

УДК: 616.12-008

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ АМБУЛАТОР ШАРОИТДА БОШҚАРИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАРИ



Исмоилова Юлдуз Абдувоҳидовна, Ахророва Зарина Валеревна
Самарқанд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Исмоилова Юлдуз Абдувоҳидовна, Ахророва Зарина Валеревна
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

MODERN APPROACHES TO THE MANAGEMENT OF CHRONIC HEART FAILURE IN AN OUTPATIENT SETTING

Ismoilova Yulduz Abdvohidovna, Akhrorova Zarina Valerevna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: shohxolxujayev1989@gmail.com

Резюме. Юрак-қон томир касалликлари дунё бўйича ўлимнинг етакчи сабабларидан бири бўлиб, ҳар йили улардан 17,9 миллионга яқин одам вафот этади, асосий сабаблардан бири эса сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) ҳисобланади. Тадқиқотнинг мақсади — сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларга амбулатор босқичда кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш. Тадқиқот Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарқанд вилояти минтақавий филиалида ўтказилди ва унда СЮЕ таъхиси кўйилган 300 нафар бемор иштирок этди. Беморлар икки гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ ($n=150$) — СЮЕ амбулатор марказида кардиолог томонидан кузатилган беморлар; 2-гуруҳ ($n=150$) — яшаши жойидаги оилавий поликлиникаларда кузатилган беморлар. Кузатиш даври 12 ойни ташкил этди. Натижалар: 12 ойлик кузатувдан сўнг 1-гуруҳда отиш фракцияси 35,0%дан 48,1%гача ошган бўлса, 2-гуруҳда фақат 41,1%ни ташкил этди ($p<0,001$). Олти дақиқалик юриш тести 1-гуруҳда 289,2 м.дан 556,0 м.гача ошди (2-гуруҳда — 306,0 м.; $p<0,001$). NT Pro-BNP даражаси 1-гуруҳда 945,4 пг/мл.дан 545,6 пг/мл.гача камайди (2-гуруҳда — 948,2 пг/мл.; $p<0,001$). Бир йил давомида такрорий касалхонага ётқизишли кўрсаткичи 1-гуруҳда 28,0%ни, 2-гуруҳда эса 67,6%ни ташкил этди ($p<0,001$). 2-гуруҳ беморларининг ўлим даражаси 1-гуруҳга нисбатан 2,5 баравар юқори бўлди (5,3% қарши 2,7%; $p<0,001$). Хулоса: СЮЕ амбулатор марказининг ташкил этилиши беморларнинг ҳолатини қатъий назорат қилиши, дори воситаларини титрлаш, тайинланган терапияга содиқликни ошириши ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради.

Калим сўзлар: сурункали юрак етишмовчилиги, амбулатор кузатув, юрак етишмовчилиги маркази, отиш фракцияси, NT Pro-BNP, такрорий госпитализация, ҳаёт сифати.

Abstract. Cardiovascular diseases are the leading cause of mortality worldwide, with approximately 17.9 million deaths annually, and one of the main causes is chronic heart failure (CHF). The aim of the study was to improve the quality of medical care provided to patients with chronic heart failure at the outpatient stage. The study was conducted at the Samarkand Regional Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology and included 300 patients with a confirmed diagnosis of CHF. Patients were divided into two groups: Group 1 ($n=150$) — patients monitored by a cardiologist at the outpatient Heart Failure Center; Group 2 ($n=150$) — patients followed up at family polyclinics at their place of residence. The follow-up period was 12 months. Results: After 12 months of follow-up, the ejection fraction in Group 1 increased from 35.0% to 48.1%, while in Group 2 it reached only 41.1% ($p<0.001$). The six-minute walk test in Group 1 improved from 289.2 m to 556.0 m (Group 2 — 306.0 m; $p<0.001$). NT Pro-BNP levels in Group 1 decreased from 945.4 pg/mL to 545.6 pg/mL (Group 2 — 948.2 pg/mL; $p<0.001$). The rehospitalization rate during one year was 28.0% in Group 1 and 67.6% in Group 2 ($p<0.001$). Mortality in Group 2 was 2.5 times higher than in Group 1 (5.3% vs 2.7%; $p<0.001$). Conclusion: The establishment of an outpatient CHF Center provides strict monitoring of patients' condition, allows for medication titration, increases adherence to prescribed therapy, and improves the quality of life of patients with chronic heart failure.

