

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Соғлиқни сақлаш
вазирлиги илмий-техник кенгаш
Раиси
_____ **Ш.К.Атаджанов**
« _____ » _____ 2025 й.

ИСМОИЛОВА ЮЛДУЗ АБДУВОҲИДОВНА

**СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРГА
ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ ТАШКИЛ ЕТИШНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

(Монография)

Самарқанд 2025

муаллиф: Ю.А. Исмоилова– (PhD), Самарқанд давлат тиббиёт университети дипломдан кейинги таълим факультети терапия, кардиология ва функционал диагностика, кардиохирургия курси билан кафедраси ассистенти

Исмоилова Ю.А./ Сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этишни такомиллаштириш

Самарқанд 2025.-112 бет.

Такризчилар:

т.ф.д.,проф. М.Г.Мухаммедова., т.ф.д.,проф. Ташкенбаева Э.Н.

Аннотация

Монографияда сурункали юрак етишмовчилигини патогенетик механизмларини инобатга олган холда амбулатор босқичда сурункали юрак етишмовчилиги марказини очиш йўли билан беморларга тиббий ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш жихатлари тасвирланган.

Аннотация

В монографии описаны аспекты улучшения медицинской помощи больным путем открытия центра хронической сердечной недостаточности на амбулаторном этапе с учетом патогенетических механизмов хронической сердечной недостаточности.

Annotation

The monograph describes the aspects of improving medical care for patients by opening a chronic heart failure center at the ambulatory stage, taking into account the pathogenetic mechanisms of chronic heart failure.

Кардиологлар, умумий амалиёт шифокорлар, кардиология бўйича магистратура ва клиник ординатура резидентлари учун.

ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР, БИРЛИКЛАР, СИМВОЛЛАР ВА АТАМАЛАР РЎЙХАТИ

АГ	артериал гипертензия
АРНИ	ангиотензин рецептори ва неприлизин ингибитори
БФ	бўлмачалар фибрилляцияси
ГФТ	гломеруляр филтрация тезлиги
ДҚБ	диастолик қон босими
АЎФи	ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибитори
НГКТ-2и	натрий глюкоза ко-транспортер-2 ингибитори
КХБШ	клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи
ҚД 2 тип	қандли диабет
МИ	миокард инфаркти
МКРА	минералокортикоид рецептор антагонисти
НУП	натрий уретик пептид
ОДЮТ	олти дақиқали юриш тести
ЯПОАК	янги перорал антикоагулянтлар
РААТ	ренин ангиотензин алдостерон тизими
САТ	симпатоадренал тизим
СҚБ	систолик қон босими
СЮЕ	сурункали юрак етишмовчилиги
ЎДЮЕ	ўткир декомпенсацияланган юрак етишмовчилиги
ЎСОК	ўпканинг сурункали обструктив касаллиги
ФС	функционал синф
ХД	ҳалқали диуретик
ОФ _{оралик} ЮЕ	отиш фракцияси орпалиқ юрак етишмовчилиги
ОФ _{паст} ЮЕ	отиш фракцияси паст юрак етишмовчилиги
ОФ _{сақ} ЮЕ	отиш фракцияси сақланган юрак етишмовчилиги
ОФ	отиш фракцияси
ЮИК	юрак ишемик касаллиги
ЮҚС	юрак қисқаришлар сони
ЮСРК	юракнинг сурункали ревматик касаллиги
ЭКГ	Электрокардиография
ЭхоКГ	Эхокардиография
РИКИАТАСВМФ	Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Самарқанд вилояти минтақавий филиали
ЮҚТТК	Юрак қон томир тизими касалликлари

Сўз боши

Тиббиёт ривожланишининг ҳозирги босқичи СЮЕ билан оғриган беморларнинг сони ортиб бораётгани, СЮЕ декомпенсация босқичи ривожланиш хавфи юқори бўлиб, қайта госпитализация сонини ошиб бораётганини кўрсатмоқда.

Ушбу монографияни мазмуни сурункали юрак етишмовчилигини патогенетик механизмларини инобатга олган ҳолда амбулатор босқичда сурункали юрак етишмовчилиги марказини очиш йўли билан беморларга тиббий ёрдам кўрсатишни такомиллаштиришдан иборат.

Дунё мамлакатларининг олимлари тажрибаси шуни кўрсатадики, шифохонадан чиқарилгандан сўнг, 6 ой давомида мутахассислар томонидан кузатилмаган СЮЕ билан касалланган беморларда бир йил ичида 43% ўлим хавфи кузатилди (Козиолова Н.А., Никинова Ю.Н., Шилова Я.Э. 2013). СЮЕ юрак-қон томир тизими касалликларининг якунидир ва умумий ўлим ва юрак-қон томир касалликларидан ўлим хавфининг сезиларли даражада ошиши билан тавсифланади. Европа ва АҚШда тарқалиш даражаси 2% дан 3,3% гача, асоратлар ва госпитализация туфайли, соғлиқни сақлаш тизимида иқтисодий юки СЮЕ даволашни умумий қийматининг 70-80% ни ташкил қилади (Kaul P., McAlister F., Ezekowitz J. et al. 2010).

739 беморни ўз ичига олган ШАНС (Школа и амбулаторного наблюдения больных с СН) (2003 йил, Россия) тадқиқотида СЮЕ беморларини амбулатор кузатуви босқичларида кетма-кет ўқитиш ва амбулатор мониторингнинг таъсири баҳоланди ва бу тадқиқотда қайта госпитализациялар сони; амбулатория босқичида терапияни кучайтириш зарурати; ҳаёт сифатини аниқлаш; даволаш харажатлари; ўлимлар сони каби кўрсаткичлар баҳоланиб, доимий амбулатор кузатувдан бўлган беморларда ўлимлар ва қайта госпитализация 2 баробарга кам бўлиши исботланган. Сурункали юрак етишмовчилиги бўлган 4744 беморда ўтказилган DAPA-HF тадқиқоти (2019) НГКТ-2и дапаглифлазинни қўллаш

плацебо билан солиштирганда юрак-қон томир тизими касалликларидан ўлимни ва декомпенсация ҳолатларини сезиларли даражада камайтириши мумкинлигини исботлади.

Ҳозирги кунда СЮЕ бўлган беморларни амбулатор шароитда олиб боришда уларни ўзини ўқитишга мўлжалланган ўқув дастурлар касаллик иккиламчи профилактикасидаги истиқболли йўналишлардан биридир. Ушбу дастурлар СЮЕ билан оғриган беморлар ва улар қариндошларининг беморлар саломатлиги ҳолатига оид ахборот билан таъминланишини ошириш, ҳаёт сифатини яхшилаш йўллари, саломатлиги ҳолатини мустақил назорат қилиш ва ўз-ўзига ёрдам бериш усуллари бўйича қатор чора-тадбирларни камраб олади. (Asadi P., Ahmadi S., Abdi A. 2019; Mei J., Tian Y., Chai X. 2019).

Мамлакатимизда Қурбонов Р.Д., Гадаев А.Г., Абдуллаев Т.А., Камилова У. К каби етакчи олимлар СЮЕ муаммоси бўйича илмий тадқиқотлар олиб боришган. Хусусан, СЮЕ оқибати ва кечишига нейрогуморал, эндотелиал дисфункция ва генетик омилларнинг роли ўрганилган (Қурбанов Р. Д., 2016; Камилова У. К., 2016).

Монография билан ишлаш жараёнида, имкон қадар тўлиқ ва тизимли тарзда замонавий малумотлардан фойдаландик. Бу монография соғлиқни сақлашнинг асосий вазифаларидан бири бўлган юрак-қон томир тизими касалликлари билан оғриган беморларни даволаш самарадорлигини оширишга хизмат қилади.

КИРИШ

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) 9 декабрь 2020 йил маълумотларига кўра, «...бутун дунёда ўлимнинг асосий сабаби 3 гуруҳ касалликлар бўлиб қолмоқда, булардан биринчиси юрак-қон томир тизими касалликлари (юрак ишемик касаллиги (ЮИК), инсульт), иккинчиси респиратор касалликлар (ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК), пастки нафас йўллари инфекцияси) ва учинчиси неонатал патологик ҳолатлардир...»¹. Юрак-қон томир тизими касалликлари бутун дунёда ўлимнинг асосий сабабидир: ҳар йили 17,9 миллионга яқин киши юрак-қон томир касалликларидан вафот этмоқда. Энг кенг тарқалган ўлимнинг сабаби сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бўлиб, жаҳонда умумий ўлим сонининг 16% СЮЕга тўғри келади.

Бугунги кунда дунёда СЮЕ авж олишининг патогенетик асосларини ўрганиш ва уларга таъсир этиш усулларига йўналтирилган, шунингдек СЮЕ билан хасталанган беморлар давосида юқори самарадорликка эришишга бағишланган қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Хусусан, СЮЕ оғирлиги билан беморларни даволашга бўлган лаёқатлиги орасидаги ўзаро боғлиқликни ўрганиш ва беморлар учун уларга касалликни назорат қилиш ҳамда дори-дармонларни рационал қабул қилиш асосларини тўғри ўргатиш мақсади кўзланган «Юрак етишмовчилиши марказини»ини ташкил этиш муҳим аҳамият касб этмоқда. Шу муносабат билан СЮЕ кечишини муайян гуруҳ беморларда ўрганиш ва улар давосини мақбуллаштириш усулини ишлаб чиқиш ушбу соҳа мутахассислари олдида турган долзарб вазифалардан ҳисобланади.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий хизмат тизимни жаҳон талабларига мослаштириш, жумладан юрак-қон томир касалликларини эрта ташхислаш орқали унинг асоратларини камайтиришга қаратилган кенг қамровли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва

¹ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»² каби вазифалари белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022 — 2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармонлари, 2021 йил 25 майдаги ПҚ–5124-сон «Соғлиқни сақлаш соҳасини комплекс ривожлантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар», 2022 йил 26 январдаги ПҚ–103-сон «Юрак-қон томир касалликларининг олдини олиш ва даволаш сифатини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида» Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур монография муайян даражада хизмат қилади.

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590 сонли «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида» ги Фармони.

I БОБ. Сурункали юрак етишмовчилигининг тарқалиши, этиологияси ва хавф омиллари.

Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) дунё мамлакатлари, жумладан, Ўзбекистонда ҳам соғлиқни сақлаш тизимининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда [107]. СЮЕ асосан беморга, унинг аτροφ-муҳитига ва давлатга оғир юк бўладиган касалликдир. СЮЕ билан оғриган беморларнинг 30% бир неча ойдан кейин касалхонага қайта ётқизилади, 40% ўз-ўзини парвариш қилишга қодир эмас, беморларнинг 50%, яъни ярми ташхисдан кейин, самарали даволаш мавжуд бўлмаганда, 5 йил ичида вафот этади, 60% руҳий тушкунлик ва ҳаёт учун мотивацияни йўқотади, чунки улар белгиланган терапиядан ўзларини яхши ҳис қилишларига ишонмайдилар [63].

Ҳозирги кунда Европада СЮЕ 3/1000 киши-йил (барча ёш гуруҳлари орасида) ёки 5/1000 киши-йил барча катта ёшлилар орасида учрайди [80]. Юрак етишмовчилигининг тарқалиши катталар аҳолиси орасида 1-2% ни ташкил қилади. Тадқиқотлар одатда фақат аниқланган/ташхис қўйилган СЮЕ ҳолатлари ўз ичига олганлиги сабабли, ҳақиқий тарқалиш эҳтимоли юқоридир [71]. Тарқалиши ёш катталари билан ортади: масалан 1% <55 ёш, 10% гача 70 ва ундан катта ёшдаги шахслар орасида учрайди [80].

Одатда СЮЕ бўлган беморларнинг 50% ОФпастЮЕ деб ҳисобланади ва 50% ОФсақЮЕ/ОФоралиқЮЕга эга. Узок муддатли регистри ESC натижасига кўра, 60% амбулатор беморларда ОФпастЮЕ, 24% ОФсақЮЕ ва 16% ОФоралиқЮЕ бор. СЮЕ билан оғриган беморларнинг > 50% аёллардир [80].

XX асрда ҳам, XXI асрда ҳам сурункали юрак етишмовчилиги юрак-қон томир тизими касалликларининг ўлимга олиб келадиган оғир асорати бўлиб келган ва шундай бўлиб қолмоқда. Бир қатор тадқиқотларга кўра, СЮЕ беморининг ҳар бир касалхонага ётқизилиши вазиятнинг қисқа муддатли яхшиланишини таъминлайди, аммо бемор кардиомиоцитларнинг ўлими билан боғлиқ бўлган юрак фаолиятининг янада сезиларли пасайиши билан касалхонани тарк этади [43,72].

СЮЕ билан касалланган ҳар иккинчи бемор ташхисдан кейин 5 йил ичида вафот этади. Касалхонага ётқизилганидан кейин ҳар ўнинчи бемор 30 кундан кейин, ҳар бешинчи бемор эса бир йил ичида вафот этади [49]. 2017 йилда ўтказилган тадқиқотда СЮЕ билан оғриган беморларнинг омон қолиш даражаси

м
а
ъ
л
у
м

36 миллион аҳолига эга Ўзбекистонда, ҳозирги кунга қадар ЮҚТТК касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари етакчи ўринни эгаллаб, Ўзбекистонда умумий ўлим таркибининг 59,3 % юрак қон томир касаликларидан ўлимга тўғри келади [27].

В 2020-2022 йиллардаги 2 йил давомида, шифохоналар ва деярли барча шифохоналарнинг қайта профилланиши туфайли глобал Covid-19 пандемияси подир бўлганида, СЮЕдан ўлимлар сони сезиларли даражада ошди, бу ўз вақтида касалхонага ётқизиш ва амбулатор кузатувнинг амалга оширилмаганлигини кўрсатади. СЮЕ ҳозирги вақтда ташхис сифатида ўзозологик бўлимга киритилмаганлиги сабабли, ташхисни тўғри талқин қилиш ва статистик баҳолаш катта аҳамиятга эга. Масалан, ХХI асрда Россия Федерациясида миокард инфаркти (МИ) ни даволашга ёндашувларнинг ўзгариши туфайли СЮЕ ҳолатлари кўпайди. Маълумки, МИни даволашга эпидемиологик ёндашувлар ушбу касалликдан ўлим хавфини камайтиради ва СЮЕ шаклланиши учун асос яратади [34]. Жаҳон амалиётида 2 тип қандли диабет (ҚД) билан оғриган беморларнинг сони сезиларли даражада ошиб бормоқда, бу Ўзбекистон Республикасида ҳам кузатилмоқда. Артериал гипертензия (АГ) ни даволашдаги ютуқларга параллел равишда ўткир цереброваскуляр ишемия, бўлмачалар фибрилляцияси (БФ) билан оғриган беморлар сони ортиб бормоқда, бу эса СЮЕ шаклланиши учун асосдир [34]. Бу фактлар тўғридан-тўғри СЮЕ тарқалишининг ўсишига, сўнгги йилларда СЮЕнинг асосий сабаблари

г
а
н

тузилишининг ўзгаришига ва СЮЕ билан оғриган беморларнинг натижаларига таъсир қилиши мумкин.

Россия федерациясида, сўнгги эпидемиологик тадқиқотларга кўра, СЮЕнинг асосий сабаблари 95,5% ҳолларда гипертония, 69,7% ҳолларда юрак ишемик касаллиги (ЮИК) [34], 15,3% МИ ва 15,9% ҳолларда қандли диабетдир [35]. Тез-тез учрайдиган ва СЮЕ билан оғриган беморларнинг прогнозига сезиларли таъсир кўрсатадиган касалликларнинг иккинчи гуруҳи: анемия 12,3%, ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) 13%, БФнинг сурункали ва пароксизмал шакллари 12,8% ва 10,3% ҳолларда инсульт ташкил қилган [51,78]. Ўзбекистонда СЮЕнинг кам учрайдиган сабабларига қуйидагилар киради: юрак нуқсонлари, миокардит ва турли этиологияли миокарднинг токсик шикастланиши. Ўзбекистонда олиб борилган тадқиқотлар таҳлили шуни кўрсатадики, аксарият ҳолларда СЮЕнинг этиологик сабаби юрак ишемик касаллиги бўлиб қолмоқда (58,8%), бундан ташқари, ҳолатларнинг ярмидан кўпи (68,3%) гипертония билан биргаликда қўшилиб келмоқда, беморларнинг 1/3 қисмида қандли диабет аниқланди. Нокоронаген миокард касалликлари қуйидагича учради: орттирилган ва туғма юрак нуқсонлари 16,2%, кардиомиопатиялар 11,3%, миокардит 1%, АГ ички органларнинг шикастланишисиз 12,7% ҳолларда учрайди [39].

Декомпенсацияга олиб келадиган асосий касалликлар орасида ҳозирги вақтда АГ биринчи ўринда, сурункали юрак ишемик касаллиги иккинчи ўринда, ҚД 2 тип ва дилатацион кардиомиопатия учинчи ўринда туради. Йигирма йил олдин, СЮЕ беморнинг профили бутунлай бошқача эди. Биринчи ўринда юракнинг ревматик касалликлари, кейин ЮИК ва кардиомиопатия турарди. Ҳар бир алоҳида беморда СЮЕнинг етакчи этиологияси СЮЕнинг "клиник фенотипи" тушунчасида акс эттирилади.

Яқинда америкалик олимлар стандарт терапия фонида бузилиш белгилари пайдо бўлганда, юрак етишмовчилигининг кучайишини ўрганишди. Бу шошилиш касалхонага ётқизишни, диуретикларни томир ичига юборишни ва белгиланган терапияни титрлашни талаб қилади. Олимлар юрак

етишмовчилигининг ёмонлашувининг сабабларини аниқлаш зарурлиги ҳақида гапирадиган, бунинг учун гемодинамик мониторингни кучайтириш, хавф омилларига кўпроқ эътибор бериш керак [62].

Европа кардиологлар ассоциацияси юрак етишмовчилигининг ёмонлашишини даволашни кучайтиришни, кўпинча диуретик терапияни талаб қиладиган, олдинги юрак етишмовчилиги бўлган беморларда симптомларнинг ёмонлашиши сифатида аниқлаш мумкин деган хулосага келди. Янги бошланган СЮЕ эпизодлари юрак етишмовчилигининг кучайиши таърифига мос келмайди. Катта эҳтимол билан, даволанишга паст риоя қилиш мавжуд [80]. Россиянинг 2018 йилги "Юрак етишмовчилиги" клиник кўрсатмаларида СЮЕ фенотиплари бўйича бўлиниш йўқ, аммо ташхисни шакллантириш мисолларида биринчи навбатда СЮЕ нинг асосий сабаби бўлиши кераклиги кўрсатилган - бу амалиётда давони индивидуаллаштириш учун имкон беради [24]. Сўнгги йиллардаги хорижий ва маҳаллий адабиётларда СЮЕнинг "клиник фенотипларини" аниқлаш зарурати муҳокама қилинди [3]. Профессор Агеев Ф.Т. ва ҳаммуаллифлар ишида клиник фенотиплар билан биргаликда чап қоринча отиш фракцияси (ЧҚОФ) бўйича СЮЕ таснифини тақдим этдилар [3]. ЮИК ва МИ билан боғлиқ "ишемик" фенотип, ишемик бўлмаган миокард шикастланиши билан боғлиқ бўлган СЮЕни "ишемик бўлмаган" фенотипи, қандли диабет ва семизлик билан боғлиқ "метаболик" фенотип, "гипертензив фенотип" ва бошқа органлар ва тизимларнинг касалликлари билан боғлиқ бошқа фенотиплардир [3]. Ўзбекистонда ҳам СЮЕ билан оғриган беморларда ЮИК ва АГ комбинациясининг юқори тарқалишига эътибор қаратилади [1].

1.2 СЮЕ билан асоратланган касалликлар

ЭПОХА-ХСН тадқиқотида кўра, СЮЕнинг учраш частотаси 5,5%ни ташкил этди. СЮЕнинг асосий сабаблари артериал гипертензия ва юрак ишемик касаллигидир [22,25]. СЮЕ сабаблари сифатида миокард инфаркти ва қандли диабетнинг роли ҳам юқоридир. Муаллифлар таъкидлаганидек, 20 йилдан ортиқ кузатилган СЮЕ III-IV ФС (функционал синф) беморларнинг умр кўриш давомийлиги 3-8 йилни ташкил қилди [30]. Аксарият ривожланаётган

мамлакатларда бўлгани каби Ўзбекистон Республикасида ҳам юрак-қон томир тизими касалликларидан касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Эпидемиологик тадқиқотлар натижаларига кўра, Ўзбекистон аҳолиси орасида артериал гипертензиянинг тарқалиши 30,8% ни ташкил этади [32]. Дастлабки прекlinik босқичда артериал гипертензия асимптоматик бўлиб, фақат ЭКГда чап қоринча гипертрофияси белгилари билан аниқланади. Қон босимини ўлчашда, унинг юқорилиги аниқланади. Кейинчалик, йиллар ўтгач, ЭхоКГ маълумотларига кўра, чап қоринча диастолик дисфункцияси, юракнинг қайта тузилиши, охириги систолик ва охириги диастолик ҳажмнинг ошиши, артериал гипертензия билан оғриган беморларда юракнинг отиш фракцияси одатда бошида 50% ёки ундан кўпни ташкил қилади, шунинг учун СЮЕ мавжудлигини фақат юқори даражадаги натриуретик пептид – NTproBNP билан аниқлаш мумкин [26]. Сурункали юрак ишемик касаллиги, турли функционал синфлари, ўткир коронар синдром, миокард инфаркти ва инфарктдан кейинги кардиосклерози, шунингдек, юрак аритмиялари ва атеросклероз, одатда юракнинг қайта тузилиши ва систолик дисфункцияси, шунингдек, кардиомиопатия билан кечади [37].

Ўзбекистонда олиб борилган тадқиқотларга кўра, нокоронароген миокард касалликлари, хусусан, идиопатик дилатацион кардиомиопатия 23% ҳолларда ташхис қўйилган, шундан перипортал (туғруқдан кейинги) кардиомиопатия беморларнинг 5% да, гипертрофик кардиомиопатия 2% да аниқланган [1]. Юракнинг клапан нуқсонлари, СЮЕнинг асосий сабабларидан бири сифатида, сўнгги ўн йилликларда беморларни даволашда фаол жарроҳлик тактикаси туфайли уларнинг аҳамиятини сезиларли даражада камайтирди [15].

Қандли диабет сўнгги йилларда, айниқса Covid-19 даврида, ушбу касаллик билан касалланганлар сони кўпайди [9]. Ҳозирги кунда, Ўзбекистонда 2 тип қандли диабет билан оғриган беморлар 8,7 % ташкил этади (ВОЗ 2016). Atlas IDF 2017 маълумотларига кўра, дунёда 65-79 ёшдаги 98 миллион қандли диабет билан оғриган беморлар бор ва 2045 йилга келиб 65-79 ёшдаги 191 миллион киши диабетга чалиниши кутилмоқда. 2017 йилда ушбу касаллик билан 20-64

ёшда 327 миллион киши аниқланган бўлса, 2045 йилга келиб 20-64 ёшдаги 438 миллион нафар қандли диабет билан касалланган беморлар бўлиши кутилмоқда. Қандли диабет дунёда "ярим қоида"га эга [17]. Ташхисга эга бўлган барча маълум беморларнинг атиги 50% да ташхис қўйилган, улардан фақат 50% адекват терапия олади, улардан фақат 50%и даволаш мақсадига эришади, қолган 6% эса адекват даволаш билан узоқ вақт асоратларсиз яшайди. Қандли диабет билан касалланишнинг кўпайиши юқумли бўлмаган эпидемия характерида эга. Даволаш харажатларининг ортиб бораётганлиги юки Atlas IDF маълумотларига кўра, 2015 йилда дунё бўйлаб 673 миллиард АҚШ долларини ташкил этди.

Шундай қилиб, СЮЕга сабаб бўлувчи касалликларнинг кўпайишини ҳисобга олган ҳолда, келгуси йилларда Ўзбекистон Республикасида СЮЕ тарқалиши, юрак етишмовчилиги бўлган беморлар сонининг ошиши ва соғлиқни сақлаш тизимига юкламанинг ўсиш кутилмоқда. СЮЕ билан оғриган замонавий бемор кекса ва коморбид беморлар бўлиб, кўпинча улар амбулатор босқичда медикаментоз ва номедикаментоз даволаниш тавсияларига тўлиқ риоя қилишмайди. Бу эса ўлим ва қайта госпитализация хавфини оширади.

1.3 СЮЕ патогенезининг айрим жиҳатлари

Сурункали юрак етишмовчилигини даволашни бошлашдан олдин, СЮЕ патогенезини тушуниш керак, чунки аллақачон ривожланган босқич мавжуд бўлганда, қайси касаллик юрак етишмовчилигига олиб келишини аниқлашнинг ҳожати йўқ. СЮЕ ривожланишида асосий ролни симпатик-адренал тизим (САТ) ва ренин-ангиотензин-алдостерон тизими (РААТ) каби нейрогормонал тизимлар ўйнайди [42]. САТ тизими юрак отиш ҳажмининг пасайишига жавобан фаоллаша бошлайди, катехоламинлар артериолалар ва венулаларнинг торайишига олиб келади, бу юракка қоннинг веноз қайтишини, таъсирланган чап қоринча диастолик тўлдиришни кўпайишига олиб келади [64]. Буларнинг барчаси ҳали ҳам қўлланиладиган Стражеско-Василенко таснифига кўра I-II АФС (функционал синф) эрта босқичда СЮЕ билан бирга келади ва Америка НУНА таснифига кўра II босқич [115]. Юракнинг паст отиш ҳажми органлар ва

тўқималарнинг гипоксияси билан бирга келади, қонга кўп миқдорда адреналин чиқаради, бу қон томирларининг алфа-адренергик рецепторларига таъсир қилади, юракнинг қисқаришини нормал ушлаб туриш учун томирлар тораяди. Ушбу нейрогормонал тизим узок вақт давомида ишламайди. Гипоксияга жавобан, буйрак усти безлари билан бир қаторда, буйраклар ҳам фаоллаша бошлайди ва macula densадан кўп миқдорда қонга ренинни чиқаради. РААТ тизими фаоллашади: ренин иштирокида ва ангиотензин ўзгартирувчи фермент таъсирида жигардан, яқинда маълум бўлганидек, нафақат юракда, балки бронхларда, жигарда, деярли барча органлар ва томирларда ангиотензиноген ёки ангиотензин I ни ишлаб чиқарилади. Ангиотензин I ангиотензин II га айланади, у ҳам нормал қон босимини сақлайди ва гипоксия билан курашади. РААТ нейрогормонал тизими натрий ва сувни сақлайдиган алдостеронни фаоллаштиради, қон ҳажмини оширади ва шунингдек, қон босимини оширади [54,68]. Аммо, бошқа томондан, симпатик-адренал тизим (САТ) ва ренин-ангиотензин-алдостерон тизими (РААТ), бу икки нейрогормонал тизим чап қоринча гипертрофиясига, ишемияга, турли хил аритмияларга, юракнинг кейинги қайта тузилишига, апоптоз, некроз ва фиброзга олиб келади [68]. Буларнинг барчаси мақсадли органларнинг қайта тузилишига, шунингдек, натрий ва сувни ушлаб туришга, шунингдек, СЮЕ нинг ривожланишига ва прогнознинг ёмонлашишига олиб келади. Нейрогормонал тизимларнинг фаоллашувига жавобан натриуретик пептид (НУП) тизими фаоллашади. НУП тизими вазоконстрикцияга жавобан томирларнинг кенгайишини ва шунинг учун қон босимининг пасайишини, симпатик-адренал тизимнинг тонусини пасайишини, алдостерон даражасини пасайишини, натриурез ва диурезни оширади. Эндоген "компенсация қилувчи" пептидлар нафақат НУП, балки брадикинин, адреномедуллин, ангиотензин 1-7 тизимидир. НУП тизими нейрогормонларнинг зарарли таъсирини блоклашдан ташқари, яллиғланишга қарши ва антифибротик таъсирга эга, миокард ва буйракларга бевосита ҳимоя таъсирига эга [116].

НУП тизимининг фаоллашиши неприлизин тизими томонидан олдини олади, бу

НУПнинг катта куч билан ишлашига имкон бермайди. Шунинг учун СЮЕни даволаш ангиотензин рецепторлари ва неприлизин ингибитори (АРНИ) - юперіо препаратни ўз ичига олади [24,52].

1.4. СЮЕ билан оғриган беморларни замонавий даволаш

СЮЕни даволашда асосий йўналиш нейрогормонал тизимларнинг блокадаси ҳисобланади. Булар симпатик нерв тизими, ренин-ангиотензин-алдостерон тизими ва неприлизин тизимидир. Агар XX асрнинг 80-йиллари охирида СЮЕ учун асосий даволаш шиш ва тахикардия билан курашишга қаратилган бўлса, амалда иккита асосий дори - дигоксин ва лазикс мавжуд эди [41]. СЮЕни даволаш асосан периферик вазодилататорлар деб аталадиган дориларни ҳам ўз ичига олган.

Digitalis Investigation Group (DIG)- тадқиқотида беморларда дигоксин ўлим ва қайта госпитализация хавфини камайтириши аниқланди. 7788 беморларда 2 йил давомида (1991-1993 йиллар) АҚШ ва Канадада ўтказилган бу тадқиқот дигоксин NYHA III-IV функционал синфи, ЧҚОФ <25% бўлган СЮЕ бўлган беморлар ҳаёт сифатини яхшилайти ва бу беморларда қўлланиши керак деган хулосага келинган [57].

β-блокаторлар СЮЕ беморларни даволаш учун асосий дори ҳисобланади ва барқарор СЮЕ бўлган барча беморларга буюрилади. Ҳозирги вақтда танланган дори бисопролол ва бошқа узоқ муддатли β-блокаторлар, масалан, конкор, небилет, метопролол сукцинатдир. Дорилар кунига бир марта 1,25 мг дозадан субмаксимал таъсирга эришилгунга қадар ҳар 2 ҳафтада титрланади. β-блокаторларни буйиришга қарши кўрсатмалар брадикардия, АВ блокада, оғир

б
р
о
н
х
и
а
л

дозани ҳар 2 ҳафтадан кўп бўлмаган ҳолда икки барабар оширилади, ҳар доим мақсадли дозага ёки агар бунинг иложи бўлмаса, максимал рухсат этилган дозага эришилади. ББлар СЮЕ бўлган беморларда ўлим хавфини ва қайта госпитализацияни камайтириши бир нечта тадқиқотларда исботланган.

Бисопролол ва плацебо билан таққосланган CIBIS I ва CIBIS II 2 та рандомизацияланган клиник тадқиқот натижаларининг мета-таҳлили ўтказилди, унда СЮЕ тасдиқланган 3288 бемор иштирок этди. Тадқиқотлар бисопролол ўлим даражасини 29,3% га (17%,40%; $p=0,00003$), шунингдек, юрак-қон томир тизими касаликларидан ўлимни ва тўсатдан ўлим хавфининг сезиларли даражада камайтириши кузатилди. Бундан ташқари, қайта госпитализация ва ўлим даражасининг 18,4% га нисбатан сезиларли даражада қисқариши кузатилди (25%,11%; $p=0,00001$) [73].

