



ICHKI KASALLIKLARDA KOMBORBIDLIK VA POLIFORMATSIYANING AHAMIYATI

Norimonova U.M.

ANNOTATSIYA: Ushbu maqolada ichki kasalliklar amaliyotida komorbidlik va polifarmatsiya fonida dori bilan bog'liq nojo'ya holatlarni kamaytirish muammosi yoritildi. Maqsad birlamchi bo'g'inda davolashni xavfsizroq qilish uchun klinik qaror qabul qilishning ustuvor yo'nalishlarini aniqlashdir. Kuzatuv va taqqosiy tahlil asosida risk omillari, dori o'zaro ta'siri hamda monitoring yetishmovchiligi tizimlashtirildi. Natijalar depreskribing va laborator nazoratni standartlashtirish samaradorligini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: komorbidlik, polifarmatsiya, dori xavfsizligi, ichki kasalliklar, birlamchi bo'g'in, depreskribing, klinik monitoring.

АННОТАЦИЯ: В этой статье рассматривается проблема снижения побочных эффектов, связанных с лекарственными препаратами, на фоне коморбидности и полифармации в практике внутренних заболеваний. Цель состоит в том, чтобы определить приоритетные направления клинического принятия решений, чтобы сделать лечение в первичном отделении более безопасным. На основе наблюдения и сравнительного анализа были систематизированы факторы риска, лекарственные взаимодействия и недостаток мониторинга. Результаты показывают эффективность депрескрибинга и стандартизации лабораторного контроля.

Ключевые слова: коморбидность, полифармация, лекарственная безопасность, внутренние заболевания, первичный диагноз, депрескрибинг, клинический мониторинг.

ABSTRACT: This article addresses the problem of reducing drug-related side effects against the backdrop of comorbidity and polypharmacy in the practice of internal diseases. The goal is to identify priorities for clinical decision-making to make primary care safer. Risk factors, drug interactions, and lack of monitoring



were systematized based on observation and comparative analysis. The results demonstrate the effectiveness of deprescribing and standardization of laboratory control.

Key words: comorbidity, polypharmacy, safety of the drug, internal diseases, primary diagnosis, deprescribing, clinical monitoring, and the like.

Mavzuning dolzarbligi. Ichki kasalliklar amaliyoti so‘nggi o‘n yilliklarda bir vaqtning o‘zida bir nechta surunkali kasallik bilan yashayotgan bemorlar ulushining ortishi bilan murakkablashdi. Arterial gipertenziya, 2-tur qandli diabet, surunkali yurak yetishmovchiligi, surunkali buyrak kasalligi, dislipidemiya, surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi kabi holatlar ko‘pincha bir bemorda birikib keladi va bu klinik qaror qabul qilishni faqat bitta nosologiya algoritmi doirasida olib borishni imkonsiz qiladi. Komorbidlik klinik manzarani o‘zgartiradi, simptomlarning tipikligini kamaytiradi, asoratlar xavfini keskin oshiradi hamda dori tanlashda muvozanatni talab qiladi. Shuningdek, ko‘p kasallikni bir vaqtda davolash amaliyotda polifarmatsiyani kuchaytiradi, ya’ni bemor bir necha guruhdagi dori vositalarini uzoq muddat qabul qiladi. Polifarmatsiya esa dori o‘zaro ta’siri, nojo‘ya reaksiyalar, davolashga rioya qilishning pasayishi va iatrogen asoratlar xavfini oshiradi.

Xalqaro adabiyotlarda polifarmatsiyaning klinik oqibatlarini, ayniqsa keksa yoshdagilar va buyrak funksiyasi pasaygan bemorlarda, alohida ta’kidlanadi [1; 2]. Rossiya va mintaqaviy manbalarda ham ichki kasalliklar bo‘limlarida dori yuklamasi oshib borayotgani, standart protokollarni moslashtirish zarurati qayd etilgan [3; 4]. Ichki kasalliklarda komorbidlik va polifarmatsiya sharoitida davolash xavfsizligini oshirish: birlamchi bo‘g‘inda klinik qaror qabul qilishni optimallashtirishga doir kuzatuv tadqiqoti. Muammo shundaki, klinik amaliyotda ko‘p holatda har bir kasallik uchun alohida klinik tavsiyalar qo‘llanadi, biroq ularning kesishgan nuqtalarida xavfsizlik masalalari yetarlicha boshqarilmaydi. Masalan, gipertenziyada renin-angiotenzin tizimiga ta’sir qiluvchi dori vositalari buyrak kasalligi bo‘lgan bemorda foydali bo‘lishi mumkin, lekin giperkaliemiya va kreatinin oshishi xavfini kuchaytiradi; nosteroid yallig‘lanishga qarshi dorilar esa



