



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (78) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

УДК 616.12-008.464

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ВА УНИНГ ДЕКОМПЕНСАЦИЯСИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ ОМИЛЛАР

Нарзуллаева Дилдора Саиджановна <https://orcid.org/0009-0005-5001-6910>

E-mail: dnarzulaeva@gmail.com

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Мазкур тадқиқот сурункали юрак етишмовчилигининг (СЮЕ) декомпенсациясининг кўзгатувчи омилларини ва уларнинг клиник кўрсаткичларини аниқлашга қаратилган. Тадқиқотда беморлар орасидаги клиник белгилар, гемодинамик кўрсаткичлар ва декомпенсация сабаблари таҳлил қилинган. Тадқиқот натижалари, дориларни ўз вақтида қабул қилмаслик, юрак ритмининг бузилиши ва нафас олиш тизими инфекцион касалликларининг СЮЕ декомпенсациясини кўзгатишида асосий омиллар эканлигини кўрсатди. Бундан ташқари, гипертоник кризлар ва артериал босимнинг ностабиллиги ҳам аҳамиятга эга. Илмий тадқиқотлар натижалари беморларнинг индивидуал даволаш стратегиясини ишлаб чиқишга ёрдам беради.

Калит сўзлар: Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ), декомпенсация, юрак ритмининг бузилиши, гипертоник криз, отиш фракцияси, гемодинамик кўрс

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ЕЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ

Нарзуллаева Дилдора Саиджановна <https://orcid.org/0009-0005-5001-6910>

E-mail: dnarzulaeva@gmail.com

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Данное исследование направлено на определение факторов, провоцирующих декомпенсацию хронической сердечной недостаточности (ХСН), а также клинические показатели, связанные с данным состоянием. В исследовании анализировались клинические симптомы, гемодинамические показатели и причины декомпенсации. Результаты показали, что основными факторами, провоцирующими декомпенсацию ХСН, являются несвоевременный прием медикаментов, нарушение сердечного ритма и инфекционные заболевания дыхательной системы. Кроме того, гипертонические кризы и нестабильность артериального давления также имеют важное значение. Результаты научного исследования помогут в разработке индивидуальных стратегий лечения пациентов.

Ключевые слова: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), декомпенсация, нарушение сердечного ритма, гипертонический криз, фракция выброса, гемодинамические показатели.

CHRONIC HEART FAILURE AND FACTORS LEADING TO ITS DECOMPENSATION

Narzullaeva Dildora Saidjanovna <https://orcid.org/0009-0005-5001-6910>

E-mail: dnarzulaeva@gmail.com

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Resume**

This study aims to identify the factors triggering decompensation of chronic heart failure (CHF) and the clinical indicators associated with this condition. The research analyzed clinical symptoms, hemodynamic indicators, and causes of decompensation. The results showed that the main factors triggering CHF decompensation are non-compliance with medication, heart rhythm disturbances, and respiratory system infections. In addition, hypertensive crises and instability in blood pressure are also significant factors. The results of this study will assist in the development of individualized treatment strategies for patients.

Keywords: *Chronic heart failure (CHF), Decompensation, heart rhythm disturbances, hypertensive crisis, ejection fraction, hemodynamic indicators.*

