



**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

**6 (92) 2026**

## **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  
У.О. АБИДОВ  
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  
Д.Т. АШУРОВА  
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. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЪЯСОВ  
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. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Б.Б. ХАСАНОВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
Э.Б. ХАККУЛОВ  
Г.С. ХОДЖИЕВА  
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)

# **6 (92)**

# **2026**

## *Июнь*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

УДК 616.12-008

## ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Агабабян Ирина Рубеновна <https://orcid.org/0000-0003-1958-5718>  
Исмоилова Юлдуз Абдувохидовна <https://orcid.org/0009-0002-6055-8594>  
Джуробекова Шохида Зоировна <https://orcid.org/0009-0002-9647-5838>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,  
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz)

### ✓ Резюме

*Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается одной из основных причин инвалидизации, повторных госпитализаций и смертности во всем мире. Данная ситуация указывает на необходимость совершенствования ведения этой категории пациентов на амбулаторном уровне. Оптимизация оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе направлена на раннее выявление декомпенсации, достижение целевых доз медикаментозной терапии в соответствии с современными клиническими рекомендациями, контроль факторов риска и повышение приверженности лечению. Важную роль играют постоянный мониторинг клинического состояния, применение мультидисциплинарного подхода, обучение пациентов самоконтролю, а также использование цифровых технологий и телемедицинских решений. Комплексное ведение пациентов позволяет снизить частоту повторных госпитализаций, улучшить качество жизни и функциональный статус, а также снизить риск неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов.*

*Ключевые слова: центр хронической сердечной недостаточности, амбулаторно-поликлиническое учреждение, инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий, госпитализация*

## AMBULATORIYA BOSQICHIDA SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI OLIB BORISHNI OPTIMALLASHTIRISH

Agababayan Irina Rubenovna <https://orcid.org/0000-0003-1958-5718>  
Ismoilova Yulduz Abduvohidovna <https://orcid.org/0009-0002-6055-8594>  
Djurabekova Shohida Zoirovna <https://orcid.org/0009-0002-9647-5838>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18,  
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz)

### ✓ Rezyume

*Surunkali yurak yetishmovchiligi (SYuYe) butun dunyo bo'ylab nogironlik, qayta kasalxonaga yotqizish va o'limning asosiy sabablaridan biri bo'lib qolmoqda. Ushbu holat bemorlarni ambulatoriya bosqichida olib borishni takomillashtirish zarurligini ko'rsatadi. Ambulatoriya bosqichida tibbiy yordam ko'rsatishni optimallashtirish dekompensatsiyani erta aniqlashga, zamonaviy klinik tavsiyalarga muvofiq medikamentoz terapiyaning maqsadli dozalariga erishishga, xavf omillarini nazorat qilishga va davolanishga rioya qilishni oshirishga qaratilgan. Klinik holatni doimiy nazorat qilish, ko'p tarmoqli yondashuvni qo'llash, bemorlarni o'z-o'zini nazorat qilishga o'rgatish, shuningdek, raqamli texnologiyalar va teletibbiyot yechimlaridan foydalanish muhim rol o'ynaydi. Bemorlarni kompleks tarzda olib borish takroriy gospitalizatsiyalar chastotasini pasaytirish, hayot sifati va funksional holatni yaxshilash, shuningdek, noxush yurak-qon tomir asoratlari xavfini kamaytirish imkonini beradi.*

*Kalit so'zlar: surunkali yurak yetishmovchiligi markazi, ambulatoriya-poliklinika muassasasi, miokard infarkti, bo'lmachalar fibrillyatsiyasi, gospitalizatsiya*



## OPTIMIZING THE BEHAVIOR OF THE PATIENT WITH CHRONIC HEART FAILURE AND OUTPATIENT STAGE

Agababyan Irina Rubenovna <https://orcid.org/0000-0003-1958-5718>  
Ismoilova Yulduz Abduvokhidovna <https://orcid.org/0009-0002-6055-8594>  
Djurabekova Shohida Zoirovna <https://orcid.org/0009-0002-9647-5838>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,  
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz)