og'riqni kamaytirsada, arterial bosimni ko'tarishi va buyrak perfuziyasini yomonlashtirishi mumkin. Qandli diabetda ayrim preparatlar yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorda afzal, boshqalari esa suyuqlik ushlanishi kabi nojo'ya ta'sirlar bilan cheklanadi [1; 5]. Amaliyotda bu muvozanatni ta'minlash uchun dori ro'yxatini muntazam qayta ko'rib chiqish, laborator va klinik monitoringni aniq mezonlar asosida yo'lga qo'yish hamda deprescribing yondashuvini qo'llash zarur. Deprescribing dori vositalarini "bekor qilish"ning oddiy akti emas, balki xavf-foyda nisbatini qayta baholash, ustuvorliklarni belgilash, bemorning maqsadlari va hayot sifati bilan uyg'un qaror qabul qilish demakdir [2]. Shu bilan birga, birlamchi bo'g'in sharoitida vaqt cheklovi, laborator resurslar, bemorlarning o'z-o'zini davolashi va bir nechta mutaxassislar tomonidan parallel buyurilgan dori vositalari xavfsizlikni boshqarishni qiyinlashtiradi. Mazkur maqolada ichki kasalliklar yo'nalishida komorbid bemorlarni davolashda dori xavfsizligini oshirishga qaratilgan klinik qaror qabul qilish muammosi tadqiq qilinadi. Tadqiqot bo'shlig'i shundaki, mahalliy amaliyotda polifarmatsiya sharoitida xavfni tizimli baholash, dori o'zaro ta'sirini aniqlash va monitoringni standartlashtirish mexanizmlari birlamchi bo'g'inda ko'pincha fragmentar qo'llanadi va natijada iatrogen asoratlar nazorat qilinmay qoladi [4; 6].

Tadqiqot maqsadi. Birlamchi bo'g'inda komorbid bemorlar uchun polifarmatsiya bilan bog'liq nojo'ya holatlar xavfini oshiruvchi omillarni aniqlash, dori o'zaro ta'siri va monitoringdagi uzilishlarni tizimlashtirish hamda deprescribing va nazorat mezonlari asosida xavfsizlikni oshirish yo'llarini asoslashdan iborat. Vazifalar sifatida komorbidlik profillarini klinik jihatdan tavsiflash, yuqori xavfli dori kombinatsiyalarini ajratish, laborator monitoringning yetishmovchi nuqtalarini aniqlash va amaliy qaror qabul qilish uchun soddalashtirilgan, lekin klinik mantiqqa tayanuvchi yondashuvni taklif etish belgilandi.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot dizayni kuzatuv va tahliliy-taqqosiy yondashuvga asoslandi. Ichki kasalliklar yo'nalishida birlamchi bo'g'in va shifoxona amaliyotida uchraydigan komorbid bemorlarni boshqarishda dori



xavfsizligiga ta'sir etuvchi omillarni aniqlash uchun retrospektiv tibbiy hujjatlar tahlili hamda klinik qarorlarning mantiqiy auditi amalga oshirildi. Metodologik asos sifatida klinik epidemiologiya va farmakoterapiya xavfsizligi konsepsiyasi qabul qilindi; bunda komorbidlik, polifarmatsiya, dori bilan bog'liq muammolar, monitoring sifati va nojo'ya holatlar o'rtasidagi bog'liqlik mantiqiy zanjir sifatida ko'rildi. Tibbiy hujjatlar ichida ambulator kartalar, epikrizlar, laborator natijalar, buyurilgan dori ro'yxatlari va qayd etilgan nojo'ya holatlar (gipotenziya epizodlari, gipoglikemiya, dispepsiya, qon ketish, buyrak funksiyasi yomonlashuvi, elektrolit buzilishlari, yurak ritmi buzilishi kabi) ajratib olindi. Ma'lumotlar tahlilida klinik guruhlash usuli qo'llanib, bemorlar asosiy komorbid profillarga ajratildi: metabolik-kardiorenal profil, kardiorespirator profil, va ko'p tizimli profil. Har bir profil doirasida dori yuklamasi, o'zaro ta'sir ehtimoli, monitoring chastotasi va nojo'ya holatlar qayd etilishining mantiqiy uyg'unligi baholandi.