Keywords: chronic heart failure, outpatient follow-up, heart failure center, ejection fraction, NT Pro-BNP, rehospi-

Кириш. Юрак-қон томир тизими касалликлари бутун дунё бўйлаб ўлимнинг асосий сабаби ҳисобланади: ҳар йили 17,9 миллионга яқин одам юрак-қон томир касалликларидан (ЮҚТК) вафот этади ва асосий сабаблардан бири бу сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) ҳисобланади [1].

Бугунги кунда дунёда СЮЕ ривожланишининг патогенетик асослари ва уларга таъсир қилиш усулларини ўрганиш, шунингдек, сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларни даволашнинг юқори самарадорлигига эришишга қаратилган қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда [2]. Хусусан, "Юрак етишмовчилиги маркази"ни ташкил этиш муҳим бўлиб, унинг мақсади беморларни амбулатор ва стационар даволаш ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш, шунингдек, беморларни касалликни назорат қилиш ва дори-дармонларни оқилона қабул қилиш асосларига ўргатишдир [3]. Шу муносабат билан, беморларнинг маълум бир гуруҳида СЮЕ кечишини ўрганиш ва уларни даволашни оптималлаштириш усулларини ишлаб чиқиш, шунингдек, амбулатория босқичида олиб бориш ушбу соҳа мутахассислари олдида турган долзарб вазифалардан биридир [4].

Тиббиёт ривожланишининг замонавий босқичи СЮЕ билан оғриган беморлар сони кўпайиб бораётганига сабаб, ушбу тоифадаги беморларда коморбидлик ва умр кўриш давомийлигининг ошиши туфайли **ўткир юрак етишмовчилиги декомпенсацияси** ва такрорий касалхонага ётқизиш хавфи юқори бўлмоқда. Россия ва Европа мамлакатлари тажрибаси шуни кўрсатадики, олимлар шифохонадан чиққандан сўнг 6 ой давомида мутахассислар томонидан кузатилмаган СЮЕ билан оғриган беморларда йил давомида ўлим хавфи 43% ни ташкил этишини аниқладилар [6]. СЮЕ юрак-қон томир континуумининг якуни бўлиб, умумий ва юрак-қон томир ўлим хавфининг сезиларли даражада ошиши билан тавсифланади. Европа мамлакатлари ва АҚШда тарқалиш 2 дан 3,3% гача, соғлиқни сақлаш тизимига асоратлар, кечиш ва касалхонага ётқизиш бўйича иқтисодий юки эса юрак етишмовчилигини даволашнинг умумий харажатларининг 70-80% ни ташкил этади [7].

Ҳозирги кунда СЮЕ билан оғриган беморларда профилактиканинг энг асосий йўналиши амбулатор шароитда ўз-ўзини бошқаришга қаратилган дастурлар ҳисобланади [8,9]. Ушбу дастурлар беморларни ўқитиш учун

мўлжалланган бўлиб, бу беморларга ўзини назорат қилиш ва хаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради [10].

Мақсад: Сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларга амбулатор босқичида кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш.

Материаллар ва усуллар: Тадқиқотимиз Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарқанд вилояти минтакавий филиалида ўтказилди. Сурункали юрак етишмовчилиги ташхиси қўйилган 300 нафар бемор танлаб олинди.

