

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

УДК: 616.155.194.8-07-08

Қўлёзма сифатида

Турсунова Дилобар Эркиновна

**Артериал гипертензия синдромини номедикаментоз даволаш
усулларининг самарадорлик даражасига қиёсий баҳо**

мавзуидаги

магистрлик академик даражаси учун

ДИССЕРТАЦИЯ

5А 510 103 "Терапия"

Илмий раҳбар:

тиббиёт фанлари номзоди, дотсент З.Х. Бабаджанова

Бухоро - 2021 йил

Мундарижа

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ.....4

КИРИШ.....5

1-БОБ. Адабиётлар таҳлили

1.1. Популятсияда енгил артериал гипертензиянинг тарқалиши частотаси.....7

1.2. Енгил артериал гипертензия шаклининг ривожланишини келтириб чиқарувчи хавф омиллари.....9

1.3. Енгил артериал гипертензия шаклини даволаш учун дори-дармон бўлмаган усулларнинг самарадорлигини қиёсий баҳолаш.....14

2-БОБ. МАТЕРИАЛЛАР ВА ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ

2.1 Беморларнинг клиник хусусиятлари.....26

2.2. Тадқиқот усуллари31

2.3 Артериал гипертензияни номедикаментоз даволаш учун ишлатиладиган усулларнинг хусусиятлари35

2.3.1 Ҳаёт тарзини ўзгартириш бўйича чора-тадбирлар35

2.3.2 "Саломатлик мактаби" нинг тузилиши35

2.3.3	Номедикаментоз даволаш самарадорлиги мезонлари	
	.....	36

2.4	Олинган маълумотларни статистик қайта ишлаш усуллари	
	.....	37

3-БОБ Ёшларда ҳаёт тарзининг хусусиятлари ва артериал гипертензиянинг клиник ҳолати

3.1	Артериал гипертензия билан оғриган ёшларнинг шикоятлари хусусиятлари	
	.....	40

3.2	Ўрганилаётган гуруҳларда юрак-қон томир хавфи табақаланиш омилларининг тарқалиши	
	.....	42

3.3	Артериал гипертензияли ёшларда турмуш тарзига боғлиқ хавф омилларининг тарқалиши	
	.....	46

4-БОБ. Артериал гипертензияга эга бўлган ёш одамларнинг лаборатория ва физиологик хусусиятлари

4.1	Артериал гипертензияга эга бўлган ёш одамларнинг антропометрик маълумотлари	характеристикаси
	.....	55

4.2	Артериал гипертензияга эга бўлган ёш одамларнинг липид спектридаги ўзига хосликлар	
	.....	60

4.3	Артериал гипертензияга эга бўлган ёш одамларда гемостаз тизими ўзгаришлари	
	.....	65

4.4	Тадқиқот гуруҳидаги беморларда лептин миқдорини баҳолаш	
	.....	66

4.5	Липид алмашинуви, гемостаз тизимидаги ўзгаришлар билан юрак қон томир касалликлари хавф факторлари ўртасидаги ўзаро боғлиқлик	
	.....	67

ХУЛОСА	70
АМАЛИЙ	
ТАВСИЯЛАР	71
Фойдаланилган адабиётлар	72

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

- АГ – артериал гипертензия
- АБ – артериал босим
- АК- атерогенлик коэффитсиенти
- АҚТВ – Активланган қисман тромбопластин вақти
- БА- бел айланаси
- СА- сон айланаси
- САБ – систолик артериал босим
- ДАБ- диастолик артериал босим
- ТМИ- тана масса индекси

РКИЖ – Россия кардиологлар илмий жамияти
 ЖССТ - Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
 СБЎ - систолик босимнинг ўзгарувчанлиги
 ДБЎ - диастолик босимнинг ўзгарувчанлиги
 ЕКМ- эрталаб кўтарилиш миқдори
 ЮИК- юрак ишемик касаллиги
 УХС- умумий холестерин
 ЙЗЛП- юқори зичликдаги липопротеид
 ПЗЛП- паст зичликдаги липопротеид
 ЖПЗЛП- жуда паст зичликдаги липопротеид
 ТГ- триглитсерид

КИРИШ

Мавзунинг долзарблиги: Артериал гипертензия (АГ) синдроми йигма тушунча бўлиб, уз таркибига артериал қон тизимида ҳам систолик (140 мм.с.у. ортик), ҳам диастолик (90 мм.с.у.ортик) босимларнинг меёрий кўрсаткичларидан ошган ҳолатларини қамраб олади. Таъкидлаш жоизки, АГ синдроми кенг тарқалган клиник ҳолатлар туркумидан ўрин олади. Россиялик соҳа мутахассисларининг маълумотларига (2016 й) кўра АГ синдроми юрак қон томири тизимида дохил бўлувчи барча хасталикларнинг 27% ташкил

қилган [И,К, Чазова
2015., Е Б Искаков, . 2017]. АҚШ олимларининг таъкидлашича,
мамлакат аҳолисининг 18
ва ундан ортиқ ёшга эга бўлган қатламининг кам деганда бешдан бир
қисмида АГ синдроми
учраши қайд этилмоқца [НичолсМ.,Townсед Н., Райнер М., 2016].
Эътироф этиш лозим, ушбу борада мамлакатимиз етакчи олимлари
томонидан ҳам
диққатга сазовор илмий изланишлар амалга оширилган. Республикамиз
миқёсидаги соҳа
адабиётлари саҳифаларида таниқли мутахассислар (А.Л. Аляви., У.К.
Қаюмов., Р.Д.
Қурбонов) томонидан чоп этилган илмий мақолаларда келтирилган
маълумотларга биноан
АГ синдроми минтақа аҳолисининг 18 ва ундар ортиқ ёшга эга
қатламининг тахминан 18 -
20% учрайди.
АГ синдроми тушунчаси уз таркибига маълум ёки номаълум сабабга
кўра артериал
қон томири тизимда максимал ва минимал босимларни ортиб
кетганлиги туфайли юзага
келадиган барча патологик ҳолатларни қамраб олади. Таъкидлаш
жоизки, гипертония
хасталиги АГ синдроми таркибига дохил бўлувчи барча
касалликларнинг сардори бўлиб,
унга хос спектрнинг тахминан 90% ортиқ қисмини эгаллайди.

Илмий тадқиқот ишининг мақсади: АГ синдромининг энгил кўринишларини номедикаментоз усуллар ёрдамида даволаш ва уларнинг самарадорлик даражасига баҳо бериш

Вазифалари:

- Артериал гипертония билан оғриган беморларда турли хавф омиллари учраш даражасини ўрганиш
- Артериал гипертония билан оғриган беморларда номедикаментоз даволаш чораларини олиб бориш
- Артериал гипертония билан оғриган беморларда медикаментоз ва номедикаментоз даволаш клиник самарадорлигини қиёсий баҳолаш

Илмий янгилиги

Артериал гипертония хавф омилларининг учраш даражасига аниқлик киритилади.

Шунингдек, энгил АГ синдроми муолажаси жараёни давомида қўлланилган усулларнинг терапевтик самарадорлик даражасига қиёсий баҳо берилади.

Истиқболда АГ синдроми муолажасининг илк погонаси пойдеворини номедикаментоз даволаш усуллари ташкил этиши лозимлиги тавсия этилади.

АДАБИЁТЛАР ТАҲЛИЛИ

1.1. Популятсияда энгил артериал гипертензиянинг тарқалиши частотаси;

Гипертония касаллиги (ГК) - бу сурункали шаклланадиган касаллик бўлиб, унинг асосий кўриниши артериал гипертензия синдроми бўлиб, унда қон босимининг ошиши маълум сабабларга кўра патологик жараёнларнинг мавжудлиги билан боғлиқ бўлмайди. "Гипертоник касаллик" ташхиси қон босимининг кўтарилишининг иккинчи даражали хусусиятига ва ирсий мойилликнинг мавжудлигига олиб келадиган касалликларни бартараф этиш асосида аниқланади. [1,3]

Қон айланиш тизимининг касалликлари Ўзбекистон Республикасида энг кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, уларнинг ўлим даражаси аҳоли умумий ўлимининг сабаблари таркибида 51,1% ни ташкил этади [2,4,6].

Юрак-қон томир ўлимининг юқори даражасини ташкил этувчи асосий касалликлар коронар юрак касаллиги (47%) ва сереброваскуляр касаллик (38%) бўлиб, уларнинг ривожланиши учун этакчи хавф омили артериал гипертензия (АГ) ҳисобланади. Ўзбекистонда ва ривожланган иқтисодиётга эга бўлган барча мамлакатларда юрак-қон томир касаллиги ва ўлим даражасининг юқори бўлишига олиб келадиган артериал гипертензия энг долзарб тиббий-ижтимоий муаммолардан биридир. Шу билан бирга, АГ, кенг тарқалишига қарамасдан, самарали назоратнинг йўқлиги билан ажралиб туради. Ўзбекистонда ва иқтисодий ривожланган барча мамлакатларда юрак-қон томир касаллиги ва ўлим даражасининг юқори бўлишига олиб келадиган артериал гипертензия ҳозирги замоннинг энг долзарб тиббий-ижтимоий муаммолардан биридир. Шу билан бирга, АГ, кенг тарқалишига қарамасдан, самарали назоратнинг йўқлиги билан сифатланади [3,5].

АГ-дунёдаги аксарият мамлакатларда юрак-қон томир касаллиги ва ўлимнинг энг кенг тарқалган бошқариладиган омили бўлиб ҳисобланади. Европа экспертларининг тахминига кўра, 2025 йилга келиб, дунёдаги 29,0% эркаклар ва 29,5% аёлларда АГ бўлади, аммо тарқалганлик даражаси Европа

ва дунёнинг турли минтақаларида сезиларли даражада фарқ қилиши мумкин [6,8,12].

Сўнгги ўн йилликлар давомида юрак-қон томир касалликлари (ЙҚТК) саноати ривожланган мамлакатларда кузатилаётган юқори ўлим кўрсаткичининг асосий сабаби бўлиб ҳисобланади, шу жумладан, Ўзбекистонда қон айланиш тизими касалликларидан ҳар йили 1 миллион нафардан ортиқ киши нобуд бўлади, бу эса умумий ўлимнинг 51 фоизини ташкил этади.[4, 8, 28, 137]. Юрак-қон томир касалликлари ва асоратларнинг (ЙҚТА) ривожланишининг етакчи сабабларидан бири - юқори популяцион частоталар, соғлиқ, меҳнат қобилияти ва аҳолининг умр кўриш давомийлигига таъсир этувчилиги билан тавсифланган артериал гипертензиядир (АГ) [5,7,11,13].

Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинини ривожлантириш ва бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари тузилмасини такомиллаштириш Ўзбекистон соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастурининг устувор йўналишларидан биридир.Сўнгги 10 йил ичида республикада қишлоқ врачлик пунктлари ташкил этилиб, янги мутахассислик — умумий амалиёт шифокори ишга туширилди, унинг вазифасиаҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш, касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш каби умумий тиббий ёрдамни амалга оширишдан иборатдир [7,8,12].

Умумий амалиёт шифокорларидан доимий кузатишни талаб қиладиган ,енг кенг тарқалган ҳолат, артериал гипертония (АГ) бўлиб, у жамиятнинг ижтимоий-иқтисодий йўқотишларига таъсир қилувчи юқумли бўлмаган пандемия деб ҳисобланади [1].Катта ёшдаги аҳолининг 30-40% да артериал қон босими (АҚБ) даражаси 140 / 90 ни ташкил этади.Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий маркази маълумотларига кўра, республикада АГ нинг тарқалиши 18-20% дир [3]. Узоқ вақт давомида

касалаллик ҳеч қандай симптомларсиз кечади ва , мақсадли органларга зарар этказади: юрак, мия, буйрак, периферик томирлар, юрак-қон томир асоратларининг ривожланишига ва ўлим кўрсаткичларининг ошишига ёрдам беради [4].

Ривожланган мамлакатларда профилактик тадбирлар натижасида АГ касалликларида ўлим даражаси қон босими даражасини мунтазам назорат қилиш, ўз вақтида дори-дармонларни тузатиш ва унинг мақсадли даражасига эришиш туфайли сезиларли даражада камайди [5]. Ушбу назоратни умумий амалиёт шифокорлари ёки оилавий шифокорлар амалга оширадилар. Кўплаб тадқиқотлар антигипертензив дориларнинг турли гуруҳларидан фойдаланиш самарадорлигини баҳолашга бағишланган, АГ [6] диагностикаси, унинг олдини олиш ва даволаш бўйича тавсиялар ишлаб чиқилган. Кўпгина шифокорлар бу тавсияларни биладилар ва қўллайдилар, аммо юрак-қон томир касалликлари (ЙҚТК) ва айниқса ўлим кўрсаткичлари ўсишда давом этмоқда, кўпинча ўлим касалхонага ётқизилишгача бўлган даврда ривожланган асоратлардан келиб чиқади; адабиётда келтирилган маълумотларга кўра, қон томиридан ўлим 56,3% ҳолларда уйдаги беморларда қайд этилади, касалхонада эса буҳолат сезиларда даражада кам кузатилади — 18,9% [7].

АГ замонавий кардиология ва клиник тиббиётнинг энг муҳим муаммоларидан биридир. Вазиятни касалликнинг эпидемик табиати белгилайди. Катта эпидемиологик тадқиқотлар (АГ даври, ЧФ- даври) маълумотларига кўра, ушбу патологиянинг тарқалиш даражаси деярли 40%. Қон босимини назорат қилиш ҳолати аввалгидек қониқарсиз қолмоқда. Фақат аёллар 59% ва эркеклар 37%, уларда АГ борлиги ҳақида билади, фақатгина аёллар 46% ва эркеклар 21% даволанишади, лекин қўйилган мақсадга фақатгина 17% аёллар ва 5,7% эркеклар эришган. Статистик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, 40-49 ёшидаги ҳар бешинчи одам гипертензия билан касалланади, ҳар тўртинчи - 50-59 ёшида, аммо уларнинг ўндан бир қисми

мунтазам равишда даволанади, бу эса юқори касаллик даражасини ҳосил қилади[9,11,13,15].

Ўзбекистон Республикасида юрак-қон томир касаллиги билан боғлиқ ноқулай вазиятнинг муҳим омили ёшларда АГ муаммоси ҳисобланади: ҳозирги кунда АГ билан касалланиш сезиларли даражада ошганлиги, шу жумладан 20 ёшдан 29 ёшгача бўлганлар гуруҳида [86]. 15 ёшдан катта одамларда АГ тарқалиши тахминан 40% ни ташкил қилади [79, 80]. Шу билан бирга, бу ёшларнинг соғлиқ ҳолати жамиятнинг ижтимоий ва иқтисодий ривожланишини таъминлашнинг муҳим омили ҳисобланади [12, 14,26].

Ушбу ёш тоифасига–ўзига хос меҳнат ва яшаш шароитларига эга бўлган ва давлатнинг "стратегик резерви" бўлган махсус "ижтимоий гуруҳ" га тегишли талабалик ҳам киради [15,17]. Маълумки, кўплаб касалликлар, шу жумладан юрак-қон томир тизими касалликлари ва гипертония касалликлари, ўқув жараёнида мобайнида ёшларда пайдо бўлади [15]. Бундан ташқари, замонавий йигитнинг турмуш тарзи чекиш, алкоголь ичимликларни кўп миқдорда истеъмол қилиш, жисмоний фаолиятсизлик, стресс, юқори калорияли ва шўр овқатларни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиш кўпинча АГга сабаб бўлади [6, 8,14,22].

Сўнгги ўн йилликда ўсмирлар популятсиясида АГ тарқалишининг ўсиши кузатилди. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, АГ асосан ўспиринлик даврида намоён бўлади [16]. Қон босими (ҚБ) чегара кўрсаткичларига (препертиза) кўпайиши 15-17 ёшдаги ўғил болаларнинг ярмидан кўпида, белгиларга қараб АГ 3-18% да учрайди. Болаликда ва айниқса катта ёшдаги ўсмирлик даврида қон босимининг кўтарилиши гипертоник касалликка айланиши мумкин.

Ўсмирларда АГни эрта ташхислаш ва олдини олиш масалаларини ҳал қилиш ушбу патологиянинг кенг тарқалиши сабабли педиатрияда устувор

йўналиш ҳисобланади. Болаликда юрак-қон томир касалликлари профилактикаси, катталар популятсиясининг эрта ўлимига ва ногирон бўлишига олиб келадиган ҳозирги кунда текширилаётган таъсирини ҳисобга олган ҳолда ушбу вазиятнинг долзарблиги шубҳасиздир.

Мухим артериал гипертония (АГ) - бу шифокорлар кундалик клиник амалиётда, ҳудудий клиникалар ва касалхоналарда тез-тез учрайдиган энг кенг тарқалган сурункали касалликдир. Бир қатор изланишларда [8, 22, 24], АГ билан оғриган беморларда хавф омилларини (ХО) тузатишга нисбатан иккиламчи профилактика самарадорлиги етарли эмаслиги муҳокама қилинади. АГ юрак-қон томир касалликларидан (ЙҚТК) ўлимга энг кўп сабабчи бўлади [16, 25]. Иккиламчи профилактика чораларининг етарли эмаслиги касалликнинг ривожланишини тезлаштиради, асоратлар хавфини оширади ва даволашнинг, шу жумладан статсионар даволанишнинг иқтисодий самарадорлигини пасайтиради [17, 19,20].

АГни ўрганишга бағишланган кўпгина клиник тадқиқотлар иккинчи ва учинчи даражали АГли беморларга тегишли бўлганлиги сабабли, ҳозирги вақтда биринчи даражали АГнинг ривожланиш механизмлари, диагностика усуллари ва тузатиш усуллари тўғрисида маълумотлар етарли эмас (7,11,21,42).

1.2. АГ пайдо бўлиш механизмига замонавий ёндашув

Узоқ вақт давомида гипертоник касаллик ғояси Г.Ф.Ланганинг нейроген назарияси нуқтаи назаридан тушунтирилди. У иккита асосий омилга асосланган эди - руҳий шикастланиш васалбий характердаги ҳиссиётларнинг узоқ вақт давомида тўхтатилиши туфайли бўлган ақлий зўриқиш. Гипертензия ҳақидаги замонавий фикрлар клиник ва экспериментал маълумотлар билан боғлиқ бўлиб, у стресснинг мутлақ кучи эмас, балки ўспириннинг унга бўлган ижтимоий ва шахсий муносабати эмотсионал стресснинг пайдо бўлишини белгилайди [5,16]. Ушбу ёшдаги

асабий сиқилиш сабаби катта ўқув юки ва ўқув дастуридаги қийинчиликлар бўлиши мумкин. Аммо мактабдаги юк барча ўсмирлар учун бир хил ва гипертония фақат баъзиларидаривожланади.

Шунинг учун талабанинг дарсдан ташқари машғулотларига эътибор қаратиш янада тўғрироқ бўлади. Кўринишидан, мусиқа мактабида ўқиш, иккинчи чет тилини ўрганиш ва ҳк. жисмоний тарбия, спорт, ҳордиқ чиқариш аксарият ўсмирларга ўз таъсирини ўтказмай қолмайди. Кўплаб ўспиринлар мактабни тугатишдан бир йил олдин, университетга киришга тайёргарлик кўришади, репетиторлар билан интенсив ўқишади ва ёзда икки марта имтиҳон топширишади. Ўқувчининг ишини мантиқсиз ташкил этиш оқибатида, юқорида айтилганларнинг ҳаммаси асаб тизимининг ҳаддан ташқари кучланишига олиб келади ва гипертоник касаллик ривожланиши учун шароитяратади [17,28,32].

Ўсмирларнинг ярмида касаллик асимптоматик бўлиб, бу касалликни аниқлашни, шу билан бирга ўз вақтида даволашни қийинлаштиради. Қон босими ўртача даражадан юқори бўлган болаларда ёшга қараб ўсиш тенденцияси сақланиб қолади. Келажакда у 33-42% гача кўтарилади ва 17-26% болаларда АҚБ ривожланади, яъни. қон босими кўтарилган ҳар учинчи болада гипертония пайдо бўлиши мумкин [4,24,31].

Чекиш — нисбатан бошқариладиган хавф омилidir. Асосий профилактика ишлари чекишнинг узок муддатли таъсирини аниқлашга қаратилган бўлиши керак. Чекиш хавфини тарғиб қилишда ота-оналар муҳим рол ўйнаши керак. Бизнинг сўровимиз шуни кўрсатдики, ўғил болаларнинг оилаларида 42% ва қиз болаларнинг оилаларида 58% оталар чекишади.

Семириб кетиш ривожланишининг патофизиологик асоси тананинг энергия эҳтиёжлари ва қирувчи энергия ўртасидаги номувофиқликдир. Энергияолишнинг асосий йўли озиқ-овқат истеъмол қилишдир. Энергия истеъмоли метаболик жараёнларга, иссиқлик ишлаб чиқаришга ва жисмоний

фаолиятга ўтади. Ўсмирларда ортиқча тана вазнига қарши кураш катталарникига қараганда осонроқ эмас, шунинг учун семиришнинг олдини олиш жуда муҳимдир. Ратсионда ўсимлик толасининг таркибини кўпайтириш керак, бу эса тўқлик ҳисси тезроқ пайдо бўлишига ёрдам беради. Бундан ташқари, сабзавот ва меваларда антиоксидантлар –моддалар алмашинувини нормаллаштирадиган моддалар мавжуд [17,23,25,29,41].

Тана вазнининг ошиши артериал қон босими ортиши билан боғлиқ. АГ билан оғриган беморларнинг 60-70 фоизи семириб кетган ва марказий семириб кетиш, **ИР** ва дислипидмия билан биргаликда қон босимининг кўтарилишининг периферик ҳолатига нисбатан аниқроқдир. Семизлик билан боғлиқ АГ алоҳида генетик жиҳатдан аниқланган фенотип бўлиши мумкин. Семизлик билан оғриган ўрта ёшли одамларда гипертензияни аниқлаш даражаси нормал тана вазнига нисбатан 50% юқори ва Фрамингҳам тадқиқотига кўра, қон босими тана массаси индексининг (ТМИ) ошишига параллел равишда кўтарилади. Ҳар бир ортиқча 4,5 кг оғирлик учун систолик қон босими, эркакларда 4 **ммХг** ва аёлларда 4,2 ммХг га кўтарилади[32].

ТМИ ва артериал қон босимининг ўзаро боғлиқлиги нафақат катта ёшдаги беморларда, балки ўспиринларда ҳам кузатилади. Айниқса, кўпинча семириб кетиш артериал қотиб қолиш ва эндотелиал дисфункцияни ривожланиш хавфи юқори бўлган 2-тоифа диабет касаллиги билан оғриган перименопозал аёлларда қон босимининг кўтарилишининг патогенезида муҳим рол ўйнайди. Гипертензия ва семизликнинг комбинатсияси юқори даражадаги касаллик ва ўлим билан характерланади чунки бу юрак-қон томир тизими ва буйрак патологиясининг ривожланишига олиб келади АГга семириб кетиш ёки гиперлипидемиянинг қўшилиши ХИ хавфини 2 баравар, учала компонентнинг комбинатсиясини 5 мартага оширади [26,44, 46].

Ҳозирги пайтда семириб кетиш нафақат юрак-қон томир хавфини белгиловчи муҳим омил, балки АГ патогенезида иштирок этувчи

муҳим механизм ҳам ҳисобланади. Семириб кетиш ва юқори қон босими ўртасидаги боғлиқлик таркибига диетанинг хусусиятлари, метаболик касалликлар, эндотелиал ва томир дисфунктсияси, нейроендокрин номуносивблик, натрийни ушлаб туриш, гломеруляр филтратсиянинг ўзгариши ва зарарли яллиғланиш реактсияси киради [43].

Семириб кетиш, қон томирларининг шикастланиши, қариш ва инфекциялар атеросклероз, артериал стеноз ва гипертензияни ривожланишига ҳисса қўшадиган томирларнинг силлиқ мушак хужайралари (СМХ) ўсишини рағбатлантириш учун ёғ тўқимаси томонидан бириктирилган кўплаб омилларнинг мураккаб мувозанатини бузиши мумкин [34,42].