Tadqiqotning tahliliy qismi uchun dori vositalari orasidagi potensial o'zaro ta'sirlar farmakodinamik va farmakokinetik prinsiplar asosida baholandi, bunda xalqaro klinik tavsiyalar va farmakoterapiya bo'yicha konsensus yondashuvlardan foydalanildi [1; 2; 5]. Ayniqsa antikoagulyantlar va antitrombotsitarlar, renin-angiotenzin tizimiga ta'sir qiluvchi dorilar, diuretiklar, glyukozani pasaytiruvchi preparatlar, proton pompa ingibitorlari, statinlar, antiaritmiklar, shuningdek og'riq qoldiruvchi dorilarning kombinatsiyalari yuqori xavfli toifa sifatida ko'rib chiqildi.

Monitoring bahosi kreatinin va eGFR dinamikasi, kaliy va natriy kabi elektrolitlar, glikemiya va glikatsiyalangan gemoglobin, jigar fermentlari, gemoglobin va gemostaz ko'rsatkichlari, arterial bosim va tana vazni dinamikasi kabi parametrlar asosida amalga oshirildi. Ushbu parametrlar tanlovi klinik mantiqqa ega bo'lib, polifarmatsiya sharoitida eng ko'p uchraydigan iatrogen xavflar aynan shu ko'rsatkichlar orqali erta aniqlanishi mumkinligi bilan asoslandi [1; 3]. Taqqosiy tahlilda ma'lumotlar "monitoring yetarli" va "monitoring yetarli emas" deb shartli ajratilgan holatlar bo'yicha mantiqiy solishtirildi; maqsad aniq foizlar berishdan ko'ra, xavf zanjirining qayerda uzilishini ko'rsatish edi.



Estetik jihatdan, tadqiqot shaxsiy ma'lumotlarni identifikatsiyalovchi elementlarsiz, umumlashtirilgan tahlil shaklida olib borildi. Metodlarning ushbu kombinatsiyasi maqola maqsadiga mos, chunki u klinik amaliyotdagi real qarorlar, dori buyurish odatlari va monitoring amaliyoti o'rtasidagi nomuvofiqliklarni ochib berishga imkon beradi hamda nazariy tavsiyalarni kontekstga mos amaliy xulosalarga aylantiradi.

Tahlil komorbid bemorlarda polifarmatsiya ko'pincha "qo'shib borish" mantiqi bilan shakllanishini ko'rsatdi: yangi tashxis yoki simptom paydo bo'lganda dori qo'shiladi, biroq avvalgi dori vositalarining davom ettirilishi uchun qayta baholash yetarli darajada amalga oshirilmaydi. Buning natijasida dori ro'yxati vaqt o'tishi bilan klinik vaziyatga nisbatan og'irlashadi va xavf-foyda nisbati bemor foydasidan chetga chiqishi mumkin. Metabolik-kardiorenal profilda renin-angiotenzin tizimiga ta'sir qiluvchi dori, diuretik, glyukozani pasaytiruvchi preparat va statin kombinatsiyalari tez-tez uchrashi kuzatildi; bunday kombinatsiyalar o'z-o'zidan klinik asosli bo'lsa-da, laborator monitoring uzilishlari bo'lganida buyrak funksiyasi yomonlashuvi va elektrolit buzilishlari xavfi ortadi. Ayniqsa diuretik va renin-angiotenzin tizimi blokatorlari fonida suvsizlanish epizodlari yoki o'tkir infeksiya paytida kreatinin oshishi va giperkaliemiya xavfi mantiqan yuqori ekani, amaliyotda esa bunday vaziyatlarda vaqtinchalik doza moslashuvi yoki qisqa muddatli to'xtatib turish qarorlari doim ham hujjatlashtirilmagani aniqlandi.

Kardiorespirator profilda beta-blokatorlar, bronxodilatatorlar, inhalyatsion kortikosteroidlar va antitrombotsitarlar birikmasi fonida yurak urish tezligi, bronxospazm xavfi va qon ketish xavfi bo'yicha klinik kuzatuvning notekisligi qayd etildi. Klinik qarorlar ko'pincha bitta tizimning ustuvorligiga qurilgan: masalan, yurak ishemik kasalligi nazoratini kuchaytirish maqsadida beta-blokator dozasini oshirish respirator simptomlarni kuchaytirishi ehtimoli yetarlicha muhokama qilinmagan holatlar uchradi. Ko'p tizimli profilda esa dori ro'yxati ichida "simptomatik" preparatlar ulushi yuqori bo'lib, ularning ayrimlari asosiy patogenetik dori vositalari bilan birga nojo'ya holatlar xavfini kuchaytiruvchi fon yaratishi aniqlandi. Bu guruhda uyquni yaxshilash, og'riqni kamaytirish,



dispepsiyani davolash uchun qo'shilgan dori vositalari ko'paygan sari kognitiv noaniqlik, arterial bosimning beqarorlashuvi va yiqilish xavfi oshishi mumkinligi mantiqan kuzatildi, biroq bu xavf ko'pincha rejalashtirilgan baholash mezonlari bilan birga olib borilmagan.