### ✓ Resume

*Chronic heart failure (CHF) remains one of the primary causes of disability, repeated hospitalization, and mortality worldwide. This situation indicates the need to improve the management of this category of patients at the outpatient level. Optimizing medical care at the outpatient stage is aimed at early detection of decompensation, achieving targeted doses of drug therapy in accordance with modern clinical recommendations, controlling risk factors, and increasing adherence to treatment. Continuous monitoring of the clinical condition, the application of a multidisciplinary approach, training patients in self-control, as well as the use of digital technologies and telemedicine solutions, play an important role. Comprehensive management of patients reduces the frequency of repeated hospitalizations, improves quality of life and functional status, and reduces the risk of adverse cardiovascular outcomes.*

**Key words:** chronic heart failure center, outpatient approval, myocardial infarction, atrial fibrillation, hospitalization

### Актуальность

Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности во всем мире, вызывая приблизительно 17,9 миллиона смертей ежегодно, одной из основных причин которых является хроническая сердечная недостаточность (ХСН) [1]. В то же время во всем мире проводятся многочисленные научные исследования, направленные на выявление патогенетических основ развития ХСН и способов их модификации для достижения высокого терапевтического эффекта для пациентов с ХСН [2]. Особенно важно создать "Центр сердечной недостаточности," который будет посвящен изучению связи между амбулаторным и стационарным лечением пациентов, а также обучению пациентов основам контроля заболевания и рационального использования лекарств [3]. По этой причине оценка знаний о траектории ХСН в конкретной популяции и методы оптимизации лечения и управления на амбулаторном этапе являются одной из самых актуальных задач, стоящих перед специалистами в этой области [4]. Госпитализация пациентов с ХСН в возрасте 65 лет и старше является наиболее распространенной [5]. Эти пациенты представляют собой значительную нагрузку на систему здравоохранения. Все это требует значительных затрат как от государства, так и от пациентов [6]. Сегодня на практике создаются специализированные центры для лечения ХСН, которые уже функционируют в Европе, США, Австралии и Новой Зеландии [7,8]. На международном уровне специализированные центры контроля лечения ХСН показали значительное снижение риска общей смертности и повторной госпитализации [9,10].

**Цель исследования:** Улучшение качества и продолжительности жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью, а также снижение частоты сердечно-сосудистых осложнений и смертности в амбулаторных условиях.

### Материал и методы

Данное исследование было проведено в Самаркандском региональном филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии. Было проанализировано в общей сложности 300 пациентов с ХСН II-IV ФК (по NYHA).

150 пациентов из 1-й группы (основная группа) наблюдаются в центре ХСН, созданном в многопрофильной центральной поликлинике города Самарканда. 2-я группа (группа сравнения)

также состояла из 150 пациентов, наблюдаемых по месту жительства. Критерии включения в исследование:

- ❖ мужчины и женщины в возрасте 55-60 лет;
- ❖ хроническая сердечная недостаточность ФК II-IV (NYHA);
- ❖ и хорошо информированные пациенты,

Критерии исключения из исследования были следующими:

- ❖ Пациенты с анамнезом кардиомиопатии;
- ❖ Пациенты с врожденными и приобретенными пороками сердца в анамнезе;
- ❖ Пациенты, отказавшиеся от дальнейшего наблюдения.

**Таблица 1.**

**Общее количество пациентов, включенных в исследование**

| <b>N-300</b>   | <b>I группа</b> | <b>II группа</b> |
|----------------|-----------------|------------------|
| <b>N</b>       | 150             | 150              |
| <b>Мужчины</b> | 84 (56%)        | 80 (53,3%)       |
| <b>Женщины</b> | 66 (44%)        | 70 (46,7%)       |

В каждой группе проводилась титрация медикаментов, оценка качества жизни, подсчет госпитализаций/смертности в год, диспансерный контроль и наблюдение. Оценивались показатели ШОКС, тест шестиминутной ходьбы, опросник KCCQ, САД, ДАД, функциональный класс ХСН в динамике, данные ЭхоКГ и натрийуретический пептид. Статистический анализ данных в ходе исследования проводился с использованием программного пакета Microsoft Office Excel-2012 на персональном компьютере Pentium-IV. В расчетах использовалась вариационная параметрическая и непараметрическая статистика для вычисления среднего арифметического (М), стандартного отклонения ( $\sigma$ ), средней стандартной ошибки (m), относительной величины (частоты, %) рассматриваемого показателя. Сравнение средних значений проводилось с использованием вероятности ошибки, рассчитанной по критерию Стьюдента для нормальности распределения (критерий Куртозиса) и степени равенства общей дисперсии (критерий Фишера) для оценки статистической значимости полученных измерений. Оценка тестов: Использовались показатели и таблицы критических значений принятого уровня значимости (Р) для оценки статистической надежности рассчитанных критериев.

