



SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI MARKAZIDA BEMORLARNI KOMPLEKS DAVOLASHNI BAHOLASH

**Ismoilova Yulduz Abduvohidovna,
Yorqulova Zarina Pahmatjon qizi,
Xujanqulova Sabina Asqarovna**
*Samarqand davlat tibbiyot universiteti, O'zbekiston Respublikasi,
Samarqand*

Annotatsiya: Bugungi kunga kelib, surunkali yurak yetishmovchiligi (SYuYe) deyarli butun dunyoda 60 yoshdan oshgan bemorlarda o'limning asosiy sabablaridan biri bo'lib qolmoqda. O'zbekistonda 2022 yilgi ma'lumotlarga ko'ra, Samarqand shahridagi poliklinikalardan birida SYuYedan o'lim darajasi 4,8 foizni tashkil etadi[8]. Hozirgi vaqtda ushbu bemorlarning umrini uzaytirish, shuningdek, hayot sifatini yaxshilash uchun sog'liqni saqlash tizimiga ixtisoslashtirilgan SYuYe markazlarini kiritish bo'yicha ishlar olib borilmoqda[1]. Davolashda sezilarli muvaffaqiyatlarga qaramay, bu bemorlarning prognozi yomonligicha qolmoqda [9]. So'nggi 2 yil ichida dunyo aholisining aksariyati COVID-19 ning turli shtammlari bilan kasallangan va virusli infeksiyadan keyin ham yuqori o'lim darajasi kuzatilmoqda [4]. Bu bizning maqsadimiz SYuYe bilan kasallangan bemorlarni nazorat qilish markazlarini ochish va joriy etishni yana bir bor tasdiqlaydi. Bunday markazlar SYuYe bilan kasallangan bemorlarning hayot sifatini uzaytirishi va yaxshilashi mumkin [2,3].

Kalit so'zlar: surunkali yurak yetishmovchiligi, arterial gipertenziya, miokard infarkti, chiqarish fraktsiyasi.

Muammoning dolzarbligi.

Hozirgi kunda surunkali yurak yetishmovchiligiga olib keladigan kasalliklarda o'lim sonining kamayishi SYuYe bilan kasallangan bemorlar sonining ko'payishiga olib kelmoqda, shu tufayli bu muammo dolzarbligicha qolmoqda [5,6]. So'nggi 16 yil ichida SYuYe III-IV funksional sinf (FS) bilan og'irigan bemorlar soni 1,2% dan 4,8 gacha ko'paydi [1]. Kardiologiya bo'limlarida bemorlarning kasalxonaga yotqizilishi tahlil qilinganda, SYuYe tashxisi 92% hollarda tasdiqlangan [2]. Bugungi kunga kelib, kasalxonaga yotqizishni talab qiladigan SYuYe ning o'tkir dekompensatsiyasi bo'lgan bemorlarning prognozi ancha yomon ekanligi ma'lum. Biroq, muvaffaqiyatli davolanishdan keyin ham bemorlarning 43,9 foizi bir yil ichida qayta kasalxonaga yotqiziladi [9]. Ma'lumki, 2016 ma'lumotlariga ko'ra, yil davomida qayta kasalxonaga yotqizilgan bemorlarda o'lim xavfi 1,35 baravar ortadi[8]. Yevropa pilot tadqiqot ESC-HF (2014-2022) ko'ra, SYuYe bilan barqaror (ambulatoriya) bemorlarning yillik umumiy o'lim 7,2% ni tashkil etadi, va dekompensatsiyalangan SYuYe epizodidan keyin, u 17,4% gacha ko'tariladi.

Birinchi 30-100 kun o'tkir dekompensatsiyalangan yurak yetishmovchiligidan (O'DYuYe) keyin SYuYe bilan og'irigan bemorlar uchun "zaif" davr bo'lib, bu ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamning "uzluksiz" tizimini yaratishni talab qiladi. So'nggi yillarda noxush oqibatlar xavfini kamaytirish uchun

O'DYuYedan keyin SYuYe bilan og'rigan bemorlar uchun yirik SYuYe markazlarini ochishni talab etadi [8].