Dori o'zaro ta'sirlari bo'yicha tahlil uchta takrorlanuvchi xavf klasterini ajratib ko'rsatdi. Birinchi klaster antitrombotsitar yoki antikoagulyantlar bilan bir vaqtda oshqozon-ichak shilliq qavatiga ta'sir etuvchi dorilar, xususan ayrim og'riq qoldiruvchi preparatlar qo'llanganda qon ketish xavfining ortishi bilan bog'liq bo'ldi; bunday holatlarda gastroproteksiya va gemoglobin monitoringi har doim ham tizimli yo'lga qo'yilmagani aniqlandi. Ikkinchi klaster buyrak perfuziyasiga va elektrolit muvozanatiga ta'sir etuvchi kombinatsiyalar bilan bog'liq bo'lib, diuretiklar, renin-angiotenzin tizimi blokatorlari va ayrim og'riq qoldiruvchi preparatlar birikmasi fonida buyrak funksiyasi yomonlashuvi ehtimoli yuqori ekani qayd etildi; monitoring yetarli bo'lmagan holatlarda klinik shikoyatlar paydo bo'lgandan keyingina laborator tekshiruv tayinlanishi kuzatildi. Uchinchi klaster glyukozani pasaytiruvchi preparatlar fonida ovqatlanish rejimi buzilganda yoki infeksiya paytida gipoglikemiya xavfi oshishi bilan bog'liq bo'lib, bemor ta'limi va o'zini kuzatish mexanizmlari yetarli bo'lmagan holatlarda simptomlar kech aniqlanishi ehtimoli mavjudligi ko'rsatildi.

Olingan natijalar va ularning tahlili. Monitoring bo'yicha natijalar shuni ko'rsatdiki, laborator va klinik nazorat ko'pincha reaktiv xarakterga ega, ya'ni nojo'ya holat gumoni paydo bo'lganda faollashadi, biroq polifarmatsiya sharoitida profilaktik nazorat intervallari aniq belgilab berilmagan. Kreatinin va kaliy nazorati renin-angiotenzin tizimi blokatorlari yoki diuretiklar dozasini o'zgartirgandan so'ng doim ham qisqa muddat ichida qayta tekshirilmagan; glikemiya nazorati esa ko'proq subyektiv simptomlarga bog'langan, glikatsiyalangan gemoglobin esa davolash rejimi o'zgarganda ham tizimli baholanmagan holatlar uchradi. Qon bosimini uy sharoitida o'lchash bo'yicha tavsiyalar berilgan bo'lsa-da, o'lchov natijalarini qayd etish va shifokorga taqdim etish mexanizmlari standartlashtirilmagani sababli qaror qabul qilish ko'pincha bir martalik qabuldagi ko'rsatkichlarga tayangan.



Depreskribing yondashuvi qo‘llangan holatlar tahlili shuni ko‘rsatdiki, dori ro‘yxatini qayta ko‘rib chiqish bemorning klinik maqsadlari bilan bog‘lab olib borilganda iatrogen shikoyatlar kamayishi mantiqan kuzatiladi. Xususan, simptomatik preparatlarning bir qismini to‘xtatish yoki dozasini kamaytirish, dublikat ta‘sir mexanizmlarini bartaraf etish va dori qabul qilish rejimini soddalashtirish davolashga rioya qilishni yaxshilashga yo‘l ochishi mumkinligi aniqlashtirildi. Biroq depreskribing qarorlari ko‘pincha aniq hujjatlashtirilmagan, natijada keyingi tashriflarda avval bekor qilingan dori yana qayta qo‘shilib qolishi ehtimoli paydo bo‘lishi qayd etildi.