COPERNICUS тадқиқоти фақат оғзаки равишда тақдим этилганлиги сабабли, бу ерда келтирилган натижалар қиёсий ҳисобланади. COPERNICUS тадқиқотида карведилол ($n=1156$) ёки плацебо ($n=1133$) билан рандомизацияланган ва ўртача 316 кун давомида кузатилган 152 марказдан 2289 бемор иштирок этди [55]. Ўлимнинг сезиларли даражада камайиши туфайли тадқиқот эрта тўхтатилди. Карведилол ўлимни 35% га камайтирди ва ушбу тадқиқотда 1 йиллик плацебо ўлим даражаси 18,5% ни ташкил этди, бу карведилол яхши ўзлаштирилганлигини кўрсатди. COPERNICUS тадқиқоти бета-блокаторлар гипотезасини сезиларли даражада қўллаб-қувватлаган ва ривожланган ЮЕ бўлган беморларнинг кичик гуруҳида ушбу дориларнинг хавфсизлиги ва фойдали эканлигини тасдиқлаган жуда муҳим клиник синовдир. СЮЕни самарали даволаш учун дорилар гуруҳи узок муддатли таъсир этувчи АЎФ ингибиторларидир [28]. Ушбу тизимдаги асосий дори эналаприлдир. СЮЕ билан оғриган барча беморларга минимал дозаларда буюрилади ва максимал клиник таъсирга эришилгунга қадар ҳар 2 ҳафтада титрланади. Шунингдек, АЎФ ингибиторлари периндоприл ва лизиноприл, каптоприлни ўз ичига олади, улар минимал дозаларда буюрилади ва ҳар 2 ҳафтада титрланади [54]. Агар қисқа таъсир қилувчи дори каптоприлни буюриш тўғрисида қарор қабул қилинган

бўлса, кунига уч марта 1/8 таблеткадан берилади ва титрланади. Узоқ муддатли дорилар кунига бир марта 2,5 мг минимал дозада буюрилади ва максимал терапевтик таъсирга эришилгунга қадар ҳар 2 ҳафтада титрланади. Хозирги кунда АЎФ ингибиторлари биринчи даражали дорилар бўлиб қолмоқда ва СЮЕни даволаш учун "олтин стандарт"и ҳисобланади. Агар улар беморлар томонидан ёмон қабул қилинса ва СЮЕ, беморларда йўтал шаклида ноўя реакцияларни келтириб чиқарса, сартанларни буюриш мумкин. Сартанларга валсартан, лозартан ва кандесартан киради. Бироқ, эналаприлдан фарқли ўлароқ, валсартан бемор томонидан кунига икки марта, эрталаб ва кечқурун қабул қилинади. АРА блокаторлари ёки сартанларни буюрганда қон босими даражасини ва қоннинг биокимёвий кўрсаткичларини (креатинин, К⁺) кузатиб бориш керак [54].

CONSENSUS тадқиқотида биринчи марта СЮЕ беморларнинг ҳаёт прогнозига АЎФ ингибиторларининг фойдали таъсири ўрганилди. Маълумки, CONSENSUS тадқиқоти рандомизацияланган плацебо-назорат синови бўлиб, СЮЕ IV ФС бўлган 256 беморда эналаприлнинг самарадорлигини баҳолаш учун мўлжалланган. АЎФ ингибиторлари нафақат СЮЕ билан оғриган беморларда ҳаёт прогнозини яхшилаш, балки декомпенсация туфайли госпитализацияни сезиларли даражада камайтиради[21]. Тадқиқот маълумотларга кўра, АЎФ ингибиторларидан фойдаланиш СЮЕ билан оғриган беморларнинг ўлим даражаси ўртача 23% ва декомпенсацияланган юрак етишмовчилиги туфайли ўлим ва қайта госпитализация сонини 35% га камайтиради [6]. SAVE тадқиқотида беморларда каптоприл ва плацебо, ЧҚОФ 40% дан кам бўлган, миокард инфаркти билан аммо қон айланишининг бузилиши белгиларисиз беморларда фойдаланишни солиштирган. 42 ойлик кузатув давомида каптоприл барча сабабларга кўра ўлим хавфини 19% га, такрорий миокард инфаркти хавфи 32%га, юрак-қон томир касалликларини ривожланиш хавфи 14% га сезиларли даражада камайтириши аниқланди. TRACE тадқиқотида [104] трандолаприл гуруҳи умумий ўлимнинг 22%га камайтирганлигини, тўсатдан ўлим ва юрак-қон томир касалликларидан ўлим хавфини сезиларли даражада пасайтирганлигини

кўрсатди; AIRE тадқиқоти [56] рамиприл гуруҳида умумий ўлим хавфининг 27%га сезиларли даражада камайганлигини кўрсатди; тўсатдан ўлим 30%га, миокард инфарктидан кейин 30 кун ичида ўлимни камайтириши ишончли исботлади.

Беморларнинг узок умр кўриши иккита дорига тўғри келади, бу β -блокаторлар ва АЎФ ингибиторларидир. Аксарият ҳолларда бу терапия барча беморларга қўлланилади. Агар минералокортикоид рецепторлари антагонисти бўлган яна 1 та дори қўшсак, унда биз СЮЕ билан касалланган беморнинг ҳаётини янада узайтирамиз. Энг муҳими, муаллифларнинг ёзишича, НГКТ-2и дан фойдаланган ҳолда тўрт компонентлик терапия янада яхши фойда беради. Яъни, СЮЕ билан оғриган 70 ёшли беморлар ҳеч қандай терапия олмайдиган беморлар билан солиштирганда қўшимча равишда 5 йил хаёти узаяди [69].

Россияда 2002 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда СЮЕнинг комбинацияланган терапияси динамикаси ўрганилди ва тўрт компонентли терапия ривожланган клиникаларда атиги 6,1%, одатдаги клиникаларда 3,6% ни ташкил этганлиги аниқланди. Уч компонентли терапия СЮЕ марказларида 40,1% ва умумий касалхоналарда атиги 19,8% га буюрилган [38].

75 та РКТ СЮЕ юракнинг паст отиш фракцияси бўлган 95 444 беморни ўз ичига олган тизимли шарҳ ва тармоқ мета-таҳлили шуни кўрсатдики, АЎФ ингибиторлари, β -блокаторлар ва минералокартикоид рецепторлари антагонистлари билан уч компонентли терапия ўтказилганда, юракнинг паст отиш фракцияси бўлган беморларда ўлим хавфи 42%га камаяди. Агар АЎФ ингибитори ўрнига АРНИ қўшилса, ўлим 53% га камаяди ва тўртинчи дори НГКТ2и қўшилса, бу СЮЕдан ўлим эҳтимолининг 64% га камаяди [89,105].

Тавсиялар ва далилларга асосланган тиббиётда оптимал дори терапиясини тайинлаш муаммоси кенг қамровли ва нозологияга боғлиқ эмас.

Сурункали юрак етишмовчилигини даволашни тубдан қайта кўриб чиқиш, янги NYHA таснифининг киритилиши ва юрак отиш фракцияларига кўра бўлиниши билан содир бўлди. Юракнинг отиш фракцияси $> 50\%$ бўлса, юрак етишмовчилигининг диастолик дисфункцияси деб ҳисобланади, отиш

фракцияси 40-49% оралик ва <40% дан кам бўлса, чап қоринча систолик дисфункциясига тўғри келади [82,83,112].

Европа кардиологлар ассоциацияси 2018 йилги кўрсатмаларида оралик отиш фракцияси бўлган СЮЕ беморларини даволаш юрак отиш фракцияси паст беморларга ўхшаш бўлиши кераклигини таъкидлайди [49]. Қон босими 100 мм.сим.уст дан паст бўлмаган, барқарор СЮЕ II босқичи билан АЎФ ингибиторларини қабул қилган беморни эрталаб ва кечкурун 50 мг дозада АРНИ га ўтказиш ва ҳар 2 ҳафтада эрталаб максимал 200 мг ва кечкурун 200 мг дозада титрлаш мумкин. 2019 йилда ўтказилган PROVE HF, тадқиқоти сакубитрил/валсартан билан даволаш пайтида чап қоринча отиш фракциясининг динамикада ошди. Аниқланишича, дастлаб паст отиш фракцияси 28,2% бўлган беморларда, АРНИ билан 6 ойлик даволанишдан сўнг, юракнинг отиш фракцияси 33,4% гача кўтарилган ва бир йилдан кейин худди шу беморларда титрлаш фонида 37,6% гача у кўпайган [68]. Шундай қилиб, ушбу тадқиқот тадқиқот гуруҳидаги ўртача ОФ ўртача 13% га ошганини исботлади [52].

PARADIGM-HF тадқиқоти II, III ёки IV фуноцинал синф юрак етишмовчилиги ва чап қоринча отиш фракцияси 40% ёки ундан кам бўлган 8442 беморни қамраб олди. Ўзаро таъсир (сакубитрил + валсартан кунига икки марта 200 мг) ёки эналаприл кунига икки марта 10 мг, тавсия этилган терапиядан ташқари (диуретик, МКРА, юрак гликозидлари, β-блокаторлар, кардиовертер дефибрилатор, ресинхронизация терапияси) буюрилди. PARADIGM-HF тадқиқотида ангиотензин рецепторлари неприлизин ингибитори (АРНИ) бўлган сакубитрил/валсартан юрак-қон томир тизими касалликларидан ўлим ёки юрак етишмовчилиги сабабли госпитализация хавфини камайтириши ва сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларда чап қоринча отиш фракциясини АЎФ ингибитори эналаприл билан солиштирганда камайтириш орқали симптомларни яхшилаши кўрсатилган [19,97]

СЮЕ билан оғриган беморлар учун диуретиклар ҳар бир босқичда тана вазни ортиши ва нафас қисилиши кўриниши билан бюрилиши мумкин [36]. СЮЕни даволашда учинчи дори минералокортикоид рецепторлари

антагонистидир. Бу гурухга верошпирон ва эплеренон киради. Баъзи беморларда верошпироннинг ножўя таъсири туфайли эплеренон афзал кўришди. Бу ножўя таъсир эркакларда сут безларининг катталашиси гинекомастия деб аталади. СЮЕ (II-IV ФС) ва ЧҚОФ<35% белгилари бўлган барча беморлар учун танланган препарат 25 мг дозада титрланган эплеренон, кейин эса 50 мг буюрилади [94,108]. Эплеренон барча сабабларга кўра ўлим хавфини 43% га, юрак-қон томир касалликларидан ўлим 44% ва тўсатдан ўлим 58% га камайтирди [117]. Қўлланиладиган давога қараб, юракнинг отиш фракцияси паст беморларнинг ҳаётини узайтириш имкониятлари америкалик кардиологлар томонидан ўрганилган.

Дапаглифлозин ва эмпаглифлозин Европа кардиологлар жамиятининг сўнгги 2021 йилги кўрсатмаларига мувофиқ, чиқариш фракцияси <40% бўлган СЮЕ беморларида биринчи даражали дорилар рўйхатига киритилган[80]. Ишончли натижаларни тасдиқловчи кенг кўламли тадқиқотлар ўтказилди. DAPA-HF ОФпастЮЕ билан касалланган амбулатор беморларда НГКТ-2 ингибитори таъсирини баҳоловчи иккита катта ўлим/касалланиш даражаси аниқланган тадқиқотларидан биридир [81,103]. Ҳозирги вақтда, 2021 йилдан бошлаб, СЮЕ даволаш, Европа тавсияларига кўра 4 та дорини ўз ичига олади: АЎФ ингибиторлари, β-блокаторлар, минералокортикоид рецепторлари антагонистлари ва натрий глюкоза ко-транспортёр-2 ингибиторларидир[5].

1.5.СЮЕни аниқлашда натрий уретик пептидининг аҳамияти.

Натрий уретик пептид (НУП) тизими вазодилататор, симпатолитик натриуретик, диуретик ва антипролифератив таъсирга эга бўлган гормонлар гурухидир [61]. СЮЕ билан оғриган беморларда қонда НУПнинг юқори концентрацияси касаллик ва ўлимнинг ортиши белгисидидир[31]. НУПнинг юқори плазма концентрацияси миокард инфарктининг бошланиши ва ностабил стенокардия билан оғриган беморларда СЮЕ ривожланишининг прогнозидир. Асосан қоринча миокардида ишлаб чиқарилган НУП тўғридан-тўғри ЧҚ миокардининг ҳолатига боғлиқ. Натрий уретик пептид тизимининг гипертензия,

миокард инфаркти ва юрак етишмовчилигидаги патофизиологик ўзгаришларга қизиқишининг шубҳасиз далиллари нафақат назарий аҳамиятга эга, балки клиник амалиётда тобора кўпроқ фойдаланилмоқда [44]. Соғлом одамда РААТ ва НУП тизими мувозанатлашган. РААТ вазоконстрикцияни беради: қон босими ортиши, САТ фаоллигини оширди, алдестерон, натрийнинг қондаги концентрациясини оширади. Бу тизимга вазодилатацияни берувчи НУП тизими қаршилик кўрсатади: қон босимини, САТ фаоллигини, алдестеронни пасайтиради, натриурез ва диурезни оширади [87]. Натриуретик пептидлар тизими, шунингдек, простагландинлар E_2 ва I_2 , NO тизими нейрогуморал фаоллаштириш маҳсулотларининг салбий таъсирини олдини олади, уларнинг нефропротектив ва томирларни кенгайтирувчи таъсирини кўрсатади, буйрак қон оқимини ва СЮЕнинг дастлабки босқичларида натриурезни оширади. Аммо узоқ муддатда компенсация механизмларининг самарадорлиги етарли эмас. Юракнинг прогрессив дисфункцияси фонида буйрак дисфункциясининг кучайиши буйрақлардаги таркибий ўзгаришларга олиб келади. СЮЕ ривожланишида етакчи механизм нейрогуморал тизимнинг дисбаланси ҳисобланади. РААТ тизими фаоллашса, НУП тизимининг фаоллиги ҳам ошади, лекин РААТ тизимига қаршилик кўрсатиш учун бу етарли эмас. НУП барқарор бўлмаганилиги учун у неприлизин металлопротеазлар гормони таъсирида йўқ қилинади. Бу охир-оқибат оғир сурункали юрак етишмовчилиги билан намоён бўлади: тахикардия, нафас қисилиши, шиш, жигар катталашишига олиб келади[116].

Нейрогормонал тизимнинг, хусусан, натриуретик пептидлар тизимининг роли сўнгги 10 йил давомида ўрганилди ва олимлар сакубитрил / валсартанни ўз вақтида қўллаш СЮЕ билан оғриган беморнинг ҳаётини ўртача 9 йил узайтиради деган хулосага келишди. PARADIGM-HF (post-hoc) тадқиқотида юрак-қон томир тизимидан ўлим ва СЮЕ билан касалланган беморларда касалхонага ётқизиш хавфини башорат қилишда даволаш жараёнида эришилган НУП даражасининг роли қайд этилган. Неприлизинни блок қилувчи сакубитрил/валсартан билан бир ойлик даволаниш давомида НУП даражаси 59%

га камайди, бу СЮЕдан ўлим хавфининг камайганлигини кўрсатади [74,97]. Шунингдек, СЮЕда мия натриуретик пептид (BNP) > 35 пг / мл ёки N-терминал мия натриуретик пропептид (NTproBNP) > 125 пг / мл дан юқори бўлади.

1.6 СЮЕ марказларининг жаҳон тажрибаси

Сурункали юрак етишмовчилиги 65 ёш ва ундан катта беморлар орасида касалхонага ётқизишнинг энг кенг тарқалган сабабидир. Бундай беморлар соғлиқни сақлаш тизимига катта юкни юклайди. Буларнинг барчаси катта давлат ҳисобидан маблағ ва беморларнинг катта миқдордаги ўз маблағларини сарфлашни талаб қилади[33].

ОРАКУЛ-РФ регистрида СЮЕ билан касалланган беморларни қайта касалхонага ётқизиш даражаси 30 кун ичида 31% ва 180 кундан сўнг 53%, 1 йилдан кейин 60%ни ташкил этди. [4,76].

Бугунги кунда СЮЕни даволаш бўйича жаҳон тажрибаси кватротерапияга асосланган бўлиб, бу беморларнинг умрини узайтириш ва сифатини яхшилаш имконини беради.

Европа кардиологлар жамиятининг 2021 йилга мўлжалланган клиник кўрсатмалари ўткир юрак етишмовчилиги бўлган беморда фармакологик препаратлар билан перорал терапияни бошлашни кўрсатади. Касалхонадан чиқарилгандан кейин 1-2 ҳафта ўтгач, димланиш белгиларини баҳолаш учун муҳим дори-дармонларни далилларга асосланган тиббиёт даражасига ва чидамлилик даражасига қараб титрлашни бошлаш учун эрта кузатув ташрифи тавсия этилади[80].

Ривожланган мамлакатларда медикаментоз даволанишнинг муваффақияти ва аҳолини яхши қамраб олиганлиги қарамай, баъзи тадқиқотларда XXI асрда СЮЕ ташхиси қўйилгандан сўнг, беморларнинг умр давомийлигини узайишида сезиларли яхшиланишлар кузатилмаганлигини кўрсатди [12,48]. Шундай қилиб, Буюк Британияда 2000 йилдан 2017 йилгача СЮЕ ташхисидан кейин умумий йиллик, беш йиллик ва 10 йиллик умр даомийлиги кўрсаткичлари мос равишда 6,6%, 7,2% ва 6,4% га ошган [102].

Сўнги йилларда СЮЕни даволаш борасида кўпроқ хорижий ва рус мутахассислари СЮЕ билан оғриган беморларни бошқаришга ёндашувларни ўзгартириш ва ушбу тоифадаги беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам марказларини яратиш зарур деган фикрни билдиришмоқда [29,34,41,49,103].

Бугунги кунда Европа, АҚШ, Австралия ва Янги Зеландияда СЮЕни даволаш учун ихтисослаштирилган марказлар яратилган ва муваффақиятли фаолият юритмоқда. СЮЕни даволаш бўйича ихтисослаштирилган марказларнинг халқаро амалиёти СЮЕ билан оғриган беморларни мониторинг қилиш ёндашувларини ўзгартиришда, умумий ўлим хавфи ва қайта касалхонага ётқизиш частотасининг сезиларли даражада камайганлигини кўрсатади [98].

СЮЕ билан оғриган беморларга турли хил ихтисослаштирилган тиббий ёрдам дастурлари мавжуд бўлиб, улар турли мамлакатлар ва минтақаларда тиббий ёрдам кўрсатишнинг ўзига хос шартларини ҳисобга олган ҳолда ишлаб чиқилган. Ушбу дастурлар СЮЕ ҳамшираси ёки СЮЕ мутахассиси томонидан СЮЕ билан оғриган беморларни бошқаришга ёки психологлар ва ижтимоий ходимларни жалб қилган ҳолда тиббий мутахассисларнинг кўп тармоқли гуруҳи томонидан беморларни бошқаришга асосланган [77,111].

Етарлича катта ҳудудга эга ва аҳоли зичлиги паст бўлган мамлакатларда касалхонадан чиққандан кейин, ҳамшира кузатувида асосланган СЮЕни бошқариш модели ишлаб чиқилган ва рандомизацияланган клиник синовлардан ўтган. СЮЕни бошқаришнинг ушбу модели қўлланилган мамлакатларда ҳақиқий клиник амалиётда моделни самарали ишлаши исботланган, чунки у ўлим ва қайта касалхонага ётқизиш хавфини камайтиради ва шу жумладан СЮЕ билан касалланган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайдиган кузатув тизимидир [100]. Швецияда ўтказилган яна бир тадқиқот шуни кўрсатдики, юрак етишмовчилиги бўйича касалхонага ётқизилган беморлар ҳамшира бошчилигидаги юрак етишмовчилиги клиникасида кузатилганида умр кўриш давомийлиги узайган ва ўз-ўзини парвариш қилиш кўникмаларини яхшилаган [95].

СЮЕ бўйича мутахассис ҳамшира кузатувига асосланган ушбу СЮЕ бошқарув моделининг афзалликлари мета-таҳлилда тасдиқланган ва чет элда СЮЕни бошқариш учун "олтин стандарт" сифатида тан олинган [47]. Кам ҳаракатчанлик ва оғир ёки "ривожланган" СЮЕ билан тавсифланган беморлар учун Европа кардиологлар жамияти мутахассислари СЮЕ бўйича ҳамшира назорати асосида уйда парвариш қилишни ташкил қилишни тавсия қиладилар [49]. Ушбу тоифадаги беморларни даволашга бундай ёндашув Австралияда ўтказилган рандомизацияланган клиник тадқиқотларда баҳоланди ва умумий ўлимни ва касалхонада қолиш кунларини камайтириш, уларнинг ҳаёт сифатини яхшилашда юқори самарадорликни кўрсатди [99, 114].

Ҳамширанинг юрак етишмовчилиги бўлган беморлар билан мустақил ишлаш тарихи Австралияда бошланган ва ҳозирда бу технология Буюк Британия, Норвегия, Швеция, Голландия, Франция, Австралия, Янги Зеландия ва АҚШда муваффақиятли қўлланилмоқда [40,47,67,110]. Ушбу мамлакатларда СЮЕни даволашда ҳамшира юрак етишмовчилигини муваффақиятли бошқаришнинг муҳим элементи бўлиб, бемор ва унинг қариндошларини ўқитиш, медикаментоз терапияни оптималлаштириш ва қайта госпитализацияни олдини олиш учун декомпенсация бошланишини кузатишда иштирок этади [88,92].

СЮЕни даволаш учун ихтисослаштирилган клиникалар мавжуд бўлиб, уларда касалликни даволашнинг асоси СЮЕ билан оғриган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш тажрибасига эга бўлган шифокорнинг кузатуви ҳисобланади. Ушбу моделда ёрдам кўрсатишнинг асосий жойи поликлиника, асосий мутахассис эса кардиолог ҳисобланади. Баъзи ҳолларда бундай клиникаларда тиббий ёрдам бошқа мутахассисларни жалб қилган ҳолда шифохонада ҳам кўрсатилади. Ушбу парвариш моделларида кардиологларга ишни мувофиқлаштириш ва беморларни ўқитишда ёрдам бериш учун ҳамширалар жалб қилиниши мумкин. Масалан, Германияда бундай марказларнинг самарадорлигини баҳолаш учун EVITA-НҒ регистри шакллантирилди, унинг натижалари шуни кўрсатдики, ушбу марказларнинг беморлари бир йиллик

кузатувдан сўнг, СЮЕ ФСи сезиларли даражада яхшиланган, асосийси беморлар СЮЕ терапиясига яхши риоя қилганлар [111]. СЮЕ билан оғриган беморларни даволашда кардиологларнинг иштироки тиббий ёрдам сифати нуқтаи назаридан ҳам оқланади, чунки кардиологлар умумий амалиёт шифокорларидан фарқли ўлароқ, СЮЕ учун асосий терапияни сезиларли даражада яхшироқ тайинлашлари ва титрлашлари бўйича тадқиқотлар мавжуд [62]. Эҳтимол, СЮЕ бўлган беморларни назорат қилишнинг энг арзон усули бу ШАНС дастурида биринчи марта Россия клиник амалиётида ўрганилган телефон алоқаси ёки беморни телефон орқали қўллаб-қувватлаш усулидир [7,23]. Ушбу дастурда беморлар касалхонадан чиққандан кейин, мунтазам амбулатория шароитида кузатилган, аммо қўшимча равишда улар йил давомида тадқиқотчи кардиологга уч марта ташриф буюришлари режалаштирилган. Бундан ташқари, тадқиқот гуруҳидаги беморлар телефон орқали назорат қилинди. Ушбу тадқиқотда телефон алоқаси шифокорга юзма-юз ташриф буюриш билан тўлдирилди [23,66]. Шунини таъкидлаш керакки, шифокорга бормасдан фақат телефон алоқаси орқали даволаш самарадорлиги шифокорга ташриф буюриш самарадорлигидан камроқдир [96]. Фақатгина телефон орқали боғланишдан фойдаланган ҳолда, аҳвол ёмонлашганда, шифокорга мурожаат қилиш тавсия этилганда, декомпенсацияланган СЮЕ учун касалхонага ётқизиш сони камайди, аммо бу беморларнинг прогнозини яхшиламади [45,91].

ТИМ-НФ тадқиқотида беморларни телефон орқали қўллаб-қувватлаш, ЭКГ, қон босими ва беморнинг вазнини ҳар куни масофадан туриб кузатишни ўз ичига олган телемониторинг қўлланилди, бу, биринчи навбатда, беморларнинг тиббиёт ходимлари билан алоқасини кучайтирди ва беморларда даволанишга ишончни оширди, аммо бу усул умумий ва юрак-қон томир тизими касалликларидан ўлимини камайтиришда самарасиз бўлди [90]. Қизиғи шундаки, ЎДЮЕ билан касалхонага ётқизилган беморлардан анамнез йиғилганда, уларнинг ярмидан кўпи юрак етишмовчилигини номедекаментоз даволаш бўйича кўпроқ маълумотга эга, агар керак бўлса, тиббий ходимлар билан осонгина боғланиш имконияти СЮЕ учун касалхонага ётқизишни олдини олиш мумкинлигига

ишонишлари аниқланди [58,70,86]. Аммо бу барча тадқиқотлар нафақат телефон, амалий нуктаи назардан қийинроқ, аммо айти пайтда самаралироқ бўлиб, СЮЕ билан оғриган беморларни мултидисциплинар мониторинг тизимини жорий этишди[101]. Хорижий тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатадики, беморларнинг прогнози, улар тадқиқот гуруҳларни ўз ичига олган дастурларда ва шифокор билан шахсий мулоқотдан фойдаланадиган дастурларда қатнашганда, одатий амбулатория шароитида стандарт кузатув билан солиштиргандан анча яхши бўлган [79,96].

Мета-таҳлил шуни кўрсатдики, мултидисциплинар ёндашув СЮЕ билан касалланган беморларда йил давомида умумий ўлим хавфини 25% га ва қайта касалхонага ётқизиш заруратини 26% га камайтиради [79]. 10 та РКТга асосланган мета-таҳлил кўп тармоқли жамоанинг иши битта СЮЕ мутахассиси ишидан кўра самаралироқ эканлигини исботлади [96]. Амбулатория босқичида ҳамшираларга ташриф буюриш орқали беморларни бошқариш орқали такомиллаштирилган мултидисциплинар ёндашув стратегияси, шунингдек, СЮЕ билан касалланган беморларнинг прогнози яхшиланганлигини кўрсатди [75,109].

Сўнгги йилларда турли мамлакатларда (Буюк Британия, Голландия, Франция, Полша, АҚШ, Канада, Австралия) кўп тармоқли мултидисциплинар жамоалар тобора оммалашиб бормоқда, бу беморларнинг қайта госпитализациясини олдини олиш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашда самарадорлигини исботлади [47]. Бундай жамоаларга турли мутахассисликдаги шифокорлар кирази: диетологлар, ҳамширалар, фармацевтлар, психологлар ва ижтимоий ходимлар [59,65]. Ушбу жамоаларнинг иши кўпинча уйда беморларни кузатишни осонлаштириш учун ишлатилиши мумкин бўлган турли хил электрон огоҳлантириш тизимлари ва алоқа платформалари томонидан қўллаб-қувватланади [16,59].

СЮЕ билан оғриган беморларни бошқаришга мултидисциплинар ёндашув, албатта, жуда самарали, ва шуни ҳисобга олиш керакки, ушбу моделнинг ишлаши СЮЕ бўйича мутахассис шифокор берган консультациялар

билан таққослаганда, стратегияни жорий этишнинг иқтисодий самарасини биринчи босқичда юқори харажатларни талаб қилади [96]. Шунингдан олиш керакки, мултидисциплинар ёндашувни ҳақиқий клиник амалиётда қўллаш энг қийинларидан бири бўлиб, кўпинча академик тиббиёт марказларида ўрганилган [50].

Касалхонадан чиққандан сўнг амбулатория босқичида беморларни битта жамоа томонидан бошқаришга "узлуксиз" ёндашув жуда қизиқ. Бу ёндашув кейинги йилларда ўрганилиб, нафақат тиббий, балки иқтисодий самарадорлигини ҳам кўрсатди [109,113]. Мисол учун, Канадада амбулатория босқичида СЮЕ билан касалланган беморларнинг "узлуксиз" мониторингини ташкил этиш билан касалхона босқичи ишининг таҳлили СЮЕ ва бошқа сабабларга кўра ўлим ва госпитализация сонини камайишини кўрсатди [109].

СЮЕни бошқаришнинг ҳар қандай дастури ишлаб чиқилиши ва уни қўллаш режалаштирилган мамлакатда ҳақиқий клиник амалиёт шароитларига мослаштирилиши керак – фақат, бу ҳолатда, у СЮЕ билан касалланган беморларга оптимал тиббий ёрдам кўрсатиш учун фойдали бўлиши мумкин. Ушбу дастурлар академик тадқиқот тиббиёт марказларидан ташқарида қўлланилиши муҳим, бу ерда СЮЕ билан касалланган беморларни даволаш шартлари ҳақиқий клиник амалиётдан сезиларли даражада фарқ қилади [50,84].

Шундай қилиб, СЮЕни келтириб чиқарадиган касалликларнинг тарқалишини ҳисобга олган ҳолда, кейинги йилларда Ўзбекистонда СЮЕ тарқалишининг кўпайиши ва беморларнинг кўплиги туфайли соғлиқни сақлаш тизимига юкнинг ортиши кузатилмоқда. СЮЕ билан оғриган замонавий бемор - бу кўпинча амбулатория босқичида медикаментоз ва номедикаментоз тавсияларга риоя қилишга интилмайдиган, ўлим ва қайта касалхонага ётқизиш хавфи юқори бўлган кекса беморлардир[93].

Беморларнинг тавсияларга яхши риоя қилмаслиги ва амбулатория босқичида даволанишнинг изчиллиги тез-тез такрорий касалхонага ётқизишни шакллантириш учун асос яратади ва шунинг учун СЮЕ билан касалланган беморни бошқариш харажатларини сезиларли даражада оширади. Шунингдек,

ушбу омиллар ЎДЮЕ шаклланиши туфайли СЮЕ билан оғриган беморларда ўлим хавфини оширади[11,13,14].

Юқоридаги далиллар, Ўзбекистонда ҳам СЮЕ билан оғриган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишнинг самарали тизимини яратиш масаласини кўтаради, бу эса қуйидаги ижтимоий муаммоларни ҳал қилади: СЮЕ билан оғриган беморларда ҳаёт сифатини яхшилайти, қайта госпитализация хавфини камайтиради, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайти. Бу диссертация иши ҳам Республикамизнинг Самарқанд вилоятида юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишнинг “узлуксиз” тизимини яратишга бағишланган.

1.7. СЮЕ билан касалланган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш

Замонавий ижтимоий-сиёсий ва иқтисодий шароитлар кардиологик ёрдам кўрсатишнинг бутун тизимини жиддий қайта ташкил этишни ва хусусан, СЮЕ билан касалланган беморларни парвариш қилишни талаб қилади[17]. Соғлиқни сақлашнинг ушбу соҳасининг аҳамияти, биринчи навбатда, юрак-қон томир касалликларидан ўлим даражасининг юқорилиги ва шу билан бирга камайишига мойил эмаслиги билан белгиланади.

Яқин келажакда илмий тадқиқотларнинг асосий йўналишлари йирик шаҳарларда СЮЕ марказларини ташкил этиш тамойилларини ўрганиш ва бундай беморларга бюджет ёрдамини ресурс билан таъминлаш, тиббиёт ходимларининг меҳнатига ҳақ тўлашни нормаллаштириш, умуман олганда ва хусусан кардиологияда адекват бошқарув моделларини ўрганиш бўлиши керак [8]. Кардиологик ёрдам кўрсатишни режалаштириш методологиясини тубдан қайта кўриб чиқишни талаб қилади, бу автоматик равишда СЮЕ марказлари тармоғини очиш, уларни кадрлар билан таъминлаш ва ушбу ходимларни тайёрлашни ташкил этишнинг янги стратегияси ва тактикасини талаб қилади[2]. Аҳолининг юрак етишмовчилигининг ўткир декомпенсацияси бўлган беморларга ёрдамга бўлган эҳтиёжини ўрганишда асосий нарса аҳолининг шошилинич тиббий ёрдам олиш имкониятини ўрганиш бўлиши керак. Бу, ўз навбатида, режалаштиришга ёндашувни ўзгартиради, эндиликда у аҳолининг малакали кардиологик ёрдам кўрсатишга бўлган талабини ҳисобга олган ҳолда мослашувчан бўлиши керак.

Кардиологлар ва умумий амалиёт шифокорларининг аксарияти ҳозирги вақтда фақат бемор даволанаётганда СЮЕнинг ўткир декомпенсациясини даволаш билан шуғулланади, касалликнинг кейинги реабилитациясига эътибор бермайди. СЮЕ билан асоратланган касалликлар учун терапевтик ва профилактика чораларининг паст самарадорлиги, тўлиқ комплекс даволашнинг мумкин эмаслиги, бу НУНА (III-IV босқич) бўйича оғир юрак етишмовчилиги бўлган беморлар сонининг кўпайишига олиб келади[18].

Шу нуқтаи назардан, Самарқанд шаҳрида эрта ёшидаги артериал гипертензиянинг олдини олиш, мактабларда соғлом турмуш тарзини таъминлаш, шунингдек, СЮЕ билан оғриган беморларни қатъий назорат қилиш зарурлигини кўрсатди. Шунини таъкидлаш керакки, СЮЕ билан оғриган беморларнинг 90% касалликнинг оғир даражасига ва яхши парвариш қилинишига қарамасдан 5 йил ичида вафот этади, бу простата саратони ва кўкрак саратонига қараганда 2 марта кўпроқ. Шу муносабат билан, СЮЕ билан касалланган беморларни даволаш ва уларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш учун ихтисослаштирилган марказ ва беморларни даволаниши учун зарур бўлган дори-дармонларни ўз вақтида, титрланган тарзда, бепул бериш бўйича таклифни кўриб чиқиш учун зарур.

