

KARDIOGEN SHOK RIVOJLANGAN O'TKIR KORONAR SINDROMLI BEMORLARDA GOSPITAL O'LIM KO'RSATKICHINI KAMAYTIRISH YO'LLARI.

No'monov Sherzodbek Murotbek o'g'li
ADTI Anesteziologiya- reanimatologiya va tez tibbiy yordam kafedrası assistenti

Adixamjonov Shoxruxbek Boburjon o'g'li
ADTI Anesteziologiya- reanimatologiya va tez tibbiy yordam kafedrası assistenti

Tadqiqot maqsadi

Kardiogen shokdan (KSh) kasalxonada o'lim xavfini boshqarish nuqtai nazaridan katta shaharda o'tkir koronar sindrom (O'KS) uchun tibbiy yordam ko'rsatish tizimini tahlil qilish.

Materiallar va usullar. Tadqiqot sog'liqni saqlash tashkilotining KSh va uning salbiy oqibatlari (o'lim) uchun xavflarni boshqarish tizimiga asoslangan. 2018 yildan 2024 yilgacha Andijon kardiologiya dispanseriga (Andijon, O'zbekiston) ketma-ket yotqizilgan O'KS bilan og'rigan bemorlarning tibbiy ma'lumotlaridan foydalangan holda elektron ma'lumotlar bazasi yaratildi. Namuna olish usuli uzluksiz edi (19 281 O'KS bilan kasallangan, 6 537 miyokard infarkti (MI) va 49 kardiogen tizimli tibbiy yordam ko'rsatish natijalari). O'KS bilan og'rigan bemorlarga shoshilinch tibbiy yordam (shifoxonagacha bo'lgan daraja) va bemorning ahvolining og'irligiga asoslangan ko'p bosqichli davolash va diagnostika jarayoniga ega ixtisoslashgan kardiologiya kasalxonasini o'z ichiga oladi. Menejment yordamning uzluksizligi printsipligiga muvofiq, ishonchli ma'lumot almashinuviga asoslangan faoliyatning aniq algoritmlarini qo'llaydi Kasalxonaga yotqizish bo'limi bosqichidan boshlab ishlaydigan shokga qarshi guruh yaratildi, tizimli yondashuv MI ST elevatsiyasi bilan kasallangan bemorlarda reperfuzion terapiya usuli sifatida birlamchi perkutan koronar aralashuvlar (PKA) uchun birinchi navbatda ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish strategiyasini ishlab chiqishga imkon berdi. KSh guruhida kasalxonada o'lim darajasi 88,0% ni tashkil etdi, bu esa asosiy PKA uchun 62,2% ni tashkil etdi O'KS bilan og'rigan bemorlarda natijalar xavflarni boshqarish metodologiyasiga asoslangan barcha darajadagi tibbiy yordam ko'rsatishning yagona tamoyillari bilan belgilanadi.

Kalit so'zlar: o'tkir koronar sindrom, kardiogen shok, xavfni boshqarish.

WAYS TO REDUCE INHOSPITAL MORTALITY IN PATIENTS WITH CARDIOGENIC SHOCK IN ACUTE CORONARY SYNDROME

No'monov Sherzodbek Murotbek o'g'li

Assistant, Department of Anesthesiology, Reanimatology and Emergency Medical Care, ASMI

Adihamjonov Shokhrukhbek Boburjon o'g'li

Assistant, Department of Anesthesiology, Reanimatology and Emergency Medical Care, ASMI

