

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA’LIM
VAZIRLIGI**

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

NURILLAEVA N.M.

“STABIL STENOKARDIYA”

o‘quv qo‘llanmasi

**ICHKI KASALLIKLAR
fanidan**

Bilim sohasi - ijtimoiy ta’minot va sog‘likni saqlash – 500000

Ta’lim sohasi – Sog‘likni saqlash - 510000

«5510100 - Davolash ishi», «5111000 - Tibbiy pedagogika»,
«5510300 - Tibbiy profilaktika ishi», «5510400 - Stomatologiya»
ta’lim yo‘nalishlari uchun

Toshkent – 2021

STABIL STENOKARDIYA

O'quv qo'llanma

N.M. NURILLAEVA

Toshkent – 2021

Tuzuvchi:

NURILLAeva N.M. – Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 1 son Ichki kasalliklar kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, dotsent

Taqrizchilar:

SHEK A.B. – O‘zbekiston Respublikasi IAT Kardiologiya Markazining Yurak ishemik kasalliklari va ateroskleroz bo‘limining rahbari, tibbiyot fanlari doktori, professor

GADAEV A.G. – Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 3 son Ichki kasalliklar kafedrasini professori, tibbiyot fanlari doktori

Ushbu o‘quv qo‘llanmasi tibbiyot institutlari talabalari uchun tayyorlangan bo‘lib yurak ishemik kasalligi tashxislash, davolash, stabil zo‘riqish stenokardiyasi nomedikamentoz va medikamentoz profilaktikasi bo‘yicha bilim va ko‘nikmalarini oshirish uchun mo‘ljallangan. Har bir bo‘limda yurak ishemik kasalligi XO, hamda ularga qarshi kurashish tadbirlari batafsil bayon qilingan. Ushbu o‘quv qo‘llanma sog‘lom odamlarda hamda XO mavjud insonlarda oilaviy poliklinikalar, qishloq vrachlik punktlarida hamda ko‘p tarmoqli markaziy poliklinikalarda profilaktika va davo tadbirlarini kuchaytirish zaruriyatidan kelib chiqqan holda bitilgan. Yurak soxasidagi og‘riq muammolari bo‘yicha bilim beruvchi «5510100 - Davolash ishi», «5111000 - Tibbiy pedagogika», «5510300 - Tibbiy profilaktika ishi», «5510400 - Stomatologiya» ta‘lim yo‘nalishlari uchun ushbu o‘quv qo‘llanma tavsiya etiladi.

Подготовленное учебное пособие предназначается для студентов медицинских вузов, магистров с целью повышения их знаний ишемической болезни сердца (ИБС), умений и навыков в вопросах диагностики, лечения, немедикаментозной и медикаментозной профилактики стабильной стенокардии напряжения. В каждом из разделов подробно описаны факторы риска ИБС, меры по борьбе с ними. Назрела необходимость улучшить показатели здоровья и качества жизни, как пациентов с данной патологией для предотвращения развития осложнений, так и здоровых людей в условиях семейной поликлиники и сельского врачебного пункта. Учебное пособие рекомендуется для направлений «5510100 – Лечебное дело», «5111000 - Медицинская педагогика», «5510300 – Медико-профилактическое дело», «5510400 - Стоматология», предоставляющих знания по проблеме болей в области сердца.

The prepared textbook is intended for students of medical universities, masters in order to increase their knowledge of coronary heart disease (IHD), skills in diagnostics, treatment, non-drug and drug prevention of stable angina pectoris. Each of the sections describes in detail the risk factors for coronary artery disease, measures to combat them. There is a need to improve the indicators of health and quality of life, both for patients with this pathology to prevent the development of complications, and for healthy people in a family clinic and a rural medical center. The manual is recommended for the directions "5510100 - General Medicine", "5111000 - Medical Pedagogy", "5510300 - Medical and Preventive Care", "5510400 - Dentistry", providing knowledge on the problem of pain in the heart.

Ilmiy kotib, t.f.d. professor _____ G.A.Ismoilova

GLOSSARIY

AG – arterial gipertenziya
AQB – arterial qon bosim
ABKM – arterial kon bosimning sutkalik monitorlash
AK – kalsiy antagonistlar
ACC/AHA – Amerika kardiologiya kolledji va Amerika kardiologiya assotsiatsiyasi
ASCVD- Aterosklerotik yurak-qon tomir kasalliklari
BAB – beta – adrenoblokatorlar
BH – bel hajmi
DASH - gipertoniyani to‘xtatishda dietik yondashuv
DLP - dislipidemiya
EKJ – Evropa Kardiologlar jamiyati
JZ – jismoniy zo‘riqish
KAG - koronaroangiografiya
QD – qandli diabet
MI – miokard infarkti
PZLP – past zichlikdagi lipoproteidlar
SZS – stabil zo‘riqish stenokardiyasi
SH – son hajmi
TG - triglitseridlar
TV/TVI – tana vazni/tana vazni indeksi
UX – umumiy xolesterin
UASH – umumiy amaliyot shifokori
XO – Xavf omillari
FS – funksional sinf
XS - xolesterin
EKG - elektrokardiografiya
ExoKG - exokardiografiya
YuZLP – yuqori zichlikdagi lipoproteidlar
YuQTK – yurak – qon tomir kasalliklari
YuIK – yurak ishemik kasalligi
YuUS – yurak urish soni

KIRISH

Yurak ishemik kasalliklari (YuIK) butun dunyoda mehnatga layoqatli aholining nogironlashishi va o'limi bilan yakunlashishiga olib keluvchi asosiy sabablardan biridir.

JSST 2012 yilda bergan ma'lumotiga qaraganda, YuQTKdan 17,5 million odam nobud bo'lgan bo'lib, bu umumiy o'lim holatlarining 31%ini tashkil qiladi. Ulardan 7,4 million YuIKdan va 6,7 million insult oqibatida nobud bo'lgan.

75%dan ortiq o'lim holatlari daromadi past va o'rtacha oilalarda yuz bergan. 70 yoshgacha axoli orasida noinfekcion kasalliklardan nobud bo'lgan 16 million axoli tahlil qilinganida 82% holat daromadi past va o'rta bo'lgan davlatlar hissasiga to'g'ri kelgan, 37% o'lim holatining bevosita sababi esa YuQTKlari bo'lgan. Tamaki, spirtli mahsulotlarni iste'mol qilish, ortiqcha vazn, gipodinamiya kabi XOni bartaraf qilish orqali esa bu ko'rsatkichlarni kamaytirish mumkin.

YuQTKlari bilan bemorlarning aksariyatida qandli diabet, ortiqcha tana vazni, gipertoniya kabi bir qator XO aniqlanadiki, ularning barchasi o'z vaqtida tashhishlash va tegishli davo kurslarini o'tkazishni talab qiladi.

JSSTning bevosita rahbarligida barcha a'zo davlatlar (194 mamlakat) YuIKni nazorat qilishning global mexanizmlarini ishlab chiqdi, «2013-2020 yillarga mo'ljallangan YuIK profilaktikasi global faoliyat rejasi» shular sirasidandir. Mazkur rejaga asosan, YuIKdan 2025 yilga kelib o'lim holatlarini 25% kamaytirishni ko'zda tutgan bo'lib, 9ta global tadbirni amalga oshirish orqali erishishga asoslangan. Mazkur maqsadlarning 2tasi bevosita YUIKni profilaktikasiga qaratilgan.

YuQTKlari orasida gipertoniya kasalligi eng og'ir xavf tahdidlaridan biri hisoblanadi. 2014 yilda qon bosimining oshishi (sistolik va diastolik bosim $\geq 140/90$ mm.sim.ust.) 18 yoshdan katta aholining orasida 22%ni tashkil etgan. Global faoliyat rejasining oltita maqsadi dunyoda gipertonik kasalligini 25% gacha kamaytirishni ko'zda tutgan. Mazkur maqsadga erishish uchun spirtli ichimliklar, tamaki mahsulotlari iste'molini kamaytirish, gipodinamiyaga va ortiqcha tana vaznga qarshi kurashish, ratsionda shirinliklar va tuzni kamaytirish kabi umum

milliy siyosat tadbirlarini amalga oshirish ko'zda tutilgan. Gipertoniyani ertaroq aniqlash va samarali davolash uchun barcha XOni e'tiborga olishga to'g'ri keladi.

Global faoliyat rejasining sakkizinchi maqsadi miokard infarkti va insultni profilaktikasi uchun eng kamida ko'rsatmalari bor 50% xastalarni dori darmon va maslaxatlar bilan ta'minlash (glikemiya nazoratini ham e'tiborga olgan holda) tadbirlarga qaratilgan. Infarkt va insultlarning profilaktikasi umumiy yurak qon tomir tahdidini e'tiborga olgan holda kompleks yondoshish, XO erta aniklab, bartaraf kilish kasalliklarni davolashga qaraganda samarali ekanligi ayon bo'ldi.

Mamlakatimiz miqyosida aholiga tibbiy yordam sifatini oshirish, jumladan erta tashxislash usullarini takomillashtirish va YuQTK bilan davolash samaradorligini oshirish bo'yicha maqsadli chora-tadbirlar amalga oshirilmoqda. Bu borada «... mamlakatimizda aholiga ko'rsatilayotgan tibbiy yordamning samaradorligi, sifati va ommabopligini oshirish, shuningdek, tibbiy standartlashtirish tizimini shakllantirish, tashxis qo'yish va davolashning yuqori texnologiyali usullarini joriy qilish, dispanserizatsiyaning samarali modellarini yaratish orqali sog'lom turmush tarzini qo'llab – quvvatlash hamda kasalliklarni profilaktika qilish»

kabi muhim vazifalar O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018 yil 7 dekabrda PF-5590-son «Sog'liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo'yicha kompleks chora-tadbirlar to'g'risidagi»gi Farmonida belgilangan.

Ushbu vazifalarni amalga oshirish aholi orasida YuQTK xavf omillarini erta aniqlash va bartaraf etish, YuIK mavjud bemorlarning davo jarayoniga tarafdorlik darajasini oshirish va samarali tibbiy xizmat ko'rsatishda zamonaviy texnologiyalarni qo'llashni takomillashtirish orqali yurak-qon tomir kasalliklari asoratlarini, nogironlik va o'lim ko'rsatkichlarini kamaytirish, bemor hayot sifati va prognozini yaxshilash imkonini beradi.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 7 fevraldagi PF-4947-son «O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha Harakatlar strategiyasi to'g'risida»gi, 2018 yil 7 dekabrda PF-5590-son "O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo'yicha kompleks chora-

tadbirlar to'g'risida"gi farmonlari, 2018 yil 18 dekabrda PQ-4063-son «Yuqumli bo'lmagan kasalliklar profilaktikasi, sog'lom turmush tarzini qo'llab-quvvatlash va aholining jismoniy faolligi darajasini oshirish chora-tadbirlari to'g'risida»gi, 2017 yil 20 iyundagi PQ-3071-son « O'zbekiston Respublikasi aholisiga 2017-2021 yillarda ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatishni yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida»gi qarorlari hamda mazkur faoliyatga tegishli boshqa me'yoriy-huquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalarni amalga oshirishga mazkur o'quv qo'llanmada muayyan darajada xizmat qiladi.

1. DUNYODA YURAK QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARINING TARQALISHI VA EPIDEMIOLOGIYASI. ILMIY KONSEPSIYA VA PROFILAKTIK STRATEGIYASI

Yurak – qon tomir kasalliklari (YuQTK) dunyoda o‘limga olib keluvchi asosiy sabablardan biridir. Mazkur muammo ayniqsa aholi daromadi past va o‘rtacha bo‘lgan mamlakatlarda katta ahamiyat kasb etmoqda. YuQTKdan o‘limning 80%dan ortig‘i ana shunday mamlakatlarda erkaklar va ayollar orasida deyarli bir xil jadallikda uchramoqda.

Taxlillar shuni ko‘rsatmokdaki, 2017 yilda YuQTK 858 ming odamni umrini olib ketdi, bu ko‘rsatkich avvalgi yillarga qaraganda 5%ga kamroqdir. Bu oxirgi o‘n yillikda eng kichik ko‘rsatkich bulib, Rossiya Sog‘liqni saqlash vazirligi buning asosiy sababi yalpisiga dispanserizatsiya va mamlakatda qon tomir markazlarining ochilishida deb hisoblaydi. Ekspertlarning ta’kidlashlariga ko‘ra, bugungi kunda qon aylanishining buzilishi oqibatida o‘lim holatlariga ko‘proq diqqat e’tibor berilmoqda, chunki bu aholi umri uzunligiga va iqtisodiyotning yaxshilanishiga ijobiy ta’sir ko‘rsatadi.

YuQTKdan o‘lim holatlari 2010 yildan kamaya borganligiga qaramasdan, Rossiyada 47% ga yaqin o‘lim mazkur kasalliklar sababidan bo‘lib qolmoqda.

O‘zbekistonda oxirgi yigirma yil ichida YuQTKdan nobud bo‘lish hollari nisbatan ko‘payib o‘limning tarkibiy qismi jahon ko‘rsatkichlaridan aytarlik farq qilmaydi: 59,3% hollardagi o‘lim aynan shu tizim kasalliklari bilan bog‘liqdir. Respublikamiz SST uchun mazkur muammo birinchi o‘rinda turibdi. O‘lim hollarining tahlili shuni ko‘rsatadiki: 2005 y. – 79120 (56%), v 2006 y. – 80843 (57,9%), 2007 y. – 80320 (58,4%), 2008 y. - 82036 (59,1%), 2009 y. – 79239 (59,3%) odam o‘lgan bo‘lib, ularning 90%dan ortig‘i YuIK, gipertoniya va bosh miyada qon aylanishining buzilishidan nobud bo‘lganlar.

Mehnatga yaroqli yoshda erkaklar orasida o‘lim hollari ayollarga nisbatan ko‘proq bo‘lsada, nafaqa yoshida ularning soni o‘zaro tenglashib qoladi (1-jadval).

1-jadval

YOK tavsiyalarining asosiy holatlari (2015)

Yosh	Erkaklar	Ayollar
45-54	2-5%	0,5-1,0 %
65-74	11-20%	10-14 %
75 va kattalar	20% va ko‘proq	20% va ko‘proq

Stenokardiya xurujlari yosh o‘tgani sayin ko‘payib boradi: 45-54 yoshli ayollarning 0,1-1%, 65-74 yoshli ayollarning 10-15% uchrasa, 45-54 yoshli erkaklarning 2-5%, 65-74 yoshli erkaklarning 10-20%da uchraydi. Aksariyat Evropa davlatlarida stenokardiyaning uchrash chastotasi 1 mln aholining 20 000 – 40 000 tasida uchraydi.

Shuni alohida ta’kidlashimiz lozimki, mazkur populyasiyada bemorlarning faqat 40-50% o‘zlarida stenokardiya mavjudligini bilib, tegishli davo olib yuradi, 50-60% holda kasallik aniqlanmasdan qoladi.

Stabil stenokardiya o‘lim hollari bir yilda 2% tashkil qilgani holda, u 2-3% bemorda nofatal miokard infarkti ro‘y beradi. Stabil stenokardiya bilan og‘rigan bemorlar mazkur tashhis qo‘yilmagan kishilarga qaraganda ikki barobar ko‘proq nobud bo‘ladilar. Rossiya profilaktik tibbiyot ilmiy – tadqiqot markazlarining bergan ma’lumotlariga ko‘ra stenokardiya bilan og‘rigan bemorlar o‘rtacha bu patologiyasiz odamlarga qaraganda 8 yil kamroq umr ko‘radilar.

Fremingem tadqiqotlari natijalari kursatishicha stabil stenokardiya bilan og‘riganlarda nofatal MI va YuIKdan o‘lim holatlari 2 yil ichida erkaklarda 14,3% va 5,5%, ayollarda 6,2% va 3,8% uchragan. Antianginal vositalarni tadqiq qilish markazlarining xulosalariga ko‘ra, yillik o‘lim 0,9-1,4%, MI uchrash jadalligi 0,5%dan (INVEST) 2,6%gacha (TIBET) gacha uchraydi. Stenokardiya

individual prognoz klinik, funksional va anatomik omillarga qarab 10 barobargacha farq qilishi mumkin.

Kasallanish darajasi va profilaktikasini nazorat qilish markazlari ma'lumotlariga ko'ra (Centers for Disease Control and Prevention), agar YUIK bo'lmaganida insonning o'rtacha umri 10 yilga ko'proq bo'lar edi.

YuQTK, ularning xurujlari va asoratlari profilaktikasi uchun quyidagilar lozim:

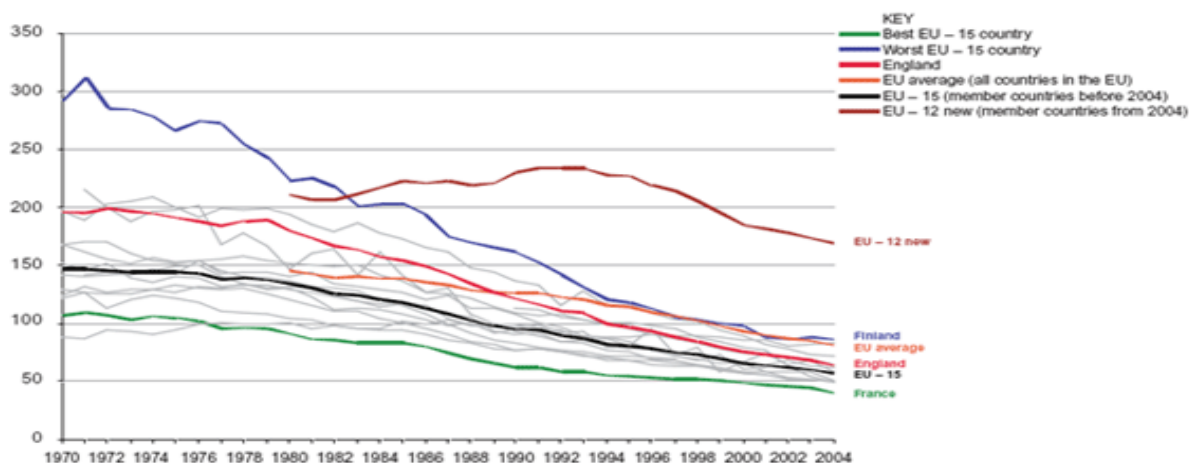
- sog'lom odamlarda XOni ertaroq aniqlash va korreksiyalash (irsiyat, xafaqon, semirish)

- YuQTKlari aniqlanganlarda muntazam tibbiy nazoratni amalga oshirish

- Yirik Xalqaro randomizatsiyalangan tadqiqotlarning natijalarini ya'ni o'z xaqiqiy samaradorligini ko'rsatgan usul va vositalarni mazkur bemorlarga qo'llash.

YuQTK va uning asoratlari bilan kurashishda har bir bosqichning ahamiyati bor: birlamchi profilaktika, erta diagnostika, adekvat ambulator davo, maksimal tezkor diagnostika, muvofiq statsionar davo, xirurgik aralashuvdan keyingi kuzatuv.

YuQTKdan o'lim hollarini kamaytirish uchun sharoiti Rossiyaga o'xshab ketuvchi Finlyandiyadan qiyos olishimiz mumkin. Finlyandiyada o'tgan asrning 60-yillarida YuQTKdan eng katta foiz o'lim hollari aniqlangan, bu genetik anomaliyalar va yog' almashinuvining buzilishi bilan bog'liq (ayniqsa Shimoliy Kareliya hududlarida). Aholining katta foiz qismida xolesterin ko'rsatkichlari yuqori bo'lib, hatto bolalarda ham 300 mg/dl dan yuqori bo'lib, kattalarning ko'rsatkichlaridan ham bir yarim barobar baland edi. Bunday millat tanazzulga uchrashi muqarrar edi. Davlat tomonidan qabul qilingan birlamchi profilaktika, oqilona ishlab chiqilgan dasturlar, eng muhimi aholining bevosita ishtiroki – turmush tarzi va ovqatlanish an'alarining o'zgarishi, 20 yildayoq o'z samarasini berdi - YuQTK dan o'lim hollari 60%ga kamayib, aholining o'rtacha umr davomiyligi ijobiy tomonga o'zgardi. Samaradorlik Angliya, Germaniya (1-rasm, 2-jadval), va hatto boshqa mamlakatlarda – Avstraliya va AQSHda ham yaqqol ko'zga tashlandi.



1-rasm. YuQTK dan oxirgi 20 yil ichida o'lim holatlari dinamikasi

YuIK tarqalishi turmush tarzining o'ziga xosligi, XOga bog'liqligi bugungi kunda barchaga ma'lum. SHu bilan birga uning tarqalishini oldini olish turmush tarzini oqilona tarzda o'zgartirish, klinik alomatlarini paydo bo'lgunigacha va undan keyingi davrlarida kasallik namoyon bo'lishini kamaytirishi isbotlandi.

2-jadval

O'rtacha umr davomiyligi

(JSSTning 2006 yilda bergan ma'lumotlari asosida)

Mamlakat	1987/1988 yillar		2005 yil	
	Erkaklar	Ayollar	Erkaklar	Ayollar
Fransiya	72,6	81,1	76,8	83,9
Finlyandiya	70,7	78,9	75,7	82,4
Germaniya	72,3	79,1	76,5	82,0
Gretsiya	74,1	78,9	76,9	82,1
Yaponiya	75,8	81,9	78,7	85,5
Angliya	72,5	78,2	76,6	81,1
AQSH	71,6	78,6	75,3	80,4

Turmush tarzi va atrof muhitga bog'liq omillar, irsiy omillar o'zaro uyg'unlashib, YuQTKni jadallashtiruvchi yoki sekinlashtiruvchi omillar ya'ni qon zardobida xolesterin, yuqori zichlikdagi lipoproteinlar, glyukoza, tana vazni, trombogen omillarga ta'sir qiladi. Oganov R.G., G.V.Maslennikova (2013), ma'lumotlariga ko'ra dunyoda 7,1 mln odam o'limining asosiy sababi arterial

gipertoniya (AG), 4,9 mln – tamaki iste'moli, 4,4 mln - xolesterin miqdorining oshishi, 2,6 mln - tana vaznining yuqoriligi ekanligi aniqlangan.

Turli xavf omillarning tusatdan o'lim holatlariga ta'sirini o'rganish oqibatida shu narsa ayon bo'ldiki, Rossiya aholisi orasida birinchi uchlikni arterial gipertenziya (35,5%), giperxolesterinemiya (23%) va tamaki iste'mol qilish (17,1%) egallasa, keyingi urinlarda meva sabzavotni etarlicha iste'mol qilmaslik (12,9%), ortiqcha tana vazni (12,5%), alkogolizm (11,9%) va gipodinamiya (9%) tashkil qiladi. Shu bilan birga salomatlikni yo'qotishga olib keluvchi sabablar ham o'xshash bo'lib, ular arterial gipertenziya (16,9%), alkogolizm (15,4%), tamaki iste'mol qilish (13,6%) va giperxolesterinemiya (12,4%), ortiqcha tana vazni (8,9%), meva sabzavotlarni yetarlicha iste'mol qilmaslik (6,9%), gipodinamiya (4,6%) va boshkalar YuQTKlariga olib keluvchi XONing Rossiyadagi katta yoshli erkak va ayollar orasidagi foizi ham yuqori bo'lib, arterial gipertenziya - 40 va 42%, tamaki iste'mol qilish - 60 va 15,5% ni tashkil qiladi.

JSST ma'lumotlariga ko'ra, 2008 yilda gipodinamiya – dunyo aholisini bevaqt o'limga olib kelayotgan kasalliklar orasida XO sifatida to'rtinchi o'rinni egallaydi. Dunyodagi 57 mln o'lim holatlarining 5,3 mln nafari, ya'ni 9% ni gipodinamiya tashkil etadi. Yetarlicha jismoniy faol bo'lmagan odamlarda jismoniy faollarga nisbatan o'lim xavfi 20-30% ga yuqoriligi aniqlandi. Umumjahon bankining 2005 yilda bergan ma'lumotlariga qaraganda kam harakatlik Rossiya aholisining vaqtidan ilgari o'limga olib keluvchi sabablaridan 7chi o'rinni egallaydi.

Mashhur amerikalik mutaxassis S.Blair (2009) gipodinamiya – XXI asrda aholining eng katta muammolaridan biri deb hisoblaydi. Gipodinamiya sog'liqni saqlash tizimining bevosita va bilvosita xarajatlarini oshirib, mehnat unumdorligi va xayot davomiyligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Agar gipodinamiya holatlarini 10% ga qisqartirilsa, yiliga ro'yi zaminda 533 ming odamni, agar 25% ga qisqartirilsa – 1,3 mln odamni saqlab qolish imkoni bo'ladi. Kam harakatlikni bartaraf qilish, aholi xayot davomiyligini oshirishga olib keladi.

Terapevt, kardiolog va nevrolog kabi shifokorlar amaliyotidagi psixosotsial stressning asosiy alomati ya'ni depressiv buzilishlarni o'rganish shuni ko'rsatadiki, bu holat murojaat qilayotgan bemorlarning 46%da aniqlandi. Ushbu holat 23-25%da depressiyaning yengil, 15-16% hollarda o'rta og'ir va nihoyat, 4,5-6,4% xollarda og'ir darajasini tashkil qiladi.

Depressiv buzilishlar erkaklarga nisbatan ayollarda ko'proq uchraydi, (52% va 34% muvofiq tarzda), ular asosan ijtimoiy-iqtisodiy va axloqiy omillar bilan bog'liq. Bu natija depressiyaning gipertoniya va YuIK bilan og'irgan bemorlar hayotiga ta'siri xususida 3-yillik ko'p markazli istiqbolli tadqiqotlar o'tkazishga sabab bo'ldi. Oradan 1,5 yil o'tib bajarilgan oraliq tadqiqotlarda umumiy o'lim ko'rsatkichi depressiya bilan ishonchli birga kelishi va imkoniyatlar nisbati 2,13 tashkil etdi, bu ko'rsatkich chekish XOda 2,23 tashkil etgan.

Shunday qilib, depressiv buzilishlar tibbiyotning eng keng tarqalgan muammolaridan biri bo'lib, birlamchi bo'g'in xodimlari, shu jumladan kardiologlar depressiv buzilishlarni erta aniqlash bo'yicha bilim va ko'nikmalarini oshirishlari, shu orqali kasallik profilaktikasi va davosini yaxshilash mumkinligi aniq bo'lib qoldi.

Epidemiologik tadqiqotlarda aniqlangan barcha XO ham, profilaktik dasturlarni o'tkazishda o'z samarasini bermaydi. Oksidativ stressda antioksidantlarni (vitamin E, C, β -karotinlar) qo'llash, gipergomotsisteinemiyaning korreksiyalashda foliy kislotasi va B guruh vitaminlarni, menopauzada o'rin bosuvchi gormonoterapiya sifatida jinsiy gormonlarni, YuIKigini birlamchi profilaktikasida aspirin, infeksiya profilaktikasi uchun antibakterial terapiyani qo'llash o'zini oqlamadi desa bo'ladi.

Shu bilan birga butun jahonni qamrab kelayotgan yangi XOdan iborat epidemiya to'g'risida yangi ma'lumotlar paydo bo'ldi. Ular orasida ortiqcha TV, semizlik, glyukozaga tolerantlikning oshishi va 2chi tip qandli diabetning ko'payib borayotganligi sir emas. Rossiyada 15 yoshdan katta bo'lgan erkaklar orasida ortiqcha tana vazni (TVI 25 kg/m² va undan baland) va semizlik (TVI 30 kg/m² va undan baland) muvofiq tarzda 44,5 i 9,6% tashkil etgani holda, mazkur

ko'rsakichlar AQSHda (75,6 i 36,5%), Germaniyada (65,1 va 20,9%) va Finlyandiyada (64,9 i 18,9%) ko'rsatkichlarga qaraganda kamroq ekanligi aniq bo'ldi. Rossiya ayollari orasida ortikcha TV (51,7%) va semizlik (23,6%), Germaniya (55,5 va 20,4%) va Finlyandiya (52,4 va 17,8%) kursatkichlari bilan barobar bo'lsa, AQSHdan ortda qolmoqda (72,6 va 41,8%). Bugungi kunda abdominal semizlikka o'ziga xos qiziqish ortmoqda va u YuQTK va 2- tip qandli diabetning rivojlanishida mustaqil XO bo'lib so'nggi yillarda ko'payib bormoqda. 2010 yilda qandli diabetning 2chi turi dunyoda 46% ga ko'payib, Rossiyada mazkur ko'rsatkich 57%ni tashkil etdi.

2014 yilning yanvar-aprel oylarida O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi «Salomatlik-3» Umumjahon banki loyihasi asosida STEPS metodologiyasi vositasida JSST ekspertlari ko'magida noinfeksion kasalliklarda XOni uchrashi darajasi o'rganilib chiqildi. Ko'p bosqichli klaster usulida o'tkazilgan ushbu tadqiqotda 18 - 64 yoshlar oralig'idagi 4350 odamlar ishtirok etdilar. Tadqiqot uch bosqichda olib borildi: respondentlar so'rovi, fizikal tekshiruvlar (bo'yi, vazni, bel-boldir aylanasi, qon bosimi) va biokimyoviy tahlillar (qonda xolesterin va glyukozaning miqdori).

Tadqiqot natijalari O'zbekiston aholisi uchun zudlik bilan faol tadbirlarni qo'llash talab etiladigan bir qator muammoli jihatlarni aniqladi. Ovqatlanish va jismoniy faollik bilan bog'liq muammolar birinchi o'rinda ekanligi ma'lum bo'ldi.

Aholining uchdan ikki qismi (67,2%) kunlik meva sabzavotlarni yetarli miqdorda iste'mol qilmasligi (JSST tavsiya etgan bir kunda 400g dan kam), aholining deyarli yarmida (46,3%) qonda xolesterin miqdorining ko'pligi ($\geq 5,0$ mmol/l) aniqlandi. Shuningdek, axolining qariyb uchdan bir qismida (30,8%) AQB balandligi ($\geq 140/90$ mm rt. st.), 9,1% xollarda qonda glyukoza miqdorining me'yordan ko'pligi ($\geq 6,1$ mmol/l och qoringa) namoyon bo'ldi. Shuningdek, tadqiqotlar mamlakatda alkogol va tamaki mahsulotlari iste'mol ko'lamini ham aniqlab berdi. Jumladan, 18-64 yoshlar oralig'ida alkogol va tamaki mahsulotlarini asosan erkaklar — 30,7% iste'mol qilishi aniqlanib, shulardan oxirgi 30 kun ichida 42,4% mazkur mahsulotlaridan iste'mol qilganligi aniqlandi

(nosvoyni ham qo'shganda). Ayollarda esa mazkur ko'rsatkichlar muvofiq tarzda pastroq, ya'ni — 5,7% va 1,5% ni tashkil qildi.

40-64 yoshlar oralig'idagi O'zbekiston aholisining 20%i YuQTK rivojlanishiga moyil ekanligi va yaqin o'n yil ichida ularda miokard infarkti, insult, buyrak kasalliklari rivojlanish ehtimoli yukoriligini ko'rsatib berdi. Taxlil natijasiga ko'ra mamlakatimizda 9tadan bitta odamda (11%) noinfeksion kasalliklar bo'yicha XOning birortasi aniqlanmagan va asosan yoshlarni tashkil etadi. Aholining 66,4% - 1-2 ta, 22,6% - 3-5ta XO aniqlangan. «Shahar-qishloq» kesimida XO unchalik katta farq qilmasada, faqat, alkogol iste'mol qilish miqdori shaharda - 21%, qishloqda esa - 15,2% tashkil qilgani holda, qonda xolesterin miqdori ham muvofiq tarzda - 51,4% va 39,1% ni ko'rsatdi.

JSST prognozlariga ko'ra, agar muvofiq chora tadbirlar dasturi ishlab chiqilmasa, yaqin 10 yilda noinfeksion kasalliklardan o'lim holati o'rtacha 17% ga oshib boraveradi. Mazkur guruhga mansub kasalliklar har bir oilaga, jamiyatga va davlatga juda katta jismoniy, iqtisodiy, ijtimoiy va ruhiy zarar keltirib boraveradi. Bugungi kunda dunyodagi barcha davlatlardagi noinfeksion kasalliklarni davolashga sarflanadigan mablag' davlat milliy daromadidan mazkur maqsadlar uchun ajratiladigan mablag'dan ko'p bo'lib qolmoqda.

Respublikamizda bugungi kunda sifatli tibbiy yordamni tashkil etish bo'yicha keng qamrovli tadbirlar amalga oshirilayotgan bo'lib, birlamchi tibbiy bo'ginida tibbiy xizmat sifatini maqbullashtirish, tibbiyotga yuqori texnologiyali innovatsion usullarni olib kirish shular sirasiga kiradi. Mazkur maqsadlarni amalga oshirish quyidagi hujjatlarda o'z aksini topgan:

- O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Sh.M.Mirziyoevning 7 fevral 2017 yilda № UP-4947 «O'zbekiston Respublikasini istiqbolda taraqqiy ettirishning 2017–2021 yillarga mo'ljallangan faoliyat strategiyasi»;

- O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 28 noyabr 2011 yildagi № PP-1652 raqamli «Sog'liqni Saqlash tizimidagi islohotlar ko'lamini kengaytirish» qarori;

- O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti Sh.M.Mirziyoevning 20 iyun 2017 yildagi №PP-3071 «O‘zbekiston Respublikasi aholisiga ixtisoslashgan tibbiy xizmat ko‘rsatishning 2017 - 2021 yillarga mo‘ljallangan istiqbolli yo‘nalishlari» va mazkur jabhaga tegishli boshqa huquqiy me‘riy hujjatlar shular sirasiga kiradi.

2. YURAK ISHEMIK KASALLIKLARI HAQIDA TUSHUNCHA.

ETIOPATOGENEZ ASOSLARI

Tarixiy dalillar. Stenokardiya haqida ilk ma'lumotlar 1772 yilda W. Geberden tomonidan kiritilgan bo'lib, u nafas siqilishi va ko'krakdagi bo'g'ilish hollariga nisbatan "ko'krak siqishi" (stenokardiya – «angina») atamasini kiritdi va 200 yildan ortiq o'tgan davrda patologiyaning paydo bo'lishi, rivojlanishi mexanizmlari ancha oydinlashdi.

Patogenez. Rivojlangan davlatlarda ateroskleroz barvaqt nogironlik va o'limning asosiy sababi bo'lib qolmoqda. Bundan tashqari 2020 yilga kelib YuQTK shu bilan birga ateroskleroz bilan kasallanish umumiy kasallikdan aziyat chekayotganlarning asosiy sababiga aylanishi kutilmoqda. Ateroskleroz rivojlanishiga umumiy va tizimli XO bo'lishiga qaramasdan, u malum qon tomir o'zanida rivojlanadi va joylashgan tomir o'zaniga ko'ra xar hil klinik belgilarni namoyon qiladi. Koronar tomirlar aterosklerozi miokard infarkti va stenokardiyaga sabab bo'ladi. Bosh miyani qon bilan taminlovchi tomirlar aterosklerozi tranzitor ishemik ataka va insult rivojlanishiga sabab bo'ladi. Periferik tomirlar aterosklerozi esa o'tib ketuvchi oqsoqlanish, oyoq gangrenasi va oyoqlarning xayotga nomuvofiqlik holatiga olib keladi. Ichki azolarda ichak tutqichining ishemiyasiga sabab bo'ladi. Ateroskleroz buyraklarga bevosita tasir qilishi mumkin (masalan, buyrak tomirlari stenozi) yoki umumiy ateroskleroz sababli tasir qilishi mumkin.

Ateroskleroz sababli kelib chiqqan tomir stenozi ateroskleroz rivojlanishiga moyilligi bor bo'lgan tomir o'zanida, malum arterial o'zanda paydo bo'ladi. Masalan, chap tomonlama proksimal pastga tushuvchi koronar tomir ateroskleroz rivojlanishiga moyil o'zan sanaladi. Ateroskleroz buyrak arteriyasining proksimal qismida, ekstrakranial tomirlardan uyqu arteriyasi bifurkatsiyasida rivojlanishi mumkin. Haqiqatan ham ateroskleroz tomirlar o'zanida gidrodinamika qonunlari bo'zilishiga sharoit bo'lgan, qon – tomirlar shoxlanadigan joylarida kuprok rivojlanadi. Ateroskleroz faqat tomirlar stenozi yoki okklyuziyasi ko'rinishida namoyon bo'lmaydi. Masalan, aortada uchraydigan ektaziya va anevrizma

kasalligi ko‘rinishida ham bo‘ladi. Mahalliy va tomirdagi oqimni cheklab qo‘yuvchi stenoz, okklyuziyaga olib kelmagan intima sklerozi, shuningdek tomirlarning tarqoq shikastlanishi tomir ichini ko‘zdan kechirish va patologoanatomik tekshirishga ko‘rsatma bo‘ladi.

Aterogenez jarayoni ko‘p yillar davomida, odatda bir necha o‘n yillar ichida rivojlanadi. Aterosklerotik pilakchasining o‘shishi bir tekislikda ketmasdan, tez rivojlanish davri va “nisbiy tinchlanish” davrlarining almashinib kelishi bilan kechadi. O‘zoq davom etgan nisbiy tinchlanish davridan keyin ateroskleroz o‘zining klinik belgisini namoyon qilishi mumkin. Aterosklerozning klinik ko‘rinishi surunkali ko‘rinishda zo‘riqish stenokardiyasida yoki ksantelazma ko‘rinishda bo‘lishi mumkin. O‘tkir miokard infarkti, insult, to‘sattan koronar o‘lim holatlari kabi o‘tkir holatlar tomirlarda ateroskleroz borligidan dalolat beradi. Boshqa holatlarda tomirlarda ateroskleroz keng tarqalganligiga qaramasdan, arterial tomir kasalliklarning klinik belgilari namoyon bo‘lmasligi va u o‘limdan keyin aniqlanishi mumkin.

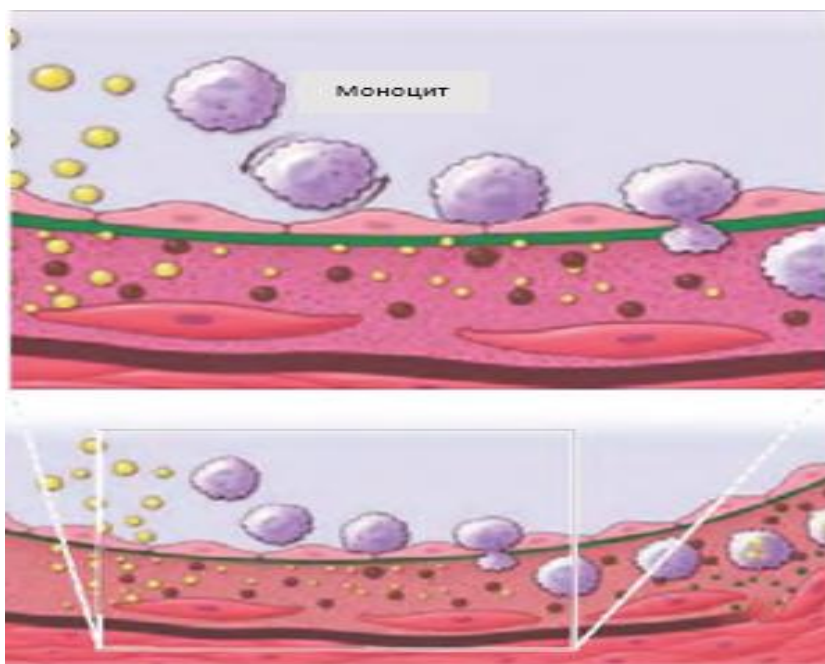
Aterosklerozning boshlanishi. Xayvonlarda va insonlarda o‘tkazilgan eksperimental tekshiruv natijalarining guvohlik berishicha, tomirlardagi yog‘ lipid chiziqlari aterosklerozdan birlamchi zararlanish belgisidir. Bu erta zararlanish tomir intimasida lipoproteidlar yig‘ilishi bilan bog‘liq. Xususan apolipoproteinlar tashuvchi PZL ateroskleroz rivojlanishiga sabab bo‘ladi. Lipoprotein qismlarining bunday to‘planishi tomirlar lipoprotein qismlarining tomirlar devorining o‘tkazuvchanligining oshishi yoki endoteliy ustida to‘planishi sababli bo‘lmaydi. Lipoproteinlar xujayralararo matriks qismlari bilan bog‘lanib, tomirlar intimasida yig‘iladi. Lipoproteinlar arteriya intimasidagi hujayra tashqi qismidagi matriksda proteoglikanlarda to‘planadi. Bu intimadan lipoproteinlarni chiqib ketishini sekinlashtiradi. Bu to‘plangan lipoproteidlar matriks makromolekulalari bilan bog‘lanib saqlanadi va oksidlanish jarayoniga uchrashi mumkin.