II БОБ. МАТЕРИАЛЛАР ВА ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ

2.1. Текширилаётган беморларнинг клиник хусусиятлари

Тадқиқот Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Самарқанд минтақавий филиалида (РИКИАМТМСМФ) олиб борилди. Жами 300 нафар бемор СЮЕ II-IV ФС (НУНА бўйича) ташхиси билан текширилди. Тадқиқотга киритилган беморларнинг ўртача ёши 55 дан 60 ёшгача ($58,8 \pm 1,98$ йил) бўлиб, уларнинг 164 нафарини эркаклар (54,7%) ва 136 нафарини (45,3%) аёллар ташкил қилди (2.1.1 жадвал).

2.1.1.-жадвал

Тадқиқот учун олинган беморлар умумий сони, аёллар ва эркаклар сони

N-300	I гуруҳ	II гуруҳ
N	150	150
Эркаклар	84 (56%)	80 (53,3%)
Аёллар	66 (44%)	70(46,7%)

1-гуруҳдаги (асосий гуруҳ) 150 бемор Самарқанд шаҳар кўп тармоқли марказий поликлиникасида ташкил этилган СЮЕ марказида кузатилди. Ушбу гуруҳда эркаклар 84 (56%) нафарни, аёллар эса - 66 (44%) нафарни ташкил қилди. 1-гуруҳга шифохонадан чиққандан сўнг СЮЕ марказида кузатилган беморлар киритилди.

2-гуруҳга ҳам (таққослаш гуруҳи) 150 бемор киритилиб, уларнинг 80 (53,3%) нафарини эркаклар ва 70 (46,7%) нафарини аёллар ташкил қилди. Ушбу беморлар яшаш жойидаги оилавий поликлиникаларда (ОП) кузатилди.

Беморларни тадқиқотга киритиш мезонлари:

- ✧ 55-60 ёшдаги эркаклар ва аёллар;
- ✧ Сурункали юрак етишмовчилиги II-IV ФС (НУНА бўйича);
- ✧ Хабар қилинган ва розилиги мавжуд беморлар.

Беморларни тадқиқотдан четлаштириш мезонлари:

- ✧ Анамнезида кардиомиопатия бўлган беморлар;

- ✧ Анамнезида юракнинг тўғма ва орттирилган нуқсонлари бўлган беморлар;
- ✧ Беморларнинг кузатувдан бош тортиши.

Беморларни кузатиш муддати 12 ойни ташкил этди (2021 йилдан 2022 йилгача). Барча беморлар СЮЕнинг ташхиси Нью-Йорк кардиологлар ассоциациясининг клиник–диагностик мезонларига мувофиқ белгиланди.

СЮЕ маркази врач кардиолог ва ҳамшира, СЮЕ марказида кузатувга рози бўлган беморлар назоратини олиб борди. Бундан ташқари ушбу марказга врач эндокринолог, невролог, уролог, гинеколог ва психологлар беркитилди. Улар тадқиқотга иштирок этаётган ёндош касалликлари бўлган беморларга маслаҳатчилар сифатида фаолият олиб боришди.

Беморларга ҳамшира томонидан 1 ойда 1 марта телефон қўнғироқлари амалга оширилди. Бундан ташқари беморлар ҳолати стабил бўлса ҳар 3 ойда 1 марта, ностабил ҳолатда 1 ойда бир марта СЮЕ марказига кўриққа ташриф буюришди.

СЮЕ марказида бемор ва унинг қариндошларига дори препаратлар титрацияси, беморлар реабилитацияси, гемодинамик кўрсаткичлар назорати, 6 дақиқали юриш тести, (клиник ҳолатини баҳолаш шкаласи) КХБШ ўтказиш ўқитилди. ОП да кузатувни давом эттирган беморларга ҳам СЮЕ маркази ҳамшираси томонидан ҳар 1 ойда 1 марта телефон қўнғироқлари амалга оширилди.

СЮЕ марказида кузатилган беморлар ўткир декомпенсатор юрак етишмовчилиги (ЎДЮЕ) да қуйидаги мезонлардан бири мавжудлигида: стационаргача босқичда енгиллаштирилган ўпка шиши, СЮЕ ФС нинг икки даражага кўтарилиши, гипотония (СҚБ<90мм.сим.уст), гипертония (СҚБ>180мм.сим.уст), камида битта қон айланиш доирасида декомпенсация белгилари мавжудлиги, нафас олиш тезлиги>25/мин, ҳаёт учун хавфли ритм бузилишлари, пароксизмал ритм бузилишлари, вена ичига икки баравар оширилган ҳалқали диуретиклар юборилганда етарли жавоб йўқлигида

станционар давони олишди.

Тадқиқот гуруҳларида беморлар СЮЕ клиник кўрсатмалари (2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure) Европа "Юрак етишмовчилиги" мезонларига мувофиқ олиб борилган. Ушбу беморларнинг дастлабки клиник кўрсаткичлари қуйидаги 2.1.2-жадвалда келтирилган.

2.1.2-жадвал

Дастлабки клиник кўрсаткичлар

Кўрсаткичлар	1 гуруҳ n=150	2 гуруҳ n=150
	M±m	M±m
Беморлар ёши	58,8±1,98	57,9±1,62
Ётоқ кунлари	11,2±3,1	11,3±3,4
САҚБ мм.сим.уст	119,6±1,5	122,7±0,9
ДАҚБ мм.сим.уст	79,2±1,1	78,6±1,0
ЮҚС, та/мин	86,2±0,9	88,1±0,8
Ўртача ОФ,%	35,0±12	36,2±11,82
NT Pro-BNP пг/мл	1045,5±109,5	1099,9±107,2
ОДЮТ, м	295±106,1	292,28±96,33
КХБШ, балл	8,1±0,5	8,24±0,48
ИМТ кг/м ²	27,2±0,2	28,6±0,2

Изоҳ: *P > 0.05, 1 ва 2 гуруҳлар ўртасидаги фарқларнинг аҳамияти

Эслатма СҚБ - систолик қон босими, ДҚБ - диастолик қон босими, ОФ – отиш фракцияси; ОДЮТ— 6 дақиқалик юриш тести, КХБШ — клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи, АГ — артериал гипертензия, ЮИК — юрак ишемик касаллиги, ҚД – қандли диабет, БФ – бўлмачалар фибрилляцияси, ЎСОК - ўпканинг сурункали обструктив касаллиги, ИККС-инфарктдан кейинги кардиосклероз.

Бу жадвалдан кўриниб турибдики 2-гуруҳдаги беморлар 1-гуруҳдаги

беморларга қараганда статистик жиҳатдан фарқ қилмади.

Нормал ҳолатда, юрак оз миқдорда proBNP оксилени ишлаб чиқаради. У фаол гормон - мия натриуретик пептидини (МНП ёки BNP) ҳосил қилиш учун парчаланadi. Шу билан бирга, унинг фаол бўлмаган қисми, N-терминал про-натриуретик пептид (NT-proBNP) ҳам ҳосил бўлади. Беморларимизда бу кўрсаткичнинг жуда юқори эканлигини аниқладик: 1-гуруҳда $1045,5 \pm 109,5$ пг/мл, 2- гуруҳларда мос равишда $1099,9 \pm 107,2$ пг/мл.

Клиник ҳолатни баҳолаш В.Ю.Мареев модификациясидаги КХБШ балларини шаҳар СЮЕ марказига мурожаат қилиш пайтида ва касалхонадан чиққандан кейин ҳисоблаш билан амалга оширилди. 1-ва 2-гуруҳда шифохонадан чиқарилгандан сўнг ОДЮТ ва КХБШ 6 ва 12 ойлик кузатувдан сўнг динамикада баҳоланди. ЧҚ ОФ иккала гуруҳда ҳам баҳоланди ва вақт ўтиши билан - дастлабки ЧҚ ОФ ва амбулатория босқичида беморларни кузатиш пайтида юзага келган ўзгаришларга қараб мунтазамлик билан, лекин ОФ_{паст}ЮЕ йилига камида икки марта, ОФ_{оралик}ЮЕ ва ОФ_{сақл}ЮЕ йилига бир марта аниқланади. СЮЕ ЭхоКГ текширувида ОФ га кўра:

ОФ_{сақл}ЮЕ >50%

ОФ_{оралик}ЮЕ 40-49%

ОФ_{паст}ЮЕ <40% ташхиси қўйилди.

Иккала гуруҳдаги дастлабки кўрик касалхонадан чиқишдан олдин амалга оширилди. Ушбу ташрифда беморларнинг демографик хусусиятлари, СЮЕ этиологияси ва белгилари, қўшма касалликлар, СЮЕ ФС, ОДЮТ, КХБШ, ЧҚОФ; гемодинамик кўрсаткичлар: систолик қон босими (СҚБ), диастолик қон босими (ДҚБ), юрак қисқаришлар сони (ЮҚС); инструментал текширувлар лаборатория кўрсаткичлари баҳоланди, СЮЕ ва бирга келадиган касалликларнинг фармакотерапияси, дори-дармонларсиз даволаш ва касалхонада беморларни ўқитиш таҳлил қилинди. Барча беморларга СЮЕдан кейинги амбулатор кузатув таклиф қилинди.

Кейинчалик, 1-гуруҳдаги беморлар амбулатор шароитда "узлуксиз" усул бўйича СЮЕ марказида кардиолог томонидан эркин равишда эҳтиёжга қараб,

жадвал бўйича (камида уч ойда бир марта стабил ҳолатда) бепул, шунга параллел ҳамшира назорати (тузилган телефон кўнғироқлари) ойига бир марта кузатилди. Бир йиллик кузатув давомида СЮЕ марказида ҳар уч ойда бир марта (йилига 4 та ташриф) ташриф буюриш мажбурий ҳисобланади.

1-гуруҳдаги беморларда барча кўрикларда қуйидагилар амалга оширилди: СЮЕ этиологиясини аниқлаш, СЮЕ симптомлари ва белгиларини динамикада кузатиш, гемодинамик кўрсаткичларни (СКБ, ДҚБ, ЮҚС) баҳолаш, СЮЕ ва бирга келадиган касалликлар учун фармакотерапия тайинлаш, медикаментоз ва номедикаментоз даволанишга риоя қилишни баҳолаш ва ўз-ўзини назорат қилиш бўйича тавсияларни амалга ошириш. 1-ва 2-гуруҳдаги беморларда СЮЕ ФС, ОДЮТ, КХБШ, ЧҚ ОФ 6 ва 12 ойлик кузатувдан кейин яна аниқланди. Ҳар бир ташрифда бемор, унинг қариндошлари ва қаровчилар учун тавсияларига биноан кўшимча тренинглари ўтказилди.

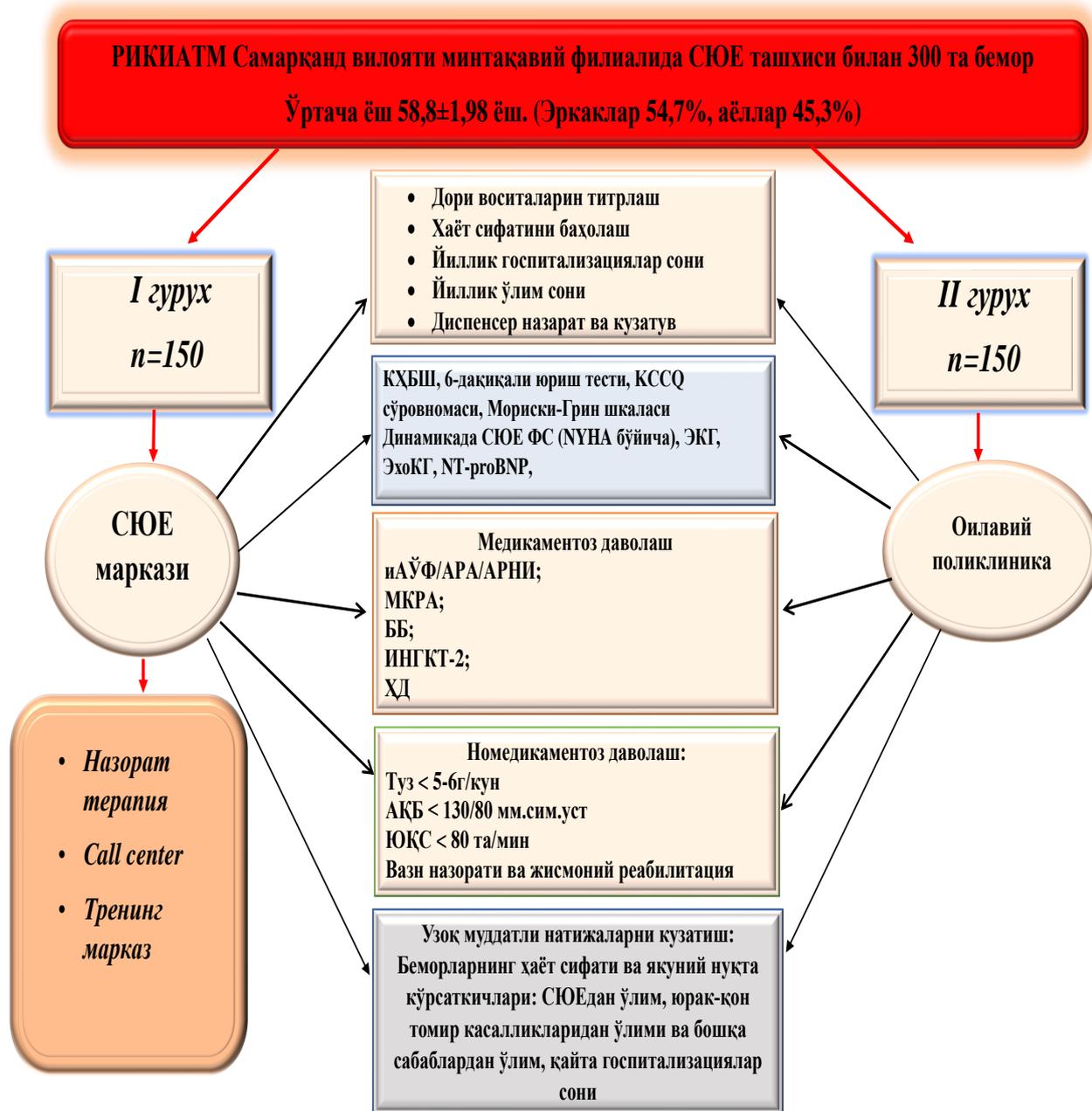
Шундай қилиб, шаҳар СЮЕ маркази беморларига амбулатор ёрдам кўрсатиш ҳар бир бемор учун СЮЕ маркази мутахассисига ташриф буюриш учун индивидуал жадвал мавжуд, Беморларга кардиолог томонидан амбулатор консултатив ёрдам кўрсатилди, гемодинамик кўрсаткичлар назорат қилинди, динамикада жисмоний фаолиятга толерантлик аниқланди ва жисмоний фаолиятнинг индивидуал режими танланди ва беморни ўқитиш давом эттирилди. Кардиологнинг консултатив қабули беморни телефон орқали қўллаб-қувватлаш орқали кучайтирилди, бу СЮЕ маркази ҳамшираси томонидан ойига камида бир марта амалга оширилди. Шу билан бирга, СЮЕ маркази ҳамшираси камида уч ойда бир марта ОПда кузатувни танлаган 2-гуруҳ беморларига тузилган телефон кўнғироқларини амалга оширди. ОП гуруҳидаги беморларни кузатув режаси СЮЕ маркази гуруҳидаги беморларни кузатув режасидан фарқ қилмайди, аммо касалхонадан чиққандан кейин амбулатор кузатувнинг аҳамияти беморлар билан кўшимча равишда муҳокама қилинди. Беморнинг яшаш жойида қаерда ва ким томонидан кузатилганлиги, агар бемор яшаш жойи бўйича шифокорга бормаганлиги аниқланса, амбулатор асосида СЮЕ маркази консултатив хонасига бориш тавсия этилди.

СЮЕ маркази касалхонасида беморларни такрорий госпитализация тез тиббий ёрдам машинасида ёки кардиологинг қабулида шошилиш равишида СЮЕ марказида амбулатор шароитида кузатишган беморлар гуруҳида ЎДЮЕ қайта ривожланган тақдирда амалга оширилди.

2.2 Тадқиқот дизайни ва усуллар

2.2.1-расм

Таdqиқот дизайни



Таdqиқот дизайнига кўра иккала гуруҳда ҳам дори воситаларини титрлаш, хаёт сифатини баҳолаш, йиллик госпитализациялар сони, йиллик ўлим сони,

диспансер назорат ва кузатув ўтказилди. КХБШ, олти дақиқали юриш тести, КССQ сўровномаси, Морски-Грин шкаласи, динамикада СЮЕ ФС, ЭКГ, ЭхоКГ, натрий уретик пептид кўрсаткичлари баҳоланди. Иккала гуруҳдаги беморларда медикаментоз даволаш кватротерапия яъни Ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибиторлари/АРА/ АРНИ, минералокартикоид рецептор антогонистлари, бета-блокаторлар, натрий глюкоза ко-транспортёр 2 ингибиторлари ва зарурут бўлган халқали диуретиклар билан даволаш баҳоланди. Шунингдек номедикаментоз даволашга риоя қилиш ҳам баҳоланди. Узоқ муддатли натижалар кузатилди булар: СЮЕ ўткир декомпенсациясидан ўлим, юрак кон-томир тизими касалликларидан ўлим, бошқа сабабларга кўра ўлим ва қайта госпитализациялар частотаси баҳоланди. Бундан ташқари СЮЕ марказида назорат терапия, Call центр ва тренинг марказ ташкил қилинди.

2.2.1 Лаборатор тадқиқот усуллари

СЮЕ марказида даволашнинг стационар босқичида барча беморларда СЮЕ, ЎДЮЕ стандарти бўйича ва СЮЕ этиологиясини ҳисобга олган ҳолда умумий клиник, биокимёвий ва тадқиқотлар ўтказилди. Кейинчалик, гуруҳларда лаборатор текширувлар камида олти ойда бир марта ва кўрсатмаларга кўра тез-тез ўтказилди.

Лаборатор тадқиқот усуллари: умумий қон, сийдик анализи; биокимёвий кўрсаткичлар (креатинин, мочевина, глюкоза, NT-ProBNP) параметрларини баҳолашни ўз ичига олади.

Қондаги биокимёвий кўрсаткичлар (креатинин, мочевина, глюкоза) биокимёвий анализатор Mindray BS 200 (Mindray, Хитой, 2010) ёрдамида аниқланди. Референт қийматлар: креатинин эркакларда 62-106 мкмоль/л, аёлларда 44-80 мкмоль/л; мочевина эркакларда 3-9,2 ммоль/л, аёлларда 3,5-7,2 ммоль/л; глюкоза 3,6-5,5 ммоль/л. Гломеруляр филтрация тезлигини (ГФТ) ҳисоблаш Коккфрoфт-Гальт формуласидан, фойдаланган ҳолда ҳисобланди. Референт қийматлар >60 мл/мин./1,73 м². ГФТ АЎФ ингибиторларини титрлаш ва БФ борлигида перорал антикоагулянтларининг (ПОАК) дозасини танлаш учун аниқланди. БФ билан

оғриган беморларда ПОАК (перорал антикоагулянтлар) БФ билан оғриган беморларни дабигатран, аписабан ёки ривароксабан билан даволаш ишлатилди. **Қондаги NT-ProBNP даражасини аниқлаш** портатив автоматик люминесцент иммуноанализатор «Wondfo» (RainSenDa, Китай) ёрдамида экспресс усули ёрдамида амалга оширилди. Референт қийматлар 0-75 ёшда 0-125 пг/мл, 75 ёшдан катталарда 0-450 пг/мл. Лаборатор тадқиқотларининг натижалари иккита: ЎДЮЕдан кейин субкомпенсация босқичини аниқлаш ва дориларни титрлашда хавфсизлик профилини ўрнатиш мақсадига эришиш учун ишлатилди.

2.2.2 Инструментал тадқиқот усуллари

Электрокардиография (ЭКГ) 12 каналли электрокардиограф «HeartScreen 80 G-L», Innomed Medical (Венгрия) ёрдамида амалга оширилди. Электрокардиограф компьютерга уланди ва Innobase for Windows дастуридан фойдаланган ҳолда, текширув санаси, вақти ва беморнинг исми кўрсатилган барча маълумотлар қурилма хотирасида сақланади ва сақлаш ва кейинчалик қайта ишлаш учун шахсий компьютерга ўтказилди. 1-гурухдаги беморларда ЭКГ йилига камида бир марта синус ритмида (СР), кўрсатмаларга кўра тез-тез ва БФ ритмида - юракнинг ўртача ЮҚСни баҳолаш учун ҳар бир амбулатор қабулда ўтказилди. ЎДЮЕ учун такрорий касалхонага ётқизилган тақдирда, аввалги текширувнинг давомийлигидан қатъи назар, такрорланди.

Эхокардиография (ЭхоКГ) Б-режимда СЮЕни баҳолаш учун, стационар ультратовуш аппарати SonoScare S20Exp ёрдамида амалга оширилди. Тадқиқот стандарт парастернал ва апикал проекцияларда ўтказилди. Ўнг ва чап бўлмачалар ва қоринчалар бўшлиқларининг ҳажмлари, қоринчалараро тўсик қалинлиги ва чап қоринча орқа девори қалинлиги мм, миокард қисқариши, гипо-ва акинез зоналари баҳоланди. Чап қоринча отиш фракцияси Симпсон усули ёрдамида аниқланди.

2.3 Ҳаёт сифати аниқловчи EQ-5D-5L ва КССQ сўровномалари

Ҳаёт сифати EQ-5D-5L ва КССQ сўровномалари ёрдамида 1-гурухда

биринчи ташрифда бошланғич ва 6 ва 12 ойдан кейин баҳоланди. EQ-5D-5L ва KCCQ сўровномалари беморларнинг ўзлари томонидан тўлдирилди.

EQ-5D-5L анкетаси икки қисмдан иборат. Биринчи қисмдаги саволларга жавоблар беш баллик шкала бўйича баҳоланди: 1 балл - симптомлар ёки муаммоларнинг йўқлиги ва 5 балл - аломатлар ёки муаммоларнинг ўта оғирлигига тўғри келди. EQ-5D-5L нинг иккинчи қисми визуал аналог шкаладан (ВАШ) иборат. 0 балл анкетани тўлдириш вақтида беморнинг соғлиғи ҳолатининг энг ёмон субъектив баҳосига, 100 балл эса текшириш вақтидаги энг яхши баҳога тўғри келади.

KCCQ сўровномаси беморларнинг жисмоний ва ижтимоий чекловларини, СЮЕ белгиларини, ҳаёт сифатини ва ўз-ўзига ёрдам бериш ва ўз-ўзини парвариш қилиш қобилиятини батафсилроқ таҳлил қилиш имконини беради. KCCQ сўровномаси қуйидаги шкалаларга гуруҳланган бир қатор саволлардан иборат: жисмоний чекловлар, симптомлар, симптомларнинг барқарорлиги, ижтимоий чекловлар, ўз-ўзига ёрдам бериш қобилияти, ҳаёт сифати, беморнинг функционал ҳолати, клиник ҳолати. Сўровномани таҳлил қилишда барча баллар 0 дан 100 баллгача бўлган шкала бўйича тақдим этилади, пастроқ баллар оғирроқ аломатлар ва ёки чекловларни ифодалайди, 100 балл эса ҳеч қандай аломат йўқ, чекловлар йўқ ва ҳаётнинг мукамал сифатини кўрсатади. Таърифланганидек, барча KCCQ баллари 0 дан 100 гача бўлган шкала бўйича баҳоланади ва кўпинча 25 балллик диапазонларга йиғилади, баллар соғлиқни сақлаш ҳолатини қуйидагича акс эттиради: 0 дан 24 гача: жуда ёмондан ёмонгача; 25 дан 49 гача: ёмондан қониқарлигача; 50 дан 74 гача: қониқарлидан яхшигача; ва 75 дан 100 гача: яхшидан аълогача.

2.4 Клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи (КХБШ) ва олти дақиқали юриш тести (ОДЮТ)

Беморнинг аҳволини аниқлаш учун КХБШ сўровномаси (Мареев В.Ю., 2002) яратилди - СЮЕ билан оғриган беморларнинг клиник ҳолатини баҳолаш учун шкала. Ушбу сўровнома қуйидагиларни ўз чига олади: дам олиш ёки жисмоний машқлар пайтида нафас қисилиши ёки йўқлигини, ўтган ҳафтада вазн

ўзгарганми, юрак уриши ҳақидаги шикоятлар, бемор ётоқда қайси ҳолатда - горизонтал ёки кўтарилган, бўйин томирларининг бўртиши, ўпкада хириллаш, бедана ритмининг мавжудлиги ёки йўқлиги, жигар катталашганми ва неча сантиметрга, пастоз ёки шиш борми. Бундан ташқари, беморнинг қон босими 120 мм.сим.уст, 100 мм.сим.уст ёки 100 мм.сим.уст дан кам каби саволларни ҳам ўз ичига олади. Ҳаммаси бўлиб, энг кўп балл - 20 балл NYHA бўйича СЮЕнинг IV босқичига, яъни терминал босқичига тўғри келади. 0 балл - юрак етишмовчилиги белгилари йўқлигини билдиради.

2.4.1-жадвал

Клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи (КХБШ)

Симптом ва белгилар	Кучлилиги	Балл
Хансираш	0-йўқ; 1-зўриқишда; 2-тинч ҳолатда.	
Охирги хафта вазн ўзгарганми	0-йўқ; 1-ошди.	
Юрак уриши ҳақидаги шикоятлар	0-йўқ; 1-ошди.	
Тўшакдаги ҳолати	0-горизонтал равишда; 1-бош учи кўтарилган (2+ёстик); 2-ортиқча бўғилишдан уйғонади; 3 - ўтирган холда.	
Бўйин томирлари бўртиши	0-йўқ; 1-ётган ҳолатда; 2-тик турган ҳолатда.	
Ўпкада хириллаш	0-йўқ; 1-пастки қисмлар(1/3 гача); 2-куракнинг пастки қисмигача (2/3 гача); 3-ўпканинг бутун юзаси бўйлаб	
От дупури ритмининг мавжудлиги	0-йўқ; 1-мавжуд.	
Жигар	0-катталашмаган; 1-5 см гача; 2-5 см дан ортиқ.	
Шиш	0-йўқ;	

	1-пастозност; 2-шиш; 3-анасарка.	
СҚБ	0-120 мм.сим.устдан баданд; 1-100-120 мм.сим.уст; 2-100 мм.сим.устдан паст.	
Жами:		
0 балл-СЮЕ клиник белгилари йўқ; I ФС- 3баллдан кам ёки тенг; II ФС- 4 баллдан 6 баллгача; III ФС- 7 баллдан 9 баллгача; IV ФС- 9 балл ва ундан юқори.		

2.4.2-жадвал

Олти дақиқали юриш тести (ОДЮТ)

ФС	6 дақиқали юриш тести, м
I	>551
II	426-550
III	301-425
IV	<150

2.5 Терапияга риоя қилишни баҳолаш учун шкала

Терапияга риоя қилишни баҳолаш учун қўлланиладиган усуллардан бири сўровномадир. Амалиётда энг кўп қўлланиладиган терапияга риоя қилишни баҳолаш шкаласи Мориский-Грин сўровномаси, шунингдек, модификацияланган Мориски тестидир.

Ҳар қандай сурункали касаллик учун терапияга риоя қилишни баҳолаш учун 1985 йилда Мориский ва Грин томонидан сўровнома ишлаб чиқилган. У 4 та саволни ўз ичига олади:

Мориский-Грин сўровномаси

Саволлар	Ҳа	Йўқ
Дори-дармонларни қабул қилишни унутганмисиз?	0	1
Дори-дармонларни қабул қилишга баъзида кам эътибор берасизми?	0	1
Агар ўзингизни яхши ҳис қилсангиз, дори-дармонларни қабул қилишни ўтказиб юборасизми?	0	1
Дори-дармонларни қабул қилганингиздан кейин ўзингизни ёмон ҳис қилсангиз, кейинги дозани ўтказиб юборасизми?	0	1

Агар жами тўрт баллдан кам ва 0 баллдан кўп бўлса, бемор терапияга юқори даражада содиқ ҳисобланади. Сўровнинг тезлиги ва соддалигидаги аниқ афзалликларга қарамай, тестнинг ўзига хослиги ва сезгирлиги мос равишда атиги 47% ва 44% ни ташкил қилади. Шундай қилиб, Мориский-Грин сўровномаси фақат терапияга риоя қилган беморларнинг 50%ни баҳолаши мумкин. Камчиликларни ҳисобга олган ҳолда, тест муаллифлар томонидан ўзгартирилди ва 2008 йилда кенгайтирилган шаклда тақдим этилди.

Модификацияланган Мориский-Грин тести

Модификацияланган тест ўтказиб юборилган терапия бўйича кенгайтирилган маълумотларга эга 8 та саволни ўз ичига олади, шу жумладан саёҳатлар, даволовчи шифокорни дори воситаларидаги ўзгаришлар ҳақида хабардор қилишни ҳам ўз ичига олади. Худди дастлабки версияда бўлгани каби, саволга салбий ва ижобий жавоб берилади. Жами 8 балл билан беморлар терапияга паст, 0 - юқори даражада амал қилишни билдиради.

4 та саволдан иборат Мориский-Грин сўровномаси ва кенгайтирилган ўзгартирилган Мориский тести, шу жумладан 8 та савол клиник амалиётда энг кўп ишлатиладиган ва универсал ҳисобланади.

Беморнинг терапияга риоя қилиш даражаси фоиз сифатида баҳоланади, 50% гача риоя қилишнинг паст даражаси, 51-75% ўртача, 75% дан юқори. Ушбу тестнинг сезгирлиги ва ўзига хослиги 93% ни ташкил қилади.

Янги Мориский-Грин шкаласи юрак-қон томирлари касаллиги бўлган беморларда терапияга риоя қилишни батафсилроқ баҳолашга қаратилган сўровга асосланган.

№ 2.5.2-жадвал

Даволанишга риоя қилишни баҳолаш учун Мориский-Грин шкаласи

Йўқ.	Савол	Жавоб, балл	
		«Ҳа»	«Йўқ»
1.	Дори-дармонларни қабул қилишни унутган вақингиз бўлганми?	0	1
2.	Охирги 2 ҳафта ичида дори-дармонларни қабул қилмаган кунлар ҳам бўлганми?	0	1
3	Агар сиз, олдинги дозадан кейин ўзингизни ёмон ҳис қилсангиз шифокорингиз билан маслаҳатлашмасдан препаратни қабул қилиш, камайтирасизми ёки ўтказиб юборасизми?	0	1
4	Узоқ вақт давомида уйдан узоққа чиқсангиз/кетсангиз, дори-дармонларни ўзингиз билан олишни унутиб қўйсизми?	0	1
5	Кеча дори-дармонларни ўтказиб юбордингизми?	0	1
6	Ўзингизни яхши ҳис қилганингизда/яхши текширув натижаларига эга бўлганингизда дори-дармонларни қабул қилишни ўтказиб юборасизми?	0	1
7	Сизга қанчалик тез-тез, дори-дармонларни ўз вақтида қабул қилиш зарурати эслаб қолиш қийин?	0	1
8	Сизга қанчалик тез-тез, дори-дармонларни ўз вақтида қабул қилиш зарурати эслаб қолиш қийин? *	*	

8-саволга жавоб вариантлари: 0 балл – ҳар доим, 1 балл – деярли ҳар доим, 2 балл – баъзан, 3 балл – камдан-кам, 4 балл – ҳеч қачон. Умумий баллар сонини ҳисоблашда 8-саволга жавоб беришда тўпланган балл 4 га бўлинган.

1-гуруҳда лаборатория ва инструментал текширувлари камида олти ойда бир марта, кўрсатмаларга кўра - тез-тез ўтказилди.

2-гуруҳда СЮЕ белгилари, қон босими (АҚБ), юрак қисқаришлар сони ва даволанишга риоя қилиш ва ўз-ўзини назорат қилиш ҳамширалар томонидан телефон кўнғироқлари ёрдамида текширилди. Беморларнинг барча жавоблари протоколда қайд этилган ва кардиолог томонидан текширилган, агар керак

бўлса, маълумотни аниқлаштириш ёки аҳволи ёмонлашса, бемор билан боғланилди.