Objective: to analyze a medical care system for acute coronary syndrome (O'KS) in a large city in terms of inhospital cardiogenic shock mortality risk management. Materials and methods. The health care facility management system for a risk for cardiogenic shock (KSH) and its poor outcome (death) was a methodological basis of this study. The information from case histories of O'KS patients consecutively admitted to the Andijan Cardiology Dispensary (Andijan, Uzbekistan) in the period 2018 to 2024 was used to develop an electronic database. Sampling included 19281 patients with O'KS, 6537 with myocardial infarction (MI), 493 with KSH. Results and discussion. The medical care system for patients with O'KS encompasses an emergency team (a prehospital level), a specialized cardiac hospital (an inhospital level) with a multistage therapeutic and diagnostic process in relation the severity of a patient's status. The management is based on the principle of continuity of care, by applying the welldefined activity algorithms through valid information exchange and risk stratification for poor outcomes of O'KS. An antishock team working just in the admission unit of a hospital was set up to treat high KSH risk patients. A systems approach allowed the strategy of early specialized medical care to be developed with a priority of primary percutaneous coronary interventions (PCI) as reperfusion therapy in patients with STelevation MI. In 2018-2024, every three patients with suspected O'KS had verified MI that was complicated by KSH in 7.5%. In the KSH group, the inhospital mortality rates totaled 88.0% of cases; that after primary PCI was 62.2%. In the examined period, the introduction of innovation clinical and organizational approaches provided a reduction in this indicator by 17.6 and 37.5%, respectively. Conclusion. The efficiency of risk management for KSH and its poor outcomes in patients with O'KS is determined by the unique principles of medical care rendering at all levels on the basis of risk management methodology.

Key words: acute coronary syndrome, cardiogenic shock, risk management.

Sog'liqni saqlashda strategik menejment sog'liqni saqlash muassasasini bir qator xususiyatlarga ega bo'lgan ijtimoiy-iqtisodiy tizim sifatida ko'rib chiqadi, shu jumladan tizim parametrlarining o'zgaruvchanligi, uning yakuniy imkoniyatlarining mavjudligi, tuzilishini o'zgartirish va o'zgaruvchan sharoitlarga moslashish qobiliyati. Sog'liqni saqlash sohasidagi maqsadlar hayotni saqlash, uning sifatini yaxshilash va inson mehnat faoliyatini uzaytirishga qaratilgan. Maqsadlar turli darajalarda qo'llanilishi mumkin: strategik, tashkiliy, loyiha, mahsulot yoki jarayon [3]. Sog'liqni saqlash menejerlarining vazifasi xavflarni, ularning hajmini (ahamiyati, tanqidiyligi), chastotasini va oldini olish imkoniyatlarini aniqlashdir [1-2]. Boshqaruv tizimlariga qo'yiladigan xalqaro talablar nuqtai nazaridan, "xavf" - bu noaniqlikning maqsadlarga ta'siri, noaniqlik esa hodisani tushunish yoki uning yuzaga kelish ehtimoli bilan bog'liq bo'lgan ma'lumotlarning etarli emasligi (hatto qisman) tufayli yuzaga keladi. Rus amaliyotida "xavf" atamasi bir xil semantik yukni o'z ichiga oladi - bu hodisa ehtimoli va uning oqibatlarining kombinatsiyasi [4]. Shu munosabat bilan qon aylanish tizimi kasalliklari katta tibbiy va ijtimoiy ahamiyatga ega. Aynan shu kasalliklar klassi aholida yuqori o'lim va nogironlikni belgilaydi va yurak ishemik kasalligi bu hodisalarning eng keng tarqalgan sababidir. Ko'pgina tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, yurak ishemik kasalligining klinik ko'rinishining eng xavfli varianti o'tkir koronar sindromdir [5-7]. O'tkir koronar sindrom patologik jarayonning jadal rivojlanishi va hayot uchun xavfli asoratlarning, birinchi navbatda, miyokard infarkti (MI) va kardiogen shok (KSh) yuqori ehtimoli bilan tavsiflanadi. KSh MI ST segmenti elevatsiyasini asorati va o'lim darajasi $> 50\%$ [8-9] bilan birga keladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, KSh kasalxonada bemorlarning atigi 10 foizida rivojlanadi. Aholini o'rganish shuni ko'rsatadiki, barcha bemorlarning 26-56 foizida KSh kasalxonaga yotqizish paytida rivojlanadi va qabul paytida KSh belgilari yo'q edi [10]. Bemorlarning yarmida shokning klinik belgilari kasalxonaga yotqizilganning birinchi kunida rivojlanadi. Shu sababli, O'KS dagi KSh xavfi bu asosiy sabablarning ma'lum bir kombinatsiyasi deb taxmin qilish mumkin, bu tibbiy yordamni adekvat baholanmasdan kechiktirilishi va o'lim xavfi ortishi mumkin.

