касалхонага ётқизиш бўйича кўрсатмалар:

5.1. Шошилиш касалхонага ётқизиш кўрсатмалари:

- Фонтейн таснифи бўйича III-IV босқичидаги оёқ артерияларининг сурункали ишемияси.

5.2. Режали равишда касалхонага ётқизиш кўрсатмалари:

- Фонтейн таснифи бўйича II-III босқичидаги оёқ артерияларининг сурункали ишемияси.

6. Стационар даражадаги қорин аортаси ва оёқ артериялари атеросклерози билан оғриган беморларни бошқариш тактикаси.

6.1 Қорин аортаси ва оёқ артериялари атеросклерози билан касалланган беморларни касалхонадан олдинги босқичда ва касалхонага ётқизиш босқичида бошқариш - жарроҳлик амалиётлари стационар шароитда ўтказилади.

Жарроҳлик амалиётлари:

"Очиқ" жарроҳлик усули:

- эндартерэктомия;
- бошқа томирлар резекцияси ва анастомозлаш;
- озиқлантирувчи томирлари билан бирга тўқима кўчириб ўтказиш орқали тиклаш;
- озиқлантирувчи томирлари билан бирга сунъий тўқима кўчириб ўтказиш орқали тиклаш;
- аорта-ёнбош-сон анастомозлари;

- очик эмбол/тромбэктомия;
- сон-тақим шунтлаш;
- бошқа турдаги периферик шунтлаш ёки анастомозлаш;
- Фогарти катетери ёрдамида эмбол/тромбэктомия;
- фасциотомия;
- некрэктомия;
- ампутация;

Эндоваскуляр жарроҳлик:

- баллонли ангиопластика;
- эндоваскуляр стентлаш;
- катетерли тромболизис;
- механик тромбинтимиэктомия.

Гибрид жарроҳлик:

- юқоридаги жарроҳлик даволаш усулларининг бирга қўлланиши.

7. Даволаш мақсадлари:

- Ишемиянинг кучайиб бориш профилактикаси;
- Зараланган оёқнинг вазифасини сақлаш/қайта тиклаш;
- Оғриқ синдромини бартараф этиш;
- Хаёт сифатини ошириш;
- Гангренали оёқнинг хаётини сақлаб қолиш.

**“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ
АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
БАЁННОМАСИ**

Тошкент – 2025

АСОСИЙ ҚИСМ.

1.1.Жарроҳлик амалиётлари:

"Очиқ" жарроҳлик усули:

- эндартерэктомия;
- бошқа томирлар резекцияси ва анастомозлаш;
- озиқлантирувчи томирлари билан бирга тўқима кўчириб ўтказиш

орқали тиклаш;

- озиқлантирувчи томирлари билан бирга сунъий тўқима кўчириб

ўтказиш орқали тиклаш;

- аорта-ёнбош-сон анастомозлари;
- очиқ эмбол/тромбэктомия;
- сон-тақим шунтлаш;
- бошқа турдаги периферик шунтлаш ёки анастомозлаш;
- Фогарти катетери ёрдамида эмбол/тромбэктомия;
- фасциотомия;
- некрэктомия;
- ампутация;

Эндоваскуляр жарроҳлик:

- баллонли ангиопластика;
- эндоваскуляр стентлаш;
- катетерли тромболизис;
- механик тромбинтимэктомия.

Гибрид жарроҳлик:

- юқоридаги жарроҳлик даволаш усулларининг бирга қўлланиши.

2.1 Жарроҳлик амалиётидан олдинги тайёргарлик. Қорин аортаси ва оёқ артериялари атеросклерози билан оғриган беморларга операциядан олдин тайёргарлик кўриш тавсия этилади, шу жумладан тизимли таъсир кўрсатадиган антибактериал препаратларни эмпирик тайинлаш, қўшма касалликлар туфайли

келиб чиққан органларнинг дисфункциясини тuzатиш, жарроҳлик соҳасини гигиеник тайёрлаш. Тизимли антибактериал дориларнинг биринчи инъекцияси операция бошланишидан олдин амалга оширилиши керак.

2.2. Жарроҳлик амалиёти учун кўрсатмалар:

- сурункали ишемиянинг II-III-IV босқичлари.

5-жадвалда TASC 2 бўйича оператив даво усулини танлаш (ДД А [2]).

Зараланиш синфи	Оператив даво усули
А	Танлов усули эндоваскуляр амалиёт ҳисобланади
Б	эндоваскуляр амалиёт, баъзан реконструктив операциялар
С	Реконструктив операциялар, баъзан эндоваскуляр амалиётлар
Д	Танлов усули реконструктив операция ҳисобланади

2.3. Операцияга қарши кўрсатмалар:

- янги миокард инфаркти (камида 3 ой)
- бош мия қон айланиши ўткир бузилиши (6 ҳафтагача)
- оғир ўпка етишмовчилиги, қон айланиш етишмовчилиги IIБ – III босқичи.
- жигар функциясининг кучли бузилиши, буйрак етишмовчилиги.
- Хавfli ўсма жараёнларининг III-IV босқичларида.

**“ҚОРИН АОРТАСИ ВА ОЁҚ АРТЕРИЯЛАРИ
АТЕРОСКЛЕРОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
АМАЛИЁТДАН КЕЙИНГИ ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА
ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
БАЁННОМАСИ**

Тошкент – 2025

АСОСИЙ ҚИСМ.

