



O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRINING
B U Y R U G ‘ I

20 21 yil “ 30 ” 09

№ 240

Toshkent sh.

**Асосий юкумли бўлмаган касалликлар бўйича мослаштирилган клиник
протоколларни бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари
амалиётига жорий этиш тўғрисида**

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 18 декабрдаги “Юкумли бўлмаган касалликларнинг профилактикаси, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолининг жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-4063-сонли, 2020 йил 10 ноябрдаги “Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисидаги ПҚ-4887-сонли қарорлари ижросини таъминлаш ҳамда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг артериал гипертония, қандли диабет, бронхиал астма ва ўпканинг сурункали обструктив касаллиги бўйича клиник протоколлар, стандартлар ҳамда тавсиялар талабларини бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари амалиётига тадбиқ қилиш чораларини белгилаш мақсадида **буюраман:**

1. Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари учун “Асосий юкумли бўлмаган касалликлар бўйича мослаштирилган клиник протоколлар” (Кейинчалик-Клиник протокол) 1-4-иловаларга мувофиқ тасдиқлансин.

2. Қорақалпоғистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазири, Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш бош бошқармаси ва вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармалари бошлиқлари:

2022 йил 1 январдан бошлаб 40 ва ундан катта ёшдаги аҳоли мазкур Клиник протокол асосида юкумли бўлмаган касалликлар хавф омилларини аниқлаш-скрининг текширувларидан ўтказилсин;

скрининг текширувларини самарали ташкил қилиш мақсадида ҳар бир бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларида шифокор олди кўрик хоналари ташкил қилиш, уларда антропометрик ўлчовлар ўтказиш (тарози, бўй ўлчагич, сантиметр лентаси), физикал текширувлар (тонометр фонендоскопи билан, ЭКГ, пульсоксиметр) ўтказиш ҳамда маълумотлар киритиш (компьютер техникаси) учун тегишли шароитлар яратсин;

скрининг натижалари беморнинг амбулатор картасида қайд қилинсин ва махсус электрон дастурга киритиб борилсин;

якуний натижалар бўйича йиллик ҳисоботлар 2022 йилдан бошлаб ҳар йили 25 декабрь кунига қадар Аҳолининг соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва жисмоний фаоллигини ошириш марказига тақдим қилиб борсин.

3. Тошкент тиббиёт академияси ва ҳамда унинг Урганч, Термиз филиаллари, Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Қорақалпоғистон Республикаси тиббиёт институти, Андижон давлат тиббиёт институти, Бухоро давлат тиббиёт институти, Самарқанд давлат тиббиёт институти, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази ҳамда Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш маркази ва унинг ҳудудий бўлинмалари, тиббиёт техникум ва коллежлари раҳбарларига:

клиник протоколларни тиббий ходимларни дипломгача, дипломдан кейинги тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва ихтисослаштириш жараёнларига киритиш;

ҳудудий соғлиқни сақлаш органлари билан биргаликда асосий юқумли бўлмаган касалликлар бўйича мослаштирилган клиник протоколларни амалиётда қўллаш бўйича тренерлар рўйхатини ва семинарлар жадвалини тузишда иштирок этиш;

юқумли бўлмаган касалликлар бўйича мослаштирилган клиник протоколларни амалиётда қўллаш бўйича маҳаллий тренерларни ўқитиш ва белгиланган тартибда сертификат бериш;

бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларининг тиббий ходимлари орасида семинар машғулотларни ташкил қилиш ва тизимли равишда амалий ёрдам бериш тизимини ташкиллаштириш вазифалари юклансин.

4. Фан ва таълим бошқармаси бошлиғи (А. Махмудов) валеология бўйича ўқув дастурларини қайта куриб чиқиш, асосли ўзгартиришлар киритиш ва республикадаги барча тиббиёт таълим муассасаридаги дипломдан кейинги таълим тизимида ягона ўқитиш дастури жорий қилиш бўйича таклиф тайёрласин.

5. Аҳолининг соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва жисмоний фаоллигини ошириш маркази директори (Б.Одилова):

клиник протоколларни бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари учун етарли миқдорда кўпайтириш;

клиник протоколларни амалиётда қўллаш ва бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари ходимларини ўқитилиши жараёнлари ҳамда клиник қўлланмаларнинг амалиётга жорий қилиниши ҳолатини мунтазам мониторинги ва назоратини амалга ошириш;

худудий соғлиқни сақлаш муассасаларига тизимли услубий ва амалий ёрдам кўрсатишни таъминласин.

10 кун муддатда 40 ва ундан катта ёшдаги аҳоли орасида юқумли бўлмаган касалликлар хавф омилларини тарқалганлик ҳолати бўйича ҳисобот шакллари қайта кўриб чиқиш ва мувофиқлаштириш бўйича таклифни вазирликка киритсин.

6. “IT-med” МЧЖ раҳбари (Б.Хасанов) Аҳолининг соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва жисмоний фаоллигини ошириш маркази директори (Б.Одилова) билан биргаликда 1 ой муддатда хатлов.уз дастурини мазкур клиник протоколлар билан интеграция қилинишини таъминласин.

7. Мазкур буйруқ қабул қилиниши муносабати билан Соғлиқни сақлаш вазирининг 2019 йил 10 майдаги “Юқумли бўлмаган касалликлар бўйича мослаштирилган клиник протоколларни бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари амалиётига жорий этиш тўғрисида”ги 126-сонли;

2017 йил 13 ноябрдаги “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимидан валеология тамойилларини киритиш ҳамда келгусида тиббий патронаж хизматини янада такомиллаштириш, аҳоли орасида тиббий маданият ва соғлом ҳаёт тарзини шакллантириш бўйича чора-тадбирлар хақида”ги 691-сонли буйруқлари ўз кучини йўқотган деб ҳисоблансин.

8. Мазкур буйруқ ижросининг назорати вазирнинг биринчи ўринбосари А.Иноятов, вазир ўринбосари А.Азизовлар зиммасига юклатилсин.

Вазир



А. Хаджибаев

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни
сақлаш вазирининг 2021 йил “30”
“09” даги
“240”-сонли буйруғига 1-илова

**АСОСИЙ ЮҚУМЛИ БЎЛМАГАН КАСАЛЛИКЛАР БЎЙИЧА
МОСЛАШТИРИЛГАН КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

(Бирламчи тиббиёт-санитария ёрдами тизими муассасалари учун)

Тошкент - 2021 йил

Клиник протоколнинг мослашувида иштирок этганлар:

Фозилов Х.Г.	– ЎзР ССВ бош кардиологи
Камилова У.К.	– ЎзР ССВ бош терапевти
Хайдарова Ф.А.	– ЎзР ССВ бош эндокринологи
Хамидуллаева Г.А.	– Кардиология РИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари
Ливерко И.В.	– ЎзР ССВ бош пульмонологи
Одилова Б.Т.	– ЎзР ССВ соғлом турмуш тарзи бўйича бош мутахассиси, СТТ қўллаб-қувватлаш ва аҳолининг ЖФ ошириш маркази директори
Салиходжаева Р.К.	– ЎзР ССВ ҳамширалик иши бўйича бош мутахассиси, ТХКМРМ ОМХ малакасини ошириш кафедраси мудир
Саиджанова Л.Ю.	– СТТ қўллаб-қувватлаш ва аҳолининг ЖФ ошириш маркази бўлим бошлиғи
Мавлянова Д.А.	– ТошПТИ, Амбулатор тиббиёт ва жисмоний тарбия кафедра ассистенти
Садирова М.А.	– ТХКМРМ, Оилавий тиббиёт кафедраси катта ўқитувчиси
Елена Цой	– ЖССТ миллий ходими

Мундарижа

Кириш	4
Мослаштирилган 1-КП. Миокард инфаркти, инсульт ва буйрак касалликларини олдини олиш мақсадида хавф омиллар таснифлаш, АГ ва ҚД ни интеграллашган ҳолда олиб бориш	5-29
Биринчи ташриф. 1- 3 ҳаракатлар	5
Тана вазни индексини ҳисоблаш варақаси. 1.2-илова	9
Иккинчи ташриф. Ҳаракатларни қайтариш	15
АГ даволаш алгоритми. 1.3-илова	16
ҚД даволаш алгоритми. 1.4-илова	26
АГ ва ҚД касалликларига эга беморларни олиб бориш шахсий режаси шакли. 1.6-илова	28-29
Мослаштирилган 2-КП. Юқумли бўлмаган касалликларни (ЮБК) олдини олиш ва соғлом турмуш тарзини шакллантириш (барча аҳоли учун)	30-32
Соғлом турмуш тарзини шакллантириш: овқатланиш, жисмоний фаоллик, зарарли одатлар	
Соғлом турмуш тарзини шакллантириш: Тамаки истеъмолидан воз кечиш бўйича маслаҳатлар.	30
ЮҚТК, ҚД ва СРК беморларни ўз ўзини назорат қилиши / ўз ўзига ёрдам бериши	31
Паллиатив ёрдамнинг ҲАРАКАТий жиҳатлари	32
Мослаштирилган 3-КП. Бронхиал астма касаллигини олиб бориш	35-39
Мослаштирилган 4-КП. ЎСОК ҳолатларини олиб бориш	40-47
СРК (БА ва ЎСОК) касалликларига эга беморларни олиб бориш шахсий режа шакли. 3.1.-илова	43
12 ёшдан катта болалар ва ёши катталар учун бронхиал астма касаллигини назорат қилиш бўйича баҳолаш тести. 3.2.- илова	45
4 ёшдан 11 ёшгача бўлган болалар учун бронхиал астма касаллигини назорат қилиш бўйича баҳолаш тести. 3.3.- илова.	46
4.1. – илова. ЎСОК назорат қилиш бўйича баҳолаш тести	47
Қисқартмалар.	48
Фойдаланилган ва тавсия этилган адабиётлар рўйхати. Электрон ҳаволалар	49

Кириш

Юрак-қон томир касалликлари, онкологик касалликлар, қандли диабет, ўпканинг сурункали респиратор касалликлари ва бошқа юқумли бўлмаган касалликлар бутун дунё бўйича касалланиш ва эрта ўлим ҳолатларининг асосий сабабчиси ҳисобланади. Шунингдек, улар олдини олиш мумкин бўлган касалланиш ва у билан боғлиқ бўлган ногиронликнинг етакчи сабабчилари жумласига кирадилар.

Ушбу касалликлар гуруҳини умумий хавф омиллари, ижтимоий-иқтисодий аниқловчилар бирлаштиради, уларни олдини олиш ва курашишда бир хил усулдаги чора-тадбирлар қўлланилади.

Юқумли бўлмаган касалликлардан ўлим ва касалланиш XXI асрда ривожланишнинг асосий тўсиқлари қаторига киради. Ҳар йили юқумли бўлмаган касалликлар оқибатида 36 млн. нафардан ортиқ киши нобуд бўлади, улардан 15 млн. киши жуда ёш – 30 ва 70 ёш оралиғида вафот этади. ЖССТ маълумотларига кўра, дунёда ҳар йили 57 млн. яқин киши вафот этади, улардан 41 млн.га яқини (71%) ўлим юқумли бўлмаган касалликлар билан боғлиқ. Тахминан млн. киши жуда ёш – 30 ва 70 ёшларида вафот этади.

Юқумли бўлмаган касалликларнинг глобал юки номақбул юқориликча қолмоқда. ЖССТнинг тахминларига кўра, агар самарали чора-тадбирлар кўрилмаса, дунё бўйича юқумли бўлмаган касалликлардан ўлим кўрсаткичи доимий ўсиб боради ва 2030 йилда 75%дан юқори кўрсаткични ташкил қилади.

Ушбу ўлимлар сабаблари бўлган асосий юқумли бўлмаган касалликлар юрак-қон томир касалликлари (17,9 млн. ўлим, яъни 44% юқумли бўлмаган касалликлардан ва дунёдаги барча ўлимларнинг 31%), онкологик (9 млн. ўлим, яъни 22% юқумли бўлмаган касалликлардан ва дунёдаги барча ўлимларнинг 16%), сурункали нафас олиш касалликлари (3,8 млн. ўлим, яъни 9% юқумли бўлмаган касалликлардан ва дунёдаги барча ўлимларнинг 7%) ва диабетни (1,6 млн. ўлим, яъни 4% юқумли бўлмаган касалликлардан ва дунёдаги барча ўлимларнинг 3%) касалликларини ўз ичига олади.

Ўзбекистонда охириги маълумотларга кўра, юқумли бўлмаган касалликлар барча ўлимларнинг 74 % ини ташкил этади, бунда 53% юрак-қон томир касалликларидан ўлим кўрсаткичига тўғри келмоқда.

Сурункали касалликларнинг ижтимоий-иқтисодий оқибатлари бемор ҳаётининг сифати, унинг оиласи ҳамда иқтисодиёт, соғлиқни сақлаш тизими ва умуман жамиятга таъсир кўрсатади. Сурункали касалликлар ривожланиши ҳолатларининг 60% турмуш тарзини нотўғри олиб борилиши яъни тамаки чекиш, алкогольни суистеъмол қилиш, мева ва сабзавотларни етарлича истеъмол қилмаслик, ош тузини меъёридан ортиқ истеъмол қилиш ва кам ҳаракатланиш каби етакчи хавф омиллари билан боғлиқ. Ушбу хавф омиллари аҳоли орасида юрак-қон томир, нафас аъзолари, онкологик касалликлари ривожланишининг сабабчилари бўлган ортиқча вазн ва семизлик, юқори қон босими, қонда қанд ва холестериннинг юқори даражаси каби ҳолатларнинг ривожланишига олиб келади.

Ўзбекистонда ўтказилган тадқиқотлар натижаларига кўра юқумли бўлмаган касалликларнинг хавф омилларини учраши мунтазам ўсиб бораётганлигини кўрсатди. Агар ҳеч қандай чора-тадбирлар кўрилмаса, юқорида кўрсатиб ўтилган хавф омиллари ўсиши натижасида 2020-2030 йилларга келиб, 40-60 ёшли аҳоли орасида барвақт ўлимнинг юқори даражаси кузатилади.

Юқумли бўлмаган касалликлар нафақат аҳоли орасида барвақт ўлимнинг юқори даражасини аниқлайди, балки меҳнат лаёқатини эрта йўқотилиши ва ногиронликнинг асосий сабабчилари бўлиб ҳисобланади.

Юқумли бўлмаган касалликлар билан боғлиқ бўлган вазиятнинг жиддийлигини ҳисобга олган ҳолда, хавф омиллари ва юқумли бўлмаган касалликларнинг олдини олиш ва назорат қилиш бўйича ўз вақтида, далилларга асосланган тиббиёт асосида ва маҳаллий устуворликлар, ҲАРАКАТга ошириш шароитларига мос равишда мунтазам ва узлуксиз чора-тадбирларни ҲАРАКАТга ошириш муҳимдир.

Мазкур ЖССТнинг мослаштирилган клиник протоколи асосий хавф омиллари ва юқумли бўлмаган касалликларга чалинган беморларни ташхислаш, даволаш, олдини олиш ва паллиатив ёрдам беришда кенг қамровли интеграллашган ҳолда ёндашув доирасида тавсияларни ўз ичига олади.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЎЙИЧА МОСЛАШТИРИЛГАН КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Миокард инфаркти, инсульт ва буйрак касалликларининг олдини олиш учун хавф омилларини таснифлаш, артериал гипертензия ва қандли диабетни интеграллашган ҳолда олиб бориш

Ушбу протоколдан қандай ҳолларда фойдаланиш мумкин?

- Протокол хавф омилларини: артериал гипертензия, ҚД ва тамаки истеъмоли кабиларни ҳисобга олган ҳолда юрак-қон томир касалликлар хавфини баҳолаш ва назорат қилиш учун мўлжалланган.
- Қуйидаги тоифадаги беморларни аниқлаш ва уларни олиб бориш учун фойдаланиш мумкин:
 - 40 ёшдан катталар
 - Чекувчилар
 - бел айланаси (аёлларда 80 см дан ортиқ ва эркакларда 94 см дан ортиқ)
 - аниқланган артериал гипертензия
 - аниқланган қандли диабет
 - Яқин қариндошлари анамнезида барвақт аниқланган турли ЮҚТ касалликлари;
 - Яқин қариндошлари анамнезида ҚД ва буйрак касалликлари.

БИРИНЧИ ТАШРИФ

1-ҲАРАКАТ. Сўров: Қуйидаги саволларни беринг:

- Сизда: юрак касалликлари, инсульт, транзитор ишемик ҳужум, ҚД, буйрак касалликлари аниқланганми?
- Сизни юракдаги оғриқ (стенокардия), жисмоний зўриқиш ва ётган ҳолатда нафас етишмаслиги, қўл-оёқларнинг увушиб қолиши ёки заифлиги, озиб кетиш, кучли чанқоқ, пешобнинг кўп ажралиши (полиурия), юзнинг салқиниши, оёқ кафтининг шишиши, сийдикда қон (гематурия) ва бошқалар безовта қиладими?
- Қандай дориларни қабул қиласиз? Комбинациялашган орал контрацептивлар, эстрогенлар, кортикостероидлар, шамоллашга қарши ностероид воситалар, тумовга қарши воситалар, оғриқ қолдирувчи воситалар (анальгетиклар) каби артериал босимни оширувчи ва пасайтирувчи (гипотензив) давога тўсқинлик қилувчи дори воситаларига алоҳида урғу бериш лозим.
- Чекасиизми? (ҳа/йўқ) (агар охириги 12 ой мобайнида чеккан бўлсангиз “ҳа” жавобини беринг)
- Алкоголь истеъмом қиласизми? (ҳа/йўқ) (агар “ҳа” жавоби берилса, у ҳолда қанчалик тез-тез истеъмом қилинганлиги ва миқдорини кўрсатинг).
- Касб тури: жисмоний фаол бўлмаган ёки фаол
- Ҳафтада камида 5 кун давомида жисмоний фаолликка 30 дақиқадан кўп вақт ажратасизми? (Ҳа/йўқ)
- Яқин қариндошлар анамнезида юрак, буйрак касалликлари, инсульт, ҚД билан касалланиш ва барвақт ўлим (эркакларда 55 ёшгача ва аёлларда 65 ёшгача) ҳолатлари бўлганми?

2-ҲАРАКАТ. Нишон органларининг ҳолатини баҳолаш ва шикастланиш белгиларини аниқлаш: клиник текширув, мақсадли лаборатория ва инструментал текширувлар

▪ Бел айланасини ўлчаш, ВБИ; ▪ Артериал босимни ўлчаш; ▪ Тўпикдаги шишларни аниқлаш; ▪ Бўртиш ва силжишни аниқлаш мақсадида юрак чўққисининг турткисини пайпаслаш; ▪ Юрак аускультацияси (мароми ва шовқинлар); ▪ Ўпка аускультацияси (икки томонл.ҲАРАКАТ базал крепитация); ▪ Қорин бўшлиғини бармоқлар билан пайпаслаш (жигарнинг оғриққа сезгирлиги); ▪ Билак артериясида томир уриши ва нафас олиш тезлигини баҳолаш;	▪ ҚД аниқланган беморларда оёқ юзасини текшириш (сезгирлиги, томир уриши ва яраларнинг мавжудлиги); ▪ умумий холестерин миқдорини аниқлаш; ▪ оч қоринга плазмада глюкоза миқдорини аниқлаш (диабет = оч қоринга плазмада глюкоза ≥ 7 ммол/л (126 мг/дл)) ёки овқатдан кейин плазмада глюкоза ($\geq 11,1$ ммол/л (200 мг/дл)); ▪ АБ аниқланган барча миждозларда 12 узаткич бўйича ЭКГ олинг. АБ ва/ёки ҚД аниқланган барча беморларда ретинопатияни аниқлаш мақсадида кўз тубини текшириш (офтальмоскопия).
---	--

АГ ташхиси турли кунларда икки марта ташриф буюриб, АБ икки марта ўлчаш натижасида, САБ ≥ 140 мм сим.уст. ва / ёки ДАБ ≥ 90 мм сим.уст. билан белгиланади.

3-ҲАРАКАТ. Юрак-қон томир касалликлари хавфи ва нишон аъзоларнинг шикастланганлигини баҳолаш (касалхонага даволанишга юборилмаган миждозларда). - 1.1; 1.2 ЮТХ; ТВИ – 1.3 илова/варақларга қаранг.