Tadqiqot maqsadi- katta shaharda kardiogen shokdan kasalxonada o'lim xavfini boshqarish nuqtai nazaridan O'KS bilan kasallangan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish tizimini tahlil qilish.

Materiallar va usullar

O'rganilayotgan hodisa O'KSda kardiogen shokdir. Tadqiqot ob'ekti - yirik shaharda O'KS uchun tibbiy yordam ko'rsatish tizimi. Kuzatuv birligi - bu O'KSda KSh rivojlanish xavfidan shubhalanishga imkon beradigan klinik belgilar yoki

alomatlarga ega bo'lgan bemor. O'quv bazasi ixtisoslashtirilgan kardiologiya markazi (Andijon). O'rganish davri 2018 yildan 2024 yilgacha bo'lgan. Ma'lumotlarni yig'ish usuli uzluksiz edi. Kuzatuv hajmi O'KS bilan 19281 bemorni, MI bilan 6537 bemorni, KSh bilan 493 bemorni tashkil etdi. Tadqiqot O'KS bilan og'riqan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishning klinik va tashkiliy jihatlarini o'rganishga tizimli yondashuvga, ixtisoslashtirilgan shahar markazida KSh uchun xavf omillarini va uning salbiy oqibatlarini vaziyatli tahlil qilishga asoslangan. Tadqiqotda birinchi navbatda xavf omillarini aniqlash, tibbiy-ijtimoiy tahlil qilish va yuqori sifatli va ishonchli ma'lumotlarga asoslangan KSH xavfini baholash, shuningdek, manfaatdor tomonlar o'rtasida ma'lumot almashish mexanizmlarini va KSHni rivojlantirish uchun xavflarni boshqarish tizimini yaratishga asosiy e'tibor berildi (rasm). Ushbu yondashuv xavflarni tegishli ravishda baholashni, tegishli boshqaruv qarorlarini qabul qilishni, muayyan sharoitlarda amalga oshirilishini va ishtirokchi tashkilotlarning maqsadlariga mos kelishini ta'minlaydi. Statistik ma'lumotlarni qayta ishlash standart litsenziyalangan "Statistica 6.0" dasturiy majmuasi yordamida amalga oshirildi. Miqdoriy ma'lumotlarni tahlil qilishda o'rtacha qiymat va standart og'ish ($M \pm SD$) hisoblab chiqilgan; sifat ma'lumotlarini solishtirish uchun chastota (P, %) hisoblab chiqilgan va Pearson ch kvadrat mezonidan foydalanilgan. Muhimlik darajasining kritik qiymati (p) 0,05 ga teng qabul qilindi. Kasalxonadagi o'limni tahlil qilish butun o'rganish davri uchun va 2015-2021 yillar bilan 2018-2024 yillar bilan taqqoslaganda amalga oshirildi.



Цикл управления риском развития КШ у пациентов с ОКС.