Ko‘plab ma’lumotlar shuni ko‘rsatadiki, lipidlarning oksidlanish mahsulotlari aterogenezda patogenetik ahamiyatga ega. Intimaning hujayradan tashqari qismida to‘plangan lipoproteinlar oksidlanish reaksiyalariga sezgir

hisoblanadi. Oqibatda gidroperoksidlar, lizofosfolipidlar, oksisterinlar, fosfolipid va yog' kislotalarining aldegidli parchalanish mahsulotlari paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Apolipoprotein qismining modifikatsiyasi oqsil zanjirining o'zgilishiga va aminokislota qoldiqlariga modifikatsiyalanishiga olib keladi. Yallig'lanish hujayralari bilan bog'liq holda mieloperoksidaza ta'sirida gipoxlorid kislota ishlab chiqarilishi, xlorotirozil qoldiqlari kabi pilakchani xlorlanishiga olib keladi. Ko'p ma'lumotlar aterosklerotik zararlanishda bunday oksidlanish mahsulotlari bo'lishini ko'rsatmoqda.

Leykotsitlarni jalb qilinishi. Leykotsitlarning to'planishi aterosklerotik zararlanishning erta belgisidir. Aterogenez jarayonida o'zida yallig'lanish hujayralarini saqlaydi. Ateromaning rivojlanishida quyidagi yallig'lanish tipidagi hujayralar monotsit, makrofag, dendrit hujayralar, T va B limfotsitlar, semiz hujayralar ishtirok etadi. Giperoxolesterinemiya qondagi yallig'lanish oldi monotsitlarining ko'payishiga olib keladi. Bir qancha adgeziyalovchi molekulalar va leykotsit retseptorlari arteriyaning endotelial hujayralari yuzalariga kelishiga olib keladi. Yallig'lanish oldi sitokinlari leykotsitlar adgeziyasini kuchaytiradi. Laminar oqim - normal tekis arteriyalari o'zanida leykotsitlar adgeziyasini kamaytiradi. Tartibli, pulsatsiyalovchi laminar oqim tomir devorida endoteliy hujayralaridan azot oksidi ajralishini kuchaytiradi. Bu molekulalar xatto kam miqdorda ajralganda ham tasir qilishi mumkin. Endoteliy hujayralariga qavatmaqavat siljuvchi bosim tasirida endoteliyning foydali vazifalarini, jumladan azot oksidi ajratilishini taminlovchi Kruppel faktori (KLF 2) ajralib chiqishi kuchayadi. Endoteliy hujayralariga tasir etuvchi laminar siljish bosimi tasirida endoteliy hujayralaridan antioksidant ferment superoksiddismutaza ajralishi stimullanadi. Bu misollardan ko'rinib turibdiki, qon gemodinamik kuchi endoteliydagi hujayraviy jarayonlarga ta'sir etadi. Qon oqimi past bo'lgan sohalarda siljish bosimi past bo'lganligi sababli aterosklerotik jarayon rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratiladi. Endotelial hujayralarning yuzasiga arterial adgezion retseptorlar orqali mustahkamlangandan so'ng leykotsitlar endotelial qavatga kiradi va intimaga joylashadi. Lipoprotein hosilalari, sitokinlar (oqsilli yallig'lanish mediatorlari)

leykotsitar to‘plamdagi molekularlar adgeziyasini boshqaradi. Masalan, interleykin -1 (IL-1) va o‘sma nekrozi omili endotelial hujayralarga leykotsitlar adgeziya molekularini indutsirlaydi. Lipoproteinlarning oksidlanish mahsulotlari tomir devoridan sitokinlar ajralishini kuchaytiradi. Xemoatraktant sitokinlar arterial devorlarga leykotsitlar migratsiyasini kuchaytiradi.



2 - rasm. Arteriyaning ko‘ndalang kesimi.

Ateromaning rivojlanish bosqichlari tasviri, chapdan o‘nga. YUqoridagi 2chi rasmda aterogenez detallari ko‘rsatilgan. Endotelial monotsitlar yuqorisida intima bilan qon kontakti. Giperxolesterinemiya past zichlikdagi lipoproteinlar (PZLP) qismlarini (rasmdagi sariq sfera) intimaga to‘planishini taminlaydi. Lipoprotein qismlari xujayra tashqarisidagi matriks komponentlari, asosan proteoglikanlar bilan birikadi. Intimadagi sekvestr lipoproteidlarni bir qancha plazma antioksidantlaridan ajratilib turadi va oksidlovchi modifikatsiyani tashkil qiladi. Lipoproteinlarning modifitsirlangan qismlari (rasmdagi qora sfera) lokal yallig‘lanish reaksiyalarini chaqirishi mumkin. Bu esa keyingi shikastlanishlarni shakllanishida signal vazifasini bajaradi. Leykotsitlar uchun turli adgeziya molekularini ekspressiyasining oshishi zararlangan arteriya qismlariga monotsitlarni jalb qiladi.

Ko‘pik hujayraning shakllanishi. Intimada joylashgan mononuklear fagotsitlardan makrofaglar va ko‘pikli hujayralar shakllanadi. Taxmin qilish mumkinki, LDL “klassik ” retseptorlari lipidlarni so‘rilishiga tasir etadi. Bazi genetik o‘zgarishlar sababli PZLP effektiv retseptorlarini bo‘lmaganligi uchun (oilaviy giperxolesterinemiya) arteriyalarning keng miqyosda zararlanishi va ekstraarterial makrofaglardan shakllangan ko‘pik hujayrali ksantomalar rivojlanishi mumkin. Bundan tashqari, ekzogen xolesterin LDL retseptori ekspressiyasini pasaytiradi. Shuning uchun PZLPlar uchun hujayra yuzasidagi retseptorlar soni xolesterin miqdori ko‘p bo‘lganda kamayadi. Lipid yuklamasiga tasir etuvchi ko‘pikli hujayralar o‘zida makrofag “tozalovchi” retseptorlarini saqlaydi va bu endotsitoz modifitsirlangan retseptorlardir. Juda past zichlikdagi lipoproteidlar va past zichlikdagi lipoproteidlar oksidlanishiga tasir etuvchi retseptorlar ham lipid yuklamasiga tasir etadi. Monotsitlarni intimadagi endoteliyga migratsiyasi lipid chiziqchalarining shakllanishidagi muhim qadam hisoblanadi.

Ateroma rivojlanishi va asorati. Odatda lipid chiziqlari aterosklerotik pilakchani tezroq rivojlantirsa ham, barcha lipid chiziqlari ham murakkab ateromani rivojlantirmaydi. Mononuklear fagotsitlar tomonidan hujayra tashqarisidagi bo‘shliqdan yutilgan lipidlar kabi “tozalovchi” retseptorlar tutuvchi hujayralar tomonidan zararlashni boshlagan lipoproteinlarni ham olib tashlashi mumkin. Bir qancha lipidlar makrofaglar bilan arteriya devorida qolishi mumkin, agar lipidlar arteriya devorida qolsa mononuklear fagotsitlar orqali yoki boshqa yo‘llar bilan lipidlar bartaraf etilishi mumkin.

Gemopoetik o‘shish omili tasirida aterosklerotik pilakchadagi makrofaglar proliferatsiyalanadi. Zararlangan soha yuzasiga lokal lipidlarning to‘planishiga fagotsitlarning eksporti sifatida javob beradi. Boshqa mexanizm teskari xolesterin transporti yuqori zichlikdagi lipoprotein (YuZLP) bilan bog‘lanib, lipidlarning ateromadan olib chiqib ketilishini taminlovchi mustaqil yo‘lni tashkil etadi. Bu mustaqil yo‘l hujayra yuzasidagi maxsus molekula, qaysiki ATF bog‘lovchi transportyorga (AVS) o‘xshash molekula orqali amalga oshadi. Tanjere kasalligida

AVSA1 geni mutatsiyaga uchragan bo‘ladi. Kasallikda YUZLP miqdori keskin kamayib ketgan bo‘ladi. Bunda yuqori zichlikdagi lipoproteidlarga xolesterinning tashilishi, yangi lipoproteid qismlarining hosil bo‘lishi va AVSG1 geni YuZLP qismlarining etilishi buziladi. “Xolesterinning teskari transporti” AVS transportyorlar orqali YuZLP larga xolesterin kelishini taminlaydi. V1 va boshqa retseptorlar lipoproteidlarni gepatotsidlarga olib kelinishini amalga oshiradi. Jigar hujayralari sterolni yog‘ kislotalariga metabolizmlaydi va ekskretsiya qiladi. Shuning uchun, makrofaglar aterogenez jarayonida arteriya devorida lipidlarning to‘planishida hayotiy muxim ahamiyatga ega.

Ba’zi lipidlar bilan ko‘pik hujayralar intimada zararlanish kengayayotganda nobud bo‘ladi. Bazi ko‘pik hujayralar esa apoptoz, yani hujayraning dasturlashtirilgan o‘limi sababli nobud bo‘ladi. Bu mononuklear fagotsitlarning nobud bo‘lishi – aterosklerotik pilakchani tashkil etuvchi, markaziy lipidlarga boy bo‘lgan nekrotik yadroni tashkil etish uchun sarflanadi. Pilakchadagi o‘lik ko‘pik hujayralarning (efferotsitlar) etishmovchiligi lipid yadro shakllanishini tezlashtiradi. Modifitsirlangan lipoproteinlarga to‘yingan makrofaglar mikroqismlar va ekzosomalar (o‘zida boshqaruvchi mikro RNK saqllovchi), sitokinlar, o‘shish omillari ishlab chiqishi mumkin. Bular o‘z navbatida hujayradagi zararlanish hodisalari haqida qo‘shimcha signal vazifasini bajaradi. Lipidlarga to‘yingan makrofaglarning to‘planishi, lipid chiziqlarining shakllanishi, hujayra tashqarisida fibroz to‘qimaning rivojlanishi aterosklerotik zararlanishning tezlashishiga olib keladi. Silliq mushak hujayralari aterosklerotik zararlanishda ahamiyatli bo‘lgan hujayra tashqarisidagi matriksni ishlab chiqaruvchi hujayradir. Mononuklear fagotsitlardan ishlab chiqariluvchi qator o‘shish omillari yoki sitokinlar hujayra tashqarisidagi matriks tarkibiy qismlarini ishlab chiqarilishini va silliq muskul hujayralari proliferatsiyasini stimullaydi.

Pilakchada aniqlangan sitokinlar, qaysiki IL-1 va TNF mahalliy o‘shish omili ishlab chiqarilishini kuchaytiradi. Fibroblastlar va trombositlar o‘shish omili pilakchanning rivojlanishiga va asoratlanishiga sabab bo‘ladi. Zararlanish natijasida T hujayralar faollanishidan ajralib chiquvchi boshqa sitokinlar, asosan interferon-

U (IFN-U) silliq mushak hujayralaridan interstitsial kollagen sintezlanishini chegaralaydi. Bu misollardan ko'rinib turibdiki, aterogenez jarayoni o'zida murakkab bosqichlardan iborat. Har bir bosqich alohida xususiyatlarga ega. Silliq mushak hujayralarining to'planishi va ularning hujayra tashqarisidagi matriksni ishlab chiqarishi kritik o'tish sohasini tashkil etadi. Makrofag yig'ilgan ko'pik hujayra bilan yog' va fibroz to'qimasidan tashkil topgan zararlanish sohasi kritik o'tish sohasining tarkibiga kiradi. Masalan, trombotsitlar, makrofaglar va endotelial hujayralar tomonidan ishlab chiqarilgan PDGF odatda intimaning o'rta qismida uchrovchi silliq mushakli hujayralarni migratsiyasini stimullaydi. Bunday o'sish omillari va sitokinlarning lokal ishlab chiqarilishi ateriosklerozning patogenezi, XO, asoratlari haqidagi mexanizmlarni tushunishda yordam beradi.

Kichik tomirlar. Aterosklerotik shikastlanishi kuchaygan sari kichik tomirlar va boshqa tomirlar o'rtasida aloqa paydo bo'ladi. Bu qon tomirlari qon yuzasi bo'ylab qonning chiqib va kirishini ta'minlaydi va shu bilan ateroma yuzaga keladi. Kichik tomirlardagi pilakchalarning yorilishi qon oqishiga olib keladi. Bunday qon oqishi trombotsitlarni joyida hosil bo'lishini ta'minlaydi, maxalliy trombin sillik muskullarni va endotelial xujayralardagi retseptorlarni faollashtiradi. Aterosklerotik pilakcha fibrin va gemosiderindan iborat. Pilakchaning bunday murakkabligi kon ketishida xam xissa kushadi.

Kalsifikatsiya. Kalsiy ateriosklerotik pilakcha hosil bo'lishida ishtirok etadi. Mikropufakchalar hosil bo'lishi kalsiylanish jarayonini tezlashiradi va bu o'z navbatida yallig'lanishga olib keladi. Aterosklerotik pilakchaning minerallashuvi suyak formasining o'zgartiruvchi omillardan biridir va o'z ichiga Runx -2 faktorini xam oladi.

Pilakchaning rivojlanishi. Aterosklerotik pilakcha tarkibida silliq mushakli xujayralar va makrofaglar nobud buladi. Murakkab ateroma odatda fibrin xarakterga ega bo'lib kam holatlarda yallig'lanadi. Silliq mushakli hujayralar nobud bo'lishi natijasida ular apoptozga uchraydi. Aterosklerotik pilakcha rivojlanayotgan paytda kiyin va balans buzilgan xolatda lipoproteinlar va leykotsit xujayralar proliferatsiyasi va xujayraning nobud bo'lishi va qaytadan hosil bo'lishi

va kalsi-fikatsiyalanish va neovaskulirizatsiyalanish yallig'lanishga xissa qo'shadi. Bunga ko'p omillar ta'sir ko'rsatadi: sigaret chekish, lipoproteinlar tarkibining o'zgarishi va angiotin II faktori. Yalliglanishning kelib chiqishi hujayralarning sitokin va ichki tomirlar va leykotsitlarning patologik murakkab yallig'lanishiga olib keladi.

Aterosklerozning patofiziologik oqibati. Aterosklerotik zararlanish g'arb jamiyatining barcha joyida uchraydi, kasallikning tarqalganligi esa butun dunyoda aniqlanadi. Ko'pincha ateroskleroz hech qanday simptomga sabab bo'lmaydi va ko'pchiligi klinik belgilarni namoyon qilmaydi. Ko'pchilik diffuz ateroskleroz bilan kasallangan bemorlar kasallik bilan bog'liq bo'lmagan holda aterosklerozning klinik belgisini hech qachon namoyon qilmaydi. Ateroma shakllanishi vaqtidagi remodellanishi aterosklerotik zararlanishning klinik namoyon bo'lishini o'zgaruvchanligini namoyon qiladi (2-rasm). Ateroma rivojlanishining boshlang'ich davrida pilakcha odatda abluminal yo'nalishda tashqariga o'sadi. Aterogenez rivojlanayotgan tomir diametri kattalashadi, bu kompensator kengayish tomir remodellanish turidir.

Arteriya yuzasida aterosklerotik pilakcha ichki elastik qavatni qoplashi 40%dan ko'p bo'lmagunicha o'suvchi ateroma hujum qilmaydi. Shunday qilib, rivojlangan ateroma butun hayoti davomida to'qimalar perfuziyasini chegaralaydigan darajada stenoz chaqirmaydi. Oqimni chegaralaydigan darajadagi stenoz pilakcha hayotining so'nggi davrlarida shakllanadi. Ko'pchilik bunday pilakchalar oyoqlarda o'tib ketuvchi oqsoqlanish yoki yurakda stenokardiya kabi turg'un sindromlarni chaqiradi. Koronar qon aylanishi va boshqa qon aylanish tizimlarida ateroma sababli to'liq tomir okklyuziyasi rivojlanganda ham infarktga olib kelmaydi. Qayta ishemik hurujlar miokardda kollateral tomirlar shakllanishini gipoksik stimullaydi. Bu epikard koronar tomirlarini o'tkir okklyuzion oqibatini yengilroq kechishiga olib keladi. Bunga qarama qarshi tomonda ko'p zararlanishlar ayniqsa, koronar qon aylanishidagi zararlanishlar oqimni chegaralaydigan darajada stenoz bo'lmaganda ham o'tkir yoki nostabil aterosklerotik sindromni chaqiradi.

Bunday zararlanishda uchrovchi tomir devori va bo'shlig'idagi minimal notekisliklar ananaviy arteriografiyada ko'rinishi mumkin va bu arteriografik ahamiyatli mezonlarga kirmaydi. Bunday nooklyuzion stenozga olib keluvchi tromblar miokard infarkti chastotasini tushuntiradi. Bunday tromblar yurak ishemik kasalligining boshlang'ich bosqichlarida (3 ta bemorning bittasida) anamnezida stenokardiya bo'lmasada miokard infarktiga olib keladi. O'tkir va nostabil sindromlar oqimni chegaralaydigan stenoz rivojlangandagina yuzaga keladi.

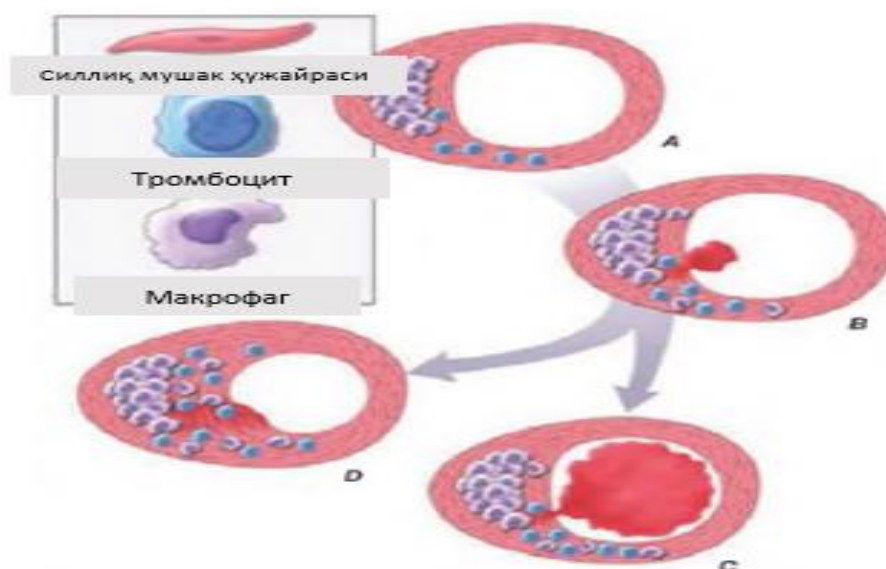
Keltirilgan 3 – rasmda:

A. Aterogenez davomida arteriya remodellanishi. Ateroma hayotining boshlang'ich qismi, ichki devor tomonga o'sishi va tomir o'tkazuvchanligining hali saqlanib turganligi. Bu kompensator kengayish bo'lib, aterosklerozning boshlang'ich darajalarida koronarografiyada aniqlanadi.

B. Pilakcha ustidagi fibroz qobig'ining yorilishi yoki yirtilishi trombozga sabab bo'ladi. Pilakchaning fizik buzilishi odatda arterial trombozga olib keladi. Qonning koagulyatsion omillari arteriyadagi hujayra tashqarisidagi matriks bilan va zararlangan sohaning ko'pik hujayrali lipid o'zagi bilan trombogen kollagen kontakti natijasida faollashadi. Yorilgan pilakcha sohasi tromboz o'chog'iga aylanadi. Normal artereya devori bir qancha fibrinolitik va antitrombotik mexanizmlarni o'zida saqlaydi. Bu tromb hosil bo'lishni boshlagan sohada trombnitritadi va tromb hosil bo'lishiga qarshi turadi. Bunday antitrombotik va trombolitik molekulalarga to'qima plazminogen aktivatori, trombomodulin va urokinaza, proteoglikanlardan geparinsulfat, prostotsiklin va azot oksidi kiradi.

S. Qachonki tromb endogen fibrinolitik mexanizmlarni sarflab bo'lganidan so'ng tarqalishi mumkin va arteriyaning bekilib qolishiga olib keladi. Bu okklyuziya oqibati kollateral tomirlarning qay darajada mavjudligiga bog'liq. Surunkali multitomir okklyuzion yurak ishemik kasalligi bilan kasallangan bemorlarda kollateral kanallar tez hosil bo'ladi. Bunday holatda, xattoki arteriya to'liq bekilganda ham miokard infarkti (MI)ga olib kelmasligi mumkin, yoki oddiy kechishi mumkin yoki qo'shimcha oqim hisobiga S-T segment elevatsiyasiz

miokard infarkti bo‘lishi mumkin. Kasallikning kechki bosqichlaridan oldin va stenotik zararlanishsiz kechganda kollateral tomirlar shakllanishiga stimullaydi. Pilakchanning to‘stattan yorilishi va arteriyaning bekilib qolishi S-T segment elevatsiyali miokard infarktiga olib keladi. Bu tipga kiruvchi bemorlarda koronar arteriyalar aterosklerozining birinchi klinik namoyon bo‘lishidayoq miokard infarkti yoki to‘stattan o‘lim kuzatiladi. Bazi holatlarda tomir okklyuziyasiz devor oldi trombi shakllanadi. Bunday hollarda klinik belgilar namoyon bo‘lmaydi.

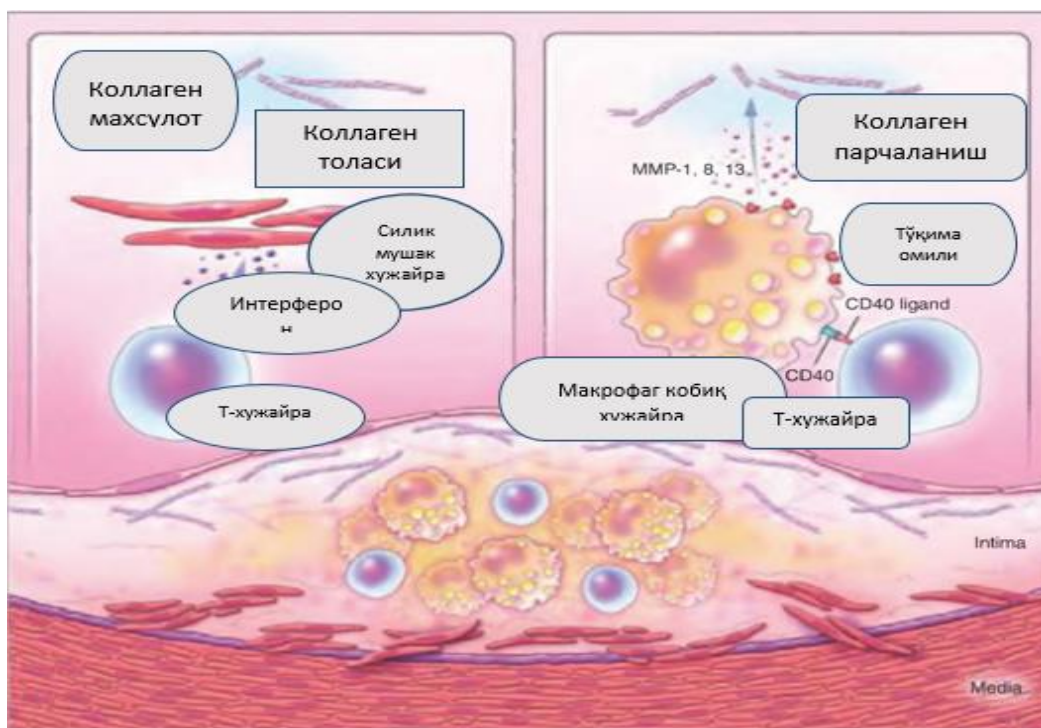


3-rasm. Pilakchanning yorilishi, trombozi va bitishi

D. Trombin – induksirlangan fibroz va yaraning bitishi fibroproliferativ javobni chaqiradi. Bu kuchliroq fibroz shikastlanishga olib keladi. Natijada ekssentrik ko‘rinishdagi gemodinamik sezilarli stenoz rivojlanadi.

Shunday qilib, nooklyuzion tomir oldi trombi xattoki klinik belgilar namoyon bo‘lmaganda ham yoki nostabil stenokardiya va miokard infarktini chaqirganda ham fibroz zararlanish va lyuminal zararlanishni kuchaytiradi. Bunday hollarda yupqa fibroz qobiqli “yaralangan” ateromalar, “stabil” mustahkam qobiqli ateromalardan ko‘ra yorilishga moyil bo‘ladi. Koronar arteriyalar nostabil zararlanishida angioplastika zararlanishni “stabillashi” mumkin va yaralanishning bitishiga olib keladi.

Pilakchaning nostabilligi va yorilishi. Murda yorilgandan keyin patologoanatomik tekshirilganda asosida kritik stenozga olib kelmaydigan “nostabil” pilakcha yotgan mikroanatomik substratni ko‘rish mumkin. Endoteliyning yuzaki eroziyasi yoki pilakchaning ochiq yorilishi yoki yoriqlar odatda tromb rivojlanishiga olib keladi. Bu nostabil stenokardiya epizodlariga olib keladi. Yoki rivojlangan doimiy tromblar o‘tkir miokard infarktiga olib keladi (4 - rasm). Pilakchaning fibroz qobig‘ining yirtilishi makrofagal ko‘pik hujayralarga boy bo‘lgan lipid yadroli pilakcha qismining qon ivish omillari bilan va to‘qima trombogen omili bilan kontaktiga sabab bo‘ladi. Agar nooklyuzion yoki tranzitor tromb kelib chiqsa, pilakchaning buzilishi simptomlarga sabab bo‘lmasligi mumkin yoki epizodik ishemiya simptomlar, tinch holatdagi stenokardiya olib kelishi mumkin. Okklyuzion tromb ko‘pincha o‘tkir miokard infarktiga olib keladi. Asosan yaxshi rivojlangan kollateral tomirlar mavjud bo‘lmagan zararlanish sohalarida uchraydi. Pilakchaning qayta yorilishi epizodi va pilakchaning yaxshilanishi yagona mexanizm - murakkab fibroz zararlanishdan ko‘ra yog‘ chiziqlari mexanizmi orqali taminlanadi. Arteriyaning shikastlangan qismining bitishi xuddi teridagi yaraning bitishi kabi hujayradan tashqari matriks va fibroz rivojlanishini o‘z ichiga oladi. Barcha ateromalar ham yorilishga moyillikni namoyon qilavermaydi. Kasallikda uchragan zararlanishni patologik tekshirishlar ko‘rsatadiki, o‘tkir miokard infarktida qator o‘ziga hosliklar aniqlangan.



4 - rasm. Aterosklerotik pilakchani yallig‘lanishi pilakchani yorilishi va tromboziga moyilligiga olib keladi.

Tromboz chaqirgan plastinkalar tolasimon yupqa qobiqqa ega, lipid yadrosi nisbatan katta, makrofaqlarga boy, tomirning tashqi remodellanishi va dog‘li (zichlashgan) kalsifikatsiyalarga egadir. Kasallikning morfometrik tekshirishlari ko‘rsatishicha, pilakcha yorilgan sohaga makrofaqlar, T limfotsitlar ko‘plab kelishi va nisbatan ko‘p bo‘lmagan silliq mushak hujayralari aniqlanadi. Yorilgan pilakcha sohasiga faollangan yallig‘lanish hujayralari markyorlari aniqlanadi. Bundan tashqari, faol ateroskleroz va o‘tkir koronar sindrom disseminirlangan yallig‘lanish belgilari bilan namoyon bo‘ladi. Yallig‘lanish mediatorlari pilakcha fibroz qobig‘ining yorilishga moyilligini oshiruvchi tasir etadi. Masalan, yuqorida takidlangandek, aterosklerotik pilakchada joylashgan T hujayralar ishlab chiqaruvchi IFN-u sitokinlari silliq mushakli hujayralardan kollagen sintezi va o‘shisini ingibirlaydi. Aktivlangan makrofaqlar va T hujayralar ishlab chiqargan sitokinlar pilakchani fibroz qobig‘ining hujayradan tashqari matriksidagi holatini yomonlashtiruvchi proteolitik fermentlar ishlab chiqarilishini kuchaytiradi.

Shunindek, yallig‘lanish mediatorlari kollagen sintezini buzadi, hujayra tashqarisidagi matriks makromolekulalari degradatsiyasini kuchaytiradi va pilakcha yuzasidagi fibroz qobiqni yorilishga moyilligini oshiradi (4 - rasm). Pilakcha yaralanishining o‘ziga xosligidan farqli ravishda, zich ekstratsellyulyar matritsa va nisbatan qalin fibroz qobiqli, lipid omillarsiz yorilishga chidamli bo‘lgan va trombozga olib kelishi qiyin bo‘lgan tomoni bor. Aterosklerotik pilakchanning funksional o‘ziga hosligi, bo‘shliqqa xujum qilishi ushbu kasallikning klinik namoyon bo‘lishiga tasir etadi. Ushbu keng tushunchalardan ma’lum bo‘ldiki, kasallik uzoq vaqt klinik namoyon bo‘lmasligi mumkin yoki stabil holatda bo‘lishi mumkin va ba’zi vaqtlarda o‘tkir asoratlarni namoyon qilishi mumkin. Aterogeneznining nisbatan chuqurroq tushunchalari XOga bog‘liq bo‘lgan yangi mexanizmlarini o‘rganishga olib keladi. Bu esa yangi zamonaviy davolash usullarini ishlab chiqishni taqozo etadi.

Aterosklerotik pilakchanning ko‘ndalang kesimi tasviri rasmning pastki qismida ko‘rsatilgan. Rasmda markaziy lipid yadro va uning tarkibiy qismlari bo‘lgan lipidli makrofagdan iborat ko‘pikli hujayra (sariq) va T – xujayra (ko‘k) ko‘rsatilgan. Arteriyaning intima va mediya qavatlarida shuningdek silliq mushak hujayralarini (qizil) o‘zida saqlaydi. Bu hujayralar arterial kollagenning asosiy manbai hisoblanadi (rasmdagi uch karra spiral aylangan struktura). Faollashgan T-hujayralar (1-tip T helper tipi ostiga tegishli) sitokin hisoblangan interferon sekretsiyalaydi. Interferon fibroz pilakchani himoya qobig‘ini texnik yangilab turish uchun zarur bo‘lgan interstitsial yangi kollagen ishlab chiqarilishini ingibirlaydi (yuqorigi chap burchak). T hujayralar zararlangan intimadagi makrofaglarni yallig‘lanish mediatorlari SD 40 ligand (SD154) ekspressiyasi yo‘li bilan aktivlashtiradi. Fagotsitlar (SD40) retseptorlarini o‘ziga jalb qiladi va band bo‘ladi. Yallig‘lanish signallari interstitsial kollagenezaning ortiqcha ishlab chiqarilishiga olib keladi (matriks metalloproteazasi (MMR) 1,8 va 13. Qaysiki kollagenning buzilishining boshlang‘ich chegaralanishi tezligini katalizlaydi (yuqori tepa qismda).

Ligirlangan SD40 makrofaglar prokoagulyant to‘qima omillarini ortiqcha ishlab chiqarilishiga olib keladi. Shuning uchun yallig‘lanish signalizatsiyasi kollagenning sintezini va uning pilakcha fibroz pardasiga joylashishini buzadi. Bu o‘z navbatida pilakcha yuzasidagi fibroz pardaning yorilishiga sabab bo‘ladi. Yallig‘lanish faolligi zararlangan pilakcha yuzasida tromb hosil bo‘lishiga olib keluvchi to‘qima omillarini ishlab chiqarilishini kuchaytiradi. Bu yallig‘lanish mexanizmlari aterosklerozning trombotik asoratlarini sababi bo‘ladi, shuningdek o‘tkir koronar sindromga ham taaluqlidir.

Stenokardiyaning **patomorfologik substrati** deyarli hamma vaqt koronar arteriyalarning aterosklerotik torayishi hisoblanadi. Stenokardiya aksariyat hollarda jismoniy zo‘riqish mahali yoki stress holatlarida paydo bo‘lib, koronar arteriyalarning 50-70% toraygan hollarida namoyon bo‘ladi. Koronar arteriyalar stenoz qanchalar kuchli bo‘lsa, stenokardiya shunchalik og‘ir kechadi. Stenoz darajasi, aterosklerotik do‘mboqchalar sohasidagi silliq mushak tolalarining tonusi o‘zgarishi bilan bog‘liq bo‘lib, jismoniy zo‘riqishlar mahali ayniqsa kuchli namoyon bo‘ladi.

3. STABIL ZO‘RIQISH STENOKARDIYASINING KLINIKASI. XAVFLI OMILLAR VA ULARNI ANIQLASH USULLARI

Stenokardiya – jismoniy yoki ruhiy zo‘riqishda miokardning kislorodga bo‘lgan ehtiyoji oshib ketishi oqibatida yuz beruvchi mutloq yoki nisbiy koronar etishmaslikdan kelib chiqadi. Buning oqibatida yurak sohasida stenokarditik xarakterga ega bo‘lgan og‘riqlar kelib chiqadi. Stenokardiya koronar arteriyalar aterosklerozining klinik alomatidir. Katta yoshli erkaklar, dislipidemiya, xafaqon, tamaki va spirtli mahsulotlar iste‘moli, yurak maromining tezlashishi, gemostazning buzilishi, gipodinamiya, ortiqcha vazni kabi XO stenokardiya paydo bo‘lish ehtimolini bir necha karra oshiradi. YuIK alomatlari paydo bo‘lganidan keyin XO o‘z ta‘sirini ko‘rsatishda davom etadi va prognozni yomonlashtiradi, shu boisdan ularni korreksiyalash va ikkilamchi profilaktikani amalga oshirish muhim omillardandir.

YuIK dagi XO nima? XO – odatlar va xulq atvorning turmush tarzi bilan bog‘liq o‘ziga xosligi, hamda bir qator irsiy omillar bo‘lib, kasallikni paydo bo‘lishi va zo‘rayishiga olib keladi. Ularning bartaraf etiladigan va bartaraf etib bo‘lmaydigan turlari mavjud.

Bartaraf etib bo‘lmaydigan XO: jins (asosan erkaklar); yosh (erkaklarda 44 yosh, ayollarda 55 yoshdan katta); nasliy moyillik, erkaklar tomondan qarindosh urug‘lari orasida 55 yoshgacha, ayollar tomonidan 55 yoshdan keyin kardial to‘satdan o‘lim hollarining yuz bergani kabilardir.

Bartaraf etib bo‘ladigan XO: arterial gipertenziya; chekish; dislipoproteidemiya; qandli diabet; ortiqcha tana vazni; gipodinamiya; stresslar.

Xavf guruhiga kimlar kiradi? Jins va yosh: erkaklar 40, ayollar 55 - 60 yoshdan keyin (klimakterik davrda); nasliy moyillik: qarindoshlarda shunday muammolar yuz bergan bo‘lsa XO 30%ga oshadi; chekish; arterial gipertenziya; gipodinamiya, surunkali stresslar; moddalar almashinuvining buzilishi: qandli diabet, semizlik, podagra.

Stenokardiya **klirik diagnostika** anamnezni diqqat bilan yig'ish va bemorni ko'rikdan o'tkazish orqali qo'yiladi. Boshqa barcha tekshirish usullari diagnostika tasdiqlash yoki istisno qilish, kasallik kechishining darajasi, prognozi, davolash samaradorligini aniqlash maqsadida o'tkaziladi.

Birlamchi ko'rikda ob'ektiv tekshirishlar natijalari ayon bo'lguniga qadar bemor shikoyatlarini baholash lozim bo'ladi (1-jadval). Ko'krak qafasidagi og'riqlarni lokalizatsiyasi, og'riqni keltirib chiqaruvchi yoki bartaraf etuvchi omillarga qarab baholanadi: tipik stenokardiya, atipik stenokardiya, kardialgiya (ko'krak qafasidagi nokoronar og'riqlar).

3-jadval

Ko'krak qafasi og'riqlarining klinik tasnifi (Diamond A. G., 1983)

<u>Tipik stenokardiya (aniq)</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. To'sh ortidagi o'ziga hos og'riq yoki diskomfort 2. Jismoniy zo'riqish va ruhiy stresslar mahalida yuzaga keladi. 3. Nitroglitserin qabulidan keyin yoki dam olganda o'tib ketadi.
<u>Atipik stenokardiya (ehtimol)</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Yuqorida keltirilgan alomatlarining ikkitasi qo'shilib keladi. 2. Miokard ishemiyasi bilan bog'liq bo'lmagan ko'krak qafasi og'riqlar 3. Yuqoridagi alomatlarining birortasi ham bo'lmasligi yoki bittasi kuzatilishi.

Yevropa kardiologlar jamiyatining 2015 yildagi ma'lumotiga qaraganda stenokardiyaning klinik alomatlariga:

- Tipik stenokardiya. Xurujning asosiy alomatlari: ko'krak qafasidagi diskomfort o'ziga xos va turli davomiylikdagi og'riqlar; jismoniy yoki psixosotsional zo'riqishlar mahali ro'y beradi; nitroglitserin qabulidan keyin yoki dam olganda o'tib ketadi.
- Atipik stenokardiya. Yuqorida keltirilgan alomatlarining ikkitasi qo'shilib keladi.
- Noanginoz og'riq. Yuqorida keltirilgan alomatlarining bittasi keladi.

Stenokardiya tasnifi

Kanada kardiologlar jamiyati stenokardiyaning quyidagi tasnifini keltirishadi (1976 yil):

1-sinf «Kundalik jismoniy faollik stenokardiya xurujlarini keltirib chiqarmaydi». 500 metragacha sayr yoki 2 qavatgacha ko'tarilish alomat bermaydi. Stenokardiya kuchli zo'riqish va jismoniy yuklamada kuzatiladi.

2-sinf. «Odatdagi zo'riqishning biroz cheklanishi». Stenokardiya xurujlari yurganda, qavatlarga ko'tarilganda, ovqatlanish mahali, sovuqda, shamolda, psixosotsional zo'riqishda yoki uyg'ongandan bir necha soat o'tib yuz beradi. 100 metrgacha sayr yoki 2 qavatgacha ko'tarilish alomat beradi.

3-sinf. «Kundalik jismoniy faoliyatning sezilarli cheklanishi». Bemor 100-200 metr yurganida yoki 1 qavatga ko'tarilganida og'riqlar seziladi.

4-sinf. «Diskomfortsiz birorta faoliyat olib bora olmaydi». Hatto tinch holatda ham stenokardiya alomatlari zohir bo'lib turadi.

Mazkur tasnif stenokardiyaning klinik alomatlarini va stenokardiya xurujlarisiz bajarish mumkin bo'lgan maksimal jismoniy yuklamani aniqlab beradi. Stabil stenokardiya mazkur tasnif yuklama bo'sag'asini va kasallik kechishi darajasini aniqlab beradi. Mazkur tasnifdagi sinflar koronar zahiralarning kamayish darajasini ko'rsatadi.

Ob'ektiv ko'rik

Bemorlarning ko'ruvida TVI va BA/SA, yurak qisqarishlar soni, puls parametrlarini va ikkala qo'lda AQB aniqlash lozim.

Bemorlar ko'ruvida lipidlar almashinuvining buzilishi belgilari ksantomalar, ksantelazmalar, shox parda chetlarining xiralashishi ("arcus senilis") va magistral arteriyalarning stenozlari (uyqu, o'mrov osti va boshqa) ko'rish mumkin.

Jismoniy zo'riqish, ba'zan xotirjam holatlarda ham, auskultatsiyada 3-chi yoki 4-chi yurak tonlari, shuningdek yurak cho'qqisida sistolik shovqinlarni eshitish mumkin. Bular papilyar mushaklar ishemik disfunktsiyasi va mitral regurgitatsiyadan darak beradi. Prekardial sohada patologik shovqinlar anevrizmalardan darak beradi.