АГни қониқарсиз назорат қилиш сабабларига соғлиқни сақлаш муассасаларининг профилактика ишларининг сустрлашиши, шифокорлар томонидан замонавий самарали дори воситаларининг етарли эмаслиги ва ўз вақтида тайинланмаслиги, беморнинг даволанишга лоқайд риоя қилиниши ва бошқаларни киритиш мумкин. Буларнинг барчаси фақатгина кам сонли беморларда қон босимининг мақсадли даражасига эришилганига сабабдир, бу ўз навбатида антигипертензив терапия (АГТ)нинг кардио- ва cerebroпротектив таъсирини пасайишига олиб келади [42]. Шу муносабат билан АГТ самарадорлигини ошириш ва беморни даволанишга риоя қилиш усулларини излаш ишлари олиб борилмоқда. Адабиётлар маълумотлари шуни кўрсатадики, қон босимини ўз-ўзини бошқариш усули (ҚБЎБУ) бу борада самарали чора ҳисобланади [4,63,75,82,]. Қон босимини мустақил назорат қилиб, бемор артериал қон босимни даволаш жараёнида фаол иштирокчига айланади, даволаниш учун мотиватсияни ва тиббий тавсияларга, шу жумладан АГТ самарадорликни оширишга имкон берадиган гипотензив дори-дармонларни қабул қилиш режимини оширади.

Семириб кетиш, стресс ва носоғлом турмуш тарзининг ўсиши европаликлар орасида 20-79 ёшда диабет касаллиги (ДК) билан касалланганлар сони 50 миллиондан ошишига олиб келди. 2030 йилга келиб уларнинг сони 64 миллионга етиши кутилмоқда ва даволаш учун 90 миллиард евро сарфланади. Қандли диабет ривожланишининг 10 йиллик хавфи а) популяцияга, б) семизлик, гипертензия ёки (ва) диабет учун оғир ирсий касалликларга, в) юрак-қон томир касалликлари билан оғриган беморларга турли хил саволлар берилган шкаладан фойдаланган ҳолда ҳисоблаб чиқилган (23,35,57).

Гуруҳларга бўлиниш диабет ва юрак-қон томир касалликлари комбинатсияси бўлган одамларда ноқулай прогнозни таъкидлайди, уларнинг орасида АГга чалинган беморлар кўп. АГга диабетнинг кенг тарқалган комбинатсияси диабет билан оғриган беморларнинг прогнозини ёмонлаштиради ва юрак-қон томир хавфини тўрт баравар оширади [20,47,51].

Назарий манбалар, артериал гипертензия билан бир қаторда, прегипертоник асосни ирсий омиллар ва салбий ташқи таъсирлар мажмуи ташкил этади, деб ишонтиришга ундайди. Аммо юқори қон босими билан ирсий бузилишлар артериал гипертензия билан солиштирганда камроқ аҳамиятга эга. Шу билан бирга, ташқи (экзоген) салбий таъсирларнинг улуши юқори бўлиб, улар орасида қон айланишини тартибга солишнинг ўзгариши билан бирга келадиган ҳиссий стресс энг муҳимдир. Гипертензия ҳолатида бўлган кўплаб беморларда қон айланишининг бузилиши тескарихарактерга эга ва юрак-қон томир тизимитомонидан сезиларли органик ўзгаришлар билан бирга кузатилмайди. Огоҳлантирувчи қон кетишининг артериал гипертензияга айланишининг олдини олиш учун юқори қон босими натижаларини башорат қилиш мезонларини излаш жуда муҳимдир. Ушбу омилларни аниқлаш гипертензия билан касалланган одамлар гуруҳидан, гипертензияни ривожланиш эҳтимоли юқори бўлганларни ажратиш имконини беради, бу эса темир йўл тиббиётида муаммоларни

ечимини аниқлайди. Бу юқори қон босими бўлган беморлардир, улар гипертонияни бирламчи профилактикасини, асосан, фармакологик бўлмаган ҳолда фаол равишда ўтказиши керак. Прегипертония кузатиувчи беморларда тўғри тиббий тактика қўллай олиш, гипертония билан касалланиш даражасини, шу билан биргаликда ЙҚТС паталогияси билан ўлим ҳолатининг камайтиришнинг энг самарали усулидир. Юқори нормал қон босими бўлган темир йўл транспорти ҳайдовчилари алоҳида эътибор талаб қилади, бу эса юқори артериал босимини даволаш зарурлигини белгилайди. Кўпчилик гипотензив препаратларнинг ҳайдовчиларнинг касбий фаолиятига таъсир этишини ҳисобга олган ҳолда даволаш усулида номедикаментоз воситалардан фойдаланиш зарурати пайдо бўлади. Медикаментоз бўлмаган даволаниш усулларида бири даврий нормобарик гипоксиядир. Артериал гипертонияни даволашда даврий нормобарик гипоксия қўлланилишини назарий жиҳатдан асослашга имкон берадиган кўплаб экспериментал материаллар мавжуд. Яқинда ўтказилган илмий далиллар, интервалгача гипоксик машғулотлар пайтида мианинг гипоксияга нисбатан чидамлилиги ошганлигини тасдиқлайди [47,51,68].

1.3. АГ синдромининг номедикаментоз терапиясини даволаш самарадорлигини қиёсий баҳолаш

Кўпгина тадқиқотлар шуни кўрсатдики, АГ ҳолатидаги артериал қон босимини (АҚБ) самарали бошқариш юрак-қон томир асоратлари ва ўлим хавфини сезиларли даражада камайтиради. Аммо Ўзбекистонда гипертонияни даволаш самарадорлиги жуда паст. Фақатгина эркакларнинг 37,1% ўзларининг АГ касаллигидан хабардор, тахминан 21,6% даволашади ва 5,7% самарали даволанади. Ушбу кўрсаткичлар аёлларда бироз юқорироқдир, масалан, 58,9% касаллик мавжудлигини билишади, 48% даволанади, 17,5% самарали даволанади) [12,22,36,56]

Бундай қониқарсиз натижаларнинг сабабларидан бири беморларнинг шифокор тавсияларини ҳам, медикаментоз ва нонмедикаментоз воситаларнинг вақтида истеъмол қилинишига етарли даражада амал қилмаслигидир, бу биринчи навбатда беморларнинг мавжуд бўлган касаллик, унинг ривожланиши учун хавф омиллари, мумкин бўлган асоратлар ҳақида билимга эга эмаслиги, шунингдек, ўз-ўзини назорат қилиш қобилиятининг йўқлигидан келиб чиқади. Шубҳасиз, беморларнинг турмуш тарзини ўзгартирмасдан, ёмон одатлардан воз кечмасдан, ЙҚТК хавфи омиллари, тавсия этилган терапияни мунтазам равишда қабул қилмасдан АГни даволашда сезиларли муваффақиятларга эришиш мумкин эмас - [33,39,57,64].

Ҳозирги вақтда катталар популятсиясида таснифлаш, ташхис қўйиш, диагностика алгоритмлари, АГни олдини олиш ва даволаш тамойиллари бўйича аниқ таклифларни ўз ичига олган халқаро стандартлар мавжуд [29]. Бироқ, амалда, амалий шифокорлар ушбу усулларнинг мавжудлиги ва самарадорлиги ҳақида [47, 51] хабардор бўлишига қарамасдан, АГни даволашда нонмедикаментоз воситалардан медикаментоз воситалардек кенг қўлланилмайди. Бундан ташқари, дори-дармон ва дори-дармон бўлмаган даволаниш нисбати билан боғлиқ далилларнинг етишмаслиги, шунингдек, ёш шахслардаги даволаниш самарадорлигининг ноаниқлиги ушбу ёш гуруҳида [33,47] етарли профилактика чоралари кўрилишига тўсқинлик қилади.

Шу билан бирга, ўзгартирилган хавф омилларини дори-дармонсиз тузатишнинг ҳақиқий ташкил этилишининг самарасизлиги, шунингдек антигипертензив дори-дармонларни ўз вақтида тайинламаслиги, АГ [68] бўлган ёшларда **мақсадли** органларнинг шикастланишининг юқори даражада тарқалишини кўрсатади. Ушбу далиллар АГни етарли даражада эрта даволашнинг хусуссан, : қон босимини самарали камайтириш,

органопротектсия ва асоратларни олдини олишкабиларнинг муҳимлигини кўрсатади [33,67,69].

Бугунги кунда умумий амалиёт шифокорининг идорасига бормай туриб, фақатгина қон босимини ўлчаш эмас, балки уларни узатишга имкон берадиган мобил алоқа, гаджетлар каби қурималар, интернет ёки бошқа ахборот технологиялари мавжуд. Шунинг учун, Европакардиологияҳамжамияти [2,16,38,44,66] сўнгги тавсияларни қон босимини идорада ўлчамаямалга оширишга клиник ва прогностик урғу берди. Бу кун давомида олиб юриладиган АҚБни суткалик доимий равишда мониторинг қилиб борадиган қурилма ва уймониторнинг ёрдамида қон босимини кунлик мониторингини ўз ичига олади, унда қон босимини ўлчашнинг ўргатилган усули орқали бемор мустақил равишда ўлчовларни амалга оширади. Ушбу усуллар қон босими (диппер бўлмаган) тунги профилининг салбий кўриниши бўлган шахсларни аниқлаш, шунингдек, ниқобланган гипертензия ва "оқ халатли гипертензия" мавжудлигини аниқлаш имконини беради. Жинс, ёш ва бошқа аралашув омилларини ҳисобга олган мета-таҳлилларга кўра, "оқ халатлили гипертензия" да юрак-қон томир хавфи ҳақиқий нормотонияда сезиларли даражада фарқ қилмади. Бу шуни кўрсатадики, уйда қон босими бу беморларда нормал кўрсаткичга эга, ниқобланган гипертензия билан эса — аксинча.

Артериал гипертензияни ташхислаш, олдини олиш ва даволаш бўйича тавсияларга мувофиқ [53,57,61,70] клиник қон текшируви ва сийдикнинг умумий таҳлили мажбурий ҳисобланади; глюкоза қон плазмасида (оч қоринга), креатинин (клубочок филтратсия тезлигини ҳисоблаш билан), микроалбуминурияни (МАУ) аниқлаш (диабеткасаллиги аниқланганда зарур), липидограмма; электрокардиограмма (ЕКГ). Кейинги босқичда кўкрак қафаси рентгенографияси белгиланади; буйрак ва буйрак усти безларининг ултратовуш текшируви; брадитсефал ва буйрак артерияларининг ултратовуш текшируви; протеинурияни миқдорий баҳолаш,

сийдик кислотаси, калий, фибриноген, **Асат, Алат** таркибини аниқлаш; эхоКГ. Агар чуқур текширув зарур бўлса, мия МРТ ёки КТси, буйрак синтиграфияси, буйрак артерияларининг ангиографияси белгиланади.

Номедикаментоз даволаш ва олдини олиш усуллари дори-дармонлар орқали даволашга муқобил эмас, балки артериал гипертанияни (АГ) комплекс даволашнинг ажралмас қисми ҳисобланади. Унинг афзалликлари физиологик, соддалиги, мавжудлиги, иқтисодиёти, қирувчи таъсирларнинг йўқлиги нуқтаи назаридан аниқдир. Бирламчи соғлиқни сақлаш шароитида кўп йиллик профилактик дастурларнинг тажрибаси (туман хизмати) амалий соғлиқни сақлаш усуллари ва профилактик ишларнинг ташкилий шакллари қўллаш учун жуда мос келади [47,59,72].

Терапевтнинг амалиётида қўлланиладиган асосий ноанъанавий усуллар: ортиқча тана вазнининг диетали тузатилиши, дислиппротеин, сув-туз метаболизми (ош тузининг сезиларли даражада камайиши). Актив фаолиятини оптималлаштириш (тез юриш ва/ёки югуриш, сузиш, бўш вақтларида ва кундалик фаолиятда жисмоний фаолиятни киритиш). Ёмон одатлардан воз кечиш (чекиш, спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш). Кун тартибини нормаллаштириш, бўш вақтни тақсимлаш.

Енди гипотензив терапиянинг энг муҳим таркибий қисми сифатида турмуш тарзи ўзгаришининг самарадорлиги шубҳага ўрин қолдирмайди. Кўплаб наشرлар ушбу қондани тасдиқладилар. Шундай қилиб, мета-таҳлиллардан бирида [69] натрий истеъмолининг чекланиши қунига 100 ммол ўртача 5,8 мм ҲГ камайишига олиб келади. систолик ва 2,5 мм ҲГ. диастолик қон босими; теланнинг камайиши 4,5 кг-7,2 мм ҲГ учун. систолик ва 5,9 мм ҲГ. диастолик; 2,7 мм ҲГ учун қунига 4,6 спиртли ичимликларни истеъмол қилишни чеклаш. систолик ва 2,3 мм ҲГ. диастолик; жисмоний кучнинг ошиши ҳафтасига 3 та машқ-10,3 мм ҲГ. систолик ва 7,5 мм ҲГ.

диастолик ва парҳезга риоя қилиш 11,4 мм ҲГ. систолик ва 5,5 мм ҲГ. диастолик.

АГ билан оғриган беморнинг озиқланиш режими вараисиони икки вазифани ўз ичига олиши керак: натрий истеъмолини камайтириш ва тана вазнини нормаллаштириш. ДАШ ("АГни даволаш учун диетали ёндашувлар") тадқиқотлари шуни кўрсатдики, натрий истеъмолининг камайтиши, аммо мева ва сабзавотларга бой (калий манбалари), ёғ тўқимдори паст, аммо этарли миқдорда сут маҳсулотлари (калсий манбалари) қон босимининг пасайишига олиб келди [62,64,72,74].

Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, чекишни тўхтатиш қон фибриногенини камайтиради, эндотелиал функцияни яхшилади, тромботситлар агрегатсиясини олдини олади. Ушбу таъсирлар инсулт ривожланишига тўсқинлик қилади, шунинг учун АГ касалликларида чекишни ташлаш тавсия этилади. Чекиш артериал релаксацияни тўхтатиб турадиқилади, кучли босим таъсирига сабаб бўлади ва қонда антиоксидантлар миқдорини камайтиради [71]. Чекишдан воз кечиш усуллари [56, 82] тасвирланган. Беморга оила ёки тиббиёт ходимларини қўллаб-қувватлаш, рағбатлантириш ва никотин ўрнини босувчи дори-дармонларни тайинлаш бўйича замонавий тавсияларга мувофиқ таъминлаш муҳимдир.

Аеробик юкламалардан фойдаланилади. Юкнинг баландлигидаги юрак уриш тезлиги максимал ёш частотасининг 50% га етганда ва максимал ёшнинг 70-80% да юрак уриш тезлигига эришиш учун интенсивликни оширганда, ушбу зичлик даражасидан бошлаш хавфсиздир. Ўқув машғулотларининг частотаси ҳафтасига 3-5, ўсиш билан ҳафтасига 5-6 гача бўлиш мумкин. 30 дан 45 дақиқача машқ давомийлиги, 5 дақиқа иссиқлик ва 5 дақиқа-совутиш. Артериал гипертенсияли беморлар юриш ёки чопиш учун энг яхшисидир. Агар велотренажор билан шуғулланиш имконияти

бўлса, 16-18 ҳафта [83] учун веломашғулотлар буюриш. Сузиш, чангида учиш, ракс, конкида учиш, теннис ҳам мумкин. Бироқ, энг муҳим тамойил аста-секинлик билан бошланади ва секинлик билан орттирилади.

Ратсионал психотерапия-ўз-ўзини такомиллаштириш, автотренинг, барқарорлик ва стрессли вазиятни ривожлантириш.

Профилактик тиббиётнинг самарадорлигига эришиш учун асос-бу мақсадга эришиш учун шифокор ва беморнинг бирлашувидир. Асосий йўналишлар беморнинг шахсига боғлиқ бўлади ва ўзининг соғлиғини сақлаб қолиш ва мустаҳкамлашда фаол иштирок этишини талаб қилади [22,72,84].

АГ билан касалланган беморларни муваффақиятли даволаш учун шифокор туман тиббиёт ҳамшираси билан яқин ҳамкорликда ишлаши керак. Тажрибали ҳамшира-зарарли одатлардан воз кечиш, ўз соғлиғига масъулиятли муносабатда бўлиш орқали соғлом турмуш тарзига бўлган мотиватсияни- шакллантириш учун шифокорнинг биринчи ёрдамчисидир.

АГ учун парҳез тавсиялар дислипидемиява бу касалликлар олдини олиш билан бирга липид метаболик касалликлар тузатиш учун, нормал оғирлиги билан тана оғирлиги ортиши олдини олиш учун, семизлик билан ортиқча вазн нормаллаштириш қаратилган бўлиши керак. АГ билан оғриган беморлар учун энг муҳим нарсa электролитлар бузилишларини тузатиш ва сув-электролитлар алмашинувини назорат қилишдир [43,81].

АГ билан оғриган беморнинг овқатланишини ратсионал овқатланишнинг асосий тамойилларига мувофиқ қуриш тавсия этилади. Энергия ва тананинг энергия сарфланишини мувозанатлаштириш, тананинг физиологик эҳтиёжларини ажралмас озиқ моддалар: оқсиллар, ёғлар, углеводлар, витаминлар, минераллар билан таъминлаш; овқатланиш тартибига риоя қилиш, иш вақтиҳача бўлган нонушта - 30%, иккинчи нонушта – 20%, тушлик – 40%, кечки овқат – 10%. охирги таом ётишдан

камида 2-3 соатолдинбўлиши керак; кечки овқат ва нонушта оралиғи 10 соатдан ошмаслиги керак; озиқ моддалар кундалик талаб тахминан қуйидаги нисбатларда иборат бўлиши керак: 15% (80-95г ҳақида), ёғ ь – 30% (80 – 100г), углеводлар-55% (300-350 г атрофида).

Маҳаллий терапевт АГ билан оғриган беморга овқатланиш бўйича махсус маслаҳат бериши керак,шу жумладан: ўткир - овқатлар ва зираворлар, шўр, ёғли овқатлар, ун ва қандолат маҳсулотларини истеъмол қилишни истисно қилиш;қайнатиш, пишириш, вақти-вақти билан енгил қовуриш каби усуллар билан тайёрланадиган таомларни истеъмол қилиш; ош тузини кунига 5г дан ортиқ бўлмаган миқдорда истеъмол қилиш,овқатни пишириш жараёнида тузламаслик, татиб кўргандан сўнг таъбга кўра қўшиш, кунига 1.5 литргача бўлган эркин суюқлик (суюқ таомлардан бошлаб) миқдорини чеклаш.Газланган минерал сувларни истисно қилиш; калий таркибида юқори бўлган маҳсулотларни истеъмол қилишни ошириш (суткасига 5-6 гр. гача), магний (майиз, қуритилган ўрик, сабзи, майданоз, арпабодиён, ситрус, кепак, денгиз қолдиғи ва бошқалар). Семириб кетишнинг клиник шакллари бўлган одамларда (29,0 ва ундан кўп тана оммавий индекслари) кундалик калория миқдорини кунига 1800-1200 ккалгача камайтириш [77,85,87,90].

АГ билан оғриган беморларда кундалик ва жисмоний фаолият даражаси, одатда, алоҳида-алоҳида аниқланади. Ҳар бир алоҳида ҳолатда жисмоний фаолликни ошириш учун беморларнинг тавсиялари бажариладиган юкламарнинг етарлилиги учун ўз-ўзини назорат қилиш бўйича аниқ кўрсатмалар билан бирга берилиши керак.Юкламанинг авжидাগипулс 1 дақиқада 120-140дан ошмаслиги керак (180 ёш бирлигида). Машғулотлар нафас қисилиши, кўп терлаш, умумий заифлик, юрак оғриғига сабаб бўлмаслиги керак.Ушбу аломатларнинг пайдо бўлиши машғулотларнинг бир маромда эмаслигини кўрсатади ва одатда, орган юрак хасталикларини, биринчи навбатда ишемик юрак касаллигини (ИЙК) бартараф этиш учун қўшимча текширишни талаб қилади.Машғулотлар

режимига кириш аста-секин амалга оширилиши керак. Машғулотларни ҳафтада 3-5 марта мунтазам бажарилиш талаб қилинади. Энг реал ва энг физиологик машғулоти бу, кунига камида 1 соат юришдир. Белгиланган юришни машқ қилдирувчи режим бу 3-4 км масофага тўхтовсиз тез юришдир (тахминан 120 кадам / дақиқа). Тезлик ва масофа аста-секинлик билан оширилади [34,92].

Никотиннинг юрак-қон томир тизимига салбий таъсири исботланган. Никотин ҳаяжонли ва кейин вегетатив ганглионларни фалаж қилади, томир марказни қўзғатади, юрак тезлигини оширади ва кучайтиради, қон томирларининг спазмига олиб келади, қон босимини оширади. Чекувчилар тўқималарнинг кислород очлигини, сурункали мия гипоксиясини оширади, бу эса артериал гипертензияни аниқлаш, барқарорлаштиришга ёрдам беради. Чекишни ташлашнинг муваффақияти учун зарур шарт-бу беморнинг бу ёмон одатлардан воз кечишга бўлган ишончидир. Бир марталик чекишни ташлаш афзалдир. Бунда беморга автотренинг элементларини ўргатиш тавсия этилади: "чекишда воз кечиш, менга 5-6 йил тўлиқ ҳаёт берди", "чекишни ташлаб, мен соғлиқоқимини ҳис қилдим" ва ҳ.к. Беморларнинг спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш одатига алоҳида эътибор берилиши керак, бу кўпинча қон босимининг кескин ошишига олиб келади ва беморларнинг ҳаёти учун хавфлидир. АГ билан оғриган беморларнинг ҳаётини прогноз қилиш учун спиртли ичимликларни истеъмол қилишдан бош тортиши керак. АГни даволашда беморнинг ҳаётий одатлари, унинг иши, оиладаги муносабатлар ва бошқалар ҳақида билиш муҳимдир. Бу маълумотлар профилактик йўналишда ҳудудий шифокор ва ҳамширасининг саъй-ҳаракатларини бирлаштиришга, бу ишни энг муваффақиятли қилишга, оилавий психотерапия усуллари кундалик амалиётида қўллашга имкон беради [28,58,78,86,94].

Умумий амалиёт шифокорлари амбулатория шароитида ёки уйда хавф омилларини ўз вақтида аниқлаб олишлари ва касаллик белгилари

ривожланишидан олдин профилактика чораларини кўришлари керак. Бунинг учун хавф омиллари бўлган бир гуруҳ шахсларни шакллантириш ва улар билан бирга касалликларнинг пайдо бўлишига таъсир этувчи омиллар, уларнинг сифати ва умр кўриш давомийлигига таъсири ҳақида хабардор қилиш бўйича қўшимча ишларни амалга ошириш, бу ишни институтнинг барча тиббиёт ходимларини жалб қилиш зарур. Профилактик чора-тадбирлар жуда кўп қиррали, осонгина бажарилиши мумкин ва қўшимча харажатларни талаб қилмайди, улар беморнинг турмуш тарзини яхшилашга қаратилган.

Иккиламчи профилактика касалликнинг эрта ташхисини преклиник босқичда ҳам ўз ичига олади. Узоқ вақт давомида АГ асимптоматикдир, шунинг учун қон босимини эрта аниқлашнинг ягона усули унинг доимий ўлчовидир. Тиббий муассасанинг ҳар бир ходими (рўйхатга олувчи, ҳамшира, ҳамшира, ҳар қандай мутахассислик шифокори) қон босимини тўғри ўлчашга қодир бўлиши керак. Самарали даражадаги назорат АГ касалликларида қон босими бемор ва тиббий ходимлар учун мажбурий бўлиши керак.

Қон босимининг юқори даражасини эрта аниқлашнинг яна бир муҳим воситаси скрининг дастурлари бўлиб, унда ташрифнинг мақсадидан қатъи назар, клиникага мурожаат қилганларнинг барчасининг босими ўлчанади ва 18 ёшдан катта бўлган участкага бириктирилган аҳолиси орасида-уйда ёки поликлиникага қўнғироқ қилиш орқали амалга оширилади. Бироқ, тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, текширилаётган поликлиникаларда бундай скрининг ўтказилмади.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, АГнинг дастлабки босқичи бўлган ёшларда амбулатория-поликлиника амалиёт шароитида ЙТК ривожланиши учун хавф омилларини, шунингдек, АГни номедикаментоз моддаларни тузатишнинг клиник самарадорлигини ўрганиш долзарбдир масалалардан биридир. Популятсияда артериал гипертенсияни самарасиз

даволаш муаммоси бугунги кунда етакчи муаммолардан бўлиб қолмоқда [56,62,88,94].

Бир қатор тадқиқотлар шуни кўрсатдики, антигипертензив терапияга паст даражадаги мойиллик касалхонага ётқизилиш частотасининг ошишига, уларнинг давомийлигига ва шунинг учун харажатларнинг кўпайишига олиб келади [249, 261, 217]. Антигипертензив даволанишга паст мойиллик мавжуд бўлса, иккиламчи профилактиканинг паст самарадорлиги ва амалий соғлиқни сақлаш соҳасидаги бир қатор алоқаларнинг узлуксизлиги, статсионар даволаниш самарадорлиги кутилганидан анча узоқдир. Статсионар шифокорлар тавсиялари кўпинча ҳудудий поликлиникалар томонидан қайта кўриб чиқилади, препаратлар аналоглар билан алмаштирилади, ҳар доим ҳам самарали эмас, дозаларни одатда камайтиришга тўғри келади [66,98].