Natijalar va muhokama

Andijonda taxminan 4 mln ga yaqin aholi istiqomat qiladi. 2015 yilgacha Andijondada O'KS bilan og'rig'an bemorlarga yordam ko'rsatishning tashkiliy asoslari farqlanmagan va Sog'liqni saqlash vazirligining buyruqlari va tavsiyalari talablariga muvofiq qurilgan. O'KSga shubha qilingan bemorlar to'g'ridan-to'g'ri shoshilinch kasalxonalarining intensiv terapiya bo'limiga (IT) yotqizilgan. Trombolitik terapiya MI ST elevatsiyasi bilan og'rig'an bemorlar uchun asosiy reperfuzya usuli edi. Endovaskulyar aralashuvlar kamdan-kam hollarda va kechiktirilgan holda amalga oshirildi. Magistral yo'llarning yaxshi tarmog'i va Andijon viloyatining ma'muriy tumanlarining ixcham joylashuvi tez yordam brigadasini kutish vaqtini va bemorni tibbiy muassasaga olib borish vaqtini qisqartirish uchun qulay shart-sharoitlarni yaratdi. Bu MI ST elevatsiyasi bilan og'rig'an bemorlarda reperfuzion terapiya usuli sifatida birlamchi perkutan koronar aralashuvlarga (PKA) ustuvor bo'lgan ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamni erta ko'rsatish strategiyasini ishlab chiqish imkonini berdi. Faqat 2015 va 2021 yillar oralig'ida MI uchun asosiy PKA soni olti baravar ko'paydi (mos ravishda 75 dan 446 gacha). O'KS diagnostikasi va davolashning klinik yondashuvlarini takomillashtirish shahar sog'liqni saqlash darajasida, shuningdek, tibbiyot muassasalari darajasida ixtisoslashtirilgan yordam tuzilmasini optimallashtirishni talab qildi. Andijon kardiologiya xizmati yopiq tsikl texnologiyasi printsipli asosida ishlaydi va O'KS uchun ko'p bosqichli va ko'p bosqichli tibbiy yordam tizimiga ega, bu uni O'zbekistondagi an'anaviy tizimdan hozirgi kungacha ajratib turadi. 2015 yilgacha tuzilma shahar kardiologiya xizmati darajasida takomillashtirildi; keyingi yillarda ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam tizimidagi asosiy markaz sifatida kardiologiya markazi darajasida takomillashtirildi. 2015–2021 yillar davri kardiologiya markazi va shahar tibbiy xizmatlari (ko'p bosqichli o'zaro hamkorlik), shuningdek, kardiologiya markazi doirasida (ko'p bosqichli o'zaro ta'sir) faoliyatini integratsiyalash bo'yicha boshqaruv tizimini shakllantirish bilan tavsiflandi. 2018–2024-yillarda O'KS asoratlari va KSh tufayli kasalxonada o'lim xavfini kamaytirishga qaratilgan tibbiy yordam tizimi ishlab chiqildi. Andijonda kardiologiya yotoqlarining 82% kardiologiya markazida to'plangan bo'lib, u ambulatoriya muassasalari (kasalxonagacha bo'lgan daraja) bilan yaxshi o'zaro ta'sir qiladi. Kardiologiya markazi zamonaviy moddiy-texnika bazasiga va yuqori malakali kadrlarga ega bo'lib, bu OKS bilan kasallangan bemorlarga yuqori texnologiyali tibbiy aralashuvlarni amalga oshirishni ta'minlaydi. Kardiologiya markazining tuzilishi, standartdan farqli o'laroq, mustaqil qabul bo'limi va intensiv terapiya bo'limi (IT) ni o'z ichiga oladi. Kardiologiya markazining qabul bo'limi, IT, rentgen endovaskulyar laboratoriyasi umumiy