Og‘riq paydo bo‘lishi sharoitlari: jismoniy va emotsional zo‘riqishda (emotsional stenokardiya); sovuqqa chiqqanda (sovuq stenokardiyasi); to‘yib ovqatlanganda (tushlikdan keyingi stenokardiya);

Og‘riqning joylashishi va xarakteri: to‘sh ortida va yurak sohasida; siquvchi, bosuvchi, kuydiruvchi; chap qo‘lga, kurakka, pastki jag‘ va bo‘yin sohalariga, qorinning yuqori qismiga irradiatsiyalanuvchi; chap qo‘lning jimirlashi (5-rasm); to‘sh ortida og‘riq, umumiy diskofortning nitroglitserin qabulidan keyin yo‘qolib ketishi.



5-rasm. Og‘riq lokalizatsiyasi

Og‘riq davomiyligi: 1-5 min atrofida (10-15 minutdan uzoq emas); nitroglitserin qabulidan keyin 1-2 minutda og‘riqning yo‘qolishi.

Stenokardiya xurujlari mahali bemor nima qilishi lozim?

1. Zo‘riqishni to‘xtatish;
2. Imkon qadar o‘tirib olish;
3. 1 tabletka nitroglitserinni (izosorbida dinitrat) til ostiga olishi, agar 3 minutda og‘riq yo‘qolmasa yana 1 tabletka nitroglitserin qabul qilish.
4. Agar og‘riq 10-15 minutdan keyin o‘tib ketmasa, tez yordam mashinasini chaqirish va 1 tabletka aspirin (0,5g) qabul qilish tavsiya etiladi.

Miokard infarkti oldi holatlarini qanday farqlash mumkin?

Miokard infarkti ehtimolini to'sh ortidagi odatdagidan kuchliroq og'riq (kuydiruvchi, ezuvchi); og'riq nitroglitserin qabulidan keyin o'tib ketmasdan 20 minut va undan ko'proq davom etishi; sovuq ter bosishi; bosh aylanishi yoki hushdan ketish; ko'ngil aynashi va qusish; darmon qurishi; AQB pasayishi; hansirash va havo etishmasligi. Bunday holatlar tez yordam chaqirish uchun sabab bo'ladi.

4-jadval

Ishemiyaning paydo bo'lishi va kuchayishiga olib keladigan asosiy holatlar

Kislorod ehtiyojini oshiruvchi omillar	
Yurakka bog'liq bo'lmagan	Yurakka bog'liq
AG, gipertermiya, gipertireoz, simpatomimetiklar intoksikatsiyasi (masalan kokain), qo'zg'alish, arteriovenoz fistula	gipertrofik kardiomiopatiya, aortal stenoz, taxikardiya; kislorod ta'minotining buzilishi
gipoksiya, anemiya, gipoksemiya, pnevmoniya, bronxial astma, o'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari, o'pka gipertenziyasi, tungi apnoe sindrom, giperkoagulyasiya, politsitemiya, leykemiya, trombotsitoz	yurakning tug'ma va orttirilgan nuqsonlari, chap qorinchaning sistolik va diastolik disfunktsiyasi

Aterosklerotik XO haqida tushuncha.

Aterosklerozni rivojlanishidagi XO tizimli o'rganishda odamlar orasida o'tkazilgan bo'ylama va ko'ndalang tekshiruvlardan olingan eksperimental natijalardan foydalanilgan. Framingham Heart Study prospektiv tekshiruvlari natijasiga ko'ra, giperxolesterinemiya, gipertoniya va boshqa XO YuQTK xavfini oshirishini ko'rsatadi. Analogik izlanishlar o'tkazilishi natijasida YuQTK uchun XO konsepsiyasini ishlab chiqarilishiga olib keldi. Bunday izlanishlar natijasida aniklangan YuQTKga olib keluvchi XO amaliy jixatdan ikki kategoriyaga bo'linadi: **boshqarib bo'lmaydigan XO** - yosh va jinsi, **boshqarib bo'ladigan XO** - xayot tarzi va medikamentoz davo. Izlanishlar natijasida aniqlangan turli XO bir biridan fark kiladi. Masalan, giperxolisterinemiya va gipertoniya koronar XO

sifatida qaraladi. Lekin boshqa noananaviy XOdan gomotsisteinning qondagi miqdori, lipoproteinlar darajasi (a), xar xil infeksiyalar ham o'zgacha bahsli bo'lib qolmoqda. Bundan tashqari, YuQTKga olib keluvchi XOning ba'zi biomarkyorlari kasallik patogenezida yoki asoratlanishida ishtirok etmasligi mumkin. Kasallikning rivojlanishida sabab bo'luvchi XO va biomarkyorlari o'rtasidagi farqli jixatlari Mendelian randomizatsiya tekshiruvida va (GWAS) genome-wide association tomonidan o'tkazilgan genetik tekshiruv natijasida olingan. Masalan, yaqindagi o'tkazilgan genetik tekshiruvlar ko'rsatadiki, C-reaktiv oqsil aterogeneza bevosita ishtirok etmaydi. Vaholanki hozirgi kunda C-reaktiv oqsil xuddi lipoproteinlar (LP) va apolipoprotein C3 kabi XOga kiritilmoqda. 5 jadvalida aterogeneza ishtirok etuvchi qator XO keltirilgan. Keyingi bo'limlarda bu XOdan bir qanchasi haqida so'z yuritiladi.

Lipidli buzilishlar. Plazma lipoproteinlari anomaliyasi va lipid metabolizmidagi buzilishlar ateroskleroz rivojlanishini tushuntiruvchi omillar hisoblanadi. Amerika kardiologiya kolleji va Amerika kardiologlar assotsiatsiyasi (ASS/ANA) 2013 yil uchun xolesterinni nazorat qilish va xayot sifatini baxolovchi yangi tavsiyalarni ishlab chiqdi va 2020 yilgacha davom etmoqda. Ushbu yaratilgan tavsiya dalillarga isbotlangan tibbiyot talablariga to'liq javob beradi.

Aterosklerozning asosiy XO

PZLP larning ko'p miqdordaligi

Tamaki chekish

Gipertoniya (AB> 140/90 mm.sim.ust. yoki dori vositasi sababli)

YuZLP miqdorining kamligi (<1,0 mmol/l [<40 mg/dl])

Qandli diabet

Erta yoshda aniqlangan YuK bo'yicha oilaviy anamnezi

Yosh (erkaklar > 45 yosh, ayollar > 55yosh)

Hayot tarzi bo'yicha omillar

- semizlik (TVI> 30 kg / m²)

- gipodinamiya

- noto'g'ri ovqatlanish

Yangi XO

- lipoproteinlar (a)- protrombotik omillar

-yallig'lanish oldi omillari- nahorgi glyukoza miqdorining buzilishi

-subklinik ateroskleroz

YuZLP >1.6mmol / l (> 60 mg / dl) negativ xavf omili

2013 yildagi xolesterin dasturi (gaydlayn) 3-gidroksi-3-metilglutaril koenzim A (NMG SoA) reduktaza - (statinlar)ga etiborni qaratdi. Boshqa lipid modullovchi gurux preparatlariga masalan, fibrat kislota unumlari, xolesterin to'yinishini ingibitorlari – ezetimib kabi, niatsin mahsulotlariga emas yuqoridagi guruh preparatlariga etiborni qaratdi (6 jadval, 6 rasm). Xolesterinni kamaytiruvchi dori vosita statinlar xisoblanadi va ularni quyidagi farmakologik shakllari mavjud:

6 - jadval

Statinlar nomlari va farmakologik ta'siri

Statin	Faol metabolitlar	Oqsil bilan bog'liqligi, (%)	Chiqarish yo'llari	Yarim chiqarish davri (soat)
Lovastatin	xa	95	Buyrak/jigar	3
Simvastatin	xa	95-98	Buyrak/jigar	2
Fluvastatin	yo'q	98	Ko'prok jigar	2,3 (kapsula), 7 (tabletketa retard)
Pravastatin	yo'q	50	Buyrak/jigar	1,3-2,7
Atorvastatin	xa	98	Kuprok jigar	14

Rozuvastatin	yo‘q	90	Buyrak/jigar	19
--------------	------	----	--------------	----

Statin dori vositalarni tavsiya nuqtalari:

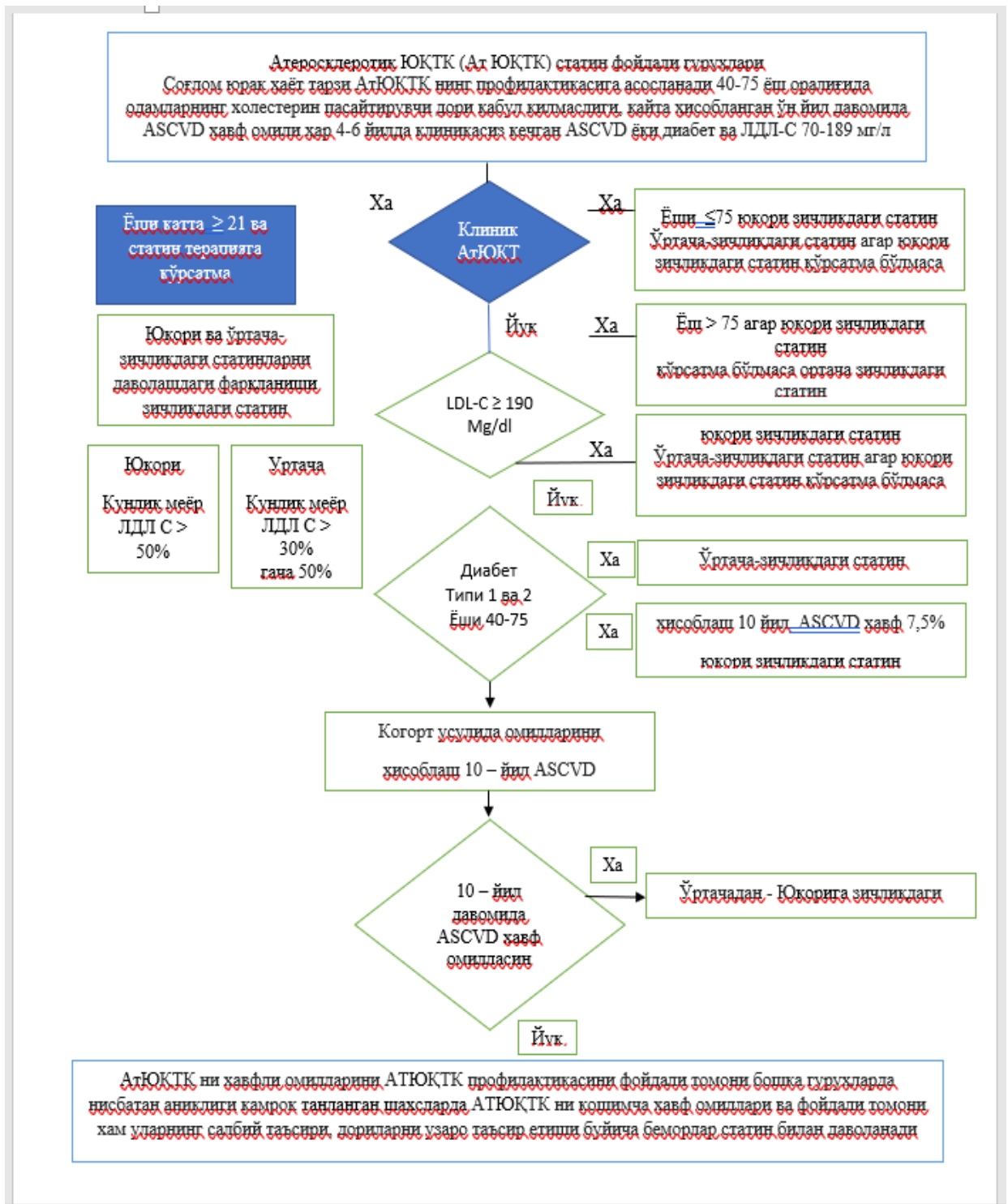
1) aterosklerotik YuQTK klinikasi bor barcha bemorlar (ASCVD), bu “ikkilamchi profilaktika“ uchun davolash yo‘li sanaladi;

2) LDL xolesterin 190 mg/dl yuqori bilan ikkilamchi zararlanishsiz, bunda to‘yingan yog‘ kislotalari yoki trans – lipidlar yuqori bo‘lgan, turli dori vositalari yoki ma’lum kasalliklarda;

3) Diabet bilan kasallangan YuQTK yo‘q bemorlar, bularda yoshi 40-75 yosh oralig‘ida past zichlikdagi lipoprotein miqdori 70-189 mg/dl;

4) ASCVD aterosklerotik YuQTKgisiz, QDsiz, 40-75 yoshli, LDL xolesterin 70-189 mg/dl ASCVD buyicha xavf >7,5%. Onlayn kalkulyator kogorta usulini umumlashtirgan XOni xisoblashda vrachlar va bemorlar uchun xavfni aniqlashda yordam beradi. Boshqa tekshirilgan xavf kalkulyatorlari YuQTK bo‘yicha oilaviy anamnezni va yallig‘lanish markyorlarini o‘z ichiga oladi (CRP ga yuqori sezuvchan). Bu ayollar va erkaklar o‘rtasida qo‘llaniladi. Ushbu kalkulyator xavf darajasini hisoblashda qulay va yengildir.

2013 yilgi qo‘llanmalarda urg‘u berilishicha, bemorga yondoshishda bemor va shifokorlar XO haqida suhbat o‘tkazilishi lozim. Ushbu suhbat statinlar bilan davolashdan oldin o‘tkaziladi va XO hisoblanib, qaysi toifaga mansub ekanligi aniqlanadi. Bundan tashqari, dori vositalar sog‘lom turmush tarzining o‘rnini egallamasligi lozim. Qo‘llanmada bir qancha mushak simptomlarini boshqarish yuzasidan amaliy tavsiyalar yozilgan. Ushbu muammo statinlar buyurilgandan so‘ng ko‘p bemorlar va shifokorlar uchun ahamiyatlidir. 2013 yilgi va 2019 yildagi dalillarga asoslangan ma’lumot asosan past zichlikdagi lipoproteinlarni darajasini me‘yorlashtirishga qaratilgan. Klinik terapiyani olib borishda dori dozasini titrlashni emas, balki foydalaniladigan statin dozasini doimiy qabul qilish muhimdir. Ushbu yangi qo‘llanmada yozilishicha statinlar bilan davolash xavf toifasiga ko‘ra olib boriladi. 2013 va 2019 yildagi statinlar haqidagi qo‘llanmada yozilganki, ushbu guruh preparatlari YuQTK va u bilan bog‘liq xavfni kamaytiruvchi dalillar bilan yoritilgan.



6 rasm. Aterosklerotik yurak – qon tomir kasalliklarini (ASCVD) statinlar bilan davolash bo‘yicha asosiy tavsiyalar.

Bundan tashqari deyarli barcha statinlar qo‘llash uchun qulaylashtirilgan. Ular sotib olish uchun qulay holatga keltirilgan PZLP miqdorini kamaytirish uchun

qo‘llanilayotgan samarali farmakologik strategiyasi YuQTK sezilarli darajada kamaytiradi. Lekin qoldiq XO xatto yuqori intensivlikda statinlar qo‘llanilayotgan bemorlarda ham saqlanib qolmoqda.

Shuning uchun zamonaviy tekshiruvlar natijasida YuQTK ga qarshi kurashishda qoldiq muammolarni statinlar bilan davolashga qaramasdan hal qilishning boshqa yo‘llari izlanmoqda. Genetik tekshiruvlar proprotein konvertaza subtilizin Kexin 9 tipi (PCSK9) ingibitori PZLP miqdorini nazorat qiluvchi gen o‘rganilgan. Bu yurak-qon tomir asoratlarini kamaytiradi. PZLP retseptorlari PCSK9 bilan bog‘lanishi natijasida retseptor degradatsiyasiga olib keladi. Bu esa sirkulyasiyalanuvchi PZLP konsentratsiyasini oshiradi. PCSK9 faolligini pasaytiruvchi genetik turi xar tomonlama YuQTKni kamaytiradi.

Monoklonal antitelalar PZLP darajasini xatto statin qabul qilayotgan bemorlarda xam PCSK9ni neytrallaydi. Bu yurak-qon tomir xavfini pasaytirishda yangi davolash sifatini yaratishda ahamiyatli. PZLP pasaytiruvchi terapiya YuQTKdan tomir stenozni sezilarli kamaytirishga ijobiy ta‘sir etmaydi. Lipidlar ustida o‘tkazilgan tekshiruvlar ko‘rsatishicha, angiografiya va tomir ichi ko‘rsatkichlari, koronar stenozning kamayishi uzoq vaqt davomida o‘tkazilgan ko‘plab tekshiruvlarda kamaygan. Ushbu natijalarning ko‘rsatishicha statinlar bilan gipolipidemik davo o‘tkazish natijasida fiksatsiyalangan stenozga ta‘sir etmaydi. Lekin davo natijasida pilakchanning stabilizatsiyasi (muqimlashuvi) kuzatiladi, aterosklerotik stenoz kamaymaydi.

Bunday aterosklerotik zararlanishning stabilizatsiyasi va qo‘shimcha ravishda koronar xavf holatning pasayishi lipidlarning chiqishi natijasida yoki aterogenezing biologik aspektlariga ijobiy ta‘siri deb xisoblanadi. Bundan tashqari, sezilarli zararlanish abluminal bo‘lishi mumkin, qo‘shimcha kengayish hisobiga bo‘shliq hosil bo‘lmaydi. Bunday pilakcha angiografiyada ko‘rinmaydi. Statinlarning foydali tasiri faqatgina lipid profiliga ko‘rsatadigan ijobiy tasiriga bog‘liq emas, lekin lipidlar darajasiga pasaytiruvchi tasiriga bog‘liq bo‘lmagan holda pilakchaga to‘g‘ri modulyasion ta‘siri bor. Metabolik sindrom va qandli

diabet kasalliklari tarqalishi oshayotgani bilan, bemorlarda yuqori zichlikdagi lipoproteinlar (YuZLP) ning qondagi miqdori kamayadi.

YuZLP xolesterin miqdorini nazorat uchun o'lchash kelgusidagi yurak – qon tomir kasalliklarini xavfini aniqlashda zarur (YuZLP xolesterin $<1,0$ mmol/l [<40 mg/dl]). YuZLP xolesterin qondagi miqdorini ko'paytiruvchi davolash usulining foydasi YuQTK holatini samarali pasaytiruvchi ta'siri xanuz savol ostida qolmoqda. YuZLP qondagi darajasi TGga teskari proporsional, YuZLP larning mustaqil roli triglitseridlarga nisbatan YuQTK xavfini kamaytirishdagi ahamiyati yechilmagan muammo bo'lib qolmoqda. 2013-2019 yildagi qo'llanmalarda YuZLP miqdorini oshiruvchi hech qanday spetsifik terapiyani taklif qilmagan. Xaqiqatan xam, ko'p sonli tekshiruvlar YuZLP xolesterinning qondagi yuqori miqdori yurak-qon tomir asoratlarini kamaytirishini aniqlamadi. Genetik tekshiruvlarning natijalariga ko'ra, YUZLP miqdorining qondagi miqdori kam bo'lishi aterosklerotik xavfning oshirishi noaniq bo'lib qolmoqda. TVning kamayishi va jismoniy faollik YuZLP miqdorini oshirishi mumkin. Ushbu xayot tarzi barcha tomonidan qabul qilingan.

Nikotin kislotasi, asosan statinlar bilan kombinatsiyada qo'llanilganda YuZLP miqdorini oshirishi mumkin. Lekin ushbu klinik qo'llanma nikotin kislotani yurak-qon tomir tizimi kasalliklari xavfini pasaytirishda effektivligini tasdiqlamaydi. Yadro retseptorlari agonistlari YuZLP miqdorini ko'paytiruvchi yana bir potensial yo'l hisoblanadi. Peroxisom retseptorlarining alfa va gamma (PPAR-A) agonistlari proliferatsiyasi aktivatorini qabul qiluvchi bemorlarda yurak-qon tomir asoratlarini yaxshilanishini ko'rsatdi. Shuningdek ba'zi PPAR agonistlari yurak-qon tomir asoratlarini yomonlashuvi bilan bog'liq. PZLP qondagi miqdorining oshishi aterogeneza oksidlanish modifikatsiyalarini o'z ichiga oladi. Jiddiy va yaxshi boshqaruv ostida o'tkazilgan klinik tekshiruvlar yurak ishemik kasalligi (YuIK) oqibatini yaxshilashini ko'rsata olmadi. Noananaviy XOga kiruvchi gomotsistein va infeksiyaga qarshi davolashda o'tkazilgan keng ko'lamli klinik tekshiruvlarda gomotsisteinni kamaytiruvchi vitaminlar va antibiotiklarni qo'llanilishi YuQTK kamaytirmadi. Shuning uchun, hozirgi kunda yurak – qon

tomir xavfini kamaytirish maqsadida antibiotiklar yoki vitaminlarni qo'llash amalga oshirilmayapti.

Gipertoniya. Epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra, gipertoniya va aterosklerotik xavf o'rtasida o'zaro aloqadorlik borligi aniqlangan. Gipertoniya kasalligini davolashda qo'llaniladigan farmakologik dori preparatlari insult xavfini, yurak etishmovchiligi va koronar xavfni kamaytirishi isbotlangan.

Qandli diabet, insulinga rezistentlik va metabolik sindrom. Ko'pchilik qandli diabet bilan kasallangan bemorlar ateroskleroz va uning asoratlaridan o'ladi. Qarish va semizlik 2 tip QD rivojlanishiga olib keladi. Anomal lipoprotein profili insulinga chidamlilik bilan bog'liq, xuddi diabetik dislipidemiya kabi QDda yurak-qon tomir xavfini oshiruvchi qismi hisoblanadi (6 rasm).

Diabet bilan bemorlarda PZLP xolesterin miqdori o'rta darajada bo'lishiga qaramasdan, PZLP qismlari odatda kam va zich bo'lib aterogen hisoblanadi. Gipertoniya ko'pincha semizlik, insulinga rezistentlik va dislipidemiya bilan birgalikda kechadi.

Ushbu bemorlarni davolashda oldiga qo'yilgan maqsad asosiy kasallikka olib keluvchi sababni yo'qotish, semizlik va gipodinamiya, zararli hayot tarziga qarshi kurashishdan iborat. Glikemiyaning qat'iy nazorat qilish retinopatiya va buyrak kasalliklarini kamaytirishiga qaraganda QDning makroangiopatik asoratlarini kamaytirishi aniqlangan. Xaqiqatan ham glikemiyaning qat'iy nazorat qilish QD 2 tipida boshqa XOni nazorat qilinishiga nojo'ya ta'sir qiladi. Shu bilan bog'liq holda ko'pgina klinik tekshiruvlar ko'rsatadiki PZLPning qondagi har xil miqdordagi darajasida qandli diabet bemorlarida statinlar bilan davolash mumkin, lekin buyrak etishmovchiligining va yurak etishmovchiligining oxirgi bosqichlarida bu qiyin masala. Peroral qand miqdorini pasaytiruvchi preparatlar masalan, metformin YuQTK kamaytirishi haqidagi ma'lumotlar bor. Yangi peroral qand pasaytiruvchi preparatlar ustida yetarlicha samarali izlanishlar olib borilmoqda. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlar populyasiyasi antigigertenziv dori vositalaridan, qaysiki angiotenzin II blokatorlaridan foyda ko'radi.

Shuning uchun ham, metabolik sindrom bilan bemorlarga APF ingibitorlari, angiotenzin retseptorlari blokatorlari yoki imidazolin retseptorlarning blokatorlarini berish mumkin bo'lganda davolashda qo'llash lozim bo'lgan preparatlar guruxiga kiradi. Ko'pchilik QD bemorlari bittadan ko'p antigipertenziv gurux vositalari orqali maqsadli qon bosimiga erishadi. Oxirgi yillarda kombinirlangan terapiya tavsiya etiladi. 2013 yildan boshlab 18 yosh va undan katta yoshdagi QD bemorlari uchun maqsadli qon bosimi sistolik 140 mm. sim. ust. bo'lsa, diastolik qon bosimi esa 90 mm.sim.ust va undan kam bo'lishi lozim (asoratlarni hisobga olgan holda).

Erkak jinsi/Postmenopauzal davr bir qancha ilmiy izlanishlarning ko'rsatishicha, koronar XO erkak jinsga mansub bemorlarda postmenopauzal davrdagi ayollardan ko'ra ko'proq bo'ladi. Menopauza davridan keyin ayollarda ham koronar xavfi oshadi. Eksperimental va nazorat ostida kuzatilgan izlanishlar ko'rsatishicha, estrogen bilan davolash koronar xavfni kamaytiradi. Shunga qaramasdan, keng mashtabli randomizirlangan klinik tekshiruvlar natijasida YuIK oqibatiga chin estrogen samarali ta'sir etishi yoki progestinsiz samarali ta'sir etishi aniqlanmagan.

Yurakda va estrogen/progestin almashtiruvchi izlanishlar (HERS) postmenopauza davridagi ayollardagi miokard infarktini estrogen/ progestin kombinatsiyasi bilan yoki platsebo bilan randomizirlangan tekshiruvlar o'tkazilgan. Ushbu izlanishda ko'rsatilishicha, faol davolash o'tkazilgan bemorlar orasida koronar kasalliklarning qaytalanishi aniqlanmagan.

Amaliyotda boshlang'ich 5 yillikda o'rganilayotgan ayollarda tomir hodisalari kelib chiqishi oshgan. Bu kogortaning davomli nazorati davolanayotgan guruhda foydali o'zgarishlarni ochib bermadi. Ayollar salomatlik harakati (WHI) qo'l tekshiruvida estrogen plyus progesteron tartibi analogik qo'llanilishi to'xtatildi. Chunki YuQTK xavfi, insult va sut bezi raki xavfi oshgan. Estrogen progestin WHI bachadonsiz ayollarda o'tkazilgan erta to'xtatib qo'yilgan, chunki insultlar miqdori oshib, miokard infarktidan himoyasiz holatga kelib qolib yoki YuIKdan o'lim holati 7 yil davomidagi kuzatuvda aniqlangan. Ushbu

qo'llanilayotgan amaliyotlarda yurak-qon tomir hodisalarining ko'payishi tromboemboliya ko'payishi sababli bo'lishi mumkin.

Shifokorlar bemor ayollar bilan ishlashi lozim. Chunki YuIK estrogen±progestin xavfini menopauza va osteoporozdan keyingi simptomlarni shaxsan etiborga olib ma'lumot berishi kerak. Postfakt kuzatiluvchi izlanishlar ko'rsatadiki, yoshlarda yoki menopauzaga yaqin davrda estrogen bilan davolash, WHI programmasi bilan davolashdan ko'ra yurak-qon tomirga foydali ta'sir etadi. Shuning uchun, estrogen bilan davolash boshlangan menopauza vaqtiga nisbatan yoki yoshi xavfga ta'sir qilishi mumkin. YuQTKgiga XO kamaytirish maqsadida estrogen bilan davolaganda samara bo'lmaganligi sababli ayollarda boshqa modifitsirlangan XOni bor ekanligini aniqlashga etibor qaratish lozimligini taqozo etadi.

7 jadval

2013 ACC/AHA hayot tarzini nazorat qilish bo'yicha qo'llanmada yurak – qon tomir xavfini kamaytirishga qaratilgan, sog'lom yurakni oziqlantirish va fizik faollik bo'yicha tavsiyalari

Katta yoshli odamlarda sog'lom yurak uchun amaliyotda sog'lom hayot tarzi rag'batlantirish. Bu quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Parhezga amal qiling, sabzavotlar, mevalar va don mahsulotlariga urg'u bering: yog'sizlantirilgan sut mag'sulotlari, tovuq, baliq, dukkaklilar notropik usimlik moyi va yong'oq moyi, natriy iste'molini kamaytirish, shirinliklar, shirin gazli ichimliklar va qizil go'sht iste'molini chegaralash.
- Ushbu parhezni kunlik kaloriya sarfiga munosib amalga oshirish lozim, maxsus va madaniy ovqatlanish tarzi yaratilib, boshqa kasalliklarda davolashda ishlatilishi (shuningdek, qandli diabet):
- DASH ovqatlanish strukturasi, USDA oziq – ovqatlar na'munasi yoki AHA dietasi kabi ushbu modelni yaratish.
- Haftada 2 soat va 30 min o'rtacha intensivlikda va haftada 15 min (75 min) jadal intensiv aerob jismoniy faollik yoki o'rta va yuqori intensivlikdagi aerob jismoniy faollikka ekvivalentlikda bajarish. Aerob xarakatlar hech bo'lmaganda 1 daqiqa har haftada
- Sog'lom tana vazniga erishish va uni saqlash. Kardiologiya ekspertlar guruhining semizlik yuzasidan TVni kamaytirish va uni texnik ta'minlash bo'yicha tavsiyasiga e'tibor berish

Metaanalizlarning natijalariga ko'ra statinlar bilan davolangan ayollarda birlamchi profilaktika sifatida xattoki YuQTK aniqlangan ayollarda ham yurak-qon tomir xavfini kamaytiradi.

Koagulyasiya yoki fibrinoliz disregulyasiyasi. Tromboz aterosklerozning eng og'ir va jiddiy asoratiga sabab bo'ladi. Tromb hosil bo'lishiga moyillik va/yoki trombnin lizisi aterosklerozning klinik namoyon bo'lishiga ta'sir etadi. Ateromaning yorilishi trombozga olib keladi va keyinchalik uning bitishi pilakchanning o'sishiga ta'sir etadi. Trombozga yoki fibrinolizga ta'sir etilishining bir qancha o'ziga xos tomonlari bor va koronar XOGa e'tiborni qaratish lozim.

Fibrinogen darajasi koronar xavf bilan o'zaro bog'liq bo'lib, koronar xavf haqida ma'lumot berishi mumkin va bu lipoproteid profiliga bog'liq bo'lmagan holatda bog'liqlir. Arterial trombnin stabiligi fibrinolitik omillar qaysiki, plazmin xamda fibrinolitik tizim ingibitorlari bo'lgan plazminogen 1 aktivatori ingibitori (PAI-1) o'rtasidagi o'zaro muvozanat bilan ta'minlanadi. Qandli diabet va metabolik sindrom bilan kasallangan bemorlarda PAI-1ning qon plazmasidagi darajasi baland bo'ladi, bu o'z navbatida tromb hosil bo'lishiga xavfni oshiradi. LP (a) fibrinolizni modullashi mumkin va LP (a) ning qondagi miqdori baland chiqqan bemorlarda YuIK xavfini oshiradi. Aspirin ba'zi holatlarda YuQT xavfini kamaytiradi.

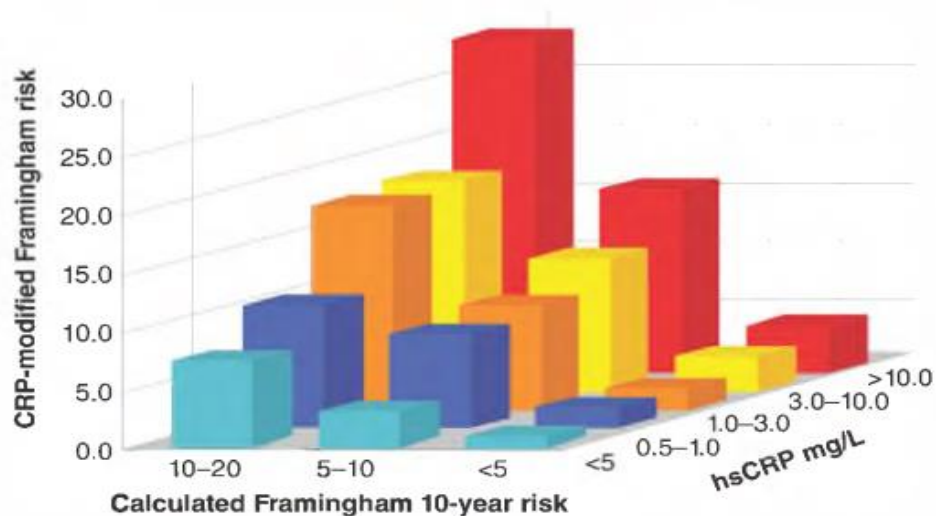
Umumiy ma'lumotlarning ko'rsatishicha, birlamchi profilaktikada kichik dozadagi aspirin bilan muolaja olib borish (81 mg dan 325 mg gacha kunora) erkaklarda birinchi miokard infarkti xavfini kamaytirishi mumkin. Jaxon sog'lig'ini saqlash tashkiloti kun ora 100 mg dan aspirin qabul qilishi insultni 17%gacha kamaytirishini ko'rsatgan bo'lsada, u ayollarda miokard infarktini kamaytira olmasligi aniqlandi. Hozirgi kunda past dozada aspirin (75-160mg) qabul qilish YuQTK xavfi yuqori bo'lgan ayollarga, YuQTK xavfi $\geq 10\%$ bo'lgan erkaklarga tavsiya qilinmoqda.

Yallig'lanish. Klinik tadqiqodlar ko'rsatishicha, yurak-qon tomir tizimi kasalliklarining xavfi bilan yallig'lanish markyorlari o'rtasida o'zaro bog'liqlik mavjud. Masalan, C reaktiv oqsilning plazmadagi miqdori maxsus yuqori sezgir

asbob bilan o'lchanganda miokard infarkti xavfiga bog'liq miqdorda aniqlanadi. C reaktiv oqsil miqdori o'tkir koronar sindromi bilan kasallangan bemorlarning natijalari bilan bog'liq bo'ladi. Boshqa yangi XOdan farqli ravishda C reaktiv oqsil prognostik malumot olish uchun ahamiyatlidir. Fremingem tarkibidagi XO kabi oqibatni aniqlashda yordam beradi (7 rasm).

Mendel randomizirlangan klinik tadqiqoti C reaktiv oqsilning yurak- qon tomir tizimi kasalliklariga sabab bo'lishi mumkinligi haqidagi ma'lumotni tasdiqlanmadi. Shuning uchun, C reaktiv oqsil kasallikning xavf guruxiga kiradi, lekin patogenezda bevosita o'rin tutmaydi. O'tkir faza sinamalari yani fibrinogen va C reaktiv oqsil kabilar faqat tomirdagi yallig'lanishni ko'rsatib qolmasdan, umumiy yallig'lanish belgilariga kiradi. Semizlik va ortiqcha TVga ega bo'lgan bemorlarda visseral yog' to'qimasidan yallig'lanish oldi sitokinlarini ajratadi. Bu esa C reaktiv oqsil ishlab chiqarilishini nazorat qiladi va yallig'lanish markyorlarini ajralishiga tasir etuvchi ekstravaskulyar stimulyator hisoblanadi.

Fremingem shkalasi SRO omillarini o'zgarishi



10 yillik xavfni Fremingem bo'yicha xisoblash

7-rasm. C reaktiv oqsil darajasining Framingham ballari bo'yicha prognostik ahamiyati

Xaqiqatan ham rasmda ko'rsatilgandek TVI oshishi yoki visseral yog' to'qimasi oshishi bilan C reaktiv oqsil xam oshadi. Vazn kamayganda esa C reaktiv oqsil miqdori ham kamayadi. Infeksiyon omillar ham yurak-qon tomir xavfiga sabab

bo'luvchi yallig'lanish stimulini chaqiradi. Statinlar bilan davolash balki ateroskleroz patogenezidagi yallig'lanish aspektiga ta'sir etgan holda yurak-qon tomir xavfini kamaytiradi.

Masalan, statinlarni qo'llash birlamchi (YUPITER) va ikkilamchi (PROVE-IT/TIMI-22) aholi profilaktikasida tahlillar ko'rsatishicha, PZLP va C reaktiv oqsil miqdorining past ko'rsatkichi nisbatan yaxshiroq klinik natijalarga olib kelgan. Bu boshqa yallig'lanish markyori va aterogen lipoproteinining past ko'rsatkichiga nisbatan yaxshiroq natija berdi. Statinlarning yallig'lanishga qarshi ta'siri PZLP miqdorining kamayishiga bog'liq bo'lmagan holda ta'sir etadi. Bu ikki o'zgarish ko'plab klinik izlanishlarda kuchli bir biriga bog'liqlikda namoyon bo'ladi.

4. YURAK ISHEMIK KASALLIKLARINING (STABIL ZURIKISH STENOKARDIYANI) XAVFLI OMILLARI

Hayot tarzini o'zgartirish. Ateroskleroz profilaktikasi sog'liqni saqlash tizimidagi mutaxassislar va jamoat sog'lig'ini saqlash sohasidagi siyosatchilar uchun katta va uzoq muddatli muammo hisoblanadi. Sog'liqni saqlash tizimi va alohida amaliyotdagi mutaxassislar aterosklerotik zararlanishning klinik belgilari namoyon bo'lguniga qadar bemorlarning XOga ijobiy ta'sir etish yo'llarini optimallashtirishga yordam berishi lozim. Hozirgi kunda yurak-qon tomir tizimi xavfi yoshlar va kichik populyasiyalar orasida yig'ilib borayotganligi jamoat salomatligini saqlashda alohida ahamiyatga ega.

ANA/ASS 2013-yilgi yurak-qon tomir tizimi xavfini kamaytirish uchun xayot tarzini nazorat qilish qo'llanmasida bir qancha qat'iy tavsiyalar berilgan. Ko'pgina xayot tarzi bo'yicha yaratilgan tavsiyalar randomizirlangan klinik tukshiruvlardan qat'iy o'tkazilgan.

Barcha bemorlar uchun yurak – qon tomir xavfini kamaytirish va uni baholash aloxida reja asosida olib borilishi lozim. Shifokorlar bemorlar sog'ligi uchun xavf bo'lgan tamaki chekish va unga qarshi kurashda bemorlarga to'g'ri maslahat bera olish ko'nikmalariga ega bo'lishi lozim. Bundan tashqari shifokor barcha bemorlarga ovqatlanish ratsionini belgilashi va TVni me'yorida saqlash uchun jismoniy faollikka rioya qilish ko'nikmalari yuzasidan maslahatlar bermog'i lozim. Salomatlik milliy instituti (NIH) va ANA tashkiloti kuniga 30 daqiqa o'rtacha faollikdagi jismoniy faollikda bo'lish lozimligini tavsiya qiladi. Semizlik asosan erkak tipidagi markaziy yoki visseral yog' to'planishi metabolik sindrom rivojlanishida o'zining xissasini qo'shadi. Shifokorlar o'z bemorlari zimmasiga shunday masuliyatni qo'yishi kerakki, bemorlar salomatligi oldida shaxsan o'zlari masuliyatni his etsinlar. Bu esa vaqtdan oldin aterosklerotik XO rivojlanishini oldini olishda xizmat qilsin. Bemorga to'g'ri olib borilgan maslahat hamda bemor tomonidan uning to'g'ri qabul qilinishi koronar xavfni kamaytirishga qaratilgan farmakologik aralashuvlarni kamayishiga olib keladi.

XOni baholash muammolari. Koronar xavf markyorlarining oshuvchi paneli amaliyotdagilar uchun chalkashliklarga olib keladi. Xavf markyorlari periferik qondagi PZLP larning qismlari, gomotsistein konsentratsiyasi, LP (a), fibrinogen, C reaktiv oqsil, mieloperoksidaza, lipoprotein bilan assotsirlangan fosfolipaza A2 va subklinik aterosklerozni baxolash va boshqalarni o'z ichiga oladi. Umuman olganda, bunday maxsus testlar kam ma'lumot beradi. To'liq yig'ilgan kasallik tarixi va fizik tekshiruvlar plazmadagi LP miqdorini aniqlash va qondagi nahorgi qand miqdorini aniqlash bilan birgalikda ko'proq malumot olish mumkin. C reaktiv oqsil xavfni prognozlashda qulay hisoblanadi. Nisbatan stabil bo'lgan bemorlarda ma'lum vaqt oralig'ida oson va standartlashtirilgan usulda hisoblanadi. Fremingem xavfni hisoblash usuli va katta miqyosli (JUPITER), tekshiruvlariga ko'ra XOni standart usulda tekshirib ochib beriladi hamda yurak-qon tomir xavfini keltirib chiqaruvchi ko'rsatkich aniqlansa, davolash uchun ajratib olinadi. Oilaviy anamnez yig'ilganda yaqin qarindoshlarda erta yoshda ateroskleroz aniqlangan bo'lsa, bu yallig'lanish markyori bo'lmish C reaktiv oqsil bilan birga kelsa Fremingem xavfni hisoblash dasturi bo'yicha o'rta xavf guruxi sifatida baholanadi. Ushbu ma'lumotlar kasallikning subklinik davrida muhim tekshiruvlaridan hisoblangan ekran orqali o'tkaziladigan tekshiruvlarga (masalan, uyqu arteriyasi intimasi qalinligini o'lchash, koronar arteriyalar kalsifikatsiyasini aniqlash, koronar angiografiyani o'tkazish) asoslanmagan. Bunday tekshiruv usullari maqsadsiz o'tkazilishi simptomsiz bemorlarda keskin vahima chaqirishi mumkin, ushbu simptomsiz aterosklerozda invaziv diagnostik va terapevtik usullardan foydalanish o'z tasdig'ini topmagan. Bunday XOni aniqlash usuli esa davolash usulini tanlashda skrining usuli hisoblanadi.