- ЖССТнинг хавфни баҳолаш варақасидан фойдаланинг (1.1 и 1.2-иловалари)

Лаборатория маълумотларисиз Карта (1.2-илова)	Лаборатория маълумотларига эга бўлган Карта (УХ, глюкоза) (1.1-иловага қаранг)
--	---

Мамлакатингиз ҳудуди билан харитани танланг ва қуйидаги маълумотларни тўпланг: ёш, жинс, чекиш ҳолати, САБ, шунингдек:

ТВИ (1.3 -илова)	ҚД, УХ бор ёки йуқ
------------------	--------------------

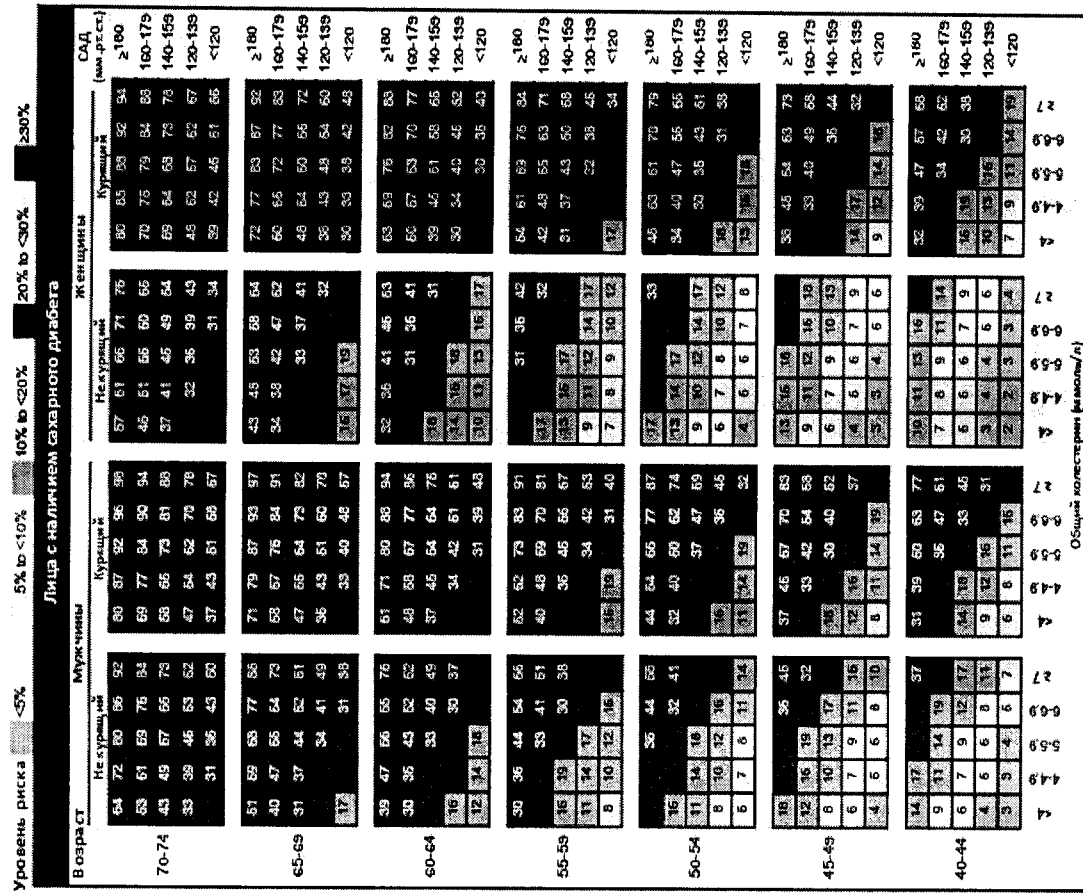
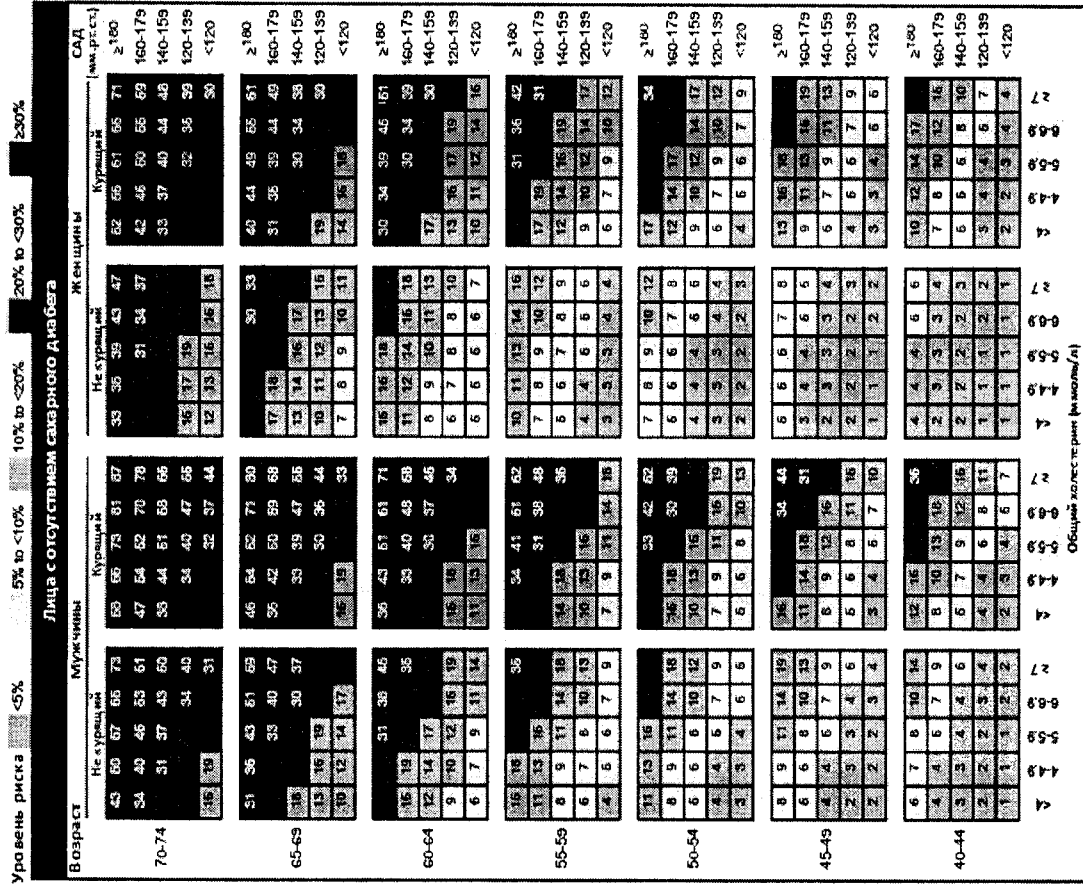
- 1-қадам: Жадвалда ҚД билан ёки ҚДсиз бўлимни танланг
- 2- қадам: Тегишли жинс кўрсатилган бўлимини танланг
- 3- қадам: Ҳолатни танланг: чекадиганлар ёки чекмайдиганлар
- 4- қадам: Ёш бўйича тегишли блокни танланг
- 5- қадам: Танланган соҳада қийматлар кесишган катакни топинг:

*САБ ва ТВИ даражаси	**САБ ва умумий холестерин (УХ) даражаси		
6-қадам: Катак ичидаги ранг ўлим хавфи бор ва йўқ бўлган юрак қон томир касалликларининг 10 йиллик хавфини кўрсатади. Катакдаги қиймат шу хавфнинг фоизидир.		Яшил	< 5%
		Сариқ	5% < 10%
		Тўқ сариқ	10% < 20%
		Қизил	20% < 30%
		Тўқ қизил	$\geq 30\%$

7- қадам: Беморнинг руйхат/амбулатор картасига ЮТХ (%) даражасини қайд этинг.

8- қадам: Маслаҳат беринг, даволанг, ёки маслаҳатга ёки касалхонага юборинг.

1.1 илова
ЖССТни Марказий Осиё мамлакатлари Арманистон, Озарбайжон, Грузия, Қозоғистон, Қирғизистон, Монғолия,
Тожикистон, Туркменистон, Ўзбекистон учун лаборатория маълумотлари асосида юрак-қон томир хавфларини баҳолаш
варақаси



Манба: WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions. WHO, 2020.

ЖССТни Марказий Осиё мамлакатлари Арманистон, Озарбайжон, Грузия, Қозоғистон, Қирғизистон, Монғолия,
Тожикистон, Туркменистон, Ўзбекистон учун лаборатория маълумотларисиз юрак-қон томир хавфларини баҳолаш

Уровень риска

<5%

6% до <10%

10% до <20%

20% до <30%

>30%

Оценка ССР без лабораторных данных

Возраст

Мужчины

Женщины

САД
(мм.рт.ст.)

Не курящий

Курящий

Не курящий

Курящий

47	51	55	62	67
37	41	45	50	55
31	35	39	43	48
16	18			

64	69	74	79	84
52	57	62	67	73
41	45	50	55	60
32	35	39	44	48
16	18			

33	40	43	46	48
30	32	34	36	38
15	19			
14	16	16	17	18

61	64	68	71	74
50	53	56	59	62
40	42	45	48	51
31	33	35	38	40
17	19			

53	57	62	67	72
40	45	51	56	61
30	34	39	44	49
15	18			

61	66	71	77	
40	45	51	57	64
30	34	39	45	51
15	18			

30	32	35		
16	17	18		
11	12	13	14	15
8	9	10	10	11

60	63	67	69	64
55	42	45	48	52
30	32	34	37	40
17	19			

16	19			
12	14	16	19	
8	10	11	13	16
6	7	8	10	11

40	47	54	62	70
30	35	41	48	55
20	24	30	36	42
16	18	19	16	16
11	13	15	15	16

10	19			
13	14	16	17	18
10	10	11	12	13
7	8	8	9	9
6	6	6	6	7

59	43	45	50	54
32	35	38	42	46
16	17	19	23	26
11	12	14	16	16

11	13	16		
8	9	11	13	17
6	6	7	9	11
4	4	5	6	7
2	3	4	6	7

31	37	44	53	62
16	19	23	29	34
11	13	16	19	26
7	9	11	13	16

13	14	16	18	17
9	10	10	11	12
6	7	7	8	9
6	6	6	6	6
3	3	4	4	4

31	34	37	41	45
10	12	14	16	17
8	9	9	11	12

11	13	16		
8	9	11	13	17
6	6	7	9	11
4	4	5	6	7
2	3	4	6	7

36	44	54		
16	19	23	29	34
11	13	16	19	26
7	9	11	13	16
6	6	7	9	12

9	10	10	10	12
6	7	7	8	8
4	6	6	6	6
3	3	3	4	4
2	2	2	2	3

30	33	37		
17	19	24	26	18
8	9	10	11	12
6	6	7	7	8

8	9	12	14	18
6	6	6	9	12
4	4	5	6	8
2	2	3	4	6
2	2	2	3	3

18	16	19		
12	13	16	16	
8	10	13	16	
6	6	6	11	14
3	4	6	7	9

7	7	7	8	9
4	6	6	6	6
3	3	3	4	4
2	2	2	2	3
1	1	1	1	2

13	14	16	18	
8	9	11	12	14
6	6	7	8	9
4	4	6	6	6

6	7	8	11	14
4	4	6	7	9
2	3	3	4	6
2	2	2	3	3
1	1	1	2	2

14	17			
9	11	16		
6	7	9	12	17
4	6	6	8	11
2	3	4	6	7

6	6	6	6	6
3	3	4	4	4
2	2	2	2	3
1	1	1	1	2
1	1	1	1	1

16	18	20	24	16
10	11	12	14	16
6	7	8	9	10
4	4	6	6	6
3	3	3	4	4

10	12	14	16	18
8	9	11	13	17
6	6	7	9	11
4	4	5	6	7
2	3	4	6	7

10	12	14	16	18
8	9	11	13	17
6	6	7	9	11
4	4	5	6	7
2	3	4	6	7

10	12	14	16	18
8	9	11	13	17
6	6	7	9	11
4	4	5	6	7
2	3	4	6	7

10	12	14	16	18
8	9	11	13	17
6	6	7	9	11
4	4	5	6	7
2	3	4	6	7

Индекс массы тела (ИМТ) кг/м²

варақаси

Манба: WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions. WHO, 2020.

Тана вазни индексини (ТВИ) ҳисоблаш

Вес (кг)

Рост (см)	30	32,5	35	37,5	40	42,5	45	47,5	50	52,5	55	57,5	60	62,5	65	67,5	70	72,5	75	77,5	80	82,5	85	87,5	90	92,5	95	97,5	100	102,5	105	107,5	110	112,5	115	117,5	120	122,5	125	127,5	130								
140	15	17	18	19	20	22	23	24	26	27	28	29	31	32	33	34	36	37	38	40	41	42	43	45	46	47	48	50	51	52	54	55	56	57	59	60	61	63	64	65	66								
142	15	16	17	19	20	21	22	24	25	26	27	28	30	31	32	33	35	36	37	38	40	41	42	43	45	46	47	48	50	51	52	53	55	56	57	58	60	61	62	63	64								
144	14	16	17	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	29	30	31	33	34	35	36	37	39	40	41	42	43	45	46	47	48	49	51	52	53	54	55	57	58	60	61	63								
146	14	15	16	18	19	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30	32	33	34	35	36	38	39	40	41	42	43	45	46	47	48	49	50	52	53	54	55	56	57	59	60	61								
148	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	29	30	31	32	33	34	35	37	38	39	40	41	42	43	45	46	47	48	49	50	51	53	54	55	56	57	58								
150	13	14	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56							
152	13	14	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55							
154	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55							
156	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53							
158	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53							
160	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53							
162	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53						
164	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53						
166	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53						
168	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53						
170	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53					
172	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53					
174	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53					
176	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53				
178	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53				
180	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53				
182	9	10	11	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53			
184	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53			
186	9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53			
188	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53			
190	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53			
192	8	9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53		
194	8	9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53		
196	8	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53		
198	8	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53		
200	8	8	9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	
202	7	8	9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	
204	7	8	8	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53

Низкий вес (<18,5)

Нормальный вес (18,5-24,9)

Избыточный вес (25-29,9)

Изох ранг: оч яшил-вазнинг етишмаслиги (<18,5); яшил-меъёрадаги вазн (18,5-24,9); сариқ-ортикча вазн (25-29,9); пушти-семизлик (30-39,9); қизил-ўта семизлик (≥ 40)

Чрезмерное ожирение (≥ 40)

Ожирение (30-39,9)

4-ҲАРАКАТ. Барча ташрифлар пайтида мутахассислар маслаҳати ва даволашига ёки касалхонага ётқизиш учун йўлланма бериш мезонлари

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ САБ$\geq$200 ва/ёки ДАБ$\geq$120 мм сим.уст. (зудлик билан касалхонага йўллаш) ▪ 40 ёшдан ёш бўлган шахсларда САБ$\geq$140 ва/ёки ДАБ$\geq$ 90 мм симоб уст. (иккиламчи гипертензияни истисно қилиш) ▪ Қуйидаги ҳамроҳ касалликлар аниқланган: юрак-қон томир касалликлари (миокард инфаркти, стенокардия, юрак етишмовчилиги), цереброваскуляр касалликлар (ишемик ва геморрагик инсульт, транзитор ишемик ҳужум), буйрак касалликлари (диабет нефропатияси, буйрак етишмовчилиги), периферик томирлар касалликлари (аортанинг қатламланувчи аневризмаси, периферик артерияларнинг шикастланиши), гипертоник ретинопатия. Шу билан бирга, агар олдин ҳисобга олинмаган бўлса, юрак-қон томир касалликлари хавфини баҳолашда ҳамроҳ касалликларни ҳам ҳисобга олинг. ▪ Кўкракда илк бор пайдо бўлган оғриқ ёки стенокардия, оғирлик даражасининг ўзгариши, ностабил стенокардия ва транзитор ишемик ҳужум ёки инсультнинг симптомлари | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Нишон-аъзоларнинг шикастланиши (масалан, стенокардия, ўқтин-ўқтин тутадиган оқсоқлик, юрак чўққисининг бўртиб чиқиши, юрак етишмовчилиги, гипертоник ва диабет ретинопатияси) ▪ Юракда шовқин пайдо бўлиши ▪ 2 ёки 3 дори воситалари ёрдамида ўтказилган даволашга қарамай турғун гипертониянинг АБ $\geq$ 140 / 90 (ҚД ҳолатларида 130/80 мм симоб устунидан юқори) сақланиб қолиши ▪ Протеинурия ▪ Ёши 30 дан кичик бўлган шахсларда тана вазнининг камайиши билан илк бор диагноз қўйилган ҚД ▪ Умумий холестерин $> 8,0$ ммоль/л (320 мг/дл) ▪ Сульфонилмочевина билан ёки усиз метформиннинг максимал дозасига қарамасдан, назорат қилинмайдиган ҚД (оч қоринга плазмада глюкоза 7 ммоль/л дан юқори ёки тенг, овқатдан сўнг ≥ 9 ммоль/л) ▪ Оғир инфекция ёки оёқ юзидаги яралар билан бирга кечувчи ҚД ▪ Кўриш қобилиятининг ёмонлашиши билан бирга кечувчи ҚД (ёки охириг икки йил давомида кўриш қобилиятининг текширилмаганлиги) ▪ Юрак-қон томир касалликларининг юқори даражадаги хавфи ▪ Ҳомиладорлик ва пешобда оксил ва глюкозанинг мавжудлиги (диагноз қўйилмаган ёки назорат қилинмайдиган диабетда) |
|--|---|

Агар маслаҳат олиш, касалхонага йўлланма бериш мезонлари бўлмаса, у ҳолда 5-ҲАРАКАТга ўтинг.

5-ҲАРАКАТ. Қуйида келтирилган схема ва алгоритм бўйича беморларга маслаҳат бериш, кузатув режаси ва даволаш (иловага қаранг)

ХАВФ <10%



- Парҳез, жисмоний фаоллик, чекишни тўхтатиш ва алкогольни суистеъмол қилмаслик масалалари бўйича маслаҳатлар
- Агар хавф даражаси <5% дан кам бўлса, кейинги кузатиш 12 ойдан кейин.
- Агар хавф даражаси 5% дан <10% гача бўлса, қон босими меъёрий кўрсаткичларга эришилмагунча ҳар 3 ойда, сўнгра ҳар 6-9 ойда
- Сийдикда оқсил, қонда глюкоза миқдорини аниқлаш, кўз тубини текшириш, ЭКГ – режага ва кўрсатмага кўра 2 йилда 1 марта

ХАВФ 10% < 20%



- Парҳез, жисмоний фаоллик, чекиш ва алкогольни суистеъмол қилишни тўхтатиш масалаларида маслаҳатлар
- Агар хавф даражаси 10%дан 20%гача бўлса ва АБ турғун равишда $\geq 140/90$, дори-дармонли давони қўллашни назарда тутиш лозим (АГ ва ҚД даволаш алгоритмига қаранг). Кузатув ҳар 3-6 ойда, АБни ўлчаш/назорат меъёрий кўрсаткичларга эришилмагунча ҳар 3 ойда.
- Сийдикда оқсил, қонда глюкоза миқдори, кўз тубини текшириш, ЭКГ – 1 йилда 1 марта режа ва кўрсатмага кўра
- Холестерин миқдорини аниқлаш – 1 йилда 1 марта
- Кардиолог, терапевт маслаҳати – 1 йилда 1 марта режа ва кўрсатмага кўра

ХАВФ $\geq 20\%$



- Парҳез, жисмоний фаоллик, чекишни тўхтатиш ва алкогольни суистеъмол қилмаслик масалаларида маслаҳатлар
- АБ турғун равишда $\geq 130/80$, дори-дармонли давони қўллашни назарда тутиш лозим (АГ ва ҚД даволаш алгоритмига қаранг)
- Статинларни буюринг, УХ ва липид спектри аниқлангандан сўнг.
- Ҳар 3 ойда кузатиб бориш. Агар 6 ой мобайнида юрак-қон томир касалликлари хавфи камаймаса, касалхонада даволаниш учун йўлланма бериш
- Кузатув: АБ ўлчаш/назорати ҳар 3 ойда
- Сийдикда оқсил – ҳар 6 ойда; қондаги глюкоза, УХ, кўз тубини текшириш, ЭКГ – 1 йилда 1 марта режа ва кўрсатмага кўра
- Кардиолог, эндокринолог, невропатолог маслаҳатлари, – 1 йилда 1 марта кўрсатма бўйича
- КТМПда липид спектр, креатинин рСКФ ҳисоби билан ва сийдик кислотасига текшириш – 1 йилда 1 марта режа ва кўрсатмага кўра

Дори-дармонли даво тайинланишини кўриб чиқиш:

- Артериал гипертония ташхисли беморларга САБ ≥ 140 ва/ёки ДАБ ≥ 90 мм сим. уст.
- ЮҚТ Хавфи бор беморлар $>20\%$ САБ ≥ 130 и ДАБ ≥ 80 мм рт.ст.
- САБ ≥ 160 ёки ДАБ ≥ 100 мм сим.уст тўғридан тўғри даво чораларини қўллаш.
- Қандли диабет ва юрак-қон томир касалликлари (миокард инфаркти, стенокардия, юрак етишмовчилиги), цереброваскуляр касалликлар (ишемик ва геморрагик инсульт, транзитор ишемик ҳужум), буйрак касалликлари (диабетик нефропатия, буйрак етишмовчилиги), периферик томирларнинг касалликлари (аортанинг қатламланувчи аневризмаси, периферик артерияларнинг шикастланиши), гипертоник ретинопатия аниқланган барча беморларга.
- АБ турғун равишда 160/100 мм симоб устунига тенг ва катта бўлган беморларга
- Агар беморнинг аҳволи барқарор бўлса, буюрилган даволашни давом эттириш ва хавф 20%дан ортиқ бўлган ҳолатдаги каби чора-тадбирларни амалга ошириш
- Альбуминурия, ретинопатия, чап қоринчанинг гипертрофиясига эга бўлган беморларга
- Умумий холестерин миқдори 8 ммоль/л (320 мг/дл) ёки ундан катта бўлган беморларга статинларни буюриш:
- Турмуш тарзини ўзгартириш бўйича маслаҳатлар (КП № 2)

Антигипертензив препаратлар (АГ ва ҚД +ЮҚТК даво алгоритмига қаранг)

- Агар ушбу препаратларга қарши кўрсатмалар ёки уларни кўтара олмаслик ҳолатлари мавжуд бўлса, у ҳолда антигипертензив дориларнинг тўрт гуруҳ ҳар қандай буюриш мумкин: ангиотензинга айланувчи фермент ингибитори (ИАПФ), ангиотензина II рецептор блокатори (БРА), кальций канал блокатори (БKK) ва тиазид ёки тиазидсимон диуретиклар.
- Гипертензияни самарали даволаш одатда мутахассис терапевт ва / ёки кардиолог билан келишилган турли хил дори гуруҳларини бирлаштиришни талаб қилади
- Ҳомиладор аёллар ва контрацептив дорилар қабул қилмайдиган туғиш ёшидаги аёллар буюрилмаслиги керак: ингибиторы АПФ, БРА ёки тиазид/тиазидсимон диуретиклар; уларни ўрнига БKK тавсия этилади.
- Агар препаратнинг дозасини ошириб, гипертензияни назорат қилишнинг иложи бўлмаса, махсус даволанишга мурожаат қилиш керак.
- Бета-блокаторлар аввалги уч йил ичида юрак етишмовчилиги ёки юрак хуружи билан касалланган беморлар учун қон босими даражасидан қатъий назар гипертензия учун 1-қатор сифатида тавсия этилади. Яъни, антигипертензив препаратларнинг дастлабки дозасига БАБ қўшиш керак(БKK билан ёки уларсиз).
- БАБ биринчи-қатор антигипертензив даволаш сифатида БАБ буюриш тавсия этилади, ёш туғиш ёшидаги аёлларга, ҳомиладорлик режалаштириш, туғруқ даврида ва ИАПФ ва БKK муқобил сифатида тавсия этилади.