Тадқиқот мақсади

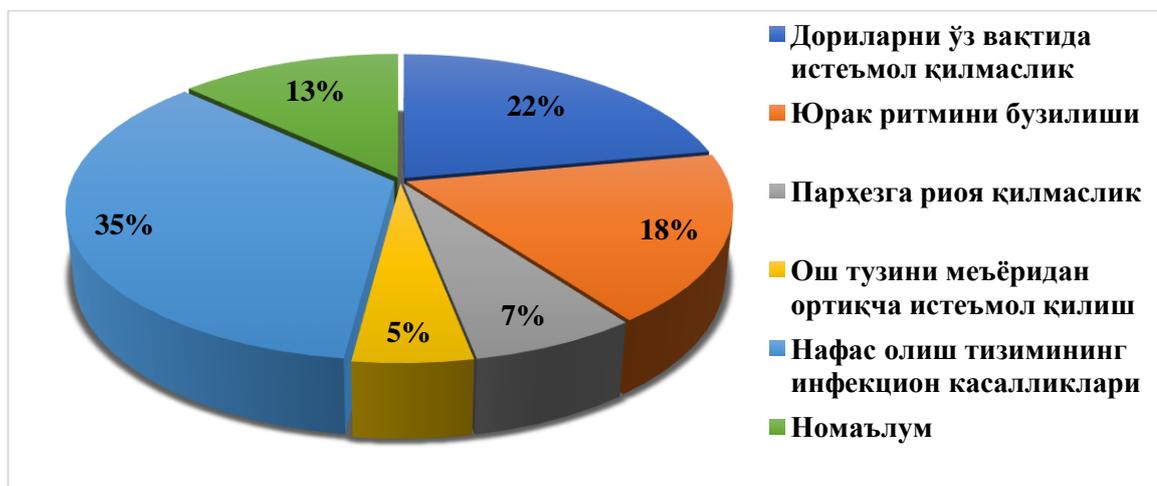
Сурункали юрак етишмовчилигининг декомпенсациясининг кўзгатувчи омилларини аниқлаш, уларнинг клиник ва гемодинамик кўрсаткичлар билан боғлиқлигини таҳлил қилиш ва самарали даволаш усулларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот вазифалари: СЮЕнинг декомпенсациясини кўзгатувчи омилларни аниқлаш, СЮЕ билан оғриган беморларда клиник ва гемодинамик кўрсаткичларни таҳлил қилиш, СЮЕ декомпенсациясининг асосий сабаблари билан боғлиқ статистик таҳлилларни олиб бориш, беморлардаги клиник белгиларни ва уларга таъсир этувчи омилларни аниқлаш.

Тадқиқот натижалари: Илмий тадқиқот ишида Бухоро шаҳар тиббиёт бирлашмаси, Бухоро шаҳар касалхонаси терапия ва шошлинч терапия бўлимида 2019-2022 йиллар давомида стационар даво муолажаларини олган сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган 120 бемор текширувдан ўтказилди.

Ташхис беморларни тўлиқ кўриқдан ўтказилиб тиббий анамнез, шикоятлари, лаборатор ва инструментал текширув натижаларига биноан тасдиқланди. Тиббий ташхис касалликлар халқаро классификациясига кўра белгиланди.

Сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, умумий беморларнинг 22% да дориларни ўз вақтида ичмаслик ҳамда шифокор тавсиясига амал қилмаслик ҳолатлари кузатилди. Бундан ташқари 18% беморларда сурункали юрак етишмовчилигининг декомпенсацияси юрак ритмининг бузилиши натижасида кузатилди, бунда асосан бўлмачалар ҳилпиллаши асосий роль ўйнади (Беморларнинг аксариятида пароксизмал бўлмачалар ҳилпиллаши 68%, персистерловчи бўлмачалар ҳилпиллаши 27%, қоринчалар экстрасистолияси 5%). Сурункали юрак етишмовчилигининг декомпенсациясига 12% ҳолатда гипертоник кризлар сабаб бўлди. Шундан 7% беморлар тавсия қилинган парҳезга риоя қилмаганлиги сабабли криз ривожланганлигини таъкидлашди, 5 % беморлар эса ош тузини меъеридан ортикча истеъмол қилиш натижасида криз ривожланганлигини таъкидлашди. СЮЕнинг декомпенсациясининг 35% да нафас олиш тизимининг инфекцион яллиғланиш касалликлари туфайли содир бўлганлиги аниқланди. Қолган 13% да эса СЮЕ нинг декомпенсация сабабини аниқлашнинг имкони бўлмади. Қуйидаги 1 расмда СЮЕнинг декомпенсацияланиш сабаблари келтириб ўтилган.



1 расм. СЮЕнинг декомпенсациясининг асосий сабаблари.