Назорат остида бўлган тадқиқотлар соғлиқни сақлаш мактабларининг турли тоифадаги ЙҚТК билан оғриган беморлар учун самарадорлигини кўрсатди. Бу, биринчи навбатда, ЮИК касаллиги, бошқа ЎКС лар ва юрак томирларида жарроҳлик малиётини бошидан кечирган беморларга тааллуқлидир. Соғлиқни сақлаш амбулатория-поликлиникасида юмшоқ ва мўтадил АГ бўлган беморларни комплекс даволашда мактабларнинг самарадорлиги кўрсатилган [39,57,85,93].

АГ ва ЮИК нинг иккиламчи профилактикаси бўйича мактабларнинг юқори самарадорлигини эътироф этган ҳолда, ташкилотнинг юзасидан қийинчиликлари туфайли ушбу усулнинг кенг тарқалишида чекловлар борлигини таъкидлаб ўтмаслик мумкин эмас. Бу тиббиёт муассасалари (мактабларни ташкил этиш кўпинча индивидуал ходимлар ёки раҳбариятнинг ғайратига асосланган) ва беморлар (айниқса, ишлайдиган беморлар учун 5-7 марта тиббий муассасаларга синфларга келиш осон эмас) учун ҳам амал қилади. Шу муносабат билан таълим технологияларининг янги шакллари излаш ва ўрганиш долзарбдир [34,56,82,96].

Гипотензив дориларнинг таъсири (ингибитор, β -блокёрлар, калтсий антагонистлари), ва шу билан биргаликда уларнинг комбинатсияси ҳам маълум. Милдронатнинг миёкардиопроTECTсия ва энергия метаболизмига таъсир қилишда ижобий таъсири маълум [64,78,84,98].

Гипертензия шаклланишининг қонуниятлари дастлаб ҳар хил вегетатив ҳолатида, шу жумладан чекиш пайтида ўрнатилмаган. Бир қатор антигипертензив дориларнинг гемодинамик ва мембрана-химия хусусиятлари, уларнинг комбинатсиясининг энг мақбул вариантлари аниқланмаган. АГ ҳолатида фитолазерорез (ФЛФ) ва милдронатдан фойдаланиш тўғрисида етарли маълумот йўқ. Ташқи бошқариладиган воситачиларнинг ортиб бораётган автоном реаксияларининг тизимли таъсири аниқланмаган ва фишекдистерон билан адренергик реаксияларнинг олдини олиш имконияти аниқланмаган [25,63,89,93].

Артериал гипертонияни даволаш муаммолари диагностика муаммолари билан чамбарчас боғлиқдир. Локомотив ҳайдовчиларида гипотензив терапия самарадорлигини кузатиш учун транскраниал диагностикадан фойдаланиш таклиф этилади.

Қон томир тонусини ауторегулятсия қилиш тизимининг бузилишларини ташхислаш ва интенсив касб эгаларига эга бўлган одамларда артериал гипертензияни даволаш самарадорлигини ултратовуш текшируви имкониятлари адабиётларда етарлича ўрганилмаган. Шу муносабат билан, транскраниал дуплекс сканерлаш орқали cerebrovascular ауторегулятсия бузилишларини ўрганиш ва даволаш самарадорлигини мониторинг қилиш замонавий темир йўл тиббиётида долзарб муаммолардан биридир [38,72,94,100].

Даволашнинг самарадорлиги вайҚТК прогнозини яхшилаш бўйича кўплаб илмий изланишларга қарамай, ушбу касалликлардан юқори даражадаги касаллик ва ўлим ҳолати кўрсаткичлари сақланиб қолмоқда.

Замонавий медикаментозантигипертензив терапия (АГТ) даволаш ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги (ЖИПМ) учун катта аҳамиятга эга. Сўнгги пайтларда АГ билан оғриган беморларни даволашда замонавий антигипертензив дориларни (АГТ) қўллаш частотаси ўзгарди. Ангиотензинга айлантирувчи фермент ингибиторлари (ААФИ) 40,1% дан 66,6% гача, калций канали антагонистлари (ККА) 24,6% дан 13,5% гача; б-адренергик блокерлар (БАБ) 16,1% дан 30,3% гача, диуретиклар 10,7% дан 40,4% гача, бу гипертензия билан оғриган беморларни тиббий реабилитациясида ижобий тенденциялар мавжудлигидан далолат беради.

Белгиланган жисмоний фаолиятга бошқа номедикаментоз бўлмаган тадбирларни қўллаш ЙҚТК ни даволаш ва ЙҚТ нинг олдини олишнинг самарали воситасидир.

Жисмоний фаоллик қон босимининг ортиши билан узвий боғлиқ бўлади. Жисмоний тайёргарликнинг қон босимига таъсирини ўрганаётганда, унинг гипертоник беморларда 10/8 мм Хг га, нормотоникларда эса 3/3 ммХг.пасайиши кўрсатилган. Ратсионни ўзгартириш, хусусан, тузни истеъмол қилишни камайтириш ҳам катта аҳамиятга эга. Спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш ва чекиш ҳам ЙҚТКнинг кечиши ва ривожланишига салбий таъсир қилади [67,83,91,93].

АГ тиббий ёрдамга мурожаат қилишнинг энг кенг тарқалган сабаби бўлиб, барча амбулатория тиббий амалиётининг 10% дан 20% гача бўлган қисмини ташкил этади. Шунинг ҳисобга олган ҳолда, АГ ли беморларни реабилитация қилиш бўйича комплекс чора-тадбирларни амалга оширишни оптималлаштиришнинг долзарб муаммоси амбулатория шароитида даволаш юзасидан келиб чиқади.

Ушбу тадбирларнинг асосий мақсади профилактика чораларига ва шифокорлар ва беморларнинг ўзаро муносабатларини яхшилашга қаратилган сурункали касалликларга чалинган беморларнинг (шу жумладан ЙҚТК)

соғлиғини яхшилаш ва ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида профилактика ва ЛРМ самарадорлигини оширишдан иборат. Шу билан бирга, юқорида санаб ўтилган қонунчилик ва меъёрий ҳужжатлар тегишли илмий мониторингни талаб қилади, бу эса ОИТВ касалликлари учун ЛРМ самарадорлигини ошириш соҳасида тадқиқотларнинг янги йўналишини шакллантиришни ва АГ беморларнинг амбулатория шифокорлари ва амбулатория шифокорларига кўрсатмалар бериш ва буюриш учун мослигини (мос келишини) тузатиш усулларини шакллантиришни талаб қилади [55,67,73].

Хавф омилларини эрта аниқлаш, қон босимининг кўтарилиши, турмуш тарзининг ўзгариши, номедикаментоз даволаниш бўйича тавсиялар ва бошқариладиган дори терапияси мақсадли органларнинг шикастланишига ва тегишли шароитларнинг ривожланишига йўл қўймайди. АГ асоратларининг олдини олиш энг муҳим тиббий ва ижтимоий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу муаммонинг барча жиҳатларини ойдинлаштириш, уни соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида ҳал қилиш технологиясини ишлаб чиқиш АГ ва ўлим кўрсаткичини унинг асоратларидан камайтиришнинг муҳим таркибий қисми бўлиши мумкин, шунинг учун бирламчи тиббий ёрдам учун мақбул бўлган замонавий бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика усулларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш жуда долзарб вазифадир [100].

Юқори қон босимини тўғирлашнинг фармакологик бўлмаган усулларини киритиш беморга ўз соғлиғини мустаҳкамлашда фаол рол ўйнайди, бу эса тананинг яхлитлиги нуқтаи назаридан тиббиётнинг асосий : "касалликни эмас, балки беморни даволаш" ва "зарар қилманг" тамойилларига риоя қилишни таъминлайди. Номедикаментоз ва медикаментоз даволаш ва АГ профилактикаси умумий ва юрак-қон томир касалликлари ўлимини камайтиришда, шунингдек мия қон томирлари ва миокард инфаркти хавфини камайтиришда самарали бўлди [85,96,100].

ИИ БОБ. МАТЕРИАЛ ВА ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ.

2.1 Беморларнинг клиник хусусиятлари

Белгиланган мақсадлар ва вазифаларга мувофиқ, уч босқични ўз ичига олган назорат қилинган текширув иши режалаштирилган ва “ҳодиса-назорат” иш элементлари билан амалга оширилган. **Бухоро вилоятининг 23-ОП** да тадқиқот ўтказилди

Биринчи босқичда, тадқиқотнинг ишончлилигини таъминлаш учун намуналар ҳажми ҳисоблаб чиқилди, беморларни киритиш ва чиқариб ташлаш учун далиллар ва мезонларни олиш учун этарли бўлган минимал миқдор аниқланди. Намуна ҳажми Алтман номограммаси ёрдамида 80% кувват ва икки томонлама аҳамиятлилиқ даражаси учун ҳисоблаб чиқилган. **!**

Беморларни танлаш **Когон туманининг 23-ОП** сида профилактик тиббий кўрик пайтида, шунингдек, профилактика тиббий кўрик карталари, амбулатория беморларининг тиббий карталари таҳлили асосида АГ диагностикаси РКИЖ мезонларига мувофиқ амалга оширилди

Гипертензия ташхиси систолик қон босими 140 мм/сим.уст ни аниқлашга асосланган. ва ундан кўп ва / ёки диастолик қон босими 90 мм/сим.уст. ва бошқалар, Н.С. усули билан рўйхатдан ўтган. Коротков камида икки марта ташриф давомида 30 дақиқалик дам олишдан сўнг, улар орасида камида бир ҳафта оралиғида. **!**

Симптоматик гипертензия диагностикасини истисно қилиш ва юрак-қон томир хавфининг табақаланиши шикоятлар, анамнез, турмуш тарзини ўрганиш, шунингдек умумий клиник усулларни ўз ичига олган кенг қамровли текширув натижалари асосида амалга оширилди:

- тана массаси индексини ҳисоблаш ва бел айланасини аниқлаш билан антропометрик ўлчовлар;

- юқори ва пастки мучаларда қон босимини ўлчаш (аортанинг коарктатсиясини истисно қилиш учун);

- “сут билан қаҳва доғ”ларини, нейрофиброматоз тугунларни (нейрофиброматоз), ливео ретикуларисни (тугунли, периартерит) чиқариб ташлаш учун терини текшириш; чўзилувчан белгилар (Итсенко-Кушинг синдроми), терининг намлиги ошиши (тиротоксикоз, феохромотситома);

- бўйин худудини текшириш: аускултатсия пайтида уйқу артерияси устидан шовқин; бўйин томирларининг шишиши; қалқонсимон безнинг катталашиши;

- юрак-қон томир тизимини ўрганиш: иккала қўлнинг пулсини баҳолаш (ўзига хос бўлмаган аортоартеритни (Такаясу касаллиги) чиқариб ташлаш учун); юрак уриши ва ритм; апикал импульс; юрак уриши; юрак аускултатсияси - секин уриш, шовқин, ИИИ ва ИВ товушлар (аортанинг коарктатсияси, нуқсонлар);

- қорин аъзоларини текшириш: палпатсия пайтида буйраклар катталашиши (буйракнинг поликистоз касаллиги, ҳосилалар), патологик пулсатсия; қорин аортасидан юқори бўлган шовқинлар, қоринни аускултатсия қилиш пайтида буйрак артериялари (буйрак артерияси стенози);

Бундан ташқари, лаборатория (умумий қон ва сийдик синовлари, очликда плазмадаги глюкоза, креатинин, сийдик кислотаси, умумий холестерин, калий, натрий, калсий) ва инструментал (ЕКГ, эхоКГ, буйраклар ва буйрак усти безларининг ултратовуш текшируви) усулларидадан фойдаланилди.

Барча беморлар офталмолог (офтальмоскопия), эндокринолог, уролог, невролог билан маслаҳатлашдилар. Агар керак бўлса, кўкрак органларининг рентгенологик текшируви ўтказилди; брахиосефал ва буйрак артерияларининг ултратовуш текшируви; мия, буйрак, адренал безларнинг магнит-резонанс томографияси.

Киритиш мезонлари:

-И даражали АГ билан 18 ёшдан 45 ёшгача бўлган шахслар, юрак-қон томир асоратларини ривожланиш хавфи ,

- сурункали яллиғланиш касалликларининг ўткир даври ёки кучайиши йўқлиги;
- тадқиқотда иштирок этишга розилиги .

Истисно мезонлари:

- дори-дармонларни даволашни бошлаш учун кўрсатмалар мавжудлиги(ИИИ даражали АГ, беморда уч ёки ундан ортиқ юрак-қон томир хавфи омиллари, мақсадли органларнинг шикастланиши, боғлиқ клиник шароитлар),
- симптоматик гипертензия,
- ҳомиладорлик,
- гипертония касаллигига таъсир қилиши мумкин бўлган дори-дармонларни қабул қилиш,
- алкоголизм, гиёҳвандлик;
- беморнинг тадқиқотда иштирок этишни истамаслиги

Киритиш ва чиқариб ташлаш мезонларига кўра, асосий гуруҳга ушбу тадқиқотда Бухоро вилоятининг 23 ОП да 18-45 ёшдаги (ўртача ёши - $37,45 \pm 0,15$ ёшдаги) 1 даражали АГ, ЮИК ривожланишининг ўртача хавфи бўлган 83 касал иштирок этди. Назорат гуруҳи 23-СВП Бухоро туманининг 23 кўнгиллиларидан иборат бўлиб, улар ёши ва жинси бўйича таққосланади, идора қон босими даражаси оптимал ва нормал (РКИЖ, 2004) тоифаларига тўғри келади, ёши ва жинси билан таққосланади (2.1-жадвал. 1 ва 2.1.2).

2.1.1-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида беморларнинг жинсига қараб тақсимланиши

Қават	Тадқиқот гуруҳи n = 83		Назорат гуруҳи n = 23		21 *; дф = л Р
	абс.	%	абс.	%	
Еркаклар	45	54.2	12	52.2	0,07
Аёллар	38	45.8	ўн бир	47.8	p = 0.89

Изоҳ: * - 21 - Кулбакнинг абсолют қийматлари учун ҳисобланган ахборот статистикаси, p даражаси - муҳим аҳамиятга эга даражаси

2.1.2-жадвал

Тадқиқот гуруҳларидаги беморларнинг ёш хусусиятлари

Кўрсаткичлар	М	СЕ	В 0,25	В 0,50	В 0,75	М	СЕ	В 0,25	В 0,50	В 0,75	У	З	п- даража
	Тадқиқот гуруҳи (n = 83)					Назорат гуруҳи (n = 23)							
Ёши	20. 3	0,2 4	18. 0	19. 0	22. 0	19. 6	0,2 3	18. 0	19. 0	21. 0	3131 .0	1. 41	0.15 9

Изоҳ: М - намунавий ўртача, СЕ - ўртача хато, 25-чи (В0.25). 50-чи (В0.50) ва 75-чи (В0.75) фоизлар қатордаги қийматларнинг ғайритабиий тақсимланиши билан боғлиқ бўлиб, У иккита мустақил гуруҳнинг рақамли маълумотларини таққослаш учун Манн-Уитни тести, З нормал тақсимотнинг ўзгариши катталиги (нормал тақсимот ўзгарувчан қиймат), п-даража - муҳим аҳамиятга эга бўлган даража.

Тадқиқотнинг иккинчи босқичида АГ билан оғриган беморларнинг турмуш тарзини ўрганиш амалга оширилди. Ҳаёт тарзи ва АГ хавф омиллари бўйича билим даражаси махсус ишлаб чиқилган анкета ёрдамида ўрганилди. Маълумотлар йиғиш респондентларнинг тўғридан-тўғри сўровига асосланган сўровномалар орқали амалга оширилди. Сўровномада эпидемиологик ва ижтимоий тадқиқотлар хусусиятларига мувофиқ чекланган миқдордаги ахборотни ўз ичига олган очик ва ёпиқ саволлар ишлатилган. Замонавий мезонларга мувофиқ, хавф омилларини табақалаштириш мақсадида, чекувчилар ўз ҳаётлари учун 100дан ортиқ сигарет чекадиган ва ҳар куни ёки баъзан[107, 146, 310] сигарет чекадиган талабаларга мурожаат қилишди. Бироқ, сигарет чекадиган сигаретларнинг оз миқдори ёш ва айниқса, аёл танасига салбий таъсир кўрсатади, чунки сигарет чекадиган шахслар 100 дан камроқ сигарет чекадиган ва ҳафтасига камида 1 марта сигарет чекадиган кишиларга ҳам тегишли. Бундан ташқари, РКИЖ экспертлар қўмитаси (атеросклероз бўлими) кўра, сигарет чекиш қатъи назар, уларнинг сони,

юрак-қон томир касаллиги ривожланиши ва прогрессиянинг асосий хавф омилларидан бири ҳисобланади.

Тамакининг интенсивлиги билан барча тамаки чекувчилар "баъзан" (ҳафтада 1, лекин ҳар куни эмас) ва доимий равишда тамаки чекадиган "вакти-вакти билан" (ҳафтасига <1) тамаки чекувчиларга бўлинган.

Кардиоваскуляр асоратларни ривожланиш хавфини қўшимча баҳолаш учун липид метаболизми, гемостаз тизимининг асосий параметрлари ўрганилди. Тадқиқотда кейинги иштирок этиш учун маълумот АГ даражаси И, хавф 2 бўлган 74 ёшда олинган.

Тадқиқотнинг учинчи босқичида профилактика чораларининг ҳар хил турларини баҳолаш учун намунавий табақалаштирилган рандомизатсиялаш усули билан икки гуруҳга бўлинди. .

Когон туманининг 23 ОП шифокори назорати остида бўлган беморларнинг биринчи гуруҳи (И гуруҳ, = 35, улардан 54,3% эркаklar ва 45,7% 18-45 ёшдаги аёллар; ўртача ёш $39,82 \pm 0,31$) Умуман олганда, гуруҳдаги систолик қон босими $150,47 \pm 1,09$ мм сим.уст эди. Диастолик - $91,58 \pm 0,65$ мм.сим.уст, Касалликнинг ўртача давомийлиги - $5,97 \pm 0,16$ г. Ушбу гуруҳда мунтазам консултатсия доирасида анъанавий ноанъанавий терапия буюрилди (РКИЖ - 2004).

Иккинчи гуруҳ беморлари учун (ИИ гуруҳ, улардан $n = 39$ таси, 53,8% эркаklar ва 46,2% аёллар) 18 дан 45 йилгача; ўртача ёш $35,37 \pm 0,33$; умуман, назорат гуруҳи $150,63 \pm 1,26$ мм.сим.уст эди. ўтиш: сайтда ҳаракатланиш, қидирув касалликнинг ўртача давомийлиги $6,08 \pm 0,22$ г) ва уларнинг оила аъзолари АГ билан ёш беморлар учун махсус тузилган "Соғлиқни сақлаш мактаби" дастурини ўтказдилар. Синфларда ҳар икки ҳафтада бир марта 60 дақиқа, ҳар бир кичик гуруҳ учун 8 дарс учун ўтказилди.

Тадқиқот давомида ҳар икки гуруҳнинг беморлари қон босимини мунтазам равишда ўлчаш (офис ўлчовлари, ўз - ўзини назорат қилиш), АГ билан ёшларнинг шикоятлари кузатилган.

Биринчи тадқиқот нуқтаси, шунингдек, 6 ой - — барча текширилаётган қайта скрининг профилактика аралашуви бошланганидан кейин 12 ой (биринчи гуруҳ учун тиббий маслаҳат айланиши ва "мактаб" — иккинчи гуруҳ учун) орқали амалга оширилди иккинчи тадқиқот нуқтаси. Дори - дармонлар билан боғлиқ бўлмаган тузатишнинг таъсири бўлмаганда, АД-2004 [29] тавсияларига мувофиқ этарли танлов амалга оширилган дори-дармон терапияси буюрилди.

Даволаш натижаларини баҳолаш учун қуйидагилар танланди: қон босимини, офис қон босимини, СМАД параметрларини, липид алмашинув кўрсаткичларини, 1 ва 2 тадқиқот нуқталарида аниқланган тадқиқот гуруҳлари талабаларининг сифати ва турмуш тарзини ўлчаш бўйича билим даражаси ва амалий кўникмалар динамикаси. Барча тадқиқот иштирокчилари профилактик аралашувнинг тўлиқ курсини тамомладилар. 6 ойдан сўнг такрорий скрининг текширувида асосий гуруҳдаги ёш беморларнинг 94,9% ва назорат гуруҳидаги беморларнинг 90,9%, бир йилдан сўнг - талабаларнинг 88,1% ва 83,6% қатнашди. И гуруҳда ёш беморларнинг 16,4% ташрифларни назорат қилиш учун келмаган. ИИ гуруҳда 8,5% вақт этишмаслиги сабабли дарсларга боришни тўхтатди, 3,4% гипертензия билан касалланган талабалар тушунтиришсиз. Гиёҳванд бўлмаган тузатиш самарасизлиги сабабли асосий гуруҳдаги беморларнинг 5,1% ва назорат гуруҳидаги 9,1% ратсионал дори терапияси танланган.

2.2 Тадқиқот усуллари

Умумий клиник ва антропометрик усуллар

Беморларнинг комплекс текшируви шикоятларнинг батафсил тўпламини, касаллик анамнезини ва ҳаёт тарихини ўрганишни, хавф омилларини баҳолашни ўз ичига олган. Гипертензия, физик текширув, шу жумладан текширув натижалари, палпатсия, перкуссия ва аускултатсия, бел айланасини аниқлаш (лента ўлчови ёрдамида) ва ИМТ аниқланган.

Соматометрик текширув: Б тавсияларига мувофиқ амалга оширилди. Бунак (1940) ва В.П. Четсов (1978) кейинчалик конституциявий турларини

В.Н. таснифига кўра белгилаш билан. Шевкуненко ва А.М.Геселевич, уларни Б.А.Никитюк ва А.И.Козловлар тўлдирдилар. Тана турларининг ушбу таснифини аниқлиги, объективлиги ва соддалиги туфайли танладик, бу айниқса бирламчи тиббиёт врачлари учун жуда муҳимдир.

Ўлчовлар Когон туманининг 23 ОП да 22 даража ҳароратда ёритилган хонада ўтказилди. Антропометрия асбоблар қутиси магистрал ва оёқ-қўлларидаги барча муҳим чизиқли, ёй ва бурчак ўлчовларини таъминлади. Баландликни ўлчаш сантиметр (см) ёрдамида, оғирликни ўлчаш тиббий ўлчовда (кг) амалга оширилди. Тананинг айланасини (см) ўлчаш учун ўлчов лентаси ишлатилган. Бел айланаси (БА) 10-қовурға ва тос суяги тепаси орасидаги масофанинг ўртасида қатъий горизонтал равишда ўлчанди. Сон айланаси(СА) лентаси глутеал минтақанинг орқа тарафидаги орқа томондан босимсиз, ён томондан ва олд томондан қўлланилганда ўлчанган - лента қатъий горизонтал равишда ўтиб кетган.

Аҳолининг конституциявий турини аниқлаш учун калипер - компас (мм) ёрдамида катта қалин компас (см) ва ёғ ь қатламлари ёрдамида икки трансверс диаметрни, магистрални ўлчаш амалга оширилди. Елка диаметри (ЙД) - акромиал нуқталар ва пелвис диаметри (дона) (пелвиснинг энг катта кенглиги) орасидаги масофа-ёнбош- нуқталари орасидаги масофа ўлчанди. Терапевтик мақсадлар учун тери-ёғ ь қатламларини (ТЙҚ) оптимал ўлчаш: 1. Қорин бўшлиғидаги ТЙҚ горизонтал равишда киндик нуқтаси даражасида, иккинчисининг ўнг томонида 5 см масофада ўлчанди. 2. Орқа тарафдаги ТЙҚ ўнг скапуланинг пастки бурчагида ўлчанди. Қатламнинг йўналиши горизонтал равишда 45 градуслик бурчак остида. 3. Елканинг ташқи (орқа) юзасида ТЙҚ унинг энг катта атрофи даражасида қатлам Трисепс майдонини елканинг ўқи бўйлаб ўлчанди. 4. Поплитеал ҳудуддаги тизза устидаги ТЙҚ пателланинг тагида, пастки оёқнинг орқа юзасида ўлчанди. Ўлчовлар асосида қуйидаги кўрсаткичлар ҳисоблаб чиқилган:

1. Тана массаси индекси оғирликнинг (кг) баландлик квадратига нисбати (м) сифатида;

2. Бел / сон индекс - БА / СА;
3. Елканинг нисбий кенглиги (ЙНК) - СР нинг баландликка нисбати (%);
4. Тос суягининг нисбий кенглиги (ТСНК) - ТСНК нинг баландликка нисбати (%);
5. Тери ва ёғ ўбурмаларининг нисбий қалинлиги - 4 та ёғ бурмалари қалинлиги йиғиндисининг баландликка нисбати (%) !

