

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Эксперт кенгаши раиси

т.ф.д. профессор

_____ М.М.Мадазимов

«_____» _____ 2024 й

Камолов Б.Б.

**«Амбулатор кузатув шароитидадаги беморларда ёшга нисбатан
гипертония ҳасталигииккиламчи профилактикасининг аҳамияти»**

(Монография)

Андижон-2024 йил

УДК: 616.155.194.76; 616.155.294:575.113

Тузувчилар:

Камолов

Ботир

Бахтиёрович

Андижон давлат тиббиёт институти ички ҳасталиклар
пропеедфтикаси кафедраси ассистенти, PhD.

Такризчилар:

Мусашайхов

Умиджон

Хусанович

Андижон давлат тиббиёт институти икп кафедраси
доцент, тиббиёт фанлари доктори (DSc)

Махмудов

Нурилло

Исмоилович

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт олийгохи
госпитал терапия кафедраси мудири т.ф.н, доцент

Монография андижон давлат тиббиёт институти эксперт кенгашининг 2023
йил 31 майдаги 11-сонли баённомаси билан маъқулланган ва чоп этишга
тавсия этилган.

**Экспертлар кенгаши котиби,
т.ф.н, доцент**

Г.Н.Маматхужаева

Мундарижа

Қисқартмалар рўйхати	5
Кириш (Фалсафа доктори (PhD) монографияси аннотацияси)	6
I БОБ. Адабиётлар шарҳи.....	12
§ 1.1. Гипертония ҳасталиги хавф омиллари	12
§ 1.2. Артериал гипертониянинг эпидемиологик хусусиятлари.....	13
§ 1.3. Артериал босим даражаси ва кардиоваскуляр ҳасталиклар хавфи ўртасидаги боғлиқлик.....	19
§ 1.4. Артериал гипертонияни даволашга замонавий қарашлар.....	24
§ 1.5. Артериал гипертониянинг профилактика йўллари	37
II БОБ. МАТЕРИАЛ ВА ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ.....	45
§ 2.1. Беморларнинг умумий тавсифи	45
§ 2.2. Текширув усуллари	50
§ 2.3. Биокимёвий тадқиқотлар	52
§ 2.4. Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш	53
III БОБ. ШАХСИЙ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ	55
§ 3.1. Артериал гипертонияли беморларда ҳасталикнинг учраш ҳолатлари, клиник белгилари ва хабардорлик кўрсаткичлари таҳлили	55
§ 3.2. АГ билан оғриган беморларнинг ағ даражасига кўра таҳлили.....	59
§ 3.3. Артериал гипертонияси бор беморларда хавф омиларини таҳлили ..	61
§ 3.4 Артериал гипертонияга хамроҳ бўлган йўлдош ҳасталиклар таҳлили	63
§ 3.5. АГ билан оғриган беморларнинг фармакоэпидемиологик ҳолатининг таҳлили.....	65
§ 3.6. АГ билан оғриган беморларнинг шифокорларнинг даво кўрсатмаларига мажбурияти (приверженность) кўрсаткичлари таҳлили ...	75

§ 3.7. АГ билан оғриган беморларга амбулатор шароитида олиб борилган лаборатор текширув усуллари таҳлили	78
4. БОБ. Артериал гипертонияли беморларга олиб борилган “артериал гипертония” мактабининг самарадорлигини баҳолаш.....	84
§ 4.1. Гипертония ҳасталиги мактабидан кейинги беморларнинг шифокорларга мурожатлари, касалхоналарга такрорий ётқизишлиш ва асоратларини таҳлили.....	84
§ 4.2. Беморларнинг ўқув дастуридан кейинги даволанишга бўлган мойиллик кўрсаткичлари таҳлили.....	86
ХОТИМА.....	90
АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ	102

ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ

АГ-артериал гипертония
АГДВ- гипотензив дори воситалари
ЮҚТҚ-юрак қон-томир ҳасталиклари
ЦВК -цереброваскуляр ҳасталиклар
ДАБ -диастолик артериал босим
САБ -систолик артериал босим
ККБ -кальций каналлари блокаторлари
ААФИ-ангиотензинга айланувчи ферменти ингибиторлари
АРБ -ангиотензин рецептори блокаторлари
МИ-миокард инфаркти
УПТҚ-умумий периферик томирлар қаршилиги
ҚД-қандли диабет
АРБ-ангиотензин рецептори блокаторлари
ХО-хатар омили
ЧҚМО-чап қоринча миокарди оғирлиги
ТОИ-тана оғирлиги индекси
ОДЎ-охирги диастолик ўлчам
ҚАТҚ-қоринчалар аро тўсиқ қалинлиги
ЧҚОДҚ-чап қоринчани орқа девори қалинлиги
ЧҚҚОФ-чап қоринчани қон отиш фракцияси
ОДХ-охирги диастолик ҳажм
ОСХ-охирги систолик ҳажм
ТГ-триглицеридлар
АИ-атерогенлик индексини
УХ-умумий холестерин
ХС-холестерин
ЖПЗЛП-жудапаст зичликдаги липопротеид
ПЗЛП -паст зичликдаги липопротеид

Аннотация.

Монография "эффективное лечение пациентов с артериальной гипертензией" и разработка обучающей программы по ее профилактике, в результате использования "школы артериальной гипертензии", позволяют не только добиться эффективного лечения у пациентов с артериальной гипертензией, но и повысить их предрасположенность к рекомендации врачей, что, в свою очередь, позволяет избежать осложнений, связанных с тем, что в данной монографии было рекомендовано создать более совершенное информационное пространство среди ахоли, чтобы уменьшить количество обращений пациентов к врачам.

Данная монография предназначена для кардиологов, терапевтов и невропатологов, магистрантов, клинических ординаторов, студентов старших курсов медицинских вузов, а также врачей, проявляющих интерес к данной области.

Аннотация.

Монография гипертония ҳасталигибилан оғриган беморларни самарали даволаш, ва унинг профилактика чора-тадбирлари бўйича ўқув дастурини ишлаб чиқиш, «гипертония ҳасталигимақтаби» дан фойдаланиш натижасида гипертония ҳасталигибилан касалланган беморларда самарали даволашга эришибгина қолмай, балки уларнинг шифокорлар тавсиясига бўлган мойиллиги ортиб боришига, бу эса ўз навбатида гипертония ҳасталигикелтириб чиқарадиган асоратларни олдини олиш имконини беради. Ушбу монографияда беморларнинг шифокорларга бўлган муносабатлар сонини қайта кўриш мақсадида ахоли орасида янада мукаммал маълумот маконини яратиш лозимлиги тавсия этилган.

Ушбу монография кардиолог, терапевт ва невропатолог, магистрлар, клиник ординаторлар, тиббиёт олийгоҳларининг юқори босқич талабалари ҳамда шу соҳага қизиқиши бўлган шифокорлар учун мўлжалланган.

Annotatciya.

Monograph effective treatment of patients with arterial hypertension, and the development of a training program for its preventive measures, as a result of the use of the "school of arterial hypertension", not only to achieve effective treatment in patients with arterial hypertension, but also to increase their predisposition to the recommendation of doctors, which in turn makes it possible to avoid complications that in this monograph, it was recommended that a more perfect information space should be created among akholi in order to reduce the number of patients ' appeals to doctors.

This monograph is intended for surgeons, cardiologists and neuropathologists, masters, clinical interns, senior medical students, as well as doctors interested in this field.

Монография мавзусининг зарурияти ва долзарблиги. Дунёда гипертония ҳасталиги қон айланиш тизими ҳасталиклари, асосан, меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида тарқалиши бўйича етакчи ўринда туради¹. АГ инсоният тарихида XX асрнинг ноинфекцион пандемияси ҳисобланиб, XXI асрда ҳам давом этиб келмоқда. Турли ёшдаги шахсларда ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларининг асосий сабаби сифатида ижтимоий ва тиббий оқибатларнинг аҳамияти, замонавий соғлиқни сақлаш тизимининг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади. Ушбу муаммо аҳамиятли тарафи шундаки катта миқдордаги қон босимини туширувчи дори воситаларининг мавжудлигига қарамай, реал амалиёт шароитида артериал босимнинг мақсадли кўрсаткичига 5-31% ҳолатда эришиш мумкин. С.А.Шальнова маълумотига кўра, дунёда фақат 21,5% беморлар гипертония ҳасталигидан самарали даволанмоқдалар². Бу самарали, аммо айти пайтда бирламчи бўғимга мослаштирилган енг арзон профилактика ва терапевтик тадбирларни ишлаб чиқиш зарурлиги ҳақида маълумот беради. Ушбу адабиётлар гипертония ҳасталиги билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини ёмонлашганлиги ҳақида маълумот беради. Тадқиқотнинг долзарблиги гипертония ҳасталиги билан хасталанган беморлар сонининг ортиб бораётганлиги билан изоҳланади. Ушбу ҳасталикнинг кенг тарқалиши, беморлар миқдорининг доимий юқорилаб бораётганлиги, шаҳар ва қишлоқ аҳолиси орасида гипертония ҳасталигининг барқарорланиш хавф гуруҳини ташкил этадиган беморларни зудлик билан аниқлаш ва касалликни профилактикаси муҳим топшириқлардан бири ҳисобланади.

Жаҳонда бугунги кунда қишлоқ тиббиёти маҳаллий соғлиқни сақлашнинг “оғриқли нуктаси” ҳисобланади. Умуман олганда, қишлоқ аҳолиси ўлим даражаси бўйича шаҳардан 20% устунлик қилади, бунда

¹Агаев А.А. Значимость коррекции факторов риска для лечения и профилактики артериальной гипертензии в поликлинических условиях. //Казанский медицинский журнал. 2015. Т. 96. № 6. С. 994-999.

²Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. //Российский кардиологический журнал. — 2006. — № 4. — С.45-50.

асосий омил юрак қон-томир хасталикларидан меҳнатга лаёқатли кишилар ўлими саналади. Чекка ҳудудлар аҳолиси орасида гипертония хасталиги билан беморларнинг шифохонада ётиб даволаниш кунларининг ўртача миқдори баландлигича қолмоқда, ёши улуғ аҳолининг гипертония хасталиги билан касалланиш кўрсаткичлари марказ аҳолисига нисбатан анча паст. Бу касалликни ўз вақтида аниқланмаганлиги ва қишлоқ соғлиқни сақлаш тизими ҳолатининг қоқоқлиги билан боғлиқ. Қишлоқ шароитида яшовчи аҳоли саломатлигининг ҳар томонлама ўрганишга қаратилган илмий ишлар кўплаб замонавий қишлоқ жамияти ва уларнинг ҳаёт тарзи учун хос: экологик, ижтимоий-моддий, ҳудудий, демографик, маданий омиллар таъсирида тасдиқланади. Чекка ҳудуд беморларига тиббий ёрдам кўрсатишни ташкиллаштиришнинг ўзига хос хусусиятлари фельдшер-акушерлик пунктлари (ФАП) ва марказий туман касалхоналари (МТК) радиуси, қишлоқ хўжалигидаги ишлаб чиқариш, ишнинг мавсумийлиги ва маиший шароитнинг ўзига хослиги билан белгиланади. Касалликларнинг олдини олиш, гипертония касаллигидаги дастлабки белгилар ва хавф омиллари кузатилган беморларни эрта аниқлаш, гипертония билан оғриганларга малакали тиббий ёрдам сифатини ошириш, аҳоли, айниқса, чекка ҳудудларда яшаётганлар орасида даволаш ва соғломлаштириш ишларини ривожлантириш ҳамда профилактика тизимини такомиллаштириш учун самарали ва фойдали тадбирларни топиш замонавий соғлиқни сақлаш тизимининг асосий вазифаси ҳисобланади.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантиришга алоҳида эътибор қаратилиб, айниқса, юрак-қон томир касалликларини барвақт аниқлаш, уларга ташхис қўйиш ва даволаш ҳамда асоратларнинг олдини олиш борасида муҳим чоралар кўрилмоқда. Бу соҳада халқаро стандартларга мос келувчи янги ёндашувлар ва замонавий технологиялар қўлланилмоқда. Хусусан, замонавий диагностика воситалари ва илғор даволаш усулларини амалиётга жорий этиш орқали юрак-қон томир касалликлари билан боғлиқ муаммоларни самарали бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар амалга

оширилмоқда. Бу ислохотлар беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш ва касалликларнинг олдини олишга қаратилган тиббий ёрдам тизимини янада такомиллаштиришга хизмат қилмоқда. «...Мамлакатимизда тиббий ёрдам самарадорлиги, сифати ва қулайлигини ошириш, шунингдек, ҳасталикларни эрта ташхислаш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий этиш, патронаж хизматларини яратиш, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва ҳасталикларнинг олдини олиш...»³ каби вазифалар, касалликнинг асоратларидан ногиронлик ва ўлимни сезиларли даражада камайтиради. Гипертония касаллигини тез ва самарали ташхислаш ва даволаш профилактик чора-тадбирларини яратиш, замонавий гипертония мактабини ташкиллаштириб ўзини ўзи даволаш ва ўзини ўзи бошқариш тадқиқот усулларида фойдаланиш самарадорлигини ошириш натижасида аҳолининг ҳаёт сифатини ижобий тарафга ўзгартиради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022 - 2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги фармони, 2021 йил 25 майдаги ПҚ-5124-сон «Соғлиқни сақлаш соҳасини комплекс ривожлантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги қарори, шунингдек ушбу соҳа йўналишида қабул қилинган бошқа меъёрий – ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу монография иши муайян даражада хизмат қилади.

Гипертония ҳасталигининг даволаш ва унинг келтириб чиқарувчи асоратларнинг олдини олиш бўйича бир нечта замонавий адиастолик артериал босимиётлардаги маълумотларни ўрганиш шуни кўрсатдики, бу муаммо келтириб чиқарадиган асоратлари билан хаттоки ривожланган мамлакатларда ҳалигача ҳам юқори ўринларни эгаллаб келмоқда.

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сонли «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида Фармони»

Касалликни асоратларини профилактикасида нафақат стандарт даволаш усуллариға, балки унинг келиб чиқишиға систолик артериал босимабчи бўлган

Хавф омилларига эътиборли бўлиш бир қатор илмий изланишларда ўз исботини топган (Агаев А.А. ва бошқ., 2015).

Мазкур касалликнинг даволашда бевосита хавф омиллари инobatга олиниши, у келтириб чиқарувчи асорталарнинг профилактикаси беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашда бевосита катта аҳамият касб этади. (Быков А.Т., ва бошқ., 2015; Полозова Э.И., ва бошқ., 2019).

Изланувчилар томонидан мамлакатимиз амалий тиббиётида ҳам артериал гипертониянинг амбулатор босқичда ўзгартириб бўлувчи хавф омилларини бартараф этишға қаратилган илмий изланиш олиб борилган (Азимов С., ва бошқ., 2020; Аляви Б.А., ва бошқ., 2021; Таджиев Ф.С., ва бошқ., 2017), артериал гипертонияни даволашда қон-томирларда дағаллик ҳолатларини юрак ремоделланиш жараёниға негатив таъсир кўрсатиши ўрганилган бўлиб, айниқса бу ҳолат айрим систолик гипертония ҳолатларида янада жиддий тус олиши борасида илмий ишлар мавжуддир (Абдуллаева Г.Ж., ва бошқ., 2020).

Бирок, мамлакатимизда бугунги кунға қадар гипертония касаллигини даволаш ва шифокорлар тавсияларига бўлган мойиллик кўрсаткичи ҳамда профилактика натижаларини яхшилаш бўйича тадқиқотлар регион кесимида етарли олиб борилмаган. АГ билан оғриган беморларнинг ёшиға ва жинсига кўра таҳлили регион кесимида олиб борилмаган. Гипертония касаллигини келиб чиқишида муҳим ўрин тутган хавф омилларини ёшға нисбатан таҳлили етарлича ўрганилмаган. АГ даражасининг ёшға нисбатан таҳлили регион кесимида етарлича изланишлар олиб борилмаган.

Илмий тадқиқотлар натижаларига кўра, гипертония билан оғриган беморларни ташхислаш, олдини олиш ва даволаш бўйича халқаро кардиология жамиятининг тавсияларида кўрсатилган гипотензив дориларни қабул қилиш ва уларнинг кунлик миқдори етарлича ўрганилмаган.

Гипертония ҳасталигибилан оғриган беморларда монотерапия ва комбинацияли терапияни қабули натижасида артериал қон босимининг мақсадли кўрсаткичга эришиш натижалари ёшга нисбатан таҳлили етарлича ўрганилмаган. Гипертония ҳасталиги ўқув дастурининг самарадорлиги беморларнинг шифокорларга бўлган мурожатларининг камайиши билан ифодаланди, Шу билан бирга, ўқув дастурида қатнашган беморларнинг касалхонага такрорий ётқизилиши ва поликлиника шифокорларига такрорий мурожаатлари ёш ва жинс бўйича етарли даражада таҳлил қилинмаган.

Шундай қилиб, гипертония касаллигига ишончли ва эрта ташхис қўйиш ҳамда профилактика ва даволаш чора-тадбирларини яратиш, замонавий гипертония мактабини ишлаб чиқиш, ўзини ўзи даволаш ва бошқариш тадқиқот усулларида фойдаланиш орқали аҳоли ҳаёт тарзи сифатини яхшилашга қаратилган тадқиқотлар ўтказиш зарурияти мавжуд.

I БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ

§ 1.1. Гипертония ҳасталиги хавф омиллари

Гипертония ҳасталиги келиб чиқишининг механизми мураккаб бўлиб, артериал қон босимининг кўтарилишига турли омиллар таъсир кўрсатади. Булар орасида қуйидаги хавф омиллари ажратилади: доимий жисмоний фаоллик танқислиги (маиший ва касбий фаолиятда), ош тузини меъеридан ортиқча истеъмол қилиш, нотўғри овқатланиш, спиртли ичимликларни кўп миқдорда қабул қилиш, тамаки чекиш, каҳва истеъмоли, аёлларда гормонал контрацепция воситаларидан фойдаланиш, ятрогения (тиббий муолажалар ортидан пайдо бўладиган ножўя таъсирлар), касбий зарарли одатлар, руҳий стресслар, семизлик ва уйқуда нафас етишмовчилиги синдроми. Бу омиллар биргаликда гипертония ҳасталигининг ривожланишига йўл очади ва артериал қон босимини назорат қилишни мураккаблаштиради. Бунда тўғирланишга асос бўлмаган ағнинг ўзгармайдиган хавф омиллари: оғир ирсийлик, жинс, ёш, ўтмишда бошидан ўтказган интеркурент ҳасталиклар, ижтимоий моддий статус ҳақида унутмаслик керак [16, с. 12-16; 34, с. 864]. Эркаклар сингари аёллар учун ҳам умумқабул қилинган хавф омиллари муҳим аҳамият касб этади, шунингдек сўнгги йилларда жинсий тафовутга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Н.Д. Стражеско номидаги кардиология институти популяцион тадқиқот маълумотларига кўра, меҳнатга қобилиятли 20-50 ёшли аёллар орасида юрак қон томир ҳасталиклари хавф омилларининг тарқалганлиги аҳамиятли, йигирма йиллик даврда унинг ўсиши тараққий этувчи характерга эга бўлиб, шу билан бирга нисбий ўлим хавфи хавф омиллари сонидан ортиб боради [8, с. 54-59; 31, с. 6-7]. Демак, эркакларда юрак қон томир ҳасталикларидан (юқтк) ўлимнинг нисбий хавфи 1,0% дан хавф омиллари кузатилмаганда 7,9% га ортади, агар ағ учта хавф омили билан бирикса: аёлларда – 1,0-3,4 ни ташкил қилади [13, с. 155-159; 25, с. 116-120]. Олиб борилган тадқиқотлар юқтк хавф омилларини ҳаддан ташқари кўп тарқалганлиги ҳақида маълумот беради: булар 33,5% катта ёшдаги аҳолида ағ, 56,8% аҳолида ортиқча тана вазни, 44% эркак ва 16,5% аёлларнинг

чекиши ҳисобланади [11, с. 35-38; 15, с. 6-12]. Шу билан бирга адиастолик артериал босимиётда ағ беморларида юқтк асосий хавф омилларининг гендер хусусиятлари ва тарқалганлиги ҳақидаги муаммо тўлиқ ёритилмаган. Шунинг учун мақсадимиз АГДА ЮҚТК хавф омилларининг гендер хусусиятлари ва тарқалганлигини ўрганишдан иборат.

§ 1.2. Артериал гипертониянинг эпидемиологик хусусиятлари

Kearney.P. ва бошқ. [107, с. 217] гипертония тарқалишида турли мамлакатлар ўртасидаги сезиларли фарқларни қайд этди. Гипертония тарқалишининг ўзгарувчанлик диапазони ҳиндистоннинг қишлоқ жойларида 3,4% эркакларни, 72,5% полша аёлларини ташкил қилади. Моддий ривожланган европа ва шимолий америка давлатларида гипертониянинг тарқалиши 20-50% ниташкил қилиб, касаллик эркакларга нисбатан аёлларда ва европаликларга нисбатан негроид ирқида юқори бўлган. Лотин америка, Осиё ва Африканинг моддий ривожланаётган давлатларида гипертония ҳасталигининг тарқалиши ривожланган мамлакатларникига қараганда паст бўлиб, 20-30% ни ташкил этди. Бунда аёлларда гипертония ҳасталигихасталигининг тарқалиши эркакларга нисбатан, европоид ирқиға мансуб аҳолиға нисбатан негроид ирқиға мансуб одамларда юқори эди, аммо бу тафовут моддий ривожланган мамлакатлардагига қараганда камроқ эди. Шаҳар ва қишлоқ аҳолиси ўртасида гипертония ҳасталигитарқалишидаги тафовут бир-бириға нисбатан зид эди [106, с. 11-19]..

Шундай қилиб, Испанияда гипертония ҳасталигининг тарқалиш нисбати қишлоқ аҳолисида шаҳарликларға қараганда анча юқори бўлган, Таиланд, Тайван, Корея, Эрон, Камерун ва Парагвайда ўзаро тескари муносистолик артериал босиматлар кузатилган, танзания, хитой ва полшада давлатлари ўртасида эса тафовутлар аниқланмаган [55, с. 22; 107, с. 217;]. Моддий жихатдан ривожланган давлатларда гипертония ҳасталигининг нотекис тарқалиши к. Волф-Маєг ва бошқалар томонидан қайд этилган. [121, с. 2363-2369].

Гипертония хасталигининг ўртача тарқалиши Европанинг олти мамлакатда (Германия, Испания, Шветсия, Италия, Англия, Финляндия) 44,2% ни, Америка қўшма штатлари ва канадада 27,6% ни ташкил этди. Европада артериал гипертониянинг энг юқори тарқалганлиги германияда (55,0%), кейинги навбатда Финляндия (49,0%), Испанияда (47,0%), Англия (42,0%), Швеция (38,0%) ва Италияда бу кўрсаткич (38,0%) учраши кузатилади. Артериал гипертониянинг тарқалиши Канада ва АҚШда Германияда тарқалганига (тахминан 28,0% ва 27,0%) тенг бўлган. Европа давлатларида қон босимининг ўртача кўрсаткичи шимолий америкадаги кўрсаткичлардан юқори (мос равишда 136/83 ва 127/77 мм). Гипертония кўрсаткичидаги ўхшаш фарқлар 34 ёшдан 74 ёшгача бўлган барча ёш гуруҳларида кузатилди ва 65 ёшида баланд кўрсаткич даражасига етди (систолик қон босими учун 13 ммХг) [90, с. 1684-1689; 97, с. 350-361].

Эпидемиологик кузатувларга натижаларига кўра, Россия федерациясида гипертония хасталигининг тарқалганлиши 16 ва ундан катта ёшдаги одамларда 39,5 фоизни ташкил этди, бу қирқ миллион бемор гипертония хасталигига эга эканлигини билдиради. Аёлларда хафақон касаллиги эркак жинсига нисбатан кўпроқ аниқланган (40,4% ва 37,2%). Касаллик тарқалишида энг юқори кўрсаткич жанубий ва Волга Федерал округларида мос равишда 45,9% ва 43,2% ни, кейин эса Сибир Федерал округида 42,5%, шимоли-ғарбийда 41,2%, марказий туманда 36,5%, Урал туманида 36,2% ва узоқ шарқ федерал округида 32,3% ни ташкил этди. [31, с. 6-7]. Артериал гипертониянинг тарқалиши бир қатор мамлакатларда ўрганилган ва такрорий изланишлар дунёда гипертония тарқалишидаги ўзгаришларга сабаб бўлувчи маълум мойилликларини аниқлади.

1950-1989 йиллар мобайнида америкада гипертония хасталигининг тарқалиши ва ўртача қон босими кўрсаткичининг сезиларли равишда қулаши кузатилди, бунга систолик артериал босимаб қон босимини пасайтирувчи дори воситаларининг кенг ишлата бошланишига тўғри келди [77, с. 27-28], 1989 - 1994 йиллар давомида гипертония хасталигининг тарқалиши нисбий

барқарор бўлди ва 1999 йилдан бошлаб хафакон касаллигини тарқалишининг юқорилашига мойиллик кузатилди. Гипертония ҳасталиги тарқалишининг юқорилашиши аҳолининг умумий ёшини ортиши ва семизлик билан боғлиқ бўлган шахслар улушининг кўпайиши, шунингдек, негроид аёллар ва ижтимоий-моддий ҳолати пастроқ бўлган кишиларда гипертония ҳасталиги тарқалишининг мутаносиб равишда кўпайишига боғлиқ [103, с. 465-490; 116, с. 69-75; 120, с. 2126-2134].

MONICA томонидан ўтказилган тадқиқотлар (юрак-қон томир ҳасталикларининг ривожланишга мойиллиги ва детерминантларини мониторинг қилиш) 1985-95 йиллар мобайнида қатор мамлакатларда гипертония ҳасталиги тарқалишининг аввалги тадқиқотларга нисбатан анча пастлагани аниқлади. Хусусан, белгияда гипертония ҳасталигининг тарқалиши мос равишда эркеклар ва аёлларда 41% ва 30,5% дан 26,7% гача ва 20% гача пастлаган [107, с. 217; 112, с. 1462-1536].

Сўнги йилларда осийда европа давлатларидан фарқли равишда, гипертония ҳасталиги тарқалишига мойиллик кузатилди. Шундай қилиб, хитой давлатида 1991 йилдан 2001 йилгача қон босими ҳасталигининг тарқалиши эркекларда 20,2%- 27,6% ва аёлларда 19,1% дан 25,8% гача кўтарилди [12, с. 18-21; 50, с. 93-95]. Гипертония ҳасталигини тарқалиши сингапурда 1991 йилда 22,5% дан 1997 йилга келиб 26,6% га кўтарилди [107, с. 217].

Ҳинд давлатида 1996 йилда нашр этилган гипертония ҳасталигини тарқалишининг мета-таҳлилида 1949 - 1995 йиллар мобайнида хафакон ҳасталигининг тарқалишини сезиларли равишда юқорилаганлигини кўрсатиб берди. Гипертония ҳасталиги тарқалишининг ўртача даражасининг ошиши билан бирга қишлоқ халқига нисбатан шаҳар шароитидаги аҳоли орасида кўпроқ аниқланди [57, с. 777-781; 74, с. 135]. Ҳиндистонда 1995-2002 йилларда гипертония ҳасталигининг тарқалишида сезиларли даражада юқорилаши қайд этилмади [56].

"MONICA тадқиқотига кўра, Москвада 1984 - 1994 йиллар оралиғида эркаклар орасида гипертония касаллиги тарқалиши 37,0% дан 26,0% гача, аёллар орасида эса 38,0% дан 26,0% гача кескин пасайган." [14]. Бутун Россия Федерациясининг тадқиқотлари маълумотларига унчалик ҳам умид қилманг, улар доимо гипертония ҳасталигининг тарқалишига ишора қилишадилар. Йигирма йил мобайнида эркакларда гипертония ҳасталигининг тарқалиш ривожланиши биринчи навбатда 18,6% (1986) дан 39,3% (1995) гача, кейин эса 2005 йилга келиб ўсиш билан тавсифланган 37.2% [14; 31, с. 6-7; 34, с. 864]. Ўн йил давомида аёлларда гипертония ҳасталиги тарқалиши 41.1% (1995) ва 40.4% (2005) деярли ўзгармади [31, с. 6-7; 34, с. 864].

Эпидемиологик тадқиқотлар шуни кўрсатадики, гипертония ҳасталигининг тарқалиши ёшга, жинсга ва миллат(ирқ) га боғлиқ. Шунинг бинобариди, барча давлатлар учун одатий ҳол—бу ёшга қараб гипертония билан касалланишнинг ортиши ва қора танли одамларида европоид ирқи одамларига нисбатан юқори даражада гипертония ҳасталигининг учраши аниқланди [37, с. 21-22; 44, с. 117-118].

АРИС тадқиқотида (жамоаларда атеросклероз хавфи) гипертония ҳасталигининг тарқалиши қуйидагича бўлган: европоид ирқига мансуб инсонларда - ҳар 1000 та аҳолига 37 та ҳолат ва эркакларда йилига ҳар мингта популяцияга қирқта ҳолат, қора танли одамларда - ҳар мингта кишига етмиш етти ҳолат, аёлларда эса бу кўрсаткич ҳар мингта аҳолига олтмиш еттита ҳолат кузатилган [65, с. 52-58].

КАРДИА томонидан ўтказилган тадқиқотда (ёшларда тож томирлар хавфининг ривожланиши, 1985-1986), 18-30 ёшдаги америкаликларда ўн йиллик гипертония ҳасталигининг ривожланиш ҳолати европоид ирқли одамларига нисбатан қора танли одамларда юқори ва аёлларда эркакларга нисбатан кўпроқ (афро-америкаликлар) эркакларда 16,4% ва аёлларда 13,1%; (европоид эркакларда 7,8% ва аёлларда 3,2%) [63].

Кардиологик фрамингем тадқиқотларнинг қисқа муддатли таҳлилига кўра, икки йил мобайнида 30-39 ёшда аҳолида гипертония ҳасталигининг

ривожланиши 3,3 % эркакларда ва 1,5 % аёлларда, 70-79 ёшдаги аҳолида эса - 6,2 % эркак ва 86% аёлларда аниқланган. Фрамингем кардиологик тадқиқотининг яқинда олиб борилган таҳлили кўрсатишича, ўрта ва ёши улур инсонларда гипертония касаллиги ривожланиши хавфи деярли 90% ни ташкил этади. Шунингдек, 40 ёшгача бўлган эркакларда гипертония касаллиги ривожланиш хавфи аёлларга нисбатан икки баробар юқори. [47, с. 67-70; 63].

Россия халқида 2005 йилда юқори қон босими билан тавсифланган ҳасталикларнинг тарқалиши ҳар юз минг аҳолига 7801,4 ҳолатни ташкил этди, бу юрак-қон томир тизимининг барча ҳасталиклари орасида етакчи ўринни эгаллади. 2004 йилга таққослаганда гипертония билан касалланиш даражаси ҳар 100 минг кишига 856,9 ҳолатга ёки 12,3% га ўсганлиги қайд этилди [16, с. 12-16; 27, с. 67-68].

Гипертония ҳасталигининг тарқалиши ва касалланиш билан боғлиқ бўлган бир нечта муҳим эпидемиологик кўрсаткичлар қуйидагилардан иборат: гипертония билан оғриган беморларнинг ўз ҳасталиклари ҳақида тушунчага эга бўлиши даражаси - юқори қон босими бўлган одамлар орасида ўзларининг касаллиги тўғрисида хабардор бўлган инсонлар фоизи, гипертония ҳасталиғи ҳасталиғи билан оғриган бемор инсонларнинг қамров даражаси – ўзига хос қон босимини назоратга олувчи дорилар билан даволанган ҳафақон ҳасталиғи билан касалланган одамларнинг фоиз кўрсаткичи, артериал қон босими 140/90 мм симоб устунидан паст бўлган ҳамда гипотензив дорилар билан даволанган гипертония ҳасталиғи касаллигидан жабрланган беморларнинг ҳасталикни назорат қилиш даражасидан иборат.

Kearney.P. ва ҳаммуаллифлари маълумотларига кўра [107, с. 217], моддий ривожланган давлатларда ушбу касаллик билан ҳасталанган беморларнинг касаллиги ҳақида хабардор бўлиши ва даволаниш кўрсаткичи юқори: гипертония билан оғриган беморларнинг 1/2 - 2/3 қисми ўзларининг ҳасталиклари ҳақида билишади, уларнинг 1/3 -1/2 қисми эса касалликка

қарши даволанади. Моддий ривожланган мамлакатларда гипертония касаллигини назорат қилиш даражаси 30% - 50% ни ташкил қилади [76, с. 67-70;].

К. Волф Маier ва унинг ҳаммуаллифлари фикрларига кўра [121, с. 2363-2369], европада гипертония ҳасталигини назорат қилиш кўрсаткичи ўртача 8% га тенг, шимолий америка давлатларида бу кўрсаткич 23% ни ташкил қилади. Моддий ривожланаётган давлатларда гипертония ҳасталиги ҳақида билиш, даволаш ва назорат қилиш даражаси моддий ривожланган мамлакатларга қараганда бироз пастроқ, аммо фарқ юқори даражада эмас: гипертонияга чалинган беморларнинг 1/4 - 1/2 ўзларининг ҳасталиклари тўғрисида хабардорлар, 10% - 55% бемор ушбу ҳасталикдан даволанадилар ва 20% - 50% беморлар касалликни назорат қиладилар [38, с. 51; 59, с. 289].

С.А. Шальнова ва ҳаммуаллифлари маълумотларга кўра [84, с. 45-50; 89, с. 366-372] Россияда гипертония касаллиги ҳақида аҳолининг хабардорлик кўрсаткичи эркакларда 75% ва аёлларда 80,3%, касалликни даволаниш билан қамраб олиш эркакларда 53,1% ва аёлларда 63,1%, гипертонияни назорат қилиш кўрсаткичи эркакларда 20.5%, аёлларда 22,5% ни ташкил қилади. Сўнгги ўн йилликларда гипертония ҳасталигини англаш, уни даволаш ва назорат қилишга мойиллиги турли мамлакатларда ўзгариб турди, умуман олганда ўсишда давом этди.

АҚШ да, NHANES II ва III тадқиқотлари орасидаги 12 йил давомида ўзларининг ҳасталикларидан хабардор бўлган гипертония ҳасталиги билан оғриганларнинг улуши 51% - 73% ни, гипертония ҳасталигини назоратга олиш ва қон босимини пасайтирувчи дорилар билан даволанган беморлар улуши 1976-1980 йилларда 32% дан 1988-1991 йилларга келганда 55% ни ташкил этди. 2000 йилларда қон босимини кўтарилиши билан оғриган беморларининг 69% ўз ҳасталиклари тўғрисида хабардор бўлган, 58 % касалликдан даволанган, аммо беморларнинг атиги 31% қисми гипертонияни назорат қилишган [96, с. 1967-1975; 107, с. 217].

Европада ўтказилган тадқиқотларидан бирида (health survey for england) кўрсатилишича, англияда гипертония касаллиги ҳақида хабардорлик, касалликдан даволаш ва уни назорат қилиш 1994 йилда 46%, 31,6% ва 7,1% дан 1998 йилга келиб 52,2%, 38% ва 10,7% га, мос равишда ўсган [Kearney.P.2004 104]. 1991 - 2001 йиллари мобайнида Хитойда касалликдан хабардорлик, хасталикни даволаш ва назорат қилиш мос равишда 26,3%, 12,1% ва 2,8% дан 44,7%, 28,2% ва 8,1% гача ошди. [100, с. 920-927; 107, с. 217].

1995-2005 йилларда Россияда эркакларда ва аёлларда гипертония касаллигига оид хабардорлик, даволаш ва назорат қилиш кўрсаткичлари ошди. Аммо аёллар учун бу кўрсаткич ўртача 5-20% бўлса, эркакларда бу кўрсаткич 2-3,5 бараварга кўтарилди: хабардорлик 37,1% дан 75% га, даволаш 21,6% дан 53,1% га, касалликни назорат қилиш 5,7% дан 20,5% га ошди. [31, с. 6-7; 34, с. 864].