Ishning maqsadi: Surunkali yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarni kompleks davolashda ixtisoslashtirilgan shifoxonaning rolini baholash.

Materiallar va usullar: I guruhga o'tkir dekompensatsiyalangan yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlar SYuYe ixtisoslashtirilgan bo'limiga yotqizilgan va kuzatuvni shu bo'limda davom ettirgan 150 nafar bemor, II guruhga kasalxonadan chiqqandan keyin yashash joyidagi ambulator poliklinikalarda kuzatilgan 150 nafar bemor kiritildi. I va II guruh bemorlarda SYuYeni davolash uchun asosiy dori-darmonlarni: angiotenzin aylantiruvchi ferment ingibitorlari (AAF ingibitorlari), angiotenzin retseptorlari antogonisti (ARA), angiotenzin retseptorlari va neprilizin ingibitorlari (ARNI) - sakubitril / valsartan (yuperio), β -adrenoblokatorlar (BB), mineralokortikoid retseptorlari antogonisti (MKRA) va 2 tip natriy-glyukoza kotransportyor ingibitorlari (2tip NGLT ingibitorlar), shuningdek diuretiklarni qabul qilish chastotasi tahlil qilindi.

Ishning natijalari va muhokamasi.

№1-jadval 1 va 2-guruhlarda asosiy dorilarni, ularning kombinatsiyalarini va diuretiklarni qabul qilish chastotasi

Dori guruhi	guruh	Dastlab	1 yildan keyin	P _{dastlab} / 1yil
AAF ingibitorlari, %	1	63.4	72.9	0,02
	2	62.3	32.3	<0,001
	p1/2=	0,94	<0,001	-
ARA, %	1	19.7	19.9	0,9
	2	22.7	17.4	0,07
	p1/2=	0,2	0.4	-
ARNI, %	1	26	76	<0,0001
	2	0	0.3	0,5
	p1/2=	< 0,0001	< 0,0001	-
BB, %	1	77.3	89.7	<0,001
	2	82.1	72.5	<0,001
	p1/2=	0,06	<0,001	-
MKRA, %	1	78.2	68.9	<0,001
	2	79.6	65.7	<0,001
	p1/2=	0,6	0.3	-
HD, %	1	98.9	70.8	<0,001
	2	99.3	41.0	<0,001
	p1/2=	0,5	<0,001	-
2tip NGLT Ingibitorlari	1	12	26	<0,001
	2	0	0	-
	p1/2=	<0,0001	<0,0001	-

1-jadvaldan ko'rinib turibdiki, 1-guruhdagi bemorlar 63,4% AAF ingibitorlarini qabul qildilar va bir yil o'tgach, bu ko'rsatkich 72,9% gacha ko'tarildi va preparat 2,5 dan 5,0 mg gacha titrlangan. Yil davomida doza asta-sekin kuniga 10 mg gacha ko'tarildi. Ikkinchi guruhda ikki baravar kam bo'lgan bemorlar AAF ingibitorlarini qabul qildilar (mos ravishda 62,3; 32,3%). Angiotenzin retseptorlari blokatorlari, xususan, losartan va valsartan boshida 19,7% ga qabul qilindi, chunki ular AAF ingibitorlarini qabul qilishdan nojo'ya ta'sir ko'rsatdi. Yil yakuniga ko'ra, ushbu dorilarni qabul qilgan bemorlarning ulushi 19,9% ni tashkil etdi. Preparat bemorning ahvoliga va qon bosimiga qarab 50 mg

dan 100 mg lozartan va 80-160 mg valsartangacha titrlangan. b-adrenergik retseptorlar blokatorlariga kelsak, bemorlarning ko'pchiligi 74,4% doimiy dori-darmonlarni qabul qilgan bo'lsa, yil oxiriga kelib bu ko'rsatkich 89,7% ni tashkil etdi.