Иккала гуруҳда ҳам бирламчи текширув касалхонадан чиқишдан олдин ўтказилди. СЮЕнинг демографик хусусиятлари, этиологияси ва белгилари, функционал синфи (ФС), қон отиб бериш фракцияси (ОФ), олти дақиқалик юриш тести (ОДЮТ), клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи (КХБШ), кардиомиопатия билан оғриган беморлар учун Канзас сўровномаси (КССО) сўровномаси, гемодинамик кўрсаткичлар: систолик артериал қон босим (САҚБ), диастолик артериал қон босим (ДАҚБ), юрак қисқаришлари сони (ЮҚС) ўрганилди. Инструментал текширувлар баҳоланди, лаборатория кўрсаткичлари, СЮЕ ва ёндош касалликлар фармакотерапияси таҳлил қилинди.

Барча беморларга касалхонадан чиққандан кейин амбулатор кузатуви таклиф қилинди. 1-гуруҳдаги 150 нафар бемор СЮЕ амбулатор марказида кузатишга розилик билдирди. Бу беморларга бир йилда 4 мартаба мажбурий ташриф белгиланди.

2-гуруҳдаги беморлар яшаш жойида амбулатор оилавий поликлиникалар томонидан назорат қилинди. Ушбу беморларнинг маълумотлари амбулатор карта бўйича ўрганилди.

Натижалар ва муҳокамалар: Беморларни кузатиш даври 12 ойни (2021 йилдан 2022 йилгача) ташкил этди. Барча беморларга Нью-Йорк кардиология ассоциациясининг клиник-диагностик мезонларига мувофиқ юрак етишмовчилиги ташхиси қўйилди. Юрак етишмовчилигини даволаш марказида кардиолог ва ҳамшира марказда кузатишга рози бўлган беморларни кузатиб боришди.

СЮЕ маркази ва оилавий поликлиника шароитида СЮЕ даволанган иккала гуруҳдаги 300 нафар беморларнинг тадқиқот натижалари ўрганилганда СЮЕ этиологияси ва клиник кечиши катта аҳамиятга эга эканлиги аниқланди.

Жадвал 1. Ўрганилаётган гуруҳлардаги беморларда СЮЕнинг асосий сабаблари

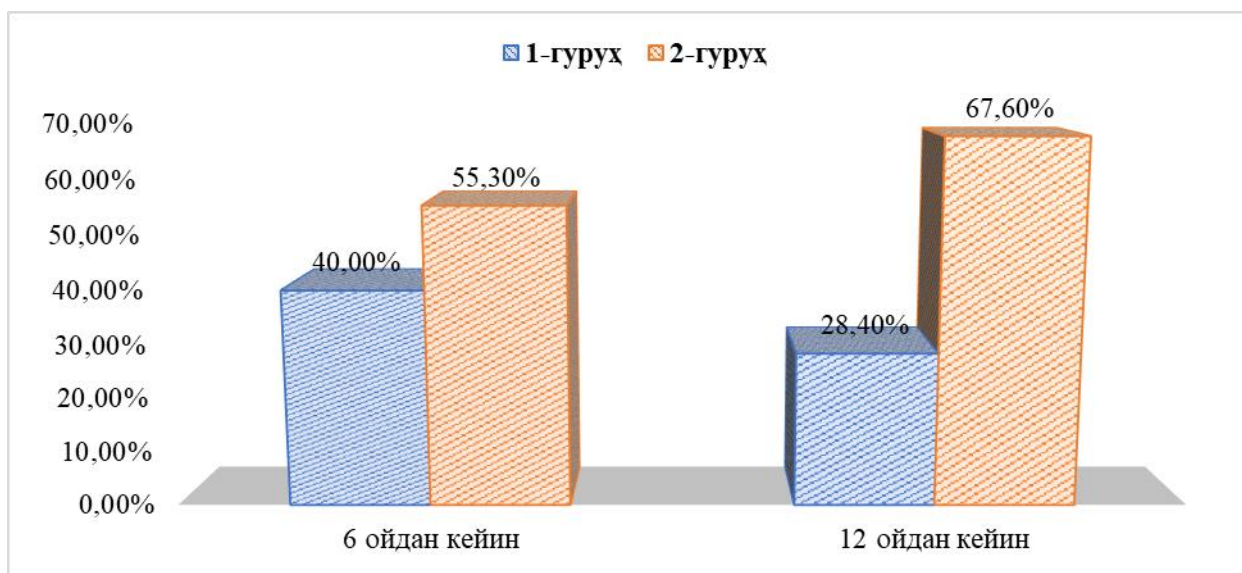
№	Кўрсаткич	I гуруҳ (n=150)		II гуруҳ (n=152)		x2	P.
		абс.	%	абс.	%		
1.	Анамнезида артериал гипертония	144	96,0	138	92,0	2,13	0,145
Анамнезида юрак ишемик касаллиги							
1.	Анамнезида стабил стенокардия	126	84,0	132	88,0	1,00	0,318
2.	Анамнезида инфарктдан кейинги кардиосклероз (ИККС)	42	28,0	36	24,0	0,62	0,430
3.	Анамнезида қандли диабет 2 тип	36	24,0	35	23,3	0,02	0,892
4.	Анамнезида бўлмачалар фибрилляцияси	33	22,0	36	24,0	0,48	0,488
5.	Анамнезида камқонлик:	24	16,0	22	14,7	1,00	0,318
	I даражали камқонлик	16	66,7	13	59,1	0,35	0,345
	II даражали камқонлик	8	33,3	9	40,9	0,38	0,336
6.	Анамнезида Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги	23	15,3	18	12,0	0,71	0,401