Белгиларнинг ҳар бирини таҳлил қилиш танланган гуруҳ учун характерли ўртача қийматларни ва ушбу кўрсаткичнинг ўзгариши қийматларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди. Белгининг ўзгариши оралиғи интервалларга бўлинди (М-3СД, М-0.67СД); (М- 0.67СД, М + 0.67СД); (М + 0.67СД, М + 3СД), бу эрда М - ўртача арифметик, СД - стандарт оғиш. Кейинчалик, атрибутнинг ўзига хос қиймати тегишли бўлган оралиқ аниқланди[68].

Еркаklar ва аёлларда тана қийматлари асосида биз соматотипнинг тананинг нисбати — долихоморфик, мезоморфик ва брахиморфик вариантини аниқладик. ТЙҚ нисбий қалинлиги қийматлари асосида соматотипнинг- гипертрофик, нормотрофик ёки гипотрофик миқдори аниқланди.

Тадқиқотнинг лаборатор усуллари

Лаборатория тадқиқотлари стандартига қуйидагилар киритилган: умумий қон текшируви, сийдикнинг умумий таҳлили, биокимёвий қон текшируви.

Ўрганилаётган талабаларнинг липид алмашинувини ўрганиш учун умумий холестерин, триглитсеридлар, юқори зичликдаги липопротеидлар, паст зичликдаги липопротеидлар, хиломикронлар концентратсияси ва атерогенлик коеффитсиенти аниқланди. Липид метаболизмини ўрганиш учун материал сифатида қон плазмаси олинган. Қон намуналари эрталаб, охириги овқатдан сўнг 12 соатдан сўнг, тирсак томиридан қилинган. Умумий холестериннинг миқдорий таърифи энзиматик холестериноксидаза усули билан амалга оширилди, кейинчалик 500 нм тўлқин узунлигидаги

фотоколориметрия Лиасйс автоматик биокимёвий анализаторида (Италия) амалга оширилди. Юқори зичликдаги липопротеидлар Бурстеин усули -КФК-1 (Россия) фотоколориметрида 550 нм тўлқин узунлиги билан оптик йўл узунлиги 3 см бўлган кўветларда кейинги фотоколориметрия билан аниқланди. КФК — 0,5 (Россия) фотоколориметрида 425 нм тўлқин узунлиги билан оптик йўл узунлиги 3 см бўлган кўветларда фотоколориметрия билан бирга тг-бирлаштирилган асетиласетон усули қўлланилди.

Юқори зичликдаги липопротеид холестерин қиймати формула Фриедвалд (Фриедвалд W. Т. Эт. ал., 1972) 400 мг/дл дан ошмайдиган тг концентратсиясида: $ХС\ ПЗЛП = УХС - (ХС\ ЙЗЛП + (ТГ/2,2))$ ммол/л да; $ХС\ ЖПЗЛП = ТГ/2,18$ даражаси аниқланди. Холестерин учун атерогенлик коеффитсиенти(АК) куйидаги формула бўйича ҳисоблаб чиқилган: $АК = (ПЗЛП + ЖПЗЛП\ ХС) / ЙЗЛП$ [28, 308].

РКИЖ тавсияларига (атеросклероз бўлими) ва 2003 [28, 308] нинг ИИИ қисмининг эвропа тавсияларига мувофиқ, керакли қийматлар учун аниқланди (жадвал. 2.2.2).

Жадвал. 2.2.2

Плазма липидларининг оптимал кўрсаткичлари

Липид кўрсаткичлари	Бирлиги, ммол/л
УХС	<5,0
ПЗЛП ХС	<3,0
ЙЗЛП ХС	> 1,0 (ерк.); 1,2 (аёл.)
ТГ	< 1,77

Иқтибосланади: атеросклерозни олдини олиш ва даволаш учун липид алмашинувининг касалликлар диагностикаси ва тузатиш-кардиология Бутун россия илмий жамияти экспертлар қўмитаси Россия тавсиялар / / Кардиоваскўлер даволаш ва олдини олиш-М, 2004 — П.48. — (Адж. ўтиш: сайтда ҳаракатланиш, қидирув]

Шу билан бирга, атеросклерознинг ривожланиш эҳтимоли АК 3,0 дан кам бўлган билан нисбатан кичикдир; 3,0 — 4,0 оралиғида АК ўртача ва 4,0

дан ортиқ — атеросклероз ва унга алоқадор касалликларнинг юқори хавфи билан боғлиқ. Қоннинг протромбин нисбати ТПС (Россия) гемокоагулометрик термостатида Квик бўйича ягона тромбопластин-калтсий усули билан аниқланди. Гемостазнинг тромботситик боғланиш кўрсаткичларини таҳлил қилиш лазер тромботситлар агрегатсияси анализаторида амалга оширилди. (БИОЛА Лтд.. модел 230 ЛА).

2.2 АҚБ нинг номедикаментоз коррексиясида ишлатилган усуллар характеристикаси

Профилактик аралашув бошланишидан олдин, тадқиқот олиб борилган тиббиёт муассасалари шифокорлари АГ беморлари учун "Саломатлик мактаблари" ни ўтказиш бўйича 72 ўқув соати ҳажмли амалий машғулотлар БДТИ Ички касалликлар кафедрасида ўтказилди.

2.2.1 “Саломатлик мактаблари” ни ўтказилиш структураси

ИИ гуруҳ беморлар ва уларнинг оила аъзолари учун артериал гипертансияли беморлар учун тузилган ўқув дастури – "Саломатлик мактаби" ўтказилди. Шу мақсадда ИИ гуруҳ (n = 39)8 кичик гуруҳга бўлинган, жумладан, 7 - 8 АГ ва уларнинг оила аъзолари. Бизнинг фикримизча, ёш АГ беморларининг турмуш тарзига яқин қариндошлар, шу билан даволаш натижалари ва сифатини яхшилашга таъсир кўрсатади. Синфлар ҳар икки ҳафтада бир марта 60 дақиқа, ҳар бир кичик гуруҳ учун 8 дарс учун ўтказилди. Синфнинг шакли-бу муҳокамалар тури бўйича беморлар билан эркин мулоқот шаклида семинар, ўқув жараёнида тингловчиларнинг иштирокида олиб борилди

. “Саломатлик мактабларида” машғулотлар давомида гипертония билан оғриган беморларнинг турмуш тарзини ўрганиш ҳам олиб борилди. Шундай қилиб, машғулотлар таркибида стресс омиллари, чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ва жисмоний ҳаракатсизликка қарши

курашга алоҳида ўрин берилган. Бундан ташқари, машғулотларни режалаштириш ва тайёрлашда биз ёш беморларнинг хавф омиллари ва гипертензия хусусияти тўғрисида хабардорлиги, шунингдек уларнинг қон босимини ўз-ўзини ўлчаш бўйича амалий кўникмалари ҳақида маълумотлардан фойдаланганмиз. Биз ўқувчиларнинг соғлиғига минимал аҳамият бериш, аносегнозия билан ажралиб турадиган психологик хусусиятларини ҳам ҳисобга олдик. Шу муносабат билан машғулотлар давомида гипертония билан касалланган ёшларнинг соғлиғига нисбатан фаол шахсий позитсиясини рағбатлантиришга алоҳида эътибор берилди; даволаш учун, айниқса, номедикаментоз тузатиш учун мотиватсияни ошириш;

Ўтказилган синфларнинг таркиби, таълим томони устун бўлганида, кириш, маълумот ва якуний қисмларга анъанавий равишда баҳо берилмаган. Гипертензия билан касалланган ёшларни ўқитиш жараёни куйидагиларга асосланган эди: "Айтилган нарса эшитиш дегани эмас, эшитилган дегани тушунилган дегани эмас, тушунилган қабул қилинган, қабул қилинган дегани эмас". Шу муносабат билан асосий эътибор дарс услуби, кўргазмали материаллар ва даволанишнинг ижобий истиқболларини намойиш этишга қаратилди. Ҳар бир дарснинг ўзига хос хусусияти турмуш тарзини ўзгартириш тадбирларининг оддий рўйхати эмас, балки уларнинг тингловчилар учун фойдалилигини далил қилиш эди. Гипертензия билан боғлиқ ҳолда одамларнинг танасининг хусусиятларини янги англаш билан боғлиқ психологик муаммоларни бартараф этиш йўлларига ҳам алоҳида эътибор қаратилди.

Дарслар тингловчиларнинг идрок даражасига мос келиши кераклиги сабабли, биз нафақат тингловчиларнинг ёшлигини, балки уларнинг ҳисоб-китоб схемалари ва анча мураккаб маълумотлардан фойдаланишга имкон берадиган олий маълумот олганлигини ҳам ҳисобга олдик. дарслар давомида гипертония патофизиологияси ҳақида маълумотлар бердик.

Шундай қилиб, тренингнинг асосий мақсадлари куйидагича шакллантирилди: ишонч муҳитини яратиш учун тингловчиларда керакли

таассурот қолдириш; гипертония билан касалланган ёш беморларни даволанишга ишонтириш ва рағбатлантириш; нафақат ўқитибгина қолмай, балки керакли маълумотларни кириш, кўргазмали ва қизиқарли шаклда тақдим этиш, мунозарани уйғотиш ва ниҳоят тингловчиларни кўнгил очиш учун фикрлаш ишини рағбатлантириш [31,32].

2.2.2 Номедикаментоз тузатиш самарадорлиги мезонлари

Даволаш натижаларини баҳолаш учун идорадаги қон босими динамикаси (дастлаб, тадқиқот бошланганидан кейин 3, 6 ва 12 ой ўтгач), хавф омиллари ва қон босимини бошқариш қобилияти, липид кўрсаткичлари тўғрисидаги билим даражаси спектр танланди; ўрганилаётган гуруҳлар талабаларининг ҳаёт сифати (дастлаб, 1 ва 2-бандларда). Тадқиқот давомида гипертония билан касалланган ёшларнинг шикоятлари ҳам назорат қилинди.

2.3 Олинган маълумотларни статистик қайта ишлаш усуллари

Тадқиқот натижалари Windows ХП учун СПССв.15.0 (2007) ва MS эхсел дастурий таъминот тўплами ёрдамида амалга оширилган статистик қайта ишлашдан ўтказилди. Вариатсия статистикасининг стандарт усулларида фойдаланган ҳолда қуйидаги қийматлар ва мезонлар ҳисоблаб чиқилган: ўртача арифметик (M), ўртача арифметик хато (m). Иккита намунадаги воситалардаги фарқларнинг статистик аҳамиятини баҳолаш учун Студент т-тестидан фойдаланилди.

Колмогоров-Смирнов ва Шапиро-Уилк усуллари ёрдамида тақсимотнинг нормаллиги текширилди ва умумий дисперсияларнинг тенглиги ҳақидаги гипотезалар Левене тести ёрдамида синовдан ўтказилди. Миқдорий характеристикаларнинг ўртача танланган қийматлари матнда $M \pm SE$ сифатида берилган, бу эрда M - ўртача намуна, SE - бу ўртача қийматнинг стандарт хатоси. Баъзи ҳолларда, кетма-кетликдаги қийматларнинг ғайритабiiй тақсимланиши билан медиан ($B0.5$), 25 ($B0.5$) ва 75-фоизлар ($B0.75$) ҳам кўрсатилди.

Статистик фаразларни синаб кўриш учун нормал хусусиятдан бошқа хусусиятни тақсимлашда параметрик бўлмаган усуллар қўлланилган. Танланган актсиялар орасидаги фарқларнинг статистик аҳамиятини баҳолаш учун Фишернинг бурчакни айлантириш усули қўлланилди. Икки мустақил гуруҳнинг рақамли маълумотларини солиштириш учун - Манни-Уитнинг у-мезонлари, жуфтлашган таққослашнинг рақамли маълумотлари-Вилсохоннинг т-мезонлари. Икки ёки ундан ортиқ мустақил гуруҳларнинг сифатли маълумотларини солиштириш учун — Кулбак ахборот статистикаси қўлланди (2И-статистика). Тегишли гуруҳларни таққослашда белгилар мезонлари, Мас-Немар тести, тегишли намуналар учун т-мезонлари [93] ишлатилган.

Статистик таҳлил натижалари статистик жиҳатдан аҳамиятсиз ($p > 0,05$), муҳим ($p < 0,05$), юқори даражадаги ишончилилик ($p < 0,01$) билан муҳим аҳамиятга эга ($p < 0,001$) бўлиши мумкин.

Ўзаро муносабатларни (куч ва йўналиш) статистик ўлчови нормал тақсимотга бўйсунмайдиган интервалли ва тартибли ўзгарувчилар учун Спирман даражаларининг (r_s) коррелятсия коэффитсиентини ҳисоблаш йўли билан амалга оширилди. Тўғридан-тўғри алоқа қилишда коэффитсиент +1,0 га, қайта алоқа бўлса - 1,0, алоқа йўқ бўлганда 0 қабул қилинди. Коррелятсиянинг кучи сифат жиҳатидан БАҒоланди: r_s да 0,0 дан -0,25 гача ва +0,25 гача - йўқлиги ёки кучсизлиги; r_s да 0,26 дан 0,5 гача (-0,26 ... - 0,5) - ўртача даражада; r_s да 0,51 дан 0,75 гача (-0,5 ... -0,75) - ўртача; 0,75 (-0,75) дан юқори бўлган r_s билан - шунчалик кучли.

И босқич

Ўқиш

бирламчи

тиббий

хужжатлар ва

Ichki holatlarni nazorat qilish tadqiqotlari elementlari bilan istiqbolli boshqariladigan o'rganish

Namuna hajmini aniqlash, tadqiqotda qatnashishga rozilik berish va boshqa mezonlar

кўшимча

имтиҳон

чиқариб ташлаш учун

симптоматик

АГи таърифлари

ривожланиш хавфи

МТР

II босқич

Хусусиятларини ўрганиш

жисмоний,

липид метаболизми,

гемостаз, даража

лептин

АБПМ кўрсаткичлари,

ҳаёт сифати

III босқич

Амалга ошириш

профилактик

аралаштириш

Баҳолаш

самарадорлик

турли хил турлари

гиёҳванд бўлмаган

гипертензияни тузатиш

Shaxslar
normal qon bosimi, n = 23

AGI darajasiga ega bo'lgan
shaxslar, n = 23

Keyingi ishtirok etish uchun xabardor qilingan rozilik
tadqiqotda n = 74

Tasodifiylash

I guruh
Standart dorilar
terapiya, n = 35

II guruh
Amalga oshirish
"Salomatlik maktablari",
n = 39

6 oydan so'ng natijalarni baholash
profilaktik aralashuv (1-band)

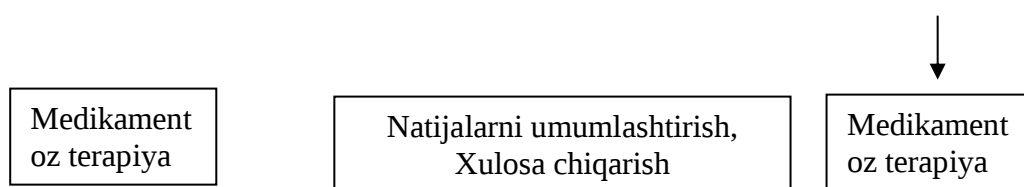
I guruh
Yetarli bo'lmagan
samaradorlik, n = 2
Og'ish
protokoldan, n = 1

II guruh
Yetarlibo'lmagan
samaradorlik, n = 1
Og'ish
protokoldan, n = 2

12 oydan so'ng natijalarni baholash
profilaktik aralashuv (2-band)

I guruh
Yetarli bo'lmagan
samaradorlik, n = 1
Og'ish
protokoldan, n = 3

II guruh
Yetarlibo'lmagan
samaradorlik, n = 1
Og'ish
protokoldan, n = 2



2.3.1-расм Тадқиқот дизайни

3-БОБ ЁШЛАРДА ҲАЁТ ТАРЗИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ КЛИНИК ҲОЛАТИ

3.1 Артериал гипертензия билан оғриган ёшларнинг шикоятлари хусусиятлари

Ёшларда гипертензия кам симптомлилиги билан ажралиб туришига қарамай, асосий гуруҳнинг 50,6% бош оғриғидан ва 12,0% бош айланишидан шикоят қилдилар (3.1.1-жадвал). Бош оғриғининг интенсивлиги ҳар хил эди: 8,1% ҳолларда у аниқ характерга эга бўлиб, уларни оғриқ қолдирувчи воситалар ёрдамида тиббий тузатишга ўтишга мажбур қилди ва 91,9% ҳолларда у жуда хавотирга солмайдиган интенсивликда эди. Ёш беморлар, қоида тариқасида, ушбу аломатларнинг пайдо бўлишини жисмоний, ҳиссий стресслар билан, камроқ метеорологик шароитларнинг ўзгариши ва қон босимининг кўтарилиши билан боғлашди, бу эса ўзини соғлом деб ўйлаш, яъни - аносогнозия касалликнинг инкор этилиши, ёшларда акцентуатсия етишмаслиги тўғрисида гувоҳлик берувчи адабиёт маълумотларини тасдиқлайди. Назорат гуруҳи шунингдек, бош оғриғи (21,7%) ва бош айланиши (4,3%) ҳақида шикоят қилди, бу аломатларни ортиқча иш ва эмотсионал стресснинг кучайиши билан изоҳлади.

Шу билан бирга, нормотензив ёшлар гуруҳида бундай шикоятлар частотаси асосий гуруҳга караганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада паст эди .

3.1.1-жадвал

Ўрганилаётган гуруҳлар вакилларининг шикоятлари таркиби

Шикоятлар	Тадқиқот гуруҳи (n = 83)		Назорат гуруҳи (n = 23)		φ *	п- даража
	абс.	%	абс.	%		
Бош оғриғи	42	50.6	5	21.7	3.857	<0.05
Бош айланиши	10	12.0	1	4.3	2,284	<0.05
Кўкрак қафасидаги оғ`рик	17	20.5	4	17.4	0.339	> 0,05
Юрак тез уриши	16	19.3	4	17.4	0.333	> 0,05
Уйку бузилиши	33	39.8	5	21.7	2479	<0.05
Умумий шикоятлар	9	10.8	2 *	8,7	0.767	> 0,05
Йўқ	28	33,7	16	69.6	4.703	<0.05

Еслатма: * - φ - қийматларни таққослаш учун Фишернинг бурчакка ўзгартириш усули, п-даража - бу ишончлилик даражаси.

Тадқиқот гуруҳларида юрак шикоятлари орасида турли хил табиатнинг (20,5 ва 17,4%, $p>0,05$), камроқ тез — тез юрак уриши (19,3 ва 17,4%, $p>0,05$), асосан, жисмоний машқлар пайтида, ортиқча психо-эмоционал зўриқиш натижасида кузатилган . Юқорида келтирилган аломатлар бир неча сониядан бир неча дақиқагача давом этган бўлса, улар йўқ қилинганидан кейин -

салбий провокатсион омил ёки седативлардан фойдалангандан кейин мустақил равишда тўхтатилди. Шунинг таъкидлаш керакки, асосий гуруҳдаги беморлар соғлом тенгдошлардан кўра тез-тез учрайди (39,8 ва 21,7%; $pX = 2,479$; $p < 0,01$) уйқусизлик ва ухлаб қолиш қийинлиги каби уйқу бузилишларини қайд этди. Умумий заифлик, чарчокнинг кўпайиши частотаси ўрганилаётган гуруҳларда (10,8 ва 8,7%, навбати билан, $p > 0,05$) статистик жиҳатдан ишончли фарқларга эга эмас эди ва субъектларга кўра, қон босимининг ошиши билан боғлиқ эмас эди. Юқоридаги турли хил комбинатсиялардаги шикоятлар иккала клиник гуруҳ вакилларида учради ва қатъий ўзига хос хусусиятларга эга эмас эди. Шундай қилиб, гипертензия билан сўралганларнинг 52,8% қон босимининг кўтарилиши билан юқоридаги белгиларнинг кўринишини боғламадилар; бош оғриғи, бош айланиши, юрак ва умумий симптомлар гипертензия белгиси деб ҳисобланган, қон босими ўлчанганми ёки йўқлигидан қатъий назар - ёш гипертоник беморларнинг 13,0% ида қайд этилди. Бундан ташқари, назорат гуруҳида шикоятлар интенсивлигининг қон босимининг кўтарилиш даражасига боғлиқлиги ҳам топилмади, чунки қон босими сезиларли даражада кўтарилган шикоятлар йўқ эди ва қон босими биров кўтарилганда улар юзага келиши мумкин эди. Шикоятларнинг тўлиқ йўқлиги асосий гуруҳнинг 33,7 фоизиди ва назорат гуруҳининг 69,6 фоизиди қайд этилган ($p < 0.001$).

Бизнинг фикримизча, субъектив аломатларнинг ўзига хос бўлмаганлиги ва касалликнинг намоён бўлишига жавоб беришнинг ўзига хос хусусиятлари ёшлигида гипертензия бўлган ёшларни соғлиғи ёмонлашган даврларда қон босимини ўлчашга мажбур қилмади, бу эса касалликнинг эрта ташхиси сезиларли даражада мураккаблаштирди..

3.2 Тадқиқот гуруҳларида юрак-қон томир хавфининг табақаланиш омилларининг тарқалиши

Анамнезни йиғишда, эрта ЮИК учун наслдан наслга ўтганлиги асосий гуруҳдаги ёшларнинг 82,9 фоизиди ва назорат гуруҳидаги 11,1 фоизиди (2И =

115,12; $p < 0,001$) аниқланди, бу келажакда АГБ ривожланишининг катта хавфини кўрсатди.

Чекишни таҳлил қилиш

Тадқиқот натижасида гипертония билан касалланганлар орасида (49,6%) ва соғлом тенгдошлар орасида (47,6%; $b = 0,258$; $p > 0,05$) тамаки чекишининг юқори даражаси, шу жумладан БРФСС - 26.0 ва 25.4 халқаро таснифлари мезонларига мувофиқлиги аниқланди. мос равишда% ($p = 0,089$; $p > 0,05$), бу кўпчилик тадқиқотларнинг маълумотларига мос келади.

Тамаки чекиш интенсивлигини таҳлил қилишда доимий чекадиган одамларнинг улуши анча пастлиги аниқланди - гипертония билан касалланган ўқувчиларнинг 14,8% ва назорат гуруҳидаги талабаларнинг 16,5% ($p > 0,05$). Шу билан бирга, "вақти-вақти билан" чекадиган гипертония билан касалланганлар (ҳафтада -1 дона сигарет) 47,5%, чекувчилар "баъзан" (ҳафтада -1 дона сигареталар, лекин ҳар куни эмас) - 37,7%. Назорат гуруҳида - мос равишда 46,6 ва 36,7% ($p > 0,05$).

Никотинга қарамлик даражасини ўрганиш шуни кўрсатдики, қоида тариқасида гипертония билан касалланган одамларнинг аксарияти ва уларнинг соғлом тенгдошлари "жуда заиф" ва "заиф" қарамликка эга бўлганлар - мос равишда 67,5 ва 71,4% ($b = 0,938$; $p > 0,05$). "Ўртача" ва "юқори" қарамлик даражаси мос равишда 32,5 ва 28,6% ҳолларда топилган ($b = 0,547$; $p > 0,05$). Тадқиқот гуруҳларида "жуда юқори" никотин гиёҳвандлиги топилмади. Шундай қилиб, чекишга боғлиқлик айниқса қизлар ўртасида асосан ҳулқ-атвор хусусиятига эга эди.

Шубҳасиз, чекиш зарали одат ва чекиш нафақат чекувчига, балки унинг атрофидаги одамларга пассив чекиш (атроф-муҳит тобассо смокер) оқибатида тамаки тутуни нафас шакллантиришда катта рол ўйнади. [26, 139, 141, 236]. Умуман олганда, пассив чекиш кардиоваскуляр касаллик ва ўлим хавфи учун муҳим омил ҳисобланади. Ҳатто пассив чекиш билан эркаклар ва аёллар ҳам қон босимининг ошиши кузатилади [296]. Бизнинг тадқиқотимизда, охириги 7 кун давомида сигарет чекадиган одамлар билан

бир хонада бўлиш масаласи ҳар икки гуруҳнинг 91,1 ва 92,1% ($pX=0,233$; $p>0,05$) ижобий жавоб берди; сигарет чекадиган одамлар билан бир машинада бўлган - 83; 7 ва 69,8% талабалар қайд этилди. ($pX=2,807$; $p<0,005$). Бундан ташқари, респондентларнинг ярмидан кўпи 59 % оиласида камида битта чекувчи мавжудлигини кўрсатди ($pX=1,104$; $p>0,05$). Натижада, ўрганилаётган гуруҳларнинг 2 / 3 дан ортиғи пассив чекиш туфайли юрак-қон томир касалликларини ривожланиш хавфини оширди. Шунини таъкидлаш керакки, пассив сигаретанинг зарари ҳар икки гуруҳнинг мутлақ кўпчилиги (95,1 ва 92,1%; $pX=0,796$; $p>0,05$) томонидан тан олинган.