### **Результат и обсуждения**

Период наблюдения за пациентами составил 12 месяцев (2021-22). Всем пациентам был поставлен диагноз сердечной недостаточности на основе клинических диагностических критериев Нью-Йоркской кардиологической ассоциации. В центре лечения сердечной недостаточности работали кардиолог и медсестра, которые наблюдали пациентов, согласившихся на наблюдение в центре. На основании результатов обследования 300 пациентов на заболевание в центре ХСН, а также в АПУ, было установлено, что этиология ХСН и ее клиническое течение имеют очень важное значение. Современный пациент с ХСН для ОДСН после госпитализации характеризуется высокой коморбидностью с множественными этиологиями ХСН у каждого пациента. Распределение причин ХСН среди участников исследования обобщено в таблице (табл.1).

Как подтверждается таблицей, гипертония, ишемическая болезнь сердца и постинфарктный кардиосклероз были наиболее распространенными состояниями, связанными с развитием хронической сердечной недостаточности. В исследуемых группах также были выявлены следующие сопутствующие заболевания при хронической сердечной недостаточности: фибрилляция предсердий, анемия, хроническая обструктивная болезнь легких и сахарный диабет 2 типа. Обе группы также имели схожие пропорции и были почти статистически неразличимы.

**Таблица 2 Основные причины ХСН у пациентов исследуемых групп**

| No | Показатель                        | I группа (n=150) |      | II группа (n=152) |      | $\chi^2$ | P     |
|----|-----------------------------------|------------------|------|-------------------|------|----------|-------|
|    |                                   | абс.             | %    | абс.              | %    |          |       |
| 1  | АГ в анамнезе                     | 144              | 96,0 | 138               | 92,0 | 2,13     | 0,145 |
| 2  | ИБС в анамнезе                    |                  |      |                   |      |          |       |
|    | Стабильная стенокардия в анамнезе | 126              | 84,0 | 132               | 88,0 | 1,00     | 0,318 |
|    | ПИКС в анамнезе                   | 42               | 28,0 | 36                | 24,0 | 0,62     | 0,430 |
| 1  | СД 2 типа в анамнезе              | 36               | 24,0 | 35                | 23,3 | 0,02     | 0,892 |
| 2  | ФП в анамнезе                     | 33               | 22,0 | 36                | 24,0 | 0,48     | 0,488 |
| 3  | Анемия в анамнезе:                | 24               | 16,0 | 22                | 14,7 | 1,00     | 0,318 |
|    | Анемия I степени                  | 16               | 66,7 | 13                | 59,1 | 0,35     | 0,345 |
|    | Анемия II степени                 | 8                | 33,3 | 9                 | 40,9 | 0,38     | 0,336 |
| 4  | ХОБЛ в анамнезе                   | 23               | 15,3 | 18                | 12,0 | 0,71     | 0,401 |