СЮЕ марказида кузатув доирасида 1-гуруҳдаги беморларда СЮЕ ва кўшимча терапия учун асосий терапияни танлаш ва коррекциялаш ўтказилди. 2-гуруҳдаги беморларга, агар бемор кузатув остида бўлмаса, яшаш жойидаги ОПга ёки СЮЕ марказига мурожаат қилиш тавсия этилган.

ЎДЮЕ ва 1-гуруҳдаги бошқа сабабларга кўра қайта касалхонага ётқизилган барча ҳолатлар СЮЕ маркази амбулатор беморининг тиббий картасида (СЮЕ марказидаги бемор картаси) кайд этилди, стационар даврдан сўнг, беморларнинг тиббий ҳужжатларидан маълумотлар кўчирилди ва 2-гуруҳдаги беморлар госпитализацияси яшаш жойидаги ОП амбулаториясининг тиббий маълумотлари, худудий тиббий ахборот тизими маълумотлари ва беморларнинг ихтиёрий ҳисоботлари, телефон орқали касалхонага ётқизилганлиги факти, кейинчалик кўрсатилган ҳужжатлар бўйича таҳлил қилинган. Госпитализация сабаблари, аҳволининг ёмонлашуви ва ЎДЮЕ таҳлил қилиниб, тиббий дафтарга ёзилди.

1 ва 2-гуруҳлардаги беморларнинг ўлим сабаблари стационар беморнинг тиббий ёзувлари, ёки амбулаториянинг тиббий картасидаги хулосалар асосида аниқланади. Беморнинг ўлими тиббий муассасадан ташқарида содир бўлган ва ўлимдан кейинги текширув ўтказилмаган тақдирда, ўлим ҳолатларини таҳлил қилиш СЮЕ маркази шифокори томонидан сўралган беморларнинг қариндошлари иштирокида ўтказилди.

Тадқиқот қуйидаги якуний нуқталарни ўрганиб чиқди: умумий ўлим (УЎ), ЎДЮЕдан ўлим, бошқа сабабларга кўра ўлим ва бир йилда ЎДЮЕ учун қайта госпитализация даражаси.

Тадқиқотда ўрганилди: клиник симптомларнинг динамикаси, тақдим этилган беморлар гуруҳларида СЮЕ даволашнинг клиник самарадорлиги, СЮЕ базис терапиясининг самарадорлиги ва хавфсизлиги. Беморларнинг медикаментоз ва номедикаментоз даволанишга риоя қилишлари ва ўз-ўзини назорат қилишлари таҳлили ўтказилди.

2.6. Тадқиқотнинг статистик усуллари

Маълумотларни статистик қайта ишлаш икки босқичда амалга оширилди:

- 1) статистик таҳлилга тайёргарлик;
- 2) статистик таҳлил.

Статистик таҳлилга тайёргарлик таҳлил қилинаётган ўзгарувчилар (ҳисобга олинадиган белгилари) турларини, ҳар бир белгини тақсимлаш турини ва белгиланган вазибаларни шакллантиришни ўрганишни ўз ичига олди.

Иккинчи босқичда биринчи босқичда ўрганилган учта асосий омилга қараб, муайян статистик усулни танлаш амалга оширилди:

- таҳлил қилинадиган ҳисоб белгисининг тури;
- таҳлил қилинган белгиларнинг тақсимланиш характери;
- ўрганилаётган намуналарнинг сони ва тури (қарам ёки мустақил).

Белгининг тақсимлаш турини таҳлил қилиш Microsoft Excel дастуридан фойдаланган ҳолда амалга оширилди.

Таdqиқот давомида олинган маълумотларга Pentium-IV шахсий компьютерда Microsoft Office Excel -2012 дастурий пакети ёрдамида статистик ишлов берилди. Ўрганилаётган кўрсаткичнинг ўртача арифметик (M), ўртача квадратик оғиш (σ), ўртача стандарт хатолик (m), нисбий қийматлар (частота, %)ни ҳисобган олган ҳолда вариацион параметрик ва нопараметрик статистика усулларидан фойдаланилди ва ўртача қийматларни таққослашда олинган ўлчовларнинг статистик аҳамиятлари Стьюдент (t) мезонлари бўйича хатолик эҳтимоллигини (P) ҳисоблаш орқали қайта тақсимланишнинг нормаллиги (эксцесс мезони бўйича) ва умумий дисперсиянинг тенглиги (F – Фишер мезонлари)ни текшириш жараёнида аниқланди. Ҳисобланган мезонларнинг статистик ишончлилигини баҳолаш учун қабул қилинадиган муҳимлик даражаси (P) учун критик қийматлар кўрсаткичлари ва жадваллари ишлатилди. Статистик жиҳатдан муҳим ўзгаришлар учун тўртта асосий муҳимлик даражаси қабул қилинди: юқори- $P < 0,001$, ўрта- $P < 0,01$, паст (чегаравий) – $P < 0,05$, аҳамиятсиз (ишончсиз) - $P > 0,05$.

Сифат қийматлари учун статистик муҳимлилик даражаси t - Стьюдент

Ҳақиқийлик мезони (t -тақсимот) ёрдамида қуйидаги формула бўйича ҳисоблаб чиқилди:

Бу ерда t - мезон катталиги кўрсаткичлар фарқининг (ўртача катталиклар) ўзининг фарқлар хатолигига нисбатан муносабати билан аниқланди. Ҳақиқаттан ўрнатилган катталик (t_x), t – мезондан катта бўлди. H_0 – гипотезани инкор этилди ва озод даражалар сони $k = n_1 + n_2 - 2$, яъни $t_x \geq t_c$ шарт бажарилди. Бу эса гуруҳлар ўртасидаги фарқланиш юқори эканлигини кўрсатди.

III БОБ. ШАХСИЙ ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ

3.1. Беморларда СЮЕ этиологияси ва клиник кечиши.

Самарқанд шаҳар кўп тармоқли марказий поликлиникасида ташкил қилинган СЮЕ маркази ва ОП шароитида ЎДЮЕ бўйича даволанган иккала гуруҳни ташкил этувчи 300 нафар беморлар тадқиқоти натижалари ўрганилганда СЮЕ этиологияси ва клиник кечиши аҳамияти катта эканлиги аниқланди. ЎДЮЕ учун касалхонага ётқизилганидан кейин СЮЕ билан оғриган беморнинг замонавий "портрети" юқори коморбидлик ва ҳар бир беморда СЮЕнинг юзага келишининг сабаблар комбинацияси билан тавсифланади. Қуйидаги жадвалда СЮЕга олиб келган сабабларнинг тадқиқот учун танланган беморларда тақсимланиши келтирилган (3.1.1-жадвал).

3.1.1-жадвал

СЮЕга олиб келувчи каслликларнинг тадқиқот учун танланган беморларда тақсимланиши

№	Кўрсаткичлар	I гуруҳ (n=150)		II гуруҳ (n=150)		χ^2	P
		абс	%	Абс	%		
1	АГ анамнезида	144	96,0	138	92,0	2,13	0,145
2	ЮИК анамнезида						
	Стабил стенокардия анамнезида	126	84,0	132	88,0	1,00	0,318
	ИККС анамнезида	42	28,0	36	24,0	0,62	0,430

Эслатма: *p - 1 ва 2-гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти

Юқорида келтирилган жадвалдан кўриниб турибдики, СЮЕ юзага келишида АГ (1 гуруҳда 96%, 2 гуруҳда 92%), ЮИК (84%, 2-гуруҳда 88%), ИККС (1 гуруҳда 28%, 2 гуруҳда 24%) етакчи ўринларни эгаллаши кузатилган.

Бундан ташқари, тадқиқот гуруҳларида СЮЕ билан бирга қуйидаги ёндош касаликлар: БФ (1- гуруҳда - 22%, 2 - гуруҳда - 24%), анемия (1-гуруҳда - 16%,

2-гурӯҳда - 12%), ЎСОК (1-гурӯҳда 15.3%, 2-гурӯҳда - 12%) ва 2 тип қандли диабет (1 гурӯҳда 24%, 2 гурӯҳда 23,3%) аниқланди. Ёндош касалликлар ҳам иккала гурӯҳда бир хил нисбатларда учради ва статистик жихатдан деярли фарқ қилмади (3.1.2 жадвал).

3.1.2-жадвал

СЮЕ билан бирга келган ёндош касалликларнинг тадқиқот учун танланган беморларда тақсимланиши

№	Кўрсаткичлар	I гуруҳ (n=150)		II гуруҳ (n=150)		χ^2	P
		абс	%	абс	%		
1	ҚД 2 тип анамнезида	36	24,0	35	23,3	0,02	0,892
2	Бўлмачалар фибрилляцияси	33	22,0	36	24,0	0,48	0,488
3	Анемия анамнезида:	24	16,0	22	14,7	1,00	0,318
	Анемия I даража	16	66,7	13	59,1	0,35	0,345
	Анемия II даража	8	33,3	9	40,9	0,38	0,336
4	ЎСОК анамнезида	23	15,3	18	12,0	0,71	0,401

Эслатма: *p - 1 ва 2-гурӯҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти

3.1.1 Ўрганилаётган беморларда СЮЕ белгилари ва симптомлари

Ўрганилаётган гурӯҳлардаги беморларда СЮЕнинг асосий белгилари ва симптомлари ўрганиб чиқилиб, тадқиқот гурӯҳлари ўзаро солиштирилиб таҳлил қилинди. Тадқиқот гурӯҳлардаги беморларда СЮЕ нинг клиник белгилари ўрганилганда, текширилган гурӯҳларда энг кенг тарқалган клиник кўринишларни хансираш (1-гурӯҳда - 88%, 2- гурӯҳда 90%), умумий холсизлик (1-гурӯҳда – 73,3%, 2-гурӯҳда-71,3 %) ва периферик шишлар (1-гурӯҳда – 54%, 2-гурӯҳда – 58%) эканлиги аниқланди (3.1.3 жадвал).

СЮЕнинг дастлабки клиник белгилари ва симптомлари

№	Кўрсаткичлар	I гуруҳ (n=150)		II гуруҳ (n=150)		χ^2	P
		Абс	%	Абс	%		
1	Хансираш	132	88,0	135	90,0	0,31	0,580
2	Чарчаш холсизлик	110	73,3	107	71,3	0,15	0,699
3	Периферик шишлар	81	54,0	87	58,0	0,49	0,485
4	Ўўтал	24	16,0	23	15,3	0,03	0,874
5	Ўўпкада хириллашлар	44	29,3	48	32,0	0,25	0,616
6	Асцит	2	1,3	3	2,0	0,20	0,652
7	Кукрак қафасида суюқлик	3	2,0	2	1,3	0,20	0,652
8	Перикардда суюқлик	2	1,3	3	2,0	0,20	0,652
9	Жигар катталашини см	5	3,3	7	4,7	0,35	0,556

*Изоҳ: *p-1-ва 2-гуруҳдаги фарқларнинг аҳамияти;*

Периферик шиш иккала гуруҳдаги беморларнинг ярмидан кўпиди (мос равишда 54%, 58%) аниқланди, булар статистик жиҳатдан бир бирига мос келади. Асцит ва жигар катталашини ва касалхонага ётқизилганда бўйин томирларининг шишини (ўтирган ёки ётганда) тадқиқот гуруҳларида камроқ тарқалган ва статистик жиҳатдан сезиларли фарқ кузатилмади.

3.2. Беморларнинг дастлабки гемодинамик кўрсаткичлари.

Беморларда АҚБ, ЮҚСни баҳолашда 2018 ESC/ESH артериал гипертония бўйича Европа тавсияларига кўра, АҚБ<130/80 мм.сим.уст, ЮҚС<80та/мин

белгиланди. Ушбу дастлабки (кузатувдан олдинги) кўрсаткичлар шифохонадан чиқарилган кунида баҳоланди.

1-гурухдаги СҚБ даражасининг ўртача қиймати дастлаб $119,4 \pm 1,5$ мм.сим.уст ни ташкил этди ва 2 гуруҳда у статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилмади ва $122,7 \pm 0,9$ мм.сим.устни ташкил этди. Бу таққосланган гуруҳларда ДҚБ бошланғич даражасининг ўртача қиймати учун бир хил қонуниятдир. СҚБ 120 мм.сим.устдан паст бўлган беморларнинг нисбати гуруҳларда статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилмади (3.2.1 жадвал).

3.2.1-жадвал

Тадқиқот учун танланган СЮЕ билан ўрганилаётган беморларда гемодинамик кўрсаткичлар

№	Кўрсаткичлар	I гуруҳ (n=150)		II гуруҳ (n=150)		P
		M	m	M	m	
1	Сист. АҚБ (мм.сим.уст)	119,6	1,5	122,7	0,9	>0,05
2	Дист.АҚБ(мм.сим.уст)	79,2	1,1	85,8	1,0	>0,05
3	ЮҚС та/мин	86,2	0,9	88,1	0,8	>0,05

Изоҳ: *p-1-ва 2-гуруҳдаги фарқларнинг аҳамияти;

1 ва 2 тадқиқот гуруҳларида юрак уриш тезлигининг бошланғич даражасининг ўртача қиймати мос равишда $86,2 \pm 0,9$ ва $88,1 \pm 0,8$ та / мин бўлиб, статистик жиҳатдан муҳим фарқлар кузатилмади (3.1.2-жадвал).

Тадқиқот гуруҳларидаги беморларнинг гемодинамик кўрсаткичлари текширилганда, I гуруҳда 22%, II гуруҳда 20% БФ аниқланди. Доимий БФда ва СРда асосий юрак уриш тезлигининг тадқиқот гуруҳларда учраш даражаси таҳлили 3.2.2-жадвалда келтирилган.

Ўрганилаётган гуруҳлардаги ритм турига қараб юрак уриш тезлигининг ўртача даражаси

Ритм тури	1-гуруҳдаги дастлабки ЮҚС, та/ мин	2-гуруҳдаги дастлабки ЮҚС, та/ мин	*Р
Синусли ритм	73,4+15,8	73,5+12,4	0.3
Доимий БФ	76+16,2	82,3+19,6	0.4

*Эслатма: *р - 1 ва 2-гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти, Қисқартмалар: БФ- бўлмачалар фибрилляция.*

1 ва 2 гуруҳлар ўртасидаги ритм тури текширилганда, ўртача юрак уриш тезлигида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар аниқланмади. Бунда АҚБ 1 гуруҳ беморларда ўртача 119,6/79,2 мм.сим.уст, 2-гуруҳ беморларда эса 122,7/88,5 мм.сим.уст. ни ташкил қилди. СР эса 1 гуруҳ беморларда ўртача 73,4+15,8, 2-гуруҳда 76+16,2 ни ташкил қилди. Шу билан бирга, ҳар иккала гуруҳдаги СР билан солиштирганда БФ доимий тури бўлган беморларда юрак уриш тезлигининг ўртача қийматининг статистик жиҳатдан сезиларли ўсиши тенденцияси мавжудлиги аниқланди. Тадқиқот учун танланган гуруҳлардаги беморлар касалхонадан чиқарилгандан сўнгги гемодинамик кўрсаткичлари 1 ва 2 гуруҳларда солиштирилганда, статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ кузатилмади. Иккала гуруҳда ҳам касалхонадан чиқарилганда беморлар қон босими ва юрак уриш тезлигининг мақсадли кўрсаткичларига эриша олмадилар, бу шуни кўрсатадики, Касалхонага ётқизишнинг ўртача 11 кунлик даври, СЮЕ учун асосий терапияни титрлаш мумкин эмас эди. Бу факт амбулатория босқичида ЎДЮЕ дан кейин беморларни асосий дориларнинг дозаларини юқорига қараб титрлаш билан фаол мониторинг қилиш зарурлигини исботлайди.

3.3. Беморларнинг ФС ва ЧҚОФ га қараб тақсимланиши ва доридармонлар қабул қилиш частотаси.

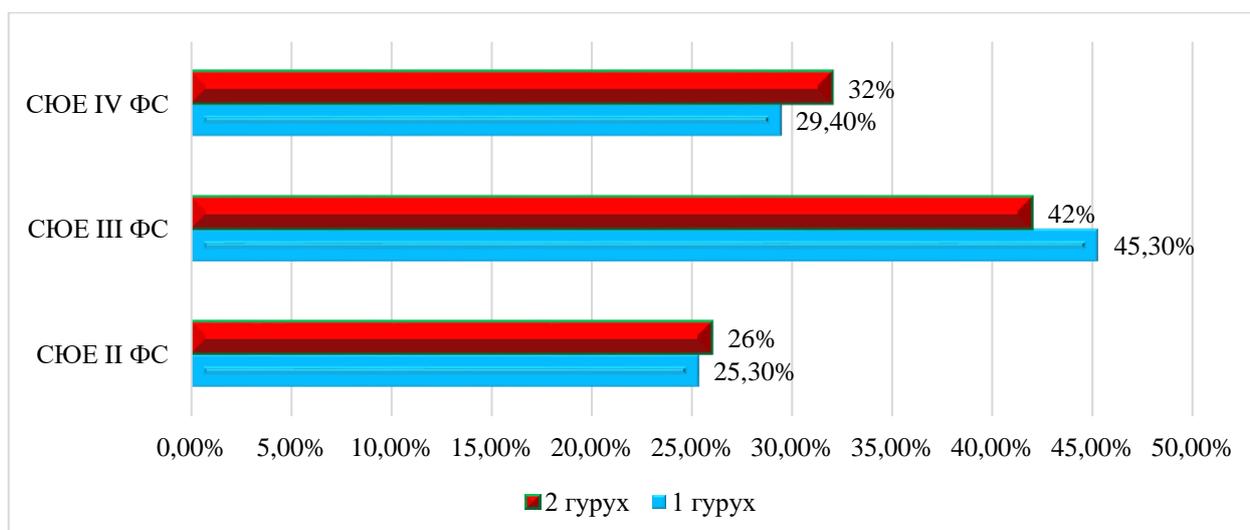
Кузатувдаги беморлар СЮЕ ФС га қараб гуруҳланганда: II ФС 1-гуруҳда 25,3%, 2- гуруҳда 26% ва СЮЕ IV ФС 1-гуруҳда 29,4%, 2-гуруҳда 32,0% ни ташкил қилиб, статистик жихатдан деярли фарқ қилмади (3.3.1 жадвал).

3.3.1-жадвал

Беморларнинг 1- ва 2-гуруҳларда СЮЕ ФС ва чап қоринча ОФга кўра тақсимланиши

№	Кўрсаткичлар	I гуруҳ (n=150)		II гуруҳ (n=150)		χ^2	P
		абс	%	абс	%		
1	СЮЕ II ФС	38	25,3	39	26,0	0,02	0,895
2	СЮЕ III ФС	68	45,3	63	42,0	0,34	0,561
3	СЮЕ IV ФС	44	29,4	48	32,0	0,25	0,616
4	ОФ _{сак} ЮЕ	42	28,0	30	20,0	2,63	0,105
5	ОФ _{оралиқ} ЮЕ	30	20,0	36	24,0	0,70	0,403
6	ОФ _{паст} ЮЕ	78	52,0	84	56,0	0,48	0,487

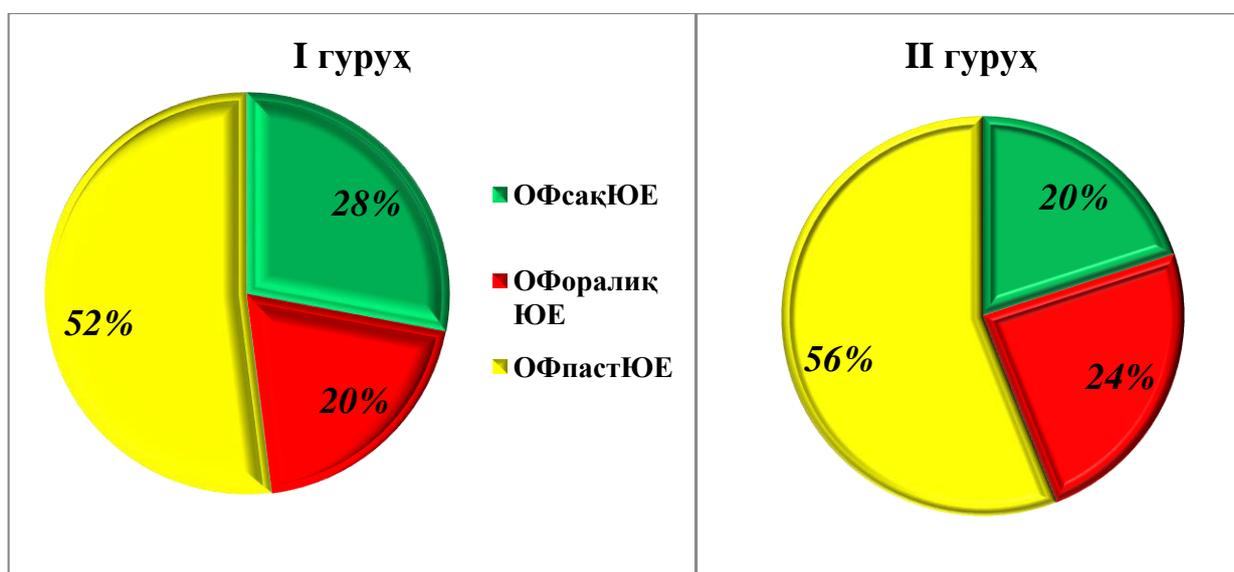
Изоҳ: *p - 1 ва 2-гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти



3.3.1-расм Беморларнинг 1- ва 2-гуруҳларда СЮЕ ФСга кўра тақсимланиши

Юқорида келтирилган расмдан кўриниб турибдики, тадқиқот учун танлаган иккала гуруҳда ҳам беморларини СЮЕ ФС бўйича тақсимлашда СЮЕ III ФС иккала гуруҳларда ҳам устунлик қилиб, 1-гуруҳда 45,3% 2-гуруҳда 42% ни ташкил қилди.

Гуруҳлар ЧҚОФ бўйича текширилганда, 1-гуруҳда ОФ_{паст}ЮЕ билан касалланган беморлар 52%ни, 2- гуруҳда 56%ни ташкил қилди. ОФ_{оралик}ЮЕ билан касалланган беморлар 2-гуруҳда 24,0%ни ташкил қилиб, 1-гуруҳ (20%) га қараганда кўпроқ кузатилди. ОФ_{сақ}ЮЕ эса 1-гуруҳда 28,0%, 2-гуруҳда 20,0%ни ташкил қилди.

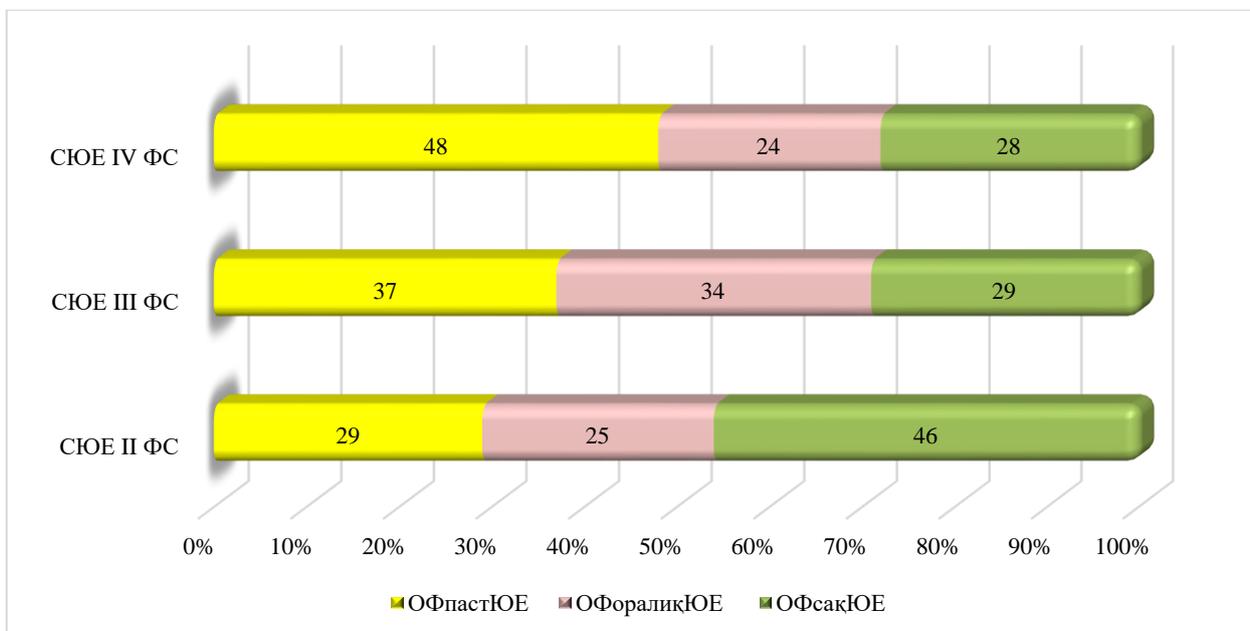


3.3.2-расм

Кузатувдан олдин 1-ва 2-гуруҳ беморларнинг ЧҚОФга кўра

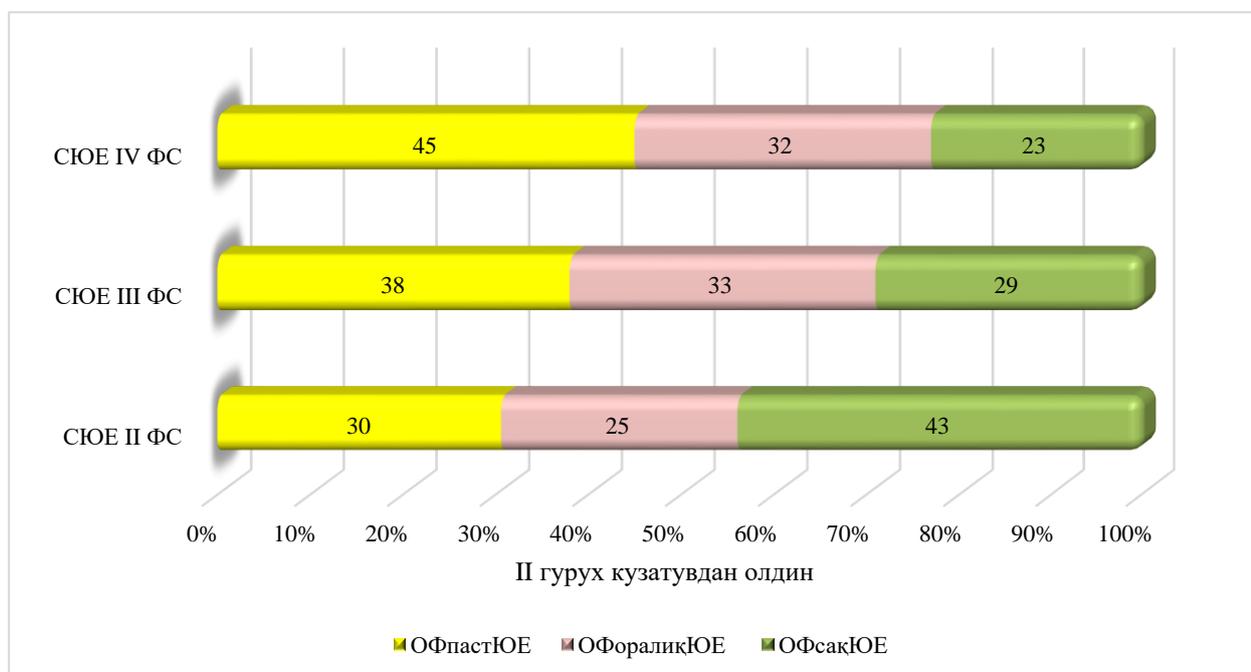
тақсимланиши

Тадқиқотнинг 1-гуруҳида СЮЕ ФСлар бўйича, чап қоринча отиш фракциясига кўра, тақсимланганда II ФС бўлган беморларда ОФ_{сақ}ЮЕ бўлган беморлар кўпчиликни ташкил қилган бўлса, III ва IV ФСли беморларда ОФ_{паст}ЮЕ бўлган беморлар ташкил қилди. Шунингдек II ФС беморларда 29% ОФ_{паст}ЮЕ, 25 % ОФ_{оралик}ЮЕ бўлган беморлар ташкил этди (3.3.3 расм).



3.3.3-расм 1-гурухда кузатувдан олдин СЮЕ ФСлар бўйича ЧҚОФга кўра тақсимланиши

2-гурухдаги беморларда ҳам СЮЕ ФС бўйича чап қоринча отиш фракциясига кўра тақсимланишида 1-гурухдан статистик жиҳатдан деярли фарқ қилмади. II ФС бўлган беморларда OF_{сақ}ЮЕ 43%, III ФСли беморларда OF_{паст}ЮЕ 38%, IV ФСли беморларда OF_{паст}ЮЕ 45%ни ташкил қилди (3.3.4 расм).



3.3.4-расм 2-гурухда кузатувдан олдин СЮЕ ФСлар бўйича ЧҚОФга кўра тақсимланиши

Тадқиқот гуруҳларидаги беморларнинг дастлабки клиник кўрсаткичлари текширилганда қуйидагилар аниқланди: ЭхоКГ текшируви натижаларига кўра ЧҚ ОФ нинг ўртача қиймати солиштирилган гуруҳларда 1 гуруҳда ($35,0 \pm 12$), 2 гуруҳда ($36,2 \pm 11,82$) ни ташкил қилган бўлса, Е/енинг ўртача кўрсаткичи 1-гуруҳда ($16,0 \pm 0,2$), 2-гуруҳда ($16,9 \pm 0,2$)ни ташкил қилиб, статистик жиҳатдан муҳим фарқларга эга эмас (3.3.2 жадвал).

3.3.2-жадвал

Тадқиқот гуруҳларидаги беморларнинг дастлабки клиник кўрсаткичлари

№	Кўрсаткичлар	I гуруҳ (n=150)		II гуруҳ (n=150)		P
		M	m	M	m	
1	ЧҚ ОФ%	35,0	12	36,2	11,82	>0,05
2	Е/е	16,0	0,2	16,9	0,2	>0,05
3	ОДЮТ (мин)	289,2	102,5	291,28	104,7	>0,05
4	КХБШ (балл)	7,0	3,0	7,0	2,0	>0,05
5	ВБИ	27,2	0,2	28,6	0,2	>0,05

Изоҳ: *p-1-ва 2-гуруҳдаги фарқларнинг аҳамияти;

3.3.2. жадвалда кўрсатилгандек, ОДЮТнинг ўртача қиймати тўғридан-тўғри СЮЕ ФС билан боғлиқ бўлган параметр бўлиб, ўрганилаётган беморларда СЮЕ оғирлигини акс эттиради. ОДЮТнинг дастлабки ўртача қийматига текширилганда, 1 гуруҳ ($292,2 \pm 102,5$) ва 2 гуруҳда ($291,28 \pm 104,7$) статистик жиҳатдан сезиларли фарқ кузатилмади, бу ҳам ушбу гуруҳларда СЮЕ ФС тақсимотига мос келади (3.3.3-жадвал).

Жадвалда КХБШнинг тадқиқотга қўшилиш вақтида ўрганилаётган гуруҳлардаги тақсимоти кўрсатилган. КХБШнинг бошланғич тақсимоти 1 гуруҳда (7 ± 3), 2 гуруҳда (7 ± 2) статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ кузатилмади ва ЎДЮЕдан кейин касалхонадан чиқиш пайтидаги ҳолатнинг клиник оғирлигига мос келади.