Бунда отиш фракцияси камайган сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда дориларни ўз вақтида ичмаслик декомпенсациянинг асосий сабаби бўлди, ундан кейинги ўринда юрак ритмини бузилиши ҳамда нафас олиш тизимини инфекциян касалликлари ўрин олди. Отиш фракциясибироз камайган беморларда эса юрак ритмининг бузилиши ҳамда нафас олиш органларининг инфекциян касалликлари декомпенсациянинг асосий сабаби бўлди. Отиш фракцияси сақланган беморларда СЮЕнинг декомпенсациясининг асосий сабаби артериал қон босимининг ностабиллиги ҳамда нафас органларининг касалликлари асосий ўринда бўлиб, дориларни ўз вақтида қабул қилмаслик эса кейинги ўринларда бўлди. Шу билан бир қаторда ушбу контингент беморларнинг 11% да юрак ритмининг бузилиши (6 тасида бўлмачалар ҳилпиллаши пароксизмал шакли, 1 тасида экстростолія) СЮЕ нинг декомпенсациясига сабаб бўлди (1 жадвал).

1 жадвал

СЮЕ нинг чаққоринча отиш фракциясига қараб декомпенсацияланишининг асосий сабаблари

Сабаблари	ОФкСЮЕn=54	ОФбкСЮЕ n=30	ОФсСЮЕ n=36
Дорилар билан даволаш тавсиясига риоя қилмаслик, n (%)	16 (30)*	5 (17)	4 (14)
Инфекцион касалликлар, n (%)	10 (18)	18 (60)***	14 (38)
Парҳезга риоя қилмаслик, n (%)	0	1 (3)	7 (19)**
Ош тузининг ортиқча истеъмол қилиш, n (%)	1 (2)	1 (3)	4 (11)*
Юрак ритмини бузилиши, n (%)	11 (20)	7 (23)*	4 (11)
Номальум, n (%)	7 (13)	3 (10)	3 (8)

Изоҳ: (*<0,05, **<0.01, ***<0.001) – отиш фракцияси камайган беморлар фенотипи билан солиштирилганда;

Шундай қилиб отиш фракцияси камайган сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларнинг 40% ни, отиш фракцияси сақланган СЮЕ беморлар 30% ва отиш фракцияси ўртача камайган СЮЕ беморлар эса 30% ни ташкил этди. СЮЕ декомпенсациясини кўзгатувчи омилларга нафас олиш органларининг инфекциян яллиғланиш касалликлари (35%), дори воситаларини тавсиясига амал қилмаслик (22%), Юрак ритмининг бузилишлари (18%)(беморларнинг аксариятида пароксизмал бўлмачалар ҳилпиллаши 68%, персистирловчи бўлмачалар ҳилпиллаши 27%, қоринчалар экстрасистолияси 5%), гипертоник криз ҳолатлари (13%) ташкил этди.

Текширувга жалб қилинган беморларнинг отиш фракциясига биноан клиник ва гемодинамик кўрсаткичлари.

Текширувда беморларнинг асосий қисмида жисмоний ҳаракатда ҳансираш (89%; n=107), оёқларда шишлар (79%; n=95), чарчоқ (81%; n=97) каби белгилар кузатилган. Беморларнинг ярмидан кўпида кичик қон айланиш тизимидаги димланиш кузатилди ва бу ўпкаларда фонендоскоп орқали текширилганда кичик пуфакчали нам хирилашлар билан баҳоланди (59%; n=71) ва шу билан бир қаторда рентген текширувида қон димланиши белгилари орқали баҳоланди (49%; n=59). Текширилган беморларнинг 38% да (n=46) ортопноэ мавжудлиги аниқланди. Гепатомегалия эса 42 % (n=50) беморда аниқланди (1 жадвал).

Отиш фракцияси камайган сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда умумий клиник шикоятлардан ҳолсизлик (92%), тинч ҳолатда ҳансираш (72%), жисмоний ҳаракатда ҳансираш (94%) каби клиник белгилар устунлик қилди. 41% беморларда ортопноэ, 53,7% беморларда эса гепатомегалия кузатилди.