2013-2015 yillarda ASS/ANA qo'llanmasiga binoan yurak-qon tomir xavfini aniqlashda yangi xavf markyorlaridan foydalanilganda yetarli ma'lumot olinmasa kogorta kalkulyatoridan foydalaniladi. Qo'llanmada yozilishicha oilaviy anamnez, C reaktiv oqsil miqdorini aniqlash, koronar arteriyalardagi kalsiy miqdori, intima mediya kompleksini aniqlash davolash uchun ahamiyatga ega. ASCVD birinchi belgilarini aniqlash uchun uyqu arteriyasi qalinligini klinik

amaliyotda qo‘llash lozim. ASCVD birinchi belgisining namoyon bo‘lishida birinchi XOni aniqlashda apolipoprotein, surunkali buyrak kasalligi, albuminuriya yoki kardiorespirator holatlar kabi hozirgi kunda ma’lum emas.

Yurak-qon tomir kasalligini davolashni individuallashtirish va xavfni prognozlash uchun odam genetikasi ustida keng perspektiv izlanishlar olib borilmoqda. Yaqin kunlardagi genetiklar ma’lumot berishiga qaraganda bir nukleotidli polimorfizm aniqlangan odamlarda yurak-qon tomir xavfi yukoriligi aniqlandi. Bunday genetik xavf markyorlarini tekshirilishi katta miqyosda tarqalmagan. GWAS tekshiruv ko‘rsatishicha, yurak-qon tomir xavfini kelib chiqishida ma’lum gen qismlari ishtirok etadi (masalan, xromosoma 9p21).

Yangi nisbatan tez va arzon usuldagi XOni aniqlash va prognozlash programmasining yaratilishi profilaktik va davolash usullarida bir qancha qulayliklarni keltirib chiqarmoqda. Bunday XOni prognozlash usullari yaratilganligiga qaramasdan, boshqa ananaviy asboblardan foydalanilmoqda.

Chekish XX asr fenomeni bulib, butun dunyoda jiddiy tibbiy va iqtisodiy asoratlarga olib kelmoqda. Iqtisodiy rivojlangan davlatlarda chekishga YuIK, oblitiratsiyalovchi endoarteriit, o’pka, xiqildok raki, o’pka emfizemasi kabi kasalliklarningasosiy sababi sifatida qaralmokda. JSST ma’lumotiga ko’ra chekish bilan bog’lik kasalliklardan yiliga dunyoda 4 mln dan ortiq inson nobud bo’lmoqda va ularning yarmini ayollar tashkil etmoqda.

Chekish YuIKning eng muxim XOdani biri xisoblanadi. Tamaki tutuni tarkibiga quyidagilar kiradi:

- Sianid vodorod (gazli kameralarida qo‘llanilgan);
- Atseton (bo‘yoqlarning erituvchisi sifatida qo‘llaniladi);
- Karbonat angidrid yoki is gazi (avtomobillar chiqaradigan tutun tarkibida bo‘ladi), karboksigemoglobin hosil qilishi hisobiga surunkali kislorod tanqisligini keltirib chiqaradi;
- Simob, qo‘lg‘oshin, kadmiy, benzol (avtomobil akkumulyatorlari tarkibida bo‘ladi);
- Ammiak (mineral o‘g‘itlar va santexnika tozalash vositalari tarkibida bo‘ladi);

- Formaldegid, margimush, toluol (sanoat erituvchilari tarkibiga kiradi).

Mazkur tarkibiy qismlarning hammasi odamlar uchun kanserogen hisoblanadi. Ammo yurak qon tomir tizimiga bevosita salbiy ta'sir ko'rsatuvchilarga nikotin va karbonat angidridlar kiradi.

Nikotinning zararli ta'siri chekilganidan keyin qon bosimining oshishi, yurak urishi maromining tezlashishi, miokardning kislorodga bo'lgan ehtiyojining ko'payishi, periferik tomirlarning siqilishi kuzatiladi. Nikotinning lipidlar almashinuviga salbiy ta'siri ham yetarlicha o'rganilgan bo'lib, qonda glyukoza, kortizol, erkin yog' kislotalari, antidiuretik gormonlarning oshishiga olib keladi. Nikotin ta'siri ostida endoteliy funksiyasi buzilib trombotsitlar agregatsiyasi oshadi, qorinchalar fibrillyasiyasi bo'sag'asi pasayadi. Shu bilan birga nikotinga qaramlik yuzaga keladi. U turli inson kayfiyatiga ta'sir ko'rsatib eyforiyani keltirib chiqaruvchi endogen neyrotransmitterlar va gormonlar miqdorini oshirish orqali bunga erishadi.

Karbonat angidrid – toksik gaz bo'lib, kislorod transportini va uning utilizatsiyasini buzilishiga olib keladi. Undan nafas olish oqibatida qonda karboksigemoglobin ko'payib, oksigemoglobin bilan to'qimalar ta'minoti buziladi, kislorod – gemoglobin dissotsiatsiyasi chapga siljiydi.

Shuningdek, chekuvchilarda alkogol, kofe, choy iste'moli chekmovchilarga nisbatan ko'payadi. Ularda TV va AKB boshqalarga nisbatan past, yurak maromi boshqalardan yuqori bo'ladi. Chekuvchi ayollarda menopauza ertaroq ro'y beradi. Chekuvchilarda jismoniy zo'riqishga chidamlilik kamayib immun tizimi zaiflashadi.

Aynan shu o'zgarishlar uzoq yillar chekuvchilar vujudiga ta'sir ko'rsatib, YuIK va boshqa YuQTKga uchun zamin tayyorlaydi.

Tadqiqotlardan ma'lum bo'lishicha o'zi chekmasa-da, chekuvchilar orasida uzoq bo'lib, tamaki tutunidan nafas olish ham passiv chekish hisoblanib, chekuvchilarniki kabi turli dardlarga muhtalo qiladi.

Sigaret chekish qay darajada xavfli?

1. Inson umrini o'rtacha 7 yilga qisqartiradi;

2. Chekmovchilarga qaraganda ikki barobar ko'proq YuQTT kasalliklariga muhtalo bo'ladi;
3. Miokard infarkti 2 barobar ko'p uchraydi, chekmovchilarda to'la tuzalib ketish ehtimoli chekmovchilarga qaraganda kam bo'ladi;
4. Chekmovchilarda to'satdan o'lish xavfi 2-4 barobar yuqori bo'ladi;
5. Arterial gipertenziya bir necha barobar ko'p uchraydi;
6. Periferik tomirlar torayishi asosan chekmovchilarga xos kasallikdir;
7. Chekmovchilarda o'pka raki 10-30 barobar ko'p uchraydi;
8. Chekmovchilar faqat o'zigagina emas, balki atrofdagilarga ham xavf tug'diradi.

YuIK aniqlangan bemorlar chekishdan voz kechishlari lozim

- Bu oson ish emas;
- Buning imkoni bor;
- Miokard infarktini boshdan kechirganlarda chekishni tashlash umr uzunligiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Cekishdan voz kechish uchun quyidagilarga javob berish lozim:

1. Chekish menga nima bermoqda?
2. Men haqiqatan ham undan lazzat olayapmanmi?
3. Nahotki men shuncha dardga muhtalo qiluvchi og'u uchun shu qadar katta mablag'ni sarflamoqdaman?

Aksariyat chekmovchilar buni oddiy odat deb hisoblaydilar. Bu albatta oddiy odat emas, balki NIKOTINGA QARAMLIK kasalligidir. Tamaki bugungi kunda narkotik vositalar toifasiga kiritilgan bo'lib imkon qadar undan qutulishga harakat qilish lozim. Chekishdan qutulish uchun mijozlardagi nikotinga qaramlik darajasini aniqlash lozim (8 jadval). Bu davolanish uchun optimal taktikani aniqlash imkonini beradi. Ballarni hisoblab, nikotinga qaramlik darajasini aniqlashingiz mumkin:

- 8 - 10 – juda yuqori qaramlik
- 6 - 7 – yuqori qaramlik
- 5 - o'rtacha qaramlik
- 3 - 4 zaif qaramlik

0 - 2 juda zaif qaramlik.

Agar bemorda nikotinga qaramlik unchalik baland bo'lmasa chekishdan oson voz kechish mumkin. Nikotinga qaramlikning og'ir darajalarida ancha muammolar yuzaga keladi. Bunday hollarda nikotin o'rnini bosuvchi terapiyadan foydalanishga ehtiyoj tug'iladi (nikoderm yoki plastirlari, ingalyatorlar yoki – nikorette saqichlari). Terapiyaning mazkur turlari 1,5 – 2 ko'proq samara beradi.

Nikotin o'rnini bosuvchi terapiya miokard infarktining o'tkir davrida, nostabil stenokardiyada va yurak maromining keskin buzilishida mumkin emas. Kashandalikdan qutulishda salomatlik maktablari va tegishli maslahatxonalarining ta'siri katta. Mutaxassis tomonidan o'qitilish, nazorat psixolog madad olish mijozlarda tamakidan voz kechish motivatsiyasini oshirib, kashandalik retsidivlarini kamaytiradi.

8 jadval

Nikotinga qaramlik darajasini baholash

Savol	Javob	Ball
Uyg'ongandan qancha muddat o'tib dastlabki sigaretni chekasiz?	dastlabki 5 minutda	3
	dastlabki 6-30 minutda	2
Chekish ta'qiqlangan joyda undan voz kecha olasizmi?	ha	1
	yo'q	0
Qaysi sigaretdan voz kechishingiz osonroq?	Dastlabki, ertalabki	1
	hammasidan	0
Bir kunda qancha sigaret chekasiz?	10 va kamroq	0
	11-12	1
	21-30	2
	31 va ko'proq	3
Ertalab ko'proq chekasizmi, yoki kun bo'yi?	ha	1
	yo'q	0
Kasallangan paytingiz ham chekishda davom etaverasizmi?	ha	1
	yo'q	0

Chekishdan voz kechganida inson TV ortganligini his etadilar, bunday paytlarda mutaxassis bemorga tegishli parhez kurslarini ham yozib berishi lozim.

Tamakidan voz kechilganida bir qator o'zgarishlar kelib chiqadi:

- A\B stabillashib me'yoriga keladi;
- Puls kamayadi;
- Qonning gazlari tarkibi yaxshilanadi;
- Ertalabi yo'tal, nafas siqishi, darmonsizlik, quvvatsizlik alomatlari kamayadi;
- Mehnat qobiliyati tiklanadi;
- Hid va ta'm bilish yaxshilanadi;
- Teri ranggi yaxshilanadi;
- Xotira tiklanib bosh miyada qon aylanishi kuchayadi;
- Sigaretga xarajat yo'qolishi bois oilaning moddiy ta'minoti yaxshilanadi, bular bolalar salomatligida namoyon bo'ladi.

Semizlik kasallanish va o'lim hollarini ko'paytiruvchi TVning ortishidir.

Xavf guruhlariga kimlar kiradi?

- Yosh va jins: erkaklar 40, ayollar esa 55–60 yoshdan keyin (klimaksdan so'ng);
- Irsiyat: qarindosh urug'larda shunday muammolar ko'zatilgan bo'lsa kasallanish ehtimoli 30% ga oshadi;
- Chekish;
- Arterial gipertoniya;
- Gipodinamiya, muntazam stresslar;
- Moddalar almashinuvining bo'zilishi: qandli diabet, podagra.

Lipid almashinuvining buzilishi juda katta rol o'ynaydi. Bu qonda umumiy xolesterin, lipoproteidlar va triglitseridlar fraksiyalarining o'zgarishi bilan bog'liq.

Lipidlarning quyidagi ko'rsatkichlari me'yor hisoblanadi:

1. Umumiy xolesterin < 5 mmol/l
2. Xolesterin ZJPLP < 0,9 mmol/l
3. Xolesterin ZPLP < 3,5 mmol/l
4. Xolesterin ZYuLP > 1,0 mmol/l
5. Triglitseridlar < 2,3 mmol/l

Xolesterin - yog'simon modda bo'lib, qondagi lipoproteidlar tarkibiga kiradi va inson hayoti uchun muhim modda hisoblanadi. U vujudagi barcha hujayralar

membranalari tarkibiga kiradi va nerv to‘qimalarida va gormonlar tarkibida ko‘p miqdorda bo‘ladi. Xolesterin miqdorining qonda oshishi aterosklerozga olib keladi.

Ateroskleroz — (grekcha Athērē — bo‘tqa sklērōsis — qotish, arteriyalarning surunkali kasalliklaridan biri bo‘lib almashinuvining buzilishi oqibatida xolesterinning va lipoproteidning bir qator fraksiyalarining tomirlar ichki devoriga yopishishidan kelib chiqadi.



8 rasm. Aterosklerotik blyashkalar qanday ko‘rinadi?

Xolesterin ortiqchasi qon tomirlar devorlariga to‘planib, uning atrofida biriktiruvchi to‘qimalardan iborat chandiq hosil bo‘ladi. Aterosklerotik pilakchalar, shu tariqa paydo bo‘lib qon tomirlar devorini torayishi evaziga qon aylanishini yomonlashtiradi.

Lipoproteidlarning aterogen xususiyatlari XS va ZPLPlarning qondagi miqdorlari bilan bog‘liq. Ularning qonda miqdori yuqori bo‘lishi dislipidemiya ni korreksiyalash zaruriyatini hatto yengil giperxolesterinemiya da ham talab qiladi.

So‘nggi yillarda qonda V (apoV) apolipoproteidlari va A (apoA) apolipoproteidlari oshishiga katta ahamiyat berilmoqda. Oxirgi yillarda giperxolesterinemiya va gipertriglitsidemiyaning (giperlipidemiya) asosiy 3 guruh sabablari ajratilmokda:

1. Birlamchi, irsiy, oilaviy giperxolesterinemiya bo‘lib, zamirida ZPLP retseptor geni mutatsiyasi yotadi;

2. Ikkilamchi – qandli diabet, gipotireoz, nefrotik sindrom, alkogolizmida kuzatiladi;

3. Ovqatlanishning o‘ziga xosligi, taom tarkibida xolesterin va yog‘ kislotalar me‘yordan ko‘p bo‘lganida uchraydi. Aynan mana shu sabab aholi orasida ko‘p uchraydi.

UASH/OSH mijozlar bilan dastlabki muloqotdayoq lipidlar almashinuvining buzilishini gumon qilishi va uning sababini topishga intilishi lozim. Buning uchun anamnezning (boshdan kechirilgan MI, YuIK, xoletsistektomiya, oilaviy anamnez), ob‘ektiv ko‘ruvda qon tomirlar etishmasligi alomatlari (stenokardiya xarakterli og‘riqlar, o‘tib ketuvchi oqsoqlik, bosh aylanishi), AQBning yuqoriligi, qalqonsimon bez disfunktsiyasi, podagra, buyrak kasalliklari kabilarga e‘tiborni qaratish lozim. Qonda XS va TG qachonlardir tekshirilganmi, yo‘qmi, surishtirish shart.

Bemorlarning ovqatlanish xususiyatlari diqqat markazda turishi lozim; shifokor uning bir kun mobaynida qancha smetana, qaymoq, tuxum, saryog‘, kolbasa, go‘shning yog‘li sortlari, dudlangan mahsulotlar, shakar, alkogol iste‘mol qilishini bilishi lozim. Har bir inson o‘zining TVI bilishi shart (9 jadval). U quyidagicha hisoblanadi:

9 jadval

Tana vazni Indeksi = Tana vazni (kg): Bo‘yning kvadrati (m²)

Tana vazni indeksi (kg/m ²)	Tana vazni turlari	YuQTK va diabet tahdidlari
18,5 dan kam	Vazn etishmasligi	past
18,5-24,9	Normal tana vazni	odatdagi
25,0-29,9	Ortiqcha tana vazni	yuqorilashgan
30,0-34,9	I darajali semizlik	yuqori
35,0-39,9	II darajali semizlik	juda yuqori
40,0 va undan baland	III darajali semizlik	o‘ta yuqori

Erkaklarda belning aylanasi 102 sm, ayollarda 88 sm dan yuqori bo‘lishi tashvishli holdir

YuIK va semizlik qo‘shilib kelgan bemorlarga quyidagi tavsiyalar beriladi (10 jadval):

10-jadval

YuIK stabil stenokardiyada tavsiyalar

Klassifikatsiya	Salomatlikka tahdid	Nima qilish kerak
Me’yor		
1 –darajali semizlik	o‘rtacha	Jismoniy faollikni oshirish, vazn tashlash
2 darajali semizlik	yuqori	Jismoniy faollikni oshirish, vazn tashlash, ovqatlanishni kamaytirish
3 darajali semizlik	juda yuqori	Jismoniy faollikni oshirish, vazn tashlash, ovqatlanishni kamaytirish, shifokor nazorati ostida konservativ terapiya
4 darajali semizlik	o‘ta yuqori	Jismoniy faollikni oshirish, vazn tashlash, ovqatlanishni kamaytirish, shifokor nazorati ostida konservativ yoki xirurgik davo

Semizlikka qarshi dastlabki qadam optimal ovqatlanish, ikkinchi qadam esa – gipolipidemik dori vositalarini qo‘llashdir. Bunga tarkibida xolesterin, to‘yingan yog‘lar ko‘p bo‘lgan taomlarning o‘rniga ratsionga o‘simlik yog‘lari kletchatka, vitaminlar va mikroelementlar ko‘p mahsulotlarini kiritish kiradi.

Kamharakatlilik zamonaviy jamiyatning eng og‘riqli muammolaridan biridir. AQSHda bir yilda 250 000 odamni gipodinamiya qabrga tiqmoqda. Bir butunlikda olganda gipodinamiya faol odamlarga qaraganda 1,5 – 2,4 barobar YuIKga sabab bo‘ladi. Jismoniy yuklamaning salomatlikka ijobiy ta’siri shubhasiz bo‘lsada, YuIK ga uchragan odamlarda uning darajasi shifokor tomonidan belgilab beriladi.

Tadqiqotlardan ma’lum bo‘lishicha, jismoniy harakatlar profilaktikaning eng yaxshi tadbiri sifatida yurak–qon tomir, xamda nafas olish tizimi faoliyatini yaxshilab, ish qobiliyatini kuchaytiradi.

Chiniqtirilmagan yurak mushaklari juda samarasiz qisqaradi, chunki har qanday jismoniy zo‘riqish yurak maromini tezlashtirib, charchatadi. Sinchiklab

tanlangan jismoniy yuklamalar esa yurak mushaklarini chiniqtirib, har qisqarganda hayladigan qon hajmini oshiradi. Yurak mushaklarining ratsional ishlashi natijasida (sekin, ammo kuchli qisqaradi); yurak o'zini oziqlantirish uchun kamroq kislorod talab qiladi. YuIKning asosiy sababi qon tomirlarining sklerotik o'zgarishlari hisobiga qon aylanishining yomonlashishi yotadi.

Jismoniy tarbiya nafaqat yurak, balki butun vujudning mushaklari faoliyatini yaxshilab, ichki a'zolar faoliyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Muntazam badantarbiya periferik tomirlarni kengaytirib, «qon tomirlar qarshiligini kamaytiradi» yurakning nasos vazifasi kuchayadi.

YuIK bilan og'riqan bemorlarga jismoniy tarbiya qondagi lipidlar miqdorini kamaytirib, ijobiy ta'sir qilishini ta'kidlash lozim. Jismoniy tarbiya bilan muntazam shug'ullanish qonda «yaxshi» xolesterin (YuZLP xolesterini) ko'paytirib «yomon» xolesterinni (ZPLP xolesterinni), hamda triglitseridlarni kamayishiga olib keladi.

Jismoniy tarbiya yana boshqa bir qator ijobiy metabolik samaralar beradi. Sport bilan muntazam shug'ullanish insulinga bog'liq bo'lmagan QD xavfini kamaytiradi (insulinga tolerantlik oshadi), qonning fibrinolitik aktivligi oshib qonni ivuvchanligi pasayadi, buning natijasi esa tromblar paydo bo'lish ehtimolining kamayishi kuzatiladi.

Jismoniy tarbiya va sport TVni kamaytirishga olib keladi. Agar badantarbiya bilan shug'ullanishga gipokaloriyalik parhezga ham o'tirilsa TVni barqaror kamayishiga erishish mumkin.

Jismoniy tarbiya va sport YuIK bilan og'riqanlarning emotsional va psixologik holatiga ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Bemorning kayfiyati ko'tarilib, vahima yo'qoladi, tushkunlik kamayib, hayotiy tonus va hayot sifati yaxshilanadi. Shug'ullangan odamlar, uyquasi yaxshilanib, umri uzayadi.

«Hayot –harakatdan iborat» degan iboraning qanchalik haqligini ko'plab tadqiqotlar ko'rsatib turibdi. Badantarbiya bilan muntazam shug'ullanish YuQTK dan o'lim hollarini 20-25% gacha kamaytiradi (JSST, 1993, 2013, 2015, 2019).

Kamharakat odamlarda arterial gipertenziya paydo bo'lishi 30 - 50%, YuIK paydo bo'lish xavfi esa 1,5 - 2,5 ko'proq bo'ladi.

Ammo, shunga qaramasdan haddan tashqari kuchli yuklamalar bir qator asoratlar berishi mumkin. Kamharakat va keksa odamlarning birdaniga katta zo'riqishri aritmiyalarga va o'tkir koronar sindromlarga olish kelishi mumkin.

Yuklama testlari vositasida mumkin bo'lgan jismoniy zo'riqish hajmini aniqlash mumkin. Yuklama berilganida dastlabki ishemiya alomatlari paydo bo'lishi uchun bo'sag'a hisoblanadi. YuIK bilan og'rigan bemorlarga individual zo'riqish bo'sag'asining 50 - 70% bajarish lozim bo'lib, ushbu bo'sag'a chiniqtiruvchi yurak maromi hisoblanadi.

Agar qandaydir sabablarga ko'ra chiniqtiruvchi testlarni o'tkazish imkoni bo'lmasa, ularni maksimal yoshdan kelib chiqqan holda hisoblab topish mumkin. Maksimal YUM quyidagi formula bilan hisoblanadi: $YUM = 220 - \text{mijozning yoshi}$.

Jismoniy jihatdan chiniqtirilmagan bemorlarda YuIK maksimal YUMning 50% qismi bajarilganida boshlanadi. Masalan, YuIK bilan og'rigan bemor boshidan MI o'tkazgan bo'lib 40 yoshga etgan. Uning maksimal YUM daqiqasiga: $220 - 40 = 180$ ga teng. Dastlabki chiniqtiruvchi YUM daqiqasiga (180ning 50% ni) = 90 ga tengdir.

Shunday qilib, bunday bemorda shug'ullanishning optimal bo'sag'asi daqiqasiga 90 ga tengdir. Chiniqish kuchayib borgani sayin maksimal ko'rsatkichning 60% gacha etkazish mumkin.

Chiniqtiruvchi sinamalar o'tkazishning imkoni bo'lmaganida shifokor mijozda o'tkazilishi mumkin bo'lgan jismoniy yuklamalarni YUIKning funksional sinflaridan kelib chiqqan holda belgilanadi (11 jadval).

**Jismoniy yuklamalarni YUIK ning funksional sinflaridan kelib chiqqan
holda belgilanishi**

№	Faollik turlari	I	II	III	IV
1	Lo'killab yugurish	++	+	-	-
2	Yurish Tez yurish (daqiqasiga 130 qadam) O'rta (daqiqasiga 120-100 qadam) Sekin(daqiqasiga 80 qadamdan kam)	+++ +++	+++ ++	- ++	- -
3	Zinadan ko'tarilish (qavatlar soni)	5 va undan ko'p	5tagacha	2-3	-
4	Yuk ko'tarish (kg)	15-16	8-10	3	-
5.	Jinsiy aloqa	+++	++	+	-
6	Qo'l burg'usi bilan ishlash - o'ng'ay poza - noo'ng'ay poza		+ -	- -	- -
7.	Changyutkich bilan ishlash	++	+	-	-
8	Tik yuzalarni yuvish (oyna, devor, avtomashina) - o'ng'ay poza - noo'ng'ay poza	++ +	+ -	- -	- -
9.	Chang artish	+++	+++	++	+
10.	Idish tovoq yuvish	+++	+++	++	+
11.	Kir yuvish - o'ng'ay poza - noo'ng'ay poza	++ +	+ -	- -	- -
12.	Tikish bichish	+++	++	+	-

Izoh: (+) – faollikka ruxsat beriladi; (+) ning soni ruxsat beriladigan faoliyat darajasini ko'rsatadi;
(-) – faollikka ruxsat berilmaydi

Jismoniy mashqlar bilan shug'ullanishlarning intensivligidan tashqari, uning davomiyligi va muntazamligi katta ahamiyatga ega. Chiniqtiruvchi YUM 15-30 daqiqadan kam bo'lmasligi lozim. Treirovka tarkibi 5-10 dastlabki qizib olish, 15-30 daqiqalik xususiy treirovka va 5-daqiqalik nafas harakatlarini chuqurlashtirilgan yakunlovchi bosqichdan iborat bo'lishi shart. Jismoniy yuklamalar muntazam bo'lishi lozim: haftasiga 2 martadan kam bo'lmagan holda 2 oydan kam bo'lmagan muddatda shifokor nazorati ostida o'tkazilishi shart. Agar

yuqoridagilarni o'tkazish imkon bo'lmasa uy sharoitida tezlashlirilgan yurish mashqlarini bajarish shart. Chiniqishning eng oddiy va samarali usullaridan biri dozirlangan yurishdir. U trenajerlar va qimmatbaho sport uskunalarini talab qilmaydi. Yuklamalardan keyin puls tekshiriladi, u shifokor belgilab bergan chiniqtiruvchi pulsdan yuqori bo'lmasligi lozim. Agar bemor dozalastirilgan yurishni mustaqil bajaradigan bo'lsa (shifokor nazoratisiz) quyidagi qoidalarga amal qilishi lozim:

1) Yuklama yurak sohasida og'riqlar, marom buzilishi, nafas siqilishlari va bo'g'ilishlarga sabab bo'lmasligi lozim. Bunday hollarda yuklamani to'xtatib shifokorga murojaat qilish lozim;

2) Dastlabki bosqichlarda yurak maromini daqiqasiga 10-15 tagacha oshirish mumkin. Yurak chiniqqani sayin buning maksimal yurak maromining 60% qismigacha ko'tarib borish mumkin;

3) Harorat - 15°dan past, qattiq shamol va yomg'ir mahali shug'ullanmaslik lozim;

4) Yurish mahali chekishdan qat'iy voz kechish lozim.

Odatdagi maishiy sharoitlardagi yuklamani kuchaytirish ham etarlicha naf keltirishi mumkin. Bemorlar imkon qadar transport vositalaridan foydalanmasliklari, ko'proq piyoda yurishga, velosiped haydashga harakat qilishlari lozim. Bemorlarni poliz va bog'dagi toza havoda bajariladigan kundalik ishlardan cheklash tibbiy va ruhiy jihatdan o'zini oqlamaydi. 12-jadvalda yuklamalarni oqilona taqsimlash borasida ko'rsatma bo'la oladi. Bemorlarga quyidagi ro'yxatni tanishtirish lozim.

Kichik va o'rta jismoniy yuklamalar:

- YuQTK dan va boshqa xastaliklardan o'lim xavfini kamaytiradi;
- Qon bosimni pasaytirib yurak maromini me'yorlashtiradi;
- ZYuLP XS miqdorini ko'paytirib, ZPLP XS va TG darajalarini kamaytiradi;
- insulinga tolerantlikni oshirib qandli diabet rivojlanish xavfini kamaytiradi;
- tana vaznini nazorat qilish imkonini beradi;
- qon ivuvchanligini me'yoriga keltiradi;

- mushaklar, bo'g'imlar faoliyati yaxshilanib, ish qobiliyati oshadi;
- kayfiyat yaxshilanadi, xavfli his hayajonlar kamayib, hayotiy tonus oshib turmush sifati yaxshilanadi, qiyofa va qaddi qomat yaxshilanadi;
- uyqu me'yorlashadi;
- mehnat faoliyatiga qaytish osonlashadi.

Shunday qilib, Sog'liqni Saqlash tizimidagi birlamchi bo'g'inda UASH/OSHLarning aholi salomatligini targ'ibot va tashviqotlar orqali yaxshilanishida ham beqiyos hissassi bor.

12 jadval

Stabil zurikish stenokardiya bilan og'rigan bemorlarda bog' va polizda yuklama bilan ishlashi bo'yicha ko'rsatmalar (D.M.Aronov bo'yicha)

Faoliyat turi	I FK	II FK	III FK	IV FK
Yerdagi chopiqlar	++	+	-	-
Qo'lda yuk tashish (suv, qum, sement, g'isht, o'g'it)	15gacha	8-10 gacha	3 gacha	-
Zambilg'altakda yuk tashish (kg)	20-25	15	6-7	-
Suv quyish:				
- shlang bilan	+++	++	+	-
- katta leykadan (10 kg)	+++	++	-	-
- kichik leykadan (3 kg)	+++	++	+	-
Ekish:				
- daraxt	++	+	-	-
- nihol	+++	++	+	-
Hosil yig'ish:				
- daraxdan	+++	++	+	-
- butadan	+++	+++	+	-

Izoh: (+) - faollikka ruxsat beriladi, (+)larning soni yuklamalar miqdorini belgilaydi, (-) - faollikka ruxsat berilmaydi.

Tadqiqotlardan ma'lum bo'lishicha yer shari aholisining katta foiz qismi o'rta va og'ir darajadagi psixosotsial stresslar sharoitida umrgo'zaronlik qiladi. Ular qancha ko'p bo'lsa, YuIK va tushkunliklar shuncha ko'payadi. MI va boshqa o'tkir koronar sindromlar hayotga xavf soluvchi aritmiyalar aksariyat holda surunkali

yoki o'tkir stress holatlaridan keyin yuzaga keladi. Stresslar mahali simpatoadrenal tizimning faollashishi barcha nojo'ya ta'sirlarning boshlanishidir. Adrenalin va noradrenalin kabi stress gormonlari ekskretsiyasining oshishi YuQS va AB oshishi oqibatida, miokardning kislorodga ehtiyoji kuchayishiga sabab bo'ladi, mavjud koronarosklerozlar esa miokard ishemiyasini keltirib chiqaradi.

Stress — bu (inglizcha stress — bosim, kuchlanish) — emotsional zo'riqish bo'lib inson psixologik murakkab situatsiyalarga yoki yechimi yo'q muammolarga duch kelganida yuz beradi. Stress – inson hayotining uzviy atributlaridan biri bo'lib, ko'plab omillarga bog'liq. Kichik stresslar salomatlik uchun uncha xavf tug'dirsamada, uzoq muddatlik yoki kuchli stresslar albatta o'z alomatlarini va asoratlarini beradi. Ijtimoiy va professional stresslar YuIK kasalliklariga bevosita yoki bilvosita ta'sir ko'rsatadi, ayniqsa chekish, semizlik, gipodinamiya bilan uyg'unlashib kelishi og'ir asoratlarni keltirib chiqaradi.

Stressning psixologik reaksiyalariga va alomatlariga depressiv reaksiyalar - kuchli shodlanish, darg'azablik, injiqlik ishtaha o'zgarishlari, kabilar kiradi. Stressning fiziologik alomatlariga AQB ning oshishi, yurak maromining ko'tarilishi, aritmiya, migren, yaralar, dermatitlar, bo'g'imlar va yurak sohasidagi og'riqlar) kabi ko'plab somatik o'zgarishlar kiradi. Stressdan mutlaqo holi bo'lishning aslo imkoni yo'q, ammo unga muvofiq javob qaytarishni o'rganish mumkin.

Stressorlarga nimalar kiradi. Stressorlar - stress reaksiyalarini chaqiruvchi omillardir. Stressorlarni shartli ravishda quyidagilarga ajratish mumkin: boshqariladigan (o'zimizga bog'liq); boshqarilmaydigan (o'zimizga bog'liq emas); stress reaksiyalarini chaqirsada, stressorlardan hisoblanmaydi (o'zaro munosabatlarimiz natijasi). Stressga muvofiq javob bera olishimiz uchun o'zimiz nazorat qila oladigan stressorlarni, nazorat qila olmaydigan turlaridan farqlashimiz lozim. Turli stress omillarni yengishimiz uchun turlicha usullarga murojaat qilish lozim.

Stress darajasini aniqlashimiz uchun Rider testidan foydalanamiz (13-jadval). Mazkur diagnostika usuli Rossiyaning turli shaharlarida surunkali noinfeksion

kasalliklari profilaktikaning integratsiyalashgan dasturi doirasida muvaffaqiyat bilan qo'llanilgan.

13 jadval

Stress darajasini aniqlash uchun savolnoma (Reeder L. buyicha)

№	Tasdiq	Javoblar			
		to'g'ri	asosan to'g'ri	asosan noto'g'ri	noto'g'ri
1.	O'ta asabiyman	1	2	3	4
2.	Ishim to'g'risida juda qayg'uraman	1	2	3	4
3.	Asabim tez-tez taranglashadi	1	2	3	4
4.	Kundalik ishimni bajarishda zo'riqish his etaman	1	2	3	4
5.	Muomalada taranglik his etaman	1	2	3	4
6.	Kun davomidaa jismoniy va ruhiy jihatdan mutlaqo darmonsizlik his etaman	1	2	3	4
7.	Oilaviy munosabatlarimiz yaxshi emas	1	2	3	4

Stress darajasi bilan stenokardiya orasida bog'liqliklar asosida stress darajalarini aniqlash mezonlari O. Kopina hammuall., 1989 yilda shkala kurinishida ishlab chiqilgan va 14-jadvalda kursatilgan.

Eng ko'p uchrovchi stressorlarga, nazorat qilsa bo'ladigan, ya'ni shaxslar aro munosabatda yuzaga keladigan turlari kiradi (o'zimizga bog'liq stresslar). Stereotip xulq-atvor, o'ylamay qabul qilingan qarorlar, emotsiyalarni boshqara olmaslik, ayrim hollarda nizolarni chuqurlashtirish stress omillariga kiradi.

O'ziga ishonishni o'rgatish, ijtimoiy odatlar, kommunikatsiya mahoratlariga o'rganish, aksariyat stress reaksiyalarini yengishga imkon beradi.

14-jadval

Psixologik stresslar darajasining shkalasi

Stress darajasi	O'rta ball	
	Erkaklar	Ayollar
Yuqori	1-2	1-1,82
O'rta	2,01-3	1,83-2,82
Past	3,01-4	2,83-4

Izox: Tinglovchilar bilan individual stress borasidagi o'z o'zini baholash darajasini muhokama qiling. Har bir tinglovchi uchun muhim bo'lgan stressorlar va stress reaksiyalarini ajrating.

Boshqarsa bo'ladigan stressorlarga xulq atvor va xarakterni o'zgartirish orqali erishishi mumkin (15-jadval).

15-jadval

Stressorlar turlari va omillari

Stressorlar	Stressorlarni yengishga olib keluvchi omillar
Ishda zo'riqish	Vaqtning nazorat qila olish; faoliyatni rejalashtira olish mahorati; kollektivda o'zini tuta bilish, hamma yuklamani o'ziga olmaslik; ishning afzal yo'nalishlarini aniqlash; mablag' va inson resurslarini ratsional taqsimlash; bir qancha ishni bir vaqtda bajarmaslik; tanaffuslardan samarali foydalana olish; o'ziga ishonch; nizolarni boshqara olish
Uyda haddan tashqari bandlik	Hamma narsani o'z vaqtida bajarish, bugungi ishni ertaga qo'ymaslik; vazifalarni oila a'zolariga teng taqsimlash; uy ishlarini rejalashtirish; konkret va real vazifalarni ajratish, o'zini mukofotlashni bilish
Rahbariyat bilan ziddiyatlar	O'zaro munosabatlarni yaxshilash mahoratlarini egallash; professional kompetentlilik, halollik va mehnatsevarlik.

Depressiya va tashvishga tushish. So'nggi yillarda depressiya va boshqa ruhiy psixologik omillar yurak ishemik kasalliklariga olib keluvchi va dislipidemiya, arterial gipertoniya, chekish kabi omillar qatorida turadi. Depressiyaning YuIK bilan og'riqan bemorlar orasida uchrash jadalligi o'rtacha 20%, ya'ni bemorlarning har 5tdan bittasida depressiya aniqlanadi. Ayniqsa u miokard infarktini yoki aortokoronar shuntlash operatsiyasini o'tkazganda kuzatiladi. Bu toifa bemorlarning orasida depressiyaning

tarqaluvchanligi 30%ni tashkil qiladi. Taqqoslash uchun: populyasiyada depressiv va tashvishli-depressiv buzilishlar o'rtacha 2,5-10% holda uchraydi.

INTER-HEART Study tomonidan o'tkazilgan ko'p markazli tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, geografik region, etnik, irqiy va ijtimoiy omillarga bog'liq bo'lmagan 9 ta mustaqil XO mavjud bo'lib, depressiya va stress 3 o'rinda turadi. Hatto, unchalik kuchli bo'lmagan depressiv simptomatika ham kardial o'lim holatlarini ko'paytiradi. Rossiyaning bir qator shaharlari poliklinikalarida o'tkazilgan tadqiqotlar uchastka shifokoriga murojaat qilgan o'rtacha 30% depressiv epizodlarning hamda subsindromal depressiv buzilishlarning 50% ga etishini ko'rsatadi.

Rossiya Federatsiyasi SSV ning «KOMPAS» Davlat Ilmiy Tadqiqot Markazi tadqiqotlari natijalariga ko'ra, shifokorga murojaat qilgan bemorlarning 46% psixonevrotik buzilishlar bilan og'rikan. Ularning 20% ga psixoterapevtlar va psixiatrlar yordamiga muhtoj og'ir bemorlardir.

Bir butunlikda shuni e'tirof etib o'tishimiz mumkinki, depressiyasi bor bemorlarda YuIK va MI bilan og'rish ehtimoli 2 barobar yuqoridir. So'nggi yillarda YuIK paydo bo'lishiga depressiyaning qanday ta'siri borligi o'rganilmoqda. Asosiy patofiziologik mexanizmlarga qon ivuvchanligining bevosita buzilishi sabab ekanligi gumon qilinmoqda. Depressiyaga tushgan shaxslarda trombositlar fiziologik xarakteristikasida, hujayra ichi erkin kalsiyning oshishi, serotoninga (5-HT) va katexolamin retseptorlariga gipersezuvchanlik, 4 faktor va beta-tromboglobulin giperproduksiyasi aniqlangan. Bular vazokonstriksiyaga, hamda trombositlar agregatsiyasining faollashuviga olib keladi. Qonda katexolaminlarning oshishi tashvish va depressiyaga tushgan bemorlarga ko'p uchraydi bu esa o'z navbatida trombositlar aktivatsiyasiga, agregatsiya jarayonlarining kuchayishiga va keyinchalik trombositlar hosil bo'lishiga olib keladi, bularning barchasi o'tkir koronar sindrom bilan bog'liqdir.

Depressiya nafaqat YuIK zo'raytiradi, balki uning kechishini og'irlashtirib prognozni yomonlashtiradi. YuIK bilan depressiya uyg'unlashib kelgan bemorlar tez tez stenokardiya xurujlaridan, jismoniy faoliyatning cheklanishidan va hayot

sifatining yomonlashganidan shikoyat qiladi. Ular boshdan kechirilgan MI va AQSH operatsiyasidan keyin mehnat faoliyatiga kamdan kam hollarda qaytadilar.