Примечание: \*p - значимость различий между группами I и II

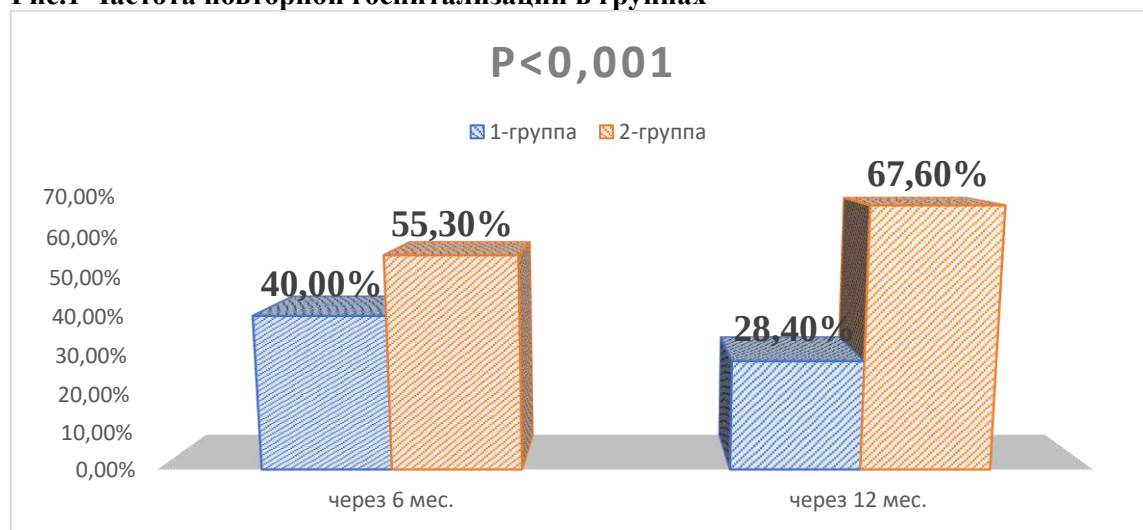
**Таблица 3 Динамика клинических показателей в I-й и II-й группах через 12 месяцев наблюдения**

| No | Показатель       | I группа |       | II группа |       | P      |
|----|------------------|----------|-------|-----------|-------|--------|
|    |                  | М        | М     | М         | м     |        |
| 1  | ФВ%              |          |       |           |       |        |
|    | Исходно          | 35,0     | 12    | 36,2      | 11,82 | >0,05  |
|    | Через 12 мес.    | 48,1     | 0,9   | 41,1      | 0,7   | <0,001 |
| 2  | ТШМХ (мин)       |          |       |           |       |        |
|    | Исходно          | 289,2    | 102,5 | 291,28    | 104,7 | >0,05  |
|    | Через 12 мес.    | 556,0    | 87,1  | 306,0     | 94,9  | <0,001 |
| 3  | ШОКС (баллы)     |          |       |           |       |        |
|    | Исходно          | 7,0      | 3,0   | 7,0       | 2,0   | >0,05  |
|    | Через 12 мес.    | 5,0      | 3,0   | 10,0      | 0,2   | <0,001 |
| 4  | ИМТ              |          |       |           |       |        |
|    | Исходно          | 27,2     | 0,2   | 28,6      | 0,2   | >0,05  |
|    | Через 12 мес.    | 26,0     | 0,2   | 27,0      | 0,2   | <0,001 |
| 5  | САД (мм рт. ст.) |          |       |           |       |        |
|    | Исходно          | 119,6    | 1,5   | 122,7     | 0,9   | >0,05  |
|    | Через 12 мес.    | 110,1    | 1,4   | 119,7     | 0,9   | <0,001 |
| 6  | ДАД (мм рт. ст.) |          |       |           |       |        |
|    | Исходно          | 79,2     | 1,1   | 85,8      | 1,0   | >0,05  |
|    | Через 12 мес.    | 79,2     | 1,1   | 90,0      | 1,1   | <0,001 |
| 7  | ЧСС уд/мин       |          |       |           |       |        |
|    | Исходно          | 86,2     | 0,9   | 88,1      | 0,8   | >0,05  |
|    | Через 12 мес.    | 80,1     | 0,8   | 92,0      | 0,8   | <0,001 |
| 8  | NT Pro-BNP       |          |       |           |       |        |
|    | Исходно          | 945,4    | 88,5  | 1055,8    | 86,9  | <0,001 |
|    | Через 12 мес.    | 545,6    | 106,7 | 948,2     | 100,5 | <0,001 |
| 9  | Е/е              |          |       |           |       |        |
|    | Исходно          | 16,0     | 0,2   | 16,9      | 0,2   | >0,05  |
|    | Через 12 мес.    | 15,0     | 0,2   | 17,9      | 0,2   | <0,001 |

Примечание: \*p-достоверность различий между группами;

Через 1 год наблюдения ФВ в 1-й группе составила  $48,1 \pm 0,9$ , что на  $41,1 \pm 0,7$  статистически выше, чем во 2-й группе ( $p < 0,001$ ). NT Pro-BNP в 1-й группе составил  $745,3 \pm 6,7$ , во 2-й группе  $995,8 \pm 6,5$ , E/e в 1-й группе  $15,0 \pm 0,2$ , во 2-й группе  $17,9 \pm 0,2$ .