СЮЕни даволаш учун асосий дори-дармонларни қабул қилиш частотаси:

иАЎФ, АРА, АРНИ - сакубитрил/валсартан, ББ, иНГКТ-2 ва МКРА, шунингдек ўрганилаётган беморлар гуруҳларида ХД қабул қилиш частотаси ўрганилди

3.3.3-жадвал

Гуруҳларда қабул қилинган асосий дори гуруҳлари

№	Дори гуруҳлари	I гуруҳ (n=150)		II гуруҳ (n=150)		χ^2	P
		абс	%	абс	%		
1	иАЎФ, %	95	63,3	90	60,0	0,35	0,553
2	АРА, %	31	20,7	33	22,0	0,08	0,778
3	АРНИ, %	6	4,0	5	3,33	0,35	0,553
4	ББ, %	118	78,7	122	81,3	0,33	0,564
5	МКРА, %	119	79,3	121	80,7	0,08	0,773
6	ХД, %	149	99,3	147	98,0	1,01	0,314
7	иНГКТ-2	33	22,0	18	20,0	0,25	0,453

Изоҳ: *p-1-ва 2-гуруҳдаги фарқларнинг аҳамияти;

1-гуруҳда иАЎФ дастлаб 63,3% ҳолларда ва АРА 20,7% ҳолларда (жами 84,0% беморларда) ва 2-гуруҳда мос равишда 60,0% ва 22,0% ҳолларда (жами 82,0% беморларда) буюрилган статистик жиҳатдан сезиларли фарқларга эга эмас. АРНИ- Сакубитрил / валсартан 1-гуруҳда 4,0%, 2-гуруҳда 3,33%, иНГКТ-2 дастлаб иккала гуруҳда мос равишда 22,0% 1- гуруҳда, 20,0% 2-гуруҳда берилган.. МКРА 1-гуруҳда 79,3%, 2-гуруҳда 80,7%, ХД 1-гуруҳда 99,3%, 2-гуруҳда 98,0% беморлар қабул қилган.

3.4. Кўрсаткичлар ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш

Биринчи гуруҳда чап қоринча отиш фракцияси, койка куни билан ОДЮТ, КХБШ, NT Pro-BNP ўртасидаги боғлиқлик (корреляция коэффиценти (r)) ўрганиш натижалари 3.4.1-жадвалда келтирилган.

3.4.1-жадвал

I гуруҳдаги ўрганилаётган кўрсаткичларнинг корреляция матрицаси

	6 дақиқали юриш тести (м)	КХБШ (балл)	NT Pro-BNP
койка-кун	-0,85*	0,67*	0,85*
ОФ%	0,81*	-0,67*	-0,82*

Изоҳ: *- фарқларнинг аҳамияти <0.05;

Маълумотлар шуни кўрсатдики койка-куни ва КХБШ, NT Pro-BNP ўртасида ўртача ёки сезиларли корреляция аниқланди.

3.4.2-жадвал

R	Госпитализация нечи марта
Препарат сони	-0,73*

Изоҳ: *- фарқларнинг аҳамияти <0.05;

Беморларнинг 1-гуруҳида олинган маълумотлардан кўришиб турибдики, мантикий корреляциялар аниқланади ва олинган маълумотлар статистик аҳамиятга эга ($p < 0,05$).

II гуруҳдаги ўрганилаётган кўрсаткичларнинг корреляция матрицаси

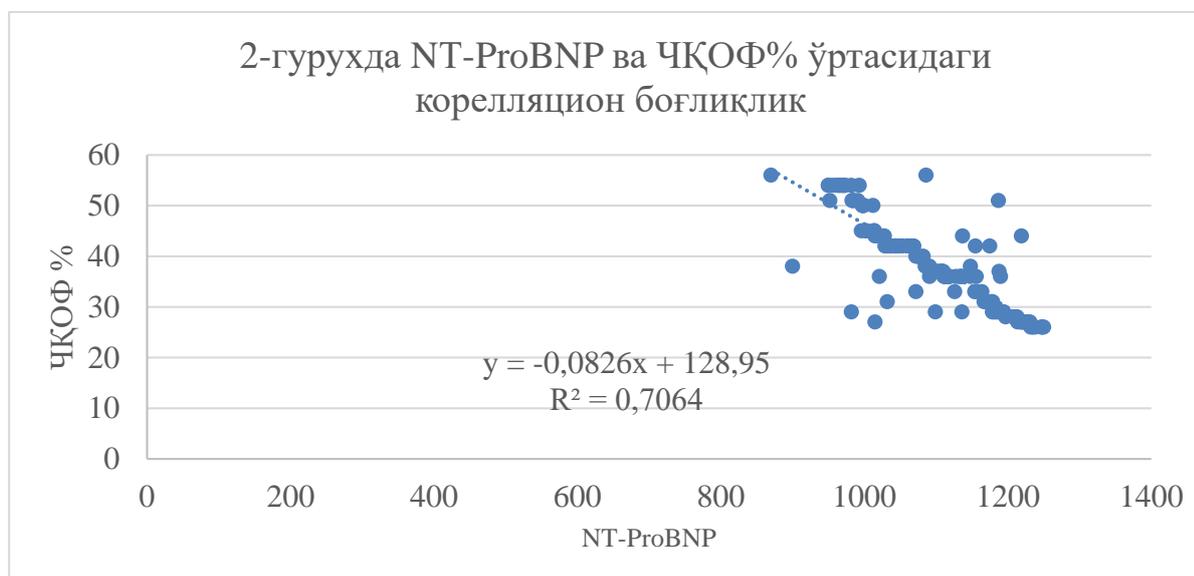
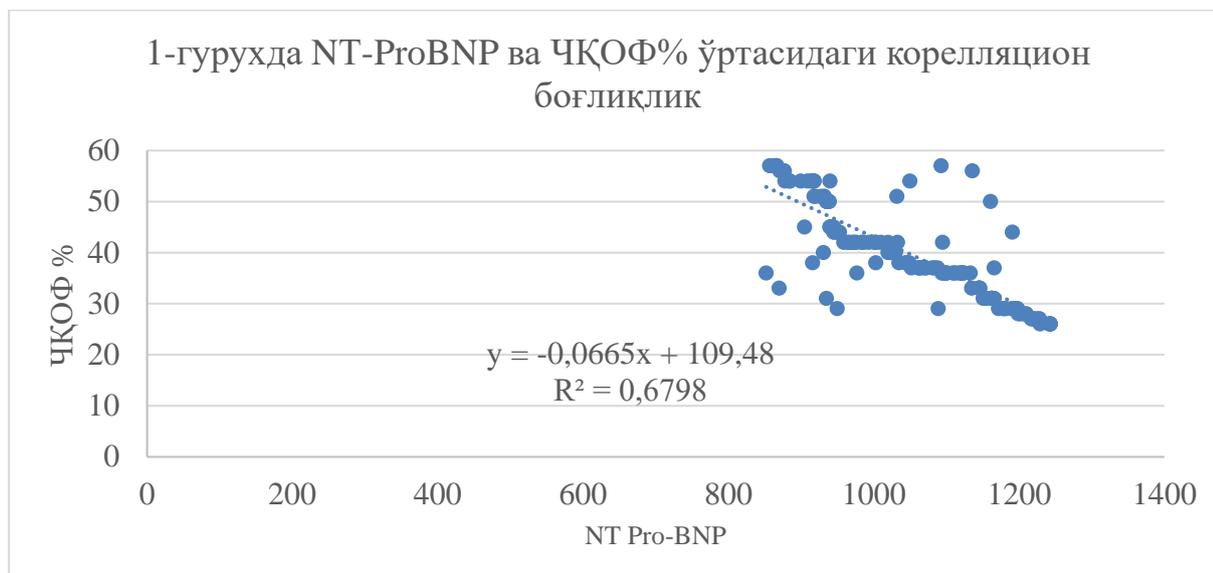
3.4.3-жадвал

R	6 дақиқали юриш тести (м)	КХБШ (балл)	NT Pro-BNP
койка-кун	-0,76*	0,66*	0,85*
ОФ%	0,75*	-0,65*	-0,84*

Изоҳ: *- фарқларнинг аҳамияти <0.05;

R	Госпитализация нечи марта
Препарат сони	-0,79*

Изоҳ: *- фарқларнинг аҳамияти <0.05;



Маълумотлар шуни кўрсатдики иккала гуруҳда ЧҚОФ ва NT Pro-BNP ўртасида юқори даражада корелляция аниқланди.

Шундай қилиб, тақдим этилган маълумотлар шуни кўрсатадики, ҳар иккала гуруҳда ҳам касалхонадан чиққандан кейин димланиш белгиларини давом этди – уларда кўпинча хансираш, юрак уриши ва холсизлик эмас, периферик шиш, ўпкада хириллаш ва йўтал балки бу белгилар ҳам сақланиб

қолди.

Бу шуни кўрсатадики, димланиш белгилари нафақат субклиник, балки аниқ клиник белгилар касалхонага ётқизиш даврида тўлиқ бартараф этилмаган. 1- ва 2-гуруҳидаги барча беморлар доимий катъий назоратда бўлиши ва шифохонадан чиққандан кейин дарҳол амбулатор босқичида квадротерапия ва ХД дозаларини титрлашлари керак.

IV БОБ УЗОҚ МУДДАТЛИ КУЗАТУВ НАТИЖАЛАРИ.

4.1. СЮЕ маркази структураси.

Тадқиқот натижасига кўра, Самарқанд вилоятида СЮЕ билан оғриган беморларда юрак етишмовчилигига олиб келган сабаблар орасида артериал гипертензия 96,0%, юрак ишемик касаллиги 84,5%, ИККС 28,0%, бўлмачалар фибрилляцияси 22% ва 2 тип қандли диабет 24% ни ташкил қилди.

Ретроспектив таҳлилга кўра, касалланиш даражаси охириги 3 йил давомида 1,5 бараварга кўпайганлиги аниқлади ва беморларга амбулатор шароитда тиббий-профилактика ёрдамини ташкил этиш сезиларли даражада паст деган хулосага келинди. Ушбу ҳолат дори-дармонларни қабул қилиш назоратининг йўқлиги ва номедикаментоз даволаниш, ўз-ўзини назорат қилиш бўйича тавсиялар берилмаслиги билан боғлиқлиги аниқланди.

Тадқиқот лойиҳасига кўра, СЮЕ марказида кузатув остида бўлган беморлар кардиологга индивидуал жадвалга мувофиқ, аҳволининг оғирлигига қараб, ностабил ҳолатда бўлса, ойига камида бир марта дорилар дозаларини коррекцияси учун ташриф буюришлари керак. СЮЕ стабил кечиши билан беморлар ҳар уч ойда бир марта СЮЕ марказига ташриф буюришди ва агар бемор ахволи ёмонлашса, қўшимча ташрифлар амалга оширилди (4.1.1-расм).

СЮЕ марказида кузатилган беморларда СЮЕ стабил кечишининг мезонлари куйидагилар: хансираш беморни безовта қилмайди; умумий холсизлик йўқ ёки ўртача; СЮЕ ФС доирасида жисмоний зўриқишларга толерантлиги сақланади, бу бемор учун ОДЮТ бўйича унинг соғлиғи қониқарли даврида аниқланади; бемор учун минимал даражада периферик шишлар йўқ ёки мавжуд (масалан, тўпиқларнинг пастозлиги); ортопноэ безовта қилмайди; тунги йўтал безовта қилмайди; бемор уйда ўз-ўзини назорат қилишига кўра стабил вазнга эга; гемодинамик параметрлар (СҚБ ва ЮҚС) ушбу бемор учун мақсадли қийматларга жавоб беради; креатининнинг миқдорининг кўпайиши йўқ ва ГФТнинг пасайиши клиник жиҳатдан аҳамиятли эмас; лаборатория текширувларига кўра электролитлар бузилиши йўқ; Стабил ЭКГ параметрлари; СЮЕ учун базис терапия танланган ва дориларнинг

дозалари оптимал титрланган; СЮЕ ва этиологиясига қараб оптимал дозаларда танланган қўшимча даво қўшма касалликларда (масалан, антикоагулянтлар, гипогликемик дорилар ва бошқалар).



4.1.1-расм

СЮЕ маркази структураси

Агар бемор юқоридаги мезонларга жавоб берса, у ҳолда унга қўшимча ташрифларсиз уч ойлик кузатув оралиғи белгиланиши мумкин, аммо СЮЕ

маркази ҳамшираси билан ойлик телефон алоқаси сақланиб қолади.

СЮЕ марказида кузатув остида бўлган беморларга СЮЕ клиник кечишининг ёмонлашуви белгилари ва симптомлари тўғрисида маълумот берилди ва зарурат туғилганда амбулатор шароитида зудлик билан СЮЕ марказига мурожаат қилиш имконияти берилди ва кузатув режими қайта кўриб чиқилди. Шунингдек, агар ҳамшира телефон билан алоқа қилишда СЮЕ ностабил белгиларини аниқласа, стационар даволанишга муҳтож бўлган беморлар кўпинча кардиолог томонидан кузатиш режими ўрнатилди.

Шундай қилиб, 1 йиллик кузатув давомида беморлар СЮЕ маркази кардиологига камида тўрт марта (ҳар уч ойда) ташриф буюришлари керак. Агар беморлар кузатув жадвалини бузган бўлса ёки умуман кузатувдан бош тортган бўлса, улар камида ойига бир марта тузилган телефон кўнғироқларини амалга оширадиган СЮЕ маркази ҳамшираси назорати остида бўладилар.

1-гурухда, кузатув йили давомида ҳар бир бемор учун қайд этилган ташрифларнинг максимал сони, мажбурий ташрифлар билан бирга, 5-6 та ташрифни ташкил этди.

Олти ой ва бир йиллик кузатувдан кейинги кўрсаткичлар кузатув даврида вафот этган беморларни чиқариб ташлаган ҳолда ҳисобланади. Шундай қилиб, 1-гурухда 150 бемор 6 ойдан кейин, 1 йилдан кейин (n=141) кузатувни давом эттирди. 2-гурухда 1 йилдан кейин 129 та бемор.

Шундай қилиб, ихтисослаштирилган кузатув пайтида СЮЕнинг асосий белгилари ва симптомларининг динамикаси олти ойдан кейин клиник барқарорликнинг бошланишини ва бир йиллик ихтисослаштирилган кузатувдан кейин янада аниқ ижобий таъсирни кўрсатади. Олти ойлик муддатни ихтисослаштирилган тиббий ёрдам тизимида ЎДЮЕдан кейин беморларни кузатишнинг минимал самарали даври деб ҳисоблаш мумкин. Бир йиллик кузатувдан сўнг симптомлар динамикаси 1-гурухда СЮЕ ФСини барқарор пасайишини кўрсатади.

4.2.СЮЕ даволашда ихтисослашган марказда кузатувнинг мунтазамлиги

ва давомийлигига қараб, ўз-ўзини назорат қилиш ва даволанишга риоя қилиш

Ўрганилаётган кичик гуруҳлардаги беморларнинг 1 йиллик кузатувдан сўнг ўз-ўзини назорат қилиш, номедикаментоз даволаниш ва СЮЕ учун асосий терапияга риоя қилишлари аниқланди. Ҳисоблаш кузатувнинг йил охирига қадар омон қолган беморларни ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди. Ўрганилаётган гуруҳлардаги беморларнинг қон босими, юрак уриш тезлиги ва вазнини назорат қилишига риоя қилишлари 4.2.1-жадвалда келтирилган.

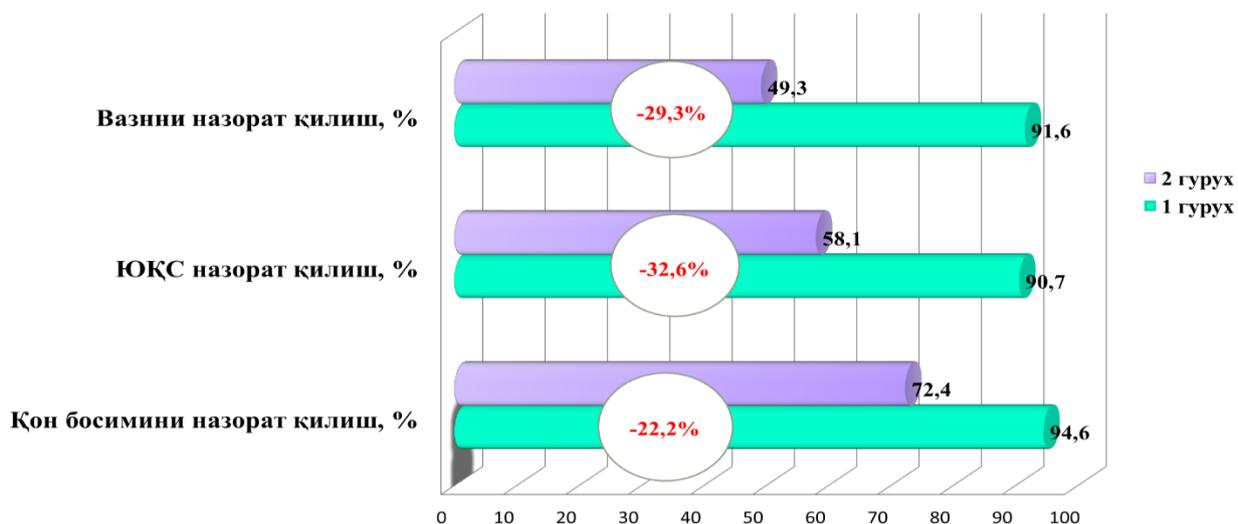
4.2.1-жадвал

Ўрганилаётган кичик гуруҳларда 1 йиллик кузатувдан сўнг ўз-ўзини назорат қилишга риоя қилиш

Кўрсаткичлар	1-гуруҳ n=141	2-гуруҳ n=129	*p
Қон босимини назорат қилиш, %	94,6	72,4	<0,001
ЮҚС назорат қилиш, %	90,7	58,1	<0,001
Вазнини назорат қилиш, %	91,6	49,3	<0,001

Изоҳ: * p - 1 ва 2 гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти

Уйда қон босимини назорат қилишни амалга оширган ва кузатув кундалигини юритган беморларнинг нисбати 1 гуруҳда (94,6%) 2 гуруҳга (72,4%) нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори бўлди ($p < 0,001$). (4.2.1-расм).



4.2.1-расм

Ўрганилаётган гуруҳларда 1 йиллик кузатувдан сўнг ўз-ўзини назорат қилишга риоя қилиш

ЮҚС назорат қилиш барча 1-гуруҳга (90,7%) нисбатан 2-гуруҳда (58,1%) статистик жиҳатдан сезиларли даражада ёмонроқ эди. Вазнини ўз-ўзини назорат қилиш беморлар томонидан 1-гуруҳда 91,6%, 2-гуруҳда 49,3%ни ташкил этди. Кузатувнинг йилининг охирига келиб ўз вазнини назорат қилишга энг яхши риоя қилиш 1-гуруҳдаги беморлар томонидан кўрсатилди (4.2.1-жадвал).

Замонавий кардиологияда қон босими ва ЮҚС уйда назорат қилиш усули кенг қўлланилади, уларсиз бугунги кунда дори воситаларининг дозаларини титрлаш ва танлашни тасаввур қилиб бўлмайди. Қандай бўлмасин, СЮЕ билан касалланган беморларни даволайдиган ҳар қандай терапевт ёки кардиолог беморни ўқитиши ва унга гемодинамик параметрларни ўз-ўзини назорат қилишни эслатиши шарт. Шу сабабли, бемор қандай шароитларда кузатилишидан қатъи назар - ихтисослаштирилган СЮЕ марказида ёки яшаш жойидаги поликлиникада - қон босими ва юрак уриш тезлигини ўз-ўзини кузатишга деярли 100% риоя қилиниши кутилган эди. Аммо маълум бўлишича, барча беморлар қон босимини фаол равишда ўлчамайдилар ва ҳатто камроқ беморлар юрак уриш тезлигига эътибор беришади.

2-гуруҳдаги беморлар қон босими ва юрак қисқаришлар сонини назорат қилиш бўйича ёмон кўрсаткич кўрсатдилар. Яхши риоя қилиш СЮЕ марказида

доимий мониторингда бўлган 1-гурухда бўлди.

Иккала гуруҳдаги беморлар касалхонадан чиқишдан олдин оғирлик ва диурез кундаликларини юритишга ўргатилган. 1 йиллик кузатувдан сўнг, ҳамма беморлар ўз вазнини назорат қила олмади - масалан, СЮЕ марказида доимий кузатув гуруҳида бўлган беморлар ҳам, мунтазам эслатмаларга қарамай, беморларнинг 8,4% ўз вазнини назорат қилишни хоҳламади. Вазнини назорат қилиш ҳам 2-гурухдаги беморларда паст даражада бўлди. 1 йиллик кузатувдан сўнг баҳоланган СЮЕни даволашнинг номедикаментоз усуллари тузни истеъмол қилишни чеклаш ва суюқлик миқдорини чеклаш, парҳез овқатланиш тамойилларига риоя қилиш ва амбулатор шароитида жисмоний реабилитация бўйича тавсияларни ўз ичига олади. (4.2.2-жадвалда).

1-гурухдаги беморлар парҳез овқатланишга, туз истеъмолини чеклаш (32,0%) ва суюқлик миқдорини назорат қилишга энг яхши риоя қилишни кўрсатдилар, 2-гурухдаги беморлар (24,9%) эса энг ёмон натижаларни кўрсатдилар. Иккала гуруҳлардаги кам сонли беморлар томонидан яхши риоя қилиш кузатилди, бу ўрганилаётган гуруҳларга киритилишидан қатъи назар, кекса ва коморбид беморларда овқатланиш ва парҳезга риоя қилиш қийинлигини исботлайди .

4.2.2 -жадвал

Ўрганилаётган кичик гуруҳларда 1 йиллик кузатувдан сўнг номедикаментоз даволанишга риоя қилиш

Кўрсаткичлар	1-гурух n=141	2-гурух n=129	*P
Тузни чеклаш, парҳез, %	92,3	24,9	<0,001
Жисмоний реабилитация, %	84,7	8,2	<0,001

Изоҳлар: * p - 1 ва 2 гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти.

1-гурух беморларининг 92,3% кузатувнинг биринчи йилининг охирига келиб жисмоний реабилитация бўйича тавсияларга амал қилди, аммо бу 2-

гуруҳга нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли даражада яхшироқ эди (4.2.2-жадвал). Амбулатор шароитида жисмоний реабилитация бўйича тавсияларга амал қилган беморларнинг улуши жуда паст бўлиб чиқди (8,2%).

4.2.3-жадвал

1-гуруҳдаги EQ-5D-5L сўровномасининг дастлабки, олти ойлик ва бир йиллик кузатув натижалари

Кўрсаткичлар	1-сўровнома (кузатувдан олдин)	2-сўровнома (6 ойдан сўнг)	3-сўровнома (12 ойдан сўнг)	р
EQ-5D-5L (балл)	12 (10;13)	11 (10; 14)	10,5 (7;12)	р _{1/2} =0,4 р_{1/3}=0,03 р _{2/3} =0,2

Изоҳлар: * р - 1 ва 2 гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти.

EQ-5D-5L саволлари бўйича балларнинг дастлабки тақсимланишини таҳлил қилишда баллар тақсимотининг статистик жиҳатдан сезиларли даражада пасайишига мос келадиган юқори баллга (11(10;14)балл) эришилди. Олти ойлик кузатувда EQ-5D-5L саволларини тақсимлашда фақат пасайиш тенденцияси кузатилди. Бунинг сабаби нафақат хансираш, балки СЮЕнинг бошқа белгилари ҳам кекса ва коморбид беморларнинг ҳаёт сифатини ёмонлаштириши мумкин.

1 йиллик кузатувдан сўнг 1 гуруҳда КССQ сўровномаси натижалари

Шкала	1 –сўровнома (Кузатувдан олдин)	2- сўровнома (6 ойдан сўнг)	3- сўровнома (12 ойдан сўнг)
Жисмоний чекловлар, балл	(24,1;54,2)	(33,3;66,6)	(33,3;66,6)
Симптомлар, балл	(33,3;70,2)	(42,8;100)	(50;100)
Симптомларнинг барқарорлиги, балл	(33,3;50)	(50;66,6)	(50;66,6)
Ижтимоий чекловлар, балл	(33,3;58,3)	(41,7;66,6)	(33,3;66,6)
Ўз-ўзига ёрдам бериш қобилияти, балл	(60;80)	(80;100)	(80;100)
Ҳаёт сифати, балл	(40;60)	(40;80)	(60;80)
Функционал холат, балл	(33,3;66,6)	(42,8;83,3)	(42,8;83,3)
Клиник холат, балл	(40;75)	(60;100)	(60;100)

1-гуруҳ беморлар томонидан 6 ва 12 ойдан сўнг КССQ сўровномаси тўлдирилди ва баҳоланди.

КССQ сўровномаси беморларнинг жисмоний ва ижтимоий чекловларини, СЮЕ белгиларини, ҳаёт сифатини ва ўз-ўзига ёрдам бериш ва ўз-ўзини парвариш қилиш қобилиятини батафсилроқ таҳлил қилиш имконини беради. КССQ сўровномаси қуйидаги шкалаларга гуруҳланган бир қатор саволлардан

иборат: жисмоний чекловлар, симптомлар, симптомларнинг барқарорлиги, ижтимоий чекловлар, ўз-ўзига ёрдам бериш қобилияти, ҳаёт сифати, беморнинг функционал ҳолати, клиник ҳолати.

1 гуруҳ беморларда олти ойдан сўнг "жисмоний чекловлар" шкаласи бўйича тақсимотда (33,3; 66,6) баллгача статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқлар кузатилди, эришилган устунлик бир йиллик кузатувдан кейин сақланиб қолди, бу беморлар ҳаёт сифати яхшиланганлигини кўрсатди. "Симптомлар" шкаласи бўйича тақсимотда (33,3; 70,2) баллдан (42,8; 100) баллгача юқори балл томон статистик жиҳатдан сезиларли силжиш кузатилди. Шунини таъкидлаш керакки, олти ойлик ва бир йиллик тадқиқотдан сўнг, СЮЕ марказида кузатилган беморлар орасида "ҳаёт сифати", "функционал ҳолат" ва "клиник ҳолат" шкалалари бўйича баҳолаш статистик жиҳатдан сезиларли даражада яхшиланди.

4.2.1 Мориский-Грин шкаласи бўйича СЮЕ терапиясига риоя қилиш натижалари

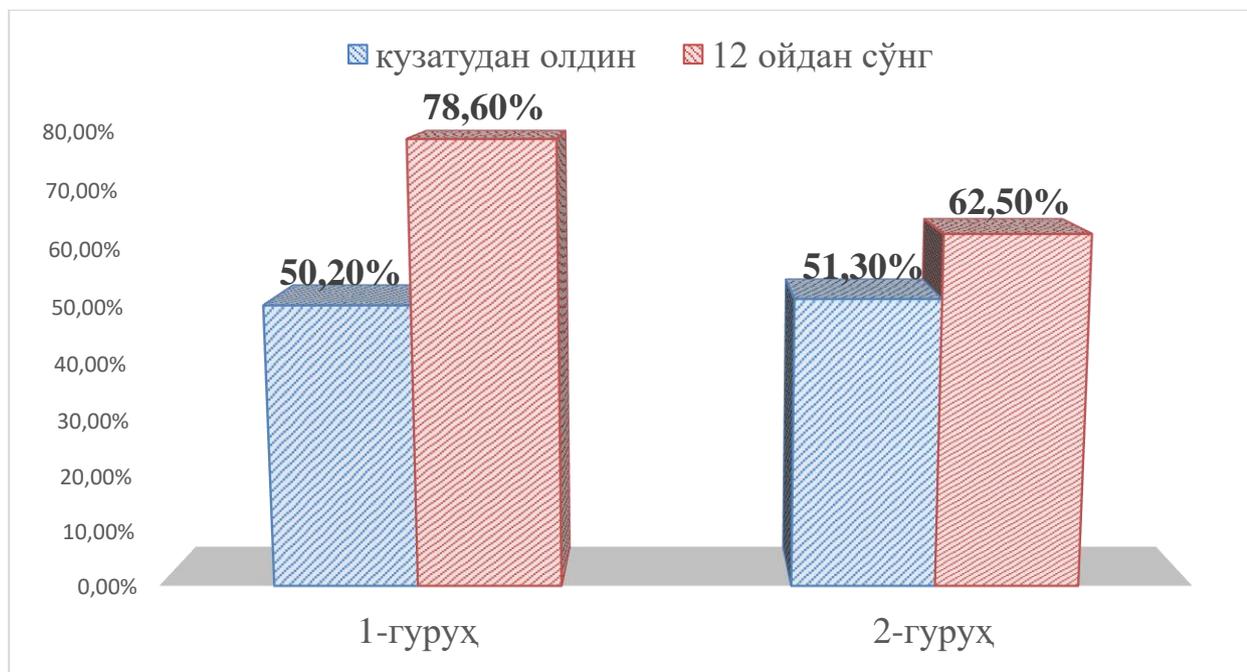
Мориский-Грин шкаласи беморларнинг даволашга риоя қилишни баҳолаш учун мўлжалланган синов усулидир. Беморнинг терапияга риоя қилиш даражаси фоиз сифатида баҳоланади, 50% гача риоя қилишнинг паст даражаси, 51-75% ўртача, 75% дан юқори.

4.2.1-жадвал

Даволанишдан олдин ва кейин Мориский-Грин шкаласи ёрдамида беморнинг квадротерапияга амал қилишини қиёсий таҳлил қилиш

Кўрсаткич	1 гуруҳ	2 гуруҳ	P
Кузатувдан олдин	5,54±0,12	4,87±0,13	<0,05
12 ойдан сўнг	7,38±0,15	5,58±0,21	<0,05

*Изоҳлар: * p - 1 ва 2 гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти.*



4.2.1-расм Мориский-Грин шкаласи бўйича квадротерапияга риоя қилиш натижалари (%)

4.2.1-расмдан кўришиб турибдики, 1-гуруҳда беморларнинг квадротерапияга риоя қилишлари 28,4% га, иккинчи гуруҳда 11,2% га ошган.

Биз ҳар бир бемор билан даволанишга, хусусан, узоқ муддатли даволанишга риоя қилиш ҳақида суҳбатлашдик. Тақдим этилган маълумотлардан кўришиб турибдики, 1-гуруҳда даволанишга риоя қилиш ўртача даражадан юқори даражага кўтарилди.

4.3 Ҳар хил амбулатор шароитда СЮЕ беморларни базис ва халқали диуретиклар билан даволашни динамикада баҳолаш

СЮЕни даволаш учун асосий дори-дармонларни қабул қилиш частотаси: иАЎФ, АРА, АРНИ - сакубитрил/валсартан, ББ ва МКРА, шунингдек ўрганилаётган беморлар гуруҳларида ХДни қабул қилиш частотаси (1-гуруҳ – СЮЕ марказида кузатилган беморлар), 2-гуруҳ - яшаш жойидаги ОП шароитида даволанган беморлар) баҳоланди.

4.3.1-жадвал

1-ва 2-гурухда 6 ойли кузатувдан сўнг басис терапия ва ХД билан даволаш динамикаси

№	Дори препарати гуруҳлари	I гуруҳ 6 ойдан сўнг (n=150)		II гуруҳ 6 ойдан сўнг (n=150)		χ^2	P	ОШ	ДИ min ОШ	ДИ max ОШ
		абс	%	абс	%					
1	иАЎФ, %	64	42,7	90	60,0	7,33	0,007	1,96	1,20	3,21
2	АРА, %	32	21,3	33	22,0	0,02	0,889	0,96	0,56	1,67
3	АРНИ, %	54	36,0	0	0,0	-	-	-	-	-
4	ББ, %	136	90,7	122	81,3	5,43	0,020	2,23	1,12	4,43
5	АМКР, %	105	70,0	121	80,7	4,59	0,032	0,56	0,33	0,95
6	ПД, %	105	70,0	147	98,0	43,75	<0,001	0,05	0,01	0,16
7	иНГКТ-2	64	42,7	0	0,0	-	-	-	-	-

Изоҳ: * p - 1 ва 2 гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти.

Бу жадвалдан кўриниб турибдики кузатувдан 6 ой кейин 1-гурухдаги беморлар квадротерапияни қабул қила бошлади. 1-гурухда АРНИ 36% беморлар, иНГКТ-2ни 42,7% беморлар қабул қилди.