Изоҳ: *p - I ва 2 гуруҳлар ўртасидаги фарқларнинг аҳамияти

Жадвал 2. 12 ойлик кузатувдан сўнг 1- ва 2-гуруҳларда клиник кўрсаткичлар динамикаси

№	Кўрсаткич	I гуруҳ		II гуруҳ		P
		M	m	M	m	
1.	ОФ%					
	Дастлаб	35,0	12	36,2	11,82	>0,05
	12 ойдан кейин.	48,1	0,9	41,1	0,7	<0,001
2.	ОДЮТ (дақ)					
	Дастлаб	289,2	102,5	291,28	104,7	>0,05
	12 ойдан кейин.	556,0	87,1	306,0	94,9	<0,001
3.	КХБШ (балл)					
	Дастлаб	7,0	3,0	7,0	2,0	>0,05
	12 ойдан кейин.	5,0	3,0	10,0	0,2	<0,001
4.	ТМИ					
	Дастлаб	27,2	0,2	28,6	0,2	>0,05
	12 ойдан кейин.	26,0	0,2	27,0	0,2	<0,001
5.	САҚБ (мм.сим.уст.)					
	Дастлаб	119,6	1,5	122,7	0,9	>0,05
	12 ойдан кейин.	110,1	1,4	119,7	0,9	<0,001
6.	ДАҚБ (мм.сим.уст.)					
	Дастлаб	79,2	1,1	85,8	1,0	>0,05
	12 ойдан кейин.	79,2	1,1	90,0	1,1	<0,001
7.	ЮҚС зарба/дақ					
	Дастлаб	86,2	0,9	88,1	0,8	>0,05
	12 ойдан кейин.	80,1	0,8	92,0	0,8	<0,001
8.	NT Pro-BNP					
	Дастлаб	945,4	88,5	1055,8	86,9	<0,001
	12 ойдан кейин.	545,6	106,7	948,2	100,5	<0,001
9.	Е/е					
	Дастлаб	16,0	0,2	16,9	0,2	>0,05
	12 ойдан кейин.	15,0	0,2	17,9	0,2	<0,001

Изоҳ: *p-гуруҳлар орасидаги фарқларнинг ишончлилиги; ОФ-отиш фракцияси; ОДЮТ-олти дақиқали юриш тести; КХБШ-клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи; ТМИ-тана масса индекси; САҚБ-систолик артериал қон босими; ДАҚБ-диастолик артериал қон босими; ЮҚС-юрак қисқаришлари сони



Рисм 1. Гуруҳларда такрорий госпитализация частотаси (p<0,001)