fazoviy-hududiy tuzilishga ega bo'lib, laboratoriya va diagnostika blokiga piyoda masofada joylashgani bemorni yotqizishdan to'xtatib qolgan tibbiy yordam ko'rsatishgacha bo'lgan vaqtni qisqartirish nuqtai nazaridan muhim hisoblanadi. Qabul qilish bo'limining asosiy vazifalari OKS bilan kasallangan bemorga tibbiy yordam ko'rsatish jarayonining barcha tashqi ishtirokchilari bilan o'zaro munosabatlarni muvofiqlashtirish va kardiologiya markazida bemorning yo'nalishini aniqlashdan iborat. Tez tibbiy yordam brigadasi va kardiologiya markazining muvaffaqiyatli o'zaro hamkorligini ta'minlash uchun "Kasalxonagacha bo'lgan bosqichda ST segmenti ko'tarilgan O'KS bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish algoritmi" ishlab chiqilgan. Axborot almashinuvi tez tibbiy yordam stantsiyasining dispetcherlik bo'limlari va qabul bo'limi o'rtasida alohida telefon liniyasi orqali ta'minlanadi. O'KS tashxisini tekshirish uchun bemorni tekshirish Andijon shahar sog'liqni saqlash organi tomonidan tasdiqlangan standartga muvofiq amalga oshiriladi. Bo'lim zarur ekspress diagnostika uskunalari bilan ta'minlangan bo'lib, tegishli kasalxona o'rinlari bilan ta'minlangan. O'KS bilan og'rigan bemorda yurak-qon tomir tizimining noxush hodisalari xavfi shoshilinch tibbiy yordam darajasida aniqlanadi, shuning uchun qabul bo'limida bemorlar shoshilinch tibbiy yordam turiga va ko'lamiga qarab triajlanadi. Agar bu xavf shoshilinch tibbiy yordam darajasida aniqlansa, bemor shoshilinch yordam bo'limini chetlab o'tib, to'g'ridan-to'g'ri reanimatsiya bo'limiga (IT) yotqiziladi. Quyidagilar IT qabul qilish huquqiga ega:

- simptomlar boshlanganidan keyin 24 soat ichida elektrokardiogrammada ST segmenti ko'tarilgan bemorlar, shu jumladan, kasalxonaga yotqizish bosqichida trombolitik terapiya bilan og'rigan bemorlar;
- yurak yetishmovchiligi bilan asoratlangan kasallikning kechishi bilan simptomlar rivojlanishidan 24 soatdan ortiq vaqt o'tgan elektrokardiogrammada ST segmenti ko'tarilgan barcha bemorlar; hayot uchun xavfli aritmiyalar, vaqtinchalik yurak stimulyatori implantatsiyasi zarurati bilan yurak o'tkazuvchanligining buzilishi.
- Killip II va undan yuqori bo'yicha qon aylanish yetishmovchiligi bo'lgan barcha bemorlar.

Reanimatsiya bo'limining (IT) asosiy maqsadi bemorni dastlabki barqarorlashtirishdir. Nasos funksiyasi keskin kamaygan bemorni barqarorlashtirish uchun zarur bo'lgan vaqtni qisqartirish va jarrohlik revaskulyarizatsiya uchun maqbul sharoitlarni yaratish uchun shokga qarshi guruhlar tashkil etilgan va shoshilinch tibbiy yordam guruhidan bemor haqida xabar olgandan so'ng ogohlantirish holatiga keltiriladi. Shunga o'xshash tajriba

xorijiy klinikalarda faol rivojlanmoqda, lekin O'zbekistonkardiologiya amaliyotida kam qo'llaniladi.

Andijon kardiologiya markazining shokga qarshi guruhiga rentgenolog, radiologiya bo'limining anesteziologi, intensiv terapiya bo'limi (IT) reanimatologi va qabul qiluvchi kardiolog kiradi. Aniq algoritm mutaxassislarning harakatlarini belgilaydi. IT reanimatologi "shokga qarshi guruh" harakatlarini muvofiqlashtiradi. Agar kerak bo'lsa, sun'iy ventilyatsiya o'tkaziladi, aorta ichidagi balon pompasi va SwanGanz kateteri kiritiladi, invaziv gemodinamik monitoring boshlanadi va inotrop terapiya sozlanadi. Bemorning ahvolining og'irligiga qarab, miyokard infarktining rivojlanishini va uning asoratlari xavfini majburiy monitoring qilish algoritmlari qo'llaniladi. ITda qolish muddati tananing hayotiy funksiyalarini barqarorlashtirish uchun zarur bo'lgan davrning davomiyligiga bog'liq.