Mineralokortikoid retseptorlari antagonistlarini (MKRA) qabul qilish dastlab 1 va 2-guruhlarda mos ravishda 78,2% va 79,6% hollarda buyurilgan va umuman olganda, bu O'DYuYeni davolash uchun shifoxonada ishlatiladigan spironolakton edi. So'nggi yillarda kardiologlar MKRA - eplerenondan kamroq nojo'ya ta'siri bo'lganligi tufayli foydalanishmoqda, chunki preparat uzoq vaqt davomida buyuriladi. Quyida, o'rganilayotgan guruhlardagi bemorlarda bir yillik kuzatuvdan so'ng kelajakda qaysi MKRA ishlatilganligi tahlil qilinadi. Ammo, bir yillik kuzatuvdan so'ng, 1-guruhda MKRA ni haqiqiy qabul qilish chastotasi mos ravishda 68,9% va 58,7% hollarda kamaydi, bu chap qorincha chiqarish fraksiyasi (ChQ ChF) saqlanib qolgan ba'zi barqaror bemorlarda ushbu dorilar guruhining bekor qilinishi bilan bog'liq.

2-guruhda MKRAning qabul qilish chastotasi bir yil ichida mos ravishda 65,7% va 43,2% hollarda sezilarli darajada kamaydi va bir yillik kuzatuvda bu 1-guruhdagi MKRAni haqiqiy qabul qilish bilan solishtirganda statistik jihatdan sezilarli darajada past bo'ldi. (1-jadval).

Shuni ta'kidlash kerakki, 2-guruhda MKRAni qabul qilishning haqiqiy chastotasi bir yillik kuzatuvdan keyin bemorlarning klinik og'irligiga mos kelmadi. Ehtimol, agar 2-guruhdagi bemorlar ixtisoslashtirilgan SYuYe uchun monitoringni davom ettirsalar, bu guruhda MKRA qabul qilish chastotasi sezilarli darajada yuqori bo'lishi mumkin.

1 va 2-guruhlardagi deyarli barcha bemorlarga kasalxonadan chiqarilganda halqali diuretiklar (HD) bilan davolash tavsiya etilgan, ammo keyinchalik tadqiqot guruhlarida HDni qo'llashning haqiqiy chastotasi kamaydi. 1-guruhda, bir yildan so'ng, HD qabul qilgan bemorlarning nisbati mos ravishda 70,8% va 55,1% ni tashkil etdi va 2-guruhda bu 1-guruhga qaraganda statistik jihatdan sezilarli darajada past edi va mos ravishda 41% va 37,3% ni tashkil etdi. (1-jadval).

Bu fakt shuni ko'rsatadiki, 2-guruhdagi bemorlar 1-guruhdagi bemorlarga qaraganda kamroq HDdan foydalanishga muhtoj edilar, ammo ambulator poliklinikalar tomonidan tegishli nazoratning yo'qligi bemorlar sonining kamayishiga va shuning uchun tez-tez kasalxonaga yotqizilishiga olib keldi. 2-guruhdagi bemorlarning klinik og'irligini va HDni haqiqiy qabul qilish chastotasini tahlil qilganda, kuzatuvning birinchi yili oxirida amalda taqdim etilgan variantda HD terapiyasi guruhdagi bemorlar uchun yetarli emasligi aniq bo'ladi. Shu sababli, 2-guruhdagi bemorlar kasalxonadan chiqqandan keyin uzoq vaqt davomida HD davolashga rioya qilmasliklari aniqlandi yoki HD ambulatoriya sharoitida bekor qilindi.