Depressiyaning YuIK prognoziga ta'sir o'rganilganida, bu toifadagi bemorlarga asosiy o'limga olib keluvchi mustaqil omil ekanligi aniqlandi. MI ni boshdan kechirgan va depressiya bilan tushgan bemorlarda o'lim hollari boshqa toifa bemorlardan 3–6 barobar ko'p ekanligi isbotlandi. Depressiyaning yurak qon tomir tizimi xastaliklariga prediktor ekanligi ayniqsa aritmiyasi bor va yoshi ulug' bemorlarda yaqqol namoyon bo'ldi. Agar 56-yoshli erkakda depressiya aniqlansa, unda yurak qon tomir tizimining xavflari depressiyasiz bemorlarga qaraganda 2 barobar ko'p uchraydi. Hatto o'rta darajali depressiyalar ham shunday asoratlar berishi mumkinligi aniqlangan.

Depressiyaning YuIK (stabil stenokardiya) prognoziga ta'siri hanuzgacha etarli o'rganilmagan. Ammo shuni aytish mumkinki, trombotsitlarning fiziologik xarakteristikasidagi nuqsonlardan tashqari depressiyada avtonom nerv tizimi muvozanati buzilganligi bois yurak maromi nazorati yomonlashadi. Depressiv hamda tashvishli-depressiv buzilishlarda EKGning Xolter monitori yurak qisqarishlar sonining pasayishini ko'rsatadi. Pasayishning variatsiyasi epressiya darajasiga bog'liq bo'lib depressiya qanchalik og'ir bo'lsa yurak maromi shunchalik yomonlashadi. Bular parasimpatik nerv tizimi faoliyati pasayishiga bog'liq bo'lib qorinchalar aritmiyasi, trombotsitlar adgezivligining oshishiga va yurak qon tomir tizimi kasalliklarida o'lim hollarining ko'payishiga olib keladi. Depressiyaga tushgan bemorlarda nerv tizimi tomonidan avtonom yurak qon tomir tizimi nazorati yomonlashadi. L.Walkins va ham mualliflar, YuIK (stabil stenokardiya) bilan depressiya qo'shib kelgan hollarda baroretseptorlar sezuvchanligi yomonlashishini aniqlagan.

YuIK (stabil stenokardiya) bilan depressiya uyg'unlashib kelgan hollarda o'limning ko'p bo'lishi depressiya bilan og'rikan bemorning davolanishga bog'liqligi -komplayensdir. **Komplayns** – juda murakkab, kompleks jarayon bo'lib har biri o'z vazniga ega bo'lgan bir qator omillarga bog'liq. Nazarimizda YuIK

(stabil stenokardiya) bilan ogʻrigan bemorlarda psixik holati asosiy omil sifatida qaralishi lozim.

YuIK (stabil stenokardiya) bilan depressiya uygʻunlashib kelgan hollarda bemorlar sogʻlom turmush tarziga rioya qilishi qiyinlashadi, shifokor tavsiyalariga amal qilmaydi, parhezga rioya qilmaydi, chekish va alkologol voz kechmaydi. Depressiv va tashvishli-depressiv simptomatikada bemorlar kardiolog tomonidan tavsiya etilgan medikamentoz terapiyaga nisbatan salbiy munosabatda boʻladilar. Bunday bemorlarda rehabilitatsiya hamda ikkilamchi profilaktika boʻyicha tadbirlar oʻtkazish murakkablashadi.

Depressiya diagnostikasi. Depressiya faqat $\frac{1}{4}$ hollardagina tashhislanib, adekvat timoleptik terapiya buyuriladi (Kelly D., 1987; West R., 1992). Diagnostikaning sustligi quyidagilarga bogʻliq:

- tibbiyot xodimlarining tashvishli –depressiv holatlar dastlabki alomatlari xususida kam axborotga ega ekanligi;
- depressiya somatizatsiya darajasining yuqoriligi;
- aksariyat somatik kasalliklarida depressiyaning uygʻunlashib kelishi.

Psixologik shikoyatlarning 90% hollarida, somatik shikoyatlarning 47% hollarida depressiya tashhislanadi. Depressiyada YuIK kechishining ogʻirlashishi kasallik prognozining yomonlashishi mazkur toifa bemorlarda depressiyani oʻz vaqtida tashhislab davolash zaruriyatini tugʻdiradi. Tassuflar boʻlsinki, aksariyat holatlarda depressiya oʻz vaqtida tashhislanib, tegishli davo tadbirlari qoʻllanilmasligi oqibatida asoratlar yuzaga keladi.

Buning asosiy sababi shundaki YuIKning koʻpgina hollarida depressiya yashirin, niqob ostida kechadi. Bunday depressiyada suitsidal fikrlar va harakatlar kuzatilmaydi, bemorlar hattoki kayfiyat tushkunligi, qiziqishlarning yoʻqolishi kabi depressiv shikoyatlar qilmasligi ham mumkin. Ularda asosan somatik va vegetativ simptomatika namoyon boʻladi. Ayrimlari uyqu buzilishi, ishtahaning oʻzgarishi, tana vaznidagi meʼyordan chetlashishlar, darmonsizlik, ish qobiliyatining yoʻqolishi, kardialgii, bosh va bel ogʻriqlari, vegetativ oʻzgarishlar jinsiy quvvatning yomonlashishi kabi alomatlar aniqlanadi. Ayrim bemorlarda esa

maqsad va intilishlarning yo‘qolishi, befarqlik kuzatiladi. Faqat batafsil so‘rab surishtirilganda depressiv simptomlarni aniqlash imkonini beradi.

Diagnostikaning qiyinligi shundaki, depressiya asosan kardialgiya, darmonsizlik, yurak xilpirashi kabi alomatlar tagida yashirin kechadi.

Klassik depressiya triadasi: Kayfiyat tushkunligi; Ideator (fikrlarning tormozlanishi); Harakatning tormozlanishi.

Qo‘shimcha alomatlar:

- O‘ziga ishonchning yo‘qolishi, yashagisi kelmay qolishi;
- Avvallari lazzat bergan faoliyat turlari endi mutlaqo befarqlikka sabab bo‘ladi (angedoniya);
- Qaror qabul qilishning qiyinlashishi, darmon qurishi, tez charchash;
- Nutq va fikrlar qiyinlashishi;
- Diqqat, e‘tibor va konsentratsiya kamayishi;
- Pessimistik dunyoqarashlar paydo bo‘lishi;
- Ishtaha va vazn pasayishi;
- Uyqu buzilishi (odatdagidan 2 soat kam uxlash);
- Jinsiy quvvatning pasayishi yoki yo‘qolishi;
- Vegetativ bo‘zilishlar (SVD, vahima, mavhum og‘riqlar);
- O‘z o‘zini ayblash, suitsidal fikrlar.

"Depressiyaning mezonlari" DSM-4 UASH/OSHga murojaat qilish uchun asos bo‘ladi. Katta depressiya tashhisi qachonki kamida 5 ta kriteriy 2 hafta mobaynida ko‘zatilganida qo‘yiladi; engil depressiya tushkunlik hamda hayotdan lazzatlanish yuqolishiga yana 2ta mezon 2 hafta mobaynida kuzatilganida qo‘yiladi.

DSM-IV*, bo‘yicha depressiya mezonlari, 1994

1. Tushkun kayfiyat (kunning katta qismida)
2. Qiziqishlarning kamayishi va lazzatlanishning yo‘qolishi
3. Ishtaha va tana vaznidagi o‘zgarishlar
4. Uyqu buzilishi (uyqusizlik, yoki uyquchanlik)
5. Psixomotor qo‘zg‘aluvchanlik yoki tormozlanishlar
6. Darmon qurishi, quvvatsizlik

7. O‘zini butunlay befoyda ekanligini his etish
 8. Diqqatni yomonlashishi, qaror qabul qilishda buzilishlar
 9. Yashagisi kelmaslik, suitsidal harakatlar
- *(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4-th ed.))

Depressiv buzilishlarni aniqlash psixometrik shkalalar va testlar, hamda sub’ektiv alomatlar, so‘rovnomalar yordamida olib boriladi. Bular tashhis qo‘yish uchun shifokor vaqtini minimallashtirish, natijalarni tez interpretatsiyalash imkonini beradi. Ular orasida eng mashhurlari «Depressiya va vahimaning Hospital shkalasi», (A.Zigmond, 1983), Bekning depressiya so‘rovnomasi (A.Beck, 1961) yoki Rider testidir. Psixometrik shkalalarni takroran qo‘llash davo paytidagi bemor ahvoli dinamikasini o‘rganishga yordam beradi.

HADS shkalasi (Hospital Anxiety and Depression Scale va uning adaptatsiyalashtirilgan ruscha versiyasi - A.V. Andryushenko, M.YU. Drobijev, A.V. Dobrovolskiy, 2003), vahima va depressiyaning somatik statsionarda aniqlash imkonini beradi. Qo‘llanilishi va ishlov berilishi osonligi bois skringni tez va jadal o‘tkazishga imkon beradi (16 jadval).

16 jadval

Vahima va depressii hospital shkalasi (HADS, A.S. Zigmond i R.P. Snaith, 1983 g)

1. o‘zimni qo‘yarga joy topolmayman, siqilib yuraman 3 – hamma vaqti 2 – tez tez 1 – vaqti vaqti bilan 0 – sezmayman	8. Hamma narsani sekin bajarayotganga o‘xshab borayapman 3- hamma vaqti 2 – tez tez 1 – ayrim hollarda 0 – mutlaqo yo‘q
2. Avvallari lazzat chaqirgan narsalar endi menga befarq tuyulmoqda 0 – albatta shunday 1 – ehtimol 2 – kamdan kam hollarda 3 – bunday emas	9. Ichki zo‘riqish va titroq sezaman 0 – mutlaqo sezmayman 1 – ayrim hollarda 2 – tez tez 3 – aksariyat hollarda
3. Biror falokat ro‘y beradi deb muntazam xavotirdaman 3 – albatta , qo‘rquvim juda kuchli	10. Tashqi ko‘rinishimga e’tibor bermayman 3 –albatta

2 – albatta, ammo qo‘rquvim uncha kuchli emas 1 – ayrim hollarda 0 – yo‘q	2 – etarli e‘tibor bermayman 1- kamroq e‘tibor berayotganga o‘xshayman 0 – avvalgidek e‘tibordaman
4. Samimiy kula olaman 0 – albatta 1 – shundayroq 2 – kamdan kam holda 3 –umuman yo‘q	11. Bir joyda tinch tura olmayman 3 – albatta 2 – shundayroq 1 – kamdan kam holda 0 – umuman yo‘q
5. Miyam baayni asalari uyasidek 3 – muntazam 2 – aksariyat holda 1 – vaqti vaqti bilan 0 – ayrim holda	12. Faoliyatim, qiziqishlarim menga lazzat berayapti deb ayta olaman 0 – odatdagidek 1 – avvalgidek emas 2 – odatdagidan kamroq 3 – mutlaqo yo‘q
6. o‘zimni tetik his etaman 3 – his etmayman 2 – kamdan kam hollarda 1 – ayrim hollarda 0 – hamma vaqti	13. Qo‘qqisdan vahima bosadi 3 – aksariyat hollarda 2 – tez tez 1 – kamdan kam hollarda 0 – mutlaqo bo‘lmaydi
7. Oson o‘zimni bo‘sh qo‘ya olaman 0 – albatta shunday 1 – ehtimol 2 – kamdan kam holda 3 – mutlaqo iloji bo‘lmaydi	14. Yaxshi kitob film va ha kazolardan lazzatlanaman 0 – tez tez 1 – ayrim hollarda 2 – kamdan kam hollarda 3 – tez tez

Natijalar interpretatsiyasi uchun har bir mijoz uchun HADS ning yig‘indisini aniqlash lozim. Bu savolnomadagi 14 ta tasdiqning arifmetik yig‘indisidan kelib chiqadi. Natijalar quyidagicha interpretatsiyalanadi:

- 0-7 ballar – tashvish va depressiya alomatlari yo‘q
- 8-10 ballar – tashvish va depressiyaning subklinik alomatlari
- 11 bal va undan yuqori tashvish va depressiyaning yorqin namoyon bo‘lishi.

Stress darajasini aniqlashimiz uchun Rider testidan foydalanamiz. Mazkur diagnostika usuli Rossiyaning turli shaharlarida surunkali noinfeksion kasalliklari profilaktikaning integratsiyalashgan dasturi doirasida muvaffaqiyat bilan qo‘llanilgan (17 jadval).

17 jadval

Stress darajasini aniqlash uchun savolnoma (Reeder L.)

№	Tasdiq	Javoblar			
		to'g'ri	asosan to'g'ri	asosan noto'g'ri	noto'g'ri
1.	O'ta asabiyman	1	2	3	4
2.	Ishim to'g'risida juda qayg'uraman	1	2	3	4
3.	Asabim tez-tez taranglashadi	1	2	3	4
4.	Kundalik ishimni bajarishda zo'riqish his etaman	1	2	3	4
5.	Muomalada taranglik his etaman	1	2	3	4
6.	Kun adog'ida jismoniy va ruhiy jihatdan mutlaqo darmonsizlik his etaman	1	2	3	4
7.	Oilaviy munosabatlarimiz yaxshi emas	1	2	3	4

Stress darajasi bilan stenokardiya orasida bog'liqliklar asosida stress darajalarini aniqlash mezonlari ishlab chiqilgan (O. Kopina, 1989; 18 jadval).

18 jadval

Psixologik stresslar darajasining shkalasi

(O. Kopina hammuall., 1989)

Stress darajasi	O'rta ball	
	Erkaklar	Ayollar
Yuqori	1-2	1-1,82
o'rta	2,01-3	1,83-2,82
Past	3,01-4	2,83-4

Depressiv buzilishlar YuQTK bilan uyg'unlashib kelgan hollarda etiologiya haqida so'z yuritish garchand qiyin bo'lsa-da, ayrim klinik dalillar gumonsizdir:

- 1) tekshirilgan bemorlarda psixogeniya darajasi yuqoriligi;
- 2) somatik kasalliklar bilan depressiya sinergiyasining yomon oqibatlarga olib kelishi;
- 3) dissirkulyator ensefalopatiya oqibatida serebral qon tomirlar etishmasligi kabi patogenetik mexanizmlari kasallik kechishiga salbiy ta'sirlari;

4) neyrotsirkulyator distoniyaning tashvish-depressiv sindrom bilan, komorbid patologiya ekanligi yuqori diagnostik qiymatga ega.

YuIK bilan depressiya uyg'unlashib kelgan bemorlarni davolash.

Bunday bemorlarning aksariyati ixtisoslashgan davo muassasalariga emas, balki sog'liqni saqlash tizimining birlamchi tizimida UASH/OSHga murojaat qiladi. Shuning uchun bunday bemorlarning mufassal diagnostikasida UASH ning ahamiyati beqiyosdir. Bemorlarni dastlab avval salomatlik maktablarida nomedikamentoz davolashga harakat qilish lozim.

Relaksatsiya usullari. Relaksatsion davolash usullari bemorning stresslarga chidamliligini oshiradi. Relaksatsion usullar orasida — nafas relaksatsion trening, progressiv mushaklar relaksatsiyasi, psixorelaksatsion terapiya hamda, autogen trenirovkalar katta ahamiyatga ega.

Nafas relaksatsion treningi mediativ texnikani o'z ichiga oladi. Bunda bemor o'ziga qulay holatda bo'shashib o'tiradi, butun diqqat e'tiborini nafas yo'llari orqali o'pkasiga salqin havo qanday kirib, butun vujudidagi g'am alamlarni issiq havo bilan olib chiqib ketayotganiga qaratishga urinadi. Bunda nafas maromi va chuqurligi o'zgartirilmaydi, ammo nafas olayotganda o'ziga "olish" chiqarayotganda esa "chiqarish" deb eslatiladi. Usulning asosida bir qator mushak guruxlarini navbatma navbat qisqarirish va bo'shashtirish yotadi: a) yuz; b) bo'yin va qo'l; v) orqa va qorin; g) oyoq (son, boldir).

Chuqur nafas metodikasi bilan tanishish. Bo'shashtiruvchi muolajalarning asosiy tarkibiy qismi chuqur nafasdir. Bu deyarli hammaga naf keltiradi. Vahimachi, tashvishga tushuvchi, befarq, boshi aylanadigan va og'riydiganlarga ayniqsa samarali ta'sir ko'rsatadi, turli darajadagi stresslarga barham beradi. Chuqur nafas olish texnikasi har joyda, har doim emotsional va fiziologik zo'riqlashlarni barham toptirish uchun qo'llasa bo'ladi.

Chuqur nafas olish trenirovkasi stressorlarga javob tariqasida yuzaga keluvchi fiziologik reaksiyalarni nazorat qilish imkonini beradi. Chuqur nafas uchun quyidagilar muhim:

- Burun orqali nafas olinadi;

- O'tirgan yoki tik turgan holda qulay holat tanlanadi;
- Bir qo'l kafti ko'krak, ikkinchisi esa qoringa qo'yiladi;
- Odatdagi tartibda nafas olganingizda qo'llaringiz qay tartibda harakatlanayotganiga e'tibor beriladi;
- Nafasni shunday olingki, dastavval qorinda, keyin ko'krakdagi qo'l ko'tarilsin;
- Burun orqali nafas ohista olinsin;
- Bunda dastavval o'pkalarning quyi, keyin o'rta va nihoyat yuqori qismlari to'lsin.
- Bo'shashgan holda qorinni ichkariga tortib nafasni chiqarish.
- Nafasni to'la olganingizda o'pkalarning yuqori qismlari to'lganidek elka va o'mrovlarni ko'tarish.

Autogen trenirovka metodikasi bilan tanishish. Autogen trenirovka - psixik samoregulyasiya texnikalaridan biri bo'lib, inson o'zining emotsional, ruhiy va jismoniy holatiga ta'sir ko'rsatadi. Autogen mashqlar vositasida erishilgan mushaklar relaksatsiyasi stress bilan kurashib, asabni dam oldiradi. Mushaklar relaksatsiyasi yarim uyqu holati kuchli vosita hisoblanadi. Autogen trenirovka vositasida vujud o'zi uchun foydali bo'lgan ko'nikmalarga ega bo'ladi.

Autogen trenirovka va maxsus tanlangan o'zini ishontirish formulasi nafaqat stress reaksiyalari, balki xulq atvor hamda zararli odatlarga ham ta'sir qiladi. Shuningdek, u AQB, YuQS va boshqalarni ham idora etish imkonini beradi.

YuIKlarida (stabil stenokardiya) quyidagi mashqlar kompleksi tavsiya etiladi:

1. «Bo'shashish», «nafas olish», «engillashish» mashqlari. Peshona, ko'z, til, bo'yin, qo'l, orqa, oyoq sohasi mushaklarini taranglashtirgan holda ohista chuqur nafas olinadi. So'ngra nafasni ohista chiqarish mahali bo'shashish buyruqlari beriladi: «yuz mushaklari bo'shashdi», «bo'yin mushaklari bo'shashdi», «qo'l mushaklari bo'shashdi» va hokazo. Ana shundan keyin bir butun bo'lgan formulaga, ya'ni «butun vujud bo'shashdi» formulasiga o'tish mumkin. Samara yanada ko'proq bo'ishi uchun «xotirjamlik», «nafas», «yengillik» formulasiga o'tish mumkin:

«Butun vujudda to'liq xotirjamlik va bo'shashish»;

«Men borgan sayin tinchlanib bormoqdaman»;
«Men mutlaqo xotirjamman»;
«Nafasim chuqur, tinch va ohista»;
«Butun tanamni yengillik qoplab olmoqda» va hokazo.

2. «Iliqlik», «yengillik», «ko'krak qafasida bo'shashish» formulasi. Qo'shimcha formulalar:

«Qo'llarim ilimoqda»;
«Qo'llarimni issiq qumga tiqayotgandekman»;
«Qo'llarim iliq va yengil»;
«Borgan sayin yengillik va xotirjamlikni his etib bormoqdaman»;
«Ko'krak qafasimda odatdan tashqari yengillik».

Relaksatsiya mashqlari odatda o'tirgan holda bajariladi. Mijozlar kresloda qulay o'tirib, oyoqlari polga tekkiziladi, qo'llar songa tiraladi, qovoqlar bo'shashtiriladi, ko'zlar yopiladi. Trening davomiyligi 15-20 daqiqani tashkil qiladi. Autogen trenirovkani muntazam bajarish aksariyat hollarda gipotenziv va psixotrop preparatlardan voz kechish imkonini beradi. Uy sharoitida mustaqil ravishda autogen trenirovkalarni o'tkazish mumkin. Albatta, shifokor nazorati ostida bo'lgani ma'qul. Dastlabki mashg'ulot arterial bosim va pulsni o'lchash bilan bajariladi. Agar bemorning psixologik holati disfunktsional bo'lib, no-medikamentoz vositalar yetarlicha samarali bo'lmasa, psixofarmakoterapiya tavsiya qilinadi.

So'nggi yillarda bir qator mamlakatlarda, depressiyaning yengil va o'rtacha og'ir darajalari YuIKga qo'shilib kelish hollarini kardiologlar va UASH/OSHLari samarali davolamoqdalar. Bu klinik amaliyotgan yangi samarali va nojo'ya ta'sirlardan xoli antidepressantlar kirib kelishi bilan bog'liq. E.I. Chazov va hammuall. (2005) kardiologik amaliyotdagi diagnostikaning optimizatsiyasi va davo-reabilitatsion taktika uchun zarur bo'lgan, bir qator holatlarni belgilab berdi:

- umumiy tibbiyot amaliyotida YuQTK bilan depressiya hollarining uyg'unlashib kelishi ko'p uchasada, ularning aniqlanish darajasi past ekanligi;

- YuQTK bilan depressiyaning noxush sinergik aloqalari etarli hisobga olinmagan hollarda prognozning juda yomonlashishi;
- YuQTK bilan depressiya uyg'unlashib kelgan hollarida antidepressantlarni uyg'unlashib qo'llash davo samaradorligini oshiradi;
- Adekvat terapiya (antidepressantlarni uyg'unlashtirib qo'llash) YuQTK bilan tushgan bemorlar davolanish samaradorligini oshiradi.

Depressiyani davolash shablon bilan ishlashni xush ko'rmaydi, ammo shunga qaramasdan aynan shablon sxemasi so'nggi yillarda ko'p qo'llanilmoqda (19 jadval).

19 jadval

Depressiya terapiyasi bosqichlari

Terapiya turlari	Bardavomligi	Muddati	Bosqich vazifasi
I. Xurujni to'xtatuvchi terapiya	Davo boshidan klinik remissiyaga qadar	6-12 hafta (o'rtacha 9 hafta)	Simptomlarni tez bartaraf etish
II. davolovchi (stabillovchi) terapiya	klinik remissiyadan fazaning spontan tugashiga qadar	Unipolyar kechishida – 5 - 9 oy bipolyarda – 3 - 4 oy	rezidual simptomatikalarning va affektiv beqarorlikning reduksiyasi
III. Profilaktik (to'xtatib turuvchi) terapiya	Spontan kechishning jadalligiga qarab belgilanadi	1 yildan kam emas	Yangi epizodlarning oldini oladi

Zamonaviy antidepressantlar, odatda, kimyoviy strukturasi va ta'sir mexanizmiga qarab tasniflanadi (ashkovskiy M.D., 1997; Puchinsky S., 2000; 20 va 21 jadvallar).

YuIK (stabil stenokardiya) bilan og'rigan bemorlarda tritsiklik antidepressantlar (TSA) YuQTTga salbiy ta'siri bois buyurilmaydi. Amitriptilin va boshqa TSA terapevtik dozalarda reflektor taxikardiya, ortostatik gipotoniya, P-Q, Q-T intervallarining o'zayishiga va o'tuvchanlikning yomonlashuviga olib keladi.

20 jadval

Antidepressantlarning kimyoviy strukturasi ko'ra klassifikatsiyasi

Kimyoviy guruhi	Nomlanishi
-----------------	------------

Tritsiklik	Amitriptilin (triptizol, amitrip-tilin), imipramin (melipramin), klomipramin (anafranil)
Atipik tritsiklik hosilalar	Tianeptin (koaksil)
Tetratsiklik	Mianserin (lerivon), mirtaza-pin (remiron), maprotilin (ludiomil), pirlindol (pirazidol)
Bitsiklik	Sertralin (zoloft), paroksetin (paksil), trazodon (trittiko), sitalopram (sipramil)
Monotsiklik	Fluoksetin (prozak), fluvoksamin (fevarin, fluvoks), venlafaksin (effeksor), milnatsipran (iksel)
Adenozil – metionin hosilalari	5 – adenozilmetionin (geptral)
Benzamid hosilalari	Moklobemid (auroriks)
Karbogidrazin hosilalari	Izokarboksazid (marplan)
Siklopropilamin hosilalari	Tranilsipromin (parnat)
Gidrazin hosilalari	Fenilzin (nardil), nialamid (niamid), iproniazid (marsilid)

TSA bilan davolanganda uyquchanlik, diqqat pasayishi, xotira yomonlashishi, tafakkurning bo‘shishishi, nafis harakat koordinatsiyalarini buzilishi kuzatiladi.

Nojo‘ya ta’sirlarni minimallashtirish maqsadida shifokor TSAning juda kichik dozasini buyuradi (masalan, 1/4–1/2 tabletki amitriptilin kuniga), ammo bu antidepressiv effekt bera olmaydi (minimal terapevtik doza 2–3 tabletki kuniga). Antidepressantlarning yangi avlodi selektivlik xususiyatiga ega bo‘lib TSA uchun xos bo‘lgan nojo‘ya ta’sirlarga ega emas.

21 jadval

Antidepressantlarning ta’sir mexanizmiga ko‘ra klassifikatsiyasi

Antidepressantlarning ta’sir mexanizmlari	Nomlanishi
Serotoninni qayta so‘rib oluvchi selektiv ingibitorlari (SIOZS)	Fluoksetin (prozak, portal, proflo‘zak), sertralin (zoloft, stimulon), paroksetin (paksil, reksetin), fluvoksamin (fevarin), sitalopram (sipramil)

Monoaminoksidazы ingibitorlari m(IMAO)	Nialamid (nuredal)
Qaytuvchi ingibitorlar monoaminoksidaza A tipi (OIMAO - A)	Pirazidol, moklobemid (auroriks)
Noradrenalin qayta ushlab selektiv blokatorlari	Mianserin (lerivon), maprotilin (ludiomil)
Noradrenalin va serotonin qayta ushlab selektiv ingibitorlari	Venlafaksin (effeksor), milnatsipran (iksel)
Noradrenergik va serotoninergik antidepressantlar (NSSA)	Mirtazapin (remiron, mirtel)
Serotoninni qayta ushlab selektiv stimulyatorlari	Tianeptin (koaksil)
Noradrenalin va serotoninning noselektiv ingibitorlari	Amitriptilin, imipramin (melipramin), klomipramin (anafranil), doksepin (sinekvan), deipramin (petilil)

Ular antidepressivlik xususiyati bo'yicha TSA lardan kam bo'lmagan ayrim hollarda yaxshi qabul qilinadi. YuQTKda birinchi qator antidepressantlariga serotoninning qayta so'rilishi selektiv ingibitorlari kiradi (SIOZS). Mazkur guruh preparatlari sinaptik bo'shliqdan presinaptik neyronlarga serotoninni qayta so'rilishiga моне'lik qiladi hamda boshqa neyromediatorlarga ta'sir ko'rsatmaydi. O'zining SIOZS nomini mazkur preparatlar serotoninning qayta so'rilishini noradrenalinga qaraganda selektiv bloklashi sababli oldi (kamida 10 marta).

SIOZS guruhiga mansub preparatlar na faqat antidepressiv, balki anksiolitik ta'sirga ham ega bo'lib depressiyaning tashvish simptomatikasi, vahima atakalari, fobik sindromlar bilan qo'shib kelishi hollarida o'z samarasini ko'rsatadi. SIOZS kardial profilga samarali ta'sir ko'rsatadi. Ularning nojo'ya ta'sirlari minimal bo'lib, ayniqsa tavsiya etilgan dozalarda yorqin namoyon bo'ladi. Ayrim hollarda me'da ichak tizimi tomonidan og'iz qurishi, ko'ngil aynashi diareya, uyquchanlik, bosh og'rig'i va aylanishi, titroq kuzatilishi mumkin. Ammo ular kam namoyon bo'lib, davo to'xtatilganidan 2 hafta o'tib mustaqil o'tib ketadi.

Ayrim zamonaviy antidepressantlarning sxemasi va dozalash rejimlari.

Paroksetin (reksetin) keksalarda va somatik zaiflashgan bemorlarda boshlang'ich

doza 10 mg 1 marta ertalab ovqat bilan, oradan 2-3 hafta o'tib dozani har haftasiga 10 mg dan oshirib boriladi, maksimal bir kecha kunduzlik doza 30-40mg/ni tashkil qiladi. Effekt 2 haftaning oxirida namoyon bo'lib, 4-hafta oxirida aniq yaqqol bilinadi. Depressiya simptomlari yo'qolganidan keyin ham bemor 20-30 mg dozada 4-6 oy mobaynida retsidivning oldini olish maqsadida qabul qilishi lozim. Har 2 haftada dozani 10 mg dan kamaytirib oxiri butunlay to'xtatiladi.

Fluoksetin boshlang'ich doza 20 mg ertalab ovqat bilan, maksimal doza 20-40 mg/bir kecha kunduzda. Terapiya davomlilikigi 4-6 oy bo'lib, kayfiyatni yaxshilab, qo'rquv va vahimani kamaytiradi, disforiyani bartaraf etadi, sedativ effekt bermaydi, o'rtacha terapevtik dozada yurak qon tomir va boshqa tizimlarga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

Mirtazapin kuniga 1 marta ovqat bilan qabul qilinadi, effektiv kecha kunduzlik doza 15 - 45 mg. Boshlang'ich doza 15 yoki 30 mg (kecha kunduzlik dozaning katta qismi tunga qabul qilinadi). Agar kecha kunduzlik doza bir martalik bo'lsa, uyqu oldidan qabul qilish lozim. Davolash davomiyligi simptomatikaning butunlay yo'qolishiga olib keluvchi 4 - 6 oydir. Preparat asta sekinlik bilan to'xtatiladi. Doza yetarlicha bo'lganida samara 2-4 haftadayoq bilinadi. Mirtel hatto gipnotiklar ta'sir qilmaydigan og'ir uyqusizliklarda ham samara beradi.

Sertralin (zoloft) balanslashtirilgan xarakterga ega bo'lib tashvish, zerikish, apatiyalarga ta'sir ko'rsatadi. Davo-profilaktik dozasi 25-50 mg/kecha kunduz, oradan 1,5-2 hafta o'tib dozani o'zgartirish mumkin; maksimal 150-200 mg/kuniga 1 marta ertalab yoki kechqurun qabul qilinadi. Davo davomlilikigi 1,5-2-6 oygacha; 50 mg/gacha dozani birvarakayiga 50 mg/dan ortiq dozani asta sekinlik bilan tashlanadi.

SIOZS guruhiga mansub preparatlar yuqori samaradorlik va xavfsizlikka ega ekanligini ko'rsatdi. SIOZS preparatlari bemorlarni depressiyadan xalos qilib, asosiy kasallik prognoziga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

UASH/OSH yodida saqlashi lozim:

- Endogen depressiyaga muhtalo bo'lgan bemorlar albatta psixiatr va psixonevrologik dispanserlarga ko'rik uchun yuborilishi lozim;

- Suitsidal fikrga ega bo‘lganlar psixiatrik statsionarlarga yotqizilishi shart;
- Har qanday antidepressant davolash boshlanganidan faqat 2 hafta o‘tibgina samara berishini bemorlarga tushuntirish lozim;
- Barcha SIOZS dastlabki 7-10 kun stimullashi mumkinligi e‘tiborga olinib, uni bartaraf etuvchi terapiyani qo‘llash lozim;
- Antidepressantlar bilan davolash yetarlicha davomlilikka ega bo‘lib, kamida 6 oy davom etishi va 1 yilgacha - profilaktik terapiya o‘tkazilishi lozim.

UASH/OSH depressiyaning yengil va o‘rtacha og‘ir darajasini suitsidal fikrlar va urinishlar bo‘lmagan hollarida davolashi mumkin. Antidepressantlarni tanlashdagi asosiy mezonlarga, ularning xavfsizligi, yaxshi qabul qilinishi, nojo‘ya ta’sirlari kamligi, somatotrop preparatlar bilan birga qabul qilinganida minimal xavfga ega ekanligi e‘tiborga olinadi. Suitsid xavfi yuqori bo‘lgan bemorlarda agar psixik holat alkogolga, trankvilizatorlarga qaramlik, shaxsning buzilishi, bilan qo‘shilib kelsa antidepressiv davo samara bermasa, shuningdek diagnostik mavhumliklarda bemorni psixiatrga konsultatsiyaga yuborish lozim.

UASH/OSH qamrovi kengayib borayotgan bu zamonda, aynan ular tashvishli-depressiv sindromning har qanday alomatlarini aniqlash va yordam berishi lozim. Muammoning adekvat yechimlaridan biri UASHni depressiv buzilishlar skriningiga o‘qitish, psixopatologik buzilishlarni standartlashtirilgan ta’lim programmalariga o‘qitish zamon talablaridandir. Shunday qilib, UASH/OSHni tashvishli-depressiv buzilish hollarini o‘z vaqtida aniqlab adekvat nomedikamentoz va medikamentoz berishga o‘qitish muammoning yechimidir.

Xulosada UASH/OSH ning birlamchi zvenosi uchun bir qator tavsiyalarni keltirib o‘tamiz:

1. UASH/OSH o‘zining kundalik faoliyatida yuqorida keltirilgan psixodiagnostik metodikalardan foydalanishlari lozim;
2. Komplaynsning psixologik prediktorlari psixokorreksiya usullarini ishlab chiqarishda asos bo‘lib xizmat qiladi;

3. Psixik status va YuIK bilan og‘rigan bemor shaxsiyatining o‘ziga xosligi mijozlarning nomedikamentoz terapiyasida (salomatlik maktablariga qatnash), dietoterapiyada va jismoniy mashqlarda ahamiyat kasb etadi;
4. UASH/OSH tomonidan psixopatologik buzilishlarni aniqlanishida, YuIK stabil stenokardiya bilan og‘rigan bemorlarning oilaviy ekanligi komplaynsga pozitiv ta‘sir ko‘rsatadi. YuIK stabil stenokardiya bilan og‘riganlarning vrach tavsiyalarini noregulyar bajarishi, aksariyat hollarda oilaviy yashamaganlar orasida kuzatiladi va bu shaxslararo munosabatlar disgarmoniyasiga olib keladi.
5. YuIK stabil stenokardiya bilan og‘riganlarning tashvish va depressiya haqidagi tushunchalarining kengayishi davolanishga nisbatan pozitiv holatga olib keladi. So‘nggi 20 yil ichida klinik tibbiyotda stressning organizmga uzoq muddatlik ta‘siri oqibatida yuzaga keluvchi depressiv buzilishlarni o‘rganishga qiziqish ortmoqda. Yurak kasalliklarida yuzaga keluvchi depressiya mustaqil kasallik bo‘lib, somatik kasalliklarning kechishiga nojo‘ya ta‘sir ko‘rsatadi. YuIK stabil stenokardiya bilan og‘riganlar orasida 20% holda depressiya kuzatiladi, ya‘ni har 5 nafar bemorning bittasida ikki kasallikning qo‘shilib kelishi kuzatiladi.

YuIK, arterial gipertenziyada depressiya va tashvish qo‘shilib kelib asosiy kasallik prognozini yomonlashtiradi. Depressiya deyarli hamma vaqt tashvish bilan aralashib keladi. Ayrim bemorlarda esa tashvish xronologik jihatdan depressiyadan avval keladi.

Nima uchun so‘nggi yillarda bu muammoga katta e‘tibor berilmoqda?

So‘nggi yillarda depressiya va tashvishli-depressiv buzilishlar YuIKning mustaqil omili sifatida namoyon bo‘lib dislipidemiya, AG va chekish bilan qo‘shilib kelmoqda. Depressiya aniqlanganlarda YuIK va MI depressiya aniqlanmaganlarga qaraganda 1,7 barobar ko‘p uchraydi.

Depressiya bilan tushgan bemorlarning aksariyatida trombotsitlarning fiziologik xarakteristikasida sezilarli defektlar uchraydi, hujayra ichi erkin kalsiy miqdorining balandligi, serotonin va katexolamin retseptorlari gipersezuvchanligi va hokazolar shular sirasiga kiradi. Bular vazokonstriksiyani kuchaytirib, trombotsitlar agregatsiyasining faollashishiga olib keladi.

Qonda katexolaminlar miqdorining ko'pligi depressiya bilan og'riqlar uchun xos bo'lib, o'z navbatida trombositlarni agregatsiyasini faollashtiradi, tromb hosiil bo'lish jarayonlari kuchayadi.

1. Bir qator ulkan ko'p markazli tekshirishlar natijasida ayon bo'lishicha depressiya YuIK stabil stenokardiya prognozlarini yomonlashtiradi: bunday bemorlarda o'lim xavfi oshadi. Ayniqsa nostabil stenokardiya, MI, insult va koronar o'lim hollari oshadi. MI bilan depressiya uyg'unlashib kelgan bemorlarda depressiya uyg'unlashmaganlarga qaraganda o'lim hollari 3 - 6 barobar ko'p uchraydi.

2. Bemor YuIK bilan og'riguniga qadar depressiya bilan og'ridimi, yoki u ikkilamchi rivojlandimi, qat'iy nazar u YuIK kechishini og'irlashtiradi.

Depressiya bilan YuIK qo'shib kelganida bemorlar stenokardiya, jismoniy faoliyatning cheklanishi, turmush sifatining yomonlashishi depressiya qo'shilmaganlarga qaraganda ko'proq uchraydi.

Tassuflarki, YuIK bilan uyg'unlashgan depressiya hamma vaqti ham tashhislanib davolanmaydi. YuIKlarining ayrim hollarida depressiyaning yashirin, niqoblangan shakllari uchraganligi bois shunday hol yuz beradi. Depressiyaning bunday shakllarida «tipik» depressiya uchun xarakterli bo'lgan suitsidal fikrlar bo'lmaydi. Ularning klinik manzarasida somatik va vegetativ simptomatika ustunlik qiladi.

Depressiyaning asosiy niqoblariga uyquning buzilishi, ishtahaning yomonlashishi, TVning o'zgarishi, darmonsizlik, injiqlik, ish qobiliyaining yomonlashishi, surunkali og'riq sindromlari, seksual sferadagi o'zgarishlar kiradi.

Depressiya diagnostikasida dastlab avval kayfiyat tushkunligi va hayotga qiziqishlar yo'qolganini qancha muddat davom etganligini bilishi lozim. Patologik affekt simptomokompleksi (pozitiv, negativ, affektiv): zerikish, befarqlik, apatiya, disforiya, aybdorlik hissi, og'ir gunohkor ekanligiga o'zini ishontirish, umidsizlik, suitsidal fikrlar, o'zida og'ir kasallik borligini gumon qilish, bedavo dardga muhtalo bo'lganlik xavotiri katta ahamiyatga ega. O'z vaqtida aniqlanmay qolgan

hollarda kasallikning og'irlashishi, surunkali tus olishi kabi holatlarining diagnostikasi va davosi qiyinlashishi kuzatiladi.

YuIK stabil stenokardiya bilan og'rgan bemorlardagi depressiya diagnostikasining qiyinligi kardialgiya, quvvatsizlik, charchoq, yurak xurujlari, haptiqishlar bir qator kasalliklar uchun umumiy alomatlardan hisoblangani uchundir. Depressiya va boshqa psixologik buzilishlarni aniqlash psixometrik shkala va testlarni, shu jumladan sub'ektiv alomatlarni aniqlash orqali osonlashadi. Ularni qo'llash shifokor vaqtini tejab, iqtisodiy samaradorliklarga olib keladi.

Aksariyat hollarda UASH/OSH yoki kardiolog tomonidan diagnoz qo'yish uchun «depressiya kriterii» DSM-4 (katta va kichik) orientir bo'lib xizmat qiladi.

Arterial gipertoniya (AG) – jahonning aksariyat mamlakatlarida eng ko'p tarqalgan yurak qon tomir tizimining xastaligidir. AG bilan 50 milliondan ortiq amerikaliklar va 40 milliondan ortiq rossiyaliklar kasallanganlar. AG - uzoq muddat simptomsiz kechib bemor ayrim hollarda o'zining xasta ekanligini ham bilmasdan dunyodan o'tib ketadi.