Айни пайтда, одамларнинг жавобларида ижобий нуқтаи назар кузатилди. Шундай қилиб, 61,7 ва 65,1% беморлар ($\phi=0,456$; $p>0,05$) текширилаётган гуруҳлар сигаретанинг соғлиғини ёмонлаштиришига амин эдилар.. Тахминан 4 / 5 барча респондентлар (82,1 ва 76,2%; $\phi=0,940$; $p>0,05$) келажақда чекишни ташлаш учун кетаётганини айтган.

Абдоминал семизлик

РКИЖ (2004) томонидан белгиланган гипертония билан касалланган беморларда ЮИК ривожланиш хавфи мезони сифатида бел атрофи рухсат этилган қийматларидан ошиб кетган (еркаклар учун БА -102 см ёки аёллар учун > 88 см) 14,6% асосий гуруҳ талабалари ва гуруҳдаги 4,8% назорат ($\phi = 2.210$; $p < 0.05$). Шу билан бирга, иккала гуруҳ вакилларида БА ва ИМТ нинг ўртача кўрсаткичлари нормал оралиқда эди, аммо таққослаш таҳлилида ушбу кўрсаткичларнинг гипертония билан оғриган ёшларда нормотензив тенгдошларига нисбатан юқори кўрсаткичлари аниқланди . Шундай қилиб, аниқланган хусусиятлар гипертония билан оғриган ёшларда марказий ёғ тўпланишига мойиллиги борлигини кўрсатди, бу эса биринчи навбатда йўналтирилган чоралар зарурлигини тасдиқлади

3.2.1-жадвал

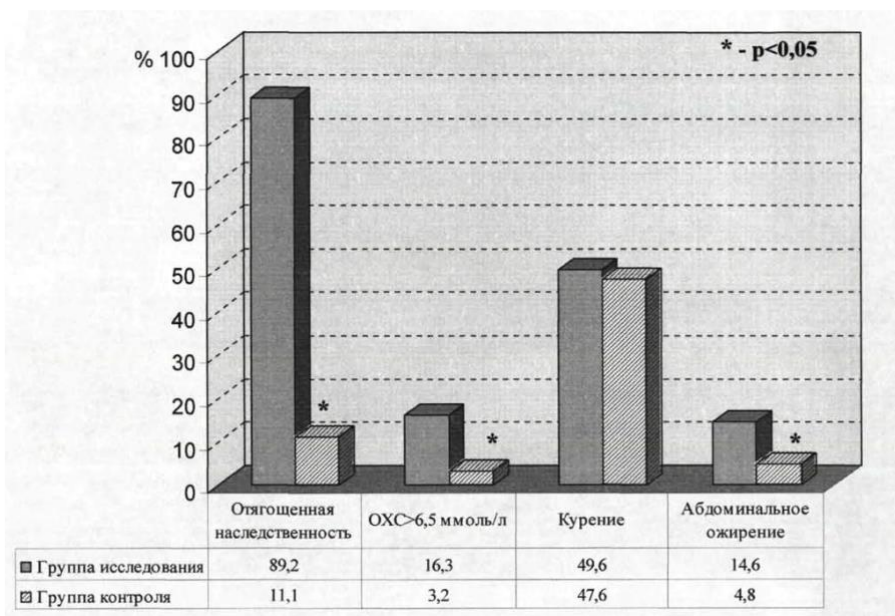
**Тадқиқот гуруҳидагиларнинг бел айланаси ва тана массаси индекси
характеристикаси**

Кўрса т кичла р	М	СЕ	В0,2 5	В0,7 5	М	СЕ	В0,2 5	В0,7 5	У	З	П
	Тадқиқот гуруҳи (n=83)				Назорат гуруҳи (n=23)						
БА	78, 4	1,1 6	70,0	86,0	71, 0	0,7 3	65,0	75,0	2387, 0	3,6 9	0,00 0
СА	94, 4	0,5 8	89,3	98,0	93, 2	0,5 8	90,0	96,0	3287, 5	0,9 3	0,35 2
ТМИ	0,8 3	0,0 1	0,75	0,87	0,7 6	0,0 1	0,69	0,83	2456, 0	3,4 8	0,00 1

Еслатма: м-ўртача намуна олиш, СЕ - ўртача стандарт хато, 25-чи (В0,25) ва 75-чи фоиз (В0, 75) кетма-кет қийматлар ғайритабiiй тақсимлаш муносабати билан кўрсатилган, У - Манни-Уитни мезон икки мустақил гуруҳлар сони маълумотларни солиштириш учун, З-нормал тақсимлаш ўзгарувчанлик қиймати (нормал тақсимлаш вариате валуе), п - ишончлилиқ даражаси

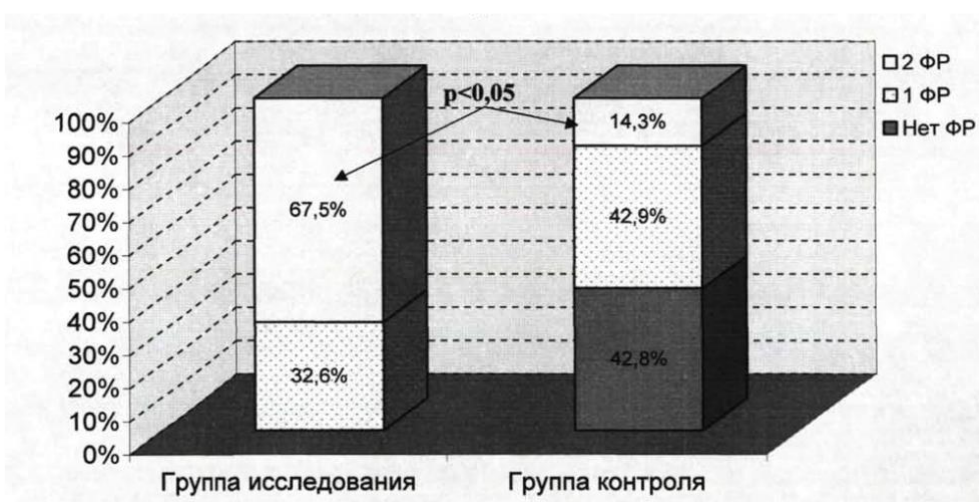
Умумий холестерин даражаси гипертония билан касалланган талабаларнинг 16,3 фоизида ва назорат гуруҳи иштирокчиларининг 3,2 фоизида 6,5 ммол / л дан ошди ($\phi = 0,043$; $p < 0,001$), бу атеросклерознинг ривожланиш ва ривожланиш хавфини кўрсатди [9, 82, 84]. Тадқиқот гуруҳларида С-реактив оксил > 1 мг / дЛ даражасида ўсиш ва глюкозага чидамлилиги бузилганлиги аниқланмади.

Ўрганилаётган гуруҳларда ЮИК артериал гипертензияси учун табақаланиш хавфи омилларининг тарқалиши 3.2.1-расмда келтирилган.



3.2.1-расм Тадқиқот гуруҳларида ЮИК ва артериал гипертензияси учун табақаланиш хавфи омилларининг тарқалиши.

Гипертензия билан касалланган ёшларнинг асосий хавф омиллари бўйича тақсимланиши шакл. 3.2.2. расмда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, гипертония билан касалланган ўқувчиларнинг аксарияти табақаланиш хавфининг 2 та омилига эга (67,5%): ирсият ва чекиш (42,3%), ирсият ва абдоминал семириш (8,9%), чекиш ва умумий холестерол миқдори. (7,3%), умумий холестерин миқдори ва абдоминал семириши (5,7%), ирсият ва умумий холестерин даражасининг ошиши (3,3%).



3.2.2-расм Ўрганилаётган гуруҳлар вакиллари ЮИК ривожланиши учун табақаланиш хавфи омиллари сони бўйича тақсимлаш.

3.3 Артериал гипертензияли ёшларда турмуш тарзига боғлиқ хавф омилларининг тарқалиши

АГ асоратларининг олдини олиш бўйича чора-тадбирлар асосан беморларнинг турмуш тарзини ўзгартиришга қаратилганлиги сабабли, биз ўрганилаётган гуруҳларда хулқ-атвор хавф омилларининг тарқалишини ўрганишга ҳаракат қилдик.

Овқатланишнинг бузилиши

Саломатлик кўрсаткичлари ва иш самарадорлигига овқат сифати ва парҳез сезиларли даражада таъсир қилиб, индивидуал, генетик детерминистик физиологик параметрларини шакллантириш дастури якуний амалга ошириш босқичида организмнинг баркамол ўсиши ва ривожланиши учун муҳим аҳамиятга эга. [78, 139, 141].

Беморларни овқатланишини ташкил этилиши ва сифатини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, назорат гуруҳи вакиллариининг 73,2% ва 74,6% и ўз диетасини оқилона ва мувозанатли деб ҳисобламаган ($pX=0,206$; $p>0,05$). Тезпишар озиқ-овқат маҳсулотлари чипс, ёнғоқ, Бургер, қовурилган картошка, ширин газли ичимликлар ва бошқалар, тўйинган ёғ ь ва туз катта миқдорда ўз ичига олган деб ҳисобланиб, барча турдаги гуруҳлар беморларнинг озиқ-овқат ратсионида бўлиб, атеросклероз ва АГ эрта ривожланишига энг кўп ҳисса қўшиши маълум (67,5 ва 68,3%; $\phi=0,111$; $p>0,05$). Шу билан бирга, маҳсулот тўпламининг таркибини тўлиқ ва батафсил тушуниш фақат махсус тадқиқотлар, махсус статистик кўрсаткичлар ва индексларни ҳисоблаш, маҳсулот истеъмолини ўз вазнига, пул харажатларига қараб ҳисобга олиш мумкин. Бизнинг ишда, индивидуал энг кўп истеъмол мажмуи озиқ-овқат роли бошқалар бир ой давомида турли маҳсулотлар фойдаланиш частотаси, ёшлар ратсионида афзаллик қилган таомлар озиқ-овқат анкетаси саволларга жавоб статистик қайта ишлаш орқали ўрганилди. Аслида, сўровноманинг саволларига жавоблар одамларнинг муайян маҳсулотларни истеъмол қилиш муносабатларидан ва

ушбу ўрганишларни амалга ошириш имкониятидан иборат бўлган кизиқишни акс эттирди. Овқатланиш одатларининг жавобларини таҳлил қилишда АГ ва уларнинг соғлом тенгдошлари билан ёш беморлар ўртасидаги фарқлар гўшт, балиқ ва меваларга нисбатан намоён бўлди. Шундай қилиб, озиқ-овқат маҳсулотларидаги гўштнинг устунлиги АГ ва соғлом ёшларнинг 61,8% (47,6и=2; $p<16,61$) бўлган шахсларнинг 0,001% ни кўрсатди. Шу билан бирга, 21,1 ва 14,3% ҳар куни гўштни истеъмол қилдилар ва 38,2 ва 52,4% жуда кам ёки деярли ҳеч қачон. Бу фарқлар гўшт турига ҳам тегишли эди. АГ билан оғриган беморлар чўчка гўшти ва мол гўшти (20,3 ва 12,7%; 2И=10,34, $p<0,05$) ни афзал кўрдилар. Ҳар куни гўштни истеъмол қилмаган ёки деярли ҳар куни навбати билан сосиска ва колбаса (44,7 ва 41,3% кишилар орасида ратсиониди ишлатилган($p>0,05$)). Янги ёки музлатилган балиқларни истеъмол қилиш фақат АГ ва 34,1% назорат гуруҳи (42,9и=2, $p<11,31$) вакиллари бўлган шахсларнинг 0,01% ни кўрсатди. Шу билан бирга, навбати билан, 28,5 ва 31,9% ҳафтада бир марта 1 ($p>0,05$) дан кўп бўлмаган балиқларни истеъмол қилдилар. Шу каби фарқлар мева истеъмолининг кўплиги билан аниқланди: ҳафтада бир-бир неча марта мева истеъмол қилинди 48,8 ва 39,7% ёшлар навбати билан (2и=9,27, $p<0,01$). Қизиғи шундаки, гипертония билан оғриган ёшлар ва уларнинг соғлом тенгдошлари ўсимлик мойини ҳайвон ёғлари ёки маргариндан кўра салат қилиш ва қовурилган овқатларни тайёрлаш учун кўпроқ ишлатишган (64,3 ва 61,9%; $p>0,05$). Шу билан бирга, сендвичларни тайёрлаш учун сарийғ ёишлатилган (55,3 ва 57,1%; $p>0,05$), камроқ - юмшоқ маргарин (10,6 ва 11,1%; $p>0,05$).

Ўрганилган гуруҳлар вакилларида озиқ-овқат истеъмол қилиш частотасини ўрганиш шуни кўрсатдики, энг оқилона, кунига тўрт марта овқат истеъмол қилиш ёшларнинг тўртдан биридан камроғида кузатилган. Кунига уч ва беш марта овқатланиш, бу ҳам мақбул деб ҳисобланиши керак, ёшларнинг ярмидан камида кузатилган. Шундай қилиб, овқатланиш частотаси нуқтаи назаридан гипертония билан касалланган ёш беморларнинг 68,3% ва соғлом тенгдошларнинг 70,9% озиқланиши гигиеник тавсияларга

тўғри келди ($b = 0.436$; $p > 0.05$). Бошқа ҳолатларда ва бу гипертензия билан касалланган ёшларнинг деярли учдан бир қисми ва уларнинг соғлом тенгдошлари, озиқ-овқат маҳсулотларини тегишли гигиена меъёрлари деб ҳисоблаш мумкин эмас эди, чунки озиқ-овқат истеъмол қилиш частотаси кунига бирдан икки мартагача бўлган.

Оддий овқатларнинг камайиши, авваламбор, нонушта ва тушлик туфайли бўлган. Шундай қилиб, иккала гуруҳдаги респондентларнинг учдан бир қисми машғулотлар олтидан нонушта қилишди (35,8 ва 28,6%; $b = 0,996$; $p > 0,05$); кун давомида иссиқ овқатни атиги 39,9% гипертензив ёш беморларнинг 39,2% ва уларнинг соғлом тенгдошларининг 41,2% и қабул қилган ($b = 0,171$; $p > 0,05$). Кунига 2 мартадан кўп бўлмаган озиқ-овқат истеъмол қилувчилар орасида фақат 37,4% гипертония касаллиги ва назорат гуруҳининг 39,7% мунтазам равишда нонушта қилишган ($b = 0,305$; $p > 0,05$); - мос равишда 44,7% ва 46,0% мунтазам равишда овқатланди ($p = 0,169$; $p > 0,05$).

Одамларнинг овқатланишининг ратсионаллиги ва сифати асосан овқатланиш жойи билан боғлиқ эди. Гипертензия билан касалланган ёшларнинг аксарияти ва уларнинг соғлом тенгдошлари (57,7 ва 58,7%; $p > 0,05$) уйда овқатланадилар. Ўқиш жойида, шу жумладан ошхонада, мос равишда 12,2 ва 12,7% гача ёшлар тушлик қилдилар ($p > 0,05$). Албатта, уйда тушлик қилишдан бош тортиш асосан объектив сабабларга боғлиқ эди. Биринчидан, бу одамнинг ўқиш жойида бандлиги, унинг таълим муассасаси уйдан қанчалик узоқлиги ва бошқаларга боғлиқ. Уйда тушлик қилмаганлар орасида тушлик пайтида овқатланишни ташкил қилишнинг энг ноқулай варианты аниқланди - "қуруқ" тушлик (навбати билан 78,9 ва 71,4%; $p > 0,05$).

Шу билан бирга, соғлом тенгдошларининг 68,4 % АГ ва 72,2 % соғлом овқатланиш мақсадга мувофиқлигини эътироф этиб, соғлом овқатланиш тавсияларига амал қилишга соғлиқни сақлаш, тана вазни ва қон босими даражасини назорат қилишга тайёр эканликларини билдирдилар.

Кўп миқдорда ош тузи истеъмол қилиш

Тадқиқот давомида аниқланди; ҳар икки гуруҳ иштирокчиларининг тўртдан биридан кўпи кераксиз шўр овқатни афзал кўрдилар. Шундай қилиб, АГ ва уларнинг соғлом тенгдошлари 17,9% билан беморларнинг фақат 17,5% тайёр озиқ - овқат ва шўр овқатлар, асосан дудланган ва консерва маҳсулотлари ёки сабзавотларга туз қўшиб истеъмол қилиши кўрсатилган ($\phi=0,068$; $p>0,05$).

Алкогол истеъмол қилиш

АГ ва назорат гуруҳи вакиллари бўлган ёшларнинг 91,9 ва 93,7% дани турли частоталарда спиртли ичимликлар истеъмол қилиши аниқланган ($\phi=0,450$; $p>0,05$).

Истеъмол қилинадиган ичимликлар турларининг таркибида биринчи ўринни пиво эгаллади, уларнинг истеъмолини ўрганилган гуруҳлар вакиллари яримдан кўпи кўрсатган (54,5 ва 58,7%; $\phi = 0,547$; $p> 0,05$). Бунинг ортидан қуруқ винолар, шампан виноси, кам алкогольли коктейллар (уларни респондентларнинг 36,6 ва 32,5% и истеъмол қилган; $\phi = 0,557$; $p> 0,05$), биринчи марта спиртли ичимликлар орасида шампан устунлик қилган (45,5 ва 50,8%); $\phi = 0,685$; $p> 0,05$). Сўровда қатнашганларнинг 69,9 ва 74,6% спиртли ичимликларни биринчи марта оилавий таътил пайтида синаб кўрганлигига эътибор қаратилди ($\phi = 0,678$; $p> 0,05$). Дўстлар даврасида биринчи спиртли ичимликлар тести 29,3 - 33,3% респондентларда ($\phi = 0,557$; $p> 0,05$) рўй берди, 4.1 қизиқувчилик ва 4.8% респондентлар биринчи марта спиртли ичимликларни ичишди ($\phi = 0,219$; $p> 0,05$).

Бизнинг фикримизча, соғлом турмуш тарзи билан боғлиқ қийинчиликлар асосан уюлмаган ёки бўш вақти нотўғри ташкил этилганларда учрайди. Шундай қилиб, бўш вақтни ўтказишнинг афзал шакллари таҳлил қилиш замонавий ёшларга хос бўлган умидсизлик маълумотларини кўрсатди; энг оммабоп: телевизорни томоша қилиш — асосий гуруҳ вакиллари 34,2% ва 38,1% - назорат гуруҳи ($\phi=0,524$; $p>0,05$), тунги клублар ва дискотекаларга ташриф буюриш-18,7 ва

респондентларнинг 17,5% ($\chi^2=0,201$; $p>0,05$). Шунинг эса тутиш керакки, тунги клубларга ташриф буюриш ҳар доим тамаки тутунининг таъсири билан бирга келади, бундан ташқари, ёшлар учун чексиз миқдорда спиртли ичимликлар таклиф этилади.

Камҳаракатлилик.

Иккала гуруҳ вакиллари ўртасида жисмоний тарбия дарсларининг оммавийлиги жуда юқори даражада эди. Жисмоний саломатлик, гўзаллик ва юқори кўрсаткичларни сақлаб қолиш истаги машғулотлар учун мотивлар эди. Шу билан бирга, жисмоний фаолликни ўрганаётганда гипертензия билан касалланганларнинг 25,2% ва назорат гуруҳидаги респондентларнинг 23,9% жисмоний машқлар билан мунтазам шуғулланишлари аниқланди ($\chi^2 = 0.195$; $p > 0.05$). Иккала гуруҳ вакиллари ақсариёти (74,8 ва 76,1%; $\chi^2 = 0.195$; $p > 0.05$) жисмоний тарбия билан фақат таълим муассасасидаги машғулотлар доирасида шуғулланишган.

Респондентларнинг жисмоний фаолиятни ўзини ўзи баҳолаши (ҳаракатсиз турмуш тарзи, эрталабки машқларнинг етишмаслиги, фақат таълим муассасаси ичидаги тизимли спорт машғулотлари) асосида хулоса қилинганки, гипертензия билан касалланган ёшларнинг 47,2% ва уларнинг соғлом тенгдошларининг 44,5% жисмоний фаоллик билан шуғулланишган ($\chi^2 = 0.350$; $p > 0.05$). Шундай қилиб, олинган маълумотлар респондентларнинг деярли ярмида ЮИК ривожланишининг қўшимча хавфи борлигини кўрсатди.

Гипертензия ва назорат гуруҳи бўлган одамлар орасида эрталаб машқларнинг тарқалиши ва частотаси статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қиларди. Шундай қилиб, эрталаб машқларни бажарувчилар гипертензия билан касалланган ёшларнинг 4,1% ва соғломларнинг 12,7% ташкил қилган ($\chi^2 = 2,072$; $p < 0,05$). Айти пайтда, сўралганларнинг 13.0 ва 15.4% мунтазам равишда машқ қилмаган ($\chi^2 = 0.444$; $p > 0.05$), ҳеч қачон - 82.9 ва 73.0% ($\chi^2 = 1.550$; $p > 0.05$)

Жисмоний машқлар частотасини батафсил таҳлил қилиш салбий динамикани аниқлади: агар ёш гуруҳ вакиллари орасида (21 ёшгача) АГ ва 7,9% соғлом тенгдошларининг 8,9% жисмоний машқлар билан шуғулланмаса ($\phi = 0,233$; $p > 0,05$), унда ёши катта гуруҳ вакиллариининг ҳар учинчи (28,5 ва 26,9%, навбати билан; $\phi = 0,231$; $p = 0,001$) жисмоний машқ билан шуг`уланмаган. Шундай қилиб, ёшларнинг катта қисмида жисмоний фаолликнинг етишмаслиги аниқланди.

Тадқиқот гуруҳларида жисмоний тарбия ва спортни тарқ этиш сабаблари таркиби статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилди ($\phi = 139,73$; $\phi = 3$; $p < 0,001$). "Бўш вақт йўқлиги" (52,3%), "дангасалик ва ноорганик сабаблар" (36,5%) асосий ва назорат гуруҳи респондентлар ўз ичига олади. Гиподинамиянинг асосий сабаби бўлган ёшлар "дангасалик ва тартибсизлик" (65,0%) деб белгиланди. Сўровда иштирок этганларнинг 10,6 ва 6,3% ($\phi = 1,006$, $p > 0,05$) рад этилишининг сабаби сифатида "қоникарсиз саломатлик ҳолати" деб кўрсатилди. Таъкидлаш жоизки, респондентларнинг 19,5 ва 4,8% тиббий маълумотномалари бори сўровномадан (қон босимининг ошиши билан боғлиқ асосий тадқиқот гуруҳида) озод этилди ($\phi = 3,053$; $p < 0,001$).

Шундай қилиб, гипертензия билан касалланган ёшларнинг катта қисми ва уларнинг соғлом тенгдошлари соғлиқнинг устувор аҳамиятини тан олдилар ва уларнинг ҳолатига салбий таъсир кўрсатадиган омилларни жуда етарли даражада баҳоладилар. Аммо, ёшлар ўртасида жисмоний тарбия машхурлиги юқори бўлишига қарамай, аслида соғлиқни сақлашни сақлаш қийматлари ва кундалик ҳаётда амалга ошириладиган амаллар ўртасида номувофиқлик мавжуд эди:

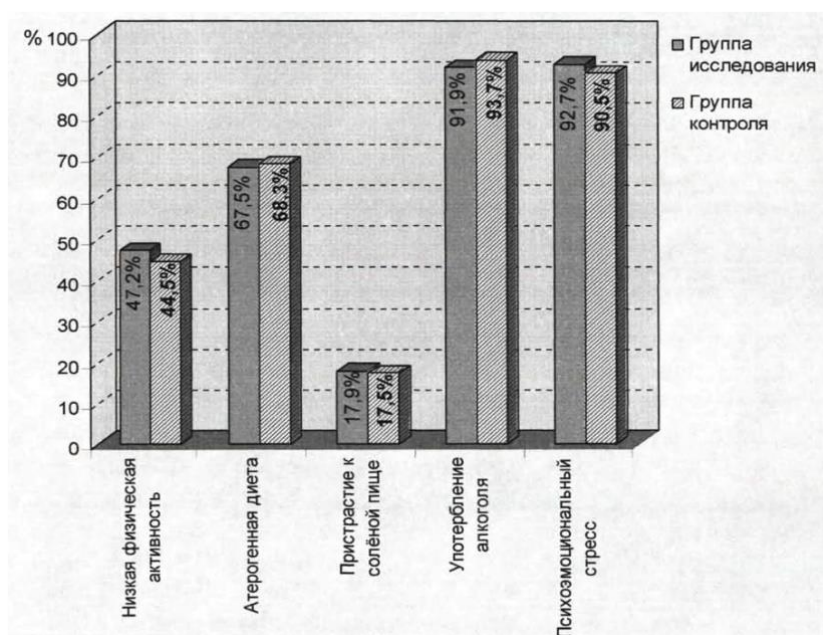
жисмоний машқлар - сўралганларнинг ярмидан камининг кун тартибида бор эди.