§ 1.3. Артериал босим даражаси ва кардиоваскуляр хасталиклар хавфи ўртасидаги боғлиқлик

Артериал гипертониянинг клиник кўриниши систолик артериал босимнинг ошиши билан намоён бўлади. Бу ҳолат юрак-қон томир касалликларининг ривожланишига катта таъсир кўрсатиб, аҳоли ўртасидаги касалланиш ва ўлим кўрсаткичларида асосий ўринни эгаллайдиган цереброваскуляр касалликлар (ЦВК) ва юрак ишемик касаллиги (ЮИХ) каби жиддий асоратларга сабаб бўлиши мумкин. [17, с. 56-61; 19, с. 9-10]. Бундан ташқари, гипертония даражаси, юрак ишемик касалликлари ва бош миyanинг ўткир қон айланиши бузилиши ўртасидаги боғлиқлик турли давлатлар ва географик ҳудудлардаги аҳоли орасида олиб борилган бир қатор кузатув тадқиқотлари томонидан тасдиқланган. Йигирма беш ва ундан катта ёшдаги тўрт юз мингдан ортиқ беморларни ўрганган тўққизта тадқиқот таҳлили диастолик артериал босим баландлигидан бош миё қон айланишини ўткир бузилиши келиб чиқиш хавфида узлуксиз логарифмик боғлиқликни аниқлаган, яъни бош миё қон айланишини ўткир бузилишини келтириб

чиқарувчи хавф касалликнинг ҳамма диапазонида, ҳатто “нормал” ҳолатда ҳам қон босимнинг ошиши билан бир вақтда ортган. Бунда диастолик артериал босим даражасининг ҳар қандай эркин фарқи ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши касаллигини келиб чиқишининг нисбий хавфи ва келиб чиқиши кузатилмаган даврдаги доимий фарқ билан мос бўлади. Диастолик артериал қон босими меёридан паст бўлганида, ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши каби асоратларнинг юзага чиқиш хавфининг паст бўлмаслиги билан мос келмайди. Диастолик артериал босимнинг 5 мм симоб устинига тенг фарқи ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши пайдо бўлишида $\frac{1}{3}$ бўлса, 10 мм симоб устинига тенг бўлганда эса $\frac{1}{2}$ бўлади. Шунга ўхшаш, аммо камроқ ифодаланган ўзаро систолик артериал босимлар ҳажми ва ўткир коронар касалликлар келиб чиқиш хавфини бирига боғлайди. Диастолик артериал босимнинг 5 мм симоб устинига тенг фарқи ўткир коронар етишмовчилиги пайдо бўлишида тахминан $\frac{1}{5}$ бўлса, 10 мм симоб устинига тенг бўлганда эса $\frac{1}{3}$ бўлади [32, с. 5-8; 41, с. 9-15].

Мазкур фремингем тадқиқотлари маълум қилишича, систолик артериал босим ва диастолик артериал босим ўртасида узвий параллеллик бор. Систолик артериал босим ва диастолик артериал босим ўртасидаги корреляция бир хил ўлчашда 0,70,8 га етади. Диастолик артериал босимнинг 1 мм симоб устунига кўпайиши систолик артериал босим нинг 1,87 мм симоб устунида ўсишига тахминан мос келади. Шунинг учун 5 мм симоб устинига тенг диастолик артериал босим фарқи билан боғлиқ кардиваскуляр ҳасталиклар келиб чиқиш хавфи 5 мм симоб устинига тенг систолик артериал босим фарқи билан бир хил даражада боғланган [53, с. 87-95; 62, с. 89-98].

Юрак ишемик ҳасталиклари (ЮИХ) ва ўткир бош мия қон айланишининг бузилишининг ағ билан узвий боғлиқлиги ҳақидаги далиллар syst-eur (the systolic hypertension in europe) тадқиқоти натижалари бўлиб, унда гипертония ҳасталигибеморларида фаол гипотензив даволаниш оқибатида артериал босимнинг пасайишида кардиоцереброваскуляр патология тезлигининг сезиларли камайиши аниқланди: систолик ва диастолик

артериал босимнинг ўртача 10,7/4,7 мм симоб устунига пасайиши 4 йил давомида ўткир бош мия қон айланишининг бузилишининг 42%, миокард инфарктнинг 30%, ҳамма кардиоваскуляр ҳодисаларни эса (мия ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши, миокард инфаркт, юрак етишмовчилиги) 31% га камайганини кўрсатди [87, с. 493-506; 102, с. 465-472].

Шимолий Америка ва Европанинг моддий ривожланган давлатларида ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши билан артериал гипертониянинг тарқалиши 0,78 ($p=0,028$) корреляция коэффициентига етади, бу ушбу ҳасталиклар ўртасидаги узвий боғлиқлик борлигини кўрсатади [83, с. 30-33].

Ғарбий европа давлатларида ўткир бош мия қон айланишининг бузилишидан ўртача ўлим 100 минг аҳолига 41,2 ҳолатни, канада ва америкада 27,6 ҳолатни ташкил қилади [90, с. 1684-1689]. Дунёнинг турли ҳудудларидаги эркакларда ЮИХ дан ўлим ва артериал босим катталиги ўртасидаги боғлиқлик таҳлили P. Vanden Poogen ва унинг ҳаммуаллифлари томонидан ўтказилди [66, с. 54; 72]. Муаллифлар таъкидлашича, юрак ишемик касаллигидан ўлимнинг нисбий хавфи артериал босим катталиги билан бир вақтда ортиб боради ва бу боғлиқлик логарифмик характерга эга. Систолик артериал босимнинг 10 мм симоб устинига ёки диастолик артериал босимнинг 5 мм симоб устинига ошиши юрак ишемик касаллигидан ўлимнинг нисбий хавфини ўртача 28% га оширишини кўрсатади. 140/90 мм симоб устунига тенг артериал босимга эга бўлган беморларда ЮИХ дан ўлимнинг нисбий хавфи ўртача 1,5 ни ташкил қилади [66, с. 54]. Қатор тадқиқотлар кўрсатишича, қон босим даражаси ва ўткир бош мия қон айланишининг бузилишини келтириб чиқарувчи хавфнинг ўзаро боғлиқлиги ифодаланган ёшга боғлиқлик билан белгиланади. Артериал босим даражасининг ўзгаришида ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши хавфининг мутаносиб ўзгариши ўрта ёшдаги инсонларга нисбатан ёши улуг ёшдагиларда камроқ ифодаланади. 60 ёшдан юқори инсонларда систолик артериал босимни 10 мм симоб устинига пасайиши ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши хавфини 40 ва 50% га , 60-69 ёшда кейин 30 ва 40%

га, 70 ёшдан ошганларда эса 20 ва 30% камайиши билан ифодаланади [9, с. 728-730; 58, с. 4-6].

П. Рашид ва ҳаммуаллифларининг тизимли шарҳи ўткир бош мия қон айланишининг бузилишининг иккиламчи профилактикаси учун артериал қон босим кўрсаткичининг пасайишини аниқлашга бағишланган бўлиб, кузатувнинг 5 йил муддат давомида (11,5% ва 4% мос ҳолда) миокард инфаркт ҳасталигининг тез –тез такрорланишидан ўткир бош мия қон айланишининг бузилишининг 3 маротаба тез-тез қайталаниши деярли устунлиги аниқланди [85, с. 3-7, 117, с. 2741-2748].

2005 йили Россияда кузатилган ҳамма летал ҳолатлар кўрсаткичининг ярмидан кўпига қон айланиш тизими ҳасталиклари систолик артериал босим бўлган (56,4%). 2004 йилга қараганда 2005 йилда юрак қон айланиши тизими ҳасталикларидан ўлим кўрсаткичи 0,9% га ошган, юз минг аҳолига 2004 йили 895,4 та ҳолат аниқланган бўлса, 2005 йилда 908 ҳолатни ташкил этган. Ўлимнинг сабаби асосан систолик артериал босими, юрак ишемик ҳасталиклари (48,1%) ва цереброваскуляр ҳасталиклар (35,8%) ҳисобланган [16, с. 12-16; 24, с. 124].

Шундай қилиб, мазкур адабиётлар таҳлили хабар беришича, моддий ривожланган мамлакатлардагидек гипертония ҳасталиги, ривожланаётган давлатлар соғлиқни сақлаш тизимида ҳам етакчи ўринда турувчи муаммолардан ҳисобланиб келмоқда. Дунёда артериал гипертония ҳасталигининг тарқалганлик кўрсаткичи ўртача 20% ни ташкил қилади. Кўплаб мамлакатларда тўртдан бир ва учдан биргача аҳоли, эркаклар сингари аёлларда ҳам юқори даражадаги қон босимга эга. Охирги 10 йилликда жаҳонда артериал гипертония ҳасталигининг тарқалганлиги ривожланган давлатларда камайиб, ривожланаётган мамлакатларда ортиб бориб, бутунлай турғун даражада сақланиб келмоқда [29, с. 24-28; 107, с. 217-223]. Гипертония ҳасталиги тарқалганлигининг ортиши ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши, миокард инфарктдан ўлим кўрсаткичи ортиши кузатилди, бу бугунги кунда гипертония ҳасталиги билан бириккан ҳолат

сингари кўриб чиқилди. Артериал босим даражаси ва юрак қон томир касалликларидан ўлим ўртасидаги аниқ боғлиқлик артериал босим нафақат юқори бўлган кишиларда, балки қон босими нормада бўлган кишиларда ҳам артериал босимнинг пасайиши юрак қон томир касалликларидан ўлим ва ногиронликни олдини олишда самарали усул эканлигини англатади. Артериал гипертония касаллигининг популяцияда эпидемиологик тақсимланишига бир қатор омиллар: беморнинг ёши, жинси, ирқий таркиби, аҳолининг саломатлигининг умумий ҳолати, атроф муҳит ўзгариши, маданият ва таълим даражаси таъсир қилади. [46, с. 12-15; 99, с. 1412-1425].

Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тахминига мувофиқ, вақт ўтиши билан артериал гипертониянинг аҳоли саломатлигига таъсири фақат ортиб боради. Бутун дунё демографик тенденцияга мосликда 2030 йили ер юзида аҳоли катта ёшдаги кишилар гуруҳи улушининг пропорционал ошиши билан 1,734 миллиард (26,8%) га кўпайиши тахмин қилинмоқда. Мазкур омиллар билан боғлиқликда гипертония ҳасталиги билан касалланган кишилар сони 64% даражада ошиши кутилмоқда, бу артериал гипертония касаллигини аҳолининг касалланиш ва леталлик кўрсаткичининг муҳим сабаблари сифатида етакчи ўринга олиб чиқади. [35, с. 12-13; 73, с. 179]. Хабардорлик даражаси, даволаш ва артериал гипертонияни аниқ даражадаги назоратини турли давлат ҳамда ҳудудларда маълум даражада ўзгартиради. Моддий ривожланган давлатларда даволанишга мойиллик гипертония ҳасталиги назоратининг унча катта бўлмаган нисбий даражаси билан бирикувчи гипертония ҳасталигини даволаш ҳамда хабардорликнинг турғун ўсиши ҳисобланади. Кўплаб ривожланиб бораётган давлатларда гипертония ҳасталигидан хабардорлик даражаси, касалликни даволаш ва уни назорат қилиш ҳозирги вақтгача жуда қуйи кўрсаткичлигича қолмоқда[36, с. 16-22; 45, с. 160].

§ 1.4. Артериал гипертонияни даволашга замонавий қарашлар

Гипертония ҳасталигини даволашни бошлашнинг асосий тактикаси этиб узоқ муддатли кадамма кадам даволаш тавсия қилинган: бир неча гуруҳ гипотензив дори воситасининг кичкина дозасини қабул қилиш ва кейинчалик дори дозасини миқдорини секин аста ошириш билан бир қаторда, навбатма навбат бошқа гуруҳ дориларни бериш орқали исталган самарага етишиш. Бироқ қон босимнинг даражаси жуда баланд бўлган ҳолатларда (диастолик босим ад >130 мм симоб устуни) бирданига бир неча гипотензив дори воситалар қўлланилган. Гипертония ҳасталигига қарши курашиш бўйича 2004 йилда америка қўшма штатлари бирлашган миллий қўмитасининг VII маърузасида ALLHAT тадқиқоти режаси асосида экспертлар хулосасига кўра гипотензив дори воситалари қаторидан α -адреноблокаторларни олиб ташлайдилар [15, с. 6-12; 16, с. 12-16]. Асосий қон босимини пасайтирувчи дори воситаларининг синфига: Сийдик хайдовчи дори воситалари, β -адреноблокаторлар, ангиотензинга айланувчи фермент ингибиторлари, секин кальций каналлари блокаторлари, ангиотензин рецептори блокаторлари яни сартанларни қамровига олади [93, с. 272-298; 95, с. 895-906]. Кўп ҳолларда асоратли бўлмаган гипертония ҳасталигини медикаментоз даволашни тиазид гуруҳидаги сийдик хайдовчи дори воситалардан бошлаш тавсия қилинади. Баъзан медикаментоз терапия бошқа гуруҳдаги дори воситалардан бошланса, кейинги гипотензив дори восита сифатида тиазид гуруҳидаги сийдик хайдовчи дори воситалар танланади [74, с. 135]. Шу билан бир қаторда, артериал қон босим даражаси II- даража 160/100 мм симоб устунидан баланд бўлса, қон босимини туширувчи дорилар билан даволашнинг биринчи босқичининг ўзидаёқ иккита комбинациялашган дори воситасидан фойдаланиш мумкин. Зарурият бўлса касалликнинг мақсадли даражага эришиш учун комбинацияланган гипотензив даволашга α_1 -адреноблокаторлари ва I1-имидазолин рецепторлари агонистларини қўшиб қўллаш тавсия этилиши мумкин [15, с. 6-12; 51, с. 40].

2013 йилги европа тавсияномаларида гипотензив дори воситаларининг у ёки бу синфи фойдасига асосланган танлов: ҳар қандай гипотензив дори воситасини тавсия қилишдаги вазият сингари ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши анамнези; Ангиотензин II рецепторлари антогонистларини танлаш фойдасидаги ҳолат сингари миокард инфаркт анамнези (МИ); ангиотензин I рецепторлари антагонистлари ва β -адреноблокаторларни саралашдаги ҳолат сингари қандли диабет; доимий тарзда кальцийнинг дигидропиридин гуруҳига кирмайдиган антагонистлари ёки ангиотензин айланттирувчи ферментнинг ингибиторлари ҳамда пароксизмал шаклда ангиотензин айланттирувчи фермент ингибиторлари ёки ангиотензин II рецепторлар антагонистларини тавсия қилиш учун ҳолат сингари юрак фибрилляцияси; ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибитори, ангиотензин рецептори блокатори ва кальций каналлари блокаторлари танлашдаги ҳолат каби метаболик синдром сингари янги ҳолат аниқланди [18, с. 62-63; 71, с. 75-79].

Сийдик хайдовчи дори воситалари босини туширувчи дори воситалари хисобланиб, шу нуқтаи назардан нефронга таъсири, қон босимини пасайтирувчи ва сийдик хайдовчи таъсири самарадорлиги, таъсир қилиш давомийлиги ва метаболик самараси билан тафовутланади. Гипертония хасталигини даволашда кўп ҳолларда қўлланувчи асосий гуруҳга тиазидсимон /тиазид, ҳалқали ва калий сақловчи сийдик хайдовчи дори воситалари киради. Буйрак фаолияти сақланганда гипертония хасталигини даволаш учун тиазид/тиазидсимон сийдик хайдовчи дори воситалардан кичик дозада фойдаланилади. Сурункали буйрак ва/ёки юрак етишмовчилиги хасталиги бор беморларда ҳалқали сийдик хайдовчи дори воситалари қўлланилади, улар орасида торасемид каби сийдик хайдовчи дори воситаси хавфсиз ва ишончли дори воситаси сифатида ажратилади [25, с. 116-120; 48, с. 193].

Калий сақловчи сийдик хайдовчи дори воситалар паст гипотензив самарадор бўлиб, гипертония хасталигида монотерапия сифатида улар

даволашда қўлланилмайди[82, с. 587-590]. Ушбу гуруҳга кирувчи дори воситаларини буйрак касалликларида β -адреноблокаторлар, Ангиотензин айлантирувчи фермент ингибиторлари, ностероид яллиғланишга қарши воситалар ва калий сақловчи дориларни беморларда қўллаш гиперкалиемия ривожланиш хавфини оширади. Гипертония хасталигини даволашда ҳалқали диуретикларни қўллаш уларнинг гипотензив самарадорлигининг пастлигидан, тиазид/тиазидсимон диуретиклар билан таққослаш бўйича исталмаган ҳолатнинг катта тезлигидан чегараланади [31, с. 6-7].

Тиазид гуруҳидаги сийдик хайдовчи дори воситалари (асосан гидрохлоротиазид), шу билан бир қаторда биринчи қатор танлов препаратларига қарши асосий далиллардан бири бу салбий метаболик таъсирнинг борлиги (сийдик кислотаси, липид ва углевод метаболизмига таъсири). Кенг кўламли ўтказилган изланишлар натижалари якуний хулосаларига кўра, тиазидли сийдик хайдовчи дори воситалар билан даволаш қандли диабет хасталигининг авж олиш хавфини ортиши билан боғлиқ, аммо бир нечта чекловлар сабабли бу маълумотни оммага талқин қилиш мумкин эмас [22, с. 45-46].

INSIGHT ва ALLHAT каби илмий текширувларда юрак-қон томир тизими касалликлари бўйича турли гуруҳларда олиб борилган таҳлилларда асосий якунлар ўртасида сезиларли тафовутлар аниқланмади. Ушбу текширувларда ўткир бош мия қон айланиши бузилиши, сурункали юрак етишмовчилиги, юрак ишемик касаллиги ва миокард инфаркти каби ҳолатлар таҳлил қилинди ва натижалар ўхшашликни намоён этди. [16, с. 12-16; 34, с. 864].

Даволашнинг дастлабки йилларида тиазид гуруҳидаги сийдик хайдовчи дориларни биров юқори миқдорда беморларга тавсия қилиш умумий холестерин ва паст зичликдаги липопротеин даражасининг ошишига сабаб бўлиши мумкин. [25, с. 116-120]. Бундай ҳолларда, сийдик хайдовчи дориларнинг паст кўрсаткичларни ривожланиш хавфини пасайтиришдаги самарадорлиги холестериннинг дастлабки миқдорига боғлиқ бўлмайди.

Қовузлоқли диуретикларнинг электролитлар балансига кўп ҳоллардаги салбий таъсири натижасида гипокалемия ривожланади [21, с. 761-763]. Бу ҳолат тиазид гуруҳидаги диуретик дори воситаларнинг юрак қон томирлари ҳолатига салбий таъсирини ошириши эҳтимоли бор. Шундай қилиб, ШЕП изланиши бўйича плацебо билан таққослаганда калий миқдори 3,5 ммол/л дан қуйи кўрсаткичда бўлганида фаол терапия қилиш имкониятини исботламади, бунга сабаб калий сақловчи препаратларни қўлланилиши билан боғлаш мумкин. [34, с. 864].

Гидрохлоротиазид гуруҳидаги дори воситалари, масалан, индапамид ва хлорталидон каби препаратларни юқори миқдорда беморларда қўллаш қон зардоби таркибида сийдик кислотаси миқдорининг ошишига ва гиперурикемия ҳолатининг ривожланишига олиб келиши мумкин. Бу буйракнинг нефрон проксимал каналларида унинг қайта сўрилишининг кучайиши билан характерланади. Гиперурикемия подаграни ривожлантириши мумкин, шунинг сабабли подагранинг оғир даражаси тиазид сийдик хайдовчи дори воситалари тавсия этилиши учун мутлоқ қарши кўрсатма бўлади [48, с. 193].