4.3.2-жадвал

Ўрганилаётган гуруҳларда бир йиллик кузатувдан сўнг асосий СЮЕ терапиясига риоя қилиш

№	Дори препарати Гуруҳлари	I гуруҳ 12 ойдан сўнг (n=141)		II гуруҳ 12 ойдан сўнг (n=129)		χ^2	P	ОШ	ДИ min ОШ	ДИ max ОШ
		абс	%	абс	%					
1	иАЎФ, %	31	22,0	37	28,7	51,26	<0,001	5,81	3,53	9,55
2	АРА, %	25	17,7	19	14,7	0,89	0,345	1,35	0,72	2,51

3	АРНИ, %	85	60,3	16	12,4	72,64	<0,001	10,34	5,78	18,50
4	ББ, %	121	85,8	94	72,9	6,59	0,010	2,12	1,19	3,78
5	МКРА, %	85	60,3	54	41,8	9,72	0,002	2,07	1,31	3,28
6	ХД, %	78	55,3	46	35,7	9,82	0,002	2,09	1,31	3,32
7	иНГКТ-2	99	70,2	15	11,6	106,98	<0,001	18,25	9,88	33,73

*Изоҳ: *р- гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти; Қисқартмалар: иАЎФ ингибиторлари - ангиотензинга ўзгартирувчи фермент ингибиторлари, АРА - ангиотензин рецепторлари антагонистлари, АРНИ -, ангиотензин рецепторлари ва неприлизин ингибиторлари, ББ - бета-блокаторлар, МКРА- минералокортикоид рецепторлари антагонистлари, иНГКТ-2- натрий глюкоза ко-транспортёр 2 тип рецепторлари ингибитори, ХД-ҳалқали диуретиклар.*

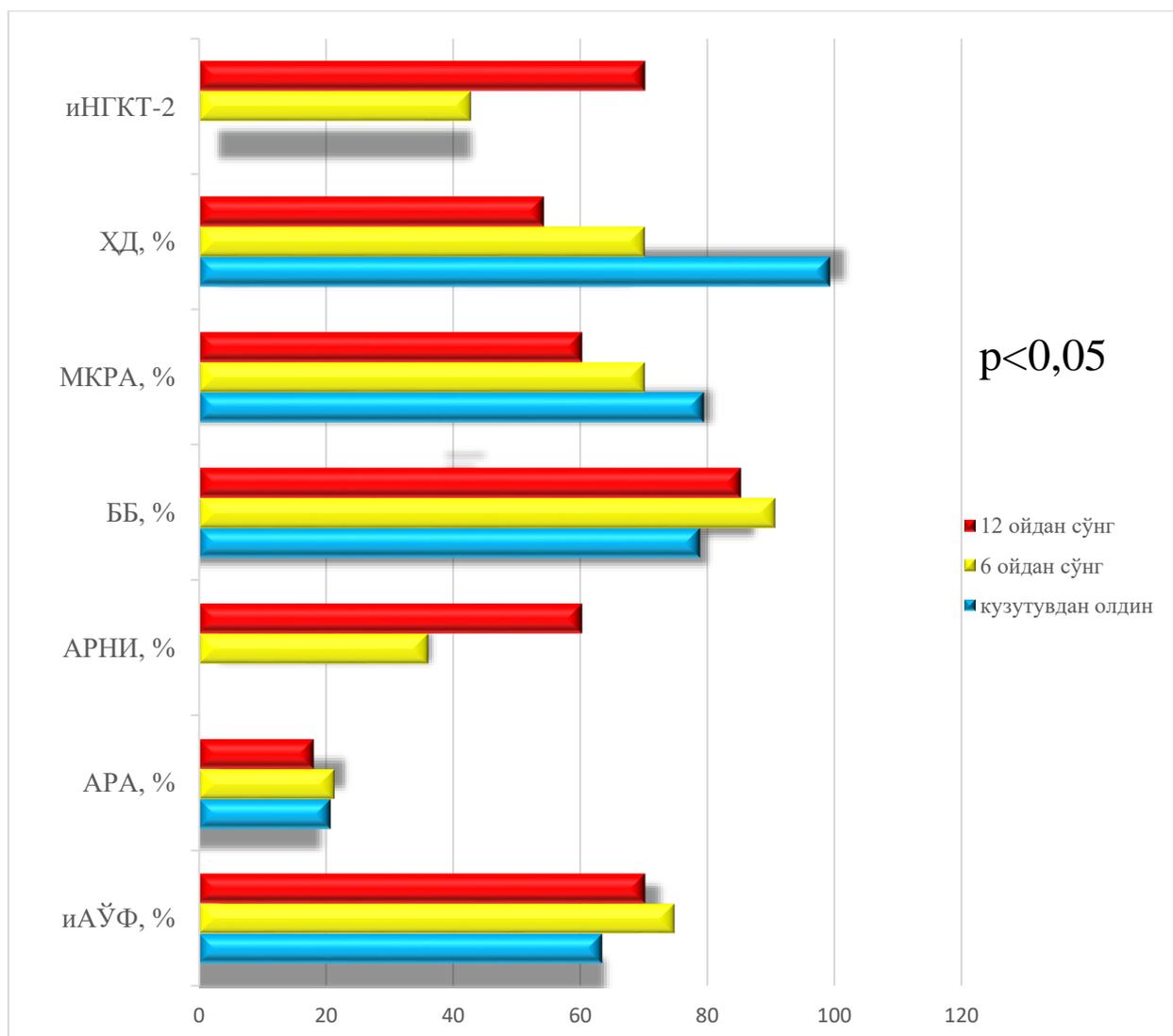
Кузатувнинг йилининг охирига келиб АЎФ ингибиторлари ёки АРА ёки АРНИ қабул қилган беморларнинг нисбати 2 гуруҳда жуда паст эди.

1-гуруҳ беморлар йил давомида СЮЕ марказида кузатилди ва уларга терапия танланди ва дорилар титрланди. 1 гуруҳда АЎФ ингибиторлари (22,0%) /АРА (17,7%)/АРНИ (60,3%) дори-дармонлар гуруҳларини қабул қилиш частотаси 2 гуруҳга АЎФ ингибиторлари (28,7%) /АРА (14,7%)/АРНИ (12,4%) қараганда яхшироқ, аммо бу тўлиқ базис терапия ҳақида гапириш учун ҳали ҳам етарли эмас. Шундай қилиб, 1 гуруҳда беморларнинг дори препаратларини қабул қилиш частотаси 2 гуруҳга нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли даражада яхши ($p < 0,001$) (4.4.2-жадвал).

1-гуруҳда йил охирига келиб ББ олган беморларнинг улуши (85,8%) 2-гуруҳга (72,9%) нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори эди. 1-гуруҳдаги беморларнинг фақат 14,2% ББ ни олмади. Афсуски, 2-гуруҳдаги беморларнинг тахминан учдан бир қисми бутун кузатув давридан кейин ББ қабул қилишмади (4.4.2-жадвал).

Иккала гуруҳда ҳам ББ қабул қилишга риоя қилиш АЎФ ингибиторлари /АРА гуруҳи препаратларини қабул қилишга риоя қилиш билан солиштирганда юқори бўлди, эҳтимол ББ дан фойдаланганда беморлар юрак уришини камроқ

ҳис қилишади ва ушбу дорилар гуруҳини тўхтатишга ҳаракат қилганда, юрак тезлигининг ошиши ва бу билан боғлиқ аломатларни ўзлари ҳис қилишади.

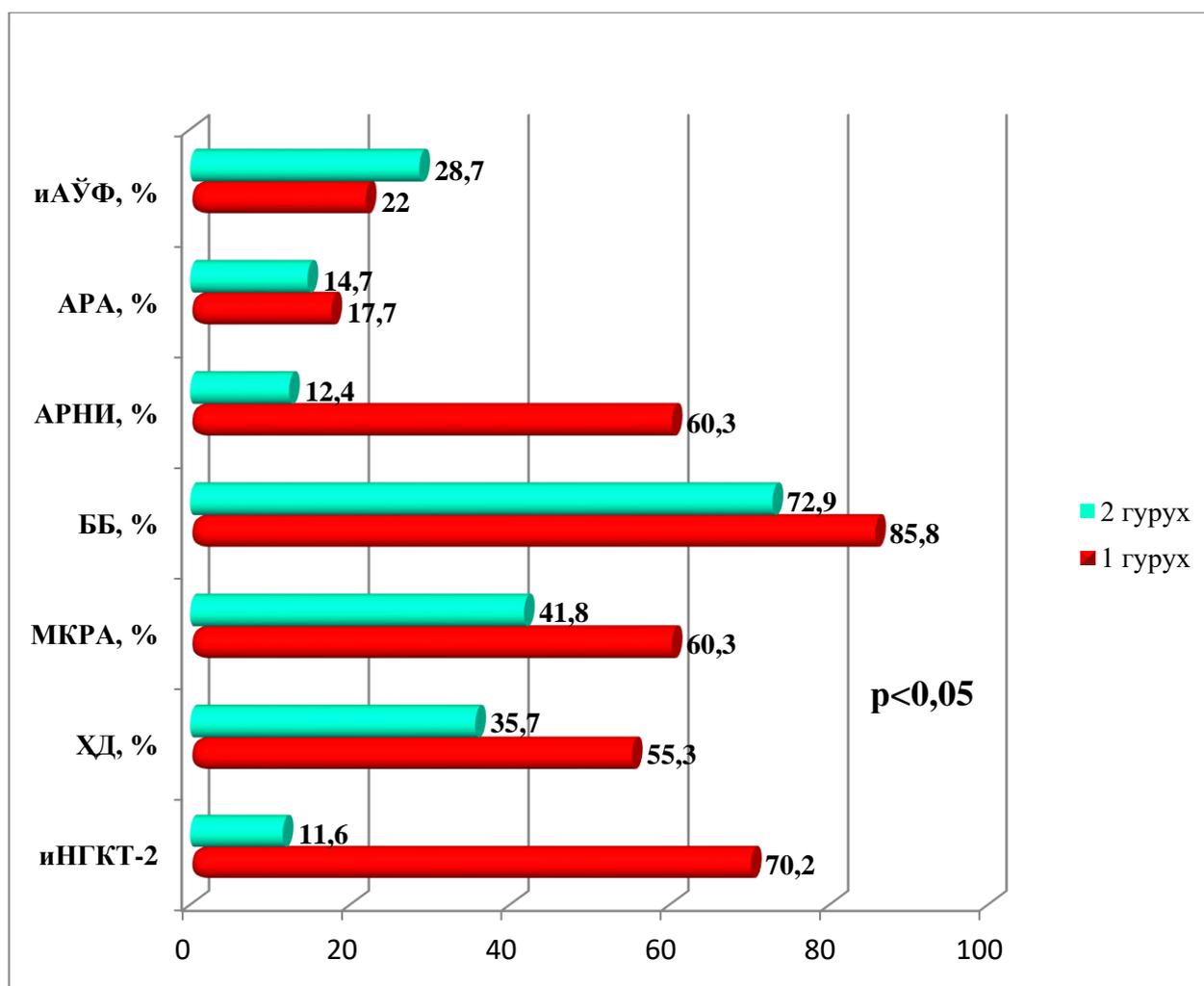


4.3.1-расм

1-гуруҳда 6 ва 12 ойдан сўнг СЮЕ терапиясига риоя қилиш

Дастлаб, МКРА гуруҳи препаратларини 1-гуруҳдаги беморларнинг 79,3% томонидан қабул қилиш учун тавсия этилган аммо бир йиллик кузатувдан сўнг ушбу дори гуруҳи СЮЕ маркази шифокорларининг тавсияларига мувофиқ беморларнинг 60,3%да даволаш режимида қолди. 2-гуруҳда беморларнинг 41,8%ида МКРАларини қабул қилди.

1-гуруҳдаги беморлар МКРА гуруҳи препаратларини қабул қилишга мукамал риоя қилишни кўрсатдилар, бу 2-гуруҳга нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли даражада яхши.



4.3.2-расм

Ўрганилаётган гуруҳларда бир йиллик кузатувдан сўнг асосий СЮЕ терапиясига риоя қилиш (%)

иНГКТ-2 СЮЕнинг базис терапияси учун танланган дори ҳисобланади. Ўрганилаётган гуруҳлардаги беморларда иНГКТ-2ни қабул қилиш частотаси таҳлил қилинди. Иқтисодий сабабларга кўра ва НГКТ-2 билан даволанишга тўсқинлик қиладиган ҳолатлар юзага келганлиги сабабли, 1-гуруҳда беморларнинг 70,2% иНГКТ-2 қабул қилди, аммо бу 2 гуруҳга (11,6%) нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли даражада яхши эди.

Шундай қилиб, беморларнинг тақдим этилган гуруҳларда даволаниш СЮЕни даволаш бўйича ихтисослаштирилган марказга ташриф буюриш билан ҳам, гемодинамик параметрларни, вазни назорат қилиш ва дори-дармонларни қабул қилиш бўйича тавсияларга риоя қилиш билан чамбарчас боғлиқ. Кузатиш ва ўз-ўзини назорат қилишга риоя қилиш нуқтаи назаридан ҳам, даволаниш

нуқтаи назаридан ҳам энг яхши натижалар бутун тадқиқот даврида СЮЕ марказида кузатилишни давом этган беморларнинг гуруҳида олинди. Энг ёмон натижалар даволашга риоя қилиш СЮЕ марказида кузатувдан бош тортган 2-гуруҳда олинди.

Кузатувнинг охиригача кузатилган беморларда ўз-ўзини назорат қилиш ва даволанишга риоя қилиш яхши бўлди. Бу ҳолат ҳам ихтисослаштирилган муассасада тиббий назоратнинг муҳимлигини кўрсатади.

Ушбу маълумотларга асосланиб, стационар даволаниш пайтида ва касалхонадан чиқарилгандан сўнг беморлар “СЮЕ беморлар мактабига” такрорий ташрифлар, ҳамшира билан телефон алоқаси беморларнинг ўзини ўзи назорат қилиш ва даволанишга содиқлигини ошириш учун етарли деган хулосага келиш мумкин.

Ушбу таҳлил натижалари беморларнинг ушбу тоифасида амбулатор босқичида номедикаментоз даволаниш ва жисмоний реабилитацияни жорий этишнинг мураккаблигини кўрсатади. ЎДЮЕдан кейин беморларда номедикаментоз ва жисмоний реабилитациянинг махсус тизимини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш зарурлигини кўрсатади.

4.4. СЮЕ билан оғриган беморларда турли хил амбулатор шароитда қўшимча дори-дармонлар билан даволаш

СЮЕ билан беморларда кватротерапияга қўшимча равишда бошқа дори воситалари билан даволаниш баҳоланди, чунки бу даво беморларнинг клиник ҳолатига таъсир қилади. Қўшимча дорилар билан терапия, кузатув даврларига кўра, асосий терапия билан бир хил тарзда таҳлил қилинди.

Антикоагулянт терапия фақат беморни СЮЕ марказида кузатиш ёки бир йил давомида яшаш жойидаги амбулатор поликлиникаларда мунтазам назоратдаги беморларда таҳлил қилинди. Дастлаб бу беморларда кўрсаткичлар CHA₂DS₂-VASc ва HAS-BLED шкалаларида ҳисоблаб чиқилган.

4.4.1-жадвал

1-гурухда 1 йиллик кузатувдан сўнг қўшимча антикоагулянт терапиянинг частотаси

	Кузатувдан олдин (n=150)	12 ойдан сўнг (n=141)	p
БФ мавжуд беморлар сони, (n)	33	44	
ЯПОАК, (n)	33 (100%)	41 (100%)	<0,001

1-гурухдаги БФ билан оғриган беморларда антикоагулянт терапия таҳлил қилинди. Дастлаб касалхонадан чиққандан сўнг БФ мавжуд 33та беморларнинг барчасига ЯПОАКга буюрилди бир йил ўтгач, ушбу гурухдаги антикоагулянтлардан ҳақиқий фойдаланиш частотаси янги пайдо бўлган БФ ҳисобига 44та беморни ташкил этди, яъни СЮЕ марказида кузатилган БФ беморларнинг барчаси қатъий назорат остида ЯПОАКни қабул қилди (4.4.1-жадвал). БФ мавжуд 3 бемор вафот этди. Шундай қилиб, олинган натижалар СЮЕ ва БФ билан оғриган беморларда самарали антикоагулянт терапия устувор аҳамиятга эга.

4.4.2- жадвал

1- гурухда 1 йиллик кузатувдан сўнг қўшимча терапия

Гурух ва дори препаратлари номи	Кузатувдан олдин (n=150)	12 ойдан сўнг (n=141)	p
Ивабрадин, %	13,33	9,76	<0,05
Дигоксин, %	22,67	11,5	<0,001

1-гурухда дастлаб ивабрадин олган беморларнинг умумий сонининг 13,33% ни ташкил этди ва бир йил кузатувдан сўнг ивабрадинни амалда қўллаш частотаси мос равишда 9,76%гача пасайди.

1-гурухдаги беморларнинг 22,67% гача дигоксин, қабул қилди, яъни БФ мавжуд бўлган беморларнинг барчасида, бу ушбу препаратга бўлган ҳақиқий эҳтиёжга мос келади. 1-гурухда дигоксин ББ нинг максимал титрланган дозаларида мақсадли юрак уриш тезлигига эришиш учун фақат доимий БФ учун ишлатилди. 12 ойдан сўнг 11,5%ни ташкил этди бу статистик жиҳатдан сезиларли даража юқори.

4.4.3-жадвал

2-гурухда 1 йиллик кузатувдан сўнг қўшимча антикоагулянт терапиянинг частотаси

	Кузатувдан олдин (n=150)	12 ойдан сўнг (n=129)	p
БФ мавжуд беморлар сони, (n)	36	55	-
ЯПОАК, (n)	36 (100%)	16 (20%)	0,06

2-гурухда дастлаб 100% беморлар, яъни СЮЕ билан бирга БФ бор беморларнинг барчасига ЯПОАК антикоагулянтлар буюрилишига қарамасдан, 12 ойдан сўнг янги пайдо бўлган БФ билан биргаликда (n=19) ЯПОАК қабул қилиш частотаси 20,0%ни ташкил этди. БФ мавжуд 8 та бемор вафот этди.

4.4.4- жадвал

2-гурухда 1 йиллик кузатувдан сўнг қўшимча терапия

Гуруҳ ва дори препаратлари номи	Кузатувдан олдин (n=150)	12 ойдан сўнг (n=139)	p
Ивабрадин, %	14,67	2,0	<0,001
Дигоксин, %	21,8	42,1	0,9

2-гурухда кузатувдан олдин 14,67% беморларга ивабрадин буюрилди 12 ойдан сўнг ивабрадин шифокор кўрсатмалари асосида эмас, балки беморларнинг ўзлари қабул қилишни тўхтатиб 2,0%ни ташкил этди. Дигоксин дастлаб 21,8% беморлар қабул қилишди, 1 йилдан кейин ўз хохишларига кўра беморларда юрак уришларини кам ҳис қилишлари ҳисобига 42,1% беморлар

дигоксин қабул қила бошлади. Бу жадвалдан 2-гурухдаги беморлар квадротерапия билан биргаликда кўшимча терапия устидан назорат йўқлиги, дори препаратлари титрланмаслиги, беморлар даволаш режими амал қилмаганликларини кўриш мумкин.

4.5 СЮЕ функционал синфи ва ЭхоКГ кўрсаткичларига кўра динамикаси

СЮЕ этиологияси, ЭхоКГ кўрсаткичлари, функционал синфига кўра динамикада баҳоланди. 6 ойлик ва бир йиллик кўрсаткичлар иккала гуруҳда таққосланди.

4.5.1-жадвал

1-ва 2- гуруҳда кўрсаткичларни 6 ойлик кузатувдан сўнг

динамикада таққослаш

№	Кўрсаткичлар	I гуруҳ 6 ойдан сўнг. (n=150)		II гуруҳ 6 ойдан сўнг (n=150)		χ^2	P	ОШ	ДИ min ОШ	ДИ max ОШ
		абс	%	Абс	%					
1	СЮЕ II ФС	63	42,0	21	14,0	3,36	<0,001	1,57	0,97	2,54
2	СЮЕ III ФС	58	38,7	65	43,3	0,51	0,475	0,84	0,53	1,35
3	СЮЕ IV ФС	29	19,3	64	42,7	1,33	<0,001	0,74	0,45	1,23
4	ОФсақЮЕ	45	30,0	23	15,3	4,00	<0,001	1,71	1,01	2,92
5	ОФоралЮЕ	36	24,0	49	32,7	0,16	0,689	0,90	0,53	1,52
6	ОФпастЮЕ	69	46,0	78	52,0	1,92	<0,001	0,73	0,46	1,14

*Изоҳ: *p- гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти;*

Бу жадвалдан кузатувдан 6 ой ўтиб СЮЕ II ФС 1-гурухда 42,0%га ошди. 2-гурухда 14,0%ни ташкил қилди, СЮЕ III ФС 1-гурухда 38,7%, 2- гуруҳда 43,3%га, СЮЕ IVФС 1-гурухда 19,3%га, 2- гуруҳда 42,7%га тенг бўлди. 1- гуруҳда ОФсақЮЕ бўлган беморлар 30,0%ни, 2-гурухда 15,3%ни ташкил

қилган бўлса, ОФоралЮЕ беморлар 1-гурухда 24,0%, 2-гурухда 32,7%ни ташкил этди. ОФпастЮЕ эса 1-гурухда 46,0%, 2-гурухда 52,0%ни ташкил қилиб, 1- гурухдаги беморларда статистик жиҳатдан сезиларли даражада яхши ўзгаришларни қайд этди.

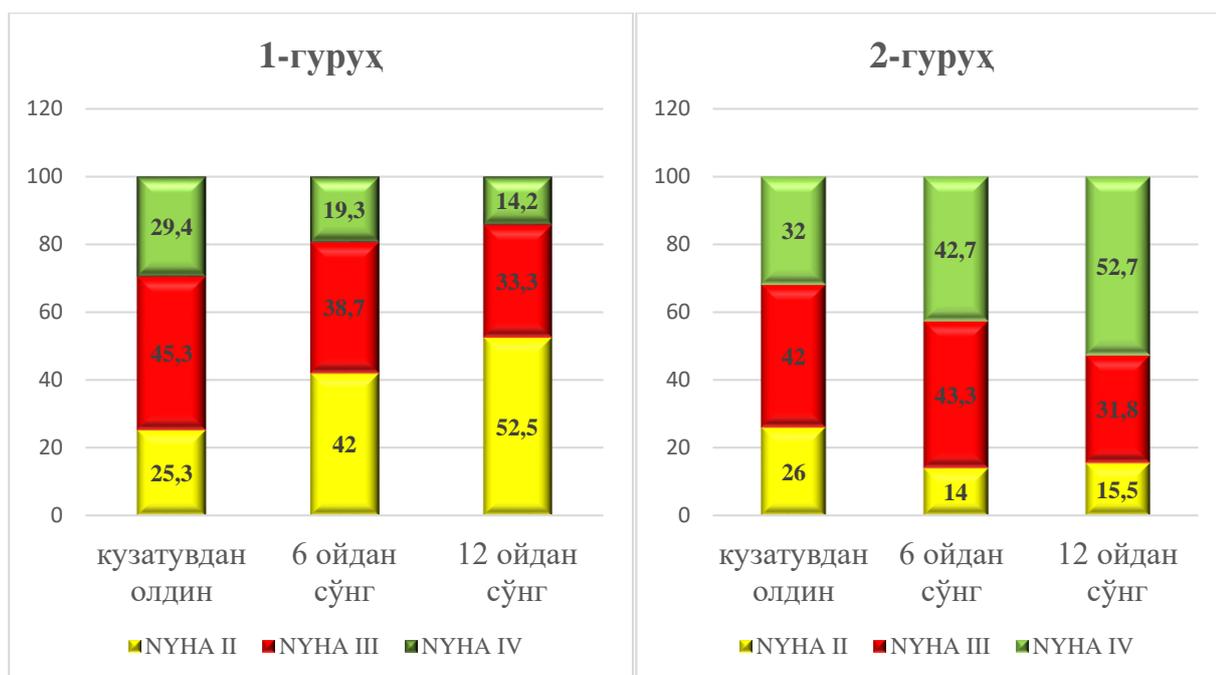
4.5.2-жадвал

1-ва 2- гурухда кўрсаткичларни 12 ойлик кузатувдан сўнг динамикада таққослаш

№	Кўрсаткичлар	I гуруҳ 12 ойдан сўнг (n=141)		II гуруҳ 12 ойдан сўнг. (n=129)		χ^2	P	ОШ	ДИ min ОШ	ДИ max ОШ
		абс	%	Абс	%					
1	СЮЕ II ФС	74	52,5	20	15,5	20,43	<0,001	2,93	1,83	4,69
2	СЮЕ III ФС	47	33,3	41	31,8	4,96	0,026	0,57	0,35	0,94
3	СЮЕ IV ФС	20	14,2	68	52,7	8,47	<0,001	0,44	0,25	0,77
4	ОФсақЮЕ	52	36,9	19	14,7	4,00	<0,001	1,71	1,01	2,92
5	ОФоралЮЕ	41	29,1	39	30,2	0,16	0,689	0,90	0,53	1,52
6	ОФпастЮЕ	48	34,0	71	55,1	1,92	<0,001	0,73	0,46	1,14

*Изоҳ: *p- гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти;*

Бу жадвалдан 1 йиллик кузатувдан сўнг СЮЕ ФС ва ОФга кўра яққол ўзгаришларни 1-гурухда кўришимиз мумкин. Кузатувдан 12 ой ўтиб СЮЕ II ФС 1-гурухда 52,5%га ошди. 2-гурухда 15,5%га, СЮЕ III ФС 1-гурухда 33,3%, 2-гурухда 31,8%га, СЮЕ IVФС 1-гурухда 14,2%га 2- гурухда 52,7%га тенг бўлди. 1-гурухда ОФсақЮЕ бўлган беморлар 36,9%ни, 2-гурухда 14,7%ни ташкил қилган бўлса, ОФоралЮЕ беморлар 1-гурухда 29,1%, 2-гурухда 30,2%ни ташкил этди. ОФпастЮЕ эса 1-гурухда 34,0%, 2-гурухда 55,1%ни ташкил қилиб, 1- гурухдаги беморларда статистик жиҳатдан сезиларли даражада яхши ўзгаришларни қайд этди.



4.5.1-расм

Гуруҳларда СЮЕнинг функционал синфлар бўйича динамикада тақсимланиши (%)

Бу расмда СЮЕ функционал синфлар бўйича тақсимланишда 1-гурухда III-IV ФСдан, II ФС синфга ўтган беморлар улушини 1-гурухда юқорилигини кўриш мумкин

4.5.3-жадвал

1-ва 2- гуруҳда кўрсаткичларни 6 ойлик кузатувдан сўнг динамикада таққослаш

№	Кўрсаткичлар	I гуруҳ 6 ойдан сўнг (n=150)		II гуруҳ 6 ойдан сўнг (n=150)		P
		M	m	M	m	
1	ОФ%	39,0	0,8	37,1	0,7	<0,001
2	ТШМХ (мин)	402,0	102,4	299,9	104,8	<0,001
3	ШОКС (балл)	6,0	0,2	11,0	0,2	<0,001
4	ИМТ	26,0	0,2	27,0	0,2	<0,001
5	Сист. АҚБ (мм.сим.уст)	110,1	1,4	120,7	0,9	<0,001

6	Дист.АҚБ(мм.сим.уст)	79,2	1,1	90,0	1,1	<0,001
7	ЮҚС та/мин	80,1	0,8	92,0	0,8	<0,001
8	NT Pro-BNP	945,4	88,5	1055,8	86,9	<0,001
9	Е/е	15,0	0,2	17,9	0,2	<0,001

Изоҳ: *p- гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти;



4.5.2-расм

6 ва 12 ойлик кузатувдан сўнг ЭхоКГ кўрсаткичлари (ОФ%)

Бу расмдан кўриниб турибдики ЧҚОФ% 1-гуруҳда кузатувни бошида 35%ни ташкил қилиб 6 ойдан кейин 39%, 12 ойдан сўнг эса 48%га тенг бўлди. 2-гуруҳда эса кузатувдан олдин 36%, 6 ойдан сўнг 37%, 12 ойдан сўнг эса 41% булди. Шундай қилиб 1-гуруҳ беморлар СЮЕ марказида квадротерапияга тўлиқ риоя қилиш, дори преператлари хусусан АРНИни адекват титрланиши ҳисобига ЧҚОФ яхшиланди.

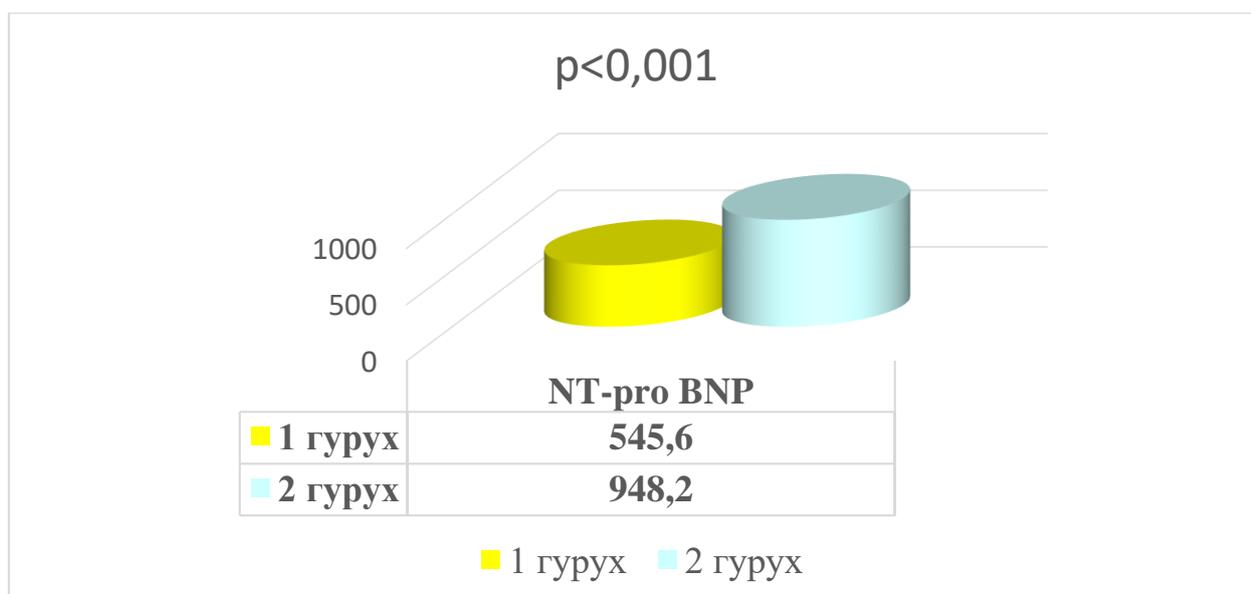
1-ва 2- гуруҳда кўрсаткичларни 12 ойлик кузатувдан сўнг

динамикада таққослаш

№	Кўрсаткичлар	I гуруҳ 12 ойдан сўнг (n=141)		II гуруҳ 12 ойдан сўнг (n=129)		P
		M	M	M	m	
1	ОФ%	48,1	0,9	41,1	0,7	<0,001
2	ТШМХ (мин)	556,0	87,1	306,0	94,9	<0,001
3	ШОКС (балл)	5,0	3,0	10,0	0,2	<0,001
4	ИМТ	26,0	0,2	27,0	0,2	<0,001
5	Сист. АҚБ (мм.сим.уст)	110,1	1,4	119,7	0,9	<0,001
6	Дист.АҚБ(мм.сим.уст)	79,2	1,1	90,0	1,1	<0,001
7	ЮҚС та/мин	80,1	0,8	92,0	0,8	<0,001
8	NT Pro-BNP	545,6	106,7	948,2	100,5	<0,001
9	E/e	15,0	0,2	17,9	0,2	<0,001

Изоҳ: *p- гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти;

Кузатувдан 1 йил ўтиб 1-гуруҳда 1-гуруҳда ОФ $54,1 \pm 0,9$ ни ташкил қилиб бу 2-гуруҳдан $41,1 \pm 0,7$ статистик жихатдан юқори ($p < 0,001$). NT Pro-BNP 1-гуруҳда $745,3 \pm 6,7$, 2-гуруҳда $995,8 \pm 6,5$ ни, 1- гуруҳда E/e $15,0 \pm 0,2$, 2-гуруҳда $17,9 \pm 0,2$ ташкил қилди.