Olingan natijalar ichki kasalliklar amaliyotida polifarmatsiya ko‘pincha kasalliklar bo‘yicha tavsiyalarni yig‘ma qo‘llashdan kelib chiqishini ko‘rsatadi; bu holat xalqaro adabiyotlarda “ko‘rsatma bo‘yicha to‘g‘ri, biroq bemor bo‘yicha murakkab” paradoksi sifatida muhokama qilinadi [1]. Shu nuqtai nazardan, biz aniqlagan monitoringning reaktiv xarakteri va dori ro‘yxatini qayta baholashning epizodikligi polifarmatsiya xavfini boshqarishdagi markaziy bo‘shliq hisoblanadi. Mahalliy va mintaqaviy amaliyotga oid tahlillarda ham birlamchi bo‘g‘inda laborator nazoratning uzilishi, ko‘p mutaxassisli yondashuvda buyurilgan dorilarni muvofiqlashtirish qiyinligi qayd etilgan [4; 6]. Bizning natijalar ushbu kuzatuvlarni klinik mantiq zanjiri orqali kuchaytiradi: dori kombinatsiyasi xavf tug‘dirishi uchun u mutlaqo “noto‘g‘ri” bo‘lishi shart emas, aksincha, u to‘g‘ri bo‘lsa ham monitoring bo‘lmasa, xavfsizlik pasayadi. Antitrombotik terapiya bilan bog‘liq topilmalar xalqaro klinik qo‘llanmalarda keltiriladigan qon ketish xavfi muammosi bilan uyg‘un [5]. Biroq bizning tahlil shuni ko‘rsatadiki, xavfning o‘zi emas, uni kuzatishning izchilligi hal qiluvchi omil bo‘ladi: gastroproteksiya va gemoglobin nazorati muntazam yo‘lga qo‘yilsa, antitrombotik terapiyaning foydasi saqlangan holda asoratlar erta aniqlanishi mumkin. Rossiya klinik maktabida polifarmatsiya muammosi ko‘pincha “ortiqcha buyurish” sifatida talqin qilinadi [3], ammo faqat ortiqcha dori soniga urg‘u berish yetarli emas; biz aniqlaganidek, ba‘zan dori soni kamroq bo‘lsa ham, aynan muhim laborator nazorat o‘tkazilmasa, xavf yuqori bo‘lib qoladi. Shu bois, polifarmatsiyani baholashda miqdoriy yondashuv bilan birga sifat



yondashuvi, ya'ni kombinatsiyalarning xavf profili va monitoring infratuzilmasi bahosi zarur.

Kardiorenal xavf klasteri bo'yicha natijalar nefrologiya va terapevtik adabiyotlarda qayd etilgan "buyrak funksiyasi dinamikasi" muammosini amaliy tekislikda ko'rsatadi [2; 7]. Renin-angiotenzin tizimi blokatorlari va diuretiklar ko'plab bemorlarda prognozni yaxshilovchi asosiy dori guruhlari hisoblanadi, shuning uchun ularni oddiygina "xavfli" deb belgilash ilmiy jihatdan to'g'ri emas.

Muhim masala shundaki, bu preparatlar suvsizlanish, infeksiya yoki ovqatlanish buzilishi kabi vaqtinchalik holatlarda buyrak perfuziyasi va elektrolit muvozanatini sezilarli o'zgartirishi mumkin; demak, klinik qaror qabul qilish "statik" emas, vaziyatga mos "dinamik" bo'lishi kerak. Xalqaro manbalarda "kasallik kunlari qoidalari" va vaqtinchalik to'xtatib turish strategiyalari muhokama qilinadi [2], ammo birlamchi bo'g'inda buni bemorga tushunarli va xavfsiz shaklda tatbiq etish uchun standart kommunikatsion algoritm talab qilinadi. Bizning natijalar bemor ta'limi yetishmovchiligi gipoglikemiya va suvsizlanish epizodlarida xavfni kuchaytirishi mumkinligini ko'rsatadi; demak, dori xavfsizligi faqat retsept bilan emas, bemor bilan hamkorlik modeli bilan belgilanadi.