2-jadval 1-guruhda dastlab va 1 yillik kuzatuvdan so'ng asosiy dorilar va halqali diuretiklarning dozalari

Dorilar guruhi va nomi	Dastlab (150)	1 yildan keyin (144)	P _{dastlab} / 1yil
AAF ingibitorlari, mg / kun			
Perindopril	5(2,5;5)	5(2,5;10)	0,4
Enalapril	10(5;10)	10(5;12,5)	0,6
Lisinopril	5(5;10)	10(5;10)	0,4
ARA, mg / kun			
Valsartan	120(80;160)	160(100;240)	0.3
Kandesartan (Kasark)	8(8;16)	16(12;16)	0,5
Sakubitril/	50 (24/26) x2	100(51/49) x2 marta	0,03



Valsartan (Yuperio)	marta		
BB, mg / kun			
Bisoprolol	5(2,5;10)	5(2,5;10)	0,08
Nebivolol	1,25(1,25;1,9)	5(3,75;5)	0,07
MKRA, mg/kun			
Spironolakton	25(25;35)	25(25;42)	0.4
Eplerenon	25(25;25)	25(25;43,8)	0,02
HD, mg / kun			
Furosemid	40(40;80)	40(40;70)	0.3
Torasemid	10(5;10)	10(5;15)	0,07

Ushbu 2-jadvalda I guruhdagi bemorlarga buyurilgan dorilarning asosiy guruhlari, dozalari va bir yildan oldin va keyin titrlash ko'rsatilgan.

№3-jadval 2-guruhda dastlab, 1 yillik kuzatuvdan so'ng asosiy dorilar preparatlarining dozalari

Dorilar guruhi va nomi	Dastlab (150)	1 yildan keyin (124)	P _{dastlab} / 1yil
AAF ingibitorlari, mg / kun			
Perindopril	5(2,5;5,6)	5(2,5;5)	0,7
Enalapril	10(5;20)	5(2,5;15)	0,1
Lisinopril	7,5(5;17,5)	5(5;6,9)	0,02
ARA, mg / kun			
Valsartan	160(80;320)	80(80;160)	0,3
Kandesartan (Kasark)	16(12;24)	12(10;14)	0,5
Sakubitril/ Valsartan (Yuperio)		100(100;100)	0.3
BB, mg / kun			
Bisoprolol	5(3,75;10)	5(2,5;10)	0,3
Nebivolol	2,5(1,25;2,5)	-	
MKRA, mg / kun			
Spironolakton	50(25;50)	50(25;50)	0,5
Eplerenon	25(25;25)	25(25;25)	0,3
HD, mg / kun			
Furosemid	40(40;70)	40(40;60)	0,4
Torasemid	10(5;10)	10(5;15)	0,3

3-jadvalda II guruh bemorlarida dori vositalari va ularning dozalari ko'rsatilgan. Ushbu jadvaldan ko'rinib turibdiki, 2-guruhdagi bemorlar hozirgi vaqtda SYuYe davolashda majburiy dori terapiyasiga kiritilgan 2tip NGLT Ingibitorlarini olmagan.

4-jadval 1-guruhdagi halqali diuretiklarning chastotasi va ularning yil davomida titrlanishi

Dorilar guruhi va nomi	Dastlab (n=150)	1 yildan keyin (n=144)	$P_{\text{dastlab}} / 1\text{yil}$
HD, %	98.9	70.8	<0,001
Furosemid	64.1	7.6	<0,0001
Torasemid	35.9	63.6	<0,001