Ilgari o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, nafaqat o'z vaqtida va etarli revaskulyarizatsiya, balki tizimli yallig'lanish reaksiyasi belgilari doimiy past yurak chiqishi ko'rsatkichlari bilan birgalikda paydo bo'lganda, ekstrakorporeal gomeostazni tuzatish usullarini erta qo'llash KSHrivojlanishi va asoratlanishi xavfiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Agar intensiv terapiya bo'limiga yotqizilganidan keyin dastlabki 12 soat ichida yurak indeksining $2,5 \text{ l} / \text{m}^2$ dan oshishiga erishilmasa, bu bemorlar uchun prognoz murakkablashadi. Bemorlarning ushbu guruhida ko'p a'zolar disfunktsiyasi sindromining (PYe) rivojlanishi muqarrar, bu uzoq muddatli davolanish va o'lim xavfi yuqori bo'lgan sababdir. Klinik o'lim bilan asoratlangan KSh yoki reperfuziya davrida davom etadigan past yurak chiqishi sindromi bilan og'rigan bemorlarda buyrakdan tashqari ko'rsatmalar uchun erta, preemptiv buyrakni almashtirish terapiyasi (PBAT) taktikasini qo'llash maqsadga muvofiqligi isbotlangan. KSHva yuqumli bo'lmagan tizimli yallig'lanishli javob sindromi bo'lgan bemorlarda PBAT protsedurasi PKA dan keyin 12 soat ichida boshlanadi. Shu sababli, PYe ning oldini olish va davolash maqsadida revaskulyarizatsiyadan o'tgan bemorlar ham kardiologiya markazining ITga yotqiziladi. 2015 va 2021 yillar oralig'ida 30 ta PBAT protsedurasi amalga oshirildi. Bemorning ahvolining dastlabki og'irligi APACHE II shkalasi yordamida baholanadi, asoratlar ehtimoli aniqlanadi. Kasallik kursining dinamikasi SOFA organ etishmovchiligi shkalasi yordamida baholanadi, chunki u eng yuqori sezuvchanlik va o'ziga xoslikka ega. Barqaror gemodinamik ko'rsatkichlar, og'riq sindromining yo'qligi va jarrohlik aralashuvining gemorragik asoratlari bemorni keyingi bosqichga - o'tkir koronar patologiya bo'limiga o'tkazish to'g'risida qaror qabul qilish imkonini beradi. Retrospektiv tarzda, Andijon Kardiologiya markazining elektron ma'lumotlar bazasidan foydalanib, biz quyidagilarni

o'rnatdik. 2015 yildan 2021 yilgacha MI bilan og'rigan bemorlarning ulushi kardiologiya markazida kasalxonaga yotqizilgan O'KS bilan og'rigan bemorlarning 33,9% ni tashkil etdi, ular orasida KSh bilan og'rigan bemorlarning ulushi 7,5% (minimum 4,4%, maksimal 10,4%).