Психо-эмоционал стресс

Рг Оганов (2005) маълумотларига кўра, психосоциал омилларнинг мустақил ролини ўрганиш, АГ ривожланишида қийин, чунки уларнинг

миқдорий ўлчови катта қийинчиликларни келтириб чиқаради ва бу таъсир кўплаб хавф омиллари билан боғлиқ бўлиши мумкин. Хусусан, ЙҚТК нинг ривожланишида депрессия, ташвиш, ижтимоий қўллаб-қувватлашнинг етишмаслиги, юқори талабларда ишни бажаришга қодир эмаслиги ва бошқаларнинг аҳамияти ўрганилган. [37, 85]. Юқоридаги омилларнинг аксарияти ёшлар орасида катта рол ўйнайди. Шундай қилиб, психо-эмоционал стресс тадқиқот гуруҳларида энг кенг тарқалган қўшимча АГ хавф омилларидан бири бўлди: 92,7% - асосий ва 90,5% - назорат гуруҳида ($\phi=0,513$; $p>0,05$). Бундан ташқари, "психо-эмоционал стресс" тушунчасида биз ёшларнинг муайян ташқи омилларнинг таъсирига жавобан асабийлашиш, ташвиш, асабийлашиш ҳисси қанчалик тез-тез пайдо бўлишига ҳам аҳамият бердик. Шундай қилиб, сўровда иштирок этганларнинг аксарияти кўпинча нафақат асабийлашиш ҳолатларга дуч келишлари, балки стрессни бошдан кечиришларини айтишди.

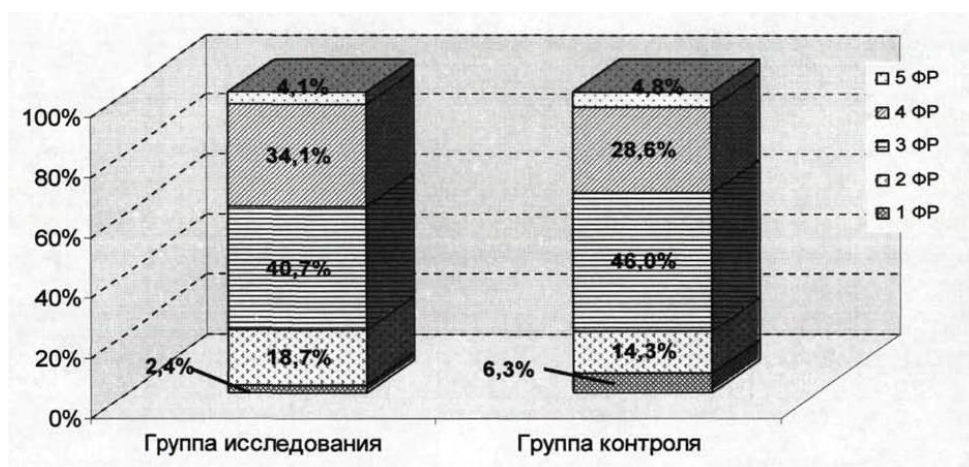
3.3.1-расмда турмуш тарзи ва АГ прогнозига салбий таъсир кўрсатадиган юрак-қон томир хавф омилларининг тарқалиши келтирилган.



3.3.1-расм. Ҳаёт тарзи билан боғлиқ юрак-қон томир хавфининг тарқалиши.

Шундай қилиб, турмуш тарзининг аксарият омиллариининг тарқалиши ҳар иккала гуруҳда юқори бўлган ва статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилмаган. Айни пайтда, маълумки, замонавий ёшларнинг турмуш тарзининг ўзига хос хусусиятлари нафақат гипертонияга генетик мойилликни фенотипик рўёбга чиқаришга, балки касалликнинг ЮИК ривожланишига ҳам ҳисса қўшиши мумкин. [37, 46, 47, 65, 78, 82, 84, 139], шунинг учун улар ушбу тоифадаги беморларга профилактик аралашувни амалга оширишда ҳисобга олинган.

Асосий гуруҳдаги талабалар учун турли хил ҳатти-ҳаракатлар ҳавф омиллариининг мавжудлиги 1дан 5гача бўлган бўлиб, уларнинг кўпчилиги турмуш тарзи билан боғлиқ бўлган 3-4 ҳавф омилларига эга бўлган (расм. 3.3.2). Ушбу маълумотлар юқори қон босими бўлган беморларнинг тахминан ярми 2 ва ундан кўп қўшимча ҳавф омилларига эга бўлган Фремингем тадқиқотининг натижаларига мос келади [297].



3.3.2-расм. Тадқиқот гуруҳлари вакиллариининг турмуш тарзи билан боғлиқ бўлган юрак-қон томир ҳавфи омиллари сони бўйича тақсимланиши.

Ушбу омиллариининг қон босимини тартибга солиш ва гипертензия шаклланиши механизмларини бузилишидаги муҳим ролини ҳисобга олган ҳолда, модификацияланган ҳавф омиллариини фаол мониторинг қилиш, нафақат ҳимоя қилиш чораларини кўриш зарурлигини, балки ёшларнинг соғлиғи ва ишлаши, шунингдек, гипертензияни коррекцияқилиш учун

кераклигини таъкидлаш лозим. Бундан ташқари, ҳаёт тарзи омиллари профилактика учун кўпроқ қизиқиш уйғотади, чунки улар турмуш тарзидаги аралашувларга мойил бўлиб, умуман олганда ЮИК ва айниқса артериал гипертензияни камайтиради. [37,78,82].

3.4 Оффисе ўлчамларини тағлил қилиш

Гипертензия шаклланиш босқичидаги клиник кўринишларнинг ўзига хос бўлмаганлиги ва ёшларнинг психологик хусусиятлари, гипертония касаллигини ўз вақтида ташхислаш учун жуда зарур бўлган идора қон босимини такрорий ўлчаш беморларнинг ушбу ёш гуруҳида бўлишига олиб келади. кўпинча этарли даражада самарали эмас. [22, 44, 59]. Бундай вазиятда қон босимини кундалик назорат қилиш усули ёшларда гипертония касаллигининг дастлабки босқичларини аниқлаш учун алоҳида АГамиятга эга, уларнинг кўрсаткичлари мақсадли органлар шикастланишининг зўравонлиги билан кўпроқ боғлиқдир. [54, 110, 122]. Бир қатор тадқиқотлар шуни кўрсатдики, АБПМ маълумотлари анъанавий ўлчов маълумотларига қараганда гипертония касаллигида юрак-қон томир асоратларини сезгир башорат қилувчиси ҳисобланади. [54, 109, 110, 316].

Идорадаги АҚБ ўлчовини таҳлил қилиш

АБПМни ўтказишдан олдин, тадқиқот гуруҳларида қон босими ва юрак уриш тезлигини идорадан ўлчаш натижасида олинган маълумотлар таҳлил қилинди. Умуман олганда, гипертония касаллиги бўлган талабалар гуруҳида систолик қон босими $150,47 \pm 1,09$ мм/сим.уст, диастолик қон босими - $91,59 \pm 0,60$ мм/сим.уст бўлган, бу И даражали гипертензияга тўғри келади [29]. Нормотензив шахслар гуруҳида идорадаги АҚБ 130/80 мм/сим.уст дан ошмаган. Шу билан бирга, ўрганилаётган клиник гуруҳларда юрак уриш тезлиги статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилмади (3.4.1-жадвал).

3.4.1-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида идорадаги қон босими ва юрак уришининг хусусиятлари

Кўрсаткичлар	М	СЕ	В0. 25	В0. 75	М	СЕ	В0. 25	В0. 75	У	З	п- даража
	Тадқиқот гуруҳи (н = 83)				Назорат гуруҳи (н = 23)						
САБ	152.0	0.47	150.0	155.0	116.7	0.67	110.0	120.0	0,0	11.00	0.000
ДАБ.	91.0	0,36	85.0	95.0	66.7	0.60	60.0	70.0	0,0	11.00	0.000
Юрак уриш тезлиги	73.6	0.62	68.0	76.0	74.5	0.76	72.0	76.0	3218.5	- 1.14	0.254

Еслатма: м-ўртача арифметик намуна, СЕ - ўртача стандарт хато, 25-чи (В0,25) ва 75-чи фоиз (В0, 75) кетма-кет қадриятлар ғайритабiiй тақсимлаш муносабати билан кўрсатилган, У-Манни-Уитни мезон икки мустақил гуруҳлар сони маълумотларни солиштириш учун, З-нормал тақсимлаш ўзгарувчанлик қиймати (нормал тақсимлаш вариате валуе), п-даража - ишончлилиқ даражаси

4-БОБ. АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯГА ЭГА БЎЛГАН ЁШ ОДАМЛАРНИНГ ЛАБОРАТОРИЯ ВА ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

4.1 Артериал гипертензияга эга бўлган ёш одамларнинг антропометрик маълумотлари характеристикаси

Антропометрик тадқиқотлар натижасида ўрганилаётган гуруҳларнинг вакиллари ўртасида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар кўпчилиқ конституциявий хусусиятлар бўйича аниқланди (жадвал. 4.1.1).

4.1.1- жадвал

Тадқиқот гуруҳидаги талабаларнинг антропометрик кўрсаткичлари

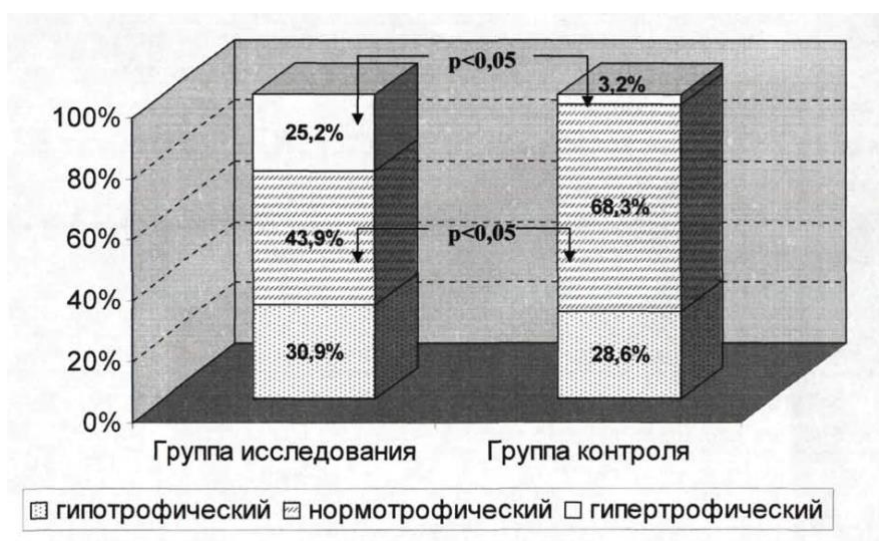
Кўрсаткич	М	СЕ	В0,2 5	В0,7 5	М	СЕ	В0,2 5	В0,7 5	У	3	п- леве л
	Группа исследования (n=83)				Группа контроля (n=23)						
Бўй узунлиги	1,7	0,0 1	1,7	1,8	1,7	0,0 1	1,7	1,7	3212, 5	1,1 6	0,24 6
Вазни	71, 6	1,0 9	65,0	78,0	61, 8	1,0 7	55,0	67,0	1715, 5	5,7 5	0,00 0
ТМИ	24, 5	0,3 8	21,3	27,4	21, 3	0,3 1	19,7	22,4	1797, 5	5,4 9	0,00 0
Елка кенглиги (еркаклар)	41, 2	0,3 0	40,0	42,0	38, 8	0,2 7	37,0	40,8	398,5	- 4,8 8	0,00 0
Елка кенглиги ўртачаси (еркаклар)	23, 8	0,2 6	22,8	25,0	22, 2	0,1 8	21,2	23,2	457,5	- 4,4 2	0,00 0
Елка кенглиги аёлларда	29, 7	0,3 8	27,8	32,0	29, 3	0,2 5	28,0	30,0	764,5	0,1 5	0,88 1
Елка кенглиги ўртачаси аёлларда	17, 9	0,2 5	16,4	19,5	17, 6	0,1 5	17,2	18,1	742,0	- 0,3 7	0,71 4
Орқа тери-ёғ` бурмаси	15, 1	0,2 3	13,7	16,5	14, 5	0,1 9	13,0	15,0	2840, 5	2,3 0	0,02 1

Қорин тери-ёғ` бурмаси	26, 1	0,3 1	24,0	28,5	24, 0	0,2 6	23,0	25,0	2172, 0	4,3 5	0,00 0
Болдир тери-ёғ` бурмаси	8,7	0,1 4	7,5	9,6	8,2	0,1 2	8,0	9,0	3103, 0	1,5 0	0,13 5
Елка тери-ёғ` бурмаси	9,3	0,1 2	8,7	10,5	8,7	0,1 6	8,0	9,0	1915, 5	3,4 8	0,02 4
Белдан юқори тери-ёғ` бурмаси	24, 9	0,2 9	22,6	27,0	23, 2	0,3 4	21,5	24,0	2354, 0	3,7 9	0,00 0
Белдан паст тери-ёғ` бурмаси	34, 8	0,4 0	31,5	37,8	32, 2	0,3 3	31,0	34,0	2448, 5	3,5 0	0,00 0
Гавда тери-ёғ` бурмаси	41, 3	0,4 7	37,9	44,7	38, 5	0,3 9	37,0	40,0	2457, 5	3,4 7	0,00 1
Мучалар тери-ёғ` бурмаси	17, 4	0,2 1	16,9	19,4	16, 9	0,2 4	16,0	18,0	2193, 0	4,2 8	0,00 3
Бел тери- ёғ` бурмаси	35, 0	0,4 3	31,5	38,0	32, 6	0,4 2	30,2	34,1	2602, 5	3,0 3	0,00 2

Еслатма: м-ўртача арифметик намуна, СЕ - ўртача стандарт хато, 25-чи (B0,25) ва 75-чи фоиз (B0, 75) кетма-кет қадриятлар ғайритабiiй тақсимлаш муносабати билан кўрсатилган, У-Манни-Уитни мезон икки мустақил гуруҳлар сони маълумотларни солиштириш учун, 3-нормал тақсимлаш

ўзгарувчанлик қиймати (нормал тақсимлаш вариате валуе), п-даража - ишончилилик даражаси

Назорат гуруҳидан фарқли ўлароқ, асосий гуруҳ вакилларида тери ости ёғ ы бурмаси (ТОЙБ) нинг конституциявий равишда ортиб бораётган озикланиши ва ортиқча ривожланиши ҳақида тана вазнининг кўрсаткичлари ($71,6 \pm 1,09$ кг вс. $61,8 \pm 1,07$ кг; $p=0,001$) ва натижада ТМИ ($24,5 \pm 0,38$ вс. $21,3 \pm 0,31$; $p=0,001$), шунингдек, турли жойларда ТЙБ қалинлиги, кўпроқ тана (жадвал. 4.1.1). Истисно фақатгина елканинг ТЙБ қиймати бўлиб, унда таққосланадиган гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар йўқ эди. Шу билан бирга, АГ бўлган ёш беморларда КЖС қалинлиги миқдорининг нисбий қиймати нормал қон босими бўлган шахслар гуруҳида ($35,0 \pm 0,43$ вс) тегишли кўрсаткичдан статистик жиҳатдан анча юқори эди. ($32,6 \pm 0,42$; $p=0,002$). Ушбу маълумотлар ёш беморларда гипертрофик соматотипнинг устунлигини тасдиқлади, АГ ва нормотрофик-назорат гуруҳида, бу нафақат кексаларда, балки ёшларда ҳам ортиқча ёғ ы йиг`илишига мойиллигини кўрсатди. ($p<0,001$) (49, 68, 74). Шу билан бирга, гипотрофик соматотип билан текширилган субъектларнинг сони ўрганилаётган гуруҳларда статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқларга эга эмас

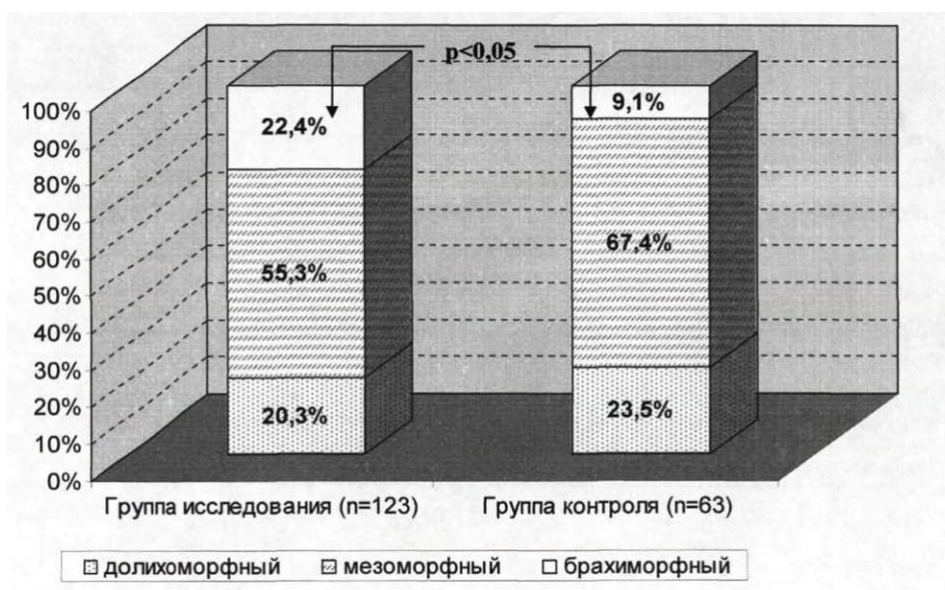


эди (4.1.1-расм).

4.1.1-расм. Тадқиқот гуруҳида тери ости ёғ қатламини тарқалиши

Тананинг шакли ва нисбатларининг конституциявий хусусиятлари билан боғлиқ соматотипологик диагностика натижаларини таҳлил қилиш (аёлларда эркак ва аёллардаги шпнинг нисбий қийматлари) назорат гуруҳидаги ЎТЙБ ўртача қиймати АГ билан ёш эркакларникига қараганда анча паст эканлигини кўрсатди (жадвал. 4.1.1). Топилмалар соғлом гуруҳда тор елкали эркаклар ва долихоморфик турдаги жисмоний шахсларнинг устунлигини акс эттирди, бу эса адабий маълумотларга мос келадиган АГ беморларида мезоморфик эркакларникига нисбатан аёлларда кўпроқ учрайди [49, 68]. Айни пайтда, АГ билан ёш аёлларда БА ўртача назорат гуруҳида юқори экани аниқланди (жадвал. 4.1.1). Шундай қилиб, мезоморфизм қарши жисмоний нисбатларнинг ўзгариши тенденцияси ёш эркакларда АГ билан янада аниқроқ ва аёлларда камроқ намоён бўлади. Соматотипларнинг скелетнинг ривожланиш нисбатларига кўра тақсимланиши ўрганилаётган гуруҳларда кўрсатилган .

4.1.2.-расм



4.1.2-расм Соматотипларнинг скелетнинг ривожланиш нисбатларига кўра тақсимланиши

Олинган маълумотларга кўра, АГ билан ёш одамларда жисмоний хусусиятларини аниқлашда тўқималарнинг озиқланиш кўрсаткичлари катта аҳамиятга эга эди. Тана нисбатларининг ўсиши ва шаклланиши билан боғлиқ индивидуал анатомик ўзгарувчанлик белгилари АГ ривожланишига

мослашишда камроқ муҳим рол ўйнади. Бу ёшларнинг АГ ривожланишида метабolik жараёнларнинг алоҳида аҳамиятини тасдиқлади. Олинган натижалар эрта болалик даврида омиллар таъсири остида генетик ва шаклланган тўқималар метаболизмининг ўзига хос хусусиятлари ёшликдаги АГ ва унинг асоратларини шакллантириш учун конституциявий асос бўлиб хизмат қилади. Соғлом билан солиштирганда, АГ билан ёш эркаклар ўртасида кўндаланг танаси ҳажми аниқланган устунлик, шунингдек, долихоморфик ёшлар билан солиштирганда эркак мезоморфик жисмоний АГ ривожлантириш учун конституциявий шартли мойиллигини кўрсатди. Шу билан бирга, тўқималарнинг ўсиши ва дифференциацияси, оссификация жараёнлари ёшлар учун конституциявий трофик омилга қараганда АГни ривожлантиришда камроқ аҳамиятга эга эди [3, 64, 149]. Шундай қилиб, АГ билан талабалар гуруҳида абдоминал семириб кетишининг (РКИЖ-2004 мезонларига мос келадиган) енгил тарқалишини ҳисобга олган ҳолда, касалликнинг эрта ташҳисида алоҳида аҳамиятга эга ва унинг асоратлари соматотиплаш орқали олинган маълумотларга эга бўлиб, ортиқча ёғ ь кўйишнинг дастлабки босқичларини ўтказиб юбормасликка имкон берди. Шу билан бирга, ТЎБ ривожланиш даражасини акс эттирувчи гуруҳлар бўйича ўртача статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилувчи параметрлар ёшларнинг АГ ва ЮИК ривожланишининг мутлақ мезонлари эмаслигини таъкидлаш керак. Бизнинг тадқиқотимизда АГ билан оғриган беморларда нормал ёки тана вазнининг камайиши ва ТЎБ нинг заиф ривожланиши бўлган шахслар бор эди.

4.2 Артериал гипертензия мавжуд ёшларда липид спектри ўзига хос хусусиятлари

Замонавий тушунчалар билан солиштирганда кўра АГ ва ДЛП бирикмаси коронар юрак касаллиги хавфини 2-4 марта, ўткир миокард инфаркти - - 6-10 марта умумий аҳоли, оширади атеросклероз ва тегишли касалликлар, патогенезида етакчи ўрни бор. [28, 48, 132] Бундан ташқари,

ЖССТ доирасида олиб борилган сўнгги тадқиқотлар Россияда атеросклероз ёш, меҳнатга лаёқатли ёшда ривожланаётганлигини кўрсатди [28]. Айниқса, Фрамингем ва МРФИТ (Мултипле Риск Фактор Интервенцион Триал) каби замонавий кенг миқёсли эпидемиологик тадқиқотлар давомида АД бўлган беморларда атеросклерознинг ривожланиши ва ривожланиши ва унинг асоратларида ДЛП нинг роли тасдиқланди. [90, 208, 278] Шу муносабат билан, эрта таъхис ва ёш, шу жумладан, ёш беморларда ДЛП ўз вақтида тузатиш, атеросклероз ва тегишли асоратларни ривожлантириш жараёнини пасайтириши мумкин.

Тадқиқот гуруҳлари талабаларида липид алмашинуви параметрларини баҳолаш мақсадида биз УХС, ЙЗЛП, ПЗЛП, ЖПЗЛП, триглитсеридлар даражаси ва атерогенлик коэффитсиенти каби кўрсаткичларни аниқладик. Тадқиқот гуруҳлари талабаларининг липид спектрининг хусусиятлари 4.2.1-жадвалда келтирилган.