Отиш фракцияси сақланган сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда отиш фракцияси камайган ҳамда отиш фракцияси ўртача камайган беморлардан фарқли равишда периферик шишлар кўпроқ кузатилди (81%), ҳамда рентген орқали қон димланиш белгилари бошқа фенотипларга қараганда юқорироқ эканлиги аниқланди (53%).

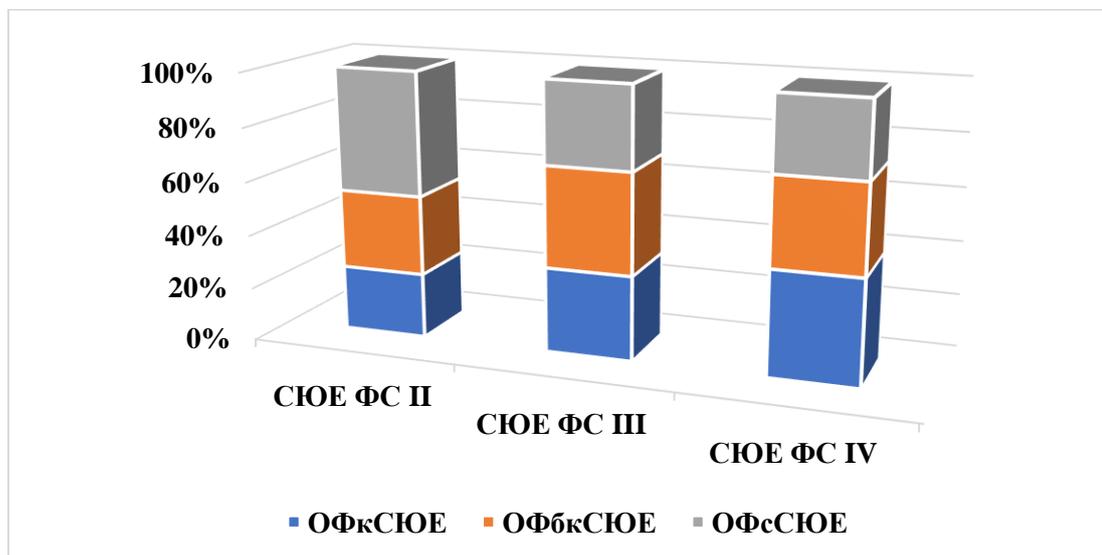
Отиш фракцияси биров камайган беморларда клиник белгилари кўриниши отиш фракцияси камайган ҳамда отиш фракцияси сақланган СЮЕ билан оғриган беморлар кўрсаткичларининг оралиқ кўрсаткичига эга бўлди. Ушбу фенотипдаги беморларнинг 70% да ҳолсизлик, 40% да тинч ҳолатда ҳансираш, 90% да жисмоний юкламада ҳансираш, 37% да ортопноэ, 77% да шишлар, 56% да ўпкада хириллашлар, 37% да гепатомегалия ва 46% да рентген текширувига биноан кичик қон айланиш тизимида қон димланиш белгилари кузатилди. Отиш фракцияси камайган беморларнинг 81% да СЮЕ III/IV ФС ташкил қилган бўлса, отиш фракцияси ўртача камайган беморларда 67% ва ОФсСЮЕ беморларида 61% ни ташкил этди (2 расм).

1 жадвал

Чап қоринча отиш фракциясига биноан сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларнинг клиник белгилари (n=120)