В-адреноблокаторлар ўртасидаги аниқланувчи индивидуал тафовут параметрларига лопифиллик, кардиоселективлик ва ички симпатик фаолликлар киради [10, с.34-35]. Гипотензив самарага ҳамма синф дори воситалари эга. Гипотензив таъсир механизми ренинни отилиб чиққан блокадаси ва симпатик тонуснинг марказий жабрланиши билан боғлиқ. В1-рецепторлар блокадаси натижасида миокард қисқариши, юрак уриши сони ва юрак қисқариши тезлиги пастлайди. В-адреноблокаторларнинг селектив бўлмаган тури қоннинг липид спектрига ифодаланган нотўғри таъсир кўрсатади, β-адреноблокаторларнинг кардиоселектив турида бу самара паст даражада кузатилади. В-адреноблокаторлар ички симпатомиметик фаоллик билан метаболик нейтралдир. В-адреноблокаторларнинг қўшимча кардиопротектив самарасиуларни антиаритмик, антиишемик, антитромбоцитар ва цитопротектив таъсир билан боғлайди. Исталмаган

ҳолат характери таъсир қилувчи модда хусусиятига боғлиқ [5, с. 21-22; 78, с. 16].

Шу билан бирга, β -адреноблокаторлар гуруҳига кирувчи дори воситалар умумий периферик қон-томирлар қаршилигини камайтирмаган тарзда артериал қон босимни туширади, баъзан рейно синдроми ёки оқсоқликнинг белгиларини келтириб чиқариши мумкин. Ушбу гуруҳидаги дори воситаларни қабул қилишни тўхтатиш, бекор қилиш синдромини чақириши, уларни секин асталик билан дорининг дозасини пасайтириш орқали бекор қилиши мумкинлигидан дарак беради. β -адреноблокаторлар гуруҳидаги дорилар юрак қон томир тизимида манфий инотроп функциясини пайдо қилиш орқали брадикардия, атриовентрикуляр қамал (AV блокада) ва нафас олиш тизимида бронхларнинг обструкциясининг кучайишига (β_2 -адренорецепторлар қамали натижалари) олиб келиши мумкин. Бу ҳолатлар, айниқса, астма ёки бошқа бронхиал хасталиклари бор беморларда жадал кузатилиши мумкин. Шунинг учун, ушбу дориларни қўллашда беморнинг ҳолати ва ташқи омилларини инобатга олиш муҳим аҳамиятга эга. β -адреноблокаторлар гуруҳидаги дори воситаларини қабул қилиш орқали қондаги глюкоза метаболизми ва бошқа моддалар алмашинувларининг бузилишига, шу билан бир қаторда эркакларда гормонал бузилишлар импотенцияга олиб келиши эҳтимоли мавжуд [45, с. 160; 52, с. 6].

β -адреноблокаторлар учун гипертония касаллиги бўйича кўп сонли рандомирланган клиник тадқиқотларда юрак ишемик касаллигини ва ўлим сонини пасайтириш, шунингдек, миокард инфарктидан сўнг беморлар ҳаёт тарзини яхшилаш имконияти яратилган. Бу жараёнда қандли диабет ва бронх обструктив касалликлари бўлган беморларда ҳам β -адреноблокатор дориларининг ижобий таъсири аниқланган. Артериал гипертонияда, асосан ASCOT-BPLA тадқиқотида, бир нечта β -адреноблокаторларга бағишланган метатаҳлиллар ўтказилганидан сўнг, артериал гипертонияни даволашда ва асоратларнинг олдини олишда ушбу дориларнинг аҳамияти муҳокама қилинган. [53, с. 87-95].

В. Carlsbergetal 2004 йили рандомирланган назорат қилинган тадқиқотларда гипертония ҳасталиги бор беморларида ЮИХ ва улар ўлимига В-блокаторлардан атенолол таъсирини таҳлил қилган [90, с. 1684-1689]. Метатаҳлил тадқиқотига тўртта тадқиқот киритилган (бунда 4.5 йил давомида 6821 беморлар кузатувга олинган), унда атенолол плацебо ёки кузатилмаган ҳолатни даволашнинг баъзи бир шакллари билан таққосланган ва бешта тадқиқотда ушбу дори воситаси бошқа қон босимини пасайтирувчи медикаментлар билан таққослаб ўрганилган (4.7 йил давомида 17670 бемор кузатувга олинган). Метатаҳлил натижалари артериал қон босими даражасидаги катта фарқга қарамай, умумий леталлик кўрсаткичлари, юрак-қон томир ҳасталикларидан ўлим кўрсаткичи ёки миокард инфаркти хавфида атенолол ва плацебодан фойдаланишда ҳеч қандай катта фарқ аниқланмади [110, с. 1513-1518].

Атенолол дори воситасини бошқа гипотензив дори воситалари билан қиёслашда гуруҳлар ўртасида артериал босимнинг пастлаши фарқланмади, бунда атенолол орқали даволаш ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши, ЮИХ, умумий ўлимнинг ишончли юқори кўрсаткичларига олиб келди [42, с. 25-28]. Бундай натижа систолик артериал босимлари гематоэнцефалитик тўсиқ орқали ўтиш қобилиятига эга бўлмаган бошқа β -адреноблокаторлар билан солиштирилганда атенолол липофиллигининг жуда паст профили бўлиши мумкин. Атенолол учун яна гипертония ҳасталигида кичик калибрдаги артерияларнинг эндотелиал фаолиятини тиклашга таъсир қилиш қобилияти кўрсатиб берилмаган.

2006 йилда кўрсатилган метатаҳлилларни танқид қилган канадалик олимлар Ф.А.Макаллистер ва Н.Хан бўлиб, улар бета-адреноблокаторларнинг даволашдаги самарасини беморнинг ёшига (60 ёш ва ёши улуғ ва 60 ёшгача) боғлиқлиги ҳақидаги метатаҳлилларининг натижаларини еълон қилишди [115, с. 821-848].

Муаллифлар ўз фикрларини катта ёшдаги беморлар ва ёшларда гипертония ҳасталигикасаллигининг патогенезидаги фарқлари ҳолати билан

асослаганлар [104, с. 199-206]. Метатаҳлилга гипертония ҳасталиги билан касалланган 145811 нафар беморни ўрганган 32 та рандомирланган назорат қилинган клиник тадқиқот (1984–2004 йй.), натижалари киритилган. Ушбу олиб борилган тадқиқот натижалари хулосасига кўра, β -адреноблокаторлар Миокард инфаркти, бош мия ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши, юрак қон томир касалликларидан ўлим кўрсаткичининг пастлашига таъсир қилувчи бошқа гипотензив дори воситалари гуруҳига ўрин бермайди [56]. Олдинги метатаҳлил бўйича β -адреноблокаторлардан фойдаланишда ўткир бош мия қон айланишининг бузилишининг ортиқча хавфи тадқиқотга киритилган ёши улуғ ёшдаги беморлар билан боғлиқлиги бу маълумотларда тахмин қилиш имқонини беради. Бугунги кунда гипертония ҳасталигини диагностикаси ва даволаш бўйича тавсияномага (РМОАГ) 2010й мувофиқ, β -адреноблокаторлар гипертония ҳасталиги билан касалланган беморларни даволашда ва асоратларини профилактикасида биринчи қатор гипотензив дори воситаларига киради, гипертония ҳасталиги билан оғриган беморларда β -адреноблокаторларни бекор қилиш эса вақтинча бўлади [57, с. 777-781].

Замонавий классификация бўйича, кальций каналларини секин блокаторлари учтата асосий гуруҳга ажратилади, улар ўзларининг кимёвий таркиби бўйича артерия ва юракка таъсир қилиш механизми билан фарқ қилади: дигидропиридин гуруҳига амлодипин; фенилалкиламин ёки верапамил гуруҳи; дилтиазем ёки бензодиазепин гуруҳлари фарқланади.

Кальций каналлари блокаторлари артериал қон томирларини бўшаштириш орқали умумий периферик қон-томирлар қаршилигини камайтиради. Бу дорилар томир деворларининг потенциалга боғлиқ ион каналлари орқали Ca^{2+} токини инактивацияси ҳисобига ишлайди. Натижада, томирларнинг мувозанатда бўлиши таъминланади, бу эса артериал босимни пасайтириш ва юрак юриш тезлигини барқарорлаштиришга ёрдам беради [31, с. 6-7]. Дилтиазем ва верапамил манфий инотроп ҳамда хронотроп самара ҳисобига юрак уришини камайтиради. Бундан ташқари, секин кальций каналлари блокаторлари натрийуретик хусусиятга эга бўлиб, улар учун

селективлик ва тўқималилик хосдир. Дигидропиридин гуруҳига кирувчи дорилар самарали гипотензив хусусиятга эга ҳисобланади, лекин рефлектор тарзда симпатик нерв тизимининг фаоллигини ошириши мумкин. Дигидропиридин гуруҳига мансуб бўлмаган кальций каналлари блокаторлари (верапамил ва дилтиазем) симпатик нерв тизимини активлаштрмайди, атриовентрикуляр ўтказувчанликни камал қилиш орқали юрак уриш сонини камайтиради, шунинг учун манфий инотроп таъсирга эга. Дозага боғлиқ исталмаган самара артериолалар дилатациясига сабаб бўлади, бунинг оқибатида бошда оғриқ, тўпиқлар шишиши, юзнинг қизариши кузатилади. Шишлар сийдик хайдовчи дорилар қабул қилганда камаймайди, лекин венодилатирловчи таъсирга эга воситалардан (нитратлар, ААФИ, АРБ) фойдаланилганда камроқ пайдо бўлади [39, с. 48-49].

Охирги йиллардаги изланишларнинг кўрсатишича, амлодипин ва бошқа узок вақт таъсир хусусиятига эга дигидропиридин гуруҳидаги дори воситалар (лерканидипин ва фелодипин) ёши улуг беморларда, асосан изолизицияланган систолик артериал гипертониядаги қон босими касаллигини даволашда танлов дори воситаси ҳисобланади. Гипертония ва стенокардия ҳасталиги бирга келган ҳолда танлов дори воситаси сифатида секин кальций каналлари блокаторлари танлов дори воситаси ҳисобланади. Ушбу дорилар бир нечта хусусиятларга эга бўлиб, метаболик синдром: инсулин резистенлигининг камайиши, инсулиннинг турғунлашган ва базал глюкоза даражасининг пастлаши; пурин, углевод, липид алмашинувига ножўя таъсирнинг бўлмаслиги; вазопротектив таъсир; томирли ремобилланиш регресси, қон томирлар атеросклерозига қарши таъсир (INSIGHT); нейропротектив таъсир (дигидропиридинлар сингари дигидропиридин бўлмаган дорилар учун: (NEPHROS,BENEDICT); қон томирлар эндотелиал дисфункция коррекцияси; антиоксидант механизмлар таъсирида азот II оксиди миқдорининг ортиши, гемостазнинг тромбоцитар-томирли ва фибринолитик бўлим кўрсаткичларининг ижобийлашиши кузатилади. Секин кальций каналлари блокаторлари гуруҳидаги дори

воситалари юрак ишемик касаллиги ва ўлим сонининг камайишига қодирлиги кўрсатилди. Дори воситалари атеросклеротик ва антиишемик (антиангинал) самарага эга [63]. Дигидропиридин гуруҳидаги секин кальций каналлари блокаторлари – аниқланган қарши кўрсатмага эга бўлмаган дори воситаларининг ягона синфидир [32, с. 26-32].

Ушбу гуруҳга мансуб дорилар ангиотензин айланттирувчи ферментни фаолиятини ингибиция қилади, ангиотензин I рецепторини ангиотензин II рецепторига айланишини ингибициялайди. Ангиотензин айланттирувчи ферментни ингибиторининг нейрогуморал самараси ангиотензин II рецепторини ҳосил бўлишининг камайиши, альдостерон синтези ва ишлаб чиқарилиши, симпатoadренал тизим активлигини камайиши ва адашган нерв тонусининг ортиши билан боғлиқ. Ангиотензин айланттирувчи ферментни ингибицияланиши оқибатида калликреин-кинин тизими фаоллиги, томирлар девори, бош мия, буйракда простагландин E2 ва простациклин, азот II оксиди ишлаб чиқарилишининг ортиши ҳисобланади. Қон ва миокардда ангиотензин айланттирувчи ферментни ингибиторининг қўлланиши юрак бўлмасидаги натрийуретик омил қонцентрациясининг ортиши ва эндотелин - 1 секрециясининг камайиши кузатилади[113, с. 419-425].

Ангиотензин айланттирувчи фермент ингибиторларининг юрак қон-томир системасидаги самараси тизимли артериал томирлар кенгайиши (умумий периферик томирлар қаршилигини камайиши, қон босимнинг пасайиши), чап қоринча гипертрофиясининг ривожланишини профилактика қилиш ва миокардиофиброз, чап қоринча миокард дилатациясининг профилактикаси ҳисобига юракдан олдинги юклама ва юракдан кейинги юкламанинг пасайтиради. Артерия томир деворида ангиотензин айланттирувчи фермент ингибиторлари юмшоқ мускул хужайра пролиферациясини эзади ва эндотелийга боғлиқ вазодилатацияни оширади. АПФ ингибиторларининг буйракка таъсирига натрийурез ва сийдик ҳосил бўлишини ортиши, калий сақловчи самара киради. Ангиотензин айланттирувчи фермент ингибиторлари коптокча ичи босимини камайтиради,

фибробластлар ва буйрак каналларининг мезангиал, эпителиал хужайра пролиферациясини тормозлайди. Ангиотензин айлантирувчи фермент ингибиторларидан фойдаланиш буйрак мағиз қаватида қон айланишининг ортиши, макрофаглар миграциясининг тормозланиши ва мезангиал хужайралар камайиши ҳисобига нефрон коптокча фильтри ўтказувчанлигининг камайишига олиб келади. Ангиотензин айлантирувчи фермент ингибиторлари нейтрал метаболик хусусиятга эга бўлиб, инсулинга тўқималар сезувчанлигини ошириб глюкоза метаболизмини кучайтиради. Қуруқ йўтал ангиотензин айлантирувчи ферментни ингибиторининг энг кўп пайдо бўлувчи ножўя таъсири (48% гача) ҳисобланиб, дорини шифокор бекор қилишга сабабчи бўлади [25, с. 116-120]. Ангиотензин айлантирувчи ферментни ингибиторини қабул қилганда буйрак фаолиятининг транзитор пасайиши икки томонлама буйрак артерия стенози ҳолатидан истисно ҳолда кейинги даволанишдан мажбуран бош тортиш дегани эмас. Ангиотензин айлантирувчи ферментни ингибитори нефротоксик таъсирга эга бўлмаганлиги учун уларни буйракнинг ҳар қандай функционал ҳолатида қўллаш мумкин. Қонда гиперкалиемия ривожланган ҳолатда даволашни тўхтатиш ва бундай исталмаган самарага олиб келиши мумкин бўлган систолик артериал босимабларини таҳлил қилиш мақсадга мувофиқдир. Ангиотензин айлантирувчи фермент ингибиторлари миокард инфарктидан кейин сурункали юрак етишмовчилиги кузатилган беморларда гипотензив терапия воситалари қаторига киритилади. Бу дорилар артериал босимни пасайтириш, юракнинг ишини яхшилаш ва миокарднинг юкланишини камайитишга ёрдам беради. Мазкур дори воситаларига ҳомиладорлик ва буйрак артериясининг икки томонлама стенозида қарши кўрсатма берилади [40, с. 3-4].

Гипертония билан касалланган беморлар иштирокидаги бир қатор йирик клиник тадқиқотларнинг яқунланиши қандли диабет, юрак етишмовчилиги билан бош мия ўткир қон айланишининг бузилишидан кейин, миокард инфарктидан кейин клиник амалиётда сартанларни

қўлланишига кўрсатманинг сезиларли даражада камайишига олиб келади. Фаол метаболитнинг мавжудлигига боғлиқ ҳолда (лозартан, олмесартан, кандесартан,); фаол дори воситаларининг шакллари (телмисартан, ирбесартан, эпросартан, валсартан) га ажратилади.

Ангиотензин II рецептори блокаторлари билан рақобат қилувчи (лозартан, эпросартан) ва рақобатбардош бўлмаган (ирбесартан, валсартан, кандесартан, телмисартан) гуруҳларга бўлинади [6, с. 7-14]. Бу гуруҳ дори воситаларининг қон босимини пасайтириш таъсир механизмлари АТ1-рецепторлари воситасида АТII самарасини селектив йўқ қилиш билан боғлиқ. Қўшимча таъсир механизм – ангиотензин II -рецепторлар активациясига систолик артериал босим бўлган самарани ошириш ҳисобланади [54, с. 32-33].

Бу гуруҳ дорилар яхши ўтказувчанликка эга бўлиб, плацебо қўлланишида ножўя таъсир тезлиги улар билан солиштирилган. Ангиотензин айлантйрувчи фермент ингибиторлари гуруҳидаги дори воситалар ангиотензин рецептори блокаторларидан фарқли ўлароқ беморларда йўтал чақирмайдилар. Ангиотензин айлантйрувчи фермент ингибиторлари қўлланишида терапия бошида буйрак фаолиятининг транзитор қайталанувчи пасайиши кузатилиши мумкин. Бу яна кейинчалик дори воситасини қўллашга қарши кўрсатма (буйрак артериясининг икки томонлама стенози бундан истисно) бўлади. [63].

1997–1999 йиллардаги тавсияномаларда ангиотензин рецептори блокаторлари куруқ йўтал ривожланишида фақат ангиотензин айлантйрувчи фермент ингибиторлари ўрнига қўлланиши мумкин деб қаралган. Кейинроқ бу ҳолат такроран жиддий кўриб чиқилган. Тугалланган клиник изланишлар ангиотензин рецептори блокаторларининг нефро ва церебропротектив потенциали, қандли диабет ҳамда юрак етишмовчилигидан огоҳлантириш имқони ҳақида тўхталади. Монотерапияни чегаралаш гипертония патогенезининг оғир характериға систолик артериал босим бўлади: гипертония ҳасталиги ривожланишининг ягона патофизиологик

механизмини ажратиш мумкин эмас ва унга аниқ таъсир қилиши белгиланган. Ҳамма гипотензив дори воситалар артериал қон босимини пасайтириш самарасининг юқори ўзгарувчанлик ва монотерапия ютуқларини олдиндан аниқлаш имқониятининг йўқлиги билан таърифланади. Асосан касалларга артериал босимнинг меёрида бўлиши учун комбинацияланган гипотензив терапия муҳим. Гипертония ҳасталиги бўйича замонавий қўлланмада таъкидланишича, артериал босимнинг ишончли назоратини бошқариш учун рационал комбинацияланган тартибдан фойдаланиш зарурдир. Комбинацияланган терапиянинг базиги бир ҳолатларида АГ терапиясини дастлабки босқичлардан бошлаш мумкин [57, с. 777-781].