Жадвал 3. КССҚ сўровномаси натижалари 1-гуруҳда дастлабки, 6 ой ва бир йиллик кузатувдан сўнг

Шкала	1 та саволнома (асли)	2 та сўровнома (6 ой)	3. сўровнома (1 йил)
Жисмоний чекловлар, балл	(24,1;54,2)	(33,3;66,6)	(33,3;66,6)
Аломатлар, 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 ҳолат, балл	(33,3;66,6)	(42,8;83,3)	(42,8;83,3)
Клиник ҳолат, балл	(40;75)	(60;100)	(60;100)

Жадвал 4. Бир йиллик кузатувдан сўнг гуруҳларда касалликнинг асоратлари

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

Изоҳ: *p-гуруҳлар орасидаги фарқларнинг ишончлилиги; БФ-бўлмачалар фибрилляцияси, МИ-миокард инфаркти, БМҚАЎБ-бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши

Жадвал 5. СЮЕ билан оғриган беморларда бир йилдан кейин СЮЕ марказида кузатувга риоя қилишга қараб ўлим даражаси

№	Кўрсаткич	I гуруҳ 12 ойдан кейин (n=141)		II гуруҳ 12 ойдан кейин (n=131)		x2	p	ОШ	ДИ мин ОШ	ДИ мах ОШ
		абс.	%	абс.	%					
1.	Омон қолган беморлар	141	94,0	131	86,0	36,00	<0,001	6,00	3,21	11,22
2.	ЮҚТК ўлим	4	2,7	8	5,3	0,00	<0,001	1,00	0,06	16,14
3.	ЎДЮЕдан ўлим	3	2,0	11	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-гуруҳлар орасидаги фарқларнинг ишончлилиги; ЮҚТК-юррак қон томир касалликлари; ЎДЮЕ-ўткир декомпенсацияланган юрак етишимовчилиги

СЮЕ билан оғриган беморнинг ўткир декомпенсацияланган юрак етишмовчилиги (ЎДЮЕ) туфайли касалхонага ётқизилгандан кейинги замонавий "портрети" юқори коморбидлик ва ҳар бир беморда СЮЕ сабабларининг комбинацияси билан тавсифланади. Қуйидаги жадвалда тадқиқот учун танлаб олинган беморларда СЮЕга олиб келувчи сабабларнинг тақсимланиши келтирилган (1-жадвал).

Юқоридаги жадвалдан кўриниб турибдики, СЮЕ ривожланишида артериал гипертония (1-гуруҳда 96%, 2-гуруҳда 92%), юрак ишемик касаллиги (2-гуруҳда 84%, 2-гуруҳда 88%), инфарктдан кейинги кардиосклероз (1-гуруҳда 28%, 2-гуруҳда 24%) етакчи ўринни эгаллайди.

Бундан ташқари, ўрганилган гуруҳларда СЮЕ билан бир қаторда қуйидаги ёндош касалликлар аниқланди: бўлмачаоар фибрилляцияси (1-гуруҳда 22%, 2-гуруҳда 24%), камқонлик (1-гуруҳда 16%, 2-гуруҳда 12%), ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (1-гуруҳда 15,3%, 2-гуруҳда 12%) ва қандли диабет 2-типи (1-гуруҳда 24%, 2-гуруҳда 23,3%) аниқланди. Ёндош касалликлар ҳам иккала гуруҳда бир хил нисбатда учради ва статистик жиҳатдан деярли фарқ қилмади.

1 йиллик кузатувдан сўнг 1-гуруҳда ОФ $48,1 \pm 0,9$ ни ташкил этди, бу 2-гуруҳга қараганда статистик жиҳатдан $41,1 \pm 0,7$ га юқори ($p < 0,001$). NT Pro-BNP 1-гуруҳда $745,3 \pm 6,7$, 2-гуруҳда $995,8 \pm 6,5$, E/e 1-гуруҳда $15,0 \pm 0,2$, 2-гуруҳда $17,9 \pm 0,2$ ни ташкил этди.