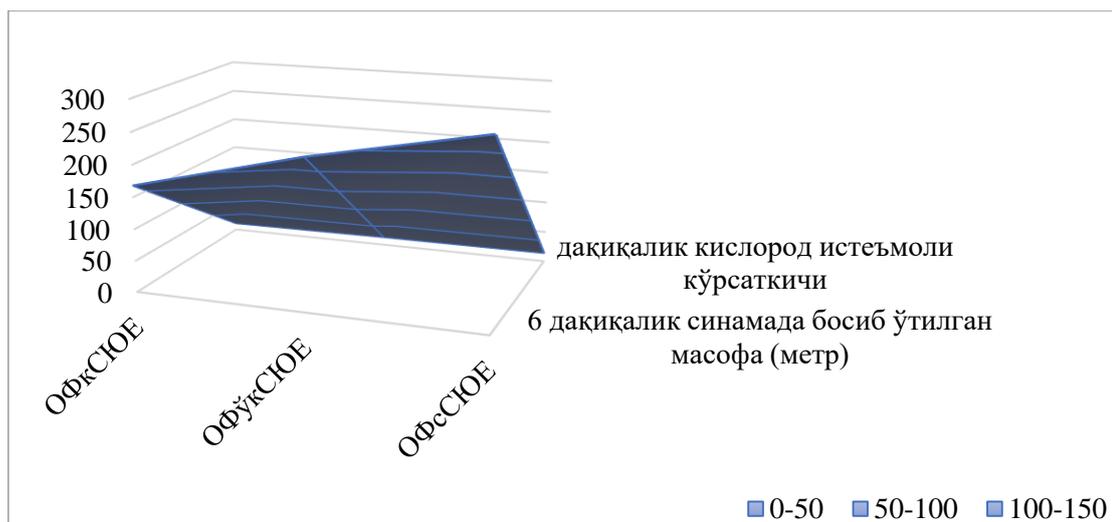
Кўрсаткич	Умумий n=120	ОФкСЮЕn=54	ОФбкСЮЕ n=30	ОФсСЮЕ n=36
Ҳолсизлик, n (%)	97 (81%)	50 (92%)	21 (70%)*	26 (72%)*
Тинч ҳолатда ҳансираш, n (%)	57 (48%)	39 (72%)	12 (40%)**	7 (19%***)
Жисмоний юкламада ҳансираш, n (%)	107 (89%)	51 (94%)	27 (90%)	29 (80,5%)*
Ортопноэ, n (%)	44 (37%)	22 (41%)	11 (37%)*	11 (30%)*
Шишлар, n (%)	95 (79%)	43 (79%)	23 (77%)	29 (81%)
Ўпкада хириллашлар, n (%)	71 (59%)	34 (63%)	17 (56%)*	20 (55%)*
Гепатомегалия, n (%)	50 (42%)	29 (53,7%)	11 (37%)**	10 (28%***)
Рентген текширувига биноан қон димланиш белгилари, n (%)	59 (49%)	25 (46%)	15 (50%)	19 (53%)*

Изоҳ: (*<0,05, **<0.01, ***<0.001) – отиш фракцияси камайган беморлар фенотипи билан солиштирилганда;



2 расм. Сурункали юрак етишмовчилигида чап қоринча отиш фракциясининг фенотипларига биноан функционал синфларнинг беморлар орасида тарқалиши (n=120).

Беморларда ўтказилган 6 дақиқалик синама натижаларига кўра отиш фракцияси камайган сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда босиб ўтилган ўртача масофа 168,5±35,0 метр, отиш фракцияси ўртача камайган беморларда 234,2±56,0 метр ва отиш фракцияси сақланган беморларда эса 287,3±62,5 метрни ташкил этди. Шу билан бир қаторда эса дақиқалик кислород истеъмоли кўрсаткичи эса ОФкСЮЕ билан оғриган беморларда 11,4±4,6 мл/(кгхмин), ОФбкСЮЕ билан оғриган беморларда 13,5±5,1 мл/(кгхмин) ва ОФсСЮЕ билан оғриган беморларда эса 14,1±6,9 мл/(кгхмин)ни ташкил этди (10 расм).



3 расм. Сурункали юрак етишмовчилигида чап қоринча отиш фракциясининг фенотипларига биноан 6 дақиқалик синамада босиб ўтилган масофа ҳамда дақиқалик кислородга бўлган талаб (n=120).

Беморларнинг гемодинамик кўрсаткичлари таҳлил қилинганда отиш фракцияси камайган сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда артериал қон босимининг паст бўлиши ҳамда юрак қисқаришлари сонининг юқори бўлиши кузатилди. Бунда ЮҚС нинг энг кам кўрсаткичи OFcCJOE билан оғриган беморлар фенотида кузатилди (11 жадвал).

2 жадвал.