Depreskribing bo'yicha aniqlangan muammolar xalqaro ilmiy makonda shakllangan yondashuvlar bilan hamohang: depreskribingning asosiy sharti klinik maqsadlarni aniqlash, kutiladigan foyda va ehtimoliy zararlarni bemor kontekstida qayta tortish, hamda qarorni hujjatlashtirishdir [2; 8]. Bizning tahlil shuni ko'rsatadiki, depreskribing qarori hujjatlashtirilmasa, u barqaror amaliyotga aylanmaydi va keyingi tashriflarda "dori ro'yxatining qayta o'sishi" yuz beradi. Bu holat birlamchi bo'g'in va tor mutaxassislar o'rtasida axborot almashinuvi yetishmovchiligi bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin. Shu ma'noda, bizning tadqiqot amaliy xulosaga olib keladi: dori xavfsizligini oshirish faqat yangi dori qo'shish yoki bekor qilish bilan emas, qaror qabul qilish jarayonini izchil va qayta tekshiriladigan qilish bilan ta'minlanadi. Natijalarni mavjud adabiyotlar bilan qiyoslash shuni ko'rsatadiki, ichki kasalliklar sohasida komorbidlik bo'yicha yondashuvlar tobora integrativ xarakter kasb etmoqda [1; 5]. O'zbek klinik amaliyotiga doir manbalarda



ham birlamchi bo'g'inda surunkali kasalliklarni boshqarish sifatini oshirish, monitoring va bemor ta'limi elementlarini kuchaytirish zarurligi ta'kidlangan[6; 9].

Bizning maqola ushbu yo'nalishga qo'shimcha ilmiy hissa sifatida polifarmatsiya xavfini uchta amaliy klaster orqali tizimlashtiradi va monitoringni reaktiv emas, profilaktik modelga o'tkazish g'oyasini ichki kasalliklar kontekstida asoslaydi. Shuningdek, klinik qaror qabul qilishni optimallashtirish uchun birlamchi bo'g'inda "dori ro'yxatini har tashrifda muvofiqlashtirish" prinsipini konseptual ravishda ilgari suradi; bu prinsip klinik vaqt cheklovi sharoitida ham amalga oshishi uchun soddalashtirilgan hujjatlashtirish va minimal zarur laborator paket yondashuvi bilan uyg'un bo'lishi lozim.

Xulosa. Tadqiqot ichki kasalliklar amaliyotida komorbidlik va polifarmatsiya dori xavfsizligini pasaytiruvchi asosiy omillar ekanini, ayniqsa monitoringning reaktivligi va dori ro'yxatini muntazam qayta baholash yetishmovchiligi iatrogen xavflarni kuchaytirishini ko'rsatdi. Antitrombotik terapiya bilan bog'liq qon ketish xavfi, kardiorenal kombinatsiyalar fonida buyrak funksiyasi va elektrolit buzilishlari, hamda glyukozani pasaytiruvchi preparatlar sharoitida gipoglikemiya xavfi eng amaliy ahamiyatga ega klasterlar sifatida tizimlashtirildi. Ilmiy hissa sifatida xavfni boshqarishning profilaktik monitoring modeli va deprescribing qarorlarini aniq hujjatlashtirish zarurati asoslandi. Amaliy jihatdan, birlamchi bo'g'inda dori ro'yxatini har tashrifda muvofiqlashtirish, minimal zarur laborator nazoratni standartlashtirish va bemor ta'limini kuchaytirish davolash xavfsizligini oshirishga xizmat qiladi. Kelgusida tadqiqotlar deprescribing algoritmlarini mahalliy sharoitga mos validatsiya qilish va monitoring intervallarining klinik natijalarga ta'sirini prospektiv baholashga qaratilishi maqsadga muvofiq.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Braunwald E., Zipes D., Libby P. Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine. Philadelphia, Elsevier, 2019. 2240 p.



2. Scott I. A., Hilmer S. N., Reeve E. et al. Deprescribing: Achieving better health outcomes for older people through reducing medications. London, BMJ Publishing Group, 2015. 210 p.
3. Верткин А. Л., Скотников А. С. Полиморбидность в клинической практике: руководство для врачей. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2018. 272 с.
4. Чазов Е. И., Оганов Р. Г. Внутренние болезни: национальное руководство. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2019. 1104 с.
5. Jameson J. L., Fauci A. S., Kasper D. L. et al. Harrison's principles of internal medicine. New York, McGraw-Hill Education, 2022. 4048 p.
6. Абдуллаев А. А., Норматов Н. Н. Ички касалликлар пропедевтикаси. Тошкент, Ўзбекистон, 2017. 320 б.
7. Кобалава Ж. Д., Моисеев В. С. Хроническая болезнь почек: клиника, диагностика и лечение. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2020. 256 с.
8. Katzung B. G. Basic and clinical pharmacology. New York, McGraw-Hill Education, 2021. 1248 p.
9. Рахимов Б. Р., Турсунов С. С. Терапия: клиник қўлланма. Самарқанд, Самарқанд давлат тиббиёт нашриёти, 2019. 288 б.