Ушбу расмдан кўриниб турибдики, 1-гуруҳдаги беморларнинг 40,0% 6 ойлик кузатувдан сўнг касалхонага ётқизилган, бу 2-гуруҳга қараганда статистик жиҳатдан паст (55,3%). Бир йилдан сўнг такрорий госпитализация 1-гуруҳда 28,0% ва 2-гуруҳда 67,6% ни ташкил этди ($p < 0,001$).

1-гуруҳдаги беморларда барча шкалалар бўйича баҳолаш статистик жиҳатдан сезиларли даражада яхшиланди.

2-гуруҳдаги СЮЕ билан оғриган беморларда бирламчи тиббий ёрдам босқичида тиббий ёрдам сифати сезиларли даражада паст бўлган ва 1 йиллик кузатув натижаларига кўра, беморларнинг 14,7% да янги пайдо бўлган БФ, 27,8% да такрорий МИ, 15% да БМҚАЎБ кузатилган. Буларнинг барчаси 2-гуруҳ беморларида СЮЕнинг клиник кечиши ва гемодинамиканинг мақсадли кўрсаткичларини барқарорлаштиришга эришиб бўлмаслигидан далолат беради.

1 йиллик кузатувдан сўнг касалликнинг ижобий кечиши 1-гуруҳда 94,0% ва 2-гуруҳда 86,0% ни ташкил этди (ОШ=6,0; 95% ДИ 3,21-11,22; $p_{1/2} < 0,001$). Юрак-қон томир

касалликларидан ўлим 1-гуруҳда 2,7% га, 2-гуруҳга нисбатан 5,0% га статистик жиҳатдан сезиларли даражада паст бўлган (ОШ=1,0; 95% СІ 0,06-16,14; $p_{1/2} < 0,001$). ЮҚТК гуруҳлар ўртасида таҳлил қилинганда, 2-гуруҳда 1-гуруҳга нисбатан ЮҚТК хавфининг 9 барабар ошиши кўринишидаги статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланди. Бу ҳолат 1-гуруҳда юрак-қон томир касалликлари асоратларини олдини олиш бўйича самарали чора-тадбирлар ўз вақтида кўрилганлигидан далолат беради.

ЎДЮЕ дан ўлим хавфи 2-гуруҳда 1-гуруҳга нисбатан юқори бўлган: 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 кузатув давомида умумий ўлим хавфи (ЮҚТК ва ЎДЮЕ дан ўлим) 2-гуруҳда юқори бўлган.

Хулоса:

СЮЕ билан оғриган замонавий бемор СЮЕ марказида ҳам, бирламчи амбулатор бўғинда ҳам юрак етишмовчилиги сабаблари таркибида АГ 96%, ЮИК 84,5%, ўтказилган МИ 28%, БФ 22% ва 2-тип ҚД 24% устунлик қилиши билан тавсифланади. Сўнгги 3 йилда Самарқанд вилоятида СЮЕ билан касалланиш 1,5 баробарга ошган. Амбулатор-поликлиника шароитида СЮЕ билан касалланган беморларнинг касалланиш даражаси ва тиббий-профилактик ёрдамни ташкил этиш ҳолатини ўрганиб, ҳатто диспансер назоратида бўлган беморларда ҳам амбулатор ёрдам ҳажми ва сифати сезиларли даражада паст деган хулосага келинди. Препаратларни қабул қилиш назорат қилинмайди, уларни титрлаш ўтказилмайди, номедикаментоз даволаш, ўз-ўзини назорат қилиш бўйича тавсиялар берилмайди.

2-гуруҳ беморларининг ўлим даражаси 1-гуруҳ беморларига қараганда 2,5 барабар юқори бўлган. Хусусан, 1-гуруҳда ЮҚТКдан ўлим 2,7%ни, 2-гуруҳда эса 5,3%ни, 1-гуруҳда ЎДЮЕдан ўлим 2,0%ни, 2-гуруҳда эса 5% ни ташкил этди ($p < 0,001$). Амбулатор СЮЕ марказининг очилиши беморларнинг аҳолини қатъий назорат қилиш, дори воситаларини титрлаш, тайинланган терапияга содиқликни ошириш, беморларни қариндошлари билан биргаликда ўқитиш курсларини ўтказиш, беморни индивидуал равишда кузатиш имконини беради, бу умуман олганда сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш ва давомийлигини оширишга имкон беради.