Отиш фракциясига қараб САҚБ ва ДАҚБ ҳамда ЮҚС нинг узгариши

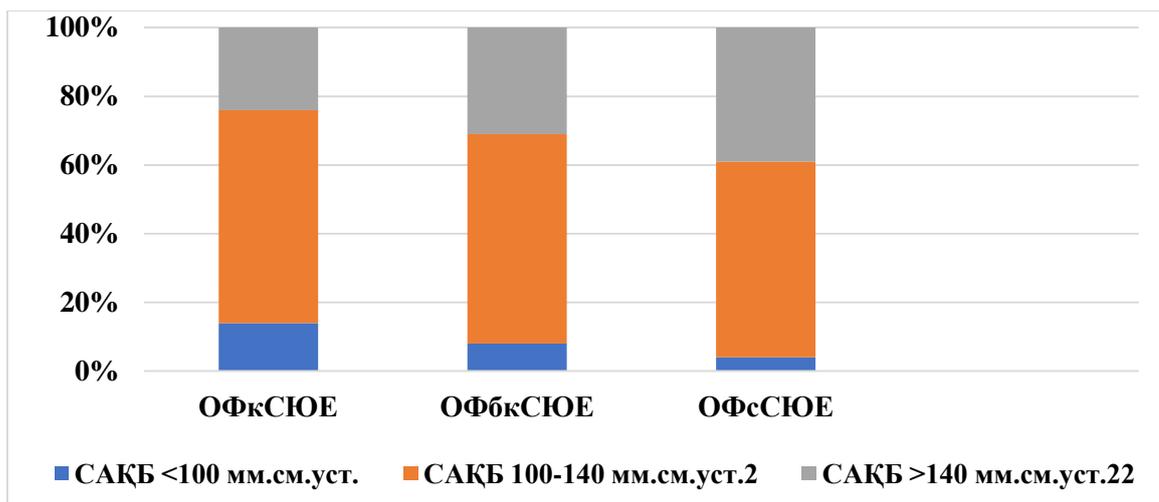
Кўрсаткичлар	OFkCJOE n=54	OFyCJOE n=30	OFcCJOE n=36
САҚБ, мм.см.уст.	129,6±19,2	132,4±21,4	142,7±30,6*
ДАҚБ, мм.см.уст.	76,5±11,8	79,4±14,6	82,4±15,0*
Ўртача АҚБ, мм.см.уст.	107,8±14,9	109,6±17,8	112,0±21,2*
ЮҚС, та/мин	95,4±22,0	87,4±26,4*	84,6±24,0**

Изоҳ: (*<0,05, **<0,01, ***<0,001) – отиш фракцияси камайган беморлар фенотида билан солиштирилганда;

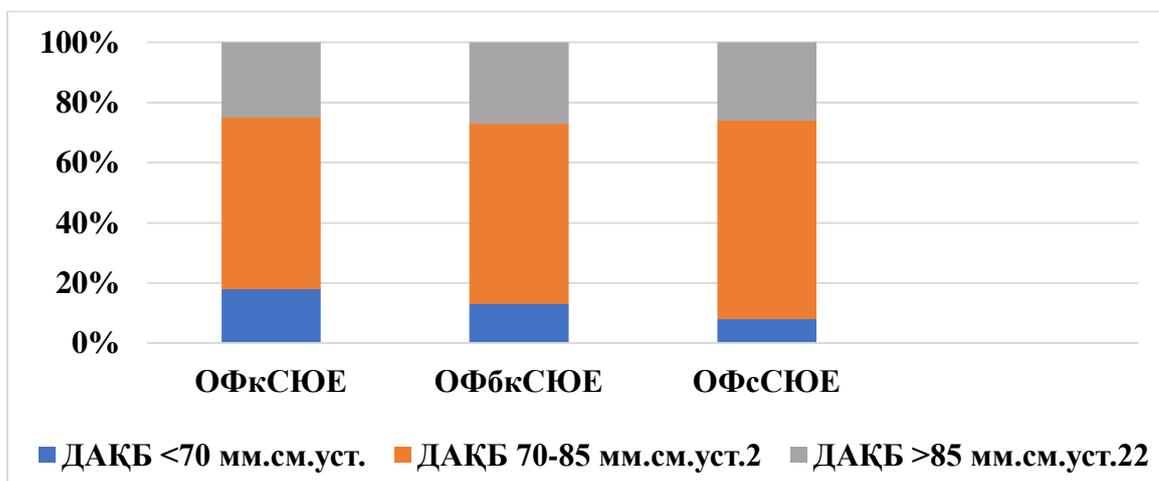
Отиш фракцияси камайган сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда систолик артериал қон босимининг 100-140 мм.см.уст оралиғида бўлиши кўпроқ хос бўлди. Ушбу фенотипдаги беморларда ЮҚС нинг 90-110 та/мин бўлиши характерли эканлиги кузатилди. Бу вақтда эса OFcCJOE билан оғриган беморларда систолик, диастолик ҳамда ўртача қон босимининг бошқа фенотипли беморларга қараганда юқори бўлиши кузатилди, ЮҚСнинг эса 70-90 та/мин бўлиши характерли эканлиги кузатилди (4, 5, 6 расмлар).