4.5.3-расм

1-ва 2- гурухларда NT-ProBNP (ммоль/л) кўрсаткичининг 1 йилдан сўнг динамикада ўзгариши

4.5.5-жадвал

1-ва 2-гурухда 6 ойлик ва бир йиллик кузатувдан сўнг қайта госпитализация частотаси

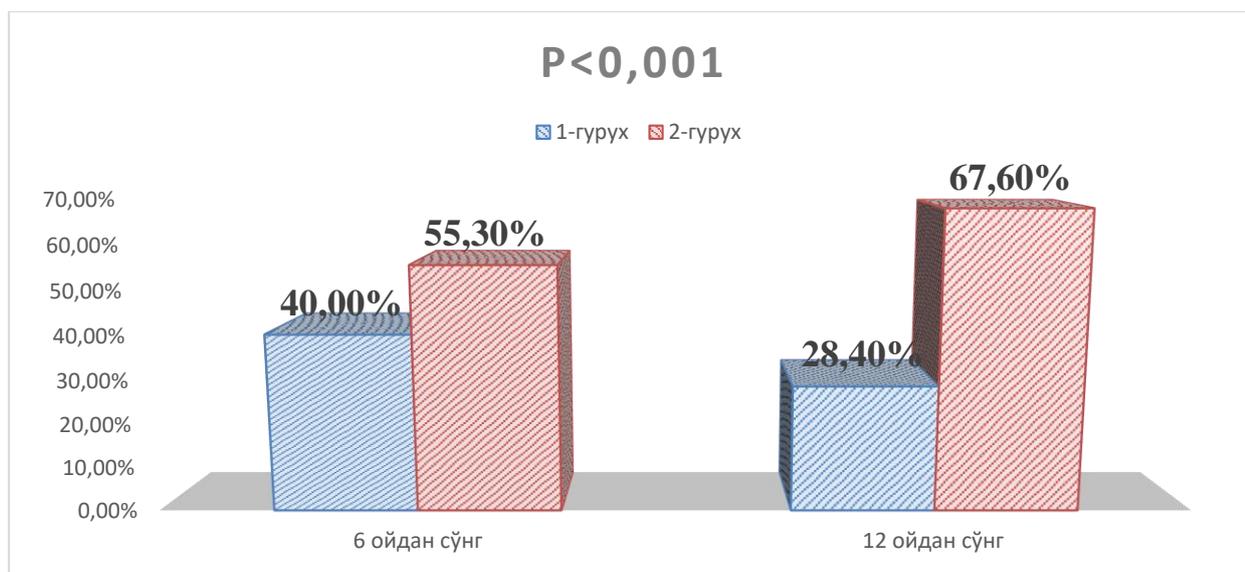
№	Қайта госпитализация қилинган беморлар улуши, %	I гурух		II гурух		χ^2	P	ОШ	ДИ min ОШ	ДИ max ОШ
		абс	%	Абс	%					
1	6 ойлик кузатувдан сўнг	60	40,0	83	55,3	7,07	0,008	1,86	1,17	2,94
2	12 ойлик кузатувдан сўнг	42	28,4	94	67,6	46,51	<0,001	5,30	3,24	8,68

*Изоҳ: *p- гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти;*

Бу жадвалдан кўриниб турибдики 1-гурух беморлар кузатувдан 6 ой ўтиб 40,0% госпитализация қилинган бўлиб, 2-гурухдан (55,3%) статистик жihatдан юқори. Бир йилдан сўнг эса қайта госпитализация 1-гурухда 28,0%ни ташкил

қилиб, бу кўрсаткич 2-гурухда 67,6%га тенг бўлди ($p < 0,001$)

4.5.4-расм Гурухларда қайта госпитализация частотаси



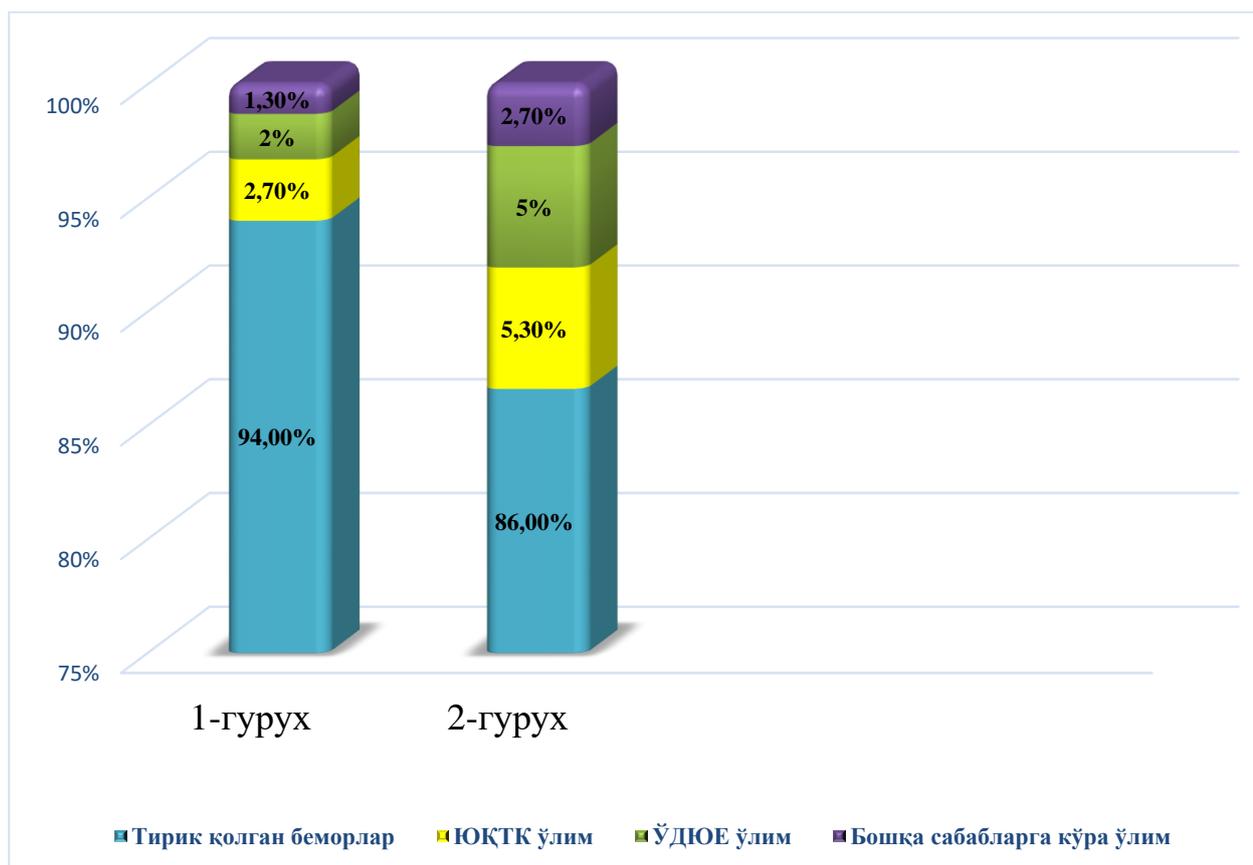
4.5.6-жадвал

1 йилдан кейин СЮЕ марказида беморларнинг даволанишга риоя қилишга қараб ўлим

№	Кўрсаткичлар	I группа 12 ойдан сўнг (n=141)		II гурух 12 ойдан сўнг (n=129)		χ^2	P	ОШ	ДИ min ОШ	ДИ max ОШ
		абс	%	абс	%					
1	Тирик қолган беморлар	141	94,0	129	86,0	36,00	<0,001	6,00	3,21	11,22
2	ЮҚТКларидан ўлим	4	2,7	8	5,3	0,00	<0,001	1,00	0,06	16,14
3	ЎДЮЕдан ўлим	3	2,0	9	6,0	0,72	<0,001	1,63	0,52	5,11
4	Бошқа сабабларга кўра ўлим	2	1,3	4	2,7	0,41	<0,001	1,52	0,42	5,50

Изоҳ: *p- гурухлар орасидаги фарқларнинг аҳамияти;

4.5.5-расм Охирги якуний натижалар



1 йиллик кузатувдан сўнг касалликнинг ижобий кечиши 1-гуруҳда 94,0%ни ташкил қилган бўлса 2-гуруҳда 86,0%ни ташкил қилди (ОШ=6,0; 95% ДИ 3,21-11,22; $p_{1/2} < 0,001$). Юрак-қон томир касалликларидан ўлим 1-гуруҳда 2,7%, 2-гуруҳга 5,0% нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори бўлди (ОШ=1,0; 95% ДИ 0,06-16,14; $p_{1/2} < 0,001$). Гуруҳлар ўртасида ЮҚТК ўлими таҳлил қилишда 1-гуруҳга нисбатан 2-гуруҳда ЮҚТК ўлими хавфининг 9 баравар ошиши шаклида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар аниқланди. Бу факт 1-гуруҳда юрак-қон томир касалликларининг олдини олиш бўйича самарали чоралар ўз вақтида кўрилганлигини кўрсатади.

ЎДЮЕдан ўлим хавфи 2-гуруҳда 1-гуруҳга нисбатан юқори еди: 1-гуруҳда - 2,0%, 2-гуруҳда 5,0% (ОШ=1,63; 95% ДИ 0,52-5,11; $p_{1/2} < 0,001$) (4.1.5-жадвал).

1 йиллик кузатувда жами ўлим даражаси (ЮҚТК ўлими ва ЎДЮЕдан ўлим) хавфи 2-гуруҳда юқори бўлди.

Гуруҳларда бир йиллик кузатувдан сўнг касалликнинг асоратлари

Кўрсаткичлар	1-гуруҳ n=141	2-гуруҳ n=129	P
Янги пайдо бўлган БФ (n)	10	22	<0,001
Такрорий МИ(n)	6	42	<0,001
БМҚАЎБ(n)	7	23	<0,001

*Изоҳ: *p- гуруҳлар орасидаги фарқларнинг аҳа23мяти; БФ-бўлмачалар фибрилляцияси, МИ-миокард инфаркти, БМҚАЎБ-бош миёда қон айланиши ўткир бузилиши.*

Тадқиқотнинг 2 гуруҳидаги СЮЕ билан оғриган беморларда бирламчи тиббий ёрдам босқичида тиббий ёрдам сифати сезиларли даражада паст бўлиб, 1 йиллик кузатув натижасига кўра, янги пайдо бўлган БФ 14,7%, такрор МИ 27,8%, БМҚАЎБ 15% беморларда кузатилди. Буларнинг барчаси 2 гуруҳ беморларида мақсадли гемодинамик кўрсаткичларни ва СЮЕ клиник кечишини барқарорлаштиришга эриша олмаганликдан далолат беради

Ушбу тадқиқотда СЮЕ марказида доимий кузатув гуруҳидаги беморларда ўлим хавфи умумий, юрак-қон томир касалликларидан ўлим, ЎДЮЕдан ўлим ва жами ўлим бўйича пастроқ еканлиги кўрсатилди.

Бир йиллик тадқиқотдан сўнг ҳақиқатда қабул қилинган даволанишни таҳлил қилганда, СЮЕ марказида кузатувга риоя қилган, беморларнинг 1-гуруҳида даволаниш СЮЕ марказида даволаш бўйича ихтисослаштирилган марказга ташриф буюришга риоя қилиш билан чамбарчас боғлиқлиги аниқланди. Ўз-ўзини назорат қилиш ва номедикаментоз даволаниш бўйича тавсияларни бажаришга риоя қилиш билан кузатиш, ўз-ўзини назорат қилиш ва даволанишга риоя қилиш бўйича энг яхши натижалар СЮЕ марказида кузатувни давом эттирган беморлар гуруҳида олинган.

Маълумки, даволаниш натижалари СЮЕ билан оғриган беморларнинг натижаларига бевосита таъсир қилади. Бир йил давомида СЮЕ марказида

доимий кузатув гуруҳидаги беморлар энг яхши натижаларни кўрсатдилар, чунки улар оилавий поликлиникалардаги кузатув гуруҳи билан солиштирганда умумий ўлим, ЮҚТКЎ, ЎДЮЕ ўлимнинг энг паст кўрсаткичларига ега.

Ушбу натижалар шуни тасдиқлайдики, СЮЕ учун асосий терапияни титрлаш ЎДЮЕдан кейин касалхонадан чиққандан кейин дарҳол ва ҳеч бўлмаганда кузатувнинг биринчи йилида зарур.

Олинган барча маълумотлар ЎДЮЕдан кейин беморни ихтисослаштирилган тиббий ёрдам шароитида асосий терапия титрлаш ва бемор гемодинамикани ва вазни мустақил равишда назорат қилишга тайёр бўлгунга қадар, жисмоний фаоллик миқдорини оширишни давом эттириш зарурлигини кўрсатади. Агар керак бўлса, бемор СЮЕ марказидаги мутахассис билан боғланиши ёки телефон орқали даволанишнинг номедикаментоз усуллари бўйича ҳамширадан батафсил маслаҳат олиши керак. Ушбу ёндашув СЮЕ билан оғриган беморлар орасида аҳоли даражасида ўлим хавфини камайтиради.

СЮЕ билан оғриган беморларни даволаш харажатларининг ярмидан кўпи стационар даволанишга сарфланади, яъни асосий юк соғлиқни сақлаш тизими зиммасига тушади ва амбулатория шароитида ЎДЮЕдан кейин стационар даволанган беморлар ҳам кузатув остидаги барқарор беморларга қараганда сезиларли харажатларни талаб қилади. Ҳаёт сифатини яхшилаш учун зарур бўлган қиммат дори-дармонларни сотиб олишга мажбурлик ҳам СЮЕ билан оғриган беморларни қийин вазиятга солиб қўяди.

Ҳозирги вақтда ривожланган мамлакатларда СЮЕнинг III-IV босқичлари билан оғриган беморлар ҳаёт сифатни яхшилаш ва умрини узайтиришга ёрдам кўрсатиш учун СЮЕ марказларини очиш масаласи долзарбдир. Европа ва АҚШда СЮЕ билан касалланган беморларни стационар ва амбулатор босқичларида бошқаришнинг "узлуксиз" моделининг самарадорлиги, беморлар, беморларнинг яқин қариндошларни ўқитиш ва бунда ҳамшираларни ўз-ўзини парвариш қилишга урғу бериш, шунингдек, юқори малакали тиббий ёрдам кўрсатишни жорий этиш, беморларни бошқаришнинг технологик усуллари исботланган. Фақатгина телефон суҳбатидан фойдаланган ТИМ-НҒ тадқиқотида СЮЕ билан касалхонага ётқизиш сезиларли даражада камайган, аммо ўлимга таъсир кўрсатмаган.

Россияда, 2016 йилда Нижний Новгород шаҳрида биринчи СЮЕ маркази очилди, у беморларга стационар-поликлиника босқичида кучайтирилган ҳамширалар назорати ва беморларни ўқитиш орқали "узлуксиз" ёрдам кўрсатади. Бу йил давомида қайта госпитализация ва умумий ўлим хавфини 13% га камайтиришга имкон берди.

Касалликнинг замонавий ва самарали даволаш усуллари мавжудлигига қарамасдан СЮЕ билан оғриган беморларда касалликнинг кечишини яхшилашда етарли даражада ижобий динамикани шакллантирмайдиган қуйидаги сабаблар аниқланди:

➤ ЎДЮЕдан кейин беморларда СЮЕ шаклланишининг сабаблари бўлган касалликларнинг юқори тарқалиши: булар биринчи навбатда артериал гипертония касаллиги, юрак ишемик касаллиги, миокард инфаркти, инсульт, 2

тип кандли диабет, БФ мавжудлиги;

➤ ЎДЮЕдан кейин СЮЕ билан оғриган беморларда дори дозаларини титрлашдан иборат бўлган доимий мониторинг ва даволаш нуқтаи назаридан бирламчи тиббий ёрдам тизимининг етарли даражада самарадор эмаслиги;

➤ СЮЕ билан оғриган беморларнинг асосий гемодинамик кўрсаткичларини, ўз-ўзидан, вазнини назорат қилишига, бирламчи тиббий ёрдамда номедикаментоз даволаниш бўйича тавсияларга паст даражада риоя қилиши;

➤ СЮЕ III-IV ФС билан оғриган кекса ва клиник жиҳатдан оғир беморларнинг паст ҳаракатчанлиги, уйда патронажни ташкил қилишни ва беморнинг яшаш жойига ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни максимал даражада яқинлаштиришни талаб қиладиган қўшма касалликлар (ўтказилган инсульт, онкологик касалликлар ва бошқалар) билан биргаликда учраши;

Айниқса, Самарқанд вилоятининг чекка туманларида замонавий ахборот технологиялари ва телемедицинанинг паст даражада ривожланганлиги беморларнинг яшаш жойига яқин жойлашган туманлараро юрак етишмовчилигини даволаш марказларини ташкил этиш масаласини кўтармоқда.

Юқорида айтилганларнинг барчаси Самарқанд вилоятида юрак етишмовчилигини даволашга ёндашувларни ўзгартириш ва СЮЕ билан касалланган беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишнинг ягона “узлуксиз” тизимини шакллантириш зарурлигини белгилайди.

СЮЕ билан касалланган беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш самарадорлигини таҳлили Самарқанд шаҳри учун пилот лойиҳа мисолида ўтказилди (Самарқанд Соғлиқни сақлаш бошқармасининг 2023 йил 22 декабрдаги 1040-И сонли буйруғи асосида). Бизнинг мақсадимиз СЮЕ клиник кечишини, СЮЕ билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш, шунингдек, ЎДЮЕдан кейин беморлар ихтисослаштирилган тиббий ёрдам тизимига киритилган бўлса, такрорий ЎДЮЕ ва касалхонага ётқизиш хавфини камайтиришга қаратилди.

СЮЕ марказининг "узлуксиз" ихтисослаштирилган тиббий ёрдам тизимида ва яшаш жойидаги ОПда беморларни мониторинг қилиш самарадорлигини

таҳлил қилишда ҳақиқий клиник амалиётда беморларда СЮЕ марказининг хусусиятлари аниқланди, СЮЕ билан оғриган беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишга комплекс ёндашув тизимини ишлаб чиқиш учун асос бўлди

2021-йил март ойида Самарқанд шаҳрининг кўптармоқли марказий поликлиникасида СЮЕ маркази очилди, унинг таркибига малакали кардиолог ва СЮЕ билан касалланган беморларни кузатиш учун ўқитилган ҳамшира киради. СЮЕ маркази ишининг асосий мақсади СЮЕ билан оғриган беморларда умумий ўлим кўрсаткичи, қайта госпитализациялар сони ва даволанишга риоя қилишни яшаш жойидаги ОПларда стандарт усуллардан фойдаланган ҳолда кузатилган беморларга нисбатан таҳлил қилиш. Мақсадларимизга эришиш учун биз беморларнинг умумий гуруҳидан СЮЕ марказида касалхонадан чиққандан кейин кузатилган 150 нафар беморни I гуруҳ ва яшаш жойидаги ОПда кузатилган 150 нафар беморни II гуруҳ танладик. Кузатиш 1 йил давом этди ва даволаш СЮЕ марказида кузатилган беморларда 2021 йилги Европа тавсияларига мувофиқ, шунингдек, ОССН-РКО РНМТ 2021 "Юрак етишмовчилиги" клиник тавсияларига мувофиқ амбулатор шароитида ўтказилди. Самарқанд шаҳридаги СЮЕ марказида кузатилган I гуруҳ беморларнинг ўртача ёши $58,5 \pm 1,98$, шунингдек, ОПда кузатилаётган II гуруҳ беморларнинг ўртача ёши $59,1 \pm 1,62$. Бу Европа ESC-HF Pilot регистридан фарқ қилади, бу ерда ўртача ёши 66 ± 13 ёшни ташкил этган ва 46,5% тадқиқотга киритилган беморларнинг ёши 70 ва ундан катта эди. Бизнинг тадқиқотимизда ЎДЮЕдан кейин беморларда СЮЕнинг асосий сабаблари гипертония ва юрак ишемик касаллиги бўлиб, бу россиялик ва европалик олимлар томонидан олиб борилган тадқиқотларда тасдиқланган. Ревматик юрак нуқсонлари ва дилатацион кардиомиопатия ҳозирда жуда кам учраганлиги сабабли ва бизнинг тадқиқотимизга киритилмади. Тадқиқотда СЮЕ NYHA II-IV функционал синфлари ўрганилди.

I гуруҳда ЎДЮЕдан кейин коморбид беморлар гипертония – 96,0%, ЮИК

стабил стенокардия – 84,0%, ИККС беморлар - 28%, ҚД 2 тип – 24,0%, БФ – 22,0%, анемия -16,0%, ЎСОК – 15,3% СЮЕ марказида кузатилди. Яшаш жойидаги ОПда кузатилган гуруҳда коморбидлик қуйидагича: Артериал гипертония – 92,0%, ЮИК стабил стенокардия - 88%, ИККС беморлар – 24,0%, ҚД 2 тип - 23,3%, БФ – 24,0%, анемия – 22,0%, ЎСОК – 18,0%.

СЮЕ марказида НУНА ФС бўйича беморларнинг тақсимланиши дастлаб II ФС - 25,3%, III ФС- 45,3%, IV ФС-29,4% эди. Шу билан бирга, II гуруҳ ОПда кузатилган беморлар II ФК-26%, III ФК-42%, IV ФС- 32%.

СЮЕ марказида беморларни 6 ойлик кузатишдан сўнг, II ФС 42,0% (χ^2 6,13; P6,13; ОШ 0,54; ДИ 0,33-0,88), III ФС- 38,7% (χ^2 2,71; P0,10; ОШ 1,47; ДИ 0,93-2,34) ва IV ФС- 19,3% (χ^2 0,60; P0,437; ОШ 1,47; ДИ 0,93-2, 34). Беморларнинг саломатлик ҳолатини қатъий назорат қилиш орқали деярли барча назорат кўрсаткичлари яхшиланди. Шу билан бирга, II гуруҳ яшаш жойидаги ОПда диспансер кузатувида бўлган СЮЕ билан оғриган беморлар II ФС-14,0% (χ^2 0,27; P0,604; ОШ 0,87; ДИ 0,53-1,45), III ФС-43,3% (χ^2 0,12; P0,725; ОШ 1,09; ДИ 0,69-1,72), IV ФС-42,7% (χ^2 0,12; P0,901; ОШ 1,03; ДИ 0,63-1,68). Кузатиш натижаларидан кўриниб турибдики, 6 ой давомида СЮЕ марказидаги беморлар соғлиғининг сифатини сезиларли даражада яхшилаган, ОПда кузатилаётган СЮЕ билан оғриган беморлар деярли бир хил ҳолатда ва ундан ҳам ёмонроқ бўлиб қолди.

Бир йилдан сўнг СЮЕ марказида кузатилган I гуруҳда II ФС 52,5% (χ^2 12,02; P0,001; ОШ 0,44; ДИ 0,28-0,71), III ФС 33,3% (χ^2 3,51; P0,61; ОШ 1,60; ДИ 0,98-2), IV ФС 14,2% (χ^2 4,63; P0,031; ОШ 1,87; ДИ 1,05-3,34). II гуруҳда II ФС 15,5% (χ^2 0,56; P0,453; ОШ 0,83; ДИ 0,51-1,35), III ФС 31,8% (χ^2 0,13; P0,723; ОШ 1,09; ДИ 0,68-1,73), IV ФС 52,7%; P0.706; ОШ 1.10; ДИ 0.67-1.80).

Кўрсаткичларимиздан кўриниб турибдики, СЮЕ марказида кузатилган I гуруҳ беморларнинг саломатлик ҳолати яшаш жойида кузатилган беморлардан фарқли равишда сезиларли даражада яхшилانган. Дастлаб I гуруҳда касалхонага ётқизилганида энг кўп учрайдиган аломатлар беморларнинг 88%да хансираш,

54% периферик шишлар ва 29,3% ҳолларда ўпкада хириллашлар бўлган. Шу билан бирга, 2-гуруҳда беморларнинг 90% да хансираш, 58 %да периферик шишлар, 32 % ўпкада хириллашлар мавжуд. Иккала гуруҳда ҳам хансираш, периферик шишлар ва ўпкада хириллаш билан оғриган беморлар жуда кўп бўлганлиги сабабли, барқарор натижага эришиш учун 10 ётоқ куни стационар даво учун етарли эмас эди. Дори воситаларини титрлаш 12-13 ётоқ кунигача давом этди ва беморларни диспансер ҳисобга олиш учун тавсиялар билан чиқарилди, 1-гуруҳ беморлари эса СЮЕ марказида диспансер ҳисобга олинди. Беморлар дори воситаларини яшаш жойидаги поликлиникада ва СЮЕ марказида титрлашни давом эттиришди. Бу СЮЕ марказида ва яшаш жойидаги поликлиникада даволанишнинг турли босқичларида СЮЕ билан оғриган беморларни "узлуксиз" бошқаришнинг шошилини зарурлигини тасдиқлайди. I гуруҳдаги беморларда 6 ойлик кузатувдан сўнг хансираш камайди ва 78% ни ташкил этди (χ^2 5,32; P0,01; ОШ 2,07; ДИ 1,11-3,87), периферик шишлар 39,3% гача камайди (χ^2 0,65; P0. 001; ОШ 1,21; ДИ 0,77-1,90), ўпкада хириллашлар 18% (χ^2 5,33; P0,021; ОШ 1,89; ДИ 1,10-3,26) камайди. Юрак етишмовчилиги марказида 1 йиллик кузатувдан сўнг беморларнинг асосан ЎДЮЕ билан оғриган беморлар, улар ҳалқали диуретиклар билан диуретик терапияни талаб қилдилар аҳволи сезиларли даражада яхшиланди; Хансираш 48% (χ^2 28,96; P<0,001; ОШ 3,84; ДИ 2,33-6,34), периферик шишлар 23,3% (χ^2 21,92; P<0,001; ОШ 3,20; ДИ 1,95-5,25),

6 ойлик кузатув давомида СЮЕ марказида кузатилган 150 нафар бемордан 60 нафари қайта госпитализация қилинди, бу 40% ни ташкил этди, 2-гуруҳдаги беморлар эса 150 тадан 83 тасига қайта ётқизилди, бу 55,3% ни ташкил этди (χ^2 7,07; P0,008; ОШ 1,86; ДИ 1,17-2,94). 2021 йилги Европа тавсияларига ва 2021 йилги Россия тавсияларига кўра, СЮЕ II ФС ва III-IV ФС билан оғриган беморлар ҳам квадратотерапия олишлари керак яъни АЎФ ингибиторлари ёки АРАлар, ББ, МКРА ва НГКТ-2 ингибиторларидан иборат квадратотерапия. Бу тавсиянинг 1 даражаси ва далилнинг А даражаси билан белгиланади. 1-гуруҳда дастлаб 63,3% беморлар АЎФ ингибиторлари, 20,7% АРА, ББ 78,7%, МКРА

79,3%, ХД 99,3%, АРНИ 4%, НГКТ-2 ингибиторлари 22 % қабул қилган. 2-гуруҳда 60 % АЎФ ингибиторлари, АРА 22,0%, МКРА 80,7%, ХД 98,0% АРНИ 0%, НГКТ-2 ингибиторлари 0%. 6 ойдан сўнг стабил беморларнинг 36,0% АРНИга ўтказилди (юперіо 50 мг кунига 2 маҳал), СЮЕ марказида кузатилган беморларнинг 43% НГКТ-2 ингибиторлари 10 мг дозада қабул қилиб бошлади. Яшаш жойидаги ОПда кузатилган 2-гуруҳдаги беморлар АРНИ ва НГКТ-2 ингибиторларини қабул қилмаганлар, яъни бу дорилар уларга умуман буюрилмаган. 1 йилдан сўнг биринчи гуруҳдаги деярли барча беморларимиз кватротерапия, АЎФ ингибиторлари-22,2%, АРА-17,8%, АРНИ-60%, ББ-85,3%, МКРА-60%, НГКТ ингибиторлари-70% қабул қилишди. Бундан келиб чиқадики, СЮЕ марказида кузатилаётган деярли ҳар иккинчи бемор АРНИ қабул қилди, яъни уларнинг аҳволи стабил бўлиб, СЮЕ III ФС дан II ФСга ўтишди ва аллақачон яхшиланган чап қоринча чиқариш фракциясида. Яшаш жойи ОПда диспансер кузатувидан бўлган беморлар бир йилдан сўнг АРНИ -12,7%, НГКТ-2 ингибиторлари -11,3% га ўтдилар, бу СЮЕ марказида кузатилган асосий гуруҳга қараганда сезиларли даражада кам. Бундан келиб чиқадики, бу беморларнинг аҳволи анча оғир эди ва шифокор бу беморларни АЎФ ингибиторларидан АРНИга ўтказа олмади. 1 йиллик кузатув давомида СЮЕ марказида бўлган 28% (n=42), беморлар ЎДЮЕда қайта госпитализацияни талаб қилдилар - 2-гуруҳда эса 67,3% (n=101) йил давомида касалхонага ётқизилган (χ^2 46,51; $P < 0,001$; ОШ 5,30; ДИ 3,24-8,68). Бирламчи якуний нуқтани текширганда, 1 йил давомида 1-гуруҳда ЎДЮЕ туфайли ўлим 2,0%, бошқа сабаблардан ўлим 1,3% ни ташкил этди. Бу 1-гуруҳдаги беморларга тегишли. 2-гуруҳда ЎДЮЕдан ўлим 6,0%, юрак-қон томир касалликларидан ўлим 5,33% ва бошқа барча сабаблар бўйича ўлим 2,7% ни ташкил этди. Ва бу ерда биз юқори корреляцияга эришдик.

Биз берган маълумотлардан кўриниб турибдики, Самарқанд шаҳрида СЮЕ марказининг очилиши ва беморларни касалхонадан чиққандан бир ҳафта ўтгач, доимий равишда мунтазам равишда кузатиб бориш, доимий кўнғироқлар ва малакали ҳамшира билан мулоқот қилиш, СЮЕ марказидаги мутахассисга

индивидуал ташрифлар жадвали, стабил ҳолатда ҳар 3 ойда камида 1 марта консультация қилиш зарур. Беморлар амбулатор қабулида гемодинамик кўрсаткичлар назорат қилинди, вақт ўтиши билан жисмоний зўриқишга толерантлик аниқланди ва жисмоний фаолият режимини индивидуал танлаш, чекланган тузли диета, шунингдек, беморларга буюрилган дори-дармонларни титрлаш амалга оширилди. Беморга кузатув кундалиги очилди, у ерда у дори-дармонларни қабул қилиш, бемор ўзини қандай хис қилиши, мажбурий тарозига тортиш ҳақида қайд этилди ва агар 1 ҳафта ичида вазни 2-3 кг га ошса, беморга етарли диуретик терапия учун касалхонага ётқизиш таклиф қилинди. Самарқанд шаҳрида СЮЕ марказининг очилиши сурункали юрак этишмовчилиги бўлган оғир хасталикка чалинган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш ва умрини узайтириш учун уларни қаттиқ назорат қилиш зарурати билан зарурлигини белгиланди.

Ўзбекистон Республикаси Самарқанд шаҳрида СЮЕ марказининг очилиши СЮЕ билан оғирган беморларга госпитализация частотасини камайтириш имконини берди, чунки улар доимий равишда кардиолог ва ҳамшира назоратида бўлиб, ўз-ўзини парваришлаш билан шуғулланади.

Ҳозирги вақтда СЮЕ маркази беморларнинг умрини узайтириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида уларнинг мониторингини олиб борувчи зарурий ишчи орган ҳисобланади. Бизнинг тадқиқотимиз шуни кўрсатдики ўткир декомпенсацияланган юрак этишмовчилиги (ЎДЮЕ) учун стационар даволаниш зарурати учун кузатилган беморларда ётоқ кунлари сони 1,5-2,0 кунга камайди, бу мос равишда 1 бемордан 700 000-1 миллион 400 000 тўғри келади. СЮЕ билан оғирган беморларни замонавий даволашнинг муҳим муаммоларидан бири бу беморлар бутун умри давомида қабул қилишлари керак бўлган дори воситаларининг юқори нархидир. Ушбу беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш бўйича барча масалаларни Соғлиқни сақлаш вазирлиги билан мувофиқлаштириш керак, бу эса сурункали юрак этишмовчилиги II гуруҳ ногиронлари учун бепул кватротерапия (АРНИ, ББ, МКРА ва НГКТ-2) билан таъминланиши керак.