KSH bilan og'rigan bemorlar guruhida erkaklar ulushi (51,5%) ayollarga nisbatan (48,5%) ustunlik qiladi. KSH bilan og'rigan bemorlarning o'rtacha yoshi $70,4 \pm 11,2$ yil (minimum 39 yosh, maksimal 94 yosh). Ijtimoiy mavqeiga ko'ra, bemorlarning 82,3 foizi pensionerlar; 33,2 foizi nogironlar. Ushbu guruhdagi bemorlar orasida komorbidlikning yuqori tarqalishi qayd etilgan. Shunday qilib, nafas etishmovchiligi bilan surunkali obstruktiv o'pka kasalligi 10,1% hollarda, surunkali buyrak etishmovchiligi - 6,5% hollarda, onkopatologiya - bemorlarning 5,5% da aniqlangan. Bemorlarning deyarli yarmi (48,5%) ilgari miyokard infarkti bilan kasallangan. Bemorlarning 87,2 foizida gipertenziya, Vasilenko Strazhesko tasnifiga ko'ra surunkali yurak etishmovchiligi II bosqich - bemorlarning 54 foizida tashxis qo'yilgan. Bemorlarning 17,0 foizida o'tkir serebrovaskulyar avariylar tarixi qayd etilgan. KSh bilan og'rigan bemorlarning 33,2 foizida multifokal tomirlar shikastlanishi aniqlandi, xususan, ekstrakranial arteriyalarning aterosklerozi (49,4%) va pastki ekstremal arteriyalarning aterosklerozi (50,2%). Ilgari koronar angiografik tadqiqotlar tadqiqot guruhidagi bemorlarning atigi 10,3 foizida (51 bemor) amalga oshirilgan. 17 nafar bemorda (33%) yurak tomirlarini angioplastika va stentlash, 6 nafar bemorda (11%) koronar arteriyalarni aylanib o'tish o'tkazildi. 6 nafar bemorga koronar arteriya bypass transplantatsiyasiga ko'rsatmalar berildi, 5 nafar bemorga PKA tavsiya etildi. Jarrohlik revaskulyarizatsiyasining texnik jihatdan mumkin emasligi sababli 17 nafar bemorda koronar arteriya kasalliklarini konservativ davolash taktikasi belgilandi. Og'riq boshlanganidan kasalxonaga yotqizilishgacha bo'lgan o'rtacha vaqt $11,1 \pm 9,9$ soat, tez yordam mashinasida yurak markaziga o'rtacha etkazib berish vaqti $13,1 \pm 10,6$ minut. Kasallikning davomiyligi 30,3% bemorlarda 24 soatdan ortiq, 6 soat yoki undan kam - 50,7% va 6 dan 24 soatgacha - bemorlarning 19%. Kardiyak markazga yotqizilgan vaqtda Killip tasnifi bo'yicha o'tkir yurak etishmovchiligining tuzilishi quyidagicha edi: Killip I - bemorlarning 13,8%, Killip II - bemorlarning 35,9%, Killip III - 12,8% va Killip IV - bemorlarning 37,5%. Ushbu tuzilma shuni ko'rsatadiki, barcha bemorlar qabul qilinganida KSH bo'lmagan. Umuman olganda, tadqiqot davrida o'rganilayotgan bemorlar guruhida KSH terapiyasi 11,1% hollarda tromboliz va 17,0% hollarda birlamchi PKA yordamida amalga oshirildi. Birlamchi PKA ulushining 2006-2008 yillarda 11,5% dan 2009-2011 yillarda 21,0% gacha o'sishi va tromboliz ulushining mos ravishda 14,4 dan 8,7% gacha pasayishi tendentsiyasi mavjud. 2008-2011-yillarda

jami 174 ta intraaorta ballon nasosi muolajalari amalga oshirildi. 2006-2011 yillarda KSh bilan kasallangan bemorlarning shifoxonadagi o'limi o'rtacha 88,0% ni tashkil etdi. Shunisi e'tiborga loyiqki, 2006-2008 yillarda KSh dan o'lim 98,0% ni tashkil etgan bo'lsa, 2018-2024 yillarda bu ko'rsatkich 80,7% ni tashkil etdi ($p=0,0001$). Birlamchi PKA dan o'tgan KSh bilan og'rigan bemorlar orasida 2015-2021 yillarda o'lim darajasi 62,2% ni tashkil etgan bo'lsa, 2015-2021 yillarda 88,9%, 2018-2024 yillarda - 55,5% ($p=0,0014$). 2015-2021 yillarda trombolizda o'lim darajasi 91,6% ni tashkil etdi. 2015-2021 yillarda - 100% hollarda, 2017-2024 yillarda - 83,3% hollarda ($p = 0,019$). 2015-2024 yillarda reperfuzyasiz KSh bilan og'rigan bemorlarning o'limi 99,0%, 2015-2021 yillarda - 99,3%, 2015-2024 yillarda - 98,6% ($p = 0,55$).