Комбинациялашган терапия асоратларни камайтириш ва қўшимча гипотензив самара олиш учун турли синф дори воситаларини қўллашни кўзда тутди. Комбинацияланган терапия қабул қилаётган беморлар ҳар қандай монотерапия қабулидаги беморларга қараганда кам ҳолатда даволанишдан бош тортадилар [4, с. 11; 18, с. 62-63].

Бунинг яна бир қулай тарафи шундаки, ҳар хил гуруҳдаги дори воситалари ўртасида физиологик ва фармакологик синергиянинг мавжудлиги нафақат қон босимининг сезиларли пасайишига, балки ножўя таъсирнинг камайишига ва бир дори воситасига кўра кўпроқ ижобий таъсирга сабаб бўлади [18, с. 62-63]. Бир хил таъсирга эга комбинацияли дори воситалари ва исталмаган ҳодисанинг дастлабки спектри нораціонал ҳисобланади, масалан, тиазидлар синфидаги сийдик хайдовчи дори воситалари ва β -адреноблокаторлар комбинацияси. Бу икки синф комбинацияси қонда гипергликемия ривожланиши хавфининг ортиши эҳтимоли юқори [105, с. 1-8]. Ижобий (маъқул, мақбул, яхши) комбинацияга ангиотензин айланттирувчи фермент ингибитори билан секин кальций каналлари блокаторлари бирикмаси мисол келтирса бўлади, дигидропиридинни қўллаш билан бирикканда периферик шишларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Ундан ташқари, ангиотензин айланттирувчи фермент ингибитори билан секин кальций каналлари блокаторлари комбинацияси томирларнинг эгилувчанлик

хусусиятига нисбатан сўнгги ижобий самарани кучайтириши мумкин. Ангиотензин айланттирувчи фермент ингибитори ва ангиотензин рецептори блокатори комбинацияси бирга қўллаш мумкин бўлмаган комбинация ҳисобланади [18, с. 62-63; 57, с. 777-781]. Беморларни даволанишга кизиқишини ошириш учун дори воситаларининг қайд қилинган комбинацияларини қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Талаблар кўрсатилган комбинацияга мос равишда келиши шарт бўлади: Бир дори билан даволаш тартибида компонентлар хавфсизлиги ва фойдалилиги;

Компонентлар таъсирларининг бир бири билан қўшимча механизми: биологик мавжудлик компонентлари мувозанатда бўлиши; биргаликда ишлатишда органопротектив хусусиятларни ошириш; кутилмаган ҳодисалар миқдорининг камайиши ва ўтказувчанликнинг ижобий бўлиши.

Шу билан бирга, бугунги кунда бир дори билан даволаш ва бирлашган гипотензив даволаш учун ҳам кўп имкониятлар яратилган. Медикаментоз даволашнинг замонавий мойиллиги паст дозадаги дорилар комбинациясининг тасдиқланган меърини ишлаб чиқиш, шу билан бирга янги гуруҳга кирувчи дори воситаларини (рениннинг тўғридан-тўғри ингибиторлари, эндотелин-1 рецепторлари қамаллари билан боғлиқ. Шунингдек, метаболик бузилишларни диагностикалаш ва даволашнинг янги усуллари ишлаб чиқилмоқда, бу эса гипертензия касаллигида дастлабки босқичларда аниқлаш ёки қон босимининг ошишини кузатиш имконини беради. Ҳозирги кунда, секин кальций каналлари блокаторлари, ангиотензин айланттирувчи фермент ингибиторлари, имидазолин рецепторларининг селектив агонистлари ва ангиотензин рецептори блокаторлари сингари дорилар юрак қон томир тизими касалликларининг асоратлари тарқалишининг олдини олиш ва даволовчи сифатида метаболик синдроми аниқланган беморларда имкониятга эга эканлиги исботланган. [81, с. 352].

§ 1.5. Гипертония хасталигининг олдини олиш йўллари

Ноинфекцион касалликларнинг профилактикасида аҳолининг соғлом турмуш тарзига бўлган талабини шакллантириш муҳим аҳамиятга эга. Бу, ўз навбатида, аҳолига соғлом ҳаёт тарзи ҳақида маълумот бериш ва тиббиёт ходимларининг касбий тайёргарлигини кучайтириш билан амалга оширилади. Мутахассисларнинг профилактика ва соғлиқни сақлаш соҳасидаги билим ва кўникмаларини чуқурлаштириш келгусида самарали профилактик хизмат кўрсатиш учун имконият яратади. [56; 57, с. 777-781].

Гипертонияни асоратларининг олдини олишда бирламчи профилактика алоҳида аҳамият касб этади. Бирламчи профилактика ўзгартирилиши мумкин бўлган хатар омилларини камайтиришга қаратилган бўлиб, бу жараёнда гипертонияга мойиллиги бор шахсларнинг соғлиқ ҳолатини назорат қилиш, зарарли одатларни тарк этиш ва камҳаракатликдан воз кечиш талаб этилади. Мутахассислар таъкидлаганидек, миокард инфаркти ва бош мия қон айланиши бузилишини олдини олиш, шунингдек, инсон умрини 10 йилгача узайтириш учун бирламчи профилактика самарали чора ҳисобланади. Юрак-қон томир касалликлари хавфини пасайтириш ва улар билан боғлиқ ўлим ҳолатларининг олдини олиш учун, юқори қон босимига эга беморларда артериал босимни пасайтириш, хатар омилларини назорат қилиш ва йўлдош касалликларни даволаш жуда муҳимдир. [30, с. 7-12].

Норвегияда 40-49 ёшли 1231 нафар эркаклар иштирокида ўтказилган илмий тадқиқотда чекишни ташлаш ва соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватловчи йўриқномалардан фойдаланишга эътибор қаратилди. Беш йилдан сўнг профилактика гуруҳидаги одамларда миокард инфарктининг янги ҳолатлари 47% га камайгани ва умумий ўлим даражасида 32% лик пасайиш кузатилган, аммо бу ҳали тўлиқ исботланмаган. [101, с. 73-78]. Карелия вилоятида олиб борилган тадқиқотда юрак қон томир хасталиклари сабабли ўлимнинг энг юқори кўрсаткичлари кузатилган. Бу ерда соғлиқни сақлаш тизимидаги барча билимлар аҳолини хатар даражасидан қатъий назар, шошилишч олдини олиш чора-тадбирларини амалга оширишга

йўналтирилган. Гипертония билан беморлар улуши 26% дан 19% га, аёлларда 30% дан 15% га, чекувчи беморларда эса 55% дан 44% га камайган. Бу вилоятдаги профилактик дастур натижасида 20 йил давомида 35-64 ёшли эркеклар орасида юрак қон томир хасталикларидан ўлим даражаси 45%, систолик артериал босим эса 36% га камайдигани кузатилган [104, с. 199-206].

Россияда популяцион даражадаги кенг профилактик изланишлар XX асрнинг 80-йилларида ўтказилган. Беш йил давом этган тадқиқот натижасида гипертония касаллиги назоратига бағишланган кооператив дастурда, одатий гипотензив даволаш амалга оширилган гуруҳга нисбатан, ўткир бош мия қон айланиши бузилишидан ўлим ҳолатларини олдини олиш 48,8% ни ташкил этган. Шу билан бирга, умумий систолик артериал босим 17,3% га паст бўлган. Мазкур дастур даволаш тактикасидаги ўзгаришларни ёритиб беради. [68, с. 90-96].

40-59 ёшли эркеклар орасида юрак қон томир касаликлари олдини олиш дастури асосий хавф омилларини камайтириш ва юрак қон томир касаликларидан азият чекаётган инсонлар ўртасида профилактика чораларини ўз ичига олади. Россияда олиб борилган профилактика гуруҳида 5 йил ўтгач, юрак қон томир касаликларидан ўлим кўрсаткичи 41,3% га, ҳамма қон босимини ортишидан эса 22,2% га камайтиришга эришилган [68, с. 90-96]. Гипертония касаллигининг олдини олиш ва даволашда ижобий ёндашувлардан бири — беморларнинг оила аъзоларини касаллик ҳақида хабардор қилиш тизимини шакллантиришдир. Беморларни ўқитиш соғлиқни сақлашнинг бирламчи тизимида гипертонияга чалинган беморларга профилактик тиббий хизмат кўрсатиш ва гуруҳий профилактик маслаҳат бериш шаклини ҳам ўз ичига олади. Гипертония ва сурункали касалликларнинг олдини олиш бўйича миллий дастурни шакллантириш учун 30 йилдан зиёд вақт аввал ишлаб чиқилган Америка ўқув дастури "National High Blood Pressure Education Program" асос бўлади. [85, с. 3-7].

Бир нечта изланувчилар фикрига кўра, ўқув дастурида гипертонияга чалинган беморларининг иштирок этиши касаллик, унинг келиб чиқиш хатар

омиллари ҳақида равон тасаввурни ва фикрни шакллантиради. Бу беморларнинг фаол ҳаёт ҳолатини билдиради ва узоқ вақт мобайнида тавсияномани аниқ ва тўлиқ бажаришга имкон беради [68, с. 90-96; 87, с. 493-506; 91, с. 1206-1252]. Ўқув дастурини қўллаш туфайли нафақат тиббий, балки ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга бўлиб, сурункали хасталанган беморларни ижобий ижтимоий мослашишига сабаб бўлади. Бу, ўз навбатида, тўғридан тўғри ва билвосита даволашга кетган харажатларни камайтиради. Бундан ташқари, ўқув мактаби инсоннинг саломатлигини англаб етиши учун сабаб бўлган янги руҳий кучланишларга қарши курашишга ёрдам беради. [48, с. 193]. Ушбу ҳолат беморларнинг ижтимоий фаоллигини ошириш, уларни ўз саломатликларига ва реабилитация жараёнларига иштиёқини ошириш учун муҳим аҳамиятга эга.

Гипертония билан хасталанган беморларни касаллик тўғрисида тушунчага эга қилиб ўқитиш босқичлари қуйидагилар ҳисобланади:

1. Артериал қон босимини ўлчашни беморларга ўргатиш: Беморларга ўз қон босимини мустақил равишда ўлчаш ва кузатиш учун зарур техникаларни ўргатиш.

2. Қон босимини туширувчи дори воситалари билан даволаш: беморларга дори воситалари таъсири ва белгиланган даволаш режимига риоя қилишнинг аҳамиятини тушунтириш зарур.

3. Касаллик туфайли бўлиши мумкин бўлган асоратларидан хабардор қилиш: Беморларга гипертониянинг асоратлари ва уларнинг олдини олиш усуллари ҳақида маълумот бериш.

4. Касалликка оид адабиётлар билан таъминлаш: Буклетлар, қўлланмалар ва бошқа таълимий материаллар билан беморларни таъминлаш.

5. Ўқув жараёнида ахборотни қабул қилиш ва идрок этишнинг ижобий сифатларидан фойдаланиш: видеолар ва аудиоматериаллар орқали беморлар таълим жараёнини ранг-баранг ва самарали қилиш.

Компьютер ва телекоммуникацион технологияларнинг ривожланиши телевизион дастурлар, интернет тармоғи, мультимедия ёрдамида беморларнинг актив таълим олишини таъминлайди. Беморларни ушбу касаллик тўғрисида ўқитиш учун бир қатор таълимий тиббий сайтлар ишлаб чиқилган. Гипертония хасталигига чалинган беморлар учун мактабларнинг

самарадорлиги бир нечта изланишларда кўрсатилган. Ғарбий Европа даволаш марказлари маълумотларига кўра, оммавий ахборот воситалари ва шифокорлардан тиббий маълумот олиш самарадорлиги бўйича махсус синфларда тиббий таълим бериш афзал ва фойдали ҳисобланади. [101, с. 73-78]. Ушбу ёндашувлар беморларнинг ўз касалликлари ҳақидаги тушунчаларини чуқурлаштиради ва уларнинг саломатликларини яхшилаш учун самарали чора-тадбирларни амалга ошириш имконини беради.

Гипертониядан азият чекаётган беморларни таълим дастурини клиник амалиётга жорий қилишнинг асосий мақсадлари қон босимини камайтириш, жисмоний юкламага бўлган толерантликни ошириш ва беморларнинг ҳаёт фаолиятининг сифатини яхшилашдан иборатдир. Беморларнинг таълим дастури амалга оширилгандан беш йил ўтгач, мўлжалланган натижалар:

1. Қон босимининг пастлаши: Беморлар орасида артериал қон босими меъёрлари яхшиланиши кузатилади, бу эса беморларнинг умумий соғлиғига ижобий таъсир кўрсатади.

2. Жисмоний юкламага толерантликнинг ортиши: Таълим дастурлари ва тиббий кўрсатмалар арқали беморларнинг жисмоний фаоллиги яхшиланади, бу эса уларнинг ҳаёт фаолиятини активлаштиради.

3. Қон босимини туширувчи дори воситаларининг камайиши: дастур натижасида даволанишга бўлган эҳтиёж камаяди, натижада беморлар учун дори воситаларининг миқдори сезиларли даражада камаяди, бу эса тиббий харажатларнинг камайишига олиб келади.

4. Даволаниш харажатларини меърилаштириш: беморлар учун даволаш жараёнида керак бўладиган харажатлар камайиб, бу тиббий хизматларнинг самарадорлигини оширишига олиб келади.

Гипертония билан ҳасталанган беморларга олиб борилган таълим дастурлари, шубҳасиз, уларнинг жисмоний фаоллигини, саломатлик даражасини ва умумий ҳаёт сифатини оширишда муҳим аҳамиятга эга [94, с. 1584-1590]. Ушбу натижалар, шунингдек, бошқа тиббий ёрдам воситаларини

камайтириш имконини беради ва беморларнинг ўз касалликлари ҳақидаги билимларини оширади.

Россия Федерациясининг турли шаҳарларида ёшга боғлиқ гипертония билан мубтало бўлган ёш беморлар учун ўқув дастури ишлаб чиқилди, бу дастур маҳаллий ва хорижий тажрибалардан келиб чиққан ҳолда тузилган. [94, с. 1584-1590]. Истиқболли изланишлар натижалари шуни кўрсатадики, гипертония билан яшовчи ёш беморларнинг профилактик консултациялари самарадорлиги юқори даражада. Бу, ўз навбатида, беморларнинг ҳаёт сифатига ижобий таъсир кўрсатиш учун зарур хабардорлик, кўникма ва малакаларни шакллантиришга олиб келади.

Ушбу ўқув дастурлари ёш беморларнинг:

1. Ҳаракат ҳажмининг ортиши: Беморлар орасида жисмоний фаолликни оширишга таъсир кўрсатиш, бу эса соғлом овқатланиш одатлари билан биргаликда қон босимини нормаллаштиришга олиб келади.

2. Соғлом овқатланиш одатларининг яхшиланиши: Овқатланиш тартибини тўғрилаш орқали тана вазни индексининг нормаллашиши кузатилади, бу гипертонияга қарши курашишда муҳим аҳамиятга эга.

3. Артериал қон босими ва тана вазни индексининг нормаллашиши: Охирги натижалар шунчаки гипертония ҳолатини самарали бошқаришга ёрдам беради, шунингдек, беморларнинг умумий саломатлиги ва ёғ алмашинуви кўрсаткичларининг яхшиланишига сабаб бўлади [98, с. 1281-1357]. Шундай қилиб, ёш беморлар учун таҳлил қилинган дастурлар на фақат тиббий, балки ижтимоий ва иқтисодий аҳамиятга ҳам эга бўлиб, уларнинг ҳаёт сифатидаги ижобий ўзгаришларни таъминлайди. Охирги йилларда клиник амалиётда артериал қон босимини аниқлаш усуллари жуда ривожланган. Изланишларга асосан, аускультация, пальпация, осциллометрик ва ультратовушли усуллар инвазив бўлмаган варианти сифатида белгилаб олинди. Осциллометрик усулнинг аускультация усулига нисбатан бир неча афзаллиги бор. У томир деворларининг эластиклигига камроқ боғлиқ бўлганлиги туфайли, бу усул периферик артерияларда

атеросклерозга чалиниш ҳолатларида шикастланган беморларда сохта резистент гипертонияни аниқлашда самарадорлигини ошириши мумкин.

1. Кунлик мониторинг: Осциллометрик усул, артериал босимнинг кунлик назоратида (мониторингда) ишончлироқ натижалар беради. Бу усул, одамларнинг турли фаолиятлари давомида қон босимини доимий равишда ўлча олиш имконини беради.

2. Камерал даражалар: Босим даражасини нафақат елка, балки тиззаости артериялар даражасида, балки пастки қисмлар (оёқлар)нинг бошқа артериал томирларда ҳам баҳолаш имконини беради [109, с. 1024-1033].

Шундай қилиб, осциллометрик усул клиник амалиётда аниқлик ва самарадорликка эришишда муҳим аҳамиятга эга, бу эса беморларнинг даволанишини ва мониторингини яхшилашга ёрдам беради. Бу ҳолат, артериал қон босимини ўлчаш ва назорат қилиш учун янги маиший ва касбий воситаларни яратишга йўл очди. О particularly BHS протоколи талабларига мос OMRON R сериясидаги аппаратлар, лўчада ва бошқа шароитларда артериал қон босимини ўлчаш жараёнини енгиллаштиришга хизмат қилади [30, с. 7-12].

Артериал қон босими ўлчаш:

1. Наслияти: Артериал босимни ўз-ўзини даволаш ва назорат қилиш учун фойдаланиладиган асбоблар ишлаб чиқаришда турли усуллар ва стандартлар ташкил этилган.

2. Стандарт Протоколлар: Ушбу асбобларни амалиётда фойдаланиш учун ҳозирда учта стандарт протокол мавжуд:

- BHS (Буюк Британия): Бу протокол, ускуналарнинг аниқлигини текшириш ва унинг самарадорлигини таъминлашга ёрдам беради.

- АНА/АСС (Америка Қўшма Штатлари): Бу протокол, артериал босимни кузатишнинг миллий стандартларини белгилайди.

-ESH (Европаники): Ушбу стандарт, Европа давлатларида артериал босимни ўлчаш ва назорат қилишни ўзида акс эттиради.

3. Клиник Верификация: Фақат клиник верификациядан муваффақиятли ўтган ускуналар таклиф қилинади. Бу, фойдаланувчилар учун аниқ ва ишончли натижаларни таъминлашда муҳим аҳамиятга эга [118, с. 757-764].

Шундай қилиб, артериал босимни ўлчашда замонавий ускуналар ва стандартлаштирилган протоколлар фойдаланиш, беморлар учун самарали назорат ва даволашни таъминлайди. Ушбу воситалар, ўз-ўзини назорат қилиш имкониятини ҳам такомиллаштиради, бу эса гипертония касаллигига чалинган беморлар учун жуда муҳимдир.