Корреляцион анализ натижаларига биноан беморларнинг дастлабки систолик артериал қон босими билан чап қоринча отиш фракцияси ўртасида ижобий боғлиқлик ($r=0.186$; $P<0,05$) ҳамда ёши ($r=-0.172$; $P<0,05$), қондаги креатинин миқдори орасида ($r=-0.161$; $P<0,05$) тесқари боғлиқлик аниқланди. Диастолик артериал қон босими эса беморларнинг ёши ($r=0.194$; $P<0,05$), тана вазни индекси ($r=0.159$; $P<0,05$), юрак қисқаришлари сони ($r=0.161$; $P<0,05$), қондаги креатинин миқдори ($r=0.176$; $P<0,05$), коптокчалар филтрация тезлиги ($r=0.170$; $P<0,05$) билан ижобий боғланишга эга эканлиги кузатилди.

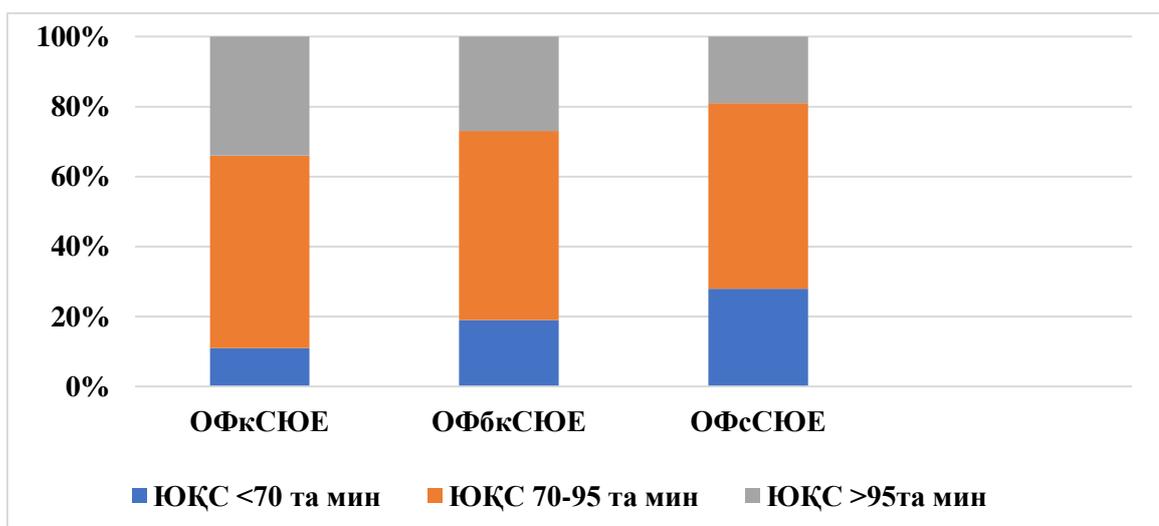
Шундай қилиб отиш фракцияси сақланган сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда систолик ҳамда диастолик артериал қон босимининг юқори бўлиши, юрак қисқаришлари сонининг камроқ бўлиши отиш фракцияси камайган ҳамда бироз камайган СЮЕли беморлар контингентига нисбатан кўпроқ характерли. Аксинча, СЮЕ билан оғриган беморларда чап қоринча отиш фракцияси камайиши билан САҚБ, ДАҚБ пасайишга мойил, ЮҚС эса юқори бўлишга мойил.