- Метформин диабет даволаш учун биринчи йўналиш дори сифатида тавсия этилади
- Метформин ҚД 2 да плазма глюкоза фонида 7 ммол/л дан ортиқ бўлса ва қарши кўрсатмалар бўлмаганда буюринг.
- Метформинни оч қоринга наҳорга қон плазмаси глюкоза даражаси ≤ 7.0 ммол/л (126 мг/дл)га етадиган дозада буюринг
- Сулфанилуралар 2-қаторли дори сифатида, инсон инсулинни еса 3 - қаторли дори сифатида тавсия этилади.
- Метформиннинг максимал дозаси глюкоза миқдорини меъёрий даражагача туширмаса, у ҳолда эндокринолог билан биргаликда ўртача дозаларда сульфанилмочевинанинг 3-авлод препаратларини қўшиш. Метформинга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганида сульфанилмочевинанинг 3-авлод препаратларини буюриш
- Метформин максимал доза мақсадга глюкоза даражасини камайтириш бўлмаса беморларга ўрта дозаларда Эндокринолог билан бирга учинчи авлод сулфанилмочевина (глимепирид ёки гликлазид) қўшинг. 3-авлод сулфанилмочевина препаратларини метформинга қарши кўрсатмалар билан белгиланг.
- Метформин, сулфанилмочевина ва insulin билан даволаш мумкин бўлмаганда, эндокринолог билан биргаликда тиазолидинедионлар, ДПП-4 ингибиторлари, СГЛТ2 ингибиторлари ва ГЛП-1 рецепторлари агонистлари, шу жумладан, иккинчи ва учинчи йўналиш терапиясини кўриб чиқиш керак
- Оёқ юзи, тирноқлар гигиенасига риоя қилиш, қадоқларни даволаш, тегишли пойфазал кийиш масалаларида маслаҳат бериш; текширишнинг объектив усулларида фойдаланган ҳолда, оёқ юзида яралар пайдо бўлиш ҳавфини баҳолаш.
- Қандли диабетга чалинган беморларга ААФ ингибиторлари ва/ёки тиазидли диуретикларнинг паст дозаларини артериал гипертонияни даволашда биринчи навбатдаги даволаш (биринчи танлов давоси) сифатида тавсия қилиш. Бета-блокаторлар биринчи танлов препаратлари сифатида тавсия қилинмайди. ААФ ингибиторларига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганида, ангиотензин II рецепторларининг антагонистлари, кальций каналларининг блокаторлари тавсия қилиш.
- Кейинги кузатув ҳар 3 ойда.

Гликемик назорат

- Қандли диабет касаллиги аниқланган беморларга қандли диабет назоратга олингунга қадар ҳар уч ойда глисемик назорат ўтказилади ва шундан сўнг ҳар олти ойда.
- HbA1c узоқ муддатда гликемик назоратнинг энг аниқ кўрсаткичи бўлиб, аввалги икки-уч ой давомида қонда ўртача глюкоза даражасини ифодалайди.
- HbA1c $< 7\%$ одатда етарли гликемик бир назорат сифатида қабул қилинади.
- Тез-тез оғир гипогликемия, оғир асоратлар ва кам умр билан одамларда, HbA1c мақсад $< 8\%$ гача, масалан, камроқ қаттиқ бўлиши мумкин.
- Наҳорга плазма глюкоза таҳлил ҳам гликемия назорат қилиш учун фойдаланиш мумкин.
- Мақсадли гликемик назорат- мақсад кўрсаткич, наҳорги плазма глюкоза даражаси ≤ 7.0 ммол/л етади (126 мг / дл)

Гипертензия ва диабетни даволаш учун қўшимча тавсиялар

Статинлар ва аспирин

- Агар миокард инфаркти ёки инсульт касаллик тарихида мавжуд бўлса ёки бемор бошқа сабабларга кўра ЮҚТ хавфи $> 20\%$ (УХ 8 ммоль/л) ривожланиш хавфи юқори бўлса, антигипертензив даволанишни бошлаш билан бир вақтнинг ўзида статинлар билан даволашни бошлаш керак.
- Статинлар 40 ёшдан 2 тур диабет билан барча беморлар учун тавсия этилади
- ЛДЛ холестерин Мақсад даражасини ҚД Беморлар билан ва жуда юқори хавф, зарур еришиш мақсад даражасини ЛДЛ холестерин $<1.4 \text{ ммоль/л}$ ($<55 \text{ мг/дл}$) ва камайтириш ЛДЛ холестерин учун камида 50% • беморлар билан ва юқори хавф, зарур еришиш мақсад даражасини ЛДЛ холестерин $<1.8 \text{ ммоль/л}$ ($<70 \text{ мг/дл}$) ва камайтириш ЛДЛ ХОЛЕСТЕРИН учун камида 50% • беморлар билан ЯССИ ва ўртача ДА, зарур ЛДЛ холестерин $<2.6 \text{ ммоль/л}$ ($<100 \text{ мг/дл}$) мақсад даражасига еришиш учун
- Статинлар ҳомиладор ёки ҳомиладор бўлиши мумкин бўлган аёлларда ишлатилмаслиги керак.
- Аспирин ($75\text{-}100 \text{ мг}$ / кун дозасида Асетилсалицил кислотаси) қарши кўрсатмалар бўлмаганида ҚД ва аниқ ЮҚТ юқори хавфи бўлган беморларда асосий олдини олиш учун тавсия этилиши мумкин
- Ушбу протоколга киритилган гипертензияни даволаш бўйича тавсиялар муваффақиятли дастлабки ва қўллаб-қувватловчи даволаниш учун жуда мос келади. Жиддий ножўя таъсири, қон босимини барқарорлаштириш ишончсизлик ёки йирик тиббий тадбир аралашувини мавжуд бўлса, у махсус даволаш учун беморни мурожаат қилиш зарур.
- Агар бемор бошқа дори-дармон режимида бўлса, қон босими мақсадли даражада бўлади ва беморнинг қабул қиладиган дори-дармонлари жисмонан ва иқтисодий жиҳатдан мавжуд бўлса, дори-дармонларни алмаштириш учун ҳеч қандай сабаб йўқ.
- Бемор тик турганида ўзини кучсиз ҳис қилса, тик турганида қон босимини ўлчаш керак. Беморнинг САД изчил даволаш пайтида 110 мм Хг остида сақланади бўлса, у дозалаш ёки унинг томонидан қабул дори сонини камайтириш кўриб чиқиш зарур.

Беморлар ва уларнинг оила аъзоларига маслаҳатлар

- Ош тузи истеъмол қилишни суткасига 5 граммгача чекланг ва маринадлар, тузланган балиқ, тез тайёрланадиган овқатлар, тез ишловга бериладиган маҳсулотлар, консервалар ва шўрваннинг қуруқ бўлакчалари каби тузланган овқат маҳсулотларини истеъмол қилишни чекланг.
- Артериал босим, қонда глюкоза ва сийдикда оқсил даражасини мунтазам назорат қилиб тулинг.

ҚДга чалинган беморлар учун махсус тавсиялар

- Ортиқча вазнга эга беморларга вазни камайтириш, овқат миқдори ва калориялилигини камайтиришни тавсия қилиш. Барча беморларга ўз рационларида углеводларнинг манбаи сифатида паст гликемик индексга эга маҳсулотларни (масалан, ловия, мош, маккажўхори, дуккакли ўсимликлар, ясмиқ, сули ва ширинлик қўшилмаган мевалар) кўпроқ истеъмол қилишни тавсия қилиш. Агар Сиз қонда глюкоза даражасини пасайтириб юбориши мумкин бўлган инсулин қабул қилаётган бўлсангиз, у ҳолда ўзингиз билан қанд ёки конфет олиб юринг.
- Диабет ретинопатиясини аниқлаш мақсадида ҚДга чалинган беморларга офтальмолог кўригидан ўтишни тавсия қилинг.
- Диабет ретинопатияси аниқланган ҳолларда, йилига 2 марта кўз тубини текшириш билан офтальмолог кузатуви тавсия қилинади. Яланг оёқ билан сайр қилишдан ўзингизни тутиб тулинг, оёғингизни иситкич, камин, танчада иситманг.
- Оёқларингизни илиқ сувда ювинг ва оёқ бармоқлари орасини қуруқ ҳолатга келгунига қадар пухталиқ билан артинг. Пахта толасидан қилинган пайпоқ ва қулай ҳамда эркин турадиган пойафзал кийинг.
- Қадок ва сўгалларни кесиб ташламанг ва уларни кимёвий моддалар билан қайта ишламанг.
- Оёқ юзини ҳар куни кўздан кечиринг, агар бирор муаммо ёки шикастланишни аниқласангиз, зудлик билан даволовчи врачга мурожаат қилинг.

ҲАРАКАТларни қайтариш

- 1- ҲАРАКАТ. Қуйидаги саволларни беринг:
 - Янги симптомлар пайдо бўлмадими?
 - Врачнинг чекиш ва алкогольни суиистеъмол қилиш, жисмоний фаоллик, соғлом овқатланиш, дори воситаларини қабул қилиш бўйича тавсияларига риоя қиласизми?
- 2-ҲАРАКАТ. Беморнинг ҳолатини баҳолаш (физикал ва лаборатория текширувлари);
- 3-ҲАРАКАТ. Юрак-қон томир касалликлари хавфини баҳолаш;
- 4-ҲАРАКАТ. Зарур бўлганида, мутахассисга йўлланма бериш;
- 5-ҲАРАКАТ. Барча беморларга маслаҳат бериш ва уларни протоколга мос равишда даволаш.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИ ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ АЛГОРИТМИ

ДИУРЕТИКЛАР БИРИНЧИ ҚАТОРЛИ ДОРИ СИФАТИДА

1 киритиш : диуретикларни афзалликлари ва камчилиги

Диуретиканинг афзалликлари:

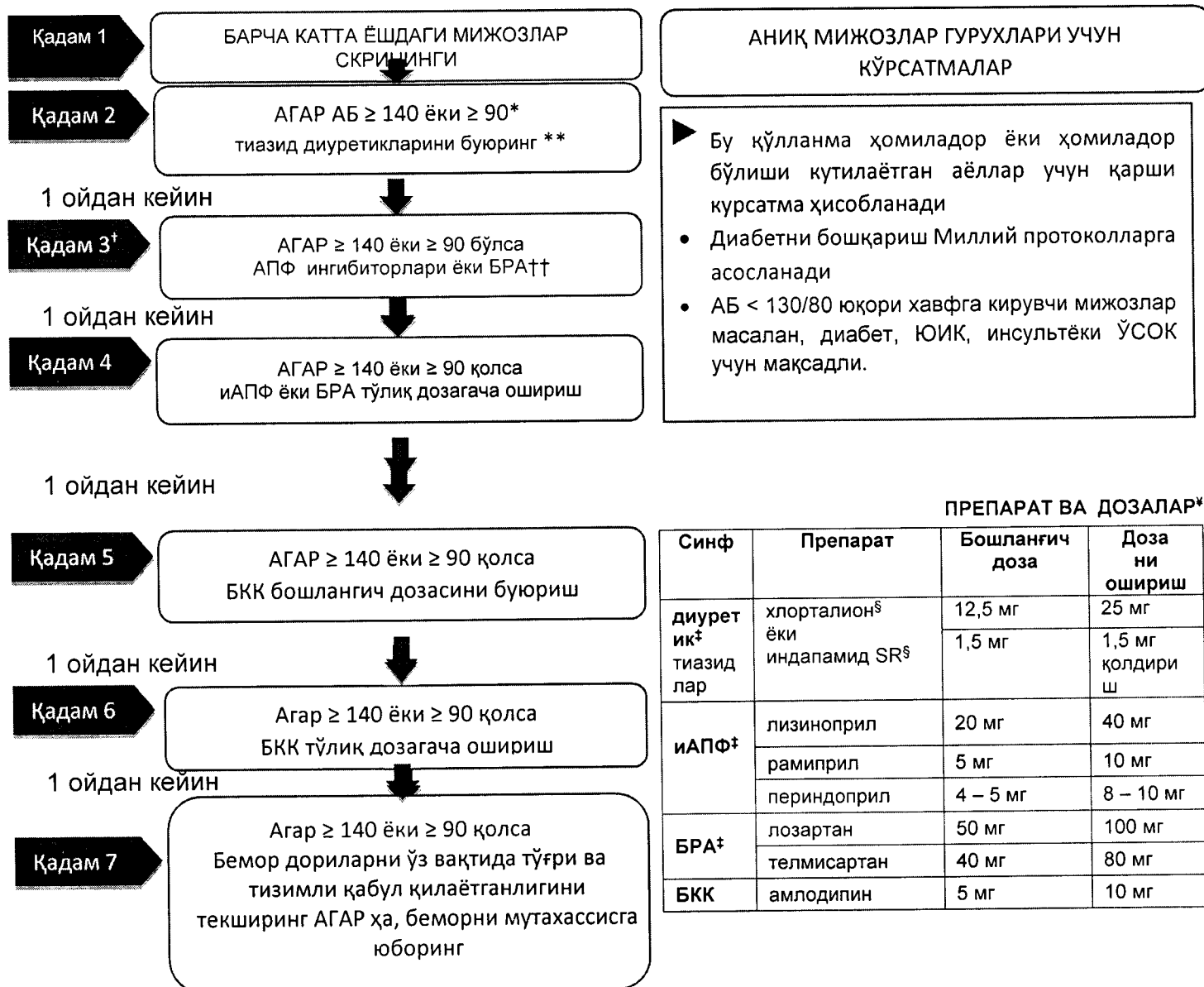
- Бошқа антигипертензив дори камроқ қиммат бўлиши мумкин;

* Барча ирқлар вакиллари учун самарадорлиги эҳтимоли.

Камчиликлари:

- * Гипокалемия хавфи;

* Липидлар ва глюкоза параметрларига салбий таъсир қилади; клиник аҳамияти аниқ эмас :



* Клиник омилларга асосан белгиланган АБнинг бошқа мақсадли кўрсаткичлари. Агар АБ ≥ 160 ёки ≥ 100 бўлса, қабулни шу кунгича бошлаш керак. Агар 140–159 ёки 90–100 бўлса, бошқа кун яна ўлчаш, агар яна юқори бўлса қабулни бошлаш керак.

**Статинлар қабули зарурияти бўлиши мумкин. Диуретиклар дозасини ошириш зарурияти бўлиши мумкин. Гипокалиемиа диуретиклар дозасини оширганда юзага келиши мумкин - лаборатор мониторинг зарур бўлиши мумкин.

† 3 ва 4 қадамлар (иАПФ) ўрнига 5 ва 6 қадамлардан фойдаланиш зарурияти бўлиши мумкин †† иАПФ ёки БРА маҳаллий қўлланмаларга / ҳаражатларга/ иАПФни кутара олмасликка мувофиқ. АПФ ингибиторлари

10% мижозларда сурункали йўтал қақариши мумкин. иАПФ и БРА Ҳомиладор аёлларга мумкин эмас.

§ Бу тавсия қилинадиган дориларга мисоллар маълумотларга асосан, кунига 1 марта қабул қилиш учун.

‡ иАПФ, БРА ёки диуретикларни қабул қилишни бошлаш, бошлагандан кейин бир неча ҳафтадан кейин қонда калий ва креатинин миқдорини ўлчаш зарурияти бўлиши мумкин.

§ Агар диуретиклардан биронтасини қўллаш имконияти бўлмаса гидрохлортиазид (25 мг бошланғич доза, 50 мг – тўлиқ) ёки индапамид (1,25 мг бошланғич доза, 2,5 мг – тўлиқ) тавсия қилиш мумкин.

КАЛЬЦИЙ КАНАЛ БЛОКАТОРЛАРИ (КАЛЬЦИЙ АНТАГОНИСТИ) (БКК) БИРИНЧИ ҚАТОР ПРЕПАРАТЛАРИ СИФАТИДА

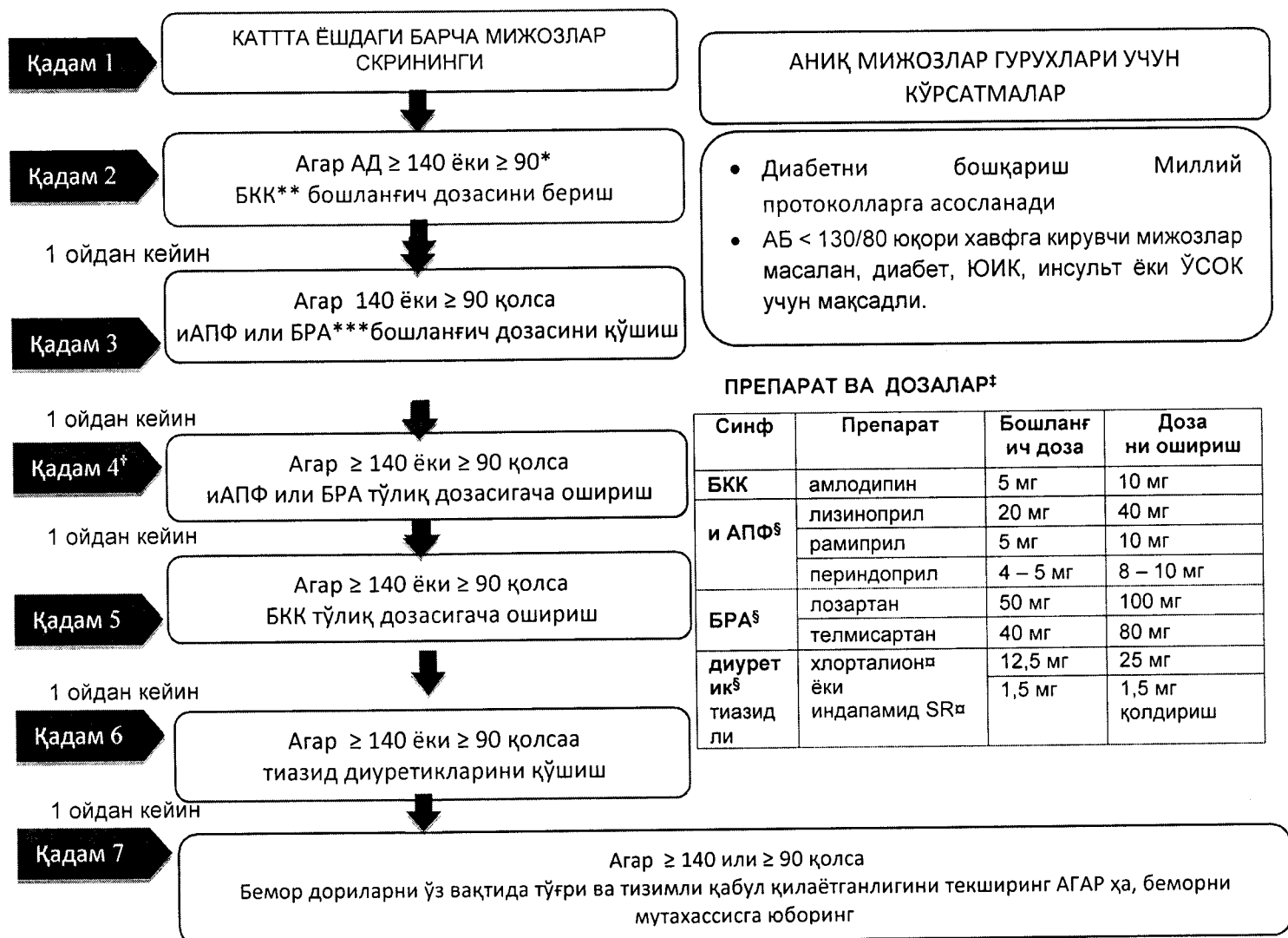
2 Киритиш: БКК афзалликлари ва камчилиги

Афзалликлари:

- * Барча ирқлар вакиллари учун самарадорлик эҳтимоли;
- * Электролитлар ва буйрак функцияси мониторинги зарурлигини камайтириш;
- * Ҳомиладор бўлиши мумкин туғиш ёшидаги аёллар учун муқобил даволаш танлаш зарурлигини олдини олиш.

Камчилиги:

- * Диуретиклардан қимматроқ бўлиши мумкин;
- * Беморларнинг 10% да, айниқса, АСЕ ингибитор ёки АРБ йўқлигида доза оширилганда, оёқда шиш бўлиши мумкин.



* Ёки клиник омиллар билан белгиланган бошқа мақсадли кўрсаткич. Агар АД ≥ 160 ёки ≥ 100 , қабулни шу кунгача бошлаш керак. Агар 140–159 ёки 90–100, бошқа кунгача ўлчаб, ва агар юқори бўлса қабул қилишни бошлаш.