Ушбу дастур доирасида аҳолига ўз артериал қон босими ва юрак уриш тезлигини мустақил ўлчаш имкониятини яратиш мақсадида турли ташкилот ва муассасаларда махсус асбобларни жойлаштириш режалаштирилган. Бундай аппаратлар федерал, ҳудудий ва шаҳар муассасаларида, шунингдек, ишлаб чиқариш корхоналари, банклар, дорихоналар, бизнес ва савдо марказлари, аэропортлар, темир йўл вокзаллари, денгиз портлари, ўқув муассасалари ва спорт мажмуаларида жойлаштирилади.

Асбоблар оддий ва тушунарли йўриқномалар билан таъминланади, бу йўриқномалардан фойдаланиш орқали ҳар бир инсон ўз саломатлиги бўйича маълумотга эга бўлиши мумкин. Бу қурилмалар орқали йиғилган маълумотлар изланишларда фойдаланиш учун ҳам имконият яратади, шу орқали соғлиқни сақлаш соҳасидаги тадқиқотларни енгиллаштиради ва самарадорлигини оширади.

Бундай кенг қамровли дастур аҳолининг ўз саломатлигига нисбатан фаол муносабатини шакллантиришга ва гипертония каби касалликларнинг олдини олиш ҳамда самарали назорат қилишга катта ҳисса қўшади. Артериал қон босимининг 135/85 мм симоб устунига етиши ва юрак уриш тезлигининг дақиқасига 80-85 мартагача кўтарилиши касбий текширув ва махсус тиббий дори воситалари билан даволашни талаб этади. Бу ҳолатда, нишон аъзолар — қон томирлар, буйрак, юрак ва бош миянинг ҳолатига тўлиқ баҳо бериш учун клиник текширув ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Шунингдек, ўз

вактида терапевт ёки кардиолог шифокорга мурожаат қилиш орқали даволаш режасини тузиш ва бошқа профилактик чораларни кўриш аҳамиятли ҳисобланади.

Бундай ёндошув орқали касалликни эрта босқичда аниқлаш ва уни самарали даволаш имконияти ортади.

Даволаш курси ва қон босимини пасайтирувчи дори воситаларини танлаб олгандан сўнг, бемор шифокор тавсияси асосида артериал қон босимини ва юрак қисқаришлар сонини (135/85 мм симоб устунидан паст бўлмаслиги) мунтазам назорат қилади. Бемор ушбу дориларни узоқ муддат қабул қилиш билан бирга, диспансер кузатувидв бўлади. Шифокор зарур бўлган тақдирда дориларни коррекция қилиш имконига эга. Шунингдек, беморга соғлом турмуш тарзини сақлаш, тўғри овқатланиш, салбий одатлардан воз кечиш ва меҳнат билан дам олиш тартибини сақлаш бўйича тавсиялар берилади. [3, с. 994-999].

Гипертониянинг кенг тарқалганлиги ва унинг асоратлари туфайли кўплаб мутахассислар бирламчи тиббий хизматда юқори қон босимини эрта аниқлаш ва тўғрилашнинг муҳимлигини таъкидлайдилар. Бемор билан биринчи мулоқотда бўладиган шифокорлар — терапевт ва умумий амалиёт шифокорлари учун профилактик даволаш режаларини ишлаб чиқиш муҳим ҳисобланади, чунки улар кўпинча гипертонияни ташҳислаш ва даволаш муаммолари билан биринчи бўлиб тўқнашадилар.

Соғлиқни сақлашнинг бирламчи тизимида шифокорларга беморларнинг эрта мурожаати артериал гипертонияни касалликнинг бошланғич босқичларида, асоратлар пайдо бўлмасдан туриб аниқлаш имконини яратади. Бу касаллик тарқалишини олдини олиш ва даволашни тез бошлашга ёрдам беради. Шунингдек, амбулатор ва поликлиника шароитида ишловчи шифокорлар беморлар билан доимий алоқада бўлиш орқали уларни тиббий билим ва маданиятга ўргатиш имкониятига эга бўлади. Бу, ўз навбатида, артериал қон босими юқори бўлиши билан боғлиқ касалликларнинг олдини олиш ва асоратларни профилактика қилишда муҳим

аҳамият касб этади. Гипертониянинг олдини олиш бўйича янги ёндашувлар ишлаб чиқиш ва уларни амалиётга татбиқ этиш соғлиқни сақлаш тизими мутахассисларининг ишини яхшилашда муҳим аҳамиятга эга. Бу, ўз навбатида, юрак-қон томир хасталикларининг иккиламчи профилактикасини таъминлашга ёрдам беради. Тиббий ресурсларни самарали сарфлаш ва молиявий харажатларни қисқартириш орқали замонавий соғлиқни сақлаш тизимида юқори клиник ва ижтимоий-иқтисодий самарага эришиш мумкин. Бунда, профилактика чораларини кўриш, беморларни даволаш усулларини оптималлаштириш ва уларни ўз саломатлигига бўлган муносабатини яхшилаш муҳим аҳамиятга эга. Шундай қилиб, самарали таълим дастурлари ва тиббий хизматларнинг сифати аҳолининг саломатлигини яхшилашга ёрдам беради. Шунинг учун гипертониянинг клиник босқичидан аввал ташхислаш алгоритминини ишлаб чиқиш зарурияти муҳим аҳамият касб этади.

II БОБ. МАТЕРИАЛ ВА ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ

§ 2.1. Беморларнинг умумий тавсифи

Тадқиқотимизнинг мақсади ва вазифаларига мувофиқ, Андижон вилоятининг Асака шаҳридаги кўп тармоқли 1-сон марказий поликлиникасида гипертония билан бемор бўлган 298 нафар пациент назарга олинди. Ушбу беморларнинг текшируви артериал гипертониянинг клиник кўринишлари, асоратлари, даволаш усуллари ва уларнинг самарадорлигига бағишланган бўлиб, тадқиқот натижалари гипертонияни аниқлаш ва унинг даволашини оптималлаштириш бўйича амалий тавсияларни ишлаб чиқишда муҳим аҳамият касб этади.

Ушбу текширувлар давомида беморларнинг клиник маълумотлари, юрак-қон томир фаолияти, ва қон босими кўрсаткичлари ўрганилади. Натижалар гипертониянинг сабаблари, асоратлари ва унинг даволаши самарадорлигини баҳолашда асосий мезон бўлади. Беморларнинг ҳолати, даволаш жараёни ва уларнинг соғлиққа таъсири ҳақидаги маълумотлар

клиник тажрибаларга асосланиб, гипертонияни самарали даволаш учун замонавий ёндашувларни яратишда фойдаланилиши керак.

Изланишимиз икки босқичдан иборат бўлди. Биринчи босқичда махсус ишлаб чиқилган анкеталардан фойдаланилди, яъни беморларнинг жинси, маълумоти, ёши, бандлик даражаси ва оилавий шароити аниқланди. Шу билан биргаликда беморларнинг яшаш шароити, шифокорларга бўлган муносабати ҳам инобатга олинди. Иккинчи босқичда беморларнинг гипертония хасталиги ҳақида қай даражада тушунчага эга эканлиги, даволаниш кўрсаткичи, артериал қон босими назорати ўрганилиб чиқилди. Беморларга “Гипертония касаллик мактаби” ташкил этилди. Мактабнинг асосий мақсади беморларга артериал гипертония (АГ) сабаблари, кечиши, даволаш усуллари ва профилактикаси ҳақида билим беришдан иборат. Бу тадбирлар беморларнинг саломатлигини яхшилаш ва касалликнинг ривожланишини олдини олишга ёрдам бериши кутилмоқда. Ушбу мақсадга эришиш учун амалий тренинглар, семинарлар ва маълумот берувчи материаллар орқали беморларнинг билим ва кўникмаларини оширишга интилиш керак. Бу беморларнинг соғлиқ ҳолатини яхшилаш ва гипертониянинг олдини олишга ёрдам беради. Текширувга жалб қилинган беморлар учун махсус тиббий карталар тузилди. Тиббий карта ўз ичига қуйидаги кўрсаткичларни олди:

- Паспорт маълумотлари,
- Шикоятлари,
- Касаллик субъектив анамнези,
- Касалликнинг кечиш давомийлиги,
- Хамроҳ бўлган касалликлар,
- Инструментал ва лаборатор текширув усуллари.

Тадқиқотимизга танлаб олинган беморларнинг 60 ёшгача бўлганлари 34% ($n = 101$) ни ташкил этган бўлса, 60 ёшдан юқорилар эса 66% ($n = 197$) ни ташкил қилган. Эрак жинсли беморларимиз 40% ($n = 120$) ни, аёл беморларимиз эса 60% ($n = 178$) ни ташкил қилган. Гипертония

хасталигининг давомийлиги ўртача $10,2 \pm 5,6$ йилни ташкил этди. Изланишга жалб қилинган беморларнинг артериал қон босими кўрсаткичлари қуйидагича бўлди: систолик артериал босим $156,1 \pm 14,0$ мм сим устуни ва диастолик артериал босим $91 \pm 5,8$ мм сим устунини ташкил этди. Гипертония хасталигини ташхислашда Россия кардиологик хамжамиятининг тавсияларидан (уч маротаба қайта кўриб чиқилган, 2008 й.) тўлиқ фойдаланилди. Систолик артериал қон босими 140 мм сим устунидан юқори ва диастолик артериал босими 90 мм сим устунидан юқори бўлганда гипертония хасталиги деб ҳисобланди. Бу маълумотлар гипертонияни аниқлаш, даволаш, ва беморлар ҳолатини кузатиш учун зарур бўлган клиник кўрсаткичларни аниқлатади. Тадқиқот натижалари гипертония хасталиги билан боғлиқ жамоат саломатлигини яхшилаш ва даволаш усуллари тақомиллаштириш учун фойдали бўлади. (жадвал.2.1).

2.1.жадвал

Артериал гипертониясининг АБ нисбатан таснифи

АБ категорияси	Систолик артериал босим, мм.сим.уст.	Диастолик артериал босим, мм.сим.уст.
Оптимал	<120	<80
Нормал	120-129	80-84
Юқори нормал	130-139	85-89
Аг 1 (юмшоқ)	140-159	90-99
Аг 2 (ўртача)	160-179	100-109
Аг 3 (оғир)	≥ 180	≥ 110
Асаг	≥ 140	<90

Текширувга олган беморларнинг бандлик даражасини ўрганар эканмиз, 33,89% беморларимиз иш фаолиятини давом эттираётганлиги, 65,42% бемор нафақахўрлиги маълум бўлди. 298 та беморимиздан атиги 1,7% нафақада аммо иш фаолиятини давом эттираётгани аниқланди (жадвал.2.2).

2.2.жадвал

Бандлик бўйича аг беморларининг тақсимланиши (%)

Ўрганилаётган кўрсаткичлар	N=298	
	Абс	%

Ишлайди	100	33,89
Нафақахўр	193	65,42
Ишловчи нафақахўр	5	1,7
Жами	298	100

Тадқиқотга қуйидаги ташхисли беморлар жалб этилмади:

- Артериал гипертониянинг иккиламчи тури: Иккиламчи гипертония, асосан, бошқа касалликлардан келиб чиқади, шунга кўра уни аниқлаш тадқиқотнинг мақсадига мос келмади.

- Ўткир миокард инфаркти: Охирги олти ой ичида регистация қилинган миокард инфаркти бўлган беморлар жалб этилмади, чунки уларнинг ҳолати тадқиқотдаги гипертония билан боғлиқ асоратларни аниқлашни мураккаблаштиради.

- Ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши: Охирги олти ой давомида қайд қилинган бош мия қон айланишини бузиш ҳолатлари, шундан келиб чиқиб, тадқиқотга олиб келинмади.

- Сурункали юрак етишмовчилигининг II б ва III босқичидаги беморлар: Бундай беморлар тадқиқотнинг маълумотларини заифлаштириши ва натижаларнинг тўғрилигини таъминлашни қийинлаштириши мумкин.

- Юракнинг турли аритмиялари: Аритмия билан асоратланган беморлар жалб этилмади, чунки уларнинг ҳолати гипертонияни аниқлашда алоҳида эътиборни талаб қилади.

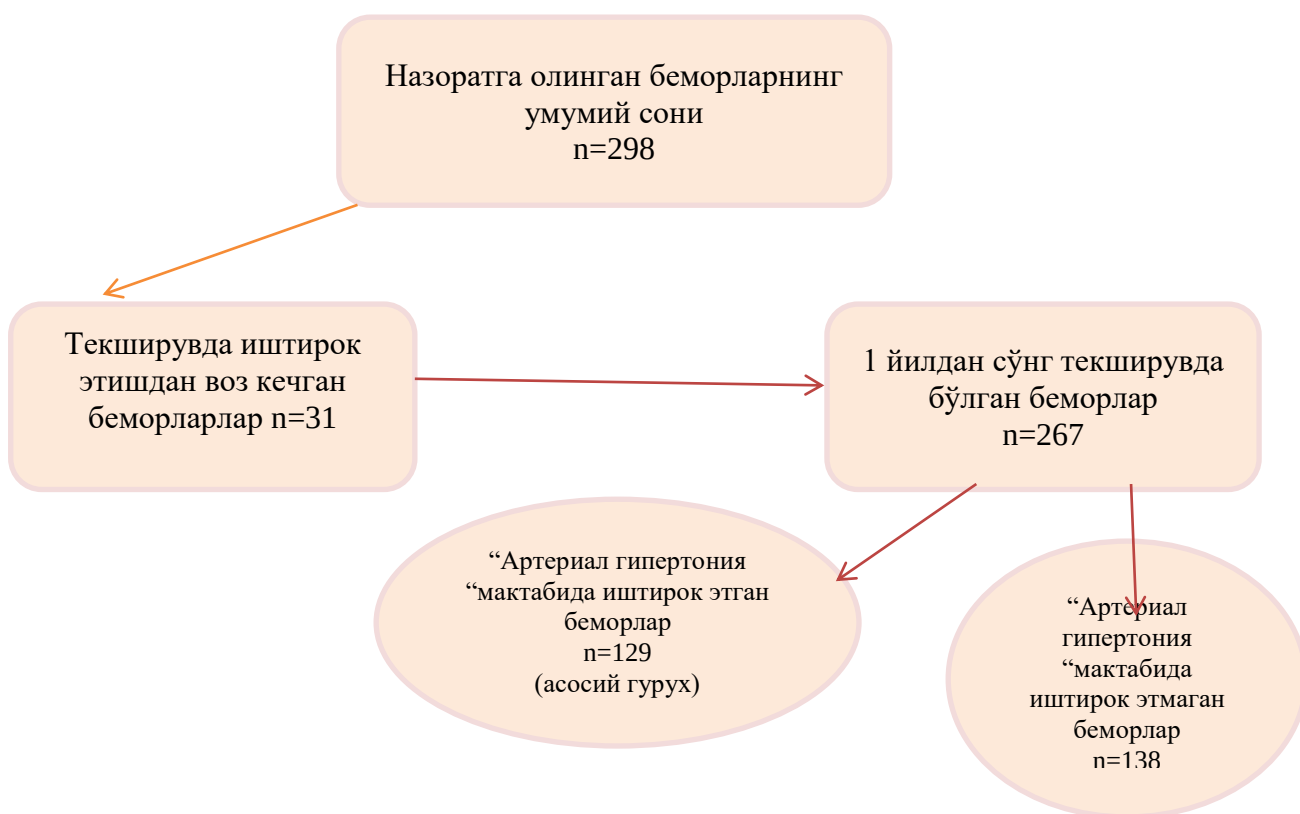
- Буйрак ва жигар етишмовчилиги: Бундай беморлар тадқиқотга жалб этилмади, чунки уларнинг касалликлари гипертония билан боғлиқликни тўғри баҳолашни мураккаблаштиради.

Ушбу критерийлар тадқиқотнинг аниқлигини ва натижаларини ишончлилигини ошириш мақсадида белгиланган.

Тадқиқотга жалб этилган беморларимизнинг 31 (10,4%) нафари кейинги текширувларда иштирок этишдан бош тортдилар. Шулардан 20 таси 60 ёшдан катта, 11 таси 60 ёшдан кичик беморлардан иборат бўлди. Демак,

текширувга жалб этилган беморларнинг 1 йилдан кейинги беморларнинг умумий сони 267 нафарни ташкил этди.

Беморлар икки гуруҳга бўлинди, 1 гуруҳ (n=129, асосий гуруҳ) ҳисобланиб артериал мактабида иштирок этган беморлардир, 2 гуруҳ (n=138 назорат гуруҳи) ҳисобланиб дастурда иштирок этмаган беморларни ташкил қилди. Ушбу машғулот кунига 45 дақиқа давомида 6 кун давомида беморлар билан ўтказилди. Шу билан бирга, беморларга буклет ва рисоалар шаклида тарқатма материаллар берилди. Тренинг давомида дафтар тутиш ва машғулотлар мазмунини қисқача ёзиб қўйиш талаб этилди (расм.2.1)



Расм. 2.1. текширувдаги беморларга тавсифнома

2.3.жадвал

Мавзулар номи ва мазмуни

№	Машғулот номи	Машғулот мазмуни
1	Гипертония ҳасталиги хақида умумий тушинча	Беморларга артериал гипертония ҳасталигини келиб чиқиш сабабаларини тушунтириш.
2	Пархез қилиш	Беморларни пархез қилиш ва тўри

		овқатланиш соғлиқ саломатлиқ учун зарурлигини тушунириш, кундалик истеъмол қилаётган таомларнинг номини ёзиб бориш (керак бўлганда унинг коррекциясини қилиш мақсадида)
3	Артериал гипертониянинг клиник симптомлари	Беморларни энг аҳамиятли бўлган клиник белгилари билан таништириш. Эртанги клиник симптомлар вақтида шифокорларга ўз вақтида мувожабат қилиш
4	Медикаментоз даво усуллари	Беморларни қон босими кўтарилгандаги даволашда ишлатилаётган тиббий дори воситалари билан таништириш, уларнинг нокуя таъсирларини тушунириш.
5	Медикаментоз даво усуллари	Хар бир гипотензив дори воситасининг аҳамияти тушунириб ўтиш.
6	Профилактика	Артериал гипертонияга олиб келувчи ёки унинг риволанишига олиб келувчи хавф омиллари билан таништириш ва уларнинг йуқотиш туғрисида маълумот бериш

Беморларни назорат қилиш бевосита телефон кунғироқлари орқали амалга оширилади. Кузатув муддати бир йилни ташкил этади. Беморлар назорати тизимли бўлмаган телефон алоқалари, мобил хабарчилар (телеграмма) орқали интерактив алоқа орқали амалга оширилди. Мониторинг даври 1 йил. Такрорий режали текширувлар ва қонсултациялар 1 йилдан сўнг ўтказилди.