Surunkali yurak yetishmovchiligi bo'lgan I guruh bemorlar SYuYe markazining qat'iy nazorati ostida bo'lib, maxsus o'qitilgan o'z-o'zini nazorat qilish kurslarini tugatgan, vaznini nazorat qilgan, reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazgan, parhezga rioya qilgan va eng muhimi, shifokor nazoratida barcha dori-darmonlarni titrlashdan o'tkazildi va yil davomida deyarli kasalxonaga yotqizishni talab qilmadi. Yil oxirida 1-guruhdagi bemorlar 73,4% AAF ingibitorlarini qabul qilishdi va 26% barqaror holatda 2tip NGLT ingibitorlariga o'tishdi. I guruhda bir yillik kuzatuvdan so'ng BB ni real qabul qilish chastotasi statistik jihatdan sezilarli darajada oshib, 89,7% gacha, II guruhda esa, aksincha, 74,1% hollarda sezilarli darajada kamaydi. Ushbu ma'lumotlar yurak yetishmovchiligi uchun asosiy terapiyani bekor qilish bilan O'DYuYe rivojlanish xavfining oshishini isbotlaydi, bu II guruhdagi bemorlarda qayta kasalxonaga yotqizish va o'lim xavfi yuqori bo'lganligini ushbu tadqiqotda ham ko'rsatilgan.

Xulosa. O'zbekiston Respublikasi Samarqand shahrida SYuYe markazining ochilishi SYuYe bilan og'irigan bemorlarga davolash uchun buyurilgan barcha dori-darmonlarni, shu jumladan AAF ingibitorlari, ARA, MKRA, 2tip NGLT ingibitorlari shuningdek, kerak bo'lganda diuretiklarni muntazam nazoratga olish imkonini beradi. Bemorlar kasalxonaga yotish uchun kamroq murojaat qilishadi, chunki ular doimo kardiolog va hamshiraning nazoratida bo'lib, o'zini o'zi nazorat qilish bilan shug'ullanadi. Yil davomida I guruhda og'ir O'DYuYe tufayli bemorlarning o'limi 4,2% ni, II guruh bemorlarning o'limi mos ravishda 17,4% ni tashkil etdi, birinchi guruhda yil davomida 150 bemordan 6 nafari, ikkinchi guruhda esa 150 nafar bemordan 26 nafari vafot etdi. Hozirgi vaqtda SYuYe markazi bemorlarning umrini uzaytirish va sifatini yaxshilash maqsadida ularni nazorat qilish zarur hisoblanadi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Cleland J. G. F. et al. The EuroHeart Failure survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe: Part 1: patient characteristics and diagnosis //European heart journal. – 2003. – T. 24. – №. 5. – C. 442-463.
2. Irina, A., Soliyeva, S., & Ismoilova, Y. Condition of Coronary Arteries and Change of Lipid Profile in Coronary Heart Disease. *Annals of RSCB*, ISSN, 1583-6258.
3. Karabulut U. et al. Effect of Sacubitril/Valsartan Combined with Dapagliflozin on Long-Term Cardiac Mortality in Heart Failure with Reduced Ejection Fraction //Angiology. – 2022. – T. 73. – №. 4. – C. 350-356.
4. Агабабян И. Р., Исмоилова Ю. А. Эффективность амбулаторного контроля больных с хронической сердечной недостаточностью //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 2 (82). – С. 99-103.
5. Агабабян, И. Р., et al. "Оценка эффективности применение препарата Суфер у пациентов с нестабильной стенокардией и железодефицитной анемией." *Журнал "Узбекистон терапия ахборотномаси* 3.



6. Маматқулов К. М. и др. Тизза қопқоғининг ностабиллигини артроскопия усули ёрдамида стабилизация қилиш.
7. Орипов Ф. С. и др. Морфофункциональные особенности флюоресценции энтерохромаффинных клеток двенадцатиперстной кишки //Проблемы науки. – 2022. – №. 1 (69). – С. 52-54.
8. Ризаев, Ж. А., И. Р. Агабабян, and Ю. А. Исмоилова. "Мировой опыт работы специализированных клиник по лечению больных с хронической сердечной недостаточностью." *Вестник врача* 3 (2021): 100.
9. Ярашева З. Х. и др. Эффективности оральных антикоагулянтов при неклапанной форме фибрилляции предсердий у лиц пожилого возраста //Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 2022. – Т. 2. – №. 6. – С. 179-184.