** Статинлар қабул қилиш зарурияти бўлиши мумкин. иАПФ/БРА тавсия қилишдан олдин БКК дозасини ошириш мумкин

*** иАПФ или БРА маҳаллий қўлланмаларга асосан /ҳаражат / иАПФга қарши курсатма. АПФ ингибиторлари 10% миждозларда сурункали йўталга сабаб бўлади. иАПФ и БРА ҳомиладорларга тавсия қилиб бўлмайди..

† 3 ва 4 қадамлар (иАПФ) ўрнига 6 қадам (тиазид диуретиклари) ни ишлатиш мумкин

‡ Диуретик дозасини тўлиқ дозасигача ошириш мумкин. Гипокалиемиа диуретик дозасини оширганда юзага келиши мумкин – кучайтирилган лаборатор мониторинг зарур бўлиши мумкин.

§ Бу тавсия қилинадиган дориларга мисоллар маълумотларга асосан, кунига 1 марта қабул қилиш учун.

§ иАПФ, БРА ёки диуретиклар қабулини бошлаш ва бир неча ҳафта қабул қилинганидан кейин қонда креатинин ва калий миқдорини текшириш зарур.

¶ Агар ҳеч бир диуретикни қабул қилиш имкони бўлмаса гидрохлоротиазид (25 мг бошланғич доза, 50 мг – тўлиқ) ёки индапамид (1,25 мг бошланғич доза, 2,5 мг – тўлиқ) ишлатиш мумкин.

АПФ ИНГИБИТОРЛАРИ ЁКИ БРА* БИРИНЧИ ҚАТОР ПРЕПАРАТЛАРИ СИФАТИДА

3 қўшимча: Ингибитор АПФ афзаллик ва камчиликлари

Афзаллик:

Анамнезида буйрак касалликлари, миокард инфаркти бўлган беморларга ҳам ишлатиш мумкин.

Камчилиги:

Бошқа антигипертензив дориларга нисбатан қимматроқ бўлиши мумкин;

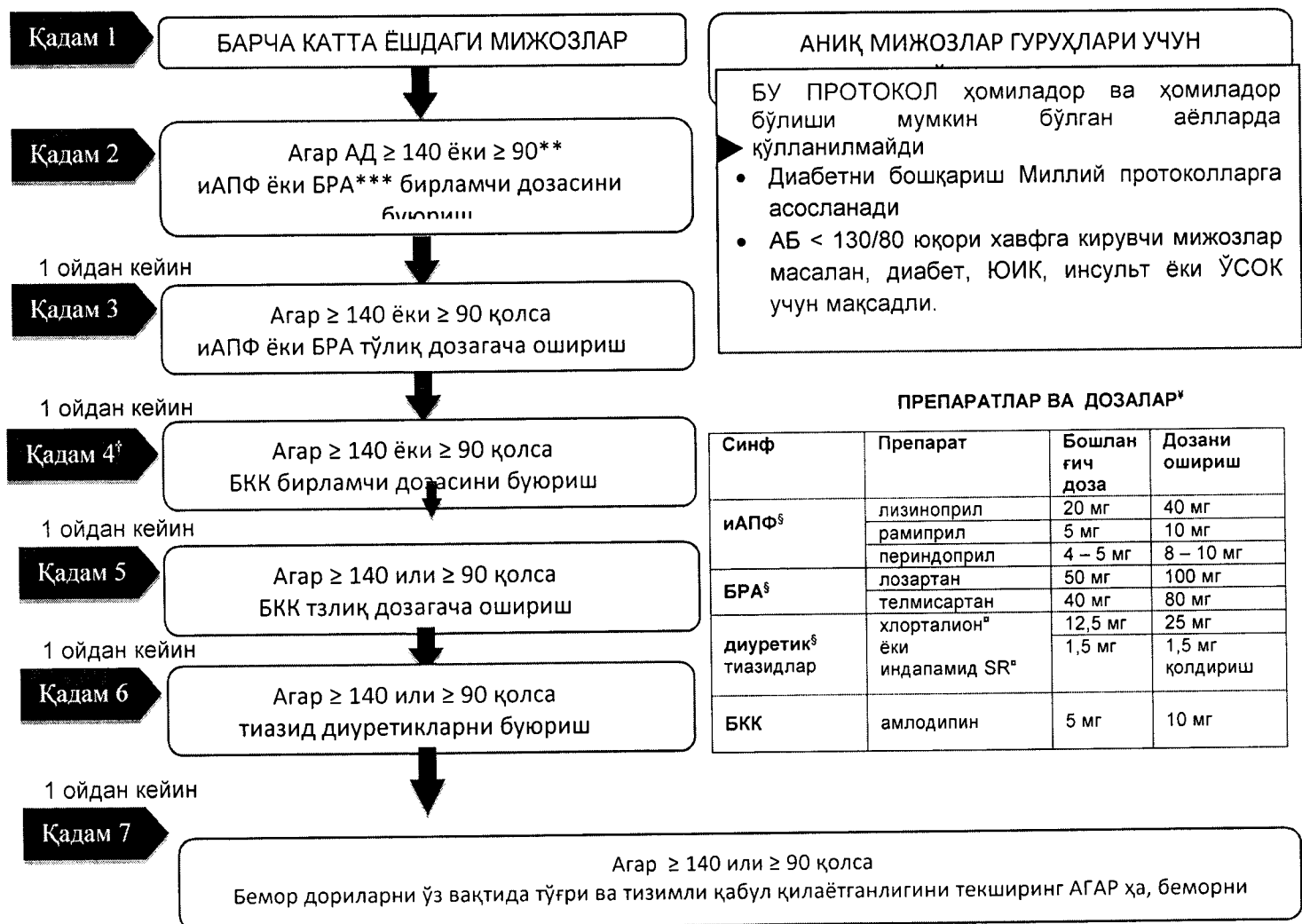
АПФ ингибитори билан даволанаётган беморларнинг 10% да сурункали йўтал учрайди (БРАда йўқ);

Ангиоэдема ривожланишнинг кичик хавфи; (БРАда кузатилмайди);

АПФ ингибиторлари ҳомиладор ва ҳомиладор бўлиши мумкин бўлган аёлларда қўлланилмайди;

Гиперкалиемиа хавфи, айниқса сурункали буйрак касаллиги бор беморларда.

Эслатма. Текширулар курсатадики, БРА худди АПФ ингибиторлари каби самарали бўлиши мумкин.



* * Ёки клиник омиллар билан белгиладиган бошқа мақсадли курсаткич. Агар АД ≥ 160 ёки ≥ 100 , қабулни шу куниеқ бошлаш керак. Агар 140–159 ёки 90–100, бошқа кунни ўлчаш, ва агар юқори бўлса қабул қилишни бошлаш.

** Статинлар қабул қилиш зарурияти бўлиши мумкин. иАПФ/БРА тавсия қилишдан олдин БКК дозасини ошириш мумкин

*** иАПФ или БРА маҳаллий қўлланмаларга асосан /ҳаражат / иАПФга қарши курсатма. АПФ ингибиторы 10% миждозларда сурункали йўталга сабаб бўлади. иАПФ и БРА ҳомиладорларга тавия қилиб бўлмайди..

† 3 ва 4 қадамлар (иАПФ) ўрнига 6 қадам (тиазид диуретиклари) ни ишлатиш мумкин

‡ Диуретик дозасини тўлиқ дозагача ошириш мумкин. Гипокалиемиа диуретик дозасини оширганда юзага келиши мумкин – кучайтирилган лаборатор мониторинг зарур бўлиши мумкин.

¥ Бу тавсия қилинадиган дориларга мисоллар маълумотларга асосан, кунига 1 марта қабул қилиш учун.

§ иАПФ, БРА ёки диуретиклар қабулини бошлаш ва бир неча ҳафта қабул қилинганидан кейин қонда креатинин ва калий миқдорини текшириш зарур.

■ Агар ҳеч бир диуретикни қабул қилиш имкони бўлмаса гидрохлоротиазид (25 мг бошланғич доза, 50 мг – тўлиқ) ёки индапамид (1,25 мг бошланғич доза, 2,5 мг – тўлиқ) ишлатиш мумкин.

АГ ДАВОЛАШДА КОМБИНИРЛАНГАН ТЕРАПИЯ ТУРЛАРИ

4 Киритиш: АПФ ингибитор ва БКК Афзалликлари ва камчиликлари

Афзалликлари:

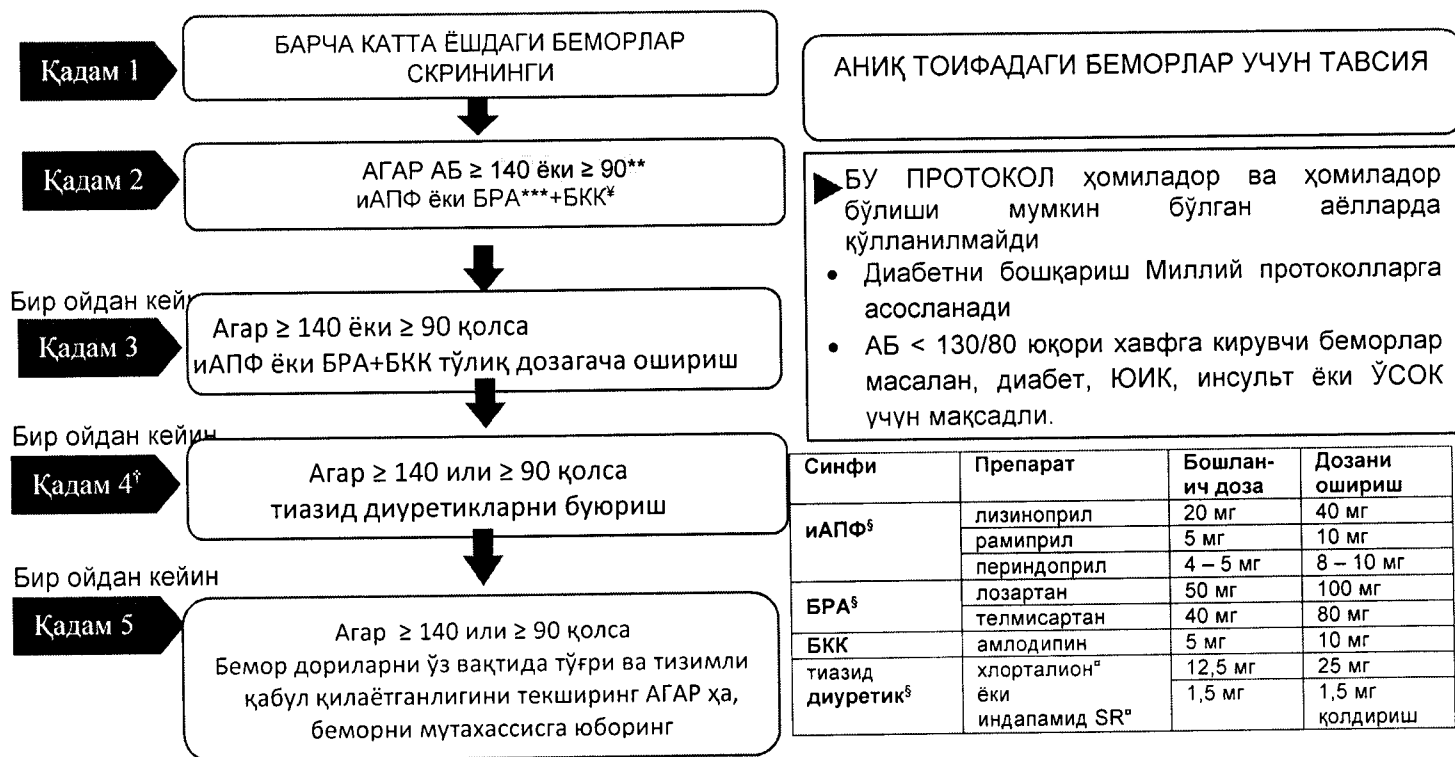
- * Бирикма дори фойдаланиш қулайлик ошириш ва беморлар учун тўсиқларни камайтириш;
- * Қон босими назорат еҳтимолини ошириш, протокол қадамлар сонини камайтириш;
- * Олинган планшетлар сонини камайтиринг ва даволанишга риоя қилишни оширинг, чунки кўпчилик беморлар бир нечта антигипертензив препаратларни қабул қилишлари керак;
- * Буйрак касалликлари, миокард инфаркти бўлган айрим беморларда ишлатилиши мумкин;
- * АПФ ингибитор ва БКК ишлатилганда оеклардаги шиш камайиши мумкин.

Камчиликлари:

- * Комбинирланган даволаш монотерапия сифатида белгиланган бошқа антигипертензив дорига нисбатан қиммат бўлиши мумкин;
- Барча беморларга ҳам иккала дори - дармон керак эмас;
- * АПФ ингибитор билан даволанган беморларнинг 10% гача сурункали йўтал бор;
- * Angioedema ривожланишининг паст хавфи;
- * АПФ ингибитор лари (ва БРА) ҳомиладор ёки ҳомиладор бўлиши мумкин бўлган аёлларга буюрилмаслиги керак;
- * Гиперкалемия хавфи, айниқса, СБК бўлган беморларда.

Эслатма. Тадқиқотлар БРА худди АПФ ингибитор ингибиторлари сингари самарадор бўлиши мумкинлигини кўрсатади.

ИАПФ ЁКИ БРА* + БКК БИРИНЧИ ҚАТОР ПРЕПАРАТЛАРИ СИФАТИДА



* иАПФ ва БРА маҳаллий қўлланималар/ харажатлар / иАПФ кўтара олмасликларига биноан. АПФ ингибиторлари 10% беморларда сурункали йўтал келтириб чиқаради. иАПФ ва БРАни ҳомиладорларга буюриш мумкин эмас.

**Ёки артериал босимни клиник омиллар билан белгиланган бошқа мақсадли кўрсаткичи. Агар АБ ≥ 160 ёки ≥ 100 бўлса қабулни уша кунда бошланади. Агар 140–159 ёки 90–100 бўлса, бошқа кунни ўлчаш ва, агар баланд бўлса қабулни бошлаш.

*** Статинлар қабул қилиш керак бўлиши мумкин.

¥ Бу препаратлар алоҳида икки хил препарат сифатида қўлланилиши мумкин монотерапия ёки комбинациялашган препарат (КП) сифатида.

† Диуретик дозасини тўлиқ дозага қадар ошириш керак бўлиши мумкин. Гипокалиемия кўп ҳолларда диуретиклар дозасини оширганда келиб чиқиши мумкин – кучли лаборатор мониторинг керак бўлиши мумкин.

‡ Аниқ маълумотларга асосланган препаратларнинг тавсия этилган намуналари, кунда бир маҳал қабул қилиш шароити, оддий истеъмоли ва мавжудлиги.

§ иАПФ, БРА ёки диуретикларни қабул қилишни бошлаганда ёки бир неча ҳафтадан кейин қон сыворткасида креатинин ва калийни текшириш керак бўлиши мумкин.

▫ Агар диуретикларда ҳеч бири мавжуд бўлмаса, гидрохлортиазидни (25 мг бошланғич доза, 50 мг – тўлиқ) ёки индапамид (1,25 мг бошланғич доза, 2,5 мг – тўлиқ) қўллаш мумкин.

БИРИНЧИ ЙЎНАЛИШ ПРЕПАРАТИ СИФАТИДА БКК + ДИУРЕТИК

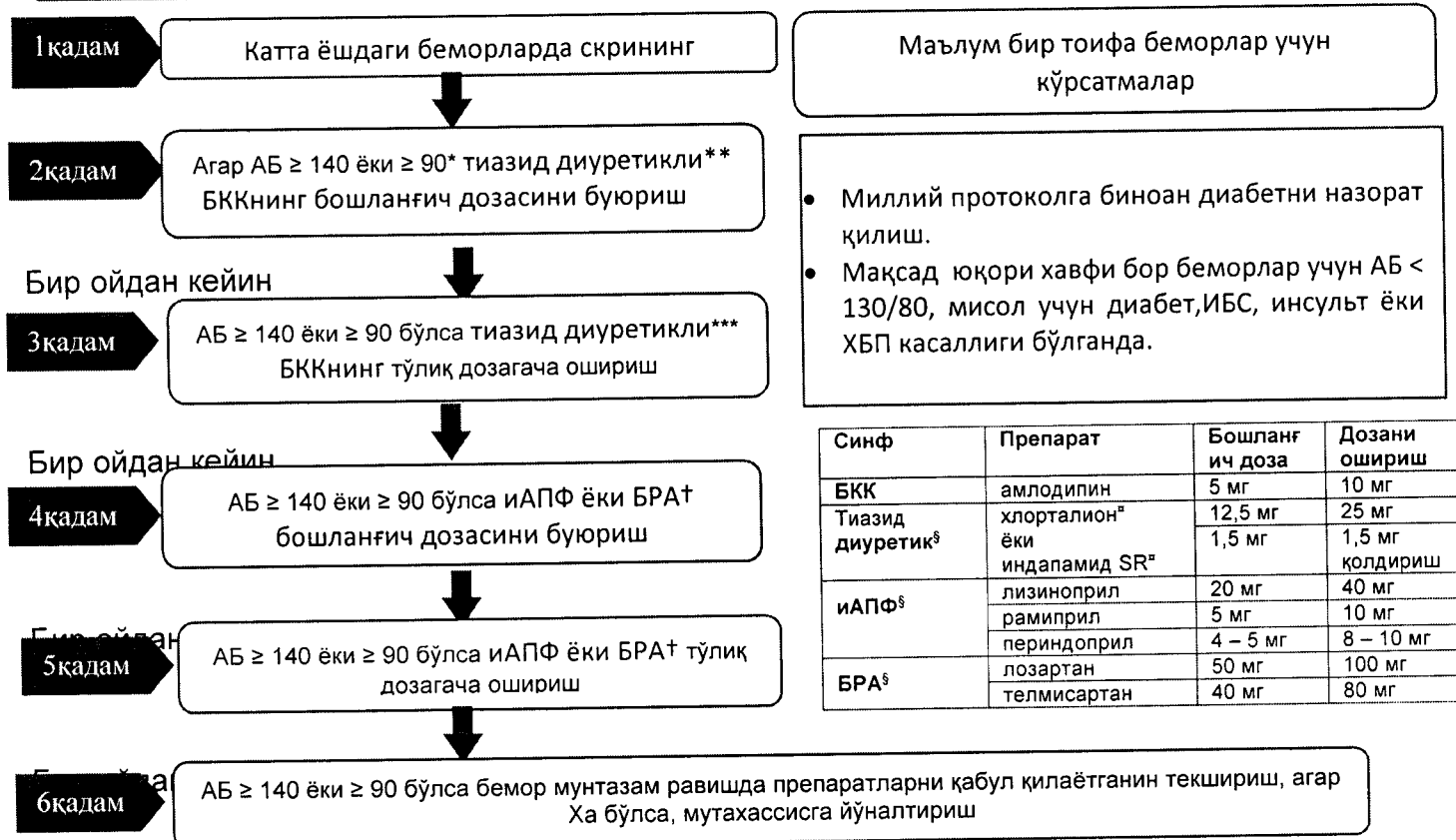
5 Киритиш: БКК ва диуретикларнинг афзаллиги ва камчиликлари

Афзаллиги:

- Бирлашган препаратлар беморлар учун қўллашни енгиллаштиради ва тўсиқларни камайтиради;
- Артериал босим назорати эҳтимолини ошириб протоколдаги қадамлар сонини камайтиради;
- Қабул қилинадиган дорилар сонини камайтиради ва даволанишга риоя қилишни оширади, чунки баъзи беморлар бир неча хил антигипертензив препаратлар қабул қилишга мажбур;
- Барча ирқлар вакиллари учун самарадорлик эҳтимоли; африкаликларга мансуб бўлганлар учун бошқа комбинацияларга қараганда самарадорлироқ бўлиши мумкин.

Камчиликлари:

- Бирлашган препаратлар билан даволаш монотерапия сифатида буюрилган бошқа антигипертензив препаратларга қараганда анча қимматроқ бўлиши мумкин;
- Ҳамма беморлар учун ҳам дори воситасини икки тури керак бўлмаслиги мумкин; гиперкалиемия хавфи мавжуд;
- Диуретиклар липид ва глюкоза кўрсаткичларига ножўя таъсир кўрсатиши мумкин; клиник аҳамияти номаълум;
- 10% беморларда тўпиқлар шиши кузатилиши мумкин, айниқса доза оширилганда, АПФ ва БРА ингибиторлари мавжуд бўлмаганда.



* Ёки артериал босимни клиник омиллар билан белгиланган бошқа мақсадли кўрсаткичи. Агар $AB \geq 160$ ёки ≥ 100 бўлса қабулни уша кунда бошланади. Агар $140-159$ ёки $90-100$ бўлса, бошқа куни ўлчаш ва, агар баланд бўлса қабулни бошлаш.

** Статинлар қабул қилиш керак бўлиши мумкин.

*** Диуретик дозасини тўлиқ дозага қадар ошириш керак бўлиши мумкин. Гипокалиемия кўп ҳолларда диуретиклар дозасини оширганда келиб чиқиши мумкин – кучли лаборатор мониторинг керак бўлиши мумкин.

† иАПФ ва БРА маҳаллий қўлланмалар/ харажатлар / иАПФ кўтара олмасликларига биноан. АПФ ингибиторлари 10% беморларда сурункали йўтал келтириб чиқаради. иАПФ ва БРАни ҳомиладорларга буюриш мумкин эмас

§ Аниқ маълумотларга асосланган препаратларнинг тавсия этилган намуналари, кунда бир маҳал қабул қилиш шароити, оддий истеъмоли ва мавжудлиги. иАПФ, БРА ёки диуретикларни қабул қилишни бошлаганда ёки бир неча ҳафтадан кейин қон сывороткасида креатинин ва калийни текшириш керак бўлиши мумкин.