§ 2.2. Текширув усуллари

1. Артериал босимни (АБ) тинч ва ўтирган ҳолатда 2 маротаба 3-5 дақиқалик танаффус билан қортов усулида механик тонометр ёрдамида ўлчанди.

2. Антропометрик кўрсаткичлар. Беморла бўйи 1 маротаба турган ҳолда оёқ кийимсиз ўлчанди. Индекс кетле қуйидаги формула ёрдамида аниқланди: $\text{тои(тана оғирлиги индекси)} = \text{тана оғирлиги (кг)} / \text{бўй (м}^2\text{)}$. Тана

оғирлиги ва семизлик даражаси жсс (воз) таснифига, (1998й) кўра баҳоланди. Тои 20 - 24,9 га тенг бўлса – нормал кўрсаткич, 25 — 29,9 – ортикча вазн, 30 - 34,9 – семизлик i даражаси, 35 - 39,9 — семизлик ii даражаси, 40 ваюқори - семизлик iii даражаси.

3. Электрокардиография (ЭКГ). Текширувга олинган беморларда даволашдан олдин ва даволаш мобайнида ҳамда уларнинг ҳар бир қабулга келганида уч тармоқли Россияда ишлаб чиқарилган “аксион” электрокардиограф аппаратида экг текшируви ўтказилди.

4. Эхокардиография (ЭХО КГ) текшириш усули. Юрак чап қоринча миокарди ҳолатини аниқлаш мақсадида беморларда м ва в режимда стандарт усул билан икки ўлчамли ЭХОКГ текшируви, америка эхокардиографлари тавсиясига биноан, vivid-s60 аппаратида олиб борилди. Бунда қуйидаги кўрсаткичлар баҳоланди: r.devereux [42, с. 25-28] формуласи бўйича чап қоринча миокарди оғирлиги аниқланди: ЧҚМО (чап қоринча миокарди оғирлиги) = $1,04 \times [(ОДЎ(охирги диастолик ўлчам) + ҚАТҚ (қоринчалар аро тўсиқ қалинлиги) + чқодқ (чап қоринчани орқа девори қалинлиги)) 3 - чқодў (чап қоринча охирги диастолик ўлчови) 3] - 13,6г$. ОДЎ, ҚАТҚ, ЧҚОДҚ – бу кўрсаткичлар м-режимда олинган. Юрак чап қоринча систолик функциясини аниқлаш унинг ҳайдиастолик артериал босим чиқарган ҳажми бўйича текширилди. ЧҚҚОФ (чап қоринчани қон отиш фракцияси) = $(ОДХ (охирги диастолик ҳажм) - ОСХ (охирги систолик ҳажм) / ОДХ (охирги диастолик ҳажм) \times 100\%$. Н.dodge (1996) тавсия қилган “майдон узунлиги” услуби бўйича чап қоринча охирги диастолик ва систолик ҳажми аниқланди: $va/l = 0,85 \times s^2/l$; s – чап қоринча (ЧҚ) нинг планиметрик ўлчанган майдони, l – тўрт камерали позициядан в-режимда олинган чап қоринчанинг систолик ва диастолик мос равишдаги кўндаланг ўлчами.

5. Мориски—Грина сўровномаси асосида беморларнинг шифокорлар тавсиясига берилганлик (приверженность) даражасини ўрганилди. Сўровномага 4 савол киритилган:

- Қачонлардир дори воситаларини қабул қилишни унитганмисиз? (йўқ/ха)

- Сиз баъзи ҳолларда дори воситаларини қабул қилиш вақтларига бепарво бўлганмисиз? (йўқ/ха)

- Сиз ўзингизни яшхи ҳис этганингизда дори воситаларини қабул қилмай қўйганмисиз? (йўқ/ха)

- Агарда сиз дори воситаларини қабул қилганингизда ўзингизни ёмон ҳис этган чоғингизда кейинги дори қабул қилишни ўтказиб юборганмисиз? (йўқ/ха)

Тадқиқотда ўтказилаётган сўровнома албатта шифокор томонидан олиб борилиши шарт. Бу саволлардаги жавобдан бемор ” йўқ” ёки “ха” деб саволга жавоб беради. Сўров ўтказилгандан сўнг йиғилган баллар ҳисобланади. Ва ҳар бир йўқ деб берилган жавобга 1 балл ҳисобланади. Тўрт балл йиғган тадқиқотдаги бемор шифокорлар тавсиясига мойил деб топилади. 2 балл йиғган беморлар шифокорлар тавсияларига мойил эмас, 3 балл йиғган беморлар эса етарлича шифокорлар тавсиясига мойил бўлмаган деб топилади. Сўровномани абзаллиги унинг қулайлигида ва қисқа вақт ичида ахборотга эга бўлишдадир.

§ 2.3. Биокимёвий тадқиқотлар

1. Қонда глюкоза миқдори. Барча беморларда капилляр қондаги глюкоза миқдори оч қоринга, овқатдан (постпрандиал) ва гликозилланган гемоглобиндан кейин 2 соатдан кейин аниқланди. Қон глюкоза ва постпрандиал гликемия даражаси «numalyzer» (германия) томонидан бирлаштирилган калориметрик глюкооксидаза усули ёрдамида текширилди. Ушбу тўпламлардан фойдаланишда оддий қийматлар қуйидагилар эди: оч қоринга гликемия – 3,3-5,5 ммол/л, постпрандиал гликемия 7,5 ммол/л дан кам [44, с. 117-118]. Гликозилланган гемоглобин миқдори аффин хроматография усули билан аниқланди. Ушбу индикаторнинг меъёрий қиймати 4-6% ҳисобланади.

2. Липид алмашинуви ҳолатини ўрганиш. Липид метаболизмини таҳлил қилиш учун липид спектри умумий холестерин миқдори ва унинг фракциялари, триглицеридлар (ТГ), атерогенлик индексини (АИ) аниқлаш билан аниқланди. Умумий холестерин (УХ) даражасини аниқлаш «Humalyzer» (Германия) томонидан ишлаб чиқарилган зардоб ва плазмадаги умумий холестерин концентрациясини ўлчаш учун реагентлар тўплами ёрдамида бирлаштирилган энзиматик калориметрик усул билан амалга оширилди. Юқори зичликли липопротеин холестерин миқдори «humalyzer» (Германия) реагентларидан фойдаланган ҳолда гепарин ва марганец хлорид таъсирида плазмадан дисипитациядан сўнг ягона усул билан аниқланди. Бу кўрсаткичнинг нормал қийматлари пастки чегараси эркаларда 1,0 ммол/л ва аёлларда 1,2 ммол/л ҳисобланади [69, с. 62-68]. (холестерин) ХС-жуда паст зичликдаги липопротеид (ЖПЗЛП) ва паст зичликдаги липопротеид (ПЗЛП) контцентрацияси фридвалд формуласи билан аниқланди: $ЖПЗЛП = ТГ / 2,2$ (ммоль/л), $ПЗЛП = УХ - (юқори зичликдаги липопротеид) ЮЗЛП - жпзлп$ (ммоль/ л), энг яхши пзлп даражаси 2,5 ммол/л [69, с. 62-68] ҳисобланади. Атерогенлик индексини ҳисоблаш климов томонидан тавсия этилган формула бўйича амалга оширилди.: $АИ = УХ - ЮЗЛП / ЮЗЛП$. Ушбу кўрсаткичнинг нормал қийматлари 4 дан кам бўлган аи ҳисобланади. ТГ даражасини аниқлаш «Humalyzer» (Германия) томонидан ишлаб чиқарилган реагентлар ёрдамида бирлаштирилган энзиматик калориметрик усул ёрдамида амалга оширилди. ТГ нинг юқори чегараси 1,7 ммол/л [69, с. 62-68] ҳисобланади.

§ 2.4. Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш

Тадқиқот давомида олинган маълумотларни статистик таҳлил қилиш учун ****Pentium IV**** шахсий компьютерида ****Microsoft Office Excel 2013**** дастурий пакети ва ****Statistica 6.0**** дастури ёрдамида ишлаб чиқилди. Статистик ишлов бериш жараёнида қуйидаги усуллардан фойдаланилди:

- Ўртача арифметик (М): Гипертония ҳолатини таҳлил қилишда беморларнинг қон босимини ҳисоблаш учун.

- Ўртача квадратик оғиш (СД): Беморларнинг артериал қон босимидаги ўзгаришларни аниқлашда.

- Стандарт ўртача хатони аниқлаш (м): Натижаларнинг аниқлигини текшириш мақсадида.

- Нисбий қийматлар (частота, %): Гипертония ҳолатлари бўйича популяциядаги беморларнинг тарқалишини ўрганиш учун.

- Статистик кўрсаткичлар: Ўртача қийматларни таққослашда олинган натижаларнинг статистик кўрсаткичларини ҳисоблаш.

- Вариацион параметрик ва параметрик бўлмаган статистик методлар: Дастлабки маълумотларни статистик анализ қилишда.

- Студент мезонлари (т): Тақсимотнинг аниқлигини текширишда ва статистик хато (р) эҳтимолини ҳисоблашда.

- Фишер ф-мезонлари: Умумий вариацияларнинг тенглигини текширишда.

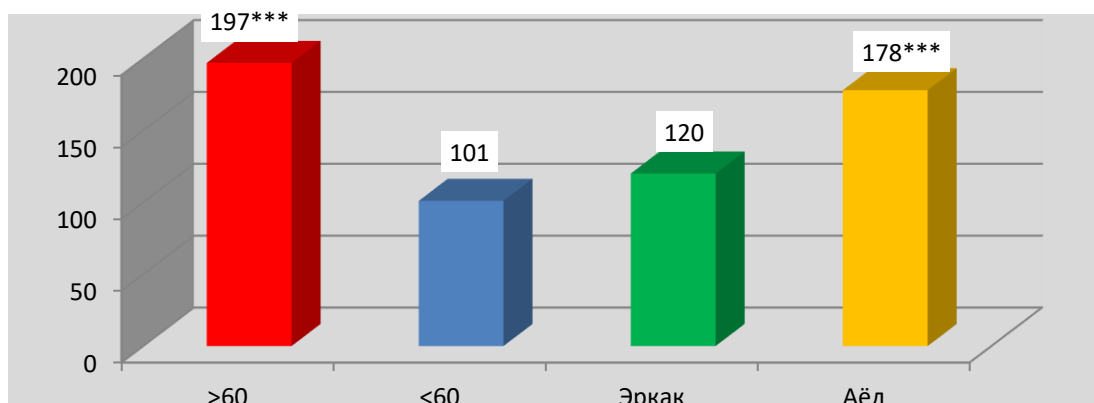
Статистик жиҳатдан муҳим ўзгаришларни аниқлаш учун $**p < 0,05**$ ишончилиги даражаси тасдиқланган. Ушбу статистик методлар тадқиқотнинг натижаларини ишончли ва аниқ баён қилишда муҳим аҳамиятга эга бўлди. Гуруҳларни сифат жиҳатидан таққослашда χ^2 мезонлари ишлатилган. Миқдорий ўзгарувчилар ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш учун пирсоннинг чизикли корреляция коэффицентини ҳисоблаш билан корреляция таҳлиллари қўлланилди.

III БОБ. Шахсий текширув натижалари

§ 3.1. Артериал гипертонияли беморларда хасталикнинг учраш ҳолатлари, клиник белгилари ва беморларнинг хабардорлик кўрсаткичлари таҳлили

Тадқиқотимиз давомида гипертония ҳасталигининг тарқалиши бўйича қуйидаги маълумотга эга бўлдик: 60 ёшгача бўлган беморлар 34 % ($n = 101$) ни ташкил этган бўлса, 60 ёшдан юқори беморлар 66% ($n=197$) ни ташкил қилдилар, бу дегани ёши улуг беморларимизда гипертония ҳасталигининг тарқалиш даражаси 60 ёшдан кичик беморларга қараганда 51.2 % ($p=0,001$) га юқори эканлигидир.

Гипертония ҳасталигини учраш ҳолатини беморларнинг жинсига кўра таҳлилида эркакларда учраши 40% ($n = 120$) ни, аёлларда эса бу кўрсаткич 60% ($n=178$) эканлиги маълум бўлди. Бу эса гипертония ҳасталигини аёлларда эркакларга қараганда 48% га ($p=0,001$) кўп учраши намоён бўлди (расм.3.1).



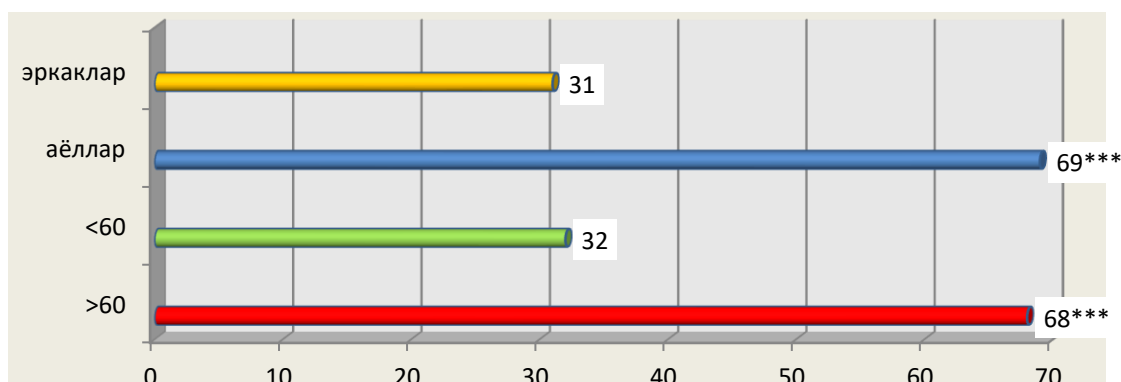
Илова: *** $p < 0,001$ гуруҳлар аро ишонарли кўрсаткич

Расм. 3.1. Гипертония ҳасталигининг беморлар жинсига, ёшига кўра учраш ҳолати (n)

Кейинги босқичда текширувга қилинган беморларнинг гипертония касаллиги борасидаги тиббий малакага эга эканлигини таҳлил қилдик. Аг талуқли бўлган европа ва россия давлатларида муҳокамадан ўтган клиник

тавсияларда ағли беморларнинг яшаш сифати уларнинг ағҳақида хабардорлиги катта аҳамият касб этади.

Таҳлилларимизга кўра ағли беморларимизнинг 298 тасидан 201 таси (67%) ағдан хабардор бўлган. Шу билан бирга аёл беморларимиз 69 % (n=139) ҳолатда артериал қон босимини кўтарилишидан бохабар бўлган бўлса, бу кўрсаткич эркак беморларда 31% (n=62) ни ташкил қилди. Айни ҳудди шундай кўрсаткич беморларнинг ёшига кўра таҳлилида ҳам кузатилди 68% (n=137) 60 ёшдан катта беморлар, 32% (n=64) 60 ёшдан кичик беморларда (расм.3.2).

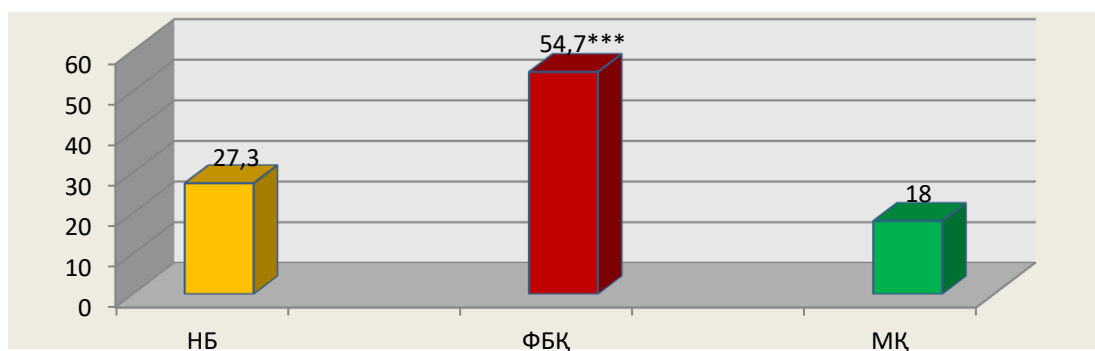


Илова: *** $p < 0,001$ гуруҳлар аро ишонарли кўрсаткич

Расм 3.2. Гипертония билан хасталанган беморларнинг касаллик ҳақида хабардорлик кўрсаткичлари (%)

Юқорида келтирилган маълумотларга кўра, 201 та беморнинг 27,3% (n=55) аб (артериал босим) кўтарилиб турганидан бохабар бўлиб, мунтазам назорат қилиб туришган. Шу билан бирга, 54,7% (n=110) беморлар эса безовта бўлган шароитда шифокорларга мурожат қилган.

Бу маълумотлар, гипертония ҳолатини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш учун беморларнинг ўз ҳолатлари ҳақида хабардорлиги ва шифокорларга мурожат қилиш одатларини тушуниш учун муҳим аҳамиятга эга. Беморларнинг бундай маълумотларга эга бўлиши, уларнинг тиббий хизматлардан фойдаланишларини ва шифокорлар билан самарали алоқа ўрнатишларини яхшилайдди. Шуниси ачинарлики текширувдаги 18% (n=36) беморлар умуман шифокорларга мурожат қилмасдан, ўз бошимчалик билан дори воситаларини қабул қилган (расм.3.3).



Илова: *** $p < 0,001$ ишонарли кўрсаткич фбқ ни нб ва мқ га нисбатан

НБ-(назоратда бўлган), фбқ-(фақат безовта қилганда), мқ-(мурожат қилмаган)

Расм. 3.3. АГ ли беморларнинг шифокорларга мурожати кўрсаткичлари таҳлили (%)

Кейинги навбатда аг билан ҳасталанган беморларда клиник ҳолатини таҳлил қилдик. 3.1.жадвалда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, аг ли беморларни қон босими юқори бўлган ҳолатларда аввалам бор юрак уриб кетиши (49,8%), бош оғриши (45,3%), қулоқ шанғиллаши (36%), кўз олдини қоронғилашуви (33,9%), бош айланиши (31,5%) каби клиник белгилар кузатилиши аниқланди.