AQSH va Yevropada o'tkazilgan tadqiqotlar, gipertoniya inson hayotini anchagina qisqartirib yuborishini isbotlagan: iqtisodiy rivojlangan davlatlarda 40 yoshga kirgan erkakning oldida yana 40 yil, agar AG bilan og'rgan bo'lsa - 34 yil, AGning boshqa XO bilan uyg'unlashib kelishi hollarida esa bor yo'g'i 13 yilni tashkil qiladi. Arterial gipertoniya YuIK stabil stenokardiya bilan uyg'unlashib kelish holatlari o'ta xavflidir. Gipertoniya 40 yoshli erkakda YuIK xavfini 4 barobar oshiradi, agar gipertoniya chekish yoki dislipidemiya bilan qo'shilib kelsa, o'lim xavfi 6 barobarga oshadi.

AG rivojlanish sabablari bugungi kungacha to'liq o'rganilmagan, ammo psixoemotsional stresslarga nisbatan asab ruhiy tizimdagi buzilishlar bunga sabab bo'lishi isbotlangan. Essensial gipertoniya olib keluvchi omillarga irsiy moyillik, tuz, shirinliklarni ko'p iste'mol qilish, gipodinamiya, spirtli ichimliklar iste'moli, ortiqcha TV va chekish kiradi. AG bilan YUIK lariga olib keluvchi omillarning umumiy ekanligi yuqoridagilardan ko'rinib turibdi.

AG ning sabablaridan qat'iy nazar, har qanday barqaror gipertoniya tomirlar spazmi va mayda arteriya - arteriola devorlari qalinlashishi bilan kechadi. Oqibatda periferik tomirlar qarshiliklari kuchayib arteriolalar orqali qonni haydash uchun yurak zo'riqib ishlay boshlaydi. AGning dastlabki bosqichlarida yurak miokardi gipertrofiyasi hisobiga o'z vazifasini boshqara oladi. Agar AG pasaytirilmasa, yurak mushaklari progressiv ravishda charchay boshlaydi, uning quvvati pasayib, yurak bo'shligi kattalashadi – dastlab avval harakatda, keyin esa tinch paytda ham nafas siqishi bilan alomat beruvchi yurak etishmasligi kelib chiqadi. Yurak mushaklari gipertrofiyasi oqibatida kislorod bilan ta'minlanish yomonlashadi, ularning barchasi miokard ishemiyasini kuchaytiradi. QBning qaysi ko'rsatkichlari me'yor, qaysilari oshgan hisoblanadi?

JSST, Xalqaro gipertonii jamiyati (XGJ) 1999 yilda 130/85 mm.sim.ust. past bo'lgan bosimni me'yor hisoblaydi (15-jadval). Sistolik AQB > 140 mm.sim.ust. va diastolik AQB > 90 mm.sim.ust.dan baland bo'lsa gipertoniya deyiladi. Insonda bosim turlicha o'zgarib turishi bois bir necha karra o'lchanib, keyin shifokorga yuborilishi lozim. AQBni uy sharoitida mustaqil ravishda portativ yoki avtomatik sfigmomanometr vositasida o'lchash ham tashhisga aniqlik kiritadi.

22 jadval

Arterial bosim darajalari tasnifi (VNOK, Milliy tavsiyalari, 2004 yil)

AQB toifasi	Sistolik AQB	Diastolik AQB
Optimal AQB	< 120 mm sim. ust.	<80 mm sim. ust.
Normal AQB	120-129 mm sim. ust.	80-84 mm sim. ust.
Yuqori normal AQB	130-139 mm sim. ust.	85-89 mm sim. ust.
AG 1 - daraja (yengil)	140-159 mm sim. ust.	90-99 mm sim. ust.
AG 2- daraja (o'rtacha)	160-179 mm sim. ust.	100-109 mm sim. st.
AG 3- daraja (og'ir)	> 180 mm sim. ust.	> 110 mm sim. ust.
Izolyasiyalashgan sistolik AG	>140	<90

AG oshganligini qaysi simptomlar ko'rsatadi? Aksariyat hollarda - bosh og'rig'i (asosan ensa sohasi), bosh aylanishi, qo'zg'aluvchanlik asabiylashish,

uyqu buzilishi, ish qobiliyatining pasayishi, burun qonashi. Ko'ngil aynashi, qayt qilish, darmon qurishi, nutqning buzilish, qo'l oyoqlarning jimirlashishi kabi nevrologik simptomlar ham paydo bo'ladi. Shu boisdan ham 40 yoshdan oshgan, ayniqsa, YuIK bilan og'rigan bo'lsa har kuni bosimini o'lchab turish lozim. Diagnostikaning birlamchi bo'g'indagi asosiy vazifalaridan biriga ko'z tubini tekshirish kiradi (gipertonik retinopatiya).

AGni davolash. Bir qancha maqsadlarni o'z ichiga oladi. Dastlabki maqsad - AGni normal raqamlargacha pasaytirish va unga qo'shib keluvchi alomatlarni bartaraf etish. Ikkinchi maqsad – nishon a'zolaridagi organik o'zgarishlarni bartaraf etish. Uchinchisi yurak qon tomir tizimining (insult, infarkt, yurak yetishmasligi kabi) asoratlarini oldini olish.

Nima uchun AGni davolash va YuIKni profilaktikasi insultga, qaraganda kamroq natija berishi diskussiyalarda keltirib o'tilmoqda. Mazkur paradoks sabablari quyidagilardadir deb gumon qilinmoqda:

1. YuIK insultga nisbatan ko'p faktorli kasallik bo'lib, faqat AGni me'yorlashtirish bilangina natijaga erishib bo'lmaydi;
2. Eng ko'p ishlatiladigan gipotenziv preparatlar (beta-blokatorlar va diuretiklar) YuIKni kechishini og'irlashtiradi (lipid spektri, uglevodlarga tolerantlik, urikemiya) shu bilan pozitiv effektini pasaytiradi;
3. AG insult uchun YuIK ga qaraganda ko'proq ta'sir ko'rsatadi.

AGning oshishiga, XO mavjudligi, POM va AKS barcha bemorlar past, o'rta, yuqori va juda yuqori xavf guruhlariga taqsimlanadilar. "Qo'shimcha xavf" atamasi bemorlarning yurak qon tomir tizimi o'ziga xosligidan kelib chiqib, bunday bemorlarda o'lim xavfi populyasiyadagilardan balandroq bo'ladi. Bu stratifikatsiya xavfi bo'lib XO, POM, KD, MS va assotsirlangan klinik xolatlarni e'tiborga olgan holda ramingem tadqiqotlari natijalari asosida tuzilgan ("Framingem modeli"). Mazkur stratifikatsiya tizimiga ko'ra SSO xavfi bemor har tomonlama mufassal tekshirilganidan keyingina belgilanadi.

Ekspress-baholash SCORE Yevropa stratifikatsiyasi tizimi vositasida nafaqat shifokor, balki hamshira tomonidan ham osongina aniqlanishi mumkin.

"Framingem modeli" yaqin 10 yil ichida YuQTKdan o'lim hollari <15%, o'rta – 15-20%, yuqori – 20-30% va o'ta yuqori>30%dan yuqori bo'lishini ko'rsatadi. SCORE modeli bo'yicha xavf o'lchamlarini baholashda bemorning jinsi, yoshi, chekish statusi, AB va OXS e'tiborga olinadi. Rossiya Federatsiyasi bo'yicha SCORE modeli yaqin 10 yilda o'lim xavfi <5%, o'rta – 5-9%, yuqori – 10-14% va juda yuqori $\geq 15\%$ hisoblanadi. SCORE tizimi bo'yicha yuqori va o'ta yuqori xavfga ega bo'lgan bemorlar alohida ahamiyat kasb etadi (24 jadval).

24-jadval

AG bilan kasallangan bemorlarning xavf stratifikatsiyasi *

XO, POM va SZ	Arterial qon bosimi (mm sim.ust.)			
	Yuqori normal 130-139/85-89	AG 1-daraja 140-159/90-99	AG 2-daraja 160-179/100-109	AG 3-daraja $\geq 180/110$
XO yo'q	sezilarsiz	Past qo'shimcha xavf	past qo'shimcha xavf	yuqori qo'shimcha xavf
1-2 XO	Past qo'shimcha xavf	o'rta qo'shimcha xavf	o'rta qo'shimcha xavf	Juda yuqori qo'shimcha xavf
≥ 3 XO, POM, MS yoki KD	YUqori qo'shimcha xavf	YUqori qo'shimcha xavf	YUqori qo'shimcha xavf	Juda yuqori qo'shimcha xavf
AKX	Juda yuqori qo'shimcha xavf	Juda yuqori qo'shimcha xavf	Juda yuqori qo'shimcha xavf	Juda yuqori qo'shimcha xavf

* Izoh: Klinik-instrumental va biokimyoviy tekshirishlar ko'lamiga qarab xavf darajasi aniqlanadi. Yurak EXOKSsiz AG bilan og'rigan bemorlarning 50% qismida juda yuqori yoki yuqori darajalar past xavf guruhi sifatida xato baholanadi.

SCORE xavf stratifikatsiyasi "Framingem modeli" bo'yicha qo'shimcha tekshirishlar o'tkazish zaruriyatini ko'rsatadi.

25 jadval

Yuqori va o'ta yuqori XOga ega bemorlar

SAD ≥ 180 mm sim ust. yoki DAD ≥ 110 mm sim ust.

SAD > 160 mm sim ust DAD ning pastligida (< 70 mm sim ust.)

Qandli diabet

Metabolik sindrom

≥ 3 XO

Nishon a'zolarning shikastlanishlari:

CHKG EKG yoki ExoKG ko'rsatkichlariga ko'ra uyqu arteriyalari devorining qalinlashishiga ultrotovush alomatlarini (intima -*media qalinligi $>0,9$ mm yoki aterosklerotik pilakchalar), arteriyalar devorining qattiqlashishi

Zardob kreatininining biroz oshishi

KFT pasayishi yoki kreatinin klirensi kamayishi

Mikroalbuminuriya yoki proteinuriya

Assotsirlangan klinik holatlar

Diagnostik xulosalardan namunalar:

- ✓ GB I bosqich. AG 2 daraja. Dislipidemiya. 2 xavf (o'rta).
- ✓ GB II bosqich. AG 3 daraja. Dislipidemiya. CHKG. 4 xavf (juda yuqori).
- ✓ IBS. Zo'riqish stenokardiyasi II FS. GB III bosqich. AG 2 daraja. 4 xavf (juda yuqori).
- ✓ IBS. Zo'riqish stenokardiyasi III FK. Infarktdan keyingi (yirik o'choqli) i aterosklerotik kardioskleroz (marom buzilishini har ko'rsatgan holda). GB III bosqich. AG 1 darajasi. 4 xavf (juda yuqori).

Amalga oshirish masalalari: shifokorning o'zgarishi va bemor xulq-atvori. Butun dunyoda koronar o'lim, yurak-qon tomir tizimi kasalliklaridan o'lim yosharayotganiga qaramasdan o'lim ko'rsatkichi oshib bormoqda. Bunga sabab xalqning qarishi, infeksiyon kasallikning kamayib borishi va rivojlangan davlatlarda XOning oshib borayotganligidir. Amaliyotda ushbu isbotlangan dalillar katta muammo bo'lib qolmoqda. Bemorlar aholi orasida sog'lom turmush tarzi madaniyati haqida bemorlarga ma'lumot bera olishi lozim. Chunki farmokologik aralashuvlardan samarali va iqtisodiy qulay foydalanish lozim. Ushbu yaratilgan ilmiy tasdiqlangan profilaktik tadbirni va davolashni amalga oshirish uchun katta iqtisodiy quvvatlash, shifokorning ahamiyatli yondashuvi va bemorning buyurilgan talablarga amal qilishi ko'zda tutiladi. Aterosklerozni davolash keng

miqyosdagi qo'llanmalardagi XOni bartaraf qilish va davoga muhtoj guruhlarini aniqlash prinsiplarga, aniq dalillarga asoslangan holda amalga oshiriladi.

5. YUQI STABIL ZO'RIQISH STENOKARDIYASINING ZAMONAVIY DIAGNOSTIKASI VA DAVOSI USULLARI

Stenokardiya bilan og'riganlarda kliniko-laborator va maxsus kardiologik noinvaziv va invaziv tekshirishlar o'tkazilishi lozim. Ular stenokardiya bilan og'rigan bemorlarda miokard ishemiyasi mavjudligini, XOni identifikatsiyalash uchun qo'llaniladi. Amaliyotda diagnostik va prognostik tekshirishlar birvarakayiga o'tkaziladi, shu bilan birga tashxislash usullari prognoz haqida muhim ma'lumotlar olish imkonini beradi.

Laboratoriya tekshirishlari YuQTKdagi XOni, shu bilan birga miokard ishemiyasini qo'zg'agan omillarni aniqlash imkonini beradi. Minimal laboratoriya ko'rsatkichlari ro'yxatiga: qonda gemoglobin, umumiy xolesterin va uning fraksiyalari YuZLP, ZPLP, ZYuLP, TG, glyukoza, AST, ALT, kreatinin miqdorlarini aniqlash kiradi.

Yirik epidemiologik tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, qon zardobida umumiy xolesterin va zichligi past xolesterin oshishi bilan ateroskleroz taraqqiyoti orasida chambarchas bog'liqliklar bor. Amaliyotda davolash taktikasini aniqlash uchun umumiy xolesterin va uning fraksiyalari YuZLP, ZPLP, ZYuLP, TGni tekshirish etarlidir. Dislipidemiya korreksiyasi hatto qonda lipid spektrining kamgina o'zgarishlar bo'lganida ham zarurdir (3-jadval).

Qo'shimcha laborator ko'rsatkichlar. Stenokardiya bilan og'riganlarni laboratoriya tekshirishlari bo'yicha tavsiyanoma (EOK, 2006), kasallik patogenezi va prognoz ni aniqlashga yordam beradi: xolesterin subfraksiyasi (ApoA, ApoV), lipoprotein (a); gemostaz parametrlari (trombotsitlar, ACHTV, qon ivish vaqti, fibrinogen va boshqalar), yuqori sezuvchanlikka ega C-reaktiv oqsil, ortiqcha vazn aniqlanganida glyukoza, glyukozaga tolerantlik testlari, HbA1s darajasini aniqlash.

Qonda lipidlar miqdorini aniqlash uchun sabab bo'luvchi alomatlar

YuIK, periferik tomirlar va serebrovaskulyar kasalliklar alomatlari
YuIK yoki periferik qon tomirlar kasalliklari oilaviy anamnezi (ayniqsa 55 yoshdan keyin) yoki giperlipidemiya
Arterial gipertoniya
Qandli diabet
Giperlipidemiya klinik alomatlari (ksantelazmalar, ksantomalar, ko'z shox pardasida lipid yoyi)
Tana vaznining oshishi (IMT > 28)
Buyrakning surunkali kasalliklari
Kashandalik

Instrumental tekshirishlar.

Elektrokardiografik tekshirishlar (EKG). Zamonaviy tavsiyalarga ko'ra, xotirjam paytda EKG o'tkazish YuQTK gumon qilingan barcha bemorlarda o'tkazilishi lozim. Stabil stenokardiya bemorlarda xotirjam paytida EKG o'zgarishligi mumkin.

Ko'krak qafasining rentgenologik tekshirishlari. Stabil stenokardiya bilan bemorlarda hech qanday o'zgarishlar bo'lmasligi ham mumkin.

Exokardiografik tekshiruv (ExoKG) tinch xolatda. Miokardning qisqaruvchanlik funksiyasini aniqlash va lokal qisqaruvchanlikni baholash imkonini beradi. Struktura o'zgarishlari, birinchi navbatda, klapanlar nuqsonlari, chap qorincha anevrizmi, bo'shliqlarni kengayishi, chap qorincha miokardining gipertrofiyasi mazkur tekshirishlar orqali aniqlanadi. Stabil stenokardiya da chap qorincha qon haydashi fraksiyasining kamayishi (<50%) va miokard gipertrofiyasi noxush prognostik omillarga kiradi.

Tredmil-test va veloergometriya eng samarali zo'riqishli testlardan hisoblanib, ikkalasining sezuvchanligi va ixtisoslanganligi deyarli bir xil.

Jismoniy zo'riqishli sinama. Elektrokardiografik sinamalar sezuvchanligi 68%, ixtisoslashganligi – 77% ga teng.

Zo'riqishli sinamalar o'tkazishga asosiy ko'rsatmalar:

- YuIKning alohida shakllari differensial diagnostikasi;

- YuIK bilan ogʻrigan beemorlarning jismoniy zoʻriqishga individual tolerantlilik;
- Davolash (shu jumladan. xirurgik va reabilitatsion tadbirlar) samaradorligini baholash;
- YuQT kasalliklari bilan ogʻriganlarning mehnatga layoqatliligi;
- Prognozni baholash;
- Antianginal preparatlar samaradorligini baholash;

Jismoniy zoʻriqishlar bilan testlar oʻtkazishga absolyut qarshi koʻrsatmalarga quyidagilar kiradi:

- MI ning oʻtkir bosqichi (boshlanganidan 2-7 kungacha);
- Nostabil stenokardiya shakllari;
- Miya qon aylanishining oʻtkir buzilishi;
- oʻtkir tromboflebit;
- oʻpka arteriyasi tromboemboliyasi;
- Nyu-york yurak assotsiatsiyasiga klassifikatsiyasiga koʻra (NYHA);

YuQTEning III-IV darajasi

- Nafas yetishmasligining ogʻir darajasi, isitma;
- Taxiaritmiya, Gis tutami chap oyoqchasi toʻliq qamali, sinoatrial va atrioventrikulyar qamalning yuqori darajasi zoʻriqishli testlar oʻtkazishga qarshi koʻrsatmalardan hisoblanadi;
- Kuchli osteoartroz, obliteratsiyalovchi arteriitlar ham qarshi koʻrsatmalardandir.

Aksariyat hollarda sinama natijalari chap qorincha gipertrofiyasida, elektrolit balansining buzilishi, yurak glikozidlari bilan davolashda soxtamusbat chiqadi. Zoʻriqishli sinamalarning ayollarda sezuvchanligi 65-75%, ixtisoslanganligi 50-70% ga teng.

Faqat EKGdagi oʻzgarishlarga qarabgina yuklamali sinamalarning natijasini baholab boʻlmaydi, bunda yuklamaga bardoshlilik darajasi, yurak maromi soni,

AQB, yuklama tugaganidan keyin yurak maromini me'yorgacha tiklanish muddati ham e'tiborga olinishi lozim.

Yuklamali sinamalarni to'xtatish uchun sabablar:

- Ko'krak qafasida og'riqlar, yurak harsillashlari, oyoqlarda og'riqlar, bosh aylanishi va og'rishi, muvozanatning yo'qolishi kabi alomatlarning paydo bo'lishi;
- ST segmentining o'zgarishi bilan og'riqlarning birgalikda kelishi;
- Bemor hayoti xavfsizligi uchun:
- ST segmentining kuchli depressiyasi (4mmdan ko'p depressiyasi xavfli hisoblanadi);
- ST segmentining 1 mmdan baland bo'lishi;
- Murakkab yoki xavfli aritmiyalar;
- Sistolik AQBning 10 mm.sim.ust. dan ko'tarilib ketishi;
- Yuqori arterial gipertoniya (sistolik AD dan 250 mm.sim.ust. gacha diastolik AB ning 115 mm.sim.ust. dan balandlashishi);
- Yurak maromining submaksimal (maksimal yoshga xos maromning 75%) qismigacha etishi;
- Shifokor qaroriga ko'ra bemor hayoti xavfsizligi uchun.

Agar bemor yuragida og'riqlar bilan EKGda o'ziga xos o'zgarishlar (ST segmentining 1 mmdan baland yoki past) bo'lsa, jismoniy yuklama bilan o'tkazilgan sinama musbat hisoblanadi. Agar ST segmentining 1 mmdan baland yoki past bo'lishi og'riq bilan qo'shilib kelmasa, shuningdek og'riqning o'zi mazkur o'zgarishlarsiz kelsa sinama manfiy hisoblanadi.

Sutkalik Xolter monitorlash EKG jismoniy yuklamali sinama bilan bir qatorda muvaqqat miokard ishemiyasini aniqlash uchun qo'llanilishi mumkin. Ushbu usul kundalik hayotda miokard ishemiyasini aniqlash imkonini beradi. Miokard ishemiyasi kriteriysiga ST segmentining 1 mmdan baland yoki past 1 daqiqadan ortiq davom etishi kiradi. Mazkur usul miokard ishemiyasining og'riqsiz turlarini farqlash uchun qo'llaniladi.

Yuklamali sinamada miokard ishemiyasining mezoniga segment $ST \geq 1$ mm J nuqtasidan 80 ms o'tib gorizontal yoki qiya tushuvchi ko'chishi hisoblanadi

segmenta. YuIK da tashhis to'g'riligi 90% ga etadi, magarki yuklamali sinamalar mahali ST segmenti depressiyasi 2 mmga etib stenokardiya xurujlari bilan qo'shib kelsa. EOK ning 2015 yilda bergan ma'lumotiga qaraganda, yuklamali testlar 100% aniqlikka ega bo'lmasdan xavfsiz ham emas. Uning natijasi aksariyat hollarda test oldi ehtimoliga bog'liq (TOE) bo'lib, sezuvchanligi va spetsifikligi proba o'rtacha 85% ga teng. Ehtimollik 15% dan kam bo'lsa test o'tkazishga zarurat yo'q, agar 85% dan yuqori bo'lsa sinamasiz ham YuIK tashhisini qo'yish mumkin.

Laboratoriya tekshiruvi. Diabet va buyrak kasalliklari ateroskleroz rivojlanishini xavfini oshirishi sababli, bu kasalliklarni erta aniqlash maqsadida siydik taxlilini nazorat qilish lozim (mikroalbuminuriya). Qon taxlili, lipidlarni aniqlash (triglitsridlarni, umumiy xolesterin, past zichlikdagi lipoproteid, yuqori zichlikdagi lipoproteidlar), glyukoza (glikirlangan gemoglobin), kreatinin, gematokrit, qalqonsimon bez funksiyasini, rentgen, C-reaktiv oqsil kabi tekshiruvlarni o'tkazish kerak. Ko'krak qafasi rentgeni YuIK ning yurak o'lchamlarini kattalashishi, qorincha anevrizmasi yurak etishmovchiligi yoki o'pka shishi kabi asoratlarning belgilarini ko'rishimiz mumkin. Bu belgilar YuIK tashxisini tasdiqlash va yurakni zararlanish darajasini baxolash imkonini beradi. C-reaktiv oqsil (CRO) miqdorini (xususan, 0 dan 3 mg/dl gacha) oshishi YuIK rivojlanishini mustaqil XO ekanligining isboti mavjud, bu o'z navbatida gipolipidemik davoga ko'rsatmalar mavjudligini belgilashda foydali bo'lishi mumkin. CRO ni ustunligi shundaki ananaviy XO asosidagi "oralik" xavf guruxidagi YuIK bemorlarida xavfni qayta tasniflashda yuqori sezgirlik darajasiga ega.

Elektrokardiogramma. 12 yo'nalishli EKG tinch xolatda tipik stenokardiyali normada bo'lishi mumkin, lekin oldingi miokard infarkti belgilari ham mavjud bo'lishi mumkin. Ammo repolyarizatsiya anomaliyalarida, ya'ni ST-segment va T-tishcha o'zgarishlari va chap qorincha gipertrofiyasi (CHQG) va yurak ritmi yoki qorincha ichi o'tkazishi buzilishlari YuIKga olib keladi, ular nospetsifik bo'lib, perikardial, infarkt va surunkali yurak revmatik kasalliklari yoki emotsional

zo'riqish, xolat o'zgarishida va narkotik qabul qilganda va qizilo'ngach kasalliklarida ham uchrashi mumkin. CHQGning mavjudligi YuIKning salbiy oqibati juda yuqori XO xisoblanadi. Shuni takidlash lozimki, CHQG va yurak ritmi buzilishi YuIK nospetsifik ko'rsatkichi bo'lishiga qaramay, YuIK bilan kasal bemorlarda oddiy XOdan kelib chiqqan shakllantiruvchi omil bo'lishi mumkin. Stenokardiyada kuzatilib va yo'qoladigan dinamik ST segment va T tishchada o'zgarishlar ko'proq xosdir.

Stress test. Elektrokardiografik tekshirish yurak ishemik kasalliklari xavf va prognoz baxolashni o'z ichiga oladi. EKG va QB jismoniy mashqlardan oldin va so'ng nazorat qilinadi. Mashqlar davomiyligi odatda cheklangan va nizom bo'yicha olib boriladi. EKG tinch xolatda olinadi. EKG odatda YuIK kasalligi belgilari ko'rinadi. Bunda chap qorincha gipertrofiyasi, YuIK ning yuqori omilaridan biri xisoblanadi. Ateroskleroz uchun nospetsifik xisoblanadi, chunki CHQGs boshqa kasalliklarda ham uchraydi. YuIK stenokardiyaning asoratida ham bo'ladi. EKGda ST segmenti va T tishchalarining o'zgarishi kuzatiladi. Lekin bu ham aterosklerozning spetsifik belgi emas.

Stress test qo'zatuvida EKG, bemorlarda yugurish maydonchasida, ya'ni yugurishdan oldin, yugurish vaktida va yugurishdan keyin olinadi. Bu testda shuningdek qon bosimi ham doim o'lchanib turiladi. Bu test bemorlarda ko'krak qafasida og'riq, kuchli hansirash, bosh aylanish va kattik charchoq belgilari paydo bo'lgunga qadar davom ettiriladi va to'xtatilda. Bunda EKGda ST segmentining depressiyasi $> 0,2$ mV (2 mm), sistolik qon bosimining > 10 mm rt.st o'zgaradi yoki qorincha taxiaritmiyasi kuzatiladi. Bu test asosan bemorlarda charchoqlik qachon vujudga kelishini va bu vaqtda EKGda o'zgarishlarni aniqlash, miokard ishemiyasini, undagi ST segmenti o'zgarishini kuzatish imkonini beradi. Lekin bu belgilar spetsifik hisoblanmaydi. Test spetsifik stenokardiyasi bo'lgan bemorlarda og'riq kuchayadi va bu belgilar (ko'krak qafasida og'riq, kuchli hansirash, bosh aylanish va kattik charchoq) paydo bo'ladi. Kasallik tarixida stenokardiya YuIK bo'lmagan kasallarda og'riqlar kuzatilmaydi yoki kamayadi. Bu test qo'zatuvida kasallik tarixida turg'un stenokardiyasi bo'lmagan, erkaklarda 40 yoshdan past

yoshdagi, ayollarda premenopauza vaqtida, narkotiklar iste'mol qilganda, digitalis va antiaritmik dorilarni iste'mol qilgan bemorlarda musbat ko'rsatgichlar kuzatiladi. Tibbiyot hodimi test bajarayotganda kasal yonida bo'lishi lozim.

EKGni nazorat qilib turib va EKG segmentlarning o'zgarishi bilan, hansirash, ko'krak soxasida og'riq paydo bo'lgan paytida testni amaliyotini to'xtashi lozim. Bunday xolatda bemorni o'z xoliga keltirish va EKGda normal o'zgarishga kelishini kuzatishda davom etishi lozim. Asoratlanmagan infarkt miokardida 6 kundan keyin bu mashqni o'tkazish mumkin. Qarshi ko'rsatma mumkin bo'lmagan holatlar: 48 soatli stenokardiya, stabil bo'lmagan ritm, og'ir aortal stenoz, o'tkir miokardit, nazorat qilinmaydigan yurak etishmovchiligi, og'ir o'pka gipertenziyasi, aktiv infeksiyon endokardit. Agar ishemiya o'zgarmasa miokard infarkti deb hisoblash mumkin.

Ma'lum miqdordagi bemorlar yuqori darajadagi xavf va periferik tomirlar qarshiligi, jismoniy zo'riqishlar xolatidagi hansirashlar sababli o'tkazishlar noqulayligi mavjud va stress-testlar o'tkazish zarurati paydo bo'lmoqda. Ushbu tekshirish amaliyotida jismoniy mashqlar o'rniga vena tomiri ichiga farmakologik moddalardan foydalaniladi.

Misol uchun dipiridamol yoki adenozin koronar tomirlarda oqim miqdorini zararlangan qisimlar xisobigi oshirib beradi. Alternativalar qatorida tasvirlarni aniqroq ko'rish maqsadida dobutamin eritmasidan ham foydalanilmoqda. Tranzitor perfuzion amaliyotlarini rivojlanishida talliy-201 yoki texnitsiy-99 M eritmalari ham miokard ishemiylarini aniqlashda ishlatilmoqda.

Exokardiografiya yurak chap qorincha qisqarish funksional xolatini, infarktgacha va keyingi patologik Q tishli o'zgarishlar shuningdek umumiy yurak faoliyatini aniklashtirishda amalga oshiriladi. Ikki karrali exokardiografiya orqali chap qorincha global va regional qisqarishlar patologiyasini aniqlash mumkin (taxminiy ishemiya asorati). Mushak o'choqlarida stress (mashqlar yoki dobutamin) ta'sirida exokardiografiyada tinch xolatdagi akinez yoki diskinezlarni kuzatsak bo'ladi. YuIK diagnostikasida Stress-exokardiografiya xuddi mushaklardagi stress perfuziya holatidagidek qabul qila olib va undanda aniqroq.

Yurak magnit Reso Nance (YUMR) stress-test xuddi alternativ radionukleidlilar va PET kabi rivojlanib bormoqda. Stress-testlashda YUMR dobutamin bilan o'tkazilib ishemiyadan keyingi aloxida devorlarning qisqarishi shuningdek umumiy qorinchalarning holatini bir necha qatlamli kesmalar MRT kabi aniqlanadi.

Koronarografiya. Ushbu diagnostik amaliyotida koronar arteriyalarni ichki yuza qatlamidagi kichik ammo jiddiy obstruksion holatlarni aniqlash mumkin. Shunga qaramay koronarografiya aorta devoridagi yopishgan aterosklerotik pilakchalarni aniqlash imkonini bermaydi. Shuni belgilash shartki ateroskleroz pilakchalar koronar tomirlarda tarqoq joylashgan bo'lib, vaqt o'tishi bilan tomir intimasidan progressiv o'sib tashqari tomonga siqib kelishi kuzatiladi va bu pilakchalarning remodellanishi deyiladi. Kasallikning vaqt davomiyligida tomir ichki yuza bo'shlig'i berkilib borishi kuzatiladi.

Koronarografiyaga ko'rsatmalar: (1) medikamentoz davo choralari ko'rilgan surunkali turg'un stenokardiyali, teri orqali bajarilgan amaliyotli, aortokoronar shuntlash o'tkazilgan bemorlarga; (2) diagnozlash murakkab bo'lgan noaniq YuIKli bemorlarga; (3) Yurak xuruji o'tkazgan, stenokardiyaga taxminlangan yoki tasdiqlangan bemorlarga. (4) Laborator tahlillarda, o'tkazilgan testlarda aniqlanilmagan stenokardiya, tasdiqlanmagan ishemiya va qorinchalar funksiyasi buzilgan bemorlarga. (5) Yuqori xavf darajali koronar yetishmovchiligi va og'irlik darajasidan qattiq nazar uzoq vaqt davom etayotgan surunkali ishemiya rivojlanganda bemorlarda koronarografiya o'tkazilishi lozim.

Misol qilib quyidagi bemorlarni koronarografiyaga tavsiya qilinadi:

1. Xavf oldini olib sug'urtalash, yosh bemorlarga bemalol oila qurish imkoniyatlarini berish uchun jismoniy mashqlar bajarganda, psixoemotsional stresslarda ko'krak qafasida og'riqlar yuzaga kelgan va stenokardiya diagnozi tasdiqlanmagan bemorlarga.
2. Shifoxonaga to'liq tasdiqlanmagan o'tkir koronar sindrom bilan qayta murojat qilganli bemorlar, lekin ularda YuIK mavjudligi yoki mavjud emasligi aniqlanilishi kerak.

3. Kasbiy tomonlama (uchuvchilar, o't o'chiruvchilar, xarbiy xizmatchilar) xavf darajasi yuqori darajali bemorlarga.
4. YuIK bilan bog'liq ko'krak qafasidagi og'riklar, nomuqim stenokardiyali yoki gipertrofiyalı kardiomegalıyalı bemorlarga.
5. Klinik belgilariga ko'ra miokard ishemiyasi, almashtirilgan klapan apparatli yoshi erkaklarda 45 yosh, ayollarda 55 yosh bo'lgan bemorlarga.
6. Infarkt miokardi o'tkazgan va qayta retsediv hollari xavf darajasi yuqori, bular oqibatida kelib chiqqan yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarga.
7. O'tkazilgan test va jismoniy zo'riqishli mashqlarda aniqlangan va stenokardiya tashxisi tasdiqlangan o'ta yuqori xavf darajali bemorlarga.
8. Ishemiya sabablari noaterosklerotik torayishlar (Kawasaki kasalligi, tojsimon arteriyalar tug'ma anomaliyalari) bo'lgan bemorlarga.

Noinvaziv alternativ koronarografiyaga PHY, KT-angiografiyalar va YUMR angiografiyalar ham kiritildi. Shularga qaramasdan kiritilgan yangi qo'shimcha amaliyotlar obstruktiv zararlangan epikardial koronar arteriyalarni aniq tasvirlab bera olmadi. Muhim jabhalari yurak faoliyatidagi o'zgarishlarni yuqori chastotali yurak mushaklari qisqa-rishini, oddiy KT-angiografiya va arteriografiyalarga nisbatan yuqori darajadagi nurlanishlar evaziga ko'rish imkoniyatini beradi.

6. YuIK: STABIL ZO'RIQISH STENOKARDIYASINI DAVOLASH UCHUN KLINIK TAVSIYALAR

Stabil stenokardiya davolash ikkita asosiy maqsadni ko'zda tutadi:

Birinchisi – prognozni yaxshilab MI va to'satdan o'lim xavfini kamaytirish orqali, umr uzaytirish. Bu maqsadga erishish uchun trombozni oldini olish va qorinchalar disfunktsiyasini korrleksiyalash zarur.

Ikkinchisi – stenokardiya xurujlarini kamaytirish orqali bemor xayot sifatini yaxshilash bo'lib mazkur terapiya orqali asoratlar va o'lim xavfini kamaytirish ko'zda tutilgan.

Surunkali YuIK klinik manzaralari quyidagilardir:

1. Toj arteriyalari bo'shlig'ining fiksatsiyalangan torayishi
2. Toj arteriyalari lokal yoki diffuz spazmi.
3. Toj arteriyalari mikrovaskulyar disfunktsiyasi.
4. Nekroz yoki gibernatsiya oqibatida miokard mushaklari faoliyatining yomonlashishi (ishemik kardiomiopatiya)

YuIK bilan tushgan barcha bemorlar medikamentoz terapiyaga muhtoj bo'ladilar. YuIK bilan tushgan barcha bemorlarda miokard revaskulyarizatsiyasiga ko'rsatmalar uchun quyidagilar ahamiyatga ega: miokard ishemiyasi ko'rsatkichlari va koronar arteriyalari holati. Yuklamali sinamalarning diagnostik ahamiyati kasallik ehtimolining klinik ehtimoliga bog'liq. Kasallik ehtimoli o'ta past va o'ta baland bo'lganlarda yuklamali sinamalar o'tkazish zaruriyati yo'q.

Simptomlarni bartaraf qilishga qaratilgan medikamentoz terapiya.

Antianginal preparatlar ya'ni stenokardiya xurujlarini oldini olishga qaratilgan preparatlar miokard ishemiyasi profilaktikasi hisobiga bemorlar ahvolini yaxshilaydi. So'nggi yillarda antianginal preparatlarning quyidagi 3 ta guruhi aniqlangan: beta blokatorlar (BAB), nitratlar va kalsiy antagonistlarining uzoq ta'sir ko'rsatuvchi turlari.

So'nggi yillargacha stabil stenokardiyaning asoratlanmagan shakllarida antianginal preparatlar hayot prognoziga ta'siri to'liq o'rganilmagan (MI

anamnezida bo‘limganda). Faqat ayrim kichik tadqiqotlar miokard ishemiyasini bartaraf etish YuIK prognozini yaxshilashi haqida xulosalar beradi.

β-adrenoblokatorlar. Mazkur preparatlar terapiyaning ikkita vazifasini bajaradi: MI ni boshidan o‘tkazgan bemorlarda hayot prognozini yaxshilab, kuchli antianginal ta’sir ko‘rsatadi. Shu boisdan BAB stabil stenokardiya bilan tushgan barcha bemorlarga buyurilishi lozim.

AQB va YuIK uyg‘unlashib kelgan hollarda tanlash preparatlariga Beta-blokatorlar kiradi, chunki ular bir vaqtda antigipertenziv hamda antianginal (antiishemik) ta’sirlarga ega. Ularning beta-blokator deb nomlanishiyoq ta’sir mexanizmini ko‘rsatib turibdi. Mazkur preparatlar, yurakning betta retseptorlariga markaziy nerv sistemasidan keluvchi nerv impulslarini qamal qiladi. Natijada yurak qon tomir tizimining emotsional yoki jismoniy zo‘riqishga reaksiyasining kamayishiga olib keladi, hamda yurak maromining pasayishi hisobiga yurak mushaklarining kislorodga ehtiyojining kamayishiga olib keladi.

Beta-blokatorlar qabul qilinganida quyidagi nojo‘ya ta’sirlar kuzatilishi mumkin: yurak maromining pasayishi (puls), lipid profilining yomonlashishi, bronxospazm, qo‘l oyoqning sovushi umumiy quvvatsizlanish, impotensiya, depressiya, uyqu bo‘zilishi, glyukoza miqdorining pasayishi va xk. Mazkur alomatlar paydo bo‘lgan hollarda davolovchi shifokor bilan maslahatlashish lozim. Ularni mustaqil to‘xtatish AQBni oshishi va yurak maromining tezlashishi kabi asoratlarga olib kelishi mumkin.

Bugungi kunda atenolol, metoprolol, bisoprolol kabi selektiv BABlarga ko‘proq ishonch bildirilmoqda. Gipertoniya bilan og‘riganlarda vazodilatatsiyalovchi xususiyatlarga ega nebivolol, karvedilol kabi preparatlar buyurish maqsadga muvofiq.

Antiagregantlar, trombolitiklar. Antitrombotsitar preparatlar, antiagregantlar (aspirin) buyurish davolashning tarkibiy qismlaridan bo‘lib qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmaganida ularni uzoq muddatga buyurish mumkin. YU.P. Nikitinning (2000), ma’lumotlariga ko‘ra YuIK bilan og‘rigan ambulator bemorlarning faqat 8-30% qismigina aspirin, 10-60%, qismigina beta-blokatorlar qabul qiladilar. Aspirin

arterial trombozning oldini olishda eng asosiy vosita hisoblanadi. Uning dozasi minimal samarali bo‘lib me‘da ichak tizimi tomonidan asorat bermaydigan miqdori 75-150 mg. Stenokardiya bilan og‘rigan bemorlar uni muntazam qabul qilganda MI xavfi 23% gacha pasayadi.

Nitratlar. Bugungi kunda mazkur guruhga mansub preparatlardan nitroglitserin, dinitrat izosorbid va izosorbid-5-mononitratlar keng qo‘llanilmoqda. Ularning farmakologik faoliyatlari orasida deyarli farq yo‘q. Ularni ta‘sir davomlilikiga qarab qisqa muddatlik (1 soatgacha), o‘rtacha muddatli (6 soat) va uzoq muddatli (6 - 16 ba‘zan 24 soatgacha) turlarga taqsimlash mumkin. Nitratlar kuchli antianginal ta‘sirga ega bo‘lib, molsidomin antianginal ta‘sirga ham ega. Preparat stenokardiya xurujlari profilaktikasi uchun ham ishlatilishi mumkin.

Zo‘riqish stenokardiyasining I FSda nitratlarning qisqa ta‘sirli – bukkal shakllari, plastinkalari, nitroglitserin aerzollari va izosorbid dinitrat qo‘llaniladi. Ularni jismoniy zo‘riqishdan 5-10 min avval qabul qilish lozim. Stabil zo‘riqish stenokardiyasining II FSda nitratlarning qisqa va o‘rtacha ta‘sirli, bukkal shakllari, plastinkalari, nitroglitserin aerzollari va izosorbid dinitrat qo‘llaniladi. III FSda stenokardiyada nitratlar kun bo‘yi muntazam 5-6 soat nitratsiz davrlar bilan asimmetrik qabul qilinishi lozim. Bu maqsadlar uchun uzaytirilgan davrli 5-mononitratlar qo‘llaniladi. IV FS stenokardiyada, sutkalik xurujlar paydo bo‘lishini e‘tiborga olib, nitratlar BAB kabi antianginal preparatlar bilan kombinatsiyada qo‘llaniladi.