4.2.1 -жадвал

Тадқиқот гуруҳлари талабаларининг липид спектрининг хусусиятлари

Кўрса ткичл ар	М	СЕ	В0, 25	В0, 50	В0, 75	М	СЕ	В0, 25	В0, 50	В0, 75	У	3	п- дар ажа
	Тадқиқот гуруҳи (н=83)					Назорат гуруҳи (н=23)							
УХС	5,27	0,08	4,57	5,20	5,80	4,35	0,05	4,10	4,34	4,56	1143,5	7,50	0,001
ЙЗЛП	1,31	0,02	1,18	1,28	1,38	1,55	0,02	1,40	1,50	1,69	1305,5	-7,00	0,008
ПЗЛП	3,19	0,07	2,68	3,17	3,65	2,23	0,05	1,94	2,25	2,45	916,5	8,19	0,001

ЖПЗ ЛП	0,78	0,02	0,59	0,70	0,9 9	0,5 9	0,0 3	0,5 2	0,5 7	0,6 7	1934 ,0	5,0 8	0,03 4
ТГ	1,69	0,05	1,29	1,52	2,0 5	1,2 6	0,0 3	1,1 3	1,2 5	1,4 5	1895 ,5	5,1 9	0,00 1
АК	3,08	0,07	2,59	3,18	3,5 7	1,8 6	0,0 5	1,5 6	1,8 2	2,1 4	582, 0	9,2 2	0,01 1

Еслатма: м-ўртача арифметик намуна, СЕ - ўртача стандарт хато, 25-чи (B0,25) ва 75-чи фоиз (B0, 75) кетма-кет қадриятлар ғайритабiiй тақсимлаш муносабати билан кўрсатилган, У-Манни-Уитни мезон икки мустақил гуруҳлар сони маълумотларни солиштириш учун, 3-нормал тақсимлаш ўзгарувчанлик қиймати (нормал тақсимлаш вариате валуе), п-даража - ишончилилик даражаси

Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, АГ билан ёш одамларда липид спектри кўрсаткичларининг ўртача қийматлари, шунингдек, назорат гуруҳи вакиллари белгиланган нормалардан ташқарига чиқмади (РКИЖ артериал гипертония бўлими, 2004) [29]. Клиник гуруҳларда липид спектрининг индивидуал кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилиш липид метаболизмининг барча параметрлари бўйича ишончли фарқларни аниқлади. Масалан, назорат гуруҳи вакилларига нисбатан асосий гуруҳ ёшларида умумий холестерин (21,1%) ва унинг атероген фракциялари даражаси анча юқори эди: ЎЗЛП-42,6%, ПЗЛП-32,2%, шунингдек триглитсеридлар-34,1% ($p=0,001$). Асосий гуруҳдаги ЎЗЛП концентратсияси назорат гуруҳи вакилларига нисбатан 12,8% паст ($p=0,008$). Бу 10% ПЗЛП ўсиш инсулт хавфини оширади, деб маълум, ва 20% - ЮИК ва атеросклероз ва унинг асоратлари хавфи тўғридан-тўғри пропорционал атеросклероз коэффициенти ортиши билан ЎЗЛП холестерин даражасини камайтиши,

чунки, асосий гуруҳда атеросклероз юзага келиши ва прогрессиянинг хавфини кўрсатади [308].

Плазма липидлари даражаси ва атеросклероз хавфи ўртасидаги муносабатни ўрганиш учун нафақат УХС контсентратсиясининг мутлақ сони ва унинг фракциялари, балки уларнинг нисбати кўрилиши керак (жадвал. 4.2.1, шакл. 4.2.1). Шу мақсадда холестерин учун атерогенлик коеффитсиенти замонавий тиббиётда энг қулай ва тез-тез ишлатиладиган кўрсаткич ҳисобланади. [28] АГ бўлган беморларда атерогенлик коеффитсиент назорат гуруҳига ($3,07 \pm 0,07$ ва $1,86 \pm 0,05$, навбати билан, $p=0,011$) нисбатан юқори бўлиб, РКИЖ АГ (2004) бўлими томонидан белгиланган рухсат этилган қийматлардан ошиб кетди [29]. Шунини таъкидлаш керакки, асосий гуруҳда УХС, ЙЗЛП, ПЗЛП ва АК кўрсаткичлари ЖССТ ва РКИЖ (атеросклероз бўлими) томонидан НСЕП экспертларининг ИИИ ҳисоботида (миллий Чолестерол таълим дастури, 2003) асосланган тавсиялар билан белгиланган оптимал даражалардан ошиб кетди, бу эса ушбу гуруҳдаги АГ (хусусан, коронар атеросклероз) нинг ривожланиш хавфини тасдиқлади [28, 308].

Шундай қилиб, тадқиқот нормотенсив тенгдошлар гуруҳига нисбатан асосий гуруҳ талабаларида липид алмашинувини акс эттирувчи бир қатор кўрсаткичларнинг қийматларини оширишга қаратилган аниқ тенденсияни аниқлади. Шу билан бирга, олинган кўрсаткичлар ЖССТ ва РКИЖ (атеросклероз бўлими) томонидан тавсия этилган исталган даражадан ошиб кетди, [28,308] 4.2.2-расм).

4.2.2-жадвал

Тадқиқот гуруҳлари вакилларининг липид спектрининг қийматлари бўйича тақсимланиши

Липид спектр кўрсаткичлари (ммол/л)*	Тадқиқот гуруҳи (n=83)		Назорат гуруҳи (n=23)		φ*	п- даража
	абс.	%	абс.	%		

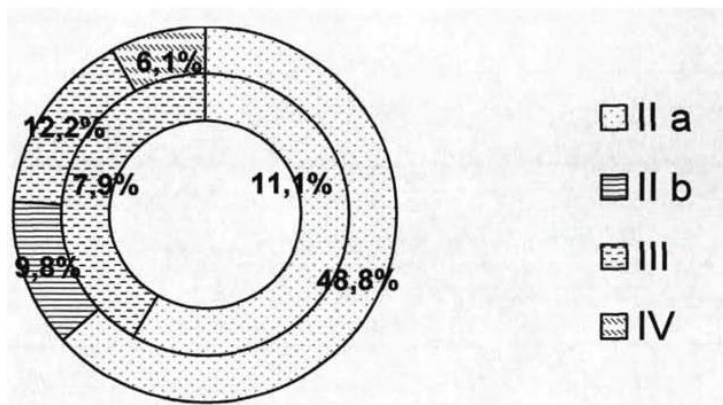
УХС: >5,0	39	47,0	3	13,0	5,392	<0,001
ЖПЗЛП: >3,0	42	50,6	4	17,4	4,212	<0,001
ТГ: >1,77	10	12,0	2	8,7	0,928	>0,05
АК>3	23	27,7	3	13,0	2,566	<0,005

Еслатма: * —НСЕП мутахассислари томонидан тавсия этилган оптимал қийматлардан юқори кўрсаткичлар (2003) РКИЖ экспертлар қўмитаси томонидан АГ беморларининг хавф-хатарини табақалаш мезонлари сифатида белгиланган меъёрлардан ошмаган[28, 29, 308]; ϕ — Фишернинг улушларни таққослаш учун конвертатсия қилиш усули; п-даража-аҳамиятлиликнинг муҳим даражаси.

Шундай қилиб, ўқувчиларнинг УХС ва унинг атероген фракциялари даражасига қараб тақсимланиши асосий гуруҳдаги шахсларнинг 47,0% и И Европа тавсиялари ИИИ ревизия томонидан тавсия этилган қийматлардан юқори эканлигини, нормотенсив тенгдошлар гуруҳида эса фақат 12,0% и текширилган ($p<0,001$) эканлигини кўрсатди. Асосий гуруҳ иштирокчиларининг 50,6%ида ЙЗЛП даражаси ва 17,5% назорат гуруҳи 3,0 ммол/л ($p<0,001$) дан юқори эди. Шу билан бирга, тадқиқот гуруҳларида ЙЗЛП (еркаклар учун<1,0 ммол/л ва аёллар учун <1,2 ммол/л) даражасида пасайиш аниқланмади. Бундан ташқари, АК нинг 3,0 дан ортиқ ўсиши асосий гуруҳдаги беморларнинг 27,7% да аниқланди, яъни деярли ҳар бир учинчи иштирокчида атеросклерознинг ривожланиши ва ривожланиши ва АГ ривожланишининг дастлабки босқичида унга боғлиқ бўлган асоратларнинг сезиларли хавфини кўрсатди, АК назорат гуруҳи аъзолари эса 13,0% ҳолларда ўзгарди ($p<0,01$) (жадвал. 4.2.2).

РКИЖ экспертлар қўмитаси (атеросклероз бўлими) тавсияларига мувофиқ, ўрганилаётган гуруҳлардаги беморларда липид даражасини аниқлагандан сўнг дислиппротеидемия фенотипини баҳолаш амалга оширилди. [28] Шундай қилиб, ИИ А (УХС ва ПЗЛП даражасини ошиши), ИИБ (УХС, ТГ, ПЗЛП ва ЖПЗЛП даражасини ошиши) ва ИИИ (УХС, ТГ ва ПЗЛП даражасини ошиши) учун характерли юқори атерогенлик фенотиплар

48,8%, 9,8% ва 12,2% иштирокчилар навбати билан кузатилди. (4.2.2-расм).



4.2.2-расм Тадқиқот гуруҳлардаги беморларда ДЛП фенотипларининг тарқалиши (ички сектор - назорат гуруҳи).

Асосий гуруҳдаги шахсларнинг 6,1% да мўтадил атерогенлик билан тавсифланган ТГ ва ЖПЗЛП (ИВ фенотип) даражасининг ошиши кузатилди. Шу билан бирга, иштирокчиларнинг 3,2% назорат гуруҳида ДЛП фенотипига хос бўлган липид алмашинув параметрларининг комбинатсияси қайд этилди. ДЛП нинг бошқа фенотипларига хос бўлган УХС ва унинг фрактсиялари даражасини ошириш аниқланмаган.

ДЛП нинг И ва ИВ фенотипи жуда кам учрайди ва атероген бўлмаганлиги сабабли, уларнинг таърифи хиломикрон даражасини баҳолашни талаб қилмайди. Шундай қилиб, АГ ёш беморлар орасида липид алмашинувининг дастлабки босқичлари ва атеросклерознинг ривожланиши ва (ёки) ривожланиши эҳтимоли юқори бўлган, липид метаболизмининг бир бўлаги даражасида ва бир вақтнинг ўзида бир нечта алоқалар даражасида бўлган шахсларнинг жуда юқори даражаси аниқланди. Шундай қилиб, асосий гуруҳдаги ДЛП нинг атеросклероз ва унинг асоратлари, ҳатто ёшларда АГ ривожланишининг дастлабки босқичида ҳам сезиларли хавф туғдирди [21, 29, 64].

4.3 Артериал гипертенсияли беморларда тизимнинг гемостаз асосий кўрсаткичлари хусусиятлари

Бир қатор тадқиқотларда АГ да гиперкоагулятсия ва фибринолизнинг секинлашиши билан бирга атеротромбоз хавфини оширади [256, 209, 231, 260]. Бундан ташқари, АГ касалликларида гемостаз тизимидаги бузилишлар дислиппротеиннинг мавжудлиги ва устунлигига қараб турли даражаларда ифодаланиши мумкин. [70; 181] Баъзи тадқиқотчилар қон ивиш тизимида касалликлар натижасида бўлиши мумкин АГ да юқори қон босими ва инсултдан ўлимни камайтириш учун тегишли етарли қон босими камайтириш кераги йўқлигига ишонаман [70].

Шу билан бирга, ёш одамларда коагулятсион қон тизимини ўрганиш билан боғлиқ маълумотлар ҳали ҳам зиддиятли. Бир қатор муаллифлар АГ ва семириб кетган ёшларда гиперкоагулятсия ва ДЛП мавжудлигини кўрсатади. [270, 241] Бошқа тадқиқотчилар ёш беморларда қон тромбоген салоҳиятини оширишни рад этишган [243].

Бизнинг тадқиқот давомида, у қон ивиш босқичи и ва ИИ тавсифловчи халқаро нормаллаштирилган нисбати, нормотензив тенгдошлари гуруҳи ($n=14,3$), тромбин вақт билан солиштирганда, ёш беморларда 0,018% юқори эди деб топилди - 5,31% назорат гуруҳида юқори ($p=0,015$), бу ёш беморларда қон тромбоген фаоллиги ошганлигини кўрсатди (жадвал.4.3.1). Шу билан бирга, протромбин ва тхромбин ҳосил бўлиш фазасини тавсифловчи АҚТВ га нисбатан сезиларли фарқлар мавжуд эмас эди.

4.3.1-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида гемостаз тизимининг асосий параметрларининг қиёсий хусусиятлари

Кўрсаткичлар	M±CE	B0,2 5	B0,7 5	M±CE	B0,2 5	B0,7 5	У	3	п-даража
	Тадқиқот гуруҳи (n=83)			Назорат гуруҳи (n=23)					
МНО, ТБ.	1,28±0,0 5	1,33	2,03	1,12±0,0 7	0,89	1,45	1305, 5	2,1 1	0,018

Тромбин вақти, сек	15,24±0,19	14,00	17,00	16,05±0,25	15,00	17,00	2783,5	-2,47	0,015
АҚТВ, сек	33,38±0,48	29,00	37,00	32,97±0,57	29,00	37,00	3412,5	0,55	0,584
Фибриноген, г/л	3,45±0,10	2,46	3,78	2,75±0,07	2,30	3,23	2171,0	4,35	0,011
ПТИ, %	94,38±0,55	90,00	98,00	93,42±0,58	90,00	96,00	2957,0	1,94	0,052

Еслатма: * —НСЕП мутахассислари томонидан тавсия этилган оптимал қийматлардан юқори кўрсаткичлар (2003) РКИЖ экспертлар қўмитаси томонидан АГ беморларининг хавф-хатарини табақалаш мезонлари сифатида белгиланган меъёрлардан ошмаган[28, 29, 308]; φ — Фишернинг улушларни таққослаш учун конвертатсия қилиш усули; п-даража-аҳамиятлиликнинг муҳим даражаси.

Қон ивишининг ИИИ босқичини (фибрин ҳосил бўлишини) аниқлайдиган бир қатор кўрсаткичларни ўрганишда янада аниқ фарқлар аниқланди. 25,5% (п<0,011) ва ХИИИ ивиш омил — 5,0% (п=0,024) асосий гуруҳ вакиллари назорат гуруҳида фибриноген даражасига нисбатан статистик жиҳатдан анча юқори эди.

Шу билан бирга, қон коагулятсион тизимининг параметрларидан ҳеч бири асосий гуруҳда ҳам, Б. назорат гуруҳида ҳам рухсат этилган қийматлардан ошмади. Шунга қарамай, олинган маълумотлар ёш одамлардаги АГ да тромботик асоратларнинг олдини олишга қаратилган профилактик чора-тадбирлар ўтказиш зарурлигини кўрсатди. Шундай қилиб, бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, ёшлардаги тана вазнининг нормаллашувининг ижобий таъсири липид спектрининг яхшиланиши ва қон коагулятсион тизимининг кўрсаткичлари билан бирга келади [27, 65, 139, 168, 234]. Бундан ташқари, Занеттини Р. (1997) антиҳипертансиф терапияни олмаган АГ ИИИ даражали беморларда мунтазам жисмоний машқлар

фибриноген даражасининг сезиларли пасайишига олиб келиши кўрсатилган. Жисмоний фаолликни тўхтатиш фибриноген кўрсаткичларининг асл даражасига қайтиши билан бирга келади [204].

Қон - плазма антитромбин антикоагулянт тизимининг асосий таркибий қисмларидан бири концентратсияси ўрганилаётган гуруҳларда статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқларга эга эмас ва максимал рухсат этилган қийматлардан ошмади ($94,38 \pm 0,55$ вс. $93,42 \pm 0,58$; $p=0,052$), бу эса ўрганилаётган гуруҳларнинг ёш шахсларида асосий гуруҳ вакилларида қон плазмасининг фибринолитик фаоллигининг пасайиши ҳам ишончсиз эди. (жадвал. 4.3.1). Шундай қилиб, олинган маълумотлар АГ ли ёш шахсларида ва уларнинг соғлом тенгдошлар қоннинг фибринолитик фаоллиги бузилмаганлигини кўрсатди. [35, 121].

4.4 Липид метаболизми параметрлари, гемостаз тизимининг асосий кўрсаткичлари ва юрак-қон томир хавфи омилларининг ўзаро боғлиқлиги

Кардиёваскуляр хавф омиллари ўртасидаги муносабатни аниқлаш ва бир қатор ўзгарувчиларнинг дискретлигини ҳисобга олган ҳолда, ишончлилиқ даражаси Спирман коррелятсияси коэффитсиентини (r_s) ҳисоблаш учун параметрик бўлмаган усул ёрдамида коррелятсия таҳлиллари ўтказилди [93].

Тадқиқот натижаларига кўра, АГ билан ёш одамларда чекиш интенсивлигининг УХС даражаси ($r_s=0,77$; $p<0,001$) билан тўғридан – тўғри кучли алоқаси, шунингдек, ўрта кучнинг фибриноген даражаси ($r_s=0,63$; $p<0,001$), ЙЗЛП ($r_s=0,53$; $p<0,01$), мўтадил қувват - МХО ($r_s=0,44$; $p<0,05$) ва атерогенлик коэффитсиенти ($r_s=0,39$; $p<0,05$), бу эса юқори атеросклерознинг ривожланиши ва у билан боғлиқ бўлган асоратлар, ёш ёшдаги одамларда, сигаретанинг ўртача ва юқори интенсивлигига эгалигини кўрсатди.

АГ ривожланишининг дастлабки босқичи бўлган ёшларда тери ости ёғ бурмаси ва қон босими даражаси: систолик ($p=0,47$; $p<0,005$) ва диастолик ($p=0,51$; $p<0,001$) ўртасида тўғридан-тўғри мўтадил куч мавжудлиги аниқланди, бу адабиёт маълумотларга мос келади [1, 3, 39, 100]. Шу билан бирга, долихоморфик конституцияга эга бўлган ва ортиқча ёғ тўпланишининг йўқлиги, шунингдек, камроқ кучга эга бўлса-да, тери ости ёғ ўқалинлигининг САБ даражаси ($p=0,34$; $p<0,05$) ва ДАБ ($p=0,41$; $p<0,01$), бизнинг фикримизча, механизмлардаги фарқлар, тенг бўлмаган конституциявий олдиндан белгиланган шахсларда АГ шаклланишини кўрсатди. Шундай қилиб, гиперстениклар липид метаболизми ва гемостаз касалликларининг устунлиги, астеникларда - стресс таъсирига нисбатан юқори сезувчанлик борлиги маълум [3, 64, 69, 149]. Бундан ташқари, тадқиқот давомида ўрта кучнинг бог даражаси ва УХС даражаси ($p=0,41$; $p<0,05$), ЙЗЛП ($p=0,51$; $p<0,05$), фибриноген ($p=0,56$; $p<0,05$) ўртасидаги ўзаро боғлиқлиги аниқланди; мўтадил кувват – ЮИК даражаси билан дада ўсиш даражаси ($p=0,381$; $p<0,05$), ЙЗЛП ($p=0,45$; $p<0,05$) ва атерогенлик коэффитсиенти ($p=0,43$; $p<0,05$) ўртасида ўзаро боғлиқлик аниқланди.

Шу муносабат билан, липид спектрининг кўрсаткичлари ва ёш шахсларнинг антропометрик маълумотлари ўртасидаги муносабатлар ўрганилди. Ўтказилган коррелятсия таҳлиллари ТМИ ва УХС даражасининг бевосита ўртача кучини ($p=0,61$; $p<0,001$), ЙЗЛП ($p=0,54$; $p<0,01$), фибриноген ($p=0,45$; $p<0,05$) ўзаро боғлиқлигини аниқлади. Ушбу маълумотлар липид спектри кўрсаткичларининг морфометрик хусусиятлар билан ўзаро боғлиқлигини ўрганишда тасдиқланган. Шундай қилиб, УХС даражалари, ЙЗЛП ва ТЙБ ($p=0,64$; $p<0,001$ ва $p=0,58$) нинг ортиқча тақсимланиши ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлиги аниқланди; $p<0,01$ навбати билан): статистик жиҳатдан аҳамиятли тўғридан — тўғри боғлиқлик ТГ, АК ва гипертрофик жисмоний ҳолат - ($p=0,39$ ва $p=0,43$ навбати билан; $p<0,05$) ўртасида кузатилди. Липид спектрининг бошқа индикаторларининг жисмоний параметрларга алоқаси статистик жиҳатдан аҳамиятсиз эди, бу эса

конститутсиянинг гипотрофик тури бўлган ёш беморларда липид метаболизмининг бузилиши йўқлигини кўрсатди. Шу билан бирга, гиперстеник конститутсия ассотсиатсияси бузилишнинг дастлабки белгилари билан; АГ билан ёш одамларда липид алмашинуви беморларнинг ушбу контингентида АГнинг юрак-қон томир асоратлари ривожланишининг сезиларли хавфини кўрсатди.

Бундан ташқари, тери ости ёғ тўқималарининг ривожланиш даражаси фибриноген ($p=0,47$; $p=0,012$), МНО ($p=0,41$; $p=0,024$) ва тескари-плазма антитромбин ($p=-0,006$; $p=0,03$) каби қон тизимининг плазма кўрсаткичлари билан тўғридан - тўғри мутаносибликка эга эди. Гиперстеник конститутсияга эга бўлган ва соматотипологик характеристикаларнинг таърифларига диагностик қийматини тасдиқлаган шахслар - АГ билан ёш одамларда ЙҚТА ривожланиш хавфини прогноз қилишда ёрдам беради.

Нисбат билан коррелятсияларни ўрганиш; скелетнинг ривожланиши бу жисмоний белгилар АГ билан ёш одамларда липид метаболизми ва гемостазнинг индивидуал боғланишлари даражасига сезиларли таъсир кўрсатмаслигини аниқлади(статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлмаган, эркак ва аёллардаги елка кенглигининг нисбий қийматлари билан коррелятсиялар).

Шундай қилиб, липид алмашинувининг кўрсаткичлари, гемостаз тизимининг асосий кўрсаткичлари ва АГ билан ёш беморларда юрак-қон томир хавфининг айрим омиллари ўртасидаги муносабатлар ушбу ёш тоифасидаги беморларда АГнинг юрак-қон томир асоратларининг умумий хавфини комплекс баҳолаш зарурлигини кўрсатди.

АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ

- 1.Агеев, Ф.Т. Распространенность артериальной гипертензии в Европейской части Российской Федерации. Данные исследования ЭПОХА, 2013 г. // Кардиология. -2004.-№ 11.- С. 50-53. , 4
- 2.Аксенова А.В., Есаулова Т.Е., Сивакова О.А., Чазова И.Е. Резистентная и рефрактерная артериальные гипертензии: сходства и различия, новые подходы к диагностике и лечению. Системные Гипертензии. 2018;15(3):11-3.

3. Андреев А.Н., Белокриницкий В.И., Дитятев В.П. Гипертензивные кризы.- Екатеринбург: ГОУ ВПО УГМА, 2007.-240с.
4. Беляев, О.В. Комплексный анализ факторов риска артериальной гипертензии у лиц, занятых управленческим трудом / О.В. Беляев, З.М. Кузнецова // Кардиология. 2006. - № 4 - С. 20-23.
5. Булахова Е.Ю., Багишева Н.В., Трухан Д.И. и др. Региональный фрагмент (Омская область) программы ПЕРСПЕКТИВА: комбинированная терапия артериальной гипертензии. Междунар. журн. экспериментального образования. 2014; 8 (2): 50–1.
6. Вассерман, Л.И. Психологическая защита и аффективные расстройства у пациентов в ситуации витальной угрозы / Л.И. Вассерман, Н.Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. - Т. 10. - № 1. - С. 7374.
7. Ватутин, Н.Т. Дисфункция эндотелия сосудов как фактор риска развития артериальной гипертензии / Н.Т. Ватутин, Е.В. Склянная // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2017. – Том 32. – № 4. – С. 23-27.
8. Веденяпина, О.Ю. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у больных с сердечно-сосудистой патологией: Дис. канд. мед. наук. Москва, 2011.- 134 с.
9. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Гераскина Л.А. Острая гипертензионная энцефалопатия // Топ-Медицина. -2001. -№1.
10. Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. Коморбидность: от истоков развития до современного понятия. Как оценить и прогнозировать. Врач скорой помощи. 2011; 7: 4–14. 7. Коморбидность – проблема ХХІ века. Новые возможности в арсенале врача при терапии коморбидных состояний. Сонсилиум Медисум. 2015; 17 (12): 13–9.
11. Волошина, И. Ангиотензин-ренин-альдостероновая система: схема, функции и ее роль, 2017 [Электронный ресурс] УРЛ: [хтп://фб.ру/артисле/339563/ангиотензин-ренин-алдостероновая-система-схемафункции-и-ее-рол](http://фб.ру/артисле/339563/ангиотензин-ренин-алдостероновая-система-схемафункции-и-ее-рол). (дата обращения 07.02.2018).
12. Всемирный день борьбы с артериальной гипертензией 9 мая 2015 года. Обзорная статья // Служба медицинской профилактики московской области. – 2015. [Электронный ресурс] УРЛ: [хтп://мпмо.ру/архивес/8462](http://мпмо.ру/архивес/8462) (дата обращения 11.01.2018).
13. Галявич А.С. Фиксированные комбинации антигипертензивных средств. Сонсилиум Медисум. 2011; 13 (1): 24–7.
14. Гиляревский С.Р., Кузьмина И.М. Современные подходы к лечению больных с острым выраженным повышением артериального давления и гипертензивными кризами // Кардиология. -2010.-№9.-С. 71-88.