ХУЛОСАЛАР

Самарқанд вилоятида СЮЕ билан оғриган беморларда юрак етишмовчилигига олиб келган сабаблар орасида артериал гипертензия 96,0%, юрак ишемик касаллиги 84,5%, ИККС 28,0%, бўлмачалар фибрилляцияси 22% ва 2 тип қандли диабет 24% ни ташкил қилди. Касалланиш даражаси охириги 3 йил давомида 1,5 бараварга кўпайганлиги аниқланиб, беморларга амбулатор шароитда тиббий-профилактика ёрдамини ташкил этиш сезиларли даражада паст деган хулосага келинди ва бу ҳолат дори-дармонларни қабул қилиш назорати йўқлиги ва номедикаментоз даволаниш, ўз-ўзини назорат қилиш бўйича тавсиялар берилмаслиги билан боғлиқ. Тадқиқотнинг 2 гуруҳидаги СЮЕ билан оғриган беморларда бирламчи тиббий ёрдам босқичида тиббий ёрдам сифати сезиларли даражада паст бўлиб, 1 йиллик кузатув натижасига кўра, янги пайдо бўлган БФ 14,7%, такрор МИ 27,8%, БМҚАЎБ 15% беморларда кузатилди. Буларнинг барчаси 2 гуруҳ беморларида мақсадли гемодинамик кўрсаткичларни ва СЮЕ клиник кечишини барқарорлаштиришга эриша олмаганликдан далолат беради. 6 ойлик кузатуви давомида таққослаш гуруҳи беморларининг 55,3% ва СЮЕ марказида кузатилган беморларнинг 40% ЎДЮЕ билан даволаниш учун қайта госпитализация қилинди ($p < 0,001$). Бир йилдан кейин эса ОПДа кузатилган беморларнинг қайта госпитализация частотаси 67,3% ни, СЮЕ марказида кузатилган беморларда эса бу кўрсаткич 28% ($p < 0,001$) ташкил қилиб, асоратланган беморларни сони 2,4 баробарга камайди.

2 – гуруҳдаги беморларда ўлим кўрсаткичи 1- гуруҳдаги беморларга нисбатан 2,5 баробар ортиқ кузатилди, хусусан ЮҚТК дан 1 -гуруҳда 2,7% ни, 2-гуруҳда эса 5,3% ни, ЎДЮЕ дан 1-гуруҳда 2%, 2-гуруҳда эса 5% ни ташкил қилди ($p < 0,001$).

СЮЕ марказининг очилиши беморларнинг аҳволини қатъий назорат қилиш, дори-дармонларни титрлаш ва уларни қабулини назорат қилиш, беморларни қариндошлари билан биргаликда ўқитиш курсларини ўтказиш беморларнинг умумий ҳолатини ва ҳаёт сифатини яхшилайдди. Сурункали юрак етишмовчилигининг ўткир декомпенсациясидан сўнг, юқори коморбидликдаги,

СЮЕнинг III-IV ФСи билан оғриган барча беморлар кейинчалик СЮЕ марказида кардиолог назорати остида ёки яшаш жойидаги оилавий поликлинидаги СЮЕ маркази кардиологи томонидан қатъий назорат остида бўлиши керак. Дастлабки уч ой давомида беморларнинг асосий дори-дармонлари адекват титрланиши керак. Тузилган телефон қўнғироғи ва ҳамширалар томонидан мониторинг СЮЕ билан оғриган беморларнинг ойига камида бир марта, эҳтиёжга кўра тез-тез ўз-ўзини назорат қилиш ва даволанишга риоя қилишларини ошириш воситаси сифатида ишлатилиши керак. СЮЕ билан оғриган беморлар учун мактаблар мунтазам равишда, СЮЕ билан оғриган беморларга ихтисослаштирилган ёрдам мавжудми ёки йўқлигидан қатъи назар, мунтазам равишда ўтказилиши керак. Ҳар бир бемор, унинг қариндошлари ёки унга ғамхўрлик қилувчилар турмуш тарзи, даволаниш ва ўзини ўзи бошқариш бўйича билим даражасини ошириш мақсадида мунтазам равишда СЮЕ мактабларида ўқишлари керак.

МУНДАРИЖА

ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР РУЙХАТИ	4
КИРИШ.....	5
I БОБ Адабиётлар таҳлили.....	14
1.1. Сурункали юрак етишмовчилигининг тарқалиши, этиологияси ва хавф омиллари.....	14
1.2 Сурункали юрак етишмовчилиги билан асоратланган касалликлар.....	17
1.3 Сурункали юрак етишмовчилиги патогенезининг айрим жиҳатлари.....	19
1.4 Сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларни замонавий даволаш.....	21
1.5 Сурункали юрак етишмовчилигини аниқлашда натрий уретик пептидининг аҳамияти.....	27
1.6 Сурункали юрак етишмовчилиги марказлари жаҳон тажрибаси....	28
1.7 Сурункали юрак етишмовчилиги билан касалланган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш.....	35
II БОБ. Материаллар ва тадқиқот усуллари	
2.1 Текширилаётган беморларнинг клиник хусусиятлари.....	37
2.2. Тадқиқот дизайни ва усуллари.....	42
2.2.1 Лаборатор тадқиқот усуллари.....	43
2.2.2 Инструментал тадқиқот усуллари.....	44
2.3 EQ-5D-5L ва KCCQ сўровномалари.....	45
2.4 Клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи (КХБШ) ва 6 дақиқали юриш тести (ОДЮТ).....	45
2.5 Терапияга риоя қилишни баҳолаш учун шкала.....	47
2.6 Тадқиқотнинг статистик усуллари.....	51
III БОБ. ШАХСИЙ ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ	
3.1 Беморларда СЮЕ этиологияси ва клиник кечиши.....	53
3.1.1 Ўрганилаётган беморларда СЮЕ белгилари ва симптомлари.....	54

3.2	Беморларнинг дастлабки гемодинамик кўрсаткичлари.....	55
3.3	Беморларнинг ФС ва ЧҚОФга қараб тақсимланиши ва дори дармонларни қабул қилиш частотаси.....	58
3.4	Кўрсаткичлар ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш.....	62
IV БОБ УЗОҚ МУДДАТЛИ КУЗАТУВ НАТИЖАЛАРИ		
4.1	СЮЕ маркази структураси.....	66
4.2.	СЮЕ даволашда ихтисослашган марказда кузатувнинг мунтазамлиги ва давомийлигига қараб, ўз-ўзини назорат қилиш ва даволанишга риоя қилиш.....	69
4.3	Ҳар хил амбулатор шароитда СЮЕ беморларни базис ва ҳалқали диуретиклар билан даволашни динамикада баҳолаш.....	75
4.4	СЮЕ билан оғриган беморларда турли хил амбулатор шароитда кўшимча дори-дармонлар билан даволаш.....	80
4.5	СЮЕ функционал синфи ва ЭхоКГ кўрсаткичларига кўра динамикаси.....	83
	ХОТИМА	93
	ХУЛОСА	101
	АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР	102
	Фойдаланилган адабиётлар рўйхати	103

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Абдуллаев Т., Фозилов Х., Гуломов Х. и др. // Особенности хронической сердечной недостаточности пациентов, госпитализированных в РСНПМЦК Узбекистана // Общество и инновации. – 2023. – Т. 4. – №. 1. – С. 107-113.
2. Агабабян И.Р., Исмоилова Ю.А. // Эффективность амбулаторного контроля больных с хронической сердечной недостаточностью // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 2 (82). – С. 99-103.
3. Агеев Ф.Т., Овчинников А.Г. // Сердечная недостаточность с промежуточной фракцией выброса левого желудочка: существует ли клиническая необходимость выделения ее в отдельную подгруппу? // Кардиология. – 2018. – Т. 58. – №. 12S. – С. 4-10.
4. Арутюнов А.Г. и др. // Влияние величины дозы основных препаратов на риск повторной госпитализации пациентов с хронической сердечной недостаточностью // Терапевтический архив. – 2016. – Т. 88. – №. 1. – С. 29-34
5. Ахматов, Я.Р., Абдуллаев, Т.А., Бекбулатова, Р.Ш., Цой, И. А., Ахматов, Я. Р., Абдуллаев, Т. А., Цой И. А. Правожелудочковая недостаточность: современное состояние проблем диагностики и медикаментозной терапии. (обзор литературы и результаты собственного исследования). *Евразийский союз ученых (есу)*, №11(56) 2018
6. Базарсадаева Т.С. // Роль ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента в профилактике внезапной сердечной смерти // Анналы аритмологии. – 2006. – Т. 3. – №. 4. – С. 43-49.
7. Беленков Ю.Н. // Влияние специализированных форм активного амбулаторного ведения на функциональный статус, качество жизни и показатели гемодинамики больных с выраженной сердечной недостаточностью. Результаты Российской программы "Шанс" // Журнал сердечная недостаточность. – 2007. – Т. 8. – №. 3. – С. 112-116.
8. Бутова В.Г. и др. // Прямой маркетинг-директ-маркетинг в практике медицинских организаций // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. –

№. 3. – С. 40.

9. Вайсберг А.Р. и др. // Влияние пандемии COVID-19 на прогноз пациентов с хронической сердечной недостаточностью III-IV функционального класса // Российский кардиологический журнал. – 2022. – Т. 27. – №. 3. – С. 45-51.

10. Виноградова Н.Г. // Городской центр лечения хронической сердечной недостаточности: организация работы и эффективность лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. – 2019. – Т. 59. – №. 2S. – С. 31-39.

11. Виноградова Н.Г. // Прогноз пациентов с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от приверженности к наблюдению в специализированном центре лечения сердечной недостаточности // Кардиология. – 2019. – Т. 59. – №. 10S. – С. 13-21.

12. Виноградова Н.Г. и др. // Пациенты после острой декомпенсации сердечной недостаточности: приверженность к самоконтролю и лечению в зависимости от условий амбулаторного наблюдения // Кардиология. – 2020. – Т. 60. – №. 5. – С. 25-34.

13. Виноградова Н.Г., Поляков Д.С., Фомин И.В. // Анализ смертности у пациентов с ХСН после декомпенсации при длительном наблюдении в условиях специализированной медицинской помощи и в реальной клинической практике // Кардиология. – 2020. – Т. 60. – №. 4. – С. 91-100.

14. Виноградова Н.Г., Поляков Д.С., Фомин И.В. // Риски повторной госпитализации пациентов с ХСН при длительном наблюдении в специализированном центре лечения ХСН и в реальной клинической практике // Кардиология. – 2020. – Т. 60. – №. 3. – С. 59-69.

15. Гаврюшина С.В., Агеев Ф.Т. // Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса левого желудочка: эпидемиология, «портрет» больного, клиника, диагностика // Кардиология. – 2018. – Т. 58. – №. 4S. – С. 55-64.

16. Гребенникова А.А., Столяров А.Ю., Лопатин Ю.М. // Применение платформы удаленного мониторинга на базе мобильного приложения для

повышения приверженности к самопомощи пациентов с хронической сердечной недостаточностью //Кардиология. – 2017. – Т. 57. – №. 4S. – С. 11-18.

17. Исаков Е.Б. // Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний //Медицина и экология. – 2017. – №. 2 (83). – С. 19-28.

18. Исмоилова Ю.А., Агабабян И.Р. // Состояние больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне длительного амбулаторного наблюдения //journal of biomedicine and practice. – 2022. – т. 7. – №. 3.

19. Кобалава Ж.Д., Виллевалде С.В., Лукина О.И. // Прорыв в лечении больных с сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса: клиническое значение исследования PARADIGM-HF //Кардиология. – 2017. – Т. 57. – №. 2. – С. 76-82.

20. Козиолова Н.А. и др. // Характеристика хронической сердечной недостаточности на фоне перманентной формы фибрилляции предсердий //Журнал сердечная недостаточность. – 2013. – Т. 14. – №. 1. – С. 14-21.

21. Курбанов Р.Д., Курбанов Н.А., Абдуллаев Т.А. Полиморфизм генов ангиотензинпревращающего фермента, клиническое течение и структурнофункциональное состояние сердца у лиц узбекской национальности, страдающих дилатационной кардиомиопатией //Евразийский кардиологический журнал. – 2014. – №. 2. – С. 63-70.

22. Либис Р.А., Душина А.Г., Олейник Е.А. // Особенности течения хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией //Артериальная гипертензия. – 2013. – Т. 19. – №. 6. – С. 513-519.

23. Мареев В.Ю. и др. // Какие вопросы задаются и на какие вопросы способны ответить исследования по немедикаментозному лечению пациентов с сердечной недостаточностью. Уроки исследования ШАНС //Журнал Сердечная Недостаточность. – 2014. – Т. 15. – №. 6. – С. 383-396.

24. Мареев В.Ю. и др. // Клинические рекомендации ОССН-РКО-РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение //Кардиология. – 2018. – Т. 58. –

№. 6S. – С. 8-158.

25. Мареев В.Ю., Капанадзе Л.Г., Хеймец Г.И., Мареев Ю.В. // Влияние суточных показателей артериального давления и частоты сердечных сокращений на прогноз больных ХСН с низкой и промежуточной фракцией выброса левого желудочка. Кардиология. 2021;61(7):4-13.
<https://doi.org/10.18087/cardio.2021.7.n1684>

26. Мареев Ю.В., Мареев В.Ю. // Характеристика и лечение пациентов с ХСН, госпитализированных в стационар //Кардиология. – 2017. – Т. 57. – №. 4S. – С. 19-30.

27. Нагаева Г.А. и др. // Структура сердечно-сосудистой патологии на догоспитальном и стационарных этапах (фрагмент исследования РОКСИМ–УЗ) //Кардиология. – 2016. – №. 1. – С. 42-47

28. Окунев И.М., Кочергина А.М., Кашталап В.В. // Хроническая и острая декомпенсированная сердечная недостаточность: актуальные вопросы //Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2022. – Т. 11. – №. 2. – С. 184-195.

29. Орлова Я.А. и др. // Особенности диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности у пациентов пожилого и старческого возраста. Мнение экспертов Общества специалистов по сердечной недостаточности, Российской ассоциации геронтологов и гериатров и Евразийской ассоциации терапевтов //Кардиология. – 2018. – Т. 58. – №. 12S. – С. 42-72

30. Поляков Д.С. и др. // Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что изменилось за 20 лет наблюдения? Результаты исследования ЭПОХА-ХСН //Кардиология. – 2021. – Т. 61. – №. 4. – С. 4-14

31. Поляков Д.С., Фомин И.В., Вайсберг А.Р. // Оценка предикторов долгосрочного прогноза у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности в зависимости от возраста: результаты исследования эпоха-д-хсн //Клиническая геронтология. – 2019. – Т. 25. – №. 3-4. – С. 39-47.

32. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в республике Узбекистан (STEPS ВОЗ 2014)

33. Ризаев, Ж. А., Агабабян И.Р., and. Исмоилова Ю.А. "Мировой опыт работы специализированных клиник по лечению больных с хронической сердечной недостаточностью." *Вестник врача* 3 (2021): 100.

34. Фомин И.В. // Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать //Российский кардиологический журнал. – 2016. – №. 8 (136). – С. 7-13

35. Фомин И.В. и др. // Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации–данные ЭПОХА–ХСН //Журнал сердечная недостаточность. – 2006. – Т. 7. – №. 3. – С. 112-115

36. Фомин И.В., Мареев В.Ю., Щербинина Е.В. // Показатели распространенности сердечной недостаточности и эффективности ее терапии в зависимости от тяжести заболевания //Журнал сердечная недостаточность. – 2002. – Т. 3. – №. 2. – С. 69-70.

37. Фомин И.В., Поляков Д.С., Бадин Ю.В. // ЭПОХА: артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца как основные причины ХСН //Эффективная фармакотерапия. – 2011. – №. 12. – С. 16-20

38. Шляхто Е.В., Бойцов С.А., Беленков Ю.Н., Виллиевальде С.В. // Приоритет ХСН предварительные результаты. Съезд РКО-2022

39. Шукуров Р.Т., Абдуллаев Т.А. // Гендерные различия и коморбидность у больных с хронической сердечной недостаточностью //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – Т. 16. – №. 6. – С. 87-91.

40. Agrinier N. et al. // Effectiveness of a multidimensional home nurse led heart failure disease management programa French nationwide time-series comparison //International journal of cardiology. – 2013. – Т. 168. – №. 4. – С. 3652-3658.

41. Aguirre D.L. et al. // Digoxin-mortality: randomized vs. observational comparison in the DIG trial // European heart journal.–2019.–Т.40.–№.40. С.3336-3341.

42. Atanazarovich A. T., Tulkinovich S. R. Cardiac failure-prospects of treatment in Uzbekistan //European science review. – 2017. – №. 11-12. – С. 49-52.

43. Bleumink G.S., Knetsch A.M., Sturkenboom M.C. et al. // Quantifying the

heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure. The Rotterdam Study / *Eur Heart J.* — 2004. — Vol. 25. — P. 1614-1619.

44. Brunner-La Rocca H.P., Sanders-van Wijk S. // Natriuretic peptides in chronic heart failure // *Cardiac failure review.* — 2019. — T. 5. — №. 1. — C. 44

45. Chaudhry S. I. et al. // Telemonitoring for patients with chronic heart failure: a systematic review // *Journal of cardiac failure.* — 2007. — T. 13. — №. 1. — C. 56-62.

46. Clark A.M. et al. // How to research the mechanisms of non-pharmacological cardiac interventions // *International Journal of Cardiology.* — 2015. — T. 201. — C. 457-461

47. Clark A.M., Thompson D.R. // Heart failure disease management programmes: a new paradigm for research // *Heart.* — 2012. — T. 98. — №. 20. — C. 1476-1477.

48. Cooper L.B., DeVore A.D., Felker G.M. // The impact of worsening heart failure in the United States // *Heart failure clinics.* — 2015. — T. 11. — №. 4. — C. 603-614

49. CrespoLeiro M.G. et al. // Advanced heart failure: a position statement of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology // *European journal of heart failure.* — 2018. — T. 20. — №. 11. — C. 1505-1535.

50. Davidson P.M. et al. // Multidisciplinary management of chronic heart failure: principles and future trends // *Clinical therapeutics.* — 2015. — T. 37. — №. 10. — C. 2225-2233

51. Davidson P.M., Newton P.J., Tankumpuan T. [et al.] // Multidisciplinary management of chronic heart failure: principles and future trends // *Clin Ther.* — 2015. — Vol. 37(10). — 2225-2233.

52. Desai A.S., Clagget B.L., Packer M. et al // Influence of Sacubitril/Valsartan (LCZ696) on 30-day Readmission after heart failure hospitalization / *JACC-2016.Vol.68(3).P.241-248.*

53. Desai A.S., Stevenson L.W. // Rehospitalization for heart failure: predict or prevent? // *Circulation.* — 2012. — T. 126. — №. 4. — C. 501-506

54. Driscoll A.L., Currey J., Tonkin A. et al // Nurse-led titration of angiotensin

converting enzyme inhibitors, beta-adrenergic blocking agents, and angiotensin receptor blockers for people with heart failure with reduced ejection fraction/ Cochrane database Syst Rev. – 2015.-Vol.12.-P.C.D009889.

55. Eichhorn E.J., Bristow M.R. // The carvedilol prospective randomized cumulative survival (COPERNICUS) trial //Current controlled trials in cardiovascular medicine. – 2001. – T. 2. – C. 1-4.

56. Fonarow G.C., Abraham W.T., Albert N.M. [et al.] // Influence of a performance-improvement initiative on quality of care for patients hospitalized with heart failure: results of the Organized Program to Initiate Lifesaving Treatment in Hospitalized Patients With Heart Failure (OPTIMIZE-HF); OPTIMIZE- HF Investigators and Hospitals / Arch Intern Med. — 2007. — Vol. 167(14). — P. 1493-1502.

57. Gheorghiade M. et al. // Effect of oral digoxin in highrisk heart failure patients: a prespecified subgroup analysis of the DIG trial //European journal of heart failure. – 2013. – T. 15. – №. 5. – C. 551-559.

58. Gilotra N.A, Shpigel A, Okwuosa I.S. Et al. // Patients Commonly Believe Their Heart Failure Hospitalizations Are Preventable and Identify Worsening Heart Failure, Nonadherence, and a Knowledge Gap as Reasons for Admission. J Card Fail. 2017 Mar;23(3):252-256. doi: 10.1016/j.cardfail.2016.09.024. Epub 2016 Oct 11. PMID: 27742454.

59. Girerd N, Seronde M.F, Coiro S. et al. // INI-CRCT, Great Network, and the EF-HF Group. Integrative Assessment of Congestion in Heart Failure Throughout the Patient Journey. JACC Heart Fail. 2018 Apr;6(4):273-285. doi: 10.1016/j.jSYuYe.2017.09.023. Epub 2017 Dec 6. PMID: 29226815.

60. Gislason G.H., Rasmussen J.N., Abildstrom S.Z. [et al.] // Persistent use of evidence-based pharmacotherapy in heart failure is associated with improved outcomes / Circulation. — 2007. — Vol. 116. — P. 737-744.

61. Goryacheva O.A. et al. // Heart failure biomarkers BNP and NT-proBNP detection using optical labels //TrAC Trends in Analytical Chemistry. – 2022. – T. 146. – C. 116477

62. Greene S.J. et al. // Medical therapy for heart failure with reduced ejection fraction: the CHAMP-HF registry //Journal of the American College of Cardiology. – 2018. – T. 72. – №. 4. – C. 351-366.

63. Hecht S.M. // A Review of:“Harrison's Manual of Medicine. Fauci, Anthony S.; Braunwald, Eugene; Kasper, Dennis L. et al., eds.” New York: McGraw-Hill Medical, 2009. 1244p. ISBN 978-007-1477437. \$59.95. – 2010.

64. Heidenreich, Paul A., et al. // "2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines." *Journal of the American College of Cardiology* 79.17 (2022): e263-e421

65. Inglis S.C. et al. // Extending the horizon in chronic heart failure: effects of multidisciplinary, home-based intervention relative to usual care //Circulation. – 2006. – T. 114. – №. 23. – C. 2466-2473.

66. Inglis SC, Clark RA, McAlister FA. Et al // Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: Abridged Cochrane Review. *Eur J Heart Fail.* 2011 Sep;13(9):1028-40. doi: 10.1093/eurjhf/hfr039. Epub 2011 Jul 6. PMID: 21733889.

67. Jaarsma T. et al. // Heart failure clinics in the Netherlands in 2003 //European Journal of Cardiovascular Nursing. – 2004. – T. 3. – №. 4. – C. 271-274

68. Januzzi J. L. et al. // Rationale and methods of the prospective study of biomarkers, symptom improvement, and ventricular remodeling during sacubitril/valsartan therapy for heart failure (PROVE-HF) //American heart journal. – 2018. – T. 199. – C. 130-136.

69. Komajda M. et al. // Incremental benefit of drug therapies for chronic heart failure with reduced ejection fraction: a network meta-analysis //European journal of heart failure. – 2018. – T. 20. – №. 9. – C. 1315-1322.

70. La Rovere, M.T. // Role and efficacy of cardiac rehabilitation in patients with heart failure / M.T. La Rovere, E. Traversi // *Monaldi Arch Chest Dis.* — 2019. —

Vol. 89(1). — P. 69-72.

71. Laborde-Castérot H. et al. // Effectiveness of a multidisciplinary heart failure disease management programme on 1-year mortality: Prospective cohort study // *Medicine*. — 2016. — T. 95. — №. 37.

72. Lacovoni A. et al. // Treating patients following hospitalisation for acute decompensated heart failure: an insight into reducing early rehospitalisations // *Cardiac Failure Review*. — 2019. — T. 5. — №. 2. — C. 78.

73. Leizorovicz A. et al. // Bisoprolol for the treatment of chronic heart failure: a meta-analysis on individual data of two placebo-controlled studies—CIBIS and CIBIS II // *American Heart Journal*. — 2002. — T. 143. — №. 2. — C. 301-307.

74. Lewis E. F. et al. // Health-related quality of life outcomes in PARADIGM-HF // *Circulation: Heart Failure*. — 2017. — T. 10. — №. 8. — C. e003430.

75. Linden A., Butterworth S.W. // A comprehensive hospital-based intervention to reduce readmissions for chronically ill patients: a randomized controlled trial // *Am J Manag Care*. — 2014. — T. 20. — №. 10. — C. 783-792

76. Lopatin Y. M. et al. // Optimization of heart rate lowering therapy in hospitalized patients with heart failure: Insights from the Optimize Heart Failure Care Program // *International Journal of Cardiology*. — 2018. — T. 260. — C. 113-117.

77. M. Bonarek-Hessamfar, D. Benchimol, P. Lauribe [et al.] // Multidisciplinary network in heart failure management in a community-based population: results and benefits at 2 years / *Int J Cardiol*. — 2009. — Vol. 134. — P. 120-122.

78. Madigan E. A. et al. // Rehospitalization in a national population of home health care patients with heart failure // *Health services research*. — 2012. — T. 47. — №. 6. — C. 2316-2338.

79. McAlister F.A., Stewart S. // Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials / *Journal of the American College of Cardiology* / -2004.-T.44-№4.- p.810-819

80. McDonagh T.A. et al. // 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and

treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC //European heart journal. – 2021. – T. 42. – №. 36. – C. 3599-3726.

81. McMurray J. J. V. et al. // A trial to evaluate the effect of the sodium–glucose co-transporter 2 inhibitor dapagliflozin on morbidity and mortality in patients with heart failure and reduced left ventricular ejection fraction (DAPA-HF) //European journal of heart failure. – 2019. – T. 21. – №. 5. – C. 665-675.

82. Miyazaki D. et al. // Risk Factors with 30-Day Readmission and the Impact of Length of Hospital Stay on It in Patients with Heart Failure: A Retrospective Observational Study Using a Japanese National Database //The Tohoku Journal of Experimental Medicine. – 2023. – T. 259. – №. 2. – C. 151-162.

83. Mozaffarian D. et al. // Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association //circulation. – 2016. – T. 133. – №. 4. – C. e38-e360.

84. Mureddu G.F., Agabiti N., Rizzello V. [et al.] // Prevalence of preclinical and clinical heart failure in the elderly. A population- based study in Central Italy (PREDICTOR Study) / European Journal of Heart Failure. — 2012. — Vol. 14. — P. 718729.

85. Nawwar Al-Attar UK. et al. // "2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure." *European Heart Journal* 37 (2016): 2129-2200.

86. Nieuwenhuis M.M. et al. // Long-term compliance with nonpharmacologic treatment of patients with heart failure //The American journal of cardiology. – 2012. – T. 110. – №. 3. – C. 392-397.

87. Nishikimi T., Nakagawa Y. // Potential pitfalls when interpreting plasma BNP levels in heart failure practice //Journal of cardiology. – 2021. – T. 78. – №. 4. – C. 269-274.

88. Nordfonn O.K., Morken I.M., Bru L.E et al. // Patients' experience with heart failure treatment and self-care-A qualitative study exploring the burden of treatment J Clin Nurs. — 2019. — Vol. 28(9-10). — P. 1782-1793.

89. Phelan D. et al. Aldosterone antagonists improve ejection fraction and functional capacity independently of functional class: a meta-analysis of randomised controlled trials //Heart. – 2012. – T. 98. – №. 23. – C. 1693-1700.

90. Prescher S. et al. // Telemedical care: feasibility and perception of the patients and physicians: a survey-based acceptance analysis of the Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure (TIM-HF) trial //European journal of preventive cardiology. – 2013. – T. 20. – №. 2_suppl. – C. 18-24.

91. Riegel B. et al. // Randomized controlled trial of telephone case management in Hispanics of Mexican origin with heart failure //Journal of cardiac failure. – 2006. – T. 12. – №. 3. – C. 211-219.

92. Riley J.P. et al. // Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heart failure nurse curriculum //European journal of heart failure. – 2016. – T. 18. – №. 7. – C. 736-743.

93. Rizaev J.A., Agababyan I.R. Ismoilova Y.A. // Activities of clinics specializing in the treatment of patients with chronic heart disease in the world (references) //Journal of Biomedicine and Practice. – 2021. – T. 6. – №. 6. – C. 184-191.

94. Rossignol P. et al. Heart failure drug treatment //The Lancet. – 2019. – T. 393. – №. 10175. – C. 1034-1044.

95. Smith C.E., Piamjariyakul U. Dalton K.M. et al // Nurse-Led Multidisciplinary heart failure group clinical trial / J Cardiovasc Nurs.-2015.-vol. 30 (Supp 1). 25-24.

96. Sochalski J. et al. What works in chronic care management: the case of heart failure //Health Affairs. – 2009. – T. 28. – №. 1. – C. 179-189

97. Solomon S.D. et al. Efficacy of sacubitril/valsartan relative to a prior decompensation: the PARADIGM-HF trial //JACC: Heart Failure. – 2016. – T. 4. – №. 10. – C. 816-822.

98. Stewart S. // Financial aspects of heart failure programs of care //European journal of heart failure. – 2005. – T. 7. – №. 3. – C. 423-428

99. Stewart S. et al. Impact of home versus clinic-based management of chronic

heart failure: the WHICH?(Which Heart Failure Intervention Is Most Cost-Effective & Consumer Friendly in Reducing Hospital Care) multicenter, randomized trial //Journal of the American College of Cardiology. – 2012. – T. 60. – №. 14. – C. 1239-1248

100. Stewart S. et al. The current cost of heart failure to the National Health Service in the UK //European journal of heart failure. – 2002. – T. 4. – №. 3. – C. 361-371.

101. Stewart S., Carrington M.J., Horowitz J.D. [et al.] //Prolonged impact of home versus clinic-based management of chronic heart failure: extended follow-up of a pragmatic, multicentre randomized trial cohort / Int J Cardiol. — 2014. — Vol. 174(3). — P. 600-610.

102. Taylor C. J. et al. // Trends in survival after a diagnosis of heart failure in the United Kingdom 2000-2017: population based cohort study //bmj. – 2019. – T. 364

103. Theofilis P. et al. // Diabetes Mellitus and Heart Failure: Epidemiology, Pathophysiologic Mechanisms, and the Role of SGLT2 Inhibitors //Life. – 2023. – T. 13. – №. 2. – C. 497.

104. Torp-Pedersen C., Kober L. // Effect of ACE inhibitor trandolapril on life expectancy of patients with reduced left-ventricular function after acute myocardial infarction //The Lancet. – 1999. – T. 354. – №. 9172. – C. 9-12

105. Tromp J. et al. // A systematic review and network meta-analysis of pharmacological treatment of heart failure with reduced ejection fraction //Heart Failure. – 2022. – T. 10. – №. 2. – C. 73-84.

106. Tsao C.W. et al. // Temporal trends in the incidence of and mortality associated with heart failure with preserved and reduced ejection fraction //JACC: heart failure. – 2018. – T. 6. – №. 8. – C. 678-685.

107. Tulkinovich S.R., Davletovich K.R., Atanazarovich A.T. // Self-monitoring training and active outpatient observation in patients with chronic heart failure //European science review. – 2018. – №. 1-2. – C. 152-156.

108. Udelson J.E. et al. // Randomized, double-blind, multicenter, placebo-controlled study evaluating the effect of aldosterone antagonism with eplerenone on ventricular remodeling in patients with mild-to-moderate heart failure and left

ventricular systolic dysfunction //Circulation: Heart Failure. – 2010. – T. 3. – №. 3. – C. 347-353.

109. Van Spall H. G. C. et al. // Effect of patient-centered transitional care services on clinical outcomes in patients hospitalized for heart failure: the PACT-HF randomized clinical trial //Jama. – 2019. – T. 321. – №. 8. – C. 753-761.

110. VanderWal M.H.L., Jaarsma T., Moser D.K [et al.] // Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands / Heart Lung. — 2010. — Vol. 39(2). — P. 121-130.

111. Von Scheidt W. et al. // Characteristics, management modalities and outcome in chronic systolic heart failure patients treated in tertiary care centers: results from the Evidence based Treatment in Heart Failure (EVITA-HF) registry //Clinical Research in Cardiology. – 2014. – T. 103. – C. 1006-1014

112. Wachter R., Senni M., Belohlavek J. [et al.] // Initiation of sacubitril/valsartan in haemodynamically stabilised heart failure patients in hospital or early after discharge: primary results of the randomised TRANSITION study; TRANSITION Investigators / Eur J Heart Fail. — 2019. — Vol. 21(8). — P. 998-1007.

113. Wakefield B. J. et al. // Heart failure care management programs: a review of study interventions and meta-analysis of outcomes //Journal of Cardiovascular Nursing. – 2013. – T. 28. – №. 1. – C. 8-19.

114. Whitty J.A. et al. // Patient preferences and willingness-to-pay for a home or clinic based program of chronic heart failure management: findings from the Which? trial //PLoS One. – 2013. – T. 8. – №. 3. – C. e58347

115. Yancy C.W. et al. // 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines //Journal of the American college of cardiology. – 2013. – T. 62. – №. 16. – C. e147-e239.

116. Yancy C.W. et al. // 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America //Circulation. – 2017. – T. 136. –

№. 6. – C. e137-e161.

117. Zannad .F. et al. // Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms //New England Journal of Medicine. – 2011. – T. 364. – №. 1. – C. 11-21.

118. Zheng S.L. et al. // Drug treatment effects on outcomes in heart failure with preserved ejection fraction: a systematic review and meta-analysis //Heart. – 2018. – T. 104. – №. 5. – C. 407-415.