■ Агар диуретикларда ҳеч бири мавжуд бўлмаса, гидрохлортиазидни (25 мг бошланғич доза, 50 мг – тўлиқ) ёки индапамид (1,25 мг бошланғич доза, 2,5 мг – тўлиқ) қўллаш мумкин.

БИРИНЧИ ЙЎНАЛИШ ПРЕПАРАТИ СИФАТИДА ИАПФ ЁКИ БРА* + ДИУРЕТИК

6 Киритиш: АПФ ингибитори плус диуретик афзаллиги ва камчиликлари

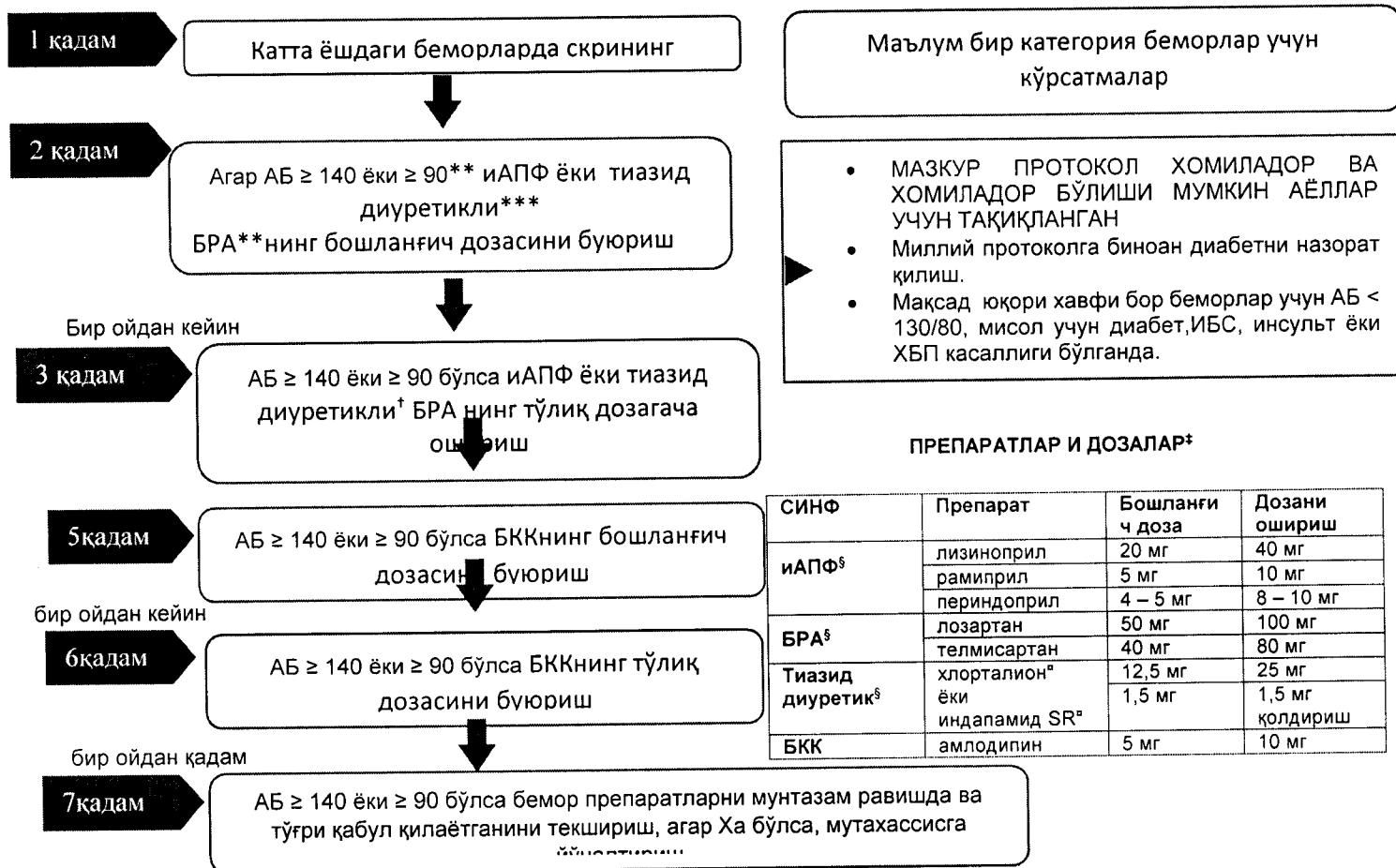
Афзаллиги:

- Бирлашган препаратлар беморлар учун қўллашни енгиллаштиради ва тўсиқларни камайтиради;
- Артериал босим назорати эҳтимолини ошириб протоколдаги қадамлар сонини камайтиради;
- Қабул қилинадиган дорилар сонини камайтиради ва даволанишга риоя қилишни оширади, чунки баъзи беморлар бир неча хил антигипертензив препаратлар қабул қилишга мажбур;
- Барча ирқлар вакиллари учун самарадорлик эҳтимоли
- АПФ ингибиторини қўллаш диуретикдан фойдаланилганда гипокалиемия хавфини камайтиради;
- АПФ ингибиторини буйрак касалликлари, анемиезида миокард инфаркти ва сургун фракцияларини камайтириши мавжуд бўлган беморлар қўллаши мумкин.

Камчиликлари:

- Бирлашган препаратлар билан даволаш монотерапия сифатида буюрилган бошқа антигипертензив препаратларга қараганда анча қимматроқ бўлиши мумкин;
- Ҳамма беморлар учун ҳам дори воситасини икки тури керак бўлмаслиги мумкин; гиперкалиемия хавфи мавжуд;
- АПФ ингибитори билан даволанаётган 10%гача беморларда доимий йўтал бўлади;
- АПФ ингибитори қабул қилганда ангиоэдема ривожланиши хавфи мавжуд бўлиши мумкин;
- Гиперкалиемия хавфи, айниқса ХБП бор беморларда, лекин АПФ ёки БРА диуретиксиз қўлланилганда хавф камроқ;
- АПФ (ва БРА) ингибиторларини хомиладор ва хомиладор бўлиши мумкин бўлган аёлларга буюриш мумкин эмас;
- Диуретиклар липидов ва глюкоза кўрсаткичларига ножўя таъсир кўрсатади, клиник аҳамияти аниқланмаган;

Эслатма. Тадқиқотлар шуни кўрсатади-ки, БРА ҳам АПФ ингибиторларидек самарадорлик кўрсатиши мумкин.



* иАПФ ва БРА маҳаллий қўлланишлар/харажатлар / иАПФ қўтара олмасликларига биноан. АПФ ингибиторлари 10% беморларда сурункали йўтал келтириб чиқаради. иАПФ ва БРАни хомиладорларга буюриш мумкин эмас

** Ёки артериал босимни клиник омиллар билан белгиланган бошқа мақсадли кўрсаткичи. Агар $AB \geq 160$ ёки ≥ 100 бўлса қабулни уша кунда бошланади. Агар 140–159 ёки 90–100 бўлса, бошқа кунга ўлчаш ва, агар баланд бўлса қабулни бошлаш.

‡ Аниқ маълумотларга асосланган препаратларнинг тавсия этилган намуналари, кунда бир маҳал қабул қилиш шароити, оддий истеъмоли ва мавжудлиги.

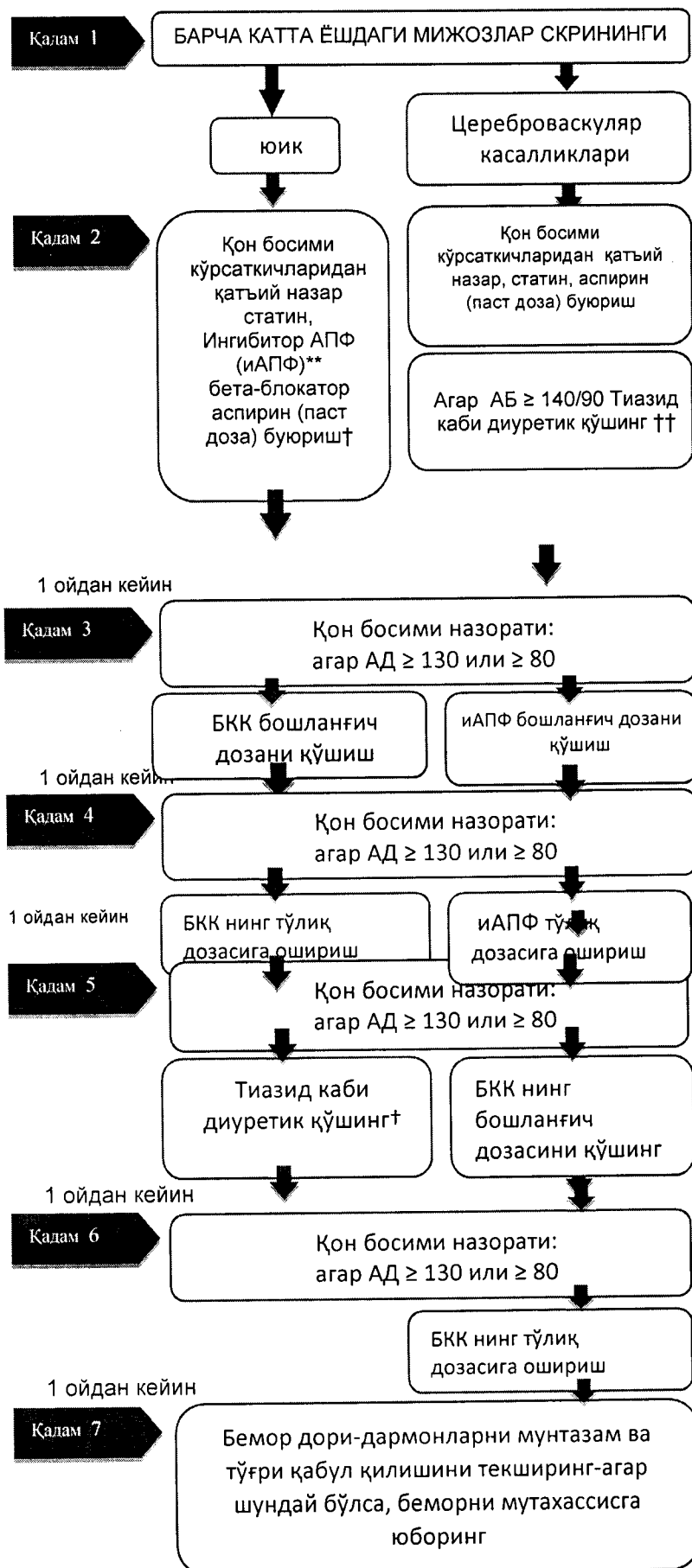
§ иАПФ, БРА ёки диуретикларни қабул қилишни бошлаганда ёки бир неча ҳафтадан кейин қон сировотқасида креатинин ва калийни текшириш керак бўлиши мумкин.

*** Статинлар қабул қилиш керак бўлиши мумкин.

† Диуретик дозасини тўлиқ дозага қадар ошириш керак бўлиши мумкин. Гипокалиемия кўп ҳолларда диуретиклар дозасини оширганда келиб чиқиши мумкин – кучли лаборатор мониторинг керак бўлиши мумкин.

■ Агар диуретикларда ҳеч бири мавжуд бўлмаса, гидрохлоротиазидни (25 мг бошланғич доза, 50 мг – тўлиқ) ёки индапамид (1,25 мг бошланғич доза, 2,5 мг – тўлиқ) қўллаш мумкин.

ЮИК билан хасталанган беморларда, АБ камайтирувчи дори воситаларини қўллаш*



БЕМОРЛАРНИНГ МУАЙЯН ТОИФАЛАРИ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

- Миллий протоколга мувофиқ диабетни бошқариш.
- Мақсад АБ <130/80 юқори хавф беморлар учун, масалан, қандли диабетга чалинган, ЮИК, инсульт ва СБП
- Атриал фибриляция ёки юрак етишмовчилиги ва цереброваскуляр касалликлар билан беморларга:
- Даволашнинг дастлабки босқичларида бета-блокаторни қўйиш.

ПРЕПАРАТ ВА ДОЗАЛАР*

Класс	Препарат	Бошланғич доза	Дозани ошириш
иАПФ§	лизиноприл	20 мг	40 мг
	рамиприл	5 мг	10 мг
	периндоприл	4 – 5 мг	8 – 10 мг
БРА§	лозартан	50 мг	100 мг
	телмисартан	40 мг	80 мг
диуретик§ тиазидлар	хлорталион*	12,5 мг	25 мг
	ёки индапамид SR*	1,5 мг	1,5 мг қолдириш
БКК	амлодипин	5 мг	10 мг

*Ишемик инсульт / ТИА / миокард инфаркти ≥ 1 ойдан кейин.

** АПФ ингибиторлари сурункали йўтал чақириши мумкин (10%) АПФ ингибиторларини

†† Кейинги титрлашдан олдин тиазидга ўхшаш диуретикнинг дозасини ошириш керак бўлиши мумкин. Диуретик дозанинг ошиши билан гипокалиемия содир бўлиши мумкин – кенгайтирилган лаборатория мониторинги зарур бўлиши мумкин.

‡ Бу тавсия этилган дори-дармонлар далилларга асосланган бўлиб, кунига бир маротаба қабул қилиш имкониятини беради

§ иАПФ, БРА ёки диуретикларни бошланишидан олдин ва бошланишидан бир неча ҳафта ўтгач, қон зардобиди креатинин ва калийни текшириш зарур бўлиши мумкин

■ Агар диуретиклардан бирортаси мавжуд бўлмаса, гидрохлоротиазид (25 мг бошланғич доза, 50 мг – тўлиқ) ёки индапамид (1,25 мг

БАРЧА БЕМОРЛАР УЧУН ҲАЁТ ТАРЗИНИ ЎЗГАРТИРИШ БУЙИЧА МАСЛАҲАТ

- Ҳар қандай Тамаки истеъмолини тўхтатинг, иккиламчи тамаки тутунига таъсиридан сақланинг
- Спиртли ичимлик истеъмолини кунига икки бирликка қадар камайтиринг ва ҳафтасига камида икки кун спиртли ичимлик ичманг
- Жисмоний фаоллик даражасини ҳафтасига 150 дақиқа тез юришга қадар ошириш
- Агар ортиқча вазн бўлса, озиш. Юрак учун фойдали -соғлом овқатлар истеъмол қилиш:
 - ✓ Кам тузли овқатлар
 - ✓ ≥ 5 порция сабзавот ва мевалар кунига
 - ✓ Фойдали ёғлар (масалан, зайтун, сафлор). Ёнғоқ, дуккакликлар, донлар
 - ✓ Калийга бой маҳсулотлар.
 - ✓ Балиқ ёки Омега-3 кислоталарига бой бошқа озиқ-овқатлар (масалан, зиғир уруғи), ҳафтасига камида икки марта.
 - ✓ Қизил гўшт истеъмолини чеклаш, ҳафтасига икки мартадан кўп эмас
 - ✓ Печенье, торт каби ширинликлар, газланган ичимликлар ва шарбатларга қўшилган шакарлардан сақланинг.

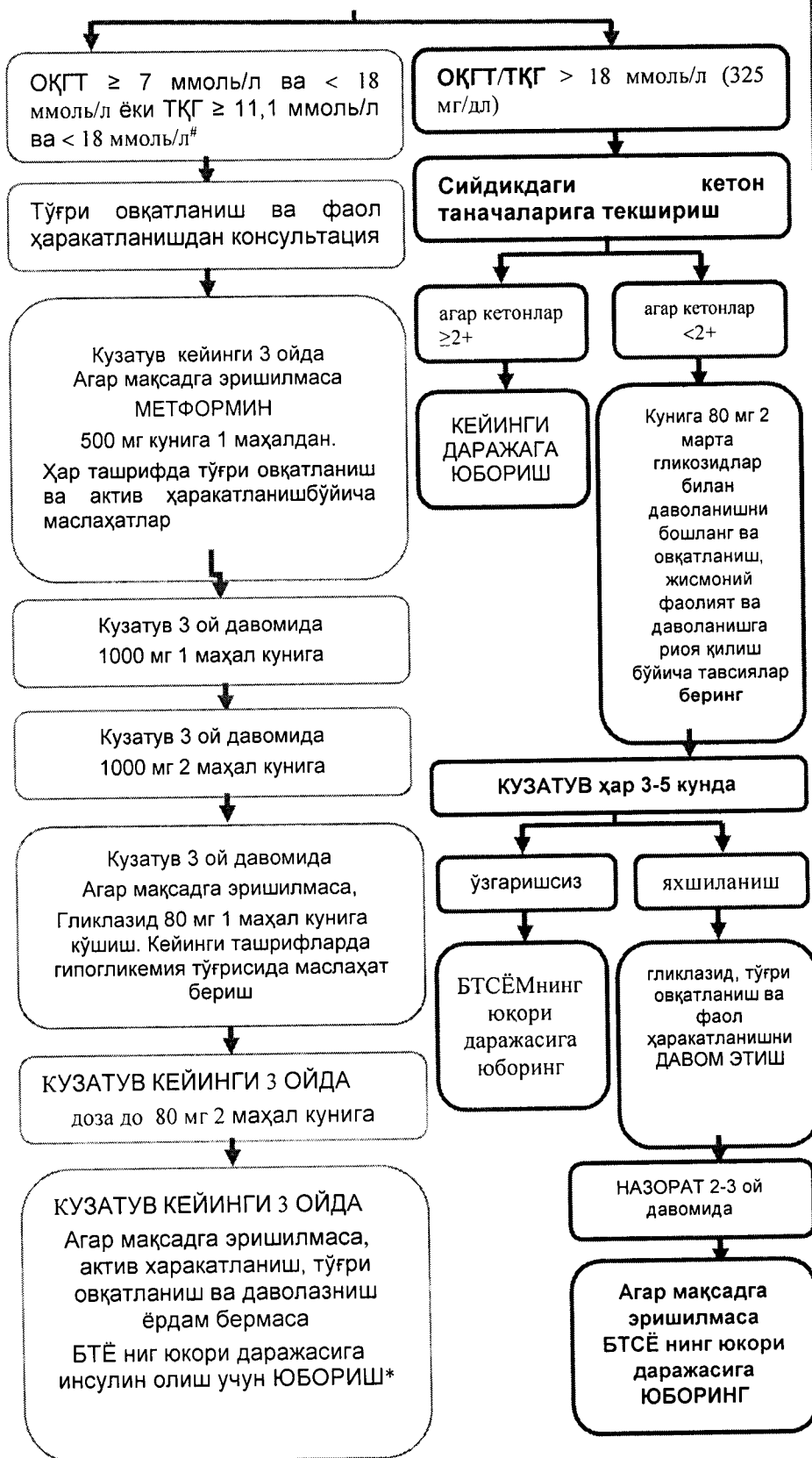
2 ТУР ДИАБЕТ ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ

1.3 илова

- Қандли диабет аломатлари бўлган катталарга оч қоринга глюкоза тестини (ОҚГТ) ёки тасодифий қон глюкоза тестини (ТҚГ) ўтказиш
- ОҚГТ ни 40 ёшдан юкори ТМИ> 25 ўтказиш

Сурункали асоратлар скрининги

- Ҳар бир режалаштирилган ташрифда қон босимини ўлчаш, гипертензияни даволаш протоколига мувофиқ дори-дармонларни қабул қилиш
- Ретинопатияни аниқлаш учун кўз тубини текширишга жўнатиш, диагноз қўйилгандан кейин ҳар икки йилда ёки офтальмолог тавсияси билан кўриқдан ўтиш
- Ҳар ташрифда товонни яра борлигига текшириш. Агарда яра бор бўлса БТСЁ нинг юкори даражаларига йўлланма бериш
- Ҳар йили оёқларни ампутация хавфига текшириш (оёқ пульсацияси, монофиламент ёпдамида сенсор невропатияга текшириш, битган ёки очик яралар борлигини) Агарда яралар ёки пульс йўқ бўлса БТСЁ нинг юкори даражаларига йўлланма бериш
- Ҳар йили протеинурияга таҳлил. Ижобий натижада БТСЁ нинг юкори даражаларига йўлланма бериш



ЎТКИР АСОРАТЛАРНИ БОШҚАРИШ:

Оғир гипогликемия - плазмадаги глюкоза <54 мг/дл ёки 3 ммоль/л ёки оғир гипогликемия белгилари:

Ҳушида бўлса, ширин ичимлик бериш: мевали шарбат - 100 мл ёки сув/чай 100 мл/2-3 қ шакар билан

Ҳушсиз бўлса, 20-50 мл 50% глюкоза эритмасини (декстрозы) вена ичига в 1-3 минут давомида.