**Рис.1 Частота повторной госпитализации в группах**



Как видно из этого рисунка, 40,0% пациентов 1-й группы были госпитализированы через 6 месяцев наблюдения, что статистически ниже, чем во 2-й группе (55,3%). Через год повторная госпитализация составила 28,0% в 1-й группе и 67,6% во 2-й группе ( $p < 0,001$ ).

**Таблица 4 Результаты опросника KCCQ исходно, через 6 месяцев и через год наблюдения в 1-й группе**

| Шкала                           | 1-й опросник<br>(исходно) | 2-й опросник<br>(6 месяцев) | 3-й опросник<br>(1 год) |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Физические ограничения, балл    | (24,1;54,2)               | (33,3;66,6)                 | (33,3;66,6)             |
| Симптомы, балл                  | (33,3;70,2)               | (42,8;100)                  | (50;100)                |
| Стабильность симптоматики, балл | (33,3;50)                 | (50;66,6)                   | (50;66,6)               |
| Социальные ограничения, балл    | (33,3;58,3)               | (41,7;66,6)                 | (33,3;66,6)             |
| Способность к самопомощи, балл  | (60;80)                   | (80;100)                    | (80;100)                |
| Качество жизни, балл            | (40;60)                   | (40;80)                     | (60;80)                 |
| Функциональный статус, балл     | (33,3;66,6)               | (42,8;83,3)                 | (42,8;83,3)             |
| Клинический статус, балл        | (40;75)                   | (60;100)                    | (60;100)                |

У пациентов 1-й группы оценка по всем шкалам статистически значимо улучшилась.

**Таблица 5 Осложнения заболевания в группах после одного года наблюдения**

| Показатель          | 1-я группа<br>n=141 | 2-я группа<br>n=129 | P      |
|---------------------|---------------------|---------------------|--------|
| Новые случаи ФП (n) | 10                  | 22                  | <0,001 |
| Повторный ИМ (n)    | 6                   | 42                  | <0,001 |
| ОНМК (n)            | 7                   | 23                  | <0,001 |

*Примечание: \*p-достоверность различий между группами; ФП-фибрилляция предсердий, ИМ-инфаркт миокарда, ОНМК-острое нарушение мозгового кровообращения.*

Качество медицинской помощи, полученной на уровне первичной медико-санитарной помощи у пациентов с ХСН во 2-й группе, было значительно ниже, и на основании годового наблюдения у 14,7% развилась новая ФП, у 27,8% был повторный ИМ, а у 15% произошел инсульт. Все это указывает на невозможность достижения стабилизации целевых гемодинамических показателей и клинического течения ХСН у этих пациентов во 2-й группе.

**Таблица 6 Смертность у пациентов с ХСН в зависимости от приверженности к наблюдению в центре ХСН через год.**

| No | Показатель              | I группа<br>через 12 мес<br>(n=141) |      | II группа<br>через 12 мес<br>(n=131) |      | $\chi^2$ | P      | ОШ   | ДИ<br>мин<br>ОШ | ДИ<br>макс<br>ОШ |
|----|-------------------------|-------------------------------------|------|--------------------------------------|------|----------|--------|------|-----------------|------------------|
|    |                         | абс                                 | %    | абс                                  | %    |          |        |      |                 |                  |
| 1  | Выжившие пациенты       | 141                                 | 94,0 | 131                                  | 86,0 | 36,00    | <0,001 | 6,00 | 3,21            | 11,22            |
| 2  | ССС                     | 4                                   | 2,7  | 8                                    | 5,3  | 0,00     | <0,001 | 1,00 | 0,06            | 16,14            |
| 3  | Смертность от ОДСН      | 3                                   | 2,0  | 11                                   | 6,0  | 0,72     | <0,001 | 1,63 | 0,52            | 5,11             |
| 4  | Смерть от других причин | 2                                   | 1,3  | 4                                    | 2,7  | 0,41     | <0,001 | 1,52 | 0,42            | 5,50             |

*Примечание: \*p-достоверность различий между группами; СССР-сердечно-сосудистая смертность, ОДСН-острая декомпенсация сердечной недостаточности*

1 год специализированного амбулаторного наблюдения, которое улучшает качество жизни пациентов после декомпенсированной сердечной недостаточности и ограничивает смертность в результате сердечно-сосудистых патологий и фатальных исходов из-за острой декомпенсированной сердечной недостаточности в соответствии с рекомендациями для пациентов, получающих персонализированные терапевтические услуги с точки зрения "непрерывности" лечения.