15. Голиков А.П. Кризы при гипертонической болезни вчера и сегодня // Артериальная гипертензия.-2004.-№10.-С. 147-151.
16. Голиков А.П., Лукьянов М.М., Полумисков В.Ю. и др. Новые возможности лечения и профилактики кризов у больных с сочетанием гипертонической и ишемической болезни сердца // Кардиоваск. тер. и проф. - 2005. — №3.-С. 10-16.
17. Гуревич, М.А. Резистентная артериальная гипертензия. Вопросы диагностики и патогенетической терапии / М.А. Гуревич // Медицинский алфавит.— 2016.— Том 1.— № 10.— С. 18-20.
18. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации / Кардиол. вестн. — 2015. — №1. — С. 3–31.
19. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Национальные рекомендации. Гл.3 «Артериальная гипертензия»/ Разработаны Комитетом экспертов ВНОК.-М.,2010.-С. 1-16.
20. Дощицин, В. Л. Артериальная гипертензия при метаболическом синдроме / В. Л. Дощицин, О. М. Драпкина // Рос. кардиол. журн. — 2017. — № 5. — С. 64-67.
21. Жернакова, Ю. В. Артериальная гипертензия у больных с метаболическими нарушениями: особенности и тактика лечения // Систем. гипертензии. — 2015. — № 1. — С. 52-57.
22. Жураева Х.И., Турсунова Д.Э. Встречаемость компонентов метаболического синдрома в практике экстренной медицинской помощи // Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина» №3 — март (31) 2019
23. Кардиология: национальное руководство / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова.-М.: ГЭОТАР-Медицина,2010.-1232 с.
24. Кобалава Ж.Д., Гудков К.М. Гипертонические кризы: существуют ли реальные противоречия в классификации и лечении? // Сердце.-2003.-№3.-С. 116-127.
25. Колос И.П., Чазова И.Е., Терещенко С.Н., Наконечников С.Н. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с частыми гипертоническими кризами. Предварительные результаты многоцентрового ретроспективного исследования случай-контроль ОСАДА // Тер. арх.-2009.-№9.-С. 9-12.
26. Левин О.С., Усольцева Н.И., Дубарова М.А. Контроль артериального давления в остром периоде инсульта // Болезни сердца и сосудов (актуальные и спорные вопросы).-2010.-№1.-С. 53-60.

27. Максикова Т.М., Барсурэн Ц., Калягин А.Н., Бабанская Е.Б., Шкляров А.А. Особенности контроля артериальной гипертензии в Монголии (обзор литературы). *Аста Биомедиса Ссиентифиса*. 2018;3(1):15-20.
28. Мамедов М.Н. Возможности применения индапамида на различных этапах сердечно-сосудистого континуума и в отдельных группах пациентов. *Рос. кардиол. журн.* 2010; 6: 107–11.
29. Остроумова О.Д., Фомина В.М. Комбинированная терапия артериальной гипертензии: новая фиксированная комбинация блокатора рецептора ангиотензина III и диуретика (азилсартана медоксомила с хлорталидоном). *Сонсилиум Медисум*. 2015; 10: 13–8.
30. Остроумова О.Д., Фомина В.М., Полосова Т.А. Комбинированная терапия артериальной гипертензии: оптимальный подход. *Сонсилиум Медисум*. 2013; 5: 9–14.
31. Подзолков В.И., Драгомирецкая Н.А. Применение фиксированной комбинации лизиноприла и индапамида для кардиопротекции у больных гипертонической болезнью. *Артериальная Гипертензия*. 2018;24(4):459-68.
32. Подзолков В.И., Тарзиманова А.И. Значение лизиноприла в клинической практике. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2010;6(4):565- 8.
- Подзолков В.И., Тарзиманова А.И., Георгадзе З.О. Современные принципы лечения неконтролируемой артериальной гипертензии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2019;15(5)
33. Полосьянц О.Б., Верткин А.Л. Лечение осложненного гипертонического криза на догоспитальном этапе // *Сонсилиум медисум*.-2004.-№2.
34. Полосьянц О.Б., Верткин А.Л., Лукьянчикова О.В. Обзор лекарственных препаратов, рекомендуемых и применяемых для лечения гипертонического криза // *Врач скорой помощи*.-2010.-№10.-
35. Р.Ш. Игамбердиева, Г.А. Каримджанова, Б.М. Мирзаева // Молодой ученый. – 2017. – №45(179). – С. 77-84.
36. Родионов А.В. Комбинированная фармакотерапия артериальной гипертензии: взгляд через призму клинических рекомендаций 2013 года. *Системные гипертензии*. 2013; 10 (2): 5–8.
37. Стрюк Р.И. Лечение пациентов с артериальной гипертензией: как добиться результата и повысить приверженность. *Сонсилиум Медисум*. 2015; 12: 8–12.
38. Тарасов А.В. Вопросы безопасности антиаритмической терапии. *Сонсилиум Медисум*. 2014; 16 (10): 44–9.
39. Турсунова Д.Э., Бабаджанова З.Х. Влияние снижения и повышения массы тела на контроль артериальной гипертензии // *Терапевтический вестник Узбекистана*.-2020.- №1. С-20

40. Терещенко С.Н. Гипертонические кризы // Справочник поликлинического врача. – 2006. -№9. –С. 13-14.
41. Терещенко С.Н. Гипертонические кризы. Неотложная помощь при заболеваниях внутренних органов на догоспитальном этапе. Руководство для врачей /Под ред. В.А. Галкина.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.-198 с.
42. Трухан Д.И. Выбор лекарственного препарата с позиций рациональной фармакотерапии. Сонсилиум Медисум. 2013; 15 (11): 45–9.
43. Трухан Д.И. Рациональная фармакотерапия в кардиологии сквозь призму коморбидности и лекарственной безопасности. Справ. поликлин. врача. 2015;
44. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Выбор ангигипертензивного препарата с позиций рациональной фармакотерапии. КардиоСоматика. 2013; 4 (3): 44–51.
45. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Рациональная фармакотерапия и лекарственная безопасность в кардиологии. Справ. поликлин. врача. 2013; 5: 21–6.
46. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии 2018 г.: слово за европейскими экспертами. Системные Гипертензии. 2018;15(3):6-10].
47. Чазова И.Е., Ратова Л.Г. Комбинированная терапия – основа лечения пациентов с артериальной гипертензией. Системные гипертензии. 2008; 5 (3): 48–50.
48. Шманова Н.Ю., Сивякова О.Н., Смородина Е.И. Анализ результатов всероссийского исследования «ПЕРСПЕКТИВА» в Благовещенске. Материалы Межрегиональной научно-практической терапевтической конференции «Качественная клиническая практика». ДВГМУ, 2015; с. 104–9.
49. Якусевич В.В. Качественное лекарственное средство: каким оно должно быть. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2006; 4: 41–6.
50. Адамс Х.П., дел Зоппо Г., Албертс М.Ж. Эт Гуиделинес фор тхе эарлй манагемент оф адултс витх исчемис строке. А гуиделине фром тхе Америсан Хеарт Ассосиатион / Америсан Стroke Ассосиатион Стroke Соунсил // Стroke. – 2007.- Вол. 38. – П. 1655-1711.
51. Аиягари В., Горелиск П.Б. Манагемент оф Блоод Прессуре фор Асуте анд Ресуррент Стroke //Стroke. -2009.- 40. – П. 2251-2256.
52. Амраоуи Ф, ван Монтфранс ГА, ван ден Борн БЖ. Валуе оф ретинал эхаминатион ин хйпертенсиве энсепхалопатхй. Ж Хум Хйпертенс. 2009 Ост 29.
53. Балес А. Хйпертенсиве срисис. Хow то телл иф итс ан эмергенсй ор ан ургенсй // Постсard. Мед. -1999.- Вол. 105. – П.119-126,130.

54. Бартон Ж.Р., ЎБраин Ж.М., Берганер W.K. Эт ал. Милд гестационал хйпертенсион ремо́те фром терм: прогрессион анд оутсоте // Ам. Ж. Обстет. Гйнесол.-2001.-Вол. 184.- П. 979-983.
55. Блуменфелд Г.Д., Ларагх Ж.Х. Манагемент оф хйпертенсиве срисес. Тхе ссиентифис басис фор трeatмент десисионс // Ам. Ж. Хйпертенс.-2001.-Вол. 14.- П. 1154-1167.
56. Састро дел Састилло А., Родригуез М., Сонзалес э. Эт ал. Досе-респонсе эффест оф сублингвал саптоприл ин хйпертенсиве срисес // Ж. Слин. Пхармасол. – 1988.- Вол. 28.- П. 667-670.
57. Черней Д., Страус А. Манагемент оф пациентс витх хйпертенсиве ургенсиес анд эмергенсиес. А сйстемис ревиeу оф тхе литературе // Ж. Ген. Интерн. Мед. -2002.- Вол. 17.- П. 937-945.
58. Чобаниан А.В., Бакрис Г.Л., Бласк Х.Р. Эт ал. Тхе севентх репорт оф тхе Жоинт Натионал Коммиттее он превентион, детестион, эвалуатион анд трeatмент оф хигх блоод прессуре: тхе ЖНС 7 репорт // ЖАМА.-2003.- Вол. 289.- П. 2560-2572.
59. Давис Б.Р., Султер Ж.А., Гордон Д.Ж. Антихйпертенсиве анд липид-ловeринг трeatмент то превент хеарт аттаск триал. Ам Ж Хйпертенс.1996;9:342-60
60. Дулей Л, Хендерсон-Смарт ДЖ, Мехер С. Другс фор трeatмент оф верй хигх блоод прессуре дуринг прегнансй. Сочране Датабасе Сйст Рев. 2006;(3):CD001449.
61. Форетте Ф, Сеух МЛ, Стаессен ЖА эт ал. Сйстолис Хйпертенсион ин эуро́пе Инвестигаторс. Тхе превентион оф дементиа витх антихйпертенсиве трeatмент: неw эвиденсе фром тхе Сйстолис Хйпертенсион ин эуро́пе (Сйст-Еур) студй. Арч Интерн Мед 2002; 162 (18):
62. Гупта АК, Аршад С, Поултер НР. Сомплиансе, сафетй, анд эффестивенесс оф фикед-досе сомбинатионс оф антихйпертенсиве агентс: а мета-аналйсис. Хйпертенсион 2010; 55: 399–407.
63. Хирсчл М.М., Гуиделинес фор тхе друг трeatмент оф хйпертенсиве срисес // Другс. – 1995.- Вол. 50. – П. 991-1000.
64. Имминк РВ, ван ден Борн БЖ, ван Монтфранс ГА, Ким Й-С, Холлманн МW, ван Лиешоут ЖЖ. Серебрал анд сйстемис хемодйнамисс дуринг трeatмент витх содиум нитропруссиде анд лабеталол ин малигнант хйпертенсион. Хйпертенсион. 2008;52:236-40.
65. Имминк РВ, ван ден Борн БЖ, ван Монтфранс ГА, Коопманс РП, Каремакер ЖМ, ван Лиешоут ЖЖ. Импаиред серебрал ауторегулатион ин пациентс витх малигнант хйпертенсион. Сирсулатион. 2004 Ост 12;110(15):2241-5.

66. Жамес М.Ф., Сронже Л. Пхеочромосйтома срисис: тхе усе оф магнесиум сульфате // Анестх. Аналг. – 2004. — Вол. 99 (3). –П. 680-686.
67. Жамес ПА, Опарил С, Сартер БЛ эт ал. 2014 эвиденсе-басед гуиделине фор тхе манагемент оф хигх блоод прессуре ин адултс: репорт фром тхе панел мемберс аптоинтед то тхе эигхтх Жоинт Натионал Коммиттее (ЖНС 8). ЖАМА 2014; 311 (5): 507–20.
68. Камура А, Иноуе Т, Куроки С эт ал. Антихйпертенсиве трееатмент усинг ан ангиотенсин ресептор блокер анд а тхиазиде диуретис импровес пациентс куалитй оф лифе: Тхе Сага Чалленге Антихйпертенсиве Студй (С-САТС). Хйпертенс Рес 2011; 34: 1288–94
69. Кита Т, Ёкота Н, Ичики Й эт ал. Оне-еар эффестивенесс анд сафетй оф опен-лабел лосартан/хйдрочлоротхиазиде сомбинатион тхерапй ин Жапанесе пациентс витх хйпертенсион унсонтроллед витх АРБс ор ACE инхибиторс. Хйпертенс Рес 2010; 33: 320–5.
70. Китиякара С., Гузман Н. Малигнант хйпертенсион анд хйпертенсиве эмергенсиес // Ж. Ам. Сос. Непхрол. – 1998. — Вол. 9. –П. 133-142.
71. Кракофф ЛР, Гиллеспи РЛ, Фердинанд КС эт ал. 2014 хйпертенсион ресоммендатионс фром тхе эигхтх жоинт натионал коммиттее панел мемберс раисе сонсернс фор элдерлй бласк анд фемале популатионс. Ж Ам Солл Сардиол 2014; 64 (4): 394–402.
72. Лессон Л.Л. Хow то Мечанистисаллй Диагносе анд Соррестлй Треат а Хйпертенсиве Срисис // Ам Ж. Хйпертенс. – 2001. — Вол. 14. –П.837-854.
73. Лианг W., Ма X., Сао Л., эт ал. Сомпарисон оф тхиазиде-лике диуретисс версус тхиазиде-тйпе диуретисс: а метааналйсис. Ж Селл Мол Мед.2017;21(11):2634-42.
74. Литхелл X, Ханссон Л, Скоог И эт ал. ССОПЕ Студй Гроуп. Тхе Студй он Сognитион анд Прогносис ин тхе элдерлй (ССОПЕ): принсипал ресултс оф а рандомизед доубле-блинд интервентион триал. Ж Хйпертенс 2003;
75. Lowe C.A., Brown M.A., Деккер Г. Эт ал. Гуиделинес фор тхе манагемент оф хйпертенсион дисордерс оф прегнансй, 2008, Сосиетй оф Обстетрис медисине оф Аустралиа анд Нев Зеаланд // Ауст. Н.З.Ж. Обстет. Гйнаесол.- 2009, Жун.- Вол. 49(3). –П.242-246.

76. Мак W, Чан КХ, Чеунг РТ, Хо СЛ. Хйпертенсиве энсепхалопатхй: БП lowerинг компликатед бй постериор сирсулатион исчемис строке. Неурологй. 2004 Сеп 28;63(6):1131-2.
77. Мансиа Г., Занчетти А., Агабити-Росеи э., эт ал. Студй он мониторинг оф блоод прессуре анд лисиноприл эвалуатион. Сирсулатион. 1997;95(6);1464-70.
78. Муллен М.Т., МсКинней Ж.С., Каснер С.Е. Блоод прессуре манагемент ин асуте строке // Ж. Хум. Хйпертенс. – 2009. — Вол. 23. –П.559-569.
79. Пооле-Вилсон ПА, Лубсен Ж, Кирван БА эт ал. Он беҳалф оф тхе АСТИОН (А Соронарй дисеасе Триал Инвестигатинг Оутсومه витх Нифедипине гастроинтестинал тхерапеутис сйстем) инвестигаторс. Эффест оф лонг-астинг нифедипине он морталитй анд сардиовассулар морбидитй ин пациентс витх стабле ангина рекуиринг трeatмент (АСТИОН триал): рандомисед контроллед триал. Лансет 2004; 364: 849–57.
80. Реисин э., Веир М.Р., Фалкнер Б., эт ал. Лисиноприл версус хйдрочлоротхиазиде ин обесе хйпертенсиве пациентс: а мултисентер пласебо-контроллед триал. Трeatмент ин обесе Пациентс витх Хйпертенсион (ТРОПХЙ) Студй Групп. Хйпертенсион. 1997; 30(1 Пт 1):140-5.
81. Рхоней Д., Пеасоск W.Ф. Интравеноус Тхерапй оф Хйпертенсиве эмергенсиес, Парт И // Ам. Ж. Хеалтх Сйст. Пхарм. – 2009.- Вол.66.-П.1343-1352.
82. Роуш Г.С., Абделфахах Р., Сонг С., эт ал. Хйдрочлоротиазиде анд алтернативе диуретисс версус ренинангиотенсин сйстем инхйбиторс фор тхе регрессион оф лефт вентрисулар хйпертропхй: а хеад-то-хеад метааналйсис. Ж Хйпертенс. 2018;36(6):1247-55.
83. Семпле П.Ф., Сумминг А.М., Мередитх П.А., эт ал. Онсет оф астион оф саптоприл, эналаприл, эналаприлис асид анд лисиноприл ин нормал ман. Сардиовасс Другс Тхер. 1987;1(1):45-50.
84. Семплисини А., Маресса А., Боссоло Г. Эт ал. Хйпертенсион ин асуте исчемис строке: а компенсаторй мечанизм ор ан аддитионал дамагинг фастор? // Арч. Интерн. Мед. -2003.- Вол.163.-П.211-216.
85. Сен Ж., Белли А., Албон Х. Эт ал. Трипле-Х тхерапй ин тхе манагемент оф анеурйсмал субарачноид хеморрхаге // Лансет Неурол.- 2003.- Вол.2.- П.614-621.
86. Сингбартл Г, Метзгер Г. Урапидил-индусед инсреасе оф тхе интрасраниал прессуре ин хеад-траума пациентс. Интенсиве Саре Мед. 1990;16(4):272-4.

87. Спах Ф., Гроссер К.Д., Тхиеме Г. Асуге хемодинамис эффестс оф урапидил анд нифедипине ин хйпертенсиве ургенсиес анд эмергенсиес // Другс.-1990.- Вол.40 (Суппл.4).-П.58-59.
88. Спенсе Ж.Д. Треатинг Хйпертенсион ин Асуге Исчемис Строе //Хйпертенсион.- 2009.- Вол.54.-П.702-703.
89. Стаессен ЖА, Фагард Р, Тхижс Л эт ал. Рандомисед доубле-блинд сомпарисон оф пласебо анд астиве трееатмент фор олдер патиентс витх исолатед сйстолис хйпертенсион. Тхе Сйстолис Хйпертенсион ин эуропе (Сйст-Еур) Триал Инвестигаторс. Лансет 1997; 350 (9080): 757–64.
90. Страусс Р., Гаврас И., Влахакоc Д., Гаврас Х. Эналаприлат ин хйпертенсиве эмергенсиес // Ж. Слин. Пхармасол. – 1986. — Вол.1.-П.39-43.
91. Терпстра W.Ф., Май Ж.Ф., Смит А.Ж., эт ал. Лонг-терм эффестс оф амлодипине анд лисиноприл он лефт вентрисулар масс анд диастолис фунстион ин элдерлй, превиоуслй унтреатед хйпертенсиве патиентс: тхе эЛВЕРА триал. Ж Хйпертенс. 2001;19(2):303-9.
92. Сабаян Б, Олексик АМ, Маиер АБ, эт ал. Хигх блоод прессуре анд ресилиенсе то 45. пхйсисал анд согнитиве деслине ин тхе олдест олд: тхе Леиден 85-плус Студй. Ж Ам Гериатр Сос 2012; 60: 2014-9. 46.
93. Таекема ДГ, Маиер АБ, Вестендорп РГ, де Сраен АЖ. Хигхер блоод прессуре ис ассосиатед витх хигхер хандгрип стренгтх ин тхе олдест олд. Ам Ж Хйпертенс 2011; 24:83-9. 47.
94. Тхе эуропеан Строе Иниативе эхесутиве Соммиттее анд тхе эУСИ Вритинг Соммиттее: эуропеан строе иниативе ресоммендатионс фор строе манагемент- упдате 2003 // Серебровасс. Дис. -2003. — Вол.16.-П.311-337.
95. Ваидя С.К., Оуеллете Ж.Р. Хйпертенсиве Ургенсй анд эмергенсй // Хоспитал Пхйсисиан.- 2007, Марч.- П. 43-50.
96. Видал-Петиот э, Форд И, Греенлау Н, эт ал. СЛАРИФЙ Инвестигаторс. Сардиовассулар эвент ратес анд морталитй ассординг то ачиевед сйстолис анд диастолис блоод прессуре ин патиентс витх стабле соронарй артерй дисеасе: ан интернационал сохорт студй. Лансет 2016; 388(10056): 2142-52.
97. Ху W, Тан Л, Ванг Х-Ф, эт ал. Мета-аналйсис оф модифиабле риск фасторс фор Алзхеимерьс дисеасе. Ж Неурол Неуросург Псйчиаатрй. 2015; 86(12): 1299-306.
98. Зханг С.Й., Ниу Г.М., Зхао С.Г., Аронг, Ванг З.Г., Жианг М.Ф., Хури Л. (2012). Преваленсе, детестион, манагемент, анд контрол оф хйпертенсион ин тхе популатион оф Монголиан анд Хан националитиеc витх аге > 55 еарс ин

а пасторал араа оф Иннер Монголиа Аутономоус Регион. Зхонгхуа Хин Хуе Гуан Бинг За Зхи, 40 (9), 786-790.

99. Зуллиг Л.Л., Стечучак К.М., Голдстейн К.М., Олсен М.К., МсСант Ф.М., Данус С., Сроулей М.Ж., Оддоне э.З., Босвортх Х.Б. (2015). Пациент-репортед медисатион адхеренсе барриерс амонг пациентс витх сардиовасулар риск фасторс. Ж Манаг Каре Спес Пхарм, 21 (6), 479-485.

100. Яо Д.К., Жиа С.Қ., Ванг Л. Эт ал. Тхерапеутис эффест оф урапидил он мёсардиал перфусион ин пациентс витх СТ-елеватион асуге соронарий сйndrome // эур. Ж. Интерн. Мед.- 2009.- Вол.20(2).-П.152-157.

ХУЛОСА

1. Артериал гипертензия билан азият чекувчи ёшларнинг кўпчилигида юрак қон томир тизими асоратлари ривожланишида ҳаёт тарзи, шунингдек куйидаги кўп учрайдиган омиллар: оилавий анамнез (89,5%), психоемоционал стресс (92,7%), алкоголь истеъмол қилиш (91,9%), атероген овқатланиш ратсиони (67,5%), тамаки чекиш (49,6%) муҳим аҳамиятга эга

2. Артериал гипертензия билан азият чекувчи ёшлар билан уларнинг соғлом тенгдошлари маълумотлари солиштирилганда, липид спектрида: УХС, ПЗЛП, ТГ, ЖПЗЛП, АК миқдори ошиши, ЙЗЛП миқдорининг камайиши ва гемостаз тизимида: фибриноген миқдори, ХИИИ фастор, МНО, тхромбин вақти шунингдек лептин даражаси ошганлиги аниқланди ($p < 0,05$).

3. Артериал гипертензия билан азият чекувчи ёшларда УХС, ПЗЛП ва фибриногеннинг чекиш интенсивлиги ўртасида ($r_s = 0,77$; $r_s = 0,53$; $r_s = 0,63$ мос равишда; $p < 0,05$), ТМИ билан ($r_s = 0,61$; $r_s = 0,54$; $r_s = 0,45$; $p < 0,05$), ТЎБ ривожланиш даражаси билан ($r_s = 0,64$; $r_s = 0,58$; $r_s = 0,47$; $p < 0,05$) ва САБ ошиш даражаси орасида ($r_s = 0,41$; $r_s = 0,51$; $r_s = 0,56$, $p < 0,05$) ўзаро боглиқлик аниқланди. Лептин даражаси эса ТЎБ ривожланиши билан ($r_s = 0,78$; $p < 0,05$), ТМИ ($r_s = 0,77$; $p < 0,05$), УХС миқдори ($r_s = 0,68$; $p < 0,05$), ПЗЛП ($r_s = 0,63$; $p < 0,05$), фибриноген ($r_s = 0,57$; $p < 0,05$) билан кореллятсия қилинади.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Юрак қон томир тизими касалликлари ва унинг асоратлари учраш хавфи бўлган юқори АГ дан азият чекувчи ёшларда популяцион профилактика айнан ҳаёт тарси ўзгаришига асосланган қўзғатувчи факторларни бартараф этишга қаратилган бўлиши лозим.

2. Бирламчи бўғин шифокорлари ёшларда АГ учраганда, юрак қон томир тизими асорати хавфини эрта аниқлаш учун липид спектр ва гемостаз, шунингдек лептин ва соматотиплаш кўрсаткичларини ўзаро солиштириш зарур.

3. Ёшларда учрайдиган АГ ва юрак қон томир касалликлари асоратларини олдини олиш ва амбулатор-поликлиника шароитида номедикаментоз коррексиянинг клиник самарадорлигини ошириш учун юқори АГ бор ёшларда ва уларнинг оила аъзолари учун “Саломатлик мактаби” дастури ўтказилиши лозим.