Antianginal terapiya agar stenokardiyani to‘liq bartaraf etilib, og‘ir FSlardan I FS o‘tkazish va ularning hayot sifatini yaxshilashga erishilsa samarali bo‘ldi deb hisoblanadi.

Kalsiy antagonistlari. Antianginal ta‘sirga ikkala kichik gruppaga mansub AKlar - digidropiridinlar (nifedipin va amlodipin) va nodigidropiridinlar (verapamil va diltiazem) kiradi. Ularning ta‘sir mexanizmlari o‘zaro farq qiladi. Digidropiridinlarning ta‘sir mexanizmidagi periferik vazodilatatsiya, nedigidropiridinlarnikida esa - manfiy xrono- va inotrop effektlar ustunlik qiladi. AKning uzoq ta‘sir qiluvchi turlari kardioprotektiv, renoprotektiv, antiaterogen

ta'sirlarga ega (qon lipid profilini yaxshilaydi), trombotsitlar agregatsiyasini tormozlaydi va nojo'ya ta'sirlari kam. Ular ta'siridagi vazodilatatsiya kalsiy kanallarining inaktivatsiyasi va periferik tomirlar qarshiliklarini pasaytiradi. So'nggi yillarda preparatlarning uzoq ta'sir qiluvchi - retard formalari - nifedipin, diltiazem, verapamil, amlodipin, felodipin, latsidipin va boshqalar qo'llaniladi. Nifedipin kabi qisqa ta'sir qiluvchi preparatlarni AG va YuIKda uzoq muddat qo'llab bo'lmaydi. Nodigidropiridinlar o'pkaning obstruktiv kasalliklari, oyoq arteriyalarining kuchli aterosklerozi kabi qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, BAB bilan birga qo'llaniladi,

Boshqa antianginal preparatlar. Ularga metabolik ta'sirga ega trimetazidin kabi preparatlar kiradi. Mazkur preparatlar standart antianginal preparatlarga qo'shimcha vosita sifatida qo'llaniladi.

Gipolipidemik vositalar. Gipolipidemik terapiya statinlar vositasida o'tkaziladi. Mazkur preparatlar yurak qon tomir tizimi aterosklerotik o'zgarishlarida birlamchi va ikkilamchi profilaktika maqsadlarida qo'llaniladi, ularni kuniga bir marta qabul qilish mumkin.

LIPID tadqiqotlariga ko'ra, MIni boshdan kechirgan bemorlarga pravastatin buyurilishi YuIK dan o'lim hollarini 24% va qayta IM hollarini 29% gacha kamaytiradi. 6-yillik prospektiv tadqiqotlar YuQTK dan o'lim va nogironlashish hollarini sezilarli kamaytiradi. Metaanaliz natijalariga ko'ra statinlarni barcha stenokardiya davosida qo'shib qo'llash umumiy XS 22%ga va ZPLP 30%ga pasaytirib, umumiy o'limni 22%, YuQTKdan o'lim hollarini 28%, insultlarni 29% kamaytirish imkonini berdi.

Statinlar bilan davolash muntazam bo'lishi lozim, chunki preparatlarni bir oy qabul qilmaslik qonda lipidlar miqdorini avvalgi holiga olib keladi. Giperoxolesterinemiyaning har qanday darajasi va ularning gipertriglitsideremiya bilan uyg'unlashib kelishi statinlarni buyurish uchun asos bo'ladi. Faol hepatitlarda, individual ko'tara olmaslikda, homiladorlikda bu preparatlarni buyurish qarshi ko'rsatmalardan hisoblanadi. Simvastatin bir kecha kunduzda

10-40 mgdan boshlanib kechqurun qabul qilish tavsiya etiladi. Statinlarning afzal jihatlariga xolesterin kamaytirishi va kamchiligi – narxining qimmatligidir. Lekin bugungi kunda statin dori vositalarni djenerik turlari mavjud, samaradorligi isbotlangan va narxi qimmat emas.

Mazkur preparatlarning eng arzoni nikotinovaya kislota bo‘lib 1955 yildan buyon qo‘llanilib kelinadi. Miqdoriy angiografik nazorat shuni ko‘rsatadiki, nikotin kislotani uzoq qo‘llash, toj va periferik arteriyalar aterosklerozini sezilarli darajada kamaytiradi. Preparat uchun asosiy ko‘rsatmalarga giperxolesterinemiyaning 7,8 mmol/l (300 mg/dl) gacha bo‘lgan past darajasi, gipertriglitsridemiya, giperxolesterinemiya va ularning uyg‘unlashib kelishi kiradi. Qarshi ko‘rsatmalarga me‘da va o‘n ikki barmoqli ichak yaralari, gepatit, qandli diabet, podagra, individual ko‘tara olmaslik kiradi. Preparatning nojo‘ya ta’sirlariga ko‘ngil aynashi, qorinda diskomfort, surunkali me‘da ichak kasalliklarining qo‘zishi, terida qizarish va qichishish, jigarning metabolik buzilishlari, ALT, AST, ishqoriy fosfataza miqdorining oshishi, glyukozaga tolerantlikni oshishi, giperurikemiya kiradi.

Gipolipidemik vosita sifatida nikotin kislotaning birlamchi ta’sir nuqtasiga:

1. Yog‘ deposidagi lipoproteidlipazalarni ingibirlaydi, bu esa erkin yog‘ kislotasini jigarga tushishiga to‘sqinlik qiladi;
2. ZJPLP mahsulotlarini jigarda ingibirlaydi;
3. ZYuLP metabolizmini sekinlashtiradi. Dastlabki ikkita ta’siri triglitseridlar va ZPLPlarning konsentratsiyasini pasaytiradi. Nikotin kislota bilan davolash natijasida aterogen lipoprotein konsentratsiya pasayadi. Vitaminga bir kecha – kunduzlik ehtiyoj (RR yoki V3) 20 mg, lipid normallashtiruvchi vosita sifatida 1,5-6,0 mg zarur bo‘ladi.

Yuqoridagi preparatlardan tashqari yana 2ta gruppaga lipid korreksiyalovchi preparatlar mavjud bo‘lib, ularga fibrat kislota hosilasi va o‘t kislotasi sekvestrantlari (anion almashinuv smolalari) kiradi. Mazkur gruppaning birinchi misoliga - klofibrat, gemfibrozil va bezafibrat, ikkinchi misoliga - xolesteramin va kolestipollar kiradi.

Randomizatsiyalashgan va placebo nazoratlovchi tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, zamonaviy lipidni pasaytiruvchi vositalar nafaqat qonda lipidlar miqdorini kamaytirib qolmasdan, balki koronar arteriyalar stenozi kuchayishining oldini oladi, ayrim hollarda esa aterosklerotik pilakchalarning regressiyasi kuzatiladi, bularning barchasi MI paydo bo'lish ehtimolini kamaytiradi. Dozalar YuIK bilan og'rigan bemorlarda davolash samaradorligiga qarab individual tanlanadi.

Dispanser kuzatuv. Stabil stenokardiya tashxisi qo'yilgan bemorlar yoshi va komorbid kasalliklariga qarab dispanser hisobida turishi lozim. Ular orasida yuqori xavf guruhlarini ajratish lozim: anamnezida MI, YuIKning nostabil kechishi, miokard ishemiyasining tez tez qo'zishi, jiddiy yurak aritmiyalari, YUE, og'ir hamroh kasalliklar (QD, bosh miyada qon aylanishining buzilishi) mavjud bo'lganlar. Dispanser kuzatishlar sistematik tarzda UASH yoki kardiolog nazoratiga (terapevt) kelish va har 6-12 oyda bir marta instrumental tekshirish usullaridan o'tish: EKG, ExoKG, yuklamali sinamalar, lipid profillarini aniqlash, shuningdek ko'rsatmalarga qarab Xolter EKG monitorlash, AKDBSM o'tkazishlar kiradi. Birlamchi sog'liqni saqlash bo'g'inlaridagi «Salomatlik maktablarida» o'qitish katta profilaktik ahamiyatga ega.

7. YuIK: STABIL ZO‘RIQISH STENOKARDIYANI PROFILAKTIKA ASOSLARI

JSST dasturiga ko‘ra noinfekcion kasalliklarga qarshi kurashish ularning asosiy omillarini bartaraf etish bilan bog‘liq. Tamaki, alkogol iste‘molini kamaytirish, sog‘lom turmush tarzi va badantariyani targ‘ib qilish, ortiqcha vazn bilan kurashish shular sirasiga kiradi. Alkogol va tamaki mahsulotlari savdosidan tushgan soliq mablag‘lari ushbu maqsadlar uchun sarf etilishi shart.

Siyosatni amalga oshirish bo‘yicha qadamlar:

- Fuqarolarni tamaki tutunidan himoya qilish, tamaki antireklamasini amalga oshirish.
- Tamaki va alkogol savdosi soliqlarini keskin oshirish.
- Mazkur zararli mahsulotlarini sotib olish bo‘yicha cheklovlar qo‘yish.
- Oziq ovqat mahsulotlari tarkibidagi tuz miqdorini kamaytirish.
- Oziq ovqat mahsulotlari tarkibidagi transyog‘larni polito‘yinmagan yog‘lar bilan almashtirish.
- Sog‘lom turmush tarzi va sog‘lom ovqatlanish bo‘yicha aholi ilm saviyasini oshirish.

YuIK uchun birlamchi bo‘g‘inlarda yangi profilaktik texnologiyalar.

Aholining mazkur kasallik sabablari, XO, asoratlari borasidagi xabardorligining pastligi salomatlik maktablarining ochilishiga sabab bo‘ldi. Shu munosabati bilan, 2008 yilda Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 3 klinika bazasida rektor buyrug‘iga ko‘ra (№ 87 20.08.2008 y) YuIK stabil stenokardiya bilan og‘riganlar uchun (grant ITSS 31.1) «Salomatlik maktabi» ochilgan bo‘lib, unda o‘qishni istaganlar uchun bepuldir.

Salomatlik maktablarida stabil zo‘riqish stenokardiya bilan og‘riganlarni birlamchi sog‘liqni saqlash bug‘inlarida profilaktikasi muammolari bo‘yicha o‘qitiladi. Mazkur maqsadlarni amalga oshirishda bemorlarni medikamentoz va nomedikamentoz profilaktikasi uchun bir nechta o‘quv - uslubiy qo‘llanmalar ishlab chiqilgan bo‘lib, UASH/OSH ambulator tizimi va tibbiyot institutlari yuqori kurs talabalari uchun mo‘ljallangan.

YuIK bilan og‘rigan bemorlarda birlamchi bo‘g‘indagi UASH/OSH tomonidan profilaktik tadbirlar o‘tkazish. Kundalik UASH/OSH amaliyotida quyidagilar amalga oshirilishi shart:

- mazkur patologiyaga muhtalo bo‘lgan shaxslar orasida o‘z turmush tarzini yaxshi tomonga o‘zgartirmoqchi bo‘lganlarni aniqlash;
- turmush sifatini yaxshilash bo‘yicha bemorlar orasida targ‘ibot –tashviqot ishlarini o‘tkazish;
- aniqlangan to‘siqlarni engib o‘tish bo‘yicha tadbirlar majmuasini ishlab chiqish;
- bemorlardan o‘z turmush tarzini o‘zgartirish bo‘yicha yozma tasdiqnomalar olish;
- YuIKdagi XO bilan kurashish rejasini ishlab chiqish;
- bemorlar tomonidan tavsiyalarning qay darajada bajarilayotganligini telefon orqali yoki keyingi ko‘riklar mahalida aniqlash;
- ijtimoiy qo‘llab quvvatlash mahalliy qiyinchiliklarni yengib o‘tishlariga ko‘maklashish;
- zaruriyat tug‘ilganida kardiolog, nevropatolog kabi mutaxassislariga yuborish.

YuIK bilan og‘riganlarni «Salomatlik maktablarida»

o‘qitishdan asosiy maqsad:

- Bemorlarni YuIK kechishi va XO to‘g‘risida imkon qadar ko‘proq xabardor qilish;
- Bemorlarni o‘z sihat salomatligi uchun mas‘uliyatlarini oshirish;
- O‘z xastaliklariga nisbatan ratsional kompleks yondoshish hissini shakllantirish, uslubiy tavsiyalarni uzviylik bilan bajarish;
- O‘z salomatligini nazorat qilish va XOga qarshi kurashish (ratsional ovqatlanish, harakat faolligi, stressni boshqarish, zararli odatlardan voz kechish);
- Bemorlarni individual salomatlikka ta’sir ko‘rsatuvchi konkret faoliyat turiga o‘rgatish;

Salomatlik maktablarida mashg‘ulotlar o‘tkazish bo‘yicha ko‘rsatmalar

Har bir mashg‘ulotdan avval tayyorgarlik lozim. UASH/OSH mashg‘ulot mavzusi va mohiyati bilan tanishtirishi lozim. Xonani tayyorlab namoyish va tarqatma materiallari tarqatilishi lozim.

Mashg‘ulotlar salomlashish bilan boshlanib, shifokor maktab va mashg‘ulot mavzusi, maqsad va vazifalar bilan tanishtiradi. Mashg‘ulot oldidan tibbiy atamalari bilan tanishtirib tushunchalar berish lozim. Mashg‘ulotlarni tushuntirishda interaktiv usullardan foydalaniladi, bu esa o‘z navbatida o‘zlashtiruvchanlikni oshiradi. Har bir guruhda 8-10 YuIK bilan og‘rigan, yoki MI ni boshidan kechirgan 5-8 nafar bemorlar bo‘lishi lozim.

Salomatlik maktablarida mashg‘ulotlar mohiyati

To‘liq o‘qitish sikli 5 mashg‘ulotdan iborat bo‘lishi (davomlilik 60 daqiqa), va ular medikamentoz va nomedikamentoz davo haqida bo‘lishi lozim:

1. Stenokardiya – nima? Og‘riq sindromi stabil stenokardiya asoratlari.
2. Gipodinamiya, jismoniy faollikning ahamiyati.
3. Stress va salomatlik. Negativ kechinmalarni oldini olish.
4. Chekish va uning salomatlikka ta’siri. Kashandalikdan qutulish.
5. Sog‘lom ovqatlanish va ortiqcha vazn, dislipidemiyaga qarshi kurashish.

Bemorlarda motivatsiyani oshirish uchun «muammoni aniqlab optimal qaror qabul qilish» usuliga o‘rgatish lozim. Masalan, XOni aniqlab, unga qarshi kurashishning ustuvor yo‘nalishlarini tanlash lozim. Mazkur usullar salomatlik maktablaridagi ta’limdan keyingi davrlarda ham davom etish uchun zarur bo‘ladi. Har bir bemor kundalik tutishi lozim.

Muvaffaqiyatli ta’limning 4 «bosqichi» farqlanadi:

- 1) o‘z holatini nazorat qilish;
- 2) medikamentoz terapiya va uning asoratlarini o‘qitish;
- 3) adabiyotlar bilan ta’minlash (bukletlar, qo‘llanmalar bilan ta’minlash);
- 4) ta’lim jarayonida slaydlar, video - va audiokassetalardan keng foydalanish).

Salomatlik maktablarida dasturlar mohiyati

№	Mashg'ulot mavzusi	Mashg'ulot maqsad va vazifalari	UASH majburiyatlari	Kutilgan natijalar
1.	Stenokardiya nima? Og'riq va asoratlarni qanday oldini olish mumkin	Bemorlarga YuIK ning sabablari, klinik kechishlari, YuQTY, XO kechishi o'ziga xosliklaridan va prognozlardan saboq berish	1. Anamnez va ko'ruvdan so'ng bemorga diagnozni aytish, hamda YuIK haqida yetarli tushuncha berish 2. Kasallik kechishini yomonlashtiruvchi XO haqida ma'lumot berish 3. prognoz haqida mufassal gapirib berish 4. nomedikamentoz i medikamentoz davo usullari haqida tushuncha berish	1. Bemorlarning kundalik hayotlari uchun zarur bo'lgan YuIK ga bog'liq alomatlarini farqlash mahoratlariga o'rgatish 2. O'z salomatliklarini samarali nazorat qilish 3. Tez yordam etib kelguniga qadar o'z o'ziga yordam berish mahoratlariga o'rgatish 4. Medikamentoz terapiya samaradorligini o'zini oqlagan dori vositalari bilan oshirish
2.	Chekish va YuIK. Chekishdan qutulish	Mashg'ullotlarda n maqsad : tamaki tutuni tarkibi haqida ma'lumot berib ulardan qutulish borasida maslahatlar berish	1. Anamnez va ko'ruvdan keyin tashhis oydinlashgach XOning kasallik kechishiga ta'siri haqida gapirib berish 2. bemorning nikotina qaramlik darajasini aniqlash 3. nikotina qaramlik darajasiga qarab kashandalik-dan qutulish yo'llarini o'rgatish	1. tamaki tutuni tarkibi YuIK ga ta'siri 2. kundalik hayotda kashandalikdan qutulish bo'yicha maslahatlar 3. kashandlikdan qutulish bo'yicha motivatsiyalar paydo qilish 4. klinik holatlariga qarab tin o'rnini bosuvchi preparatlardan buyurish
3.	Semizlik va dislipidemiya qarshi	Mashg'ulot maqsadi: sog'lom ovqatlanish tartibi	1. anamnez va klinik ko'ruvdan keyin bemorga ortiqcha	1. tana vazni indeksini xisoblashni bilish

	kurashish. Sog‘lom ovqatlanish va ortiqcha vazn	va tarkibi haqida ma'lumot berish . Moddalar almashinuvi buzilishining YuIK va uning prognoziga ta'siri.	vaznning qay darajada YuIK ga ta'siri va pronozni yomonlashtirishi xususida tushunchalar berish 2. YuIK bilan og‘rigan bemorlarda sog‘lom ovqatlanish odatlarini o‘rgatish 3. ortiqcha vazni bor bemorlarga sog‘lom ovqatlantirish bo‘yicha maslahatlar berish	2. semizlik darajasidan kelib chikib vaznni kamaytirish dasturlarini bilish 3. o‘ziga va oila a‘zolari uchun ozik ovqat maxsulotlarini kaloriyasini xisobga olgan holda rasional ovkatlanish sxemasini tuzish
4.	Gipodinamiya va unga qarshi kurashish.	Mashg‘ulot maqsadi: Jismoniy faollikning YUIK kechishiga ta'siri. Jismoniy faollik bo‘yicha bemorga tushunchalar berish.	1. Anamnez va klinik ko‘ruvdan keyin bemorga gipodinamiyaning YuIK kechishiga ta'siri haqida ma'lumotlar berish 2. Yoshga qarab jismoniy faollik bo‘yicha tavsiyanomalar ishlab chiqish va bemorga tushuntirish 3. Jismoniy faollik bo‘yicha yo‘riqnomalar berish 4. bemorda bu borada motivatsiya-larni kuchaytirish 5. keyingi ko‘ruvlarda jismoniy faollik bo‘yicha tavsiyalar qay darajada bajarilayotganini nazorat qilish	1. Uy sharoitida jismoniy faollik bo‘yicha oddiy ko‘nikma-larni ishlab chiqish 2. stabil steno-kardiyada jismoniy faollik hajmini anglash va amaliyotda qo‘llash 3. YuIK bilan og‘rigan bemorda jismoniy faollikning kasallik kechishiga ijobiy ta'sirini aniqlash
5.	Psixologik faktorlar. Stress. Depressiya. Vahima.	Mashg‘ulot maqsadi: ortiqcha psixoemotsional yuklamalarning YuIK kechishiga	1. anamnez va klinik ko‘ruvdan keyin psixologik stress darajasini olingan	1. bemorlarda vahima va depressiyaning aso-siy alomatlari bo‘yicha

	negativ hayajonlarni yengish bo'yicha usullar	salbiy ta'siri. Bemorlarda ayrim relaksatsion o'z o'zini nazorat qilish usullari bo'yicha mahoratlar paydo qilish	javoblar yig'in-disiga qarab aniq-lash 2. Vahima-depressiv sindrom krite-riysini aniqlash 3. psixologik stres-sning YuIK kechi-shiga va prognozga ta'sirini tushun-tirish 4. bemorlarda nome-dikamentoz va medikamentoz davo usullariga bog'liq-ligini aniqlash 5. psixorelaksatsiya usullariga o'rgatish	tushuncha-lar hosil qilish 2. stress situa-siyalarini aniq-lash va ularni engib o'tish bo'yi-cha ko'nikmalar hosil qilish 3. o'z o'zini idora etish va psixore-laksatsiya (relak-satsion trening, progressiv mu-shak relaksatsiya-si, autogen mashq-lar usullarini o'rgatish 4. oilada emo-sional barqaror muhit paydo qilishning ijo-biy jihatlarini tushuntirish
6.	Arterial gipertoniya	Mashg'ulotlardan maqsad: AG ning YuIK kechishiga salbiy ta'siri haqida ma'lumot-lar berish. AB nazoratining asosiy tamoyil-lariga o'rgatish va asoratlar profilaktikasini o'rgatish	1. anamnez va kli-nik ko'ruvdan keyin bemorga diagnozni aytib, ABning YuIK kechishiga salbiy ta'sirini tushuntirib berish 2. AG sabalari va darajalari xavflar yig'indisining YuIK kechishiga ta'sirini tushuntirib berish 3. Uy sharoitida ABni o'lchash va kundalik tutish 4. bemorlarda nome-dikamentoz va medikamentoz davo usullariga bog'liqligini aniqlash	1. Bemorlarning kundalik hayot-larida AG borasida tushun-chalar va ularni yengib o'tish bo'yi-cha ko'nikmalarni qo'llash 2. O'z salomatlik-larini samarali nazorat qilish mahoratlariga o'rgatish 3. Tez yordam yetib kelguniga qadar o'z o'ziga yordam berishni o'rgatish 4. Samaradorligi isbotlangan dori vositalar bilan davolash orqali

				davo samarasini oshirish
--	--	--	--	-----------------------------

SALOMATLIK MAKTABINING MASHGULOTLARI

1- MASHG‘ULOT: Stenokardiya nima? Og‘riq va asoratlarni qanday oldini olish mumkin?

Mashg‘ulot maqsadi : Bemorlarga YuIK sabablari, klinik kechishi, stabil zo‘riqish stenokardiyasi kechishining o‘ziga xosligi, prognozni yomonlashishiga olib keluvchi XO borasida tushunchalar berish.

Mashg‘ulotning xotima qismi. Savollarni qaytarish va muhokama.

Navbatdagi mashg‘ulot mavzusi, sanasini aniqlash.

Tarqatma materiallar tarqatish.

2- MASHG‘ULOT: Tamaki chekish va YuIK. Chekishni tashlash

Mashg‘ulotdan maqsad: tamaki chekishning YuIK ga ta’siri va undan qutulish yo‘llari.

Qo‘llanma: mashg‘ulotlar chekuvchilar bilan o‘tkaziladi, ularning qarindoshlari va birga yashovchilari ham qatnashishlari mumkin.

Xulosada chekishdan qanday qutulish mumkinligini uqtirish (nazorat ro‘yxatini tuzish):

1. Tarkibida nikotin saqlovchi mahsulotlardan hech qachon foydalanmaslik haqida va’da berib, uning ustidan chiqish;
2. Aniq yaqqol belgilab oling: dunyoda voz kechmasa bo‘lmaydigan narsaning o‘zi yo‘qligini biling;
3. «Haqiqiy kashandalik» degan tushunchaning o‘zi yo‘q. Siz ana shu zararli omil komiga tushgan millionlardan bittasi, xolos. Boshqa million sobiq chekuvchilar kabi siz ham bu botqoqdan chiqa olasiz;
4. Chekish va tashlash haqidagi fikrlarni taroziga sola turib o‘zingizga aniq – yaqqol maqsadni qo‘ying va uni gumonlarga bormasdan bajaring.
5. Chekish xayolingizni band qilib olmasin, uni tashlay olgan kuningiz o‘zingizga «URA! Men CHEKISHDAN QUTULDIM! »;
6. Nikotin o‘rnini bosuvchi vositalardan foydalanmang.

O'zingiz bilan tamaki mahsulotlarini olib yurmang.

Boshqa chekuvchilardan uzoqda yuring.

Chekishni tashlab yangi hayot boshlang.

Yuqoridagi tavsiyalarga amal qilsangiz kunlardan bir kuni «haqiqat onlari» kirib kelganiga guvoh bo'lasiz. Ammo:

7. Uni o'z o'zidan kirib keladi deb o'ylamang.

Hayot so'qmog'idagi ko'tarilish va tubanlikka tushish onlari bo'lishini va har ondan lazzatlanish hissini tuying. Mashg'ulot oxiri. Mijozlar uchun mavxum savollarni takrorlang va muhokama qiling. Keyingi mashg'ulot vaqti, mavzusini tanlang. Varaqchalar tarqating.

3- MASHG'ULOT: Sog'lom ovqatlanish va ortiqcha vazn. Semizlik va dislipidemiya qarshi kurashish.

Mashg'ulotdan maqsad: Inson salomatligiga ovqatlanishning ta'siri haqida gapirib bering. Moddalar almashinuvining YuIK paydo bo'lishiga, uning prognoziga ta'siri xususida ma'lumotlar bering. Sog'lom ovqatlanishning individual rejasini tuzing.

Esda saqlab qolish uchun ma'lumotlar.

Ortiqcha vaznda bir kecha kundo'zlik kaloriyani nazorat qiling (1800-1200 kkal kuniga), bunda yog'lar hissasi 30% gacha bo'lishi shart (7-jadval). Bunda albatta hayvon yog'lari hissasini kamaytirib, o'rniga kungaboqar, zaytun yog'larini ko'paytirish zarur. Tarkibida XS bo'lgan ovqat mahsulotlarini keskin kamaytirish (8-jadval), shu bilan birga tavsiya etiladigan, hamda istisno qilinadigan oziq –ovqat mahsulotlarining ro'yxatini o'rganish (tabl.9). Ta'kidlab o'tishimiz lozimki, har kuni kamida 35 gr baliq mahsulotlaridan iste'mol qilish YuQTKdan o'lim hollarini 50% gacha kamaytiradi.

Asosiy oziq mahsulotlarining kaloriyaliligi (100 g. dakkal)

3% sut , kefir	59	Tayyor baliq (navaga, treska, va boshq.)	70-106
Smetana 30%	294	Tayyor mol go'shti	267
Qaymoq 20%	206	Tayyor cho'chqa go'shti	560
Yog'li Tvorog	226	Tayyor tovuq go'shti	160
Tvorog 9%	156	Javdar noni	190
Tvorog pishlog'i	315-340	Bug'doy noni	203
Yog'siz Tvorog	86	Bulka	250-300
Brinza	260	Shakar	374
Eritilgan pishloq	270-340	Karamel	350-400
Qattiq pishloq	350-400	Shokolad	540
Muzqaymoq	226	Marmelad, pastila, zefir	290-310
Sariyog'	748	Xolva	510
Margarin	744	Pirojnoe	350-750
O'simlik yog'i	898	murabbo, djem	240-280
Mayonez	627	Qaynatilgan kolbasa, sosiski	260
Sabzavotlar	10-40	Yarim dudlangan kolbasa	370-450
Kartoshka	83	Xomligicha dudlangan kolbasa	500
Mevalar	40-50	Tovuq tuxumi (2sht.)	157
Kompotlar, sharbatlar	50-100	Seld	234
		Baliqning yog'li konservalari	220-280
		Baliqning pomidorli konservalari	130-180

Oziq ovqat mahsulotlarida har 100 gr hisobiga XS mavjudligi

Mahsulotlar	Xolesterin
<i>Go'sht va go'sht mahsulotlari</i>	
1- toifali mol go'shti	70
1- toifali qo'y go'shti	70
Cho'chqa go'shti	70
Cho'chqa bekoni	60
Yog'li cho'chqa go'shti	70
1-toifa buzoq go'shti	110
1-toifa quyon go'shti	40
Koreyka dudlangani	60
<i>Qoramol subproduktalari</i>	
Jigar	270
buyrak	300
yurak	140
til	150
<i>Cho'chqa subproduktalari</i>	
miya	2000
jigar	130

buyrak	200
yurak	120
til	50
<i>Uy tovug'i</i>	
1-toifali tovuq	80
2-toifali tovuq	40
1-toifali broyler jo'jalari	30
2-toifali broyler jo'jalari	10
1-toifali o'rdak	56
2-toifali o'rdak	40
1-toifali g'oz	110
2-toifali g'oz	80
1-toifali kurka	50
2-toifali kurka	30
<i>Baliq va baliq mahsulotlari</i>	
Osetrning uvuldurug'i	350
Tinch okeani Skumbriyasi	360
Ko'zgi moyva	340
Karp	270
Atlantika okeani Skumbriyasi	220
Nototeniya i sayra	210
Tinch okeani Seldi	200
Paltus, kambala	120
Cho'rtan baliqa, forel, losos, dengiz okuni, xek	50
Tunets	40
Treska	30
<i>Sut va sut mahsulotlari</i>	
Sigir suti	10
Echki suti	30
Kefir, prostokvasha, atsidofilin, yogurt	10
<i>Sut va sut mahsulotlari</i>	
10% yog'lilikka ega qaymoq	30
20% yog'lilikka ega qaymoq	80
Paxta pasterlangan	10
Tvorog zardobi	yo'q
Tvorog yog'siz	40
Tvorog yog'li	60
Quruq sut	90
Yog'sizlantirilgan quruq sut	sledы
Quruq zardob	sledы
Golland pishlog'i	520
kostroma pishlog'i	1510
rossiya pishlog'i	1080
Rossiya eritilgan pishlog'i	1200
<i>Yog'lar va moylar</i>	

Tozlanmagan dehqon yog'i	180
Tozlanmagan sariyog'	190
Parhez yog'i	210
Sigir yog'i	110
Cho'chqa yog'i	100
O'simlik yog'i (kungaboqar, soya, zaytun, makkajo'xori va boshq.)	yo'q
Margarinlar, shu jumladan sigir va sariyog'li	sledы
<i>Boshqa mahsulotlar</i>	yo'q
Meva, sabzavotlar, zamburug'lar	yo'q
Mevalar	yo'q
Krupalar, dukkaklilar va bug'doy mahsulotlari	yo'q
Makaronlar	yo'q
Pivo, meva va mineral suvlari, vino-vodka mahsulotlari	yo'q
yong'oqlar, jelatin	yo'q
un va non mahsulotlari	yo'q
tuxum va sut qo'shilgan un mahsulotlari	turiga qarab

Tavsiya va istisno etiladigan oziq ovqat mahsulotlari

Mahsulotlar	Tavsiya etiladigan	Istisno etiladigan
Go'sht va go'sht mahsulotlari	Mol va buzoq go'shtining yog'siz sortlari	Go'shtning yog'li turlari, kolbasalar va dudlangan mahsulotlar, konservalar
Submahsulotlar	-	Miya, jigar, buyrak, yurak, til va ulardan tayyorlangan pashtetlar, kolbasalar
Qushlar	Yog'siz jo'ja , kurka quyon	o'rdak, g'oz, yog'li tovuq, konservalar
Baliq va dengiz mahsulotlari	Yangi yoki mo'zlatilgan daryo va dengiz baliqlari, dengiz karami	To'zlangan qaynatilgan dudlangan balik, konservalar ikralar
Tuxum va tuxum saqlovchi mahsulotlar	haftada 3-4 dona	Tuxum sarig'i
Sut va sut saqlovchi mahsulotlar	Yog'sizlantirilgan sut qatiq, paxta, zardob, yog'siz tvorog; yog'siz pishloqlar	Smetana (ovqatga qo'shish mumkin), qaymoq, ryajenka, yog'liligi 2,5%dan ortiq bo'lmagan qatiq, muzqaymoq, tvorog, pishloq, quruq sut

Oziq ovqat yog'lari va yog'li aralashmalar	O'simlik yog'lari (va kamroq miqdorda sariyog'	Hayvon va kulinar yog'lar, margarinlar, cho'chqa yog'i, mayonez, kokos va palma yog'lari
Yormalar makaron mahsulotlari, dukkakililar	Kepagi olinmagan undan qilingan (javdar va bug'doy), 1-va 2-sort	Un mahsulotlari, kraxmal
Sabzavot va zamburug'lar	Yangi va muzlatilgan har qanday sabzavotlar, zamburug'lar, sarimsoq	Kam miqdorda otquloq, shpinat, redis, redka; tuzlangan va marinadlangan
Mevalar	Yangi va muzlatilgan har qanday mevalar, qoqilar	Meva konservalari va pyurelar; uzum mayiz, xurmo, anjir
Shakar va konditer mahsulotlari, yong'oqlar	Yong'oq smetana	shakar, asal, konfetlar, murabbolar kuniga 40-50gr. gacha
Sanoat ichimliklari	Shirin bo'lmagan mevalardan olingan sharbatlar, ichimlik va mineral suvlar, kvas	Pivo, shirin sharbatlar va vino hamda likerlar
Boshqa mahsulotlar	Soyadan tayyorlangan mahsulotlar (soya suti, tvorog va boshqa-lar), choy (ayniqsa ko'k), xamirturushlari	Kofe va kakao-poroshok o'tkir ziravorlar va souslar, konsentratlar, chipslar, tuzlangan krekerlar.

Mazkur ro'yxat vazni ortiqcha va YuIK bilan og'riqanlar uchun stol usti qo'llanmasi bo'lishi lozim.

Ratsional ovqatlanish menyusi

Nonushta: sabzi, mevalardan yogurt aralashtirilgan salat, pishloq qo'shilgan smetana, choyli balzam (1 qism ko'k choy, 1 qism malina, 2 qism na'matak, 2 qism do'lana mevasi) murabbo, bug'doy noni.

Tushlik: zamburug' va qora olxo'ri aralashtirilgan borsh, garnirli baliq (kartoshka pyure, yashil no'xat), kisel, javdar noni.

Yarim kunlik: mevalar (olma, uzum).

Kechki ovqat: tozlangan karam, klyukva va o'simlik yog'i aralash, guruch va mevalar, meva sharbati, javdar noni.

Uyqu oldidan kefir.

Profilaktik ovqatlanish menyusi (xolesterinsiz)

Nonushta: salat vitaminli, olmali murabbo, choy limonli, bug‘doy noni.

Tushlik: meva va makkajuxori aralash sho‘rva, palov olxo‘rili, kompot olma va qizil smorodinali, javdar noni.

Yarim kunlik: mevalar.

Kechki ovqat: dengiz karami va olmali salat, chakandali sharbat, javdar noni.

Profilaktik ovqatlanish menyusi (kam miqdordagi xolesterin bilan)

Xolesterinsiz ovqatlar bilan birga dengiz mahsulotlari- masalan, tushlikka baliq – charimsoq va piyoz bilan pishirilgani.

Agar 6-8 hafta mobaynida saqlangan parhez qondagi xolesterin miqdorini kamaytirmasa (5 mmol/l dan past), ateroskleroz xavfi saqlanib qolsa, xolesterin pasaytiruvchi preparatlar buyuriladi.

Xar bir bemor nazorat mobaynida quyidagilarga ehtiyoj sezadi:

- Agar vazn osha borsa oddiy –sog‘lom ovqatlanish orqali o‘ziga yordam berish mumkin;
- Tana vaznini kamaytirib vrach tavsiyalari effektivligini oshirish;
- Hayot prognozi va turmush sifatini oshirish;
- Yaxshi kayfiyat va salomatlikni saqlash.

YuIK bilan og‘rigan hamda qonda triglitseridlar yuqori bemorlar alkogol iste‘molini keskin kamaytirish.

Tadqiqotlardan ma’lum bo‘lishicha uzoq muddatlik dietoterapiya qonda XS 10, maksimum 15% gacha kamaytirish mumkin. Bu qadar pasaytirish mazkur kasalliklardan o‘lim xavfini 20% gacha kamaytirib giperxolesterinemiyani kamaytiradi.

Mashg‘ulot xotimasi. Mijozlar uchun mavxum savollarni takrorlang va muhokama qiling.

Keyingi mashg'ulot vaqti, mavzusini tanlang.

Varaqchalar tarqating.

4- MASHG'ULOT

Jismoniy faollikning yetarli emasligi va gipodinamiyaga qarshi kurashish

Mashg'ulotdan maqsad: YuIK ga jismoniy mashqlarning ijobiy ta'siri. Kundalik turmushda jismoniy faollikni oshirish yo'llari. Bemorlarning jismoniy tarbiya uchun motivatsiyasini oshirish.

YuQTKda XO bor bemorlarda aerobika miokard perfuziyasini kuchaytirib, yirik koronar arteriyalar diametrini kattalashtiradi, mikrotsirkulyasiyani va endoteliy funksiyasini yaxshilaydi; avtonom vegetativ balansni modullaydi; potensial o'lim xavfi bor qorinchalar taxiaritmiyasini yo'qolishiga olib keladi. Qonda fibrinogen miqdorini kamaytirib, VII faktor faolligi koagulyasiya va trombositlar agregatsiyasini pasaytiradi, qonning fibrinolitik faolligini oshiradi, bu esa o'z navbatida *tromb hosil bo'lish jarayonlarini sekinlashtiradi*, semirishning oldini oladi. Uglevodlarga tolerantlikning normallasishi hisobiga qandli diabet xavfi pasayadi.

Jismoniy faollik (JF) skelet mushaklari harakati evaziga, energiya sarflanishiga olib keladi. Intensivligiga ko'ra energetik sarf 1 kg tana vazni 1 minutda qancha energiya sarflanishiga qarab) JF 4 ta darajaga tavsiflanadi:

- 1 – JF mutlaqo yo'q;
- 2- past daraja;
- 3- o'rta daraja;
- 4 – yuqori daraja.

Shuningdek, JF intensivligiga ko'ra JF ni baholashda metabolik ekvivalent (MET) qo'llaniladi, u tinch o'tirgan holatda daqiqasiga sarflanadigan energiya sarfidir (70 kg vaznli odamda 1,2 kkal/min bo'lishi lozim).

Past JF – energiyani 1,1 - 2,9 MET/min sarfiga olib keladigan jismoniy faollikdir. Kuchaytirilgan JF - energiyani 3 - 5,9 MET/min sarfiga olib keladigan jismoniy faollikdir. Masalan, tez yurish, suzish, velosiped haydash, raqsga tushish.

Intensiv JF - energiyani 6 MET/min dan yuqori sarfiga olib keladigan jismoniy faollikdir. Masalan, yugurish, o‘tin kesish, arralash, aerobika, uzoq distansiyaga suzish, velosipedda toqqa chiqish va hakazo. JF davomliligi uning intensivligiga bog‘liq. Masalan kuchaytirilgan JFda uning davomliligi kuniga 30 minutdan kam bo‘lmasligi shart (bunda 150 kkal energiya sarf bo‘ladi). Intensiv JF da davomlilik 22 minutdan kam bo‘lmasligi lozim.

Shunday qilib, 150 kkal ni sarflash uchun quyidagilar zarur:

- 45 minut pol yoki oynani yuvish, volleybol o‘ynash;
- 30 minut yayov yurish (3 km) yoki velosipedda 8 km yurish, raqsga tushish;
- 20 minut suzish;
- 15 minut 1,5-2 kmgacha yugurish;
- 15 minut zinapoyada ko‘tarilish.

JF bilan bog‘liq eng katta XO bu – tusatdan yurak o‘limi (bo‘lib uning sababi YuQTKning yashirin shakllari bo‘lishi mumkin. Tusatdan yurak o‘limining chastotasi unchalik ko‘p bo‘lmasdan, balki yuqori intensivlikka ega, birinchi navbatda statik xarakterli, jismoniy faollikda ro‘y beradi. Amerika yurak assotsiatsiyasida turli intensivlikka ega bo‘lgan JF dagi tusatdan o‘lim hollari, 1 xolat 360 ming soat yugurishga 1taga to‘g‘ri keladi. Sog‘lom odamlarda JF bilan bog‘liq qo‘qqisdan o‘lim juda kam bo‘lib, 500 - 2600 ming mijoz – yilga 1 ta holatga to‘g‘ri keladi. Umuman olganda, jismoniy faol odamlarda gipodinamiklarga qaraganda o‘lim hollari 40% ga kam bo‘ladi. Jismoniy mashg‘ulotlar uchun mutlaqo qarshi ko‘rsatmalarga asosiy kasallikning o‘tkir davri, nostabil klinik holat, o‘tkir infeksiyon kasalliklar, homiladorlik YuQTKga xos simptomlarning mavjudligi kabi holatlar kiradi. O‘tkir koronar yoki yurak qon tomir kasalliklarining bir qator asoratlari holatlarida, fizik rehabilitatsiya dasturlari va ikkilamchi profilaktika o‘tkazish zaruriyati tug‘iladi.