4 расм. Чап қоринча отиш фракциясининг фенотипларига қараб беморларнинг дастлабки систолик артериал қон босимининг (САҚБ) қиймати.



5 расм. Чап қоринча отиш фракциясининг фенотипларига қараб беморларнинг дастлабки диастолик артериал қон босимининг (ДАҚБ) қиймати.



6 расм. Чап қоринча отиш фракциясининг фенотипларига қараб беморларнинг дастлабки юрак қисқаришлари сони (ЮҚС).

Хулоса

Мазкур тадқиқотда сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) ва унинг декомпенсациясининг кўзгатувчи омиллари илмий асосда таҳлил қилинди. Олиб борилган таҳлилларга кўра, сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда декомпенсациянинг асосий сабаблари дориларни ўз вақтида қабул қилмаслик (22%), юрак ритмининг бузилиши (18%), гипертоник кризлар (13%) ва нафас олиш тизими инфекцияси касалликлари (35%) эканлиги аниқланган. Клиник ва гемодинамик кўрсаткичлар орқали беморлардаги симптоматика ва ҳолатлар баҳоланди. Отиш фракциясининг камайиши билан оғриган беморларда жисмоний ҳаракатда ҳансираш, чарчоқ ва шишлар каби белгилар кўпроқ кузатилди. Отиш фракцияси сақланган беморларда эса гипертензия ва артериал босимнинг ностабиллиги аниқланди. Гемодинамик кўрсаткичлар, хусусан, артериал қон босимининг пастлиги ва юрак қискаришлари сонининг кўпайиши, беморларнинг ҳолатига аниқ таъсир кўрсатган. Корреляцион таҳлиллар натижаларига кўра, систолик артериал қон босими билан отиш фракцияси ўртасида ижобий боғлиқлик, ёш ва креатинин миқдори ўртасида эса тескари боғлиқлик аниқланган.

Шундай қилиб, сурункали юрак етишмовчилиги ва унинг декомпенсациясини самарали бошқариш учун дориларни ўз вақтида қабул қилиш, гипертоник кризларнинг олдини олиш ва юрак ритмининг бузилишини тез аниқлаш зарурлиги таъкидланди. Мазкур тадқиқотнинг натижалари беморларнинг индивидуал ҳолатларини ҳисобга олиб, клиник амалиётда самарали даволаш усулларини ишлаб чиқишга ёрдам беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Wilson Tang W.H., Marcy T.R., Ripley T.L. Aldosterone antagonists in the treatment of heart failure. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 2006;63(1):49–58
2. Место эплеренона в терапии сердечно-сосудистых заболеваний С.Н. Толпыгина ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины», отдел профилактической фармакотерапии, г. Москва
3. Pitt B., Reichek N., Wilenbrock R., et al. effects of eplerenone, enalapril, and eplerenone/enalapril in patients with essential hypertension and left ventricular hypertrophy: the 4E-left ventricular hypertrophy study // *Circulation.* 2003; 108 (15): 1831-1838.
4. Zannad, F., et al. (2011). Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. *New England Journal of Medicine*, 364(1), 11-21.
5. Pitt, B., et al. (2003). Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 348(14), 1309-1321.
6. Rossignol, P., et al. (2014). Aldosterone antagonists in heart failure: current role and future perspectives. *European Heart Journal*, 35(33), 2067-2075.
7. Konstam, M. A., et al. (2009). The use of eplerenone in the treatment of heart failure. *American Journal of Cardiology*, 103(12), 1616-1622.
8. McMurray, J. J. V., et al. (2007). Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. *Journal of the American College of Cardiology*, 49(11), 1511-1518.

Қабул қилинган сана 20.03.2025