1.1. Кириш

Ремиссия босқичида ошқозон яраси бўлган беморларга уни сақлаб қолиш учун профилактика ва реабилитация тадбирларини ўтказиш, беморнинг иқлим зонасининг санаторий-курорт ташкилотларида санаторий-курорт даволаш тавсия этилади [5].

Тавсияларининг ишончлилиқ даражаси С(далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

2.1. Профилактика усуллари ва процедуралар. Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши бўлиб, соғлиқни сақлашнинг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликларнинг пайдо бўлишининг олдини олиш учун давлат, ижтимоий-иқтисодий, гигиена ва тиббий-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади.

Даволаш мақсадлари:

- Ишемиянинг кучайиб бориш профилактикаси;
- Зараланган оёқнинг вазифасини сақлаш/қайта тиклаш;
- Оғриқ синдромини бартараф этиш;
- Хаёт сифатини ошириш;
- Гангренали оёқнинг хаётини сақлаб қолиш.

Кузатув олиб бориш:

- Ангиолог кўриги, йилиги 2 марта;
- Артериялар УТАС, йилига 1 марта;
- Қондаги липид спектр назорати;
- Қон ивиш тизими назорати;
- Кўрсатма бўлганда консерватив даво, йилига 1 марта.

Даволаш самарадорлигининг кўрсаткичлари:

- Оёқда ишемия белгиларининг камайиши/йўқолиши;

- ҳаёт сифатини яхшилаш;
- Инструментал маълумотларга кўра зарарланган ҳудудда этарли қон оқимини тикланиши (ангиография, МР-ангиография, КТ-ангиография ёки ультратовуш доплерографияси);

3.1. Реабилитация процедураларининг босқичи ва ҳажмини аниқлаш мезонлари (халқаро фаолият таснифи, ҳаётий фаолият ва соғлиқ чекловлари бўйича халқаро ўлчовлар) – кўрсатмаларга мувофиқ.

<https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

3.2. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари

Реабилитациянинг I босқичи-юмшоқ восита режими (2-4 кун) бошланиш-стационар ҳаволада

Реабилитациянинг II босқичи-юмшоқ машғулот режими (6-9 кун) - амбулатория шароитида.

III босқич-машғулот даври (15-20 дарс ёки ундан кўп) - реабилитация маркази-санатория

3.3. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатадиган диагностика чоралари:

- Беморнинг физик текшируви
- Қорин аорта ва / ёки оёқ артерияларининг УТАС;
- Тўпиқ-билак босим индексларини ўлчаш

4. Профилактик чора-тадбирлар самарадорлиги кўрсаткичлари

Халқаро ўлчовларга мувофиқ, фаолият, ҳаёт ва соғлиқнинг халқаро таснифига кўра, профилактика тадбирларининг самарадорлиги ремиссия давомийлиги, беморларда оғриқнинг йўқлиги, шунингдек ҳар 6 ойда бир марта профилактик Тўпиқ-билак босим индексларини ўлчаш ва Қорин аорта ва / ёки оёқ артерияларининг УТАС билан белгиланади.

5. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

- 1) манфаатлар тўқнашуви йўқлиги тўғрисида маълумот: йўқ.
- 2) экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);
- 3) протоколни қайта кўриб чиқиш шартларини кўрсатиш: уни ишлаб чиққандан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда.

6. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

- 1) Покровский А.В. Клиническая ангиология. М., Москва, 2004,2 т.
- 2) TASC II Guidelines. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA; Hiatt; et al. (2007). "InterSociety Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)". Eur J Vasc Endovasc Surg. 33 (Suppl 1): S1–75. doi:10.1016/j.ejvs.2006.09.024. PMID 17140820.
- 3) Ruffolo AJ, Romano M, Ciapponi A. Prostanoids for critical limb ischaemia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD006544. DOI: 10.1002/14651858.CD006544.pub2.
- 4) D.C. GEY, E.P. LESHO, J.MANNINGOLD Management of Peripheral Arterial Disease// Am Fam Physician. 2004 Feb 1;69(3):525-532.
- 5) Creutzig A, Lehmacher W, Elze M. Meta-analysis of randomised controlled prostaglandin E1 studies in peripheral arterial occlusive disease stages III and Vasa. 2004 Aug;33(3):137-44.
- 6) Jeffrey I. Weitz, MD, Chair; John Byrne, MD; G. Patrick Clagett, MD; Michael E. Farkouh, MD; John M. Porter, MD; David L. Sackett, MD; D. Eugene Strandness, Jr, MD; Lloyd M. Taylor, MD Diagnosis and Treatment of Chronic Arterial Insufficiency of the Lower Extremities: A Critical Review// Circulation.1996; 94: 3026-3049doi: 10.1161/01.CIR.94.11.3026

7) Diagnosis and management of peripheral arterial disease. A national clinical guideline// Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2016

8) проф. А.М. Шулутко, проф. В.И. Семикова с соавт. - "Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей", методическое пособие М. Москва, 2010.

9) Moll FL, Powell JT, Fraedrich G, Verzini F, Haulon S, Waltham M, et al. Management of Abdominal Aortic Aneurysms Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery [Internet]. 2011 Jan 1 [cited 2015 Oct 19];41:S1–58. Available from: <http://www.ejves.com/article/S1078588410005605/abstract>