Оғир гипергликемия (плазмадаги глюкоза > 18 ммоль/л (325 мг/дл) ва сийдикда кетонлар 2+) ёки оғир гипергликемия белгилари ва симптомлари:

0,9% NaCl эритмасини вена ичига томчилатиб томизиш - 1 литр 2 соатда; у ҳар 4 соатда 1 литрдан юборишни давом эттириш

Гликемийк назорат мақсади

Плазмада глюкоза**

Оч қоринга

≤ 7,0 ммоль/л (126 мг/дл)[†]

- # Қандли диабетни аниқлаш учун ишлатилиши мумкин бўлган бошқа тестлар диагностик аҳамиятига қаранг.
- * Агар ДПП4 ингибиторлари, СГЛТ2 ингибиторлари, ГЛП-1 рецепторлари агонистлари ёки тиазолидиндионлар (пиоглитазон) иктисодий жиҳатдан анча қулайроқ бўлса, улар метформин ва гликемик мақсадларга эришилмаганда инсулиндан олдин иккинчи ва учинчи терапия сифатида қаралиши керак. гликлазид (метформинни бекор қилмасдан). Маҳаллий амалиётга мувофиқ инсулин терапиясини бошқаринг ва титрланг.
- ** Иложи борида НbA1 дан фойдаланиш керак..
- † Тез -тез оғир гипогликемия, ривожланган асоратлар, жиддий касаллик ва / ёки умр кўриш давомийлиги чекланган беморлар учун глюкомик назоратни кучлироқ назорат қилинг..
- # Қандли диабетни аниқлаш учун ишлатилиши мумкин бўлган бошқа тестлар диагностика қийматларига қаранг.
- * Агар ДПП4 ингибиторлари, СГЛТ2 ингибиторлари, ГЛП-1 рецепторлари агонистлари ёки тиазолидиндионлар (пиоглитазон) иктисодий жиҳатдан анча қулайроқ бўлса, улар метформин ва глисемик мақсадларга эришилмаганда инсулиндан олдин иккинчи ва учинчи терапия сифатида қаралиши керак. гликлазид (метформинни бекор қилмасдан). Маҳаллий амалиётга мувофиқ инсулин терапиясини бошқаринг ва титрлан.
- ** Иложи борида НbA1 дан фойдаланиш керак..
- † Тез -тез оғир гипогликемия, ривожланган асоратлар, жиддий касаллик ва / ёки умр кўриш давомийлиги чекланган беморлар учун глюкомик назоратни кучлироқ назорат қилинг..

Юрак-томир тизими касалликлари хавфи, сурункали юрак-томир тизими касалликлари ва қандли диабет касалликларига чалиган Мижозни олиб бориш бўйича шахсий режа шакли

Тиббиёт муассасасининг номи, №: _____ Амбулатор карта № _____

УАВ Ф.И. _____ Ҳамширанинг _____

Мижознинг Ф.И. _____ Жинси: 1. Эркак 2. Аёл Ёши: _____

Анамнез тўплаш учун саволлар (тегишли жавобларни айлана билан белгиланг)

Саволлар	1-ташриф		2-ташриф		3-ташриф		4-ташриф	
Юрак касалликлари (ЮИК) инсульт, транзитор ишемик атака (ТИА) ҚД, буйрак касалликлари қайд қилинганми?	Ҳа	Йўқ	Да	Йўқ	Да	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Юрак соҳасидаги оғриқ, Жисмоний юкламада/ёки Тинч ҳолатда нафас сиқиши, Оёқ-қўлларининг увушиши ёки заифлик, кейинги пайтда озиб кетиш, кучли чанқоқ, Тез-те сийиш (полиурия), Юз ёки оёқ кафтларининг шишиши, Сийдикда қон шикоят қиласизми?	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Ҳозирги пайтда дори воситалари истеъмол қиласизми?								
Тамаки маҳсулотларини истеъмол қилиш (агар жавоб "Ҳа" бўлса нима истеъмол қилишини аниқлаш	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
– Сигарета (1), Носвой (2), Чилим (3), Бошқа (4)								
Агар истеъмол қилмаса, қачон ташлаганини аниқлаштиринг								
– 12 ой ва ундан олдин	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
– 12 ойдан кам								
Алкоголь истеъмол қилиш (агар жавоб "Ҳа" бўлса) ҳафтада истеъмол қилинаётган алкоголь бирлиги	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
• 1-2 бирлик ва ундан кам	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
• 3-6 бирлик								
• 6 ва ундан ортиқ бирлик								
Меҳнат фаолияти : фаол (ха/йўқ)	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
↓ Жисмоний фаолликка 30 минутдан куп, ҳафтасига 5 март вақт ажратасизми(ха/йўқ) ↓	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Бир кунда мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш								
- 5 порция (400г) ва ундан кўп	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
- 5 порциядан (400г) кам								
Соғлом овқатланишнинг бошқа муаммолари*****	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Яқин қариндошларида эрта ўлим (55 ёшгача эркакларда 65 ёшгача аёлларда) ва юрак, буйрак, инсульт, ҚД касалликлари бўлганми?	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ

*тамаки маҳсулотларининг номерини ёзинг

**Истеъмол қилинаётган алкогольнинг бирлигини ҳисобланг ва ёзинг: Бир бирликни 25 мл – арақ, коньяк, ликер, виски, бренди; 100 мл – вино

ҳамда шампан виноси; 250 мл – пиво

***алкоголнинг тегишли бирликларини ҳар қандай муносабат билан (байрам, тугилган кун, меҳмонга борганида ва ҳ.к.) қабул қилиш.

*****ош тузи, қанд, ёғларни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиш.

Юрак-томир тизими касалликлари хавфи даражаси	1-ташриф		2-ташриф		3-ташриф		4-ташриф	
	Сана:		Сана:		Сана:		Сана:	
	5% кам		5% кам		5% кам		5% кам	
	5%дан 10%гача		5%дан 10%гача		5%дан 10%гача		5%дан 10%гача	
	10%дан 20%гача		10%дан 20%гача		10%дан 20%гача		10%дан 20%гача	
	20%дан 30%гача		20%дан 30%гача		20%дан 30%гача		20%дан 30%гача	
	30%дан ортиқ		30%дан ортиқ		30%дан ортиқ		30%дан ортиқ	
АБ** тинч ҳолатда								
Бел айланаси								
Бўй/вазн/ТВИ								
Нафас олиш/томир уришлар сони								
ҚДга чалинган беморнинг оёқ кафтларини текшириш:								
- рангининг ўзгариши	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
- тирналиш, қадок, яра	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
- сезгирликнинг пасайиши	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Қондаги глюкоза миқдори:	- оч қоринга - овқатдагн кейин		- оч қоринга - овқатдагн кейин		- оч қоринга - овқатдагн кейин		- оч қоринга - овқатдагн кейин	

Умумий холестерин								
Пешобда оқсил								
Қоннинг умумий таҳлили	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
ЭКГ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Офталмоскопия	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Соғлом турмуш тарзи бўйича маслаҳат бериш								
Чекишни ташлаш	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Алкоголни чеклаш	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Соғлом овқатланиш	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Жисмоний фаоллик	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Буюрилган дори препаратларининг номи, дозаси ва қабул қилиш давомийлиги								
1-ташриф								
2-ташриф								
3-ташриф								
4-ташриф								
Йўлланма бериш сабаблари ***								
Мутахассис ёки стационар билан қай боғланиш	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ

***- мутахассис ёки стационарга йўлланма бериш сабабининг кодини кўрсатинг

Йил давомида ЮТТКХни пасайтириш бўйича топшириқлар			Эришиш муддатлари		Мақсадга эришилдими?	
1.			Ҳа	Йўқ		
2.			Ҳа	Йўқ		
3.			Ҳа	Йўқ		
Нима учун мақсадга эришилмаганлиги ҳақида умумий шарҳлар						
Имзо	1-ташриф	2-ташриф	3-ташриф	4-ташриф		
ОШ						
Ҳамшира						
Мижоз						

***Йўлланма бериш кодлари

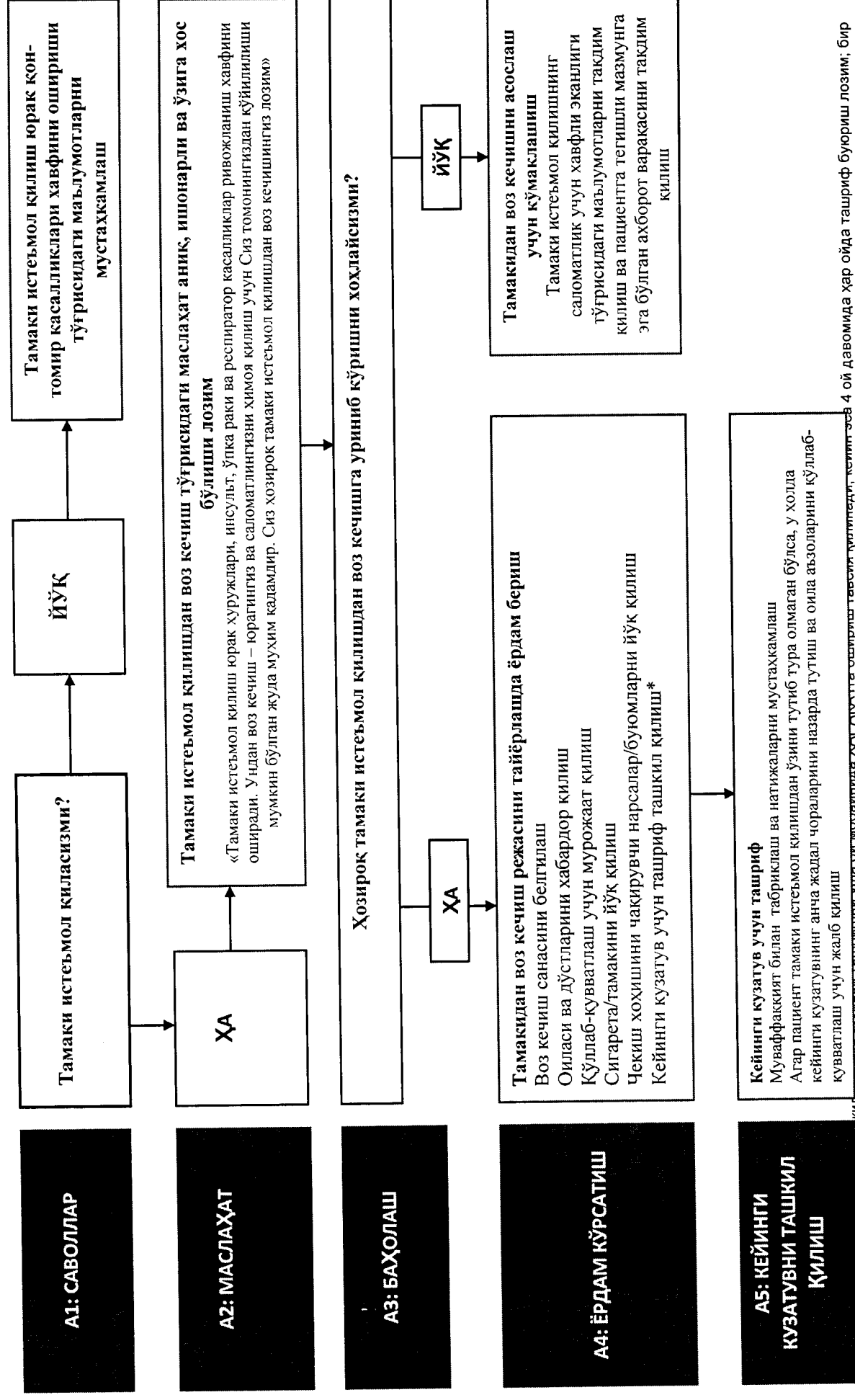
1. Юрак-томир тизими касалликлари оғир ҳолати: ўткир миокард инфаркти, стенокардия ҳуружи (турғун ва турғун бўлмаган), юрак етишмовчилиги, аритмия, инсульт, транзитор ишемик ҳужум.
2. САБ ≥ 200 ва/ёки ДАБ ≥ 120 мм сим. уст.
3. 40 ёшдан кичик шахсларда САБ ≥ 140 ва/ёки ДАБ ≥ 90 мм сим.уст.
4. 2 ёки 3 препаратни қўллаб ҲАРАКАТга оширилган даволашга қарамай турғун гипертониянинг сақланиб туриш АБ $\geq 140 / 90$ (СБ 130/80 мм.симт.уст.да).
5. Нишон аъзоларнинг шикастланиш симптомлари.
6. Сульфонилмочевина билан ёки усиз метформиннинг максимал дозасига қарамасдан назорат қилинмайдиган қандли диабет (оч қоринга плазмада глюкоза миқдори 7 ммоль/лга тенг ёки катта, овқатдан кейин ≥ 9 ммоль/л).
7. Кўриш қобилиятининг ёмонлашиши билан кечувчи қандли диабет (ёки охириги 2 йил ичида кўриш қобилиятининг текширилмаганлиги).
8. Оғир инфекция ёки оёқ юзларида яралар билан кечувчи қандли диабет.
9. 30 ёшдан кичик ва тана вазни кам бўлган шахсларда биринчи бор диагностика қилинган қандли диабет.
10. Умумий холестерин $> 8,0$ ммоль/л (320 мг/дл).
11. Протеинурия.
12. Юқори даражадаги ЮТТКХ.
13. Юракда шовқин пайдо бўлиши.
14. Ҳомиладорлик ва сийдикда оқсил ва глюкозининг пайдо бўлиши (диагнози қўйилмаган ёки назорат қилинмайдиган диабетда).

МОСЛАШТИРИЛГАН 2-КЛИНИК ПРОТОКОЛ
 Соғлом турмуш тарзига ўқитиш (барча мижозлар учун)

Мижозга қуйдагиларни ўргатиш А. Жисмоний фаолликка мунтазам равишда вақт ажратиш Б. “Соғлом юрак” парҳезига риоя қилиш В. Чекишни тўхтатиш ва алкогольни суиистеъмол қилишдан ўзини тутиб туриш Г. Профилактика мақсадларида мунтазам равишда врач ҳузурига ташриф буюриш	Б. Юрак учун фойдали бўлган парҳезга риоя қилиш Ош тузи (натрий хлорид) • Ош тузи миқдорини, шу жумладан, тайёр оватлар ва бошқа ҳар қандай маҳсулотлар таркибидаги туз миқдорини кунига 5 граммгача (1 чой қошиғида) чеклаш • Таркибида ош тузи миқдори юқори бўлган тайёр маҳсулотлар ва ярим тайёр озиқ-овқат маҳсулотлари (колбаса, курт, сузма, пишлоқ, дудланган маҳсулотлар, чипслар, қуритилган нон, маринадлар, сосискалар, қазӣ ва бошқалар) истеъмол қилишни чеклаш. Мева ва сабзавотлар Қунига мавсумий мева ва сабзавотларнинг 5 порциясини (400- 500 грамм) истеъмол қилиш: 1 порция 1 ўртача катталиқдаги шафтоли, апельсин, олма, 3-4 ўрик, бир ҳовуч узум, анор ва 3 ош қошиғидаги янги ва қайнатилган сабзавотларга (картошка бундан истисно) тенг Ёғли овқат • Ёғли гўшт истеъмол қилишни чеклаш, бошқа турдаги гўштларни парранда гўшти (терисиз) билан алмаштириш • Таркибида ёғ ва маргарин миқдори юқори бўлган сутли маҳсулотларни истеъмол қилишни чеклаш (икки ош қошиғидан кам). Рациондан мол ёғини чиқариб ташлаш • Пальма ва кокос ёғларини истеъмол қилмаслик. Зайтун, рапс, сояли, писта, маккажўҳори, кунжут, пахта ёғларидан фойдаланиш Балиқ • Асосан ёғли денгиз балигини истеъмол қилишни кўпайтириш тавсия қилинади
А. Жисмоний фаолликка мунтазам вақт ажратиш • Жисмоний юқламани аста-секин ўртача даражагача оширинг (масалан, тез юриш); уни ҳеч бўлмаганда ҳафтасига беш кун, кунига 30 дақиқагача етказинг. • Тана вазнини назорат қилиб бординг ва юқори калорияга эга бўлган овқат миқдорини камайтирган ҳамда жисмоний фаолликка етарлича вақт ажратган ҳолда, унинг ҳаддан ташқари ортиб кетишига йўл қўйманг.	В. Чекишни тўхтатиш ва алкогольни суиистеъмол қилинишига йўл қўймаслик • Барча чекмайдиганларни чекишни бошламасликка ишонттириш
Г. Даволанишига оид бўлган маслаҳатларга ҲАРАКАТ қилиш	

- Барча чекувчилар учун қатъий равишда чекишни тўхтатишни тавсия қилиш ва тамакини бошқа кўринишда истеъмол қилувчиларга тамакини истеъмол қилишдан воз кечиш лозимлигини маслаҳат бериш. - Алкоголь истеъмол қилишдан ўзини тийиб туришни қўллаб-қувватлаш лозим - Одамларга соғлиқни мустаҳкамлаш мақсадида алкоголь истеъмол қилишни маслаҳат бермаслик лозим. - Агар қуйидаги қўшимча хавф омиллари мавжуд бўлса, мижозларга алкоголь истеъмол қилмасликни маслаҳат бериш лозим: - автомобилни бошқариш ёки механизмлар билан ишлаш - ҳомиладорлик ёки кўкрак билан овқатлантириш - алкоголь билан бирга салбий таъсир кўрсатувчи дори-дармонларни қабул қилиш - алкоголь қабул қилинганида зўрайиб кетадиган касалликларнинг мавжудлиги - алкоголь истеъмол қилишни назорат қилишдаги қийинчиликлар	Агар беморга дори-дармон(лар) буюрилган бўлса: - беморга уй шароитида қандай қилиб дори-дармонни(ларни) қабул қилиш лозимлигини тушунтиринг - таъсир қилиш вақти узоқ бўлган узоқ вақт давомида ва мунтазам қабул қилиниши лозим бўлган дори-дармонлар (масалан, кальций антагонистлари – амлодипин) ва тез таъсир қилувчи ва мос равишда қисқа вақт давомида қабул қилинадиган (тез гипотензив таъсир кўрсатувчи дори-дармонлар, масалан, капотен, коринфар ёки фармодипин) дори-дармонлар орасидаги фарқни тушунтириб бериш. - дори-дармонларнинг мумкин бўлган ножўя таъсирлари ҳақида огоҳлантиринг - нима учун дори-дармон қабул қилиш муҳимлигини тушунтиринг - Беморга лозим бўлган дозани кўрсатинг - Дори-дармонни кунига неча марта қабул қилиш кераклигини тушунтиринг - Дори-дармонларни саранжом қилиб ўраб, унга белги қўйиб бериш - Дори-дармонларни сақлаш усуллари ва муддатларини тушунтиринг - Дори-дармонларни тарқ этгунига қадар, врачнинг йўриқномаларини тушунганлигини текширинг - Бемор хонани тарқ этгунига қадар, врачнинг йўриқномаларини тушунтиринг: - узлуксиз даволанишни таъминлаш учун дори-дармонларнинг етарлича захираси мавжуд бўлиши лозимлиги - ҳаттоки, симптомлар бўлмаганида ҳам, дори-дармонларни врачнинг маслаҳатларига биноан мунтазам қабул қилиш лозимлигини
---	--

Соғлом турмуш тарзига ўқитиш. Тамаки истеъмол қилишни тўхтатиш бўйича маслаҳатлар.



ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ, ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА СУРУНКАЛИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ
БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР ОРАСИДА ЎЗ-ЎЗИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ / ЎЗ-ЎЗИГА ЁРДАМ

• Юқумсиз касалликларга чалинган барча беморлар маълум даражада ўзларига ғамхўрлик қилишлари керак. • Тиббиёт мутахассислари ушбу протоколга мувофиқ алоқасиз касалликларга чалинган беморлар учун ўз-ўзига ёрдам ва ўз-ўзини сақлаш режасини ишлаб чиқадилар. • Бемор ўз-ўзини ёрдам маслаҳатлашувлар бошқа мавжуд сақлаш тўзилмалари сингдирилиши мумкин	
Биринчи ташрифдаги тактика: Ўз-ўзини ёрдам яхшилаш имкониятларини аниқлаш Ёзма ёки кўргазмали ўқув материалларини тақдим этиш, беморга ўз-ўзини парвариш қилиш бўйича таълим бериш Келишилган тадбирлар режасини ишлаб чиқиш ва уни ёзма ёки аниқ кўргазмали материал шаклида тақдим этиш	Қайта ташрифдаги тактика: Беморнинг аҳволини кузатиш ва кузатиш муҳимдир Зарур ва бемор уни истаса, биринчи ташрифи да тактикасини ўз-ўзини олиб чиқиш учун қадамлар такрорланг.
• Юқори қон босими: агар бемор имконият ва технологияларга ега бўлса, arterial гипертензияни назорат қилиш учун қон босимини ўз-ўзини ўлчашни тавсия етинг ва ўргатинг • Юрак етишмовчилиги: беморни кардиологик реабилитациянинг афзалликлари билан таништириш; уйда реабилитация тадбирларини ўтказиш имкониятлари ва истакларини қидиришни рабатлантириш • Қон ивиш назорат: бемор ва мутахассислар жамоаси (оила шифокори, терапевт, кардиолог, ХАРАКАТиёт ва ташриф ҳамширалар) билан келишилган ҳаракат режасини ишлаб чиқиш; бир коагулометре фойдаланиш ва ҳисобга қон ивиш тизимининг асосий кўрсаткич-ИНР (халқаро normal нисбати) ҳисобга олган ҳолда оғзаки антикоагулянтлар дозасини ростлаш учун ўргатиш)	
ҚД билан беморлар учун ўз-ўзини олиб чиқиш учун махсус тавсиялар 1 ва 2 тур ҚД: Инсулин қабул тури 1 ва тури 2 диабет билан беморлар индивидуал клиник муҳтож қараб, қон глюкоза ўз-ўзини мониторинг таклиф қилиниши керак 1 тур ҚД: Инсулин дозасини ўз-ўзини кузатиш ва ўз-ўзини тартибга солиш эндокринолог билан келишилган тадбирлар режасини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши тавсия этилади	
* Бемор ва мутахассислар жамоаси (оила шифокори, терапевт, пульмонолог / фтизиолог, амалиётчи ва патронаж ҳамширалари) билан ишлаб чиқилган мувофиқлаштирилган тадбирлар режасини ҳисобга олган ҳолда дори-дармонларнинг дозасини мустақил равишда сошлаш тавсия этилади; * Беморларни ўпка касалликлари учун реабилитациянинг фойда ва афзалликлари ҳақида хабардор қилиш ва тарбиялаш ҳамда уларни мунтазам павишшла реабилитация машқларини бажаришга унлаш тавсия этилади	

ПАЛЛИАТИВ ЁРДАМНИНГ ҲАРАКАТИЙ ЖИҲАТЛАРИ

Паллиатив ёрдамни аниқлаш		Паллиатив ёрдамни ташкил этиш
Симптомларни бартараф этиш, фаровонликни сақлаш ва ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган ёрдам / ёрдам	- бедаво сурункали касалликларга чалинганлар ва уларнинг оила аъзолари - даволанадиган касаллик билан оғриган одамлар тикланишдан олдин узоқ вақт давом этадиган аломатлар билан	- Паллиатив ёрдамдан фойда оладиган беморларни аниқлаш - Беморлар ва оила аъзоларидаги жисмоний, ҳиссий, ижтимоий ва маънавий бузилишларни баҳолаш ва қайта баҳолаш - Оғриқ ва бошқа жисмоний симптомларни енгиллаштириш - Маънавий, психологик ва ижтимоий еҳтиёжларни қондириш
Зарур вақтида даволаш ва йўлланма бериш		Психологик, ҳиссий ва руҳий эҳтиёж ва талаблар
Жисмоний эҳтиёжлар ва талаблар		
- Оғриқ (барча турдаги) - Бронхопупулмонария: нафас қисиши, йўтал - Ошқозон-ичак тракти: қабзият, кўнгил айнаиши, қусиш, оғиз қуриши, ич кетиши - Сафсатабозлик - Яралар, яралар, тери зарарланиши, тошмалар - Уйқусизлик - Чарчаш - Анорексия - Анемия - дорилар дан уйқучанлик ёки седатив таъсирн - Терлаш		- Психологик стресс - Безовталиқ - Оила ва / ёки васийнинг изтироблари - Маънавий эҳтиёжлар - Азобланиш - Депрессия - Жудоликда оила / парвариш қилувчиларни қўллаб-қувватлаш

Ҳисобга олиш ва бошқариш		Самарали мулоқот жиҳатлари
Паллиатив ёрдамни режалаштириш ва мувофиқлаштириш		
- Мавжуд қўллаб-қувватлаш ва ресурсларни аниқлаш - Беморнинг еҳтиёжлари асосида парвариш режасини ишлаб чиқиш ва ҲАРАКАТга ошириш - Охири ҳафталарда/ҳаёт кунларида ёрдам кўрсатиш - Дори-дармонларга киришни рағбатлантириш - Сақлаш мутахассислари иштирак этиш зарурлигини аниқлаш		- Ташхис, прогноз, даволаш, аломатлар ва уларни даволаш ҳақида бемор, оила, caregivers билан мулоқот - Ҳаёт охири кун/ҳафта гамхўрлик билан боғлиқ муаммоларни муҳокама - Бемор ва оила билан аниқлаш ва биринчи ўринга - Беморларга мавжуд ресурслар ва имкониятлар асосида маълумот ва тавсиялар бериш

МОСЛАШТИРИЛГАН 3-КЛИНИК ПРОТОКОЛ БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИНИ ОЛИБ БОРИШ

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА МАСАЛАСИНИ ҲАЛ ҚИЛИШ

Астма касаллигининг ҳам, ЎСОКнинг ҳам клиник намоён бўлиши йўтал, нафас олишнинг кийинлашиши, кўкрак сиқилиши ва/ёки харсиллаш тарзида бўлиши мумкин.