**Обсуждение:** В настоящее время в развитых странах актуальна проблема открытия центров ХСН для улучшения качества жизни и продления жизни пациентов, страдающих ХСН III-IV стадий. Как в Европе, так и в США доказана эффективность "непрерывного" контроля пациентов со стационарным и амбулаторным уходом, включающего обучение пациентов, обучение близких родственников пациентов и акцент на самообслуживание медсестер, внедрение высококвалифицированной медицинской помощи и методов управления пациентами. Исследование TIM-HF показало, что госпитализация пациентов с ХСН значительно снизилась, но не предсказало смертность, используя только телефонные разговоры. В России первый центр ХСН открылся (2016) в Нижнем Новгороде, предлагая непрерывный уход за пациентами как в стационарных, так и в амбулаторных условиях с улучшенным надзором медсестер и обучением пациентов. Снижение риска повторной госпитализации и общей смертности на 13% в этом году. Успех оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ХСН был изучен на



примере пилотной программы для города Самарканд (по приказу Самаркандского областного управления здравоохранения № 1040-I от 22 декабря 2023 года). Мы стремились оптимизировать клинический путь ХСН и улучшить качество жизни пациентов, а также снизить уровень повторной госпитализации после ОДСН.

### Заключение

Открытие центра ХСН в Самарканде, Республика Узбекистан, снизило количество госпитализаций пациентов с ХСН (28,0% для 1-й группы и 67,6% для 2-й группы ( $p < 0,001$ )), так как они находятся под постоянным наблюдением кардиолога и медсестры, а пациенты занимаются самоконтролем. У пациентов с ХСН из 2-й исследовательской группы качество ухода, получаемого на этапе первичной медицинской помощи, было значительно ниже; через 1 год наблюдения у 14,7% пациентов развилась новая ФП, у 27,8% пациентов наблюдался повторный ИМ, у 15% - инсульт. Все это свидетельствует о том, что стабилизация целевых гемодинамических показателей и клинических особенностей, связанных с ХСН 2-й группы, недостижима. В настоящее время центр ХСН является незаменимым рабочим органом, который наблюдает за пациентами с целью продления их жизни и улучшения ее качества.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Agababayan I, Ismoilova Y. Improving medical care management for patients with chronic heart failure (evidence from Samarkand Region, Uzbekistan). Кардиология в Беларуси. 2025;17(2):211-218.
2. Agababayan 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. Кардиология в Беларуси. 2024;16(4):392-400.
3. Aghababayan I, Ismoilova Y. Strategy for the treatment of chronic heart failure in a specialized hospital. Кардиология в Беларуси. 2023;15(5):618-627.
4. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. J Am Coll Cardiol. 2004;44(4):810-819. DOI: 10.1016/j.jacc.2004.05.055.
5. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.
6. Riley JP, Astin F, Crespo-Leiro MG, Deaton CM, Kienhorst J, Lambrinou E, et al. Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heart failure nurse curriculum. Eur J Heart Fail. 2016;18(7):736-743. DOI: 10.1002/ehf.568.
7. Stewart S. Financial aspects of heart failure programs of care. Eur J Heart Fail. 2005;7(3):423-428. DOI: 10.1016/j.ejheart.2005.01.003.
8. Виноградова НГ. Прогноз пациентов с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от приверженности наблюдению в специализированном центре лечения сердечной недостаточности. Кардиология. 2019;59(10S):13-21. DOI: 10.18087/cardio.n635.
9. Виноградова НГ, Поляков ДС, Фомин ИВ. Анализ смертности пациентов с сердечной недостаточностью после декомпенсации при длительном наблюдении в специализированной медицинской помощи и в реальной клинической практике. Кардиология. 2020;60(4):91-100. DOI: 10.18087/cardio.2020.4.n1015.
10. Wakefield BJ, Boren SA, Groves PS, Conn VS. Heart failure care management programs: a review of study interventions and meta-analysis of outcomes. J Cardiovasc Nurs. 2013;28(1):8-19. DOI: 10.1097/JCN.0b013e318239f9e1.

Поступила 20.05.2026