Xulosa

1. Shu jumladan KShdan kasalxonada o'limni kamaytirishga qaratilgan O'KS uchun tibbiy yordamni boshqarish tizimi kasalxonadan oldingi bosqichda (shoshilinch tibbiy yordam) xavfni baholashni o'z ichiga oladi.
2. Shoshilinch tibbiy yordam xizmati va kardiologiya markazi va aloqa almashinuvi (shifokor, dispetcher) amaliyotida xavfni aniqlash algoritmidan foydalanish intensiv terapiyaning adekvat prognozi va uni o'z vaqtida amalga oshirish uchun sharoit yaratadi.
3. Kardiologiya markazining ko'p bosqichli va ko'p bosqichli integratsiyaga asoslangan innovatsion tuzilmasi O'KS da salbiy oqibatlarni rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarga yordam ko'rsatishda fanlararo yondashuvni ta'minlaydi (qabul qilish bo'limi, intensiv terapiya bo'limi, shokga qarshi guruhlar).
4. Ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish tizimiga xavflarni boshqarish metodologiyasini joriy etish O'KS bilan KSh da kasalxonada o'lim darajasining pasayishiga olib keladi.

Adabiyot

1. Bekishev V.A. Sog'liqni saqlash menejeri xavflarni boshqarish haqida nimani bilishi kerak. Sog'liqni saqlash menejerlari uchun iqtisodiyot va menejment masalalari. 2011; 10 (121): 13–17.
2. Vyalkov A.I., Kucherenko V.Z. Tibbiyot amaliyotida xatarlarning nazariy va tashkiliy-uslubiy asoslari. Sog'liqni saqlashni boshqarish muammolari. 2006; 2: 52-57.

3. Risklarni boshqarish - Lug'at ISO Guide 73:2009. URL: http://www.iso.org/iso/catalogue_detail?KShnumber=44651 (kirish 23.04.2012).
4. GOST R 51897—2002 "Xavflarni boshqarish. Shartlar va ta'riflar". URL: <http://www.gostbaza.ru/> (kirish sanasi 23.04.2012).
5. Gafarova A.V., Gafarov V.V. Miokard infarkti: o'lim va unga bog'liq omillar (JSSTning "O'tkir miokard infarkti reestri", "Monika" dasturlari asosida epidemiologik tadqiqot). Sib. med. jurnal. (Tomsk). 2009; 24 (1-1): 12-14.
6. Ipatov P.V., Boytsov S.A. O'tkir koronar sindrom uchun birinchi yordam yurak-qon tomir kasalliklarining o'tkir shakllaridan o'limni kamaytirishning ustuvor yo'nalishi sifatida. Yurak va qon tomirlari kasalliklari. 2009; 2: 41–57.
7. Perxov V.I., Gridnev O.V., Baluev E.E. O'zbekiston Federatsiyasi aholisining qon aylanish tizimi kasalliklaridan o'lim va shifoxona o'limini qiyosiy tahlil qilish. O'zbekiston Tibbiyot fanlari akademiyasining Sibir bo'limining axborotnomasi. 2010; 30 (2): 139–143.
8. Beker RC, Gore JM, Lambrew C., Weaver WD, Rubison RM, French WJ, Tiefenbrunn AJ, Bowlby LJ, Rogers WJ. Miokard infarktining AQSh milliy reestrda yurak yorilishining kompozit ko'rinishi. J. Am. Koll. Kardiol. 1996 yil; 27 (6): 1321–1326.
9. Holmes DR, Berger PB, Hochman JS, Granger CB, Thompson TD, Califf RM, Vahanian A., Bates ER, Topol EJ STsegment ko'tarilishi bilan va bo'lmagan o'tkir ishemik sindromli bemorlarda kardiogen shok. Aylanma. 1999; 100 (20): 2067–2073.
10. Hochman JS, Buller CE, Sleeper LA, Boland J., Dzavik V., Sanborn TA, Godfrey E., White HD, Lim J., LeJemtel T. AMIni murakkablashtiradigan kardiogen shok - etiologiyalar, boshqaruv va natijalar: SHOCK Trial Registry hisoboti. Kardiogen shok uchun tiqilib qolgan koronarlarni shoshilinch revaskulyarizatsiya qilishimiz kerakmi? J. Am. Koll. Kardiol. 2000; 36(3 Suppl A): 1063–1070.