САВОЛ

Бронхиал астма диагнози қуйидаги унсурлар мавжудлигида энг катта эҳтимол билан қўйилиши мумкин:

- эрта диагноз қилинган астма;
- симптомлари болалик ва ўсмирликнинг эрта даврларидан кузатилади;
- анамнезда аллергия иситма, экзема ва/ёки аллергия реакцияларнинг мавжудлиги;
- симптомсиз даврлар билан алмашиб турувчи ёки аэроаллергенлар билан контактдан сўнг хар замонда пайдо бўлувчи хуштаксимон хириллаш, йўтал ёки кўкрак кафасида сиқилиш ҳолатлари;
- кечаси ва эрта тонг пайтида симптомларнинг кучайиши кузатилади;
- симптомларни респиратор инфекция, жисмоний юклама, об-ҳавонинг ўзгариши ёки стресс кўзгатади;
- сальбутамол қўлланилганидан сўнг симптомларнинг йўқолиши;

яқин қариндошларида аллергия касалликлари ёки бронхиал астманинг мавжудлиги

ДИАГНОСТИКА ҚИЛИШ

ЎСОК диагнози қуйидаги унсурлар мавжудлигида энг катта эҳтимол билан қўйилиши мумкин:

- илгари ЎСОК диагнози қўйилган;
- ҳаёти давомида 15 йил мобайнида кунига зўр бериб 20тадан ортиқ сигарета чекиш;
- ёпик хонада сурункали тарзда ёнилгининг ёниш маҳсулотлари таъсири остида бўлиш ёки ишлаб чиқаришда сурункали тарзда чанг таъсири остида бўлиш;
- ўрта ёки катта ёшда симптомларнинг намоён бўла бошлаши (одатда, 40 ёшдан катталарда);
- узок вақт давомида симптомларнинг аста-секин зўрайиб бориши;
- анамнезда узок вақт давомида хар куни ёки тез-тез йўтал ва нафас сиқилишидан олдин пайдо бўлувчи балғам кўчиши;
- симптомлар деярли ўзгармайди ёки зўрайиб боради;
- зўрайиб бориш билан кечувчи ва жисмоний зўрқишда кучаяовчи кундалик нафас кисиши

ТЕСТ

НҚЧТни ўлчанг, сўнгра сальбутамолнинг ингальяция учун мўлжалланган 2 дозасини киритинг ва 15 дақиқадан сўнг НҚЧТни ўлчашни такрорланг:

- агар НҚЧТ 20 ва ундан ортик фоизга ортса, у холда катта эҳтимол билан астма диагнозини қўйиш мумкин.
- агар ўзгаришлар унча катта бўлмаса, у холда катта эҳтимол билан ЎСОК диагнозини қўйиш мумкин.

Бронхиал астма касаллигини олиб бориш

1-АМАЛ. ИЛК БОР АНИҚЛАНГАН БЕЪМОР УЧУН ДАВОЛАШ КАДАМИНИ АНИҚЛАШ Агар $HqCT \geq 80\%$ ва хуружлар сони ҳафтасига икки ва ундан кам бўлса, терапияни 1-қадамдан бошлаш лозим. Агар $HqCT < 80\%$ ва хуружлар сони ҳафтасига икки ва ундан кўп бўлса, терапияни 2-қадамдан бошлаш лозим.	1-қадам. Зарур бўлганида салбутамолни ингалаыция қилиш. 2-қадам. Зарур бўлганида салбутамолни ингалаыция қилиш ҳамда кам дозаларда - катталар учун 100 мгдан бошлаб кунига икки маротаба ва болалар учун 100 мгдан кунига бир маротаба (суткасига 500 мггача) беклометазонни ингалаыция қилиш. Ҳар бир қадамда бемор томонидан даволаниш режимида риоя қилинаётганлиги ва ингальатордан тўғри фойдаланилаётганини назорат қилиш. Такрорий таширф 1 ойдан кейин.
2-АМАЛ. ТАВСИЯЛАР	Астма – беморлар ва уларнинг оила аъзоларига тавсиялар Профилактика масалалари бўйича: ■ тамаки тутуни ва астмани кўзгатувчи бошқа омиллардан, агар улар мавжуд бўлса, сақланиш; ■ тутун ва чанг бор хоналарда бўлишдан сақланиш; ■ касбий астмани келтириб чиқариши мумкин бўлган моддалар билан контактда бўлишдан сақланиш; ■ мебель буюмларидан чангни артиш учун нам матодан фойдаланиш, йиғиштиришдан олдин полга шакароб қилиб сув сепиш, вентилаторларнинг паррақларини мунтазам равишда чангдан тозалаб туриш ва уйку учун мўлжалланган жойларда юмшоқ ўйинчоқлар сонини минимумга етказиш; ■ сувараклар билан курашиш чора-тадбирларини ҲАРАКАТга ошириш (бемор йўқ бўлган пайтларда) ҳамда кўрпа-тўшаклар, ёстиқларни яхшилаб қоқиб, офтобга ёйиб қўйиш фойдали бўлиши мумкин. Бемор ва унинг оила аъзолари даволанишга нисбатан қўйидагиларни билишларига ишонч ҳосил қилиш лозим: ■ астма зўрайганида қандай чоралар кўриш лозимлигини; ■ ингальаторлардан фойдаланиш перорал қабул қилинадиган дори-дармонлардан фойдаланишдан афзал эканлигини ҳамда спейсердан фойдаланиш афзалликларини билишларини; ■ ингалаыция ёрдамида киритилган стероидларнинг максимал самарадорлигига киритилганидан сўнг фақат бир неча кун ёки бир неча ҳафтадан кейин эришилишини.

1-АМАЛ. АСТМА КАСАЛЛИГИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИНИШИНИ БАҲОЛАШ

- Астмани назорат қилиш бўйича АСТ тестидан фойдаланинг.
- *Мазкур тест ва уни баҳолаш 1-иловада келтирилган.*

2-АМАЛ. ДАВОЛАШ ҚАДАМИНИ АНИҚЛАШ

- Астма касаллиги етарлича назорат қилинмаса (тўсатдан назоратни йўқотиш белгиларисиз), терапиянинг катта қадамини тайинлаш лозим.
- Астма касаллиги яхши назорат қилинса, у ҳолда **танлаб олинган кадамда** даволашни 3 ой давом эттириш лозим.
- Астма касаллиги тўлиқ назорат қилинса, 3 ой давомида терапиянинг **кичик қадами** тайинланади.

1-қадам. Зарур бўлганида салбутамолни ингалация қилиш.

2-қадам. Зарур бўлганида салбутамолни ингалация қилиш, ҳамда кам дозаларда катталар учун 100 мкгдан бошлаб кунига икки мартаба ва болалар учун 100 мкгдан кунига бир мартаба (суткасига 500 мкггача) беклометазонни ингалация қилиш.

3-қадам. 2-қадамдаги каби, лекин беклометазон дозасини ортирган ҳолда: 200 мкг ёки 400 мкгдан кунига икки мартаба (суткасига 1000 мкггача).

4-қадам. 3-қадамга қўшимча тарзда узок вақт давомида таъсир қилувчи бета-адренергик агонистлар ингалациясини буюринг ёки паст дозаларда лейкотриен рецепторларининг антагонистларини ёки теофиллинни перорал қабул қилишни буюринг. Беклометазон дозасини юқори дозаларгача (кунига 1000-2000 мкггача) ортиринг.

5-қадам. 4-қадамга симптомларни назорат қила олиш имкониятини берувчи мумкин бўлган паст дозаларда (деярли барча ҳолатларда кунига 10 мкгдан кам) перорал қабул қилиш учун преднизолонни қўшинг.

Ҳар бир босқичда бемор томондан даволаш режимида риюя қилинаётганлигини текшириб бординг ва ингальатордан тўғри фойдаланилаётганлигини назорат қилиб бординг.

АСТМА КАСАЛЛИГИ УСТИДАН НАЗОРАТНИ ТЎСАТДАН ЙЎҚОТИБ ҚЎЙИШ БЕЛГИЛАРИ

- оғир нафас қисилиши кузатилади (бемор киска гаплар ёрдамида гаплашади);
- бемор салбутамолдан ҳар 4 соатдан кам вақтда фойдаланади, лекин аҳволи яхшиланмайди.

Оғирлик тоифасини баҳолаш

Оғир зўрайиш	Жуда оғир зўрайиш
• НЧҚТ оптимал ёки прогноз қилинган даражанинг 33-50 фоизини ташкил қилади. • Нафас олиш тезлиги бир дақиқада 25 нафас олиш ҳаракатидан кўп (катта ёшдагиларда). • Юрак уриш тезлиги бир дақиқада 110тадан ортиқ (катта ёшдагиларда). • Гапни бир нафас олишда тугата олмаслик.	• Хушнинг хиралашиши, чарчаш, аритмия, гипотензия, цианоз, кўкрак қафасининг заиф экскурсияси, юзаки нафас олиш. • Қонни кислород билан тўйинганлик даражаси <92 фоиз.

Биринчи навбатдаги даволаш

- спейсер ёки небулайзер орқали дозаловчи ингалятор ёрдамида катта дозаларда салбутамолни ингаляция қилиш: бир соат давомида ҳар 20 дақиқада 4 доза;
 - агар салбутамол қўлланилганидан 1 соат кейин НЧҚТ тегишли даражадаги катталиكنинг 80 фоизи ва ундан катта қийматга етмаса, у ҳолда преднизолон буюриш: ёши катталарга 30-40 мгдан 5 кун давомида, болаларга – 1 кг тана массасига 1 мгдан уч кун давомида (агар зарур бўлса, мuddати чўзилиши мумкин);
 - кислород билан тўйиниш даражаси 90 фоиздан кам бўлганида, агар иложи бўлса, кислородли оксигенатор ёрдамида қўшимча кислород бериш.
- Вақти-вақти билан касалликнинг зўрайиш даражасини баҳолаб туриш лозим.

Иккинчи қатор даволаш – биринчи навбатдаги даволаш беморга таъсир қилмаган ҳолатларда:

- Спейсер орқали дозаловчи ингалятор ёрдамида ингаляциялар сонини қўпайтириш ёки тегишли қурилма (небулайзер) мавжуд бўлганида соатига 5-10 мг салбутамолни узлуксиз ингаляция қилишга киришиш;
- Болалар учун: салбутамолни ингаляция қилишга қўшимча равишда бромид ипратропиясини ингаляция қилишни буюриш мумкин.

Бронхиал астма касаллигини олиб бориш

МУТУХАССИСГА ЙЎЛЛАНМА БЕРИШ

- 3-4 ой фаол даволаш ва кузатишдан сўнг астма илгаригидек ёмон назорат қилинмоқда;
- астма диагнози шубҳа туғдиради;
- касалликни назорат қилиш учун мунтазам равишда преднизолонни перорал равишда қабул қилиш талаб қилинади;
- беморда даволашни танлашда ҳисобга олиниши лозим бўлган ҳамроҳ касалликлар мавжуд.

КАСАЛХОНАГА ЁТКИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

- астманинг (шу жумладан астматик статус) хавфли зўрайиши;
- бир соат давомида нафас қисилиш хуружини даволашда самаранинг йўқлиги;
- сальбутамол билан ингаляция қилинганидан сўнг HcT 60 фоиздан кам, ёки қоннинг кислород билан тўйиниш даражаси 90 фоиздан кам, ёки томир уриши бир дақиқада 120дан ортиқ, ёки нафас олиш тезлиги бир дақиқада 30дан ортиқ бўлган беморлар;
- беморда охириги ҳафта ва ундан ортиқ вақт давомида нафас сиқилиши оғир хуружларининг мавжудлиги ёки нафас қисилишининг бошқа симптомлар билан биргаликда кучайиб бориши.

БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРНИ РЕЖАЛИ КУЗАТИШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

Ҳар 3 ойда.

- Астма касаллигини назорат қилиш бўйича тест (1-иловага қаранг)
- Пикфлоуметрия
- Қадам-бақадам терапияга ўзгартиришлар киритиш

МОСЛАШТИРИЛГАН 4-КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Ўпка сурункали обструктив касаллигини олиб бориш

ЎСОК зўрайишининг мезонлари

ЎСОК бўйича тест – САТ, бронходилатациядан кейинги НЧҚТ маълумотлари, зўрайишларнинг қайталаниш тезлиги ҳисобга олинади.

САТ – тест ва уни баҳолаш 2-иловада келтирилган

- САТ ≤ 10 балл, НЧҚТ $\geq 50\%$, касалликнинг зўрайишлар сони бир йилда икки мартагача – ўртача оғирлик даражаси.
- САТ > 10 балл, НЧҚТ $< 50\%$, касалликнинг зўрайишлар сони бир йилда икки мартадан ортик – хавфли оғирлик даражаси.

Агар имконият бўлса, қонни кислород билан тўйинишни (SaO_2) ўлчаш.

- нафас сикилишининг ортиб бориши;
- йўталнинг кучайиши;
- балғам миқдорининг ортиб бориши ва унинг йирингли характери;
- иситма.

- ЎСОК зўрайиши оғирлиги белгилари:
- ёрдамчи нафас мушакларининг иштироки;
- кўкрак қафасининг пародаксал ҳаракати;
- марказий цианознинг пайдо бўлиши ёки кучайиши;
- периферик шишларнинг ривожланиши;
- артериал босим ва томир уришлар сонининг бекарарлиги;
- руҳий ҳолатнинг ёмонлашиши.

СТАБИЛ КЕЧАЁТГАН ЎСОКНИ ДАВОЛАШ

Касалликнинг зўрайиши симптомларининг йўқлиги унинг стабил кечаётганлигини кўрсатади

Дуриштириш	
• ингаляция ёрдамида салбутамоп, икки дозадан кунига тўрт мартагача; • агар симптомлар йўқолмаса, ингаляция ёрдамида салбутамоп билан биргаликда паст дозаларда теофиллинни перорал равишда киритиш масаласини кўриб чиқиш; • илложи бўлса, бромид ипратропияси ингаляторларидан (лекин улар анча қиммат туради) фойдаланиш мақсадга мувофиқ, уларни салбутамоп ингаляторлари ўрнига ишлатиш ёки уларга қўшимча равишда ишлатиш мумкин.	Комбинациялашган терапия: • ингаляция ёрдамида икки дозадан кунига тўрт мартагача салбутамоп ёки бромид ипратропияси; • ингаляция учун глюкокортикостероидлар; • узоқ вақт таъсир кўрсатувчи B_2-агонистлари; • перорал равишда теофиллин.

B_2 -агонистлар каби узоқ таъсир қилувчи препаратлар ҳамда антихолинергик дори-дармонлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

1-АМАЛ.
КАСАЛЛИКНИ
НГ ОҒИРЛИК
ДАРАЖАСИ
НИ АНИҚЛАШ

2-АМАЛ.
КАСАЛЛИК
КЕЧИШИНИ
БАҲОЛАШ

3-АМАЛ.
ДАВОЛАШ
УСУЛИНИ
ТАНЛАШ

ЎСОК ЗУРАЙИШИНИ ДАВОЛАШ

- антибиотикларни ЎСОК зўрайишининг 2 мезони мавжуд бўлганида буюриш мақсадга мувофиқ, балғам миқдорининг ортиши ва унинг йиринглигى характерга эга бўлиши ушбу мезонларнинг бири ҳисобланади;
- касалликнинг оғир зўрайишларида аста-секин дозасини камайтириб борган ҳолда, тахминан етти кун давомида 30–40 мгдан перорал равишда преднизолон буюриш;
- небулайзер орқали салбутамоол ва/ёки 0,5 г (2мл) бромид ипратропиясини ингаляция қилишлар сонини орттириш – биринчи 1,5 соат давомида ҳар 30 дақиқада, кейинчалик ҳар 2-4 соатда кўрсатмаларга мувофиқ;
- SaO_2 88 фоиздан кам ёки SaO_2 88 фоиздан ортиқ бўлганида турғун юрак етишмовчилиги сабабли ўпка гипертензияси, периферик шишлар ёки полицитемия (гематокрит 55 фоиздан ортиқ) эга бўлган беморларга кислород концентрациясини 24 ёки 28 фоизга чекловчи юз ниқобидан фойдаланган ҳолда оксигенатор ёрдамида кислород бериш.

4-АМАЛ ТАВСИЯЛАР

ЎСОК – БЕМОРЛАР ВА ОИЛА АЪЗОЛАРИГА ТАВСИЯЛАР

- Чекиш ва хоналардаги ҳавонинг ифлосланиши ЎСОК учун асосий хавф омили эканлигини беморлар ва уларнинг оила аъзолари тушуниб етишлари керак. Шунинг учун ЎСОКга чалинган беморлар чекишни ташлашлари ва тамаки тутуни ва чанг таъсиридан ўзларини эҳтиёт қилишлари лозим.
- Овқат тайёрланадиган хоналарнинг ҳавоси янгиланиб турилиши лозим; овқат тайёрланаётган пайтда хонанинг эшик ва деразалари очиб қўйилиши керак.
- Агар иложи бўлса, ўтин ёки кўмирда овқат уйдан ташқарида тайёрланиши ёки ошхона тутунни тортиб олиш учун мўри билан жиҳозланган бўлиши лозим.
- Касбий фаолият натижасида чанг ёки ҳавони ифлослантирувчи моддалар тўпланадиган хоналарда ишлашга чек қўйиш лозим. Ҳимоя ниқобларидан фойдаланиш етарли даражада йўл-йўриқ берилганида ва улар тегишли конструкцияга ва етарлича Ҳимоя даражасига эга бўлганида фойдали бўлиши мумкин.

МУТАХАССИСГА ЙўЛЛАНМА БЕРИШ

- диагноз шубҳа туғдирганида;
- касалликнинг ривожланиши;
- қисқа вақтда таъсир қилувчи бронходилляторлар дозаси орттирилганида камаймайдиган оғир нафас сиқилиши ҳолатларида;
- жисмоний зўриқишга чидамлилиқ пасайганида;
- HcT 50 фоиздан кам, қоннинг кислород билан тўйиниши (SaO_2) 90 фоиздан кам, гематокрит 55 фоиздан ортиқ бўлганида;
- нафас олиш етишмовчилиги ва ўпка гипертензияси ҳолатларининг зўрайиб боришида;
- бир йилда икки мартадан ортиқ зўрайганида;

- тана массаси индекси 20дан пасайганида;
- оғир ҳамроҳ касалликлар билан бирга кечувчи ЎСОКга чалинган ва 65 ёшдан катта беморлар.

КАСАЛХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

- клиник симптомларнинг кучайиши (масалан, тинчлик ҳолатида қўққисдан нафас сиқилишининг ривожланиши);
- ЎСОКнинг касаллик бошланишидан бошлаб оғир кечиши;
- нафас олиш ва юрак фаолиятидаги етишмовчилик клиник белгиларининг намоён бўлиши (цианоз, периферик шишлар, илк бор пайдо бўлган юрак аритмияси) билан бирга кечувчи ЎСОК;
- уйда даволашдан ижобий ўзгаришларнинг йўқлиги ёки даволаш фонида бемор аҳволининг оғирлашиши;
- оғир ҳамроҳ касалликлар ва беморнинг кекса ёши;
- онг бузилишлари (онгнинг чалкашиши, сусткашлик, кома);
- бошқа касалликлар билан бирга дифференциал диагностикани ўтказиш зарурати;
- уй шaroитларида даволаш имкониятининг йўқлиги.

ЎСОКГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРНИ РЕЖАЛИ КЎЗАТИШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ САТ – тест (2-иловага қаранг) ■ пикфлоуметрия ■ НЧЧТ < 50 фоиз бўлган беморларда пульсоксиметрия | <p><u>Бир йилда бир маротаба</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ спирометрия ■ кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси ■ электрокардиография ■ гриппга қарши эмлаш |
|---|---|

Мақсадли лаборатория ва instrumental тадқиқотлар рўйхати, режалаштирилган ёки мутахассис маслаҳатлашувлар кўрсатмаларига мувофиқ, шу жумладан, ХРЗ (БА ва КОАХ), билан беморларнинг ХАРАКАТ диспансер назорати бўйича Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги норматив ҳужжатларга мувофиқ ХАРАКАТга оширилади. (Қаранг ва ХРХ билан бемор учун индвидуал бошқарув режаси шаклини фойдаланиш; илова 3.1).

УАШ Ф.И. _____ Ҳамшира Ф.И. _____
 Мижознинг Ф.И. _____ Жинси: 1. Эркак 2. Аёл Ёши _____
 амбулаторной карты Номери _____ Диагноз: 1. БА; 2. ЎСОК

	1-ташриф Сана:	2-ташриф Сана:	3-ташриф Сана:	4-ташриф Сана:
Сўров				
Тамаки маҳсулотлари, ёқилғи ёниш маҳсулотлари ва чангларни (пассив чекувчи) тобелик	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Тамаки маҳсулотларини истеъмол қилиш (агар жавоб "Ҳа" бўлса сонини ва қанчадан бери истеъмол қилишини аниқланг)*	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
– Сигарета (1), Носвой (2), Чилим (3), Бошқа(4)				
Агар истеъмол қилмаса, қачон ташлаганини аниқлаштиринг – 12 ой ва ундан олдин – 12 ойдан кам	Ҳа Ҳа	Йўқ Йўқ	Ҳа Ҳа	Йўқ Йўқ
Алкоголь истеъмол қилиш (агар жавоб "Ҳа" бўлса кунига/ҳафтада истеъмол қилинаётган алкоголь бирлиги**	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
• 1-2 бирлик ва ундан кам	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
3-6 бирлик	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
6 ва ундан ортиқ бирлик***	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Меҳнат фаолиятида: фаол ми? (ҳа/йўқ)	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Жисмоний фаолликка аҳамият берасизми? 30 минутдан кўп, ҳафтасига 5 кун? (ҳа/йўқ)	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Бир кунда мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш -5 порция(400г) ва ундан кўп -5 порция(400г)дан кам	Ҳа Ҳа	Йўқ Йўқ	Ҳа Ҳа	Йўқ Йўқ
Соғлом овқатланишнинг бошқа муаммолари ****				
*тамаки маҳсулотларининг ракамини ёзинг**Истеъмол қилинаётган алкогольнинг бирлигини ҳисобланг ва ёзинг: Бир бирликни 25 мл – арақ, коньяк, ликер, виски, бренди; 100 мл – вино ҳамда шампан виноси; 250 мл – пиво ***алкоголнинг тегишли бирликларини ҳар қандай муносабат билан (байрам, туғилган кун, меҳмонга борганида ва ҳ.к.) қабул қилиш. ****жисмоний юклама туфайли юрак уришлар сонинг тезлашиши ва нафас сиқилиши юзага келишини ҳисобга олинг *****ош тузи, қанд, ёғларни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиш.				
Яқинда ўтказилган ўРК *	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Анамнезда аллергия касалликларни мавжудлиги	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Ирсиятда БА	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ
Симптом/хуруж: такрорийлик ҳафтада/ойда				
– йўтал				
– бўғилиш хуружи				
– хуштаксимон нафас қурилишлари				
– кўкрак қафасини қисилиш ҳисси				
Авж олиш статуси:				
– хуруж такрорийлиги				
– сабаблари				
Текширув ва ташҳис				
Нафас тезлиги				
Пульс тезлиги				
АБ				
Буйи, вазни/Тана вазни индекси				
Бел айланаси				
Нафас чиқиш чўккиси тезлиги кўрсаткичи (ПСВ)				
Спирометрия кўрсаткичи, ФЎТС (ФЖЁЛ)				

БА назорати бўйича баҳолаш тест натижалари									
ЎСОК назорати бўйича баҳолаш тест натижалари (САТ-тест)									
Кўкрак қафаси Рентгенографияси	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Йўқ
ЭКГ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Йўқ
Диагноз, оғирлик даражаси									
Маслаҳат ва даволаш									
Чекишни ташлаш бўйича	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Йўқ
Парҳез ва жисмоний фаоллик бўйича	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Йўқ
Алкоголни чеклаш бўйича	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Йўқ
Аллергик факторларни кўзгатувчидан қочиш бўйича	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Йўқ
Дори препаратлари ва кунлик дозаси									
1-ташриф									
2-ташриф									
3-ташриф									
4-ташриф									
Йўлланмага сабаб* (кодни кўрсатинг)									
Мутахассис ёки стационар билан қайта боғланиш	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Ҳа	Йўқ	Йўқ
УАШ имзоси									
Ҳамшира имзоси									
Мижоз имзоси									

*- мутахассис ёки стационарга йўлланма бериш сабабининг кодини кўрсатинг

Йил давомида БАЎСОКни пасайтириш бўйича топшириқлар	Эришиш муддатлари	Мақсадга эришилдими?	
1		Ҳа	Йўқ
2		Ҳа	Йўқ
3		Ҳа	Йўқ
Нима учун мақсадга эришилмаганлиги ҳақида умумий шарҳлар			

* Йўлланма бериш кодлари

	Бронхиал астма учун:	ЎСОК учун:
Маслаҳат учун	1. Даволаш фонида касаллиқнинг ёмон назорат қилиш ва кузатиш; 2. Ташхис ҳақида шубҳа қилиш 3. Сомнения в диагнозе 4. Касаллиқни назорат этиш учун мунтазам равишда преднизолон қабул қилиш. 5. Ҳамроҳ касалликлар	10. Ташхис ҳақида шубҳа қилиш 11. Тез ривожланаётганда 12. Қисқа таъсир қилувчи бронходилататорлар дозасининг ошиши билан камаймайдиган оғир нафас қисиши 13. Жисмоний фаолият толерантлигининг пасайиши билан ПСВ билан 50% дан кам, қон кислороди тўйинганлиги (СаО ₂) 90% дан кам, гематокрит 55 дан ортиқ% 14. Нафас етишмовчилиги ва ўпка гипертензия ҳодисаларининг ривожланиши 15. Йилига 2 мартадан ортиқ қайталиниши 16. 20 дан кам тана массаси индексининг пасайиши 17. ХОБЛ касаллиги бор 65 ёшдан ошган беморлар жиддий ёндош касалликлар билан
Стационар даволаш учун	6. Қаттиқ зўриқиш (астматик ҳолат) 7. Даволаш давомида бир соатдан сўнг бўғилиш хуружи тўхтамаганда 8. ПСВ 60% паст бўлган мижозларга салбутамоил ингаляциясидан сўнг ёки или қонда кислород (СаО ₂) миқдори 90% кам бўлса, ёки пульс 120 дан ортиқ бўлганда, ёки бир дақиқада нафас олиш тезлиги 30дан ошган бўлса 9. Бўғилишнинг оғир хуружлари ёки охириги ҳафта давомида нафас қисишининг ортиши	18. Клиник кўринишларнинг кучайиб бориши 19. ЎСОК оғир кечиси 20. ЎСОК нафас олиш ва юрак етишмовчилигининг клиник кўринишлари билан 21. Даволашнинг таъсири йўқлиги ёки аҳволнинг ёмонлашуви Оғир ёндош касалликлар ва беморнинг кекса ёши. 22. Онгининг бузилиши 23. Бошқа касалликлар билан дифференциал ташхис қўйиш зарурияти 24. Уйда даволаш мумкин эмаслиги 25. Бошқа ҳолатлар

3.2 - илова

12 ЁШДАН КАТТА БОЛАЛАР ВА ЁШИ КАТТАЛАР УЧУН БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ БЎЙИЧА БАҲОЛАШ ТЕСТИ

1-савол. Охирги 4 hafta давомида қанчалик тез-тез астма касаллиги Сизга ўқув муассасаси, иш ёки уйда одатдаги ҳажмдаги ишларни бажаришга имконият бермади?

- 1) ҳар доим (1 балл);
- 2) жуда тез-тез (2 балл);
- 3) баъзида (3 балл);
- 4) жуда кам (4 балл);
- 5) ҳеч қачон (5 балл)

2-савол. Охирги 4 hafta давомида қанчалик тез-тез Сиз ўзингизда нафас олишда қийналиш сездингиз?

- 1) кунига 1 мартадан кўп (1 балл);
- 2) кунига бир марта (2 балл);
- 3) haftaда 3дан 6 мартагача (3 балл);
- 4) haftaда 1 ёки 2 марта (4 балл);
- 5) бир марта ҳам сезмадим (5 балл).

3-савол. Охирги 4 hafta давомида қанчалик тез-тез Сиз тунда ёки одатдагидан барвақт астманинг симптомлари (хуштаксимон нафас олиш, нафас олишнинг қийинлашиши, кўкракда сиқилиш ҳисси ёки оғриқ) туфайли уйғониб кетдингиз?

- 1) haftaда 4 кеча ва ундан ортқ (1 балл);
- 2) haftaда 3-4 кеча (2 балл);

- 3) haftaда 1 марта (3 балл);
- 4) 1 ёки 2 марта (4 балл);
- 5) 1 марта ҳам уйғонмади (5 балл).

4-савол. Охирги 4 hafta давомида Сиз қанчалик тез-тез таъсир қилувчи ингальятор (масалан, Вентолин, Беротек, Беродуал, Атровент, Сальбутамол, Саламон, Сальбен, Астмопент) ёки дори-дармонли (масалан, Беротек, Беродуал, Небула Вентолини) небулайзердан (аэрозолли препарат) фойдаландингиз?

- 1) бир кунда 3 марта ва ундан кўп (1 балл);
- 2) бир кунда 1 ёки 2 марта (2 балл);
- 3) бир haftaда 2 ёки 3 марта (3 балл);
- 4) бир haftaда 1 ва ундан кам марта (4 балл);
- 5) бир марта ҳам фойдаланмадим (5 балл).

5-савол. Охирги 4 hafta давомида астма касаллигини назорат қилиш ҳолатини Сиз қандай баҳолайсиз?

- 1) умуман назорат қилиб бўлмади (1 балл);
- 2) яхши назорат қила олмадим (2 балл);
- 3) маълум даражада назорат қила олдим (3 балл);
- 4) яхши назорат қила олдим (4 балл);
- 5) тўлиқ назорат қила олдим (5 балл).

Тест натижалари баллнинг йиғиндисидан иборат:

- 25 балл – тўлиқ назорат;
- 20-24 балл - астма яхши назорат қилинади, лекин тўлиқ эмас;
- 19 балл ва ундан кам – назорат қилинмайдиган астма;
- 14 балл и ундан кам – беморда астма жиддий назоратдан чиққан.

4 ЁШДАН 12 ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАР УЧУН БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ БЎЙИЧА БАҲОЛАШ ТЕСТИ

Боладан қуйидаги саволларга жавоб беришни илтимос қилинг.

1. Сенда астма билан боғлиқ бўлган ахволинг қалай?

				НАТИЖА !
0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	
Жуда ёмон	Ёмон	Яхши	Жуда яхши	

2. Бронхиал астма касаллиги Сенга югуриш, жисмоний тарбия билан шуғулланиш ёки спорт ўйинларини ўйнашга қанчалик халал беради?

				НАТИЖА !
0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	
Жуда халал беради, мен ўзим хоҳлаганини қила олмайман.	Халал беради ва бу мени хафа қилади.	Озгина халал беради, лекин бу ёмон эмас.	Халал беради.	

3. Астма туфайли йўталасанми?

				НАТИЖА !
0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	
Ҳа, ҳар доим.	Ҳа, тез-тез.	Ҳа, баъзида.	Йўқ, ҳеч қачон.	

4. Тунда астма туфайли уйғониб кетасанми?

				НАТИЖА !
0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	
Ҳа, ҳар доим.	Ҳа, тез-тез.	Ҳа, баъзида.	Йўқ, ҳеч қачон.	

Қуйидаги саволларга болаларнинг ота-оналари болаларнинг иштирокисиз жавоб берадилар.

5. Охириги 4 hafta давомида кундузи фарзандингиз қанчалик тез-тез бронхиал астма касаллигининг қандайдир симптомларини ўзида ҳис қилган?

0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл	НАТИЖА !
1 кун ҳам ҳис қилмаган	1-3 кун	4-10 кун	11-18 кун	19-24 кун	Ҳар куни	

6. Охириги 4 hafta давомида кундузи фарзандингизда бронхиал астма касаллиги туфайли ҳуштаксимон нафас олиш юз берган?

0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл	НАТИЖА !
1 кун ҳам юз бермаган	1-3 кун	4-10 кун	11-18 кун	19-24 кун	Ҳар куни	

7. Охириги 4 hafta давомида фарзандингиз бронхиал астма касаллиги туфайли тунда неча марта уйғониб кетган?

0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл	НАТИЖА !
1 марта ҳам	1-3 кун	4-10 кун	11-18 кун	19-24 кун	Ҳар куни	

уйғонмага
Н
20 ва унда юқори балл назорат қилинувчи астмага мос келади; 19 ва ундан
сам балл астма етарлича самарали назорат қилинмаётганидан далолат
беради.

ЎСОКни баҳолаш бўйича тест

(COPD Assessment Test – CAT тест)

Қуйида келтирилган бандларда ҳозирги пайтда аҳволингизни энг аниқ акс эттирувчи квадратда белги (X) қўйинг. Ҳар бир саволга фақат битта жавоб танлаганингизга ишонч ҳосил қилинг.

Мен ҳеч қачон йўталмайман	0	1	2	3	4	5	Мен доимо йўталаман
Ўпкамда умуман балғам (шилимшиқ) йўқ	0	1	2	3	4	5	Ўпкам балғамга (шилимшиққа) тўлган
Мен кўкрак қафасимда сиқилишни ҳис қилмайман	0	1	2	3	4	5	Мен кўкрак қафасимда кучли сиқилишни ҳис қиламан
Тепаликка ёки зинадан кўтарилаётганимда мен ҳансирайман	0	1	2	3	4	5	Тепаликка ёки зинадан кўтарилаётганимда менда кучли ҳансираш пайдо бўлади

Менинг уйдаги ҳар кунлик фаолиятим чекланмаган	0	1	2	3	4	5	Менинг уйдаги ҳар кунлик фаолиятим жуда чекланган
Касал бўлишимга қарамасдан, мен уйдан чиқаётганимда ўзимни дадил ҳис қиламан	0	1	2	3	4	5	Касаллигим туфайли мен уйдан чиқаётганимда ўзимни бутунлай дадил ҳис қилмайман
Мен яхши ухлайман	0	1	2	3	4	5	Ўпка касаллиги туфайли мен жуда ёмон ухлайман
Менда қувват кўп	0	1	2	3	4	5	Менда қувват йўқ

0 – 10 балл – ЎСОК беморнинг ҳаётига озгина таъсир кўрсатади
 11 – 20 балл – ЎСОК беморнинг ҳаётига ўртача таъсир кўрсатади
 21 – 30 балл – ЎСОК беморнинг ҳаётига кучли таъсир кўрсатади
 31 – 40 балл – ЎСОК беморнинг ҳаётига жуда кучли таъсир кўрсатади

Қысқартмалар

АД	Артериальное давление	Артериал босими
АГ	Артериальная гипертония	Артериал гипертония
БАБ	Бета адреноблокаторы	Бета блокатор
БКК	Блокаторы кальциевых каналов	Кальций канал Блокатори
БРА II	Блокаторы рецепторов ангиотензина II	Ангиотензин II Рецепторлари блокатори
ИАПФ	Ингибиторы ангиотензин превращающий фермент	ангиотензинга айлантирувчи фермент Ингибиторлари
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения	Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти
ГН	глюкоза плазмы натощак	Оч қоринга плазмадаги глюкоза
ГПП	глюкоза плазмы постпрандиальная (через 2 часа после еды)	постпрандиал плазма глюкоза (овқатдан 2 соат кейин)
ДАД	диастолическое артериальное давление	диастолик қон босими
ИМТ	Индекс массы тела	Тана вазни Индекси
КП	Клинический протокол	Клиник протокол
ПЕН (PEN)	Пакет основных вмешательств для основных неинфекционных заболеваний	Асосий юқумли бўлмаган касалликлар учун асосий аралашувлар тўплами
ПСВ	пиковая скорость выдоха	Нафас чиқариш чўққи даражаси
ПМСП	Первичная медико – санитарная помощь	Бирламчи тиббий- санитария ёрдами
САД	систолическое артериальное давление	систолик артериал босими
СД	сахарный диабет	Қандли диабет
САТ	оценочный тест по контролю ХОБЛ (COPD Assessment Test)	ЎСОК Баҳолаш Тест
СП	Семейная поликлиника	Оилавий поликлиника
ССЗ	Сердечно сосудистые заболевания	Юрак-қон томир касалликлари
ССР	сердечно сосудистый риск	Юрак-қон томир хавфи
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких	ўпканинг сурункали обструктив касаллиги
ХРЗ	Хронические респираторные заболевания	Сурункали респиратор касалликлари
Ингибиторы DPP-4 (ДПП-4)	Ингибиторы дипептидилпептидазы 4 (Глиптины)	4 дипептидилпептидаза (Глиптин) ингибитори
Ингибиторы SGLT-2 (НГКТ-2)	Ингибиторы натрий-глюкозного контранспортера	Натрий-глюкоза контранспортер ингибиторлари
Агонисты рецепторов GLP-1 (ГПП-1)	Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида	Глюкагон каби -пептид рецепторлари агонистлари

Фойдаланилган адабиётлар ва электрон ресурслар рўйхати

1. Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2013
2. HEARTS. Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Risk based CVD management. WHO. 2020
3. HEARTS. Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Evidence-based treatment protocols. WHO. 2018
4. HEARTS - D. Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes. WHO. 2020
5. WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. WHO. 2020
6. HEARTS. Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Healthy life style counselling. WHO. 2020
7. Global Hypertension Practice Guidelines. International Society of Hypertension. 2020
8. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. 2018
9. Cardiovascular Disease Primary Prevention Clinical Practice Guidelines. ACC/AHA 2019
10. Российский кардиологический журнал. ISSN 1560-4071 (print); ISSN 2618-7620 (online). № 2. 2020
11. American diabetes association standards of medical care diabetes. 2020
12. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. 2019
13. Guide to Prescribing and Titrating Gliclazide Therapy. NHS. Updated by Buckinghamshire ICS Diabetes Reference Group August 2019
14. NICE guideline. Type 2 diabetes in adults: management. Last update December 2020
15. SIGN guideline. Management of diabetes. Updated November 2017
16. Management of type 2 diabetes. A handbook for general practice. RACGP. Diabetes Australia. 2020
17. Canadian journal of diabetes. Clinical practice guideline. Hyperglycemic Emergencies in Adults. 2018

Электронные ресурсы:

1. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/heart/en/
2. HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care: risk based cvd management
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333221/9789240001367-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Diagnosis and management of type 2 diabetes (HEARTS-D).
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333221/9789240001367-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Treatment of hypertension. E-module of the HEARTS technical package.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260421/WHO-NMH-NVI-18.2-eng.pdf?sequence=1>
5. HEARTS - D. Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes. WHO. 2020
<https://www.who.int/publications-detail/who-ucn-ncd-20.1>
6. Implementation tools: package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. WHO PEN Protocol 3.1 and 3.2

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/133525/9789241506557_eng.pdf?sequence=1

7. A Guide for tobacco users to quit. WHO.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112833/9789241506939_eng.pdf?sequence=1
8. A Guide for healthy life style counselling. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260422/WHO-NMH-NVI-18.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Self-care among patients with cardiovascular disease, diabetes or respiratory diseases.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/133525/9789241506557_eng.pdf?sequence=1
10. Palliative care. Practice points.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>
11. Diabetes care. <http://WWW.DIABETES.ORG/DIABETESCARE>
12. NICE guideline. Management Diabetes type 2. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28>
13. <http://www.canadianjournalofdiabetes.com>
14. IDF (International Diabetes Federation) guideline DM 2 in primary care 2020.
<https://idf.org/component/attachments/attachments.html?id=1585&task=download>
15. IDF (International Diabetes Federation) guideline DM 2 in primary care 2020. <https://idf.org/e-library/guidelines/128-idf-clinical-practice-recommendations-for-managing-type-2-diabetes-in-primary-care.html>
16. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/resources/type-2-diabetes-in-adults-management-pdf-1837338615493>