Mashg‘ulotlar xotimasi.

Mijozlar uchun mavhum bo‘lgan holatlar muhokamasi, munozara, takrorlash.
Navbatdagi mashg‘ulot mavzusini, sanasini va manzilini aniqlash. Tarqatma materiallarni tarqatish.

5- MASHG‘ULOT

Psixologik omillar. Stress. Depressiya. Vahima.

Negativ kechinmalarga qarshi kurashish.

Mashg‘ulotlardan maqsad: Haddan tashqari psixoemotsional zo‘riqishlarning YuIKga ta’siri. Mijozlarda o‘z salomatligiga adekvat munosabatlarni shakllantirish, o‘z o‘zini nazorat qilish relaksatsion metodikalari bilan tanishtirish.

Psixometrik testlar natijasida kuchli buzilishlari bor bemorlar, ancha mufassal klinik tekshirishlarni psixoterapevt, psixiatr kabi konsultantlar ishtirokida o‘tkazishga ehtiyoj tug‘iladi. YuIK bilan og‘rigan bemorlarda depressiv buzilishlar ko‘p uchrashini e‘tiborga olib mazkur toifa bemorlari orasida skrining tekshirishlari o‘tkazish zaruriyati tug‘iladi.

Bunday bemorlarga emotsional samoregulyasiya mahoratlarini o‘rgatish lozim:

- Kayfiyatingizni nazorat qiling - bu tashqi ko‘rinishingizni nazorat qilish kabi muhimdir. Asabiyligingiz va injiqliklaringizni barcha kasalliklaringizning asosiy sababi va debochasi sifatida qabul qiling. Chehrangizning ochiqligi va tabassumingiz sizga atrof muhitning va odamlarning yaxshi munosabada bo‘lishi asosidir.

- Kayfiyatingizni tushirib asabingizni qo‘zitadigan narsalardan yiroq bo‘ling. Ko‘ngilxushlik bilan mashg‘ul bo‘ling. Sizni g‘amgin qilgan xotiralarga quyidagi formulada bo‘ling: «Buni haqida bir haftadan keyin o‘ylab ko‘raman». Bu emotsiya, holatini o‘zgartirib, uni ijobiy qiladi.

- Agar kimdir, nimadir Sizni asabiylashtirsa bir muddat tin oling. Tin olish mahali asabiylashish Sizga naf bermasligini o‘ylab ko‘ring.

- Hamma vaqti odamlardan ijobiy xislat axtaring. Suhbat mobaynida «zarur», «albatta», «hamma vaqt», «hech qachon» qabilidagi qat'iyliklardan qoching.

- Kechirimli bo'ling, bahsu mujodalalardan qoching, g'iybatchilardan yiroq bo'ling.

- Hayotingiz jadalligini biroz susaytiring. Buning uchun:

- Real imkoniyatlaringizni ob'ektiv baholang, oldingizga jiddiy talablar qo'ymang;

- Ishlaringiz tartibini ratsional rejalashtiring;

- Dam olishni to'g'ri tashkillashtiring, bu ishingiz mahsuldorligini oshiradi;

- Ovqatlanish mahali shoshilmang, nonushta, tushlik va kechki ovqatlanish Siz uchun dam olish paytiga aylansin:

- Stresslarni tamaki chekish va alkogol bilan bartaraf qilishga urinmang, ularning oxiri voy ekanligini xotirdan chiqarmang.

- Jismoniy tarbiya stressning eng katta dushmani ekanligini xotirdan faromush qilmang. Stressni engishda so'zishning ahamiyati beqiyosdir.

- Stressga nisbatan turmush tarzi va odatlarni o'zgartirish orqali bardoshlilingizni oshiring, maydakash va injiqlikdan voz keching.

- Voqea va hodisalarga nisbatan negativ emotsional reaksiyalarni yo'qoting, har qanday holatdan yaxshilikni izlang.

- Noxushlik kelirib chiqaruvchi muammolarni ertaga qoldirmasdan bugunoq hal qiling.

- Hayotingizning ko'ngilli xotiralariga ko'proq e'tibor bering, ular muvaffaqiyatsizliklarga qarshi kurashda katta omil bo'ladi.

- Relaksatsion metodikalar stresslarga qarshi kurashda qo'l keladi.

Relaksatsion metodikalar nomedikamentoz ta'sirning samarali usullaridandir. Ular orasida eng samaralilari — nafas relaksatsion treningi, progressiv mushak relaksatsiyasi, psixorelaksatsion terapiya autogen trenirovka.

Nafas relaksatsion treningi meditatif texnika elementlarini o'z ichiga oladi. Bunda bemor o'ng'ay o'tirib, o'z diqqatini nafas olishga qaratib, ichiga salqin havo kirib, vujudagi bor tashvish, g'am-alamlarni o'zi bilan olib chiqib ketayotganini

his etishga harakat qiladi. Progressiv mushak relaksatsiyasi asosida turli mushak guruhlarini navbatma navbat taranglashishi va bo'shashini o'z ichiga oluvchi mashqlar yotadi, a) yuz; b) bo'yin va qo'l v) orqa va qorin; g) oyoq (son, boldir). Metodika qo'shimcha impuls berishga asoslangan bo'lib, chuqur bo'shashishga asoslangan.

Chuqur nafas metodikasi bilan tanishish. Bo'shashtiruvchi nafas metodikasining asosiy qismiga chuqur nafas olish mashqlari kiradi. Chuqur tabiiy nafas deyarli har qanday odamga yordami tegadi. Ular vahimaga, apatiyaga va bosh og'riqlariga moyil odamlarga ayniqsa foydalidir. Chuqur nafas turli darajadagi stresslarga nisbatan o'zini oqlagan strategiya hisoblanadi.

Chuqur nafas trenirovkasi stressorlarga javob tariqasida yuzaga keluvchi fiziologik reaksiyalarni me'yorlashtiradi.

Chuqur nafas trenirovkasi:

- Burun orqali nafas olish;
- O'tirgan yoki tik turgan holatda qulay holatni tanlash;
- Bir qo'l kafti ko'krakka, ikkinchisi qoringa qo'yiladi;
- Odatdagicha nafas olinib, qo'llar qay tarzda ko'tarilishiga e'tibor qaratiladi;
- Birinchi qorinda, ikkinchi ko'krakdagi qo'l ko'tarilishga e'tibor bering;
- Burun orqali sekin nafas oling;
- Dastavval o'pkalarning pastki, keyin o'rta va nihoyat yuqori qismlari to'lishiga e'tiborni qarating. Nafasni sekin oling va tutib turishga harakat qiling.
- Qorinni tortib, burun orqali nafasni sekin chiqarishga harakat qiling. Elkalarni bo'shashtiring.
- Nafasni to'la olganda o'pkalarning yuqori qismlarini to'lishiga e'tibor bering.

Autogen trenirovka metodikasi bilan tanishish. Autogen trenirovka - psixik samoregulyasiya usullaridan biri bo'lib, insonning emotsional, ruhiy va jismoniy holatlariga ta'sir qiladi. Autogen trenirovka natijasida yuzaga keluvchi mushak relaksatsiyasi asab va boshqa tizimlarning dam olishiga sabab bo'ladi hamda stress reaksiyalarini boshqarish imkonini beradi.

Mushak relaksatsiyasi va yarim uyqu holatidagi o'z o'zini ishontirish metodikasi katta kuchga ega bo'lib, autogen trenirovka texnikasi vositasida salomatlik uchun foydali bo'lgan ko'p narsalarga erishish mumkin.

Autogen trenirovka va maxsus tanlangan o'z o'zini ishontirish formulasi vositasida na faqat stress reaksiyalariga, balki odatlarga, shuningdek zararli hisoblanganlariga ham ta'sir ko'rsatish imkoni bo'ladi. Autogen trenirovka o'z xohish-istaklarni o'zgartirish, sigaretaga, ovqatlanishga munosabatni o'zgartiradi, shu bilan birga AQB, YuQS va boshqalarni o'zgartirishga sabab bo'ladi.

YuIK larida quyidagi mashqlar kompleksi bajariladi:

1. «Bo'shshish», «nafas», «yengillik» mashqlari. Peshona, ko'z, til, bo'yin, qo'l, orqa oyoq mushaklarini navbatma navbat taranglashirib bo'shashtiriladi. Nafas chiqarish mahalida «yuz mushaklari bo'shshdi», «bo'yin mushaklari bo'shshdi», «qo'llar bo'shshdi» qabilida o'z o'zini ishontirish mashqlaridan foydalaniladi. Effektni kuchaytirish uchun «xotirjamlik», «nafas olish», «yengillik» kabi kengaytirilgan formulalardan foydalaniladi:

«Butun tanada bo'shshish va xotirjamlik»;

«Borgan sayin tinchlanib bormoqdaman»;

«Men mutlaqo xotirjamman»;

«Nafas yengil va to'la olingan»;

«Vujudimni nafis yengillik va bo'shshish qoplab oldi» va boshqa.

2. «Issiqlik», «yengillik», «ko'krakda yengillik» kabi formulalardan foydalanish. Qo'shimcha formulalarga:

«Qo'llarim isimoqda»;

«Qo'llarimni baayni issiq qumga tiqqandekman»;

«Qo'llarim yengil va iliq»

«Yengillik, erkinlik va xotirjamlik butun vujudimni qamrab olmoqda»;

«Ko'krakda yengillik va erkinlik hissi paydo bo'lmoqda».

Relaksatsiya mashg'ulotlari odatda o'tirgan holda bajariladi. Mijoz kresloda bo'shshgan holda o'tirib: ko'zlarini yumadi. Trening davomliligi 15 -20 min.

Sistematik autogen trenirovkalar aksariyat hollarda dori preparatlari (masalan gipotenziv va psixotrop) dozadini kamaytirish imkonini beradi.

Autogen trenirovkalarni uyda mustaqil, ammo boshlanishini shifokor nazorati ostida bajarish mumkin. Birinchi mashg'ulot arterial bosim va puls nazorati ostida o'tkaziladi. Bunday mashg'ulotlar muntazamlilik va izchillikni talab qiladi.

Agar bemorning psixologik holati disfunktsionalligicha qolsa va nomedikamentoz ta'sirlar kam samarali bo'lsa psixofarmakoterapiya o'tkazish zarurati tug'iladi.

Antidepressantlarni YuIK bilan depressiya qo'shib kelganida nafaqat depressiyani bartaraf etibgina qolmasdan balki, prognoz somatik kasalliklar prognoziga ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Vahima sindromida trankvilizatorlar buyuriladi. Ular orasida fenazepam, medazepam, lorazepam, diazepam, tofizepam, shuningdek qo'shimcha antidepressiv aktivlikka ega — alprazolam qo'llaniladi. Trankvilizatorlar xavotirni pasaytirib, uyquni me'yorlashtiradi, shu bilan birga vegetativ nerv sistemasini muvozanatlaydi.

Depressiv buzilishlarda tanlov preparatlariga yangi avlod antidepressantlarni qo'llash lozim, chunki ular klassik tritsiklik antidepressantlar uchun xos bo'lgan nojo'ya ta'sirlardan holi. Mazkur preparatlarga serotoninni qayta so'rilishini to'xtatuvchi selektiv ingibitorlar (SIOZS) sitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin kiradi.

So'nggi yillarda, SIOZS bilan bir qatorda kardiologik praktikada tianeptin keng qo'llanilmoqda. Kimyoviy strukturasi ko'ra, preparat atipik tritsiklicheskim antidepressantlardan bo'lib, ta'sir mexanizmiga ko'ra serotonin qayta so'rilishini selektiv stimulyatorlariga kiradi. Tianeptin antidepressiv, vahimaga qarshi va faollashtiruvchi effektlarga ega bo'lib, qariyalar va YuQTK bilan og'riganlardagi depressiyani terapiyasida xavfsizdir. Tianeptin 37,5 mg (1 tab. 3 marta) bir kunda buyuriladi. Bugungi kun konsepsiyasiga ko'ra, yengil va o'rta depressiv holatlarni davolash terapevtlar yoki kardiologlar tomonidan o'tkaziladi.

Antidepressantlarni qo'llashda bir qator asosiy tamoyillarga tayanish lozim:

- Kardial profilni yaxshilovchi yangi avlod antidepressantlarni qo'llash;
- Tavsiya etilgan terapevtik dozalarni oshirmaslik;
- Davo kursini 4-10 haftadan kamaytirmaslik (hatto bemor ahvoli dastlabki 1—

2 haftada yaxshilansa ham).

Mashg'ulot xotimasi.

Mijozlar uchun mavhum bo'lgan savollarni takrorlash. Tarqatma materiallar tarqatish.

5-MASHG'ULOT

Arterial gipertoniya. YuIK kechishiga ta'siri.

Mashg'ulotdan maqsad: AG ning YuIK kechishiga salbiy ta'siri. AG nazoratining asosiy tamoyillariga asoratlar profilaktikasi metodikasiga o'rgatish.

Mashg'ulot xotimasi.

Mijozlar uchun mavhum bo'lgan savollarni takrorlash. Tarqatma materiallar tarqatish.

Umumiy yondoshish. Shifokor mijoz hamkorligi – stabil stenokardiya bilan tushgan bemorlarni muvaffaqiyatli davolash va rehabilitatsiyasi garovi.

Bemorlar va ularning qarindoshlariga stenokardiya tabiati rivojlanish mexanizmi, prognozi profilaktikasi to'g'risida informatsiya mufassal berilishi lozim. Bemorlar stenokardiya chaqiruvchi omillar haqida mufassal bilishlari lozim va xurujlarni bartaraf qilish uchun nitroglitserin til ostiga olishlari lozim. Ammo nitroglitserin ta'siri ostida gipotoniya ro'y berishini e'tiborga olinib, biroz o'tirishlari lozim. Zo'riqish oldidan profilaktik maqsadlarda nitrat qabul qilishlari shart. Agar stenokardiya 15-20 minutdan ortiq davom etib nitroglitserin bilan bartaraf bo'lmasa shifokorga murojaat qilish lozim.

Ateroskleroz rivojlanishiga va kasallik prognoziga ta'sir qiluvchi omillar-gipodinamiya, chekish va nosog'lom ovqatlanish kabi XOga muntazam e'tiborda bo'lishimiz lozim.

Stenokardiyaning nomedikamentoz davosi asosiy aspektlari

YuIK lariga olib keluvchi va rivojlantiruvchi XO

- Xulqiy va ijtimoiy omillar: nosog'lom ovqatlanish, chekish, alkogol, gipodinamiya, past ijtimoiy va tafakkuriy status;
- Biologik: gipertoniya, dislipidemiya, giperinsulinemiya, giperglikemiya, trombogen omillar;
- Atrof muhit: ob havoning ifloslanishi, atrof muhitning bulg'anishi.

Mijozlarga XOga qarshi asosiy kurashish omillari haqida ma'lumotlar berish :

1. YuIK ga olib keluvchi XO;
 2. AQBni to'g'ri o'lchashni o'rgatish; esda tutingki AQBning 130/85 mm simob ustunidan baland bo'lishi hayot uchun xavfli; har kuni bir necha marta AQB; Regulyar AQBni o'lchash yoshi 40 dan oshganlarda, ayniqsa YuIK bilan og'riganlarda va yurak qon tomir tizimida operatsiyalarni o'tkazganlarda tavsiya etiladi; AQB natijalarini kundalik qayd etib borish uchun daftar tutish lozim .
 3. To'g'ri ovqatlanish bo'yicha shifokor tavsiyalarini bajarib yuring: to'yib ovqatlanmang; ovqatingiz kaloriyasini kamaytirishga e'tibor bering; ortiqcha vazndan qutulung; tuz va shakarni kamroq iste'mol qiling;
 4. Stresslarga qarshi kurashishni o'rganing;
 5. Spirtli ichimliklarni va tamaki chekishni kamaytiring;
 6. Shifokor bilan maslahatlashgan holda jismoniy faollikni kuchaytira boring;
 7. Dori vositalarini qabul qilish bo'yicha tavsiyalarini bajarib yuring;
 8. Barcha muammolarni o'z davolovchi shifokoringiz bilan maslahatlashing.
- Bemor nimalarni nazorat qilishlari lozim (har bir mashg'ulotga kundalik tuting)?

Kundalik

Nazorat qilish va bilish	1-mashg'ulotda	Nimaga erishish lozim
Zarur:		
Tana vazni		
Tana vazni Indeksi		
Bel aylanasi		
«bel/son» indeksi		
Imkon qadar :		
Arterial bosim		
Umumiy xolesterin		
Qondda glyukoza miqdori		

Bugungi kunda eng samarali nomedikamentoz davolash usullariga mijozlarni salomatlik maktablarida to'liq axborot berib o'qitish usuli kiradi. U quyidagilarni o'z ichiga jamlaydi: chekuvchilarga chekishdan voz kechish; zaruriyat tug'ilganida maxsus davo kurslarini o'tkazish; tavsiya etiladigan jismoniy faollik bo'yicha individual tavsiyalarni bajarish (jismoniy faollik bo'yicha shifokor tavsiyalarini bajarish, chunki ular turmush sifatini yaxshilab tana vazniga, lipidlar miqdoriga, AQBga foydali ta'sir ko'rsatadi); to'g'ri ovqatlanish bo'yicha individual tavsiyalarni bajarish (meva-sabzavotlar, baliq mahsulotlari iste'molini ko'paytirish); alkogol va tamaki mahsulotlari iste'molini kamaytirish va x.k.

Xulosa sifatida shuni aytib o'tishimiz lozimki, YUIKlarida terapiyaning samaradorligi boshqarib bo'ladigan va boshqarib bo'lmaydigan omillarga bog'liq. Etarlicha bo'lmagan komplaens qo'shimcha XOdan bo'lib, medikamentoz va nomedikamentoz terapiya mahalida e'tiborga olish lozim.

Aksariyat tadqiqotlarda isbotlanishicha, sog'liqni saqlash «tannarxi» mijozlar savodxonligi qancha yuqori bo'lsa, shuncha pasayadi. Bularning barchasi yurak –qon tomir tizimi kasalliklarining miokard infarkti, miya insulti kabi asoratlarning kamayishi, gospitalizatsiya chastotasining kamayishi, turmush sifati va mehnatga layoqatlilikning yaxshilanishi bilan kechadi. Bularning barchasiga

shifokorning bemorga vizitlari tannarxining pasayishi, medikamentoz terapiyani adekvat qo‘llash, davo vositalarining nojo‘ya ta’sirlarini kamaytirish, turmush tarzini modifikatsiya qilish, bemorlar savodxonligini oshirish orqali erishiladi.

Nazorat savollari

1. Stabil stenokardiya tasnifi
2. Stabil stenokardiyalarni qiyosiy tashxisi
3. Yurak ishemik kasalligini: stabil stenokardiyaning asosiy klinik belgilari
4. Stabil stenokardiya birlamchi tizimda tekshirish usullari
5. Stenokardiyaning instrumental diagnostikasi: yuklama bilan sinamalarning ahamiyati
6. Stenokardiya barcha profilaktik turlari va ularning mazmuni
7. Birlamchi tizimda UASH/OSH tomonidan YuIK og'riq bemorlarning monitoringi
8. Klinik tavsiyanomalarga ko'ra stabil stenokardiyaning davolash tartibi
9. Stenokardiya nomedikamentoz davolash
10. «Salomatlik maktabining» ahamiyati, darslar mazmuni va tartibi

Vaziyatli masalalar

1 masala

UAV nazoratida 60 yoshli bemor, YuIK: sababli muntazam davolanib turadi. Uyda muntazam ravishda nitrosorbit, furosemid, veroshpiron, aspirin qabul qiladi. Keyingi oylarda bemorning holati keskin yomonlashgan. Oyoqlarida kechga borib kuchayuvchi shish, o'ng qovurg'asi sohasida og'irlik paydo bo'lgan, nafas qisishi kuchaygan va pushti rang balg'am ajralishi kuzatilgan. Ob'ektiv ko'rikda: ortopnoe holati, diffuz oyoqlarida shish. O'pkalarda pastki qismlarida mayda pufakchali bo'g'iq nam xirillashlar. Nafas olish soni bir daqiqada 28 ta. Yurak tonlari bo'g'iq, bir maromda, II ton aksenti o'pka arteriyasida. Yurak urish soni bir daqiqada 96 ta. AB 130/70 mm simob ustuni. Jigar 3 sm ga kattalashgan, og'riqli. EKG: chap qorincha gipertrofiyasi va yurak o'ng bo'lmachasi zo'riqishi belgilari. Koagullogrammada: PTI 202

2 Masala

K. ismli bemor, 62 yoshda UAV ga bir yildan buyon xarakatda yurak sohasi siqib og'rishidan shikoyat bilan murojat qildi.

Bemorning so'zlariga qaraganda og'riq bir yildan buyon kuzatiladi va u xotining o'limidan so'ng boshlangan. Og'riq yurganida paydo bo'ladi va chap yelkasiga tarqaladi, tinch xolatda yo'qoladi. Shuningdek vaqti-vaqti bilan yo'tal tutib, balg'am ajraladi. Bemorning otasi miokard infarktidan vafot etgan. Kuniga 20 dona sigaret chekadi. Oxirgi kunlarda og'riq kuchayib, kuniga 5-7 tabletka nitrosorbit qabul qilgan.

Ob'ektiv ko'rilganda: terida o'zgarishlar yo'q. Yurak tonlari bir maromda, aniq. A/B 140/70 mm.simob ustuniga teng. Tana harorati $-36,5^{\circ}$ S. TVI – 34.

Nb- 118 g/l; Er-3,7x10/12 l; L- 6,1x10/9 l. ECHT - 7 mm/s. Siydikning umumiy tahlili: 100 ml, rangi o/s, solishtirma og'irligi – 1015, oqsil – yo'q, leykotsitlar 1-2/1; Nahorda qondagi qand miqdori– 5,5 mmol/l; EKG – manfiy T tishcha, yakkalangan qorinchalar ekstrasistoliya. Qondagi umumiy xolesterin – 8,8 mmol/l.

3-masala

K. ismli 52 yoshli bemor ayol, UAV kabulida yuragi siqilib og'riyotganligidan shikoyat bilan murojaat qildi, og'riq 5 ta nitrosorbit tabletkasi ichsa ham o'tib ketmagan, chap qo'li uvushib, boshi aylangan.

Bemor ko'rikdan o'tkazilganda u asabiylashgan, teri qoplamalari yopishqoq, sovuq, puls 1 daqiqada 98 marta, A\B 100\60 mm.simob ustuniga teng, vazni 100 kg, bo'yi 1m 67sm. Ko'rik paytida bemor xushni yo'qotgan. EKG –ST segmenti aVF tarmoqda izoliniyadan yuqorida, III da - ST pastda; I, aVL da izoliniyadan pastda, V1 tarmogida bitta deformatsiyalangan ORS.

4 Masala

K. ismli bemor, 62 yoshda UAV ga bir yildan buyon harakatda yurak sohasi siqib og'rishidan shikoyat bilan murojat qildi.

Bemorning soʻzlariga qaraganda ogʻriq bir yildan buyon kuzatiladi va u xotining oʻlimidan soʻng boshlangan. Ogʻriq yurganida paydo boʻladi va chap yelkasiga tarqaladi, tinch holatda yoʻqoladi. Shuningdek vaqti-vaqti bilan yoʻtal tutib, balgʻam ajraladi. Bemorning otasi miokard infarktidan vafot etgan. Kuniga 20 dona sigaret chekadi. Oxirgi kunlarda ogʻriq kuchayib, kuniga 5-7 tabletkani nitrosorbit qabul qilgan.

Obʻektiv koʻrilganda: terida oʻzgarishlar yoʻq. Yurak tonlari bir maromda, aniq. A/B 140/70 mm.simob ustuniga teng. Tana harorati $-36,5^{\circ}$ S. Tana vazni indeksi – 34.

Nb- 118 g/l; Er-3,7x10/12 l; L- 6,1x10/9 l. ECHT - 7 mm/s. Siydikning umumiy tahlili: 100 ml, rangi o/s, solishtirma ogʻirligi – 1015, oqsil – yoʻq, leykotsitlar 1-2/1; Nahorda qondagi qand miqdori– 5,5 mmol/l; EKG – manfiy T tishcha, yakkalangan qorinchalar ekstrasistoliya. Qondagi umumiy xolesterin – 8,8 mmol/l.

5 -masala

K. ismli 52 yoshli bemor ayol, UAV qabulida yuragi siqilib ogʻriyotganligidan shikoyat bilan murojaat qildi, ogʻriq 5 ta nitrosorbit tabletkasi ichsa ham oʻtib ketmagan, chap qoʻli uvushib, boshi aylangan.

Bemor koʻrikdan oʻtkazilganda u asabiylashgan, teri qoplamalari yopishqoq, sovuq, puls 1 daqiqada 98 marta, A\B 100\60 mm.simob ustuniga teng, vazni 100 kg, boʻyi 1m 67sm. Koʻrik paytida bemor hushni yoʻqotgan

EKG –ST segmenti aVF tarmoqda izolinyadan yuqorida, III da - ST pastda; I, aVL da izolinyadan pastda, V1 tarmogida bitta deformatsiyalangan QRS.

6-masala

Bemor 58 yoshda, shikoyatlari: yurak notoʻgʻri, tez-tez urib ketishi va hansirash.

5 yildan buyon YuIK va gipertoniya kasalligi bilan ogʻriydi. Muntazam davolanmagan.2 yil oldin miokard infarkti oʻtkazgan.

Obʻektiv:umumiy axvoli oʻrta ogʻirlikda, xolati passiv.Oʻpka ustida vezikulyar nafas, xirillashlar yoʻq. Yurak nisbiy boʻgʻiqlik chegarasi chapga siljigan. Yurak tonlari boʻgʻiq aritmik, YuQS bir daqiqada-90 ta, puls-70ta. A/B 180/100 mm. sm.ust. TVI -32.

EKG da: ritm nosinusli, notoʻgʻri; YuQS bir daqiqada 98 ta; R tishcha barcha tarmoqlarda aniqlanmaydi, barcha yurak sikllari orasida tartibsiz toʻlqinlar aniqlanadi. Orqa devor sohasida subendokardial ishemiya belgilari. COE – 15mm/s; PTI 126

7-masala

Bemor 40 yoshda, shikoyatlari: toʻsatdan yurak tez urib ketishi, terlash, bosh aylanishi.

Anamnezdan ota-onasida yurak kasalliklari mavjud. Ko'rik vaqtida bemor notinch, teri qoplamlari keskin oqargan, puls bir daqiqada 188 ta. A/B 90\60 mm.simob ustuni. EKG – ritm nosinusli, to'g'ri. YuQS bir daqiqada -188 ta. QRS shakli o'zgarmagan

8 masala

UAV ga 55 yoshli AG dan aziyat chekuvchi ayol murojaat qilib yurak sohasi siqib og'rishidan shikoyat qildi.

Bemorning so'zlariga qaraganda 5 yildan buyon AGdan aziyat chekadi, shu sababli enalapril qabul qiladi. Og'riq 10 kun oldin qattiq asabiylashganidan so'ng paydo bo'lgan. Og'riq vaqti-vaqti bilan, ayniqsa jismoniy zo'riqishdan so'ng paydo bo'lib turadi, chap yelkasiga tarqaladi, to'xtaganidan keyin 15 daqiqalar o'tgach o'tib ketadi. Chekadi, ba'zan spirtli ichimliklar ichib turadi.

Ob'ektiv ko'rikda: terida o'zgarishlar yo'q. Yurak tonlari bir maromda, aniq. A/B 155/95 mm.simob ustuni, tana harorati -36,5° S. Vazni 98 kg, bo'yi – 161 sm. Oftalmoskopiya: arteriyaning ikkala tomonida ham venalar konus shaklida torayib ketgan.

Nb- 122 g/l; Er-3,2x10/12 l; L- 6,3x10/9 l. ECHT - 5 mm/s. Siydikning umumiy tahlili: 100 ml, och sariq rangda, solishtirma og'irligi – 1015, oqsil – yo'q, leykotsitlar 2-4/1; Nahorda qondagi qand miqdori – 5,5 mmol/l; EKG – chap qorincha gipertrofiyasi belgilari. Qondagi umumiy xolisterin miqdori – 9,8 mmol/l.

9 masala

56 yoshli bemor bir yil ilgari chap qorincha oldingi devorining transmural miokard infarktini o'tkazgan. So'nggi ikki hafta davomida xansirash, oyoqlarda shish va chap qobirg'a ostida og'irlik xissi bezovta qilmoqda.

Ob'ektiv ko'rikda teri qoplamlari rangpar, lablari ko'kargan. Perkussiyada yurakni nisbiy to'mtoqlik chegarasi o'ngga va chapga kengayga. Yurak turtkisi aniqlanadi. Auskultatsiyada cho'qqida *sistolik* shovqin, o'pka arteriyasi ustida II ton aksenti. Yurak va tomir urishi soni bir daqiqada 100 ta ritmik. Jigar +4 sm, bir muncha og'riqli, boldirda shishlar. Bo'yi 165 sm, tana vazni 101 kg.

Qonning umumiy taxlilida: Nb- 120 g/l; Er-3,8x10/12 l; L- 6,5x10/9 l. ECHT - 7 mm/s. Siydikning umumiy taxlilida: 100 ml, somon rangida, solishtirma og'irligi – 1019, oqsil – yo'q, leykotsitlar 3-4/1; Nahorda qondagi shakar – 4,8 mmol/l; Umumiy xolesterin – 8,7 mmol/l. AIT – 0,26; AsT- 0,52. EKG- chap qorincha gipertrofiyasi belgilari.

10 masala

45 yoshli erkak UAV ga qon bosimining ko'tarilishi, bosh og'rig'i va tashnalik kabi shikoyatlar bilan murojat qildi.

Bemorning soʻzlariga koʻra, kam harakat hayot kechiradi. Kasallikni kelib chiqishini ruhiy zoʻriqishlar bilan bogʻlaydi. Bemor ambulator kartasida soʻnggi yilda AB uch marta 160/100 mm simob ustunigacha koʻtarilishi qayd etilgan. Qon bosimi soʻnggi oʻlchanganda 170/90 mm simob ustuniga teng. Otasi miokard infarktidan, onasi insultdan oʻlgan, akasida yuqori AG. Soʻrab-surishtirganda bemor soʻnggi vaqtda tashnalik, koʻp va tez-tez siydik ajralishi bezovta qilishini takidladi. Kunda 20-25 donagacha sigaret chakadi. Obʻektiv koʻrikda terisi oʻzgarishsiz, qon bosimi 170/100 mm simob ustuni. Yurak sohasini palpatsiya qilganda choʻqqi turtkisi chapga siljigan, kuchaygan va tarqalgan. Chap chegarasi chapga siljigan. Auskultatsiyada aorta ustida II-ton aksenti. Tana vazni indeksi 36-ga teng. Tomir urishi daqiqada 79 ritmik. Koʻz toʻr parda arteriyalarining torayishi. Siydikning umumiy taxlili 1015, oqsil yoʻq, leykotsitlar koʻruv maydonida 1-2/1. nahorda qondagi qand miqdori 9,5mmol/l, xolesterin 5,8.mmol/ l, EKG da chap qorincha gipertrofiyasi belgilari.

Testlar

1. Arterial gipertenziyani asorati:

- giperqlikemiya;
- +yurak etishmovchiligi
- giperlipidemiya;
- gipoglikiemiya;
- jigar etishmovchiligi;

2. Ikkilamchi arterial gipertenziyaga olib keluvchi kasalliklar:

- endemik bo‘qoq
- surunkali gepatit
- miokardiodistrofiya
- +surunkali pielonefrit
- o‘pka arteriyasi tug‘ma sklerozi

3. GK, AG II tashxisli bemorda dislipidimiya va chap qorincha gipertrofiyasi kuzatiladi. Bu qaysi xavf guruhiga kiradi?

- juda yukori xavf
- +o‘rta xavf
- yukori xavf
- past xavf
- juda past xavf

4. Semizlik ko‘rsatkichi:

- 18-20 kg/m²;
- 18 kg/m² dan kam;
- 20-25 kg/m²
- +30 kg/m² dan ortiq
- 25-29 kg/m²

5. Arterial gipertenziyada ko‘z tubida bo‘ladigan o‘zgarishlar:

- venalar torayishi
- +gemorragiyalar
- arteriya setchatkasini kengayishi
- ekzoftalm
- enoftalm

6. Alfa-adrenoblokator prazozinni asosiy nojo‘ya ta’siri:

- + reflektorli taxikardiya
- bradikardiya
- kaliy almashinuvi buzilishi
- dislipoproteidemiya
- ortostatik gipotenziya

7. Qaysi guruh preparatlari miokard infarktida yurak remodellanishiga ta'sir ko'rsatadi:

- +APF ingibitorlari
- kalsiy antagonistlari
- Diuretiklar
- Yurak glikozidlari
- Nitratlar

8. Miokard infarkti rivojlangandan keyin 3 kundan 28 kungacha paydo bo'lgan yangi nekroz o'chog'i:

- birlamchi infarkt
- takroriy infarkt
- +retsidiylanuvchi infarkt
- erta infarktdan keyingi stenokardiya
- rivojlanib boruvchi stenokardiya

9. Spontan stenokardiyaning patogenetik sababi nima?

- +koronar tomirlar spazmi
- koronaroskleroz
- koronarotromboz
- nospetsifik aortoarterit
- miokardiodistrofiya

10. Prinsmetal stenokardiyasi uchun qanday EKG o'zgarishlar xos?

- ST segment depressiyasi
- ST segmentning turg'un elevatsiyasi
- +ST segmentning o'tkinchi elevatsiyasi
- o'tkir uchli T tish
- patologik Q tish

11. Qaysi kasallik kechishiga stenokardiya xurujlarining davomiyligi va sonining oxirgi paytlarda oshishi xos:

- Zo'rikish stenokardiyasi
- Birinchi marta paydo bo'lgan stenokardiya
- +Rivojlanib boruvchi stenokardiya
- Prinsmetal stenokardiyasi
- Miokard infarkti

12. Erta infarktdan keyingi stenokardiyada infarkt rivojlangandan keyin kancha muddatda stenokardiya xurujlari kuzatiladi:

- 2 soatgacha
- 2 kungacha
- +2 haftagacha
- 2 oygacha
- 2 yilgacha

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Allen Karr. Legkiy sposob brosit kurit, Moskva, 2008, 208 str.
2. Oganov R.G., Pozdnyakov YU.M., Volkov V.S. Ishemicheskaya bolezn serdsa, Moskva, 2002, 301 str.
3. Oganov R.G., Kalinina A.M., Pozdnyakov YU.M. Profilakticheskaya kardiologiya, Moskva, 2007, 213 str.
4. Oganov R.G., Mamedov M.N. Natsionalnye klinicheskie rekomendatsii, Sbornik VNOK, 3-e izdanie, 2010, 592 str.
5. Nurillaeva N.M., Monografiya "Profilaktika faktorov riska IBS v pervichnom zvene zdravooxraneniya", Uzbekistana TTA, 2016, S.146
6. Nurillaeva N.M., Abdumalikova F.B. Uslubiy tavsiyanoma// Sposob ranney diagnostiki trevojno-depressivnyx sostoyaniy pri serdechno-sosudistyx zabolevaniyax// TMA, Toshkent., 2019, S.20
7. Nurillaeva N.M., Abdumalikova F.B., SHukurdjanova S.M. Uslubiy tavsiyanoma // Sposob otsenki i povыsheniya priverjennosti k terapii s primeneniem informatsionno-kommunikatsionnyx texnologiy// Tashkent, 2019. - 21 s.
8. Pogosova G.V. Sovremennye podhody k diagnostike i lecheniyu rasstroystv depressivnogo xaraktera v obshchimeditsinskoj praktike. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika, №1, 2007, s. 5-24
9. Pozdnyakov YU.M., Volkov V.S. Stenokardiya, Moskva, 2006, 328 str.
10. Pozdnyakov YU.M. Serdse i zdorovyy obraz jizni, Moskva, 2010, 80 str.
11. Rossiyskoe kardiologicheskoe obshchestvo (Stabilnaya ishemicheskaya bolezn serdsa. Klinicheskie rekomendatsii, 2020. Rossiyskiy kardiologicheskij jurnal. 2020;25(11):4076. <https://doi.org/10.15829/29/1560-4071-2020-4076>
12. http://my.americanheart.org/StatementsGuidelines/PreventionGuidelinesGuidelines_UCM_457698_SubHomePage.jsp)
13. <http://www.reynoldsriskscore.org>
14. http://my.americanheart.org/StatementsGuidelines/PreventionGuidelinesGuidelines_UCM_457698_SubHomePage.jsp

MUNDARIJA

	Betlar
Glossariy	3
Kirish	4
1 bo'lim. DUNYODA YURAK QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARINING TARQALISHI VA EPIDEMIOLOGIYASI. ILMIY KONSEPSIYA VA PROFILAKTIK STRATEGIYASI	7
2 bo'lim. YURAK ISHEMIK KASALLIKLARI HAQIDA TUSHUNCHA. ETIOPATOGENEZ ASOSLARI	16
3 bo'lim. STABIL ZO'RIQISH STENOKARDIYASINING KLINIKASI. XAVFLI OMILLAR VA ULARNI ANIQLASH USULLARI	30
4 bo'lim. YURAK ISHEMIK KASALLIKLARINING (STABIL ZO'RIQISH STENOKARDIYANI) XAVFLI OMILLARI	47
5 bo'lim. YURAK ISHEMIK KASALLIKLIGI: STABIL ZO'RIQISH STENOKARDIYASINING ZAMONAVIY DIAGNOSTIKASI VA DAVOSI USULLARI	88
6 bo'lim. YuIK: STABIL ZO'RIQISH STENOKARDIYASINI DAVOLASH UCHUN KLINIK TAVSIYALAR	97
7 bo'lim. YuIK: STABIL ZO'RIQISH STENOKARDIYANI PROFILAKTIKA ASOSLARI	103
SALOMATLIK MAKTABINING MASHGULOTLARI	110
Nazorat savollari	128
Vaziyatli masalalar	129
Testlar	133
Adabietlar	135
Mundarija	136

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Страницы
Глоссарий	3
Введение	4
1 глава. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МИРЕ. НАУЧНАЯ КОНЦЕПЦИЯ И СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ	6
2 глава. ПОНЯТИЕ О ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА. ОСНОВЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА	13
3 глава. КЛИНИКА СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ. ФАКТОРЫ РИСКА. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИБС	24
4 глава. ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ)	37
5 глава. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ	69
6 глава. ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ	76
7 глава. ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ	81
ЗАНЯТИЯ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ	87
Контрольные вопросы	101
Ситуационные задачи	102
Тесты	106
Литература	108
Содержание	109

CONTENT

	Page
Glossary	3
Introduction	4
Chapter 1. EPIDEMIOLOGY AND PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE WORLD. SCIENTIFIC CONCEPT AND PREVENTION STRATEGY	6
Chapter 2. CONCEPT OF Ischemic heart disease. FUNDAMENTALS OF ETIOPATHOGENESIS	13
Chapter 3. CLINIC OF STABLE ANGINA. RISK FACTORS. MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF IHD	24
Chapter 4. RISK FACTORS FOR CORONARY HEART DISEASE (STABLE ANGINA)	37
Chapter 5. MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ISCHEMIC HEART DISEASE: STABLE ANGINA	69
Chapter 6. TREATMENT OF CORONARY HEART DISEASE. CLINICAL RECOMMENDATIONS FOR STABLE ANGINA	76
Chapter 7. FUNDAMENTALS OF PREVENTION OF CORONARY HEART DISEASE: STABLE ANGINA	81
HEALTH SCHOOL LESSONS	87
Control questions	101
Situational tasks	102
Tests	106
Literature	108
Content	109

Mas'ul muharrir:

Faqirov A.Z.- Toshkent Tibbiyot Akademiyasi umumiy va bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsent, t.f.n, "Ekologiya va inson salomatligi" Xalqaro Ilmiy Akademiyasi muxbir a'zosi, O'zbekiston Respublikasi Yozuvchilar Uyushmasi a'zosi