Адабиётлар:

1. Agababayan, I., Ismoilova, Y. Improving Medical Care Management for Patients with Chronic Heart Failure (Evidence from Samarkand Region, Uzbekistan) *Kardiologija v Belarusi*, 2025, 17(2), pp. 211–218

2. Agababyan, I., Jabbarova, N. Opportunities for Using Sodium-Glucose Cotransporter Inhibitor of Type 2 in Comprehensive Treatment of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease: A Literature Review. *Kardiologija v Belarusi*, 2024, 16(4), pp. 392-400
3. Aghababyan, I., Ismoilova, Y. Strategy for the Treatment of Chronic Heart Failure in a Specialized Hospital. *Kardiologija v Belarusi*, 2023, 15(5), pp. 618–627
4. 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.-Т.44-№4.- p.810-819
5. 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. – Т. 42. – №. 36. – С. 3599-3726.
6. Riley J.P. et al. // Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heart failure nurse curriculum // *European journal of heart failure*. – 2016. – Т. 18. – №. 7. – С. 736-743.
7. Stewart S. // Financial aspects of heart failure programs of care // *European journal of heart failure*. – 2005. – Т. 7. – №. 3. – С. 423-428
8. Vinogradova N. G. The prognosis of patients with chronic heart failure, depending on adherence to observation in a specialized heart failure treatment center // *Kardiologija*. – 2019. – Т. 59. – №. 10S. – С. 13-21. (in Russian)
9. Vinogradova N. G., Polyakov D. S., Fomin I. V. Analysis of mortality in patients with heart failure after decompensation during long-term follow-up in specialized medical care and in real clinical practice // *Kardiologija*. – 2020. – Т. 60. – №. 4. – С. 91-100. (in Russian)
10. 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. – Т. 28. – №. 1. – С. 8-19.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Исмоилова Ю.А., Ахророва З.В.

Резюме. Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности во всём мире, ежегодно от них умирают около 17,9 миллиона человек, причём одной из основных причин является хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Цель исследования — улучшение качества медицинской помощи, оказываемой пациентам с хронической сердечной недостаточностью на амбулаторном этапе. Исследование проведено в Самаркандском областном региональном филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии и включало 300 пациентов с установленным диагнозом ХСН. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа (n=150) — больные, наблюдавшиеся кардиологом в амбулаторном Центре сердечной недостаточности; 2-я группа (n=150) — пациенты, находившиеся под наблюдением в семейных поликлиниках по месту жительства. Срок наблюдения составил 12 месяцев. Результаты: Через 12 месяцев наблюдения в 1-й группе фракция выброса увеличилась с 35,0% до 48,1%, тогда как во 2-й группе она составила лишь 41,1% ($p < 0,001$). Тест шестиминутной ходьбы в 1-й группе вырос с 289,2 м до 556,0 м (во 2-й группе — 306,0 м; $p < 0,001$). Уровень NT Pro-BNP в 1-й группе снизился с 945,4 пг/мл до 545,6 пг/мл (во 2-й группе — 948,2 пг/мл; $p < 0,001$). Частота повторной госпитализации в течение года составила 28,0% в 1-й группе и 67,6% во 2-й группе ($p < 0,001$). Смертность во 2-й группе была в 2,5 раза выше, чем в 1-й группе (5,3% против 2,7%; $p < 0,001$). Заключение: Организация амбулаторного Центра ХСН позволяет осуществлять строгий контроль состояния пациентов, проводить титрование лекарственных препаратов, повышать приверженность назначенной терапии и улучшать качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, амбулаторное наблюдение, центр сердечной недостаточности, фракция выброса, NT Pro-BNP, повторная госпитализация, качество жизни.