3.1.жадвал

Агли беморларнинг клиникасига тавсифнома

Ўрганилаётган клиник белгилар	(n=298)	
	N	%
Бош айланиши	94	31,5
Юрак соҳасида оғриқ	82	27,5
Бош оғриши	135	45,3
Кўз олдини қоронғиланиши	101	33,9
Қулоқ шанғиллаши	107	36,0
Бўйин гардонини қотиши	112	37,5
Юрак уриб кетиши	147	49,3

3.2.жадвал

Агли беморларнинг клиникасининг ёшига нисбатан тавсифнома

Ўрганилаётган клиник белгилар	>60 N=197		<60 N=101	
	N	%		%
Бош айланиши	73	37	21	21
Юрак соҳасида оғриқ	36	18	46	45,5**
Бош оғриши	85	43	50	49,5

Кўз олдини қоронғиланиши	69	35	32	31,6
Қулоқ шанғиллаши	67	34	40	39,6
Бўйин гардонини қотиши	50	25,4	62	61,3***
Юрак уриб кетиши	104	52,8	43	42,5

Илова: ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ гуруҳлар аро ишонарли кўрсаткич

Гипертония ҳасталиги билан хасталанган беморларнинг клиник белгиларини беморларнинг ёшига кўра таҳлил хулосалари 60 ёшдан катта бўлган беморларнинг кўпи билан, яъни ўттиз етти фоиз ҳолатда бош айланиши, 43% бош оғриши ва 52,8% юракни тез уриб кетиши безовта қилган. 60 ёшдан кичик беморларимизда эса клиник белгилардан юрак соҳасидаги оғрик (45,5%; $p < 0.01$) ва бўйин гардон қотиши (61,3%; $p < 0.001$) бўлди. 60 ёшдан катта ёши улуг беморларимизда бош айланиши, бошдаги оғрик, кўз олдини тиниши ва қулоқ шанғиллаши шу ёшдаги беморларимизда дисциркулятор энцефалопатия каби клиник аломатларини 60 ёшдан кичик бўлган беморларга нисбатан кўпроқ учраши билан боғлаш мумкин (жадвал.3.2).

Шундай қилиб, олинган натижаларимизга кўра, 298 та гипертония ҳасталиги билан хасталанган беморларимиздан 67% гипертония ҳасталиги ҳақида хабардор бўлган. Илмий изланишимизда ёши улуг беморларда гипертониянинг учраш фоизи 60 ёшдан кичик бўлган беморларга нисбатан 51,2% га юқори эканлиги аниқланди. Бу натижалар, ёшнинг гипертония ривожланишида муҳим роль ўйнаши, шунингдек, кекса ёшдаги беморлар учун профилактика ва даволаш чораларини кучайтириш зарурлигини кўрсатади. Бу маълумотлар гипертониянинг ёш гуруҳларида тарқалишини кўрсатади ва ёши улуг беморларда бу касалликнинг кузатилиши юқорилигини таъкидлайди. Шунингдек, бу натижалар гипертонияни аниқлаш ва унинг даволаши бўйича амалий чораларни муҳокама қилиш учун асосий асос бўлиб хизмат қилади. Беморларнинг хабардорлигини ошириш, шифокорлар билан самарали алоқа ўрнатиш, гипертониянинг асоратларини олдини олишда муҳимдир. Гипертония ҳасталигини учраш частотаси аёлларда эркакларга нисбатан 48% га юқори эканлигини исботланди. Аёл

беморларда артериал қон босимини юқорилашидан бохабарлиги, эркакларга нисбатан 45% юқори эканлиги маълум бўлди. Ёши улуг беморларимизда эса 46,7% юқори эди.

§ 3.2. АГ билан оғриган беморларнинг АГ даражасига кўра таҳлили

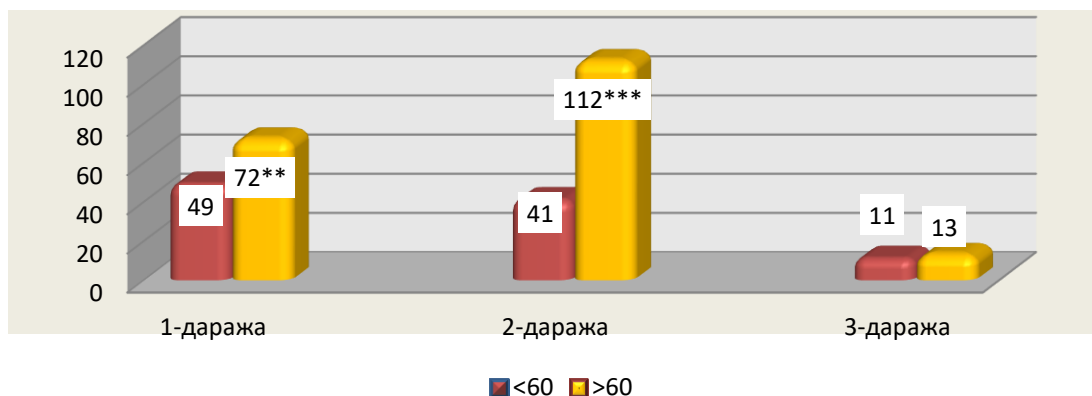
Андижон вилояти асака шаҳрида олиб борилган текширувлар гипертония ҳасталигибилан оғриган 298 беморларда агнинг даражага нисбатан тарқалиши кўп қирралик эканини кўрсатди (расм 3.4).



Илова: *** $p < 0,001$ гуруҳлар аро ишонарли кўрсаткич (аг1 ва аг2 ни аг3 нисбатан)

Расм. 3.4 АГ нинг даражага нисбатан таҳлили (%)

3.4. Расмда келтирилган маълумотларга кўра, 51,3% ($n=153$) аг 2 даражаси, 40,6% ($n=121$) аг 1 даражаси ва ниҳоят 8,0 % ($n=24$) ҳолатларда аг 3 даражасини учраши аниқланди. АГ 2 даражаси текширувга олинган беморларда устун эканлигини илмий изланишимиз исботлади. Иккинчи ўринни аг1 даражали ва учинчи ўринни аг3 даражали беморлар эгаллади.



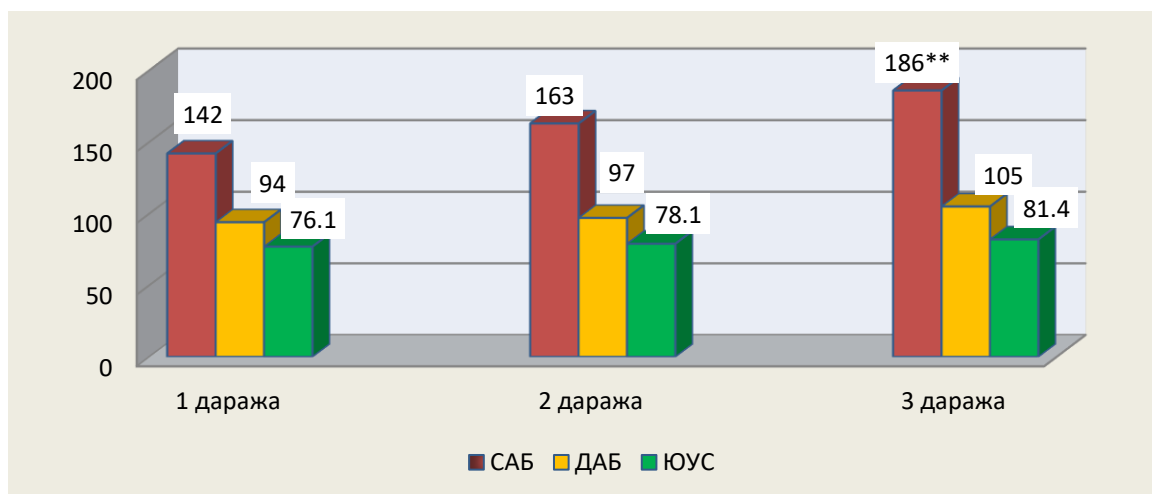
Илова: ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ гуруҳлар аро ишонарли кўрсаткич

Расм. 3.5 АГ даражасининг ёшга нисбатан таҳлили (n)

Артериал гипертония билан хасталанган беморларимизда гипертониянинг ёшга нисбатан учраш даражасини таҳлил қилганимизда, 60 ёшдан катта бўлган беморларда гипертониянинг 2 даражаси юқори кўрсаткичга эга эканини кўрсатади. (57%) эга эканлиги намоён бўлди, кейинги навбатда эса 1 даражали қон босимига эга беморлар (36,5%) ва нихоят (6,6%) 3 даражали беморлар қайд этилди. 60 ёшгача бўлган беморлар гуруҳида эса артериал гипертониянинг 1 даражали кўрсаткичи 2 даражали кўрсаткичидан бир оз етакчилик қилди. Шунини таъкидлаб ўтиш лозимки, иккала гуруҳ беморларида 3 даражали артериал гипертониянинг учраш частотаси 2 ва 1 даражага нисбатан камчиликни ташкил этди (расм.3.5).

Артериал қон босимининг кўрсаткичларини ўрганар эканмиз, умумий гуруҳда, артериал гипертониянинг 1 даражали беморларда систолик артериал босим ўртача кўрсаткичи $142,1 \pm 14,9$ мм.сим.уст., диастолик артериал босим $94 \pm 8,7$ мм.сим.уст., агар 2 систолик артериал босим $163 \pm 12,9$ мм.сим.уст., диастолик артериал босим $97 \pm 7,1$ мм.сим.уст. Ва нихоят АГ3 систолик артериал босим $186,2 \pm 12,4$ мм.сим.уст., диастолик артериал босим $105 \pm 7,1$ мм.сим. Устунига тенг экани намоён бўлди. Систолик артериал босим ва диастолик артериал босим таҳлил қилинаётган гуруҳларда даражага кўра кўп қирраликни ташкил қилса ҳам, аммо бу кўриниш ЮУС томонидан сезиларли

даражада кузатилмади. АГ 1 ЮУС-76,1±8,8, АГ2-78,1±10,7, АГ3-81,4±11,6 га тенгдир (расм.3.6).



Илова: **p<0,01 гуруҳлараро ишонарли кўрсаткич систолик артериал босим (аг1 ва аг3 ўртасидаги фарқ)

Расм. 3.6 аг ли беморларда систолик артериал босим, диастолик артериал босим ва юус кўрсаткичлари таҳлили(мм.симоб устуни,1 дақиқада)

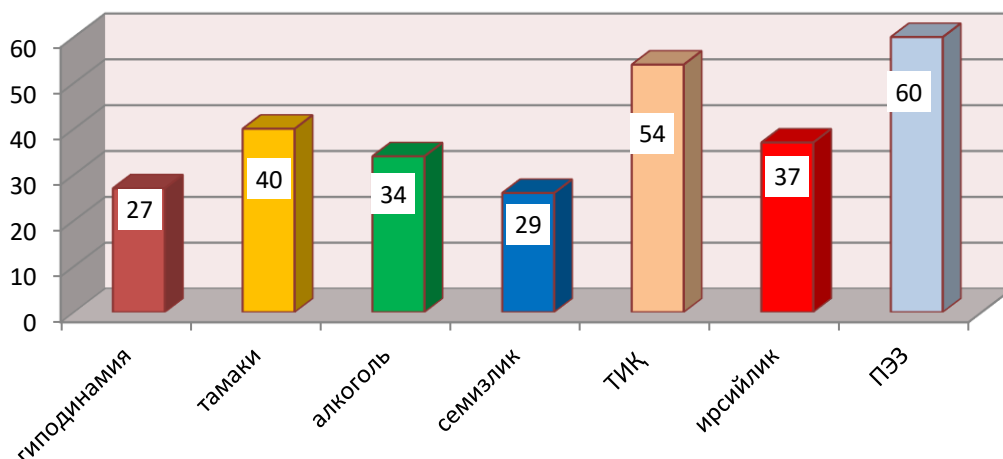
§ 3.3. Артериал гипертонияси бор беморларда хавф омиларини таҳлили

Тадқиқотдан олинган хулосалардан кўриниб турибдики, ўзгартириб бўладиган хавф омилларидан психоэмоционал зўриқиш 178 нафар беморда (60%) учраб, шу билан бирга 161 нафар (54%) бемор ош тузни кўп қабул қилишини такидлаган. Спиртли ичимлик истеъмол қилувчи беморлар сони 101 та (34%) ни ташкил қилди, ва 81 та (27%) гиподинамияли беморлар ҳам мавжуд.

Шунингдек, ўзгартириб бўлмайдиган хавф омилларидан ирсий мойиллик 111 нафар (37%) беморда кузатилди. 119 нафар (40%) беморда тамаки чекиш хавф омили аниқланган бўлиб, 88 нафар (29%) беморда семириш ҳолати намоён бўлди.

Ушбу натижалар гипертония билан хасталанган беморларда хавф омилларининг тарқалишини кўрсатади ва уларнинг даволаши ва профилактикаси учун муҳим аҳамиятга эга. Психоэмоционал стресс, неъматлар миқдори, жисмоний фаолликнинг пастлиги ва тамаки чекитиш

каби ўзгартирилиши мумкин бўлган хавф омилларини назорат қилиш гипертониянинг асоратларини камайтиришда муҳимдир. (расм.3.7).



Илова: тик –туз истеъмол қилиш, пЭЗ-психоэмоционал зўриқиш

Расм. 3.7. АГ ли беморларда хавф омилари (%)

3.3.жадвал

Артериал гипертония билан хасталанган беморларда хавф омиларининг ёшига кўра таҳлили

№	Ўрганилаётган кўрсаткичлар	>60 n=197		<60 n=101	
		N	%	N	%
1	Гиподинамия	51	26	30	30
2	Тамаки чекиш	51	25,8	68	67***
3.	Алкоголь итемол қилиш	32	16	69	68***
4.	Психоэмоционал зўриқиш	80	41	98	97***
5.	Тана вазнини ортиши	41	21	47	37
6.	Ирсий мойиллик	57	29	54	53
7.	Ош тузни кўп истеъмол қилиш	64	32,5	97	96***

Илова: *** $p < 0,001$ гуруҳлар аро ишонарли кўрсаткич

3.3-жадвалда текширувдан олинган натижаларга кўра, 60 ёшгача бўлган беморларда гипертония хасталигини ривожланишида хавф гуруҳи омиллари қуйидагича тарқалган:

- Психоэмоционал зўриқиш: 97%

- Ош тузни меъёридан кўп истеъмол қилиш: 96%
- Тамақи чекиш: 67%
- Спиртли ичимлик истеъмол қилиш: 68%

60 ёшдан юқори бўлган ёши улуг беморларда эса ҳам, психоэмоционал зўриқиш етакчи ўринни эгаллади (41%). Ундан кейинги навбатда ош тузни меъёридан кўп истеъмол қилиш (32,5%) мавжуд бўлди. Тамақи чекиш ва спиртли ичимлик истеъмол қилиш хавф омиллари бундан кейинги ўринларда бўлиб, уларнинг таъсири камроқ бўлди.

Ушбу натижалар, гипертониянинг ривожланишида ёшга қараб хавф омилларининг тарқалишини кўрсатади. 60 ёшдан ёшдаги беморларда хавф омиллари анча юқори бўлгани, аксинча, 60 ёшдан юқори беморларда эса баъзи хавф омиллари камроқ таъсир кўрсатгани кўзга ташланади. Бу ҳолат, даволаш ва профилактика чораларини белгилашда муҳим аҳамиятга эга.

Хавф омилларининг беморлар ёшига нисбатан қиёсий таҳлили, шуни кўрсатдики, <60 беморларда >60 беморларга нисбатан тамақи чекиш 33% ($p<0,001$), алкаголь 46,4% ($p<0,001$), психоэмоционал зуриқиш 22,5% ($p<0,001$), тузни кўп истемол қилиш 65,9% ($p<0,001$) ишонарли равишда юқори эканлиги кузатилди.

§ 3.4 Артериал гипертонияга ҳамроҳ бўлган йўлдош хасталиклар таҳлили

Тадқиқотимиз доирасида олинган маълумотларга кўра, гипертония билан хасталган беморларнинг 18% ($n=53$) қандли диабет хасталиги (ҚД)нинг 2 тури билан даволанмоқда. Ушбу беморлардан 35 нафари 60 ёшдан юқори, 18 нафари эса 60 ёшдан кичик беморларни ташкил этди.

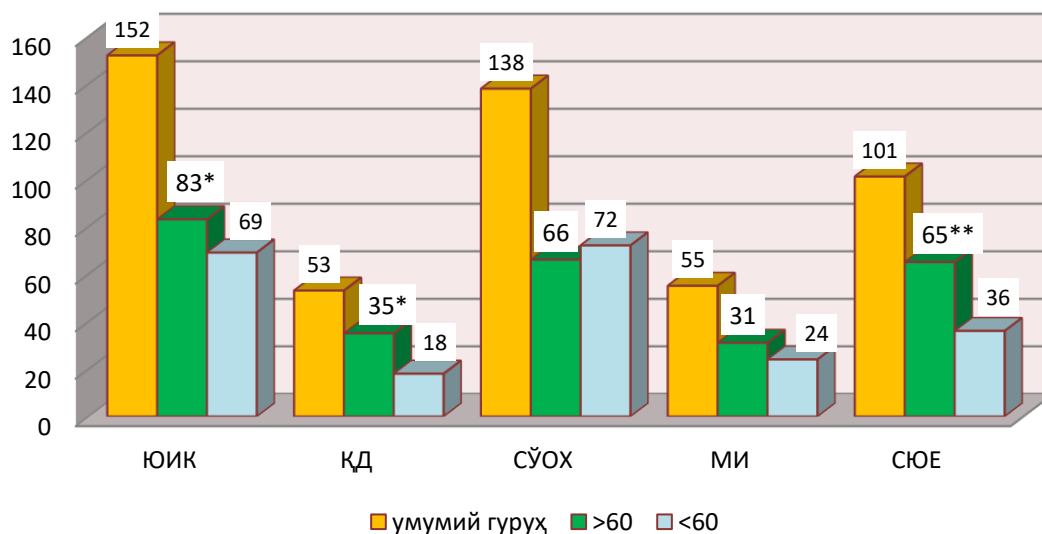
Гипертония билан ҳамроҳ бўлган юрак ишемик хасталиги (ЮИХ) 51% ($n=152$) ни ташкил қилди. Беморларнинг 55% ($n=83$) 60 ёшгача бўлганлар гуруҳини, 45% ($n=69$) эса 60 ёшдан юқори беморлар синфини ташкил этган.

Тадқиқотимизда гипертония билан ҳаёсталган беморларда 46% ($n=138$) сурункали ўпка обструктив хасталиги (СЎОХ) борлиги аниқланди. Бу

беморлардан 47,8% (n=66) 60 ёшдан юқори, 52,2% (n=72) эса 60 ёшдан кичик беморлар ҳисобланади.

Анамнезида ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши (МИ) билан ўтказган беморлар сони 55 та (18,4%) бўлиб, шулардан 31 (56%) нафари 60 ёшдан катта, 24 (44%) нафари 60 ёшдан кичик беморлардир.

Шунингдек, сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ)нинг II ва III синфларига хос бўлган беморларнинг сони 101 (51%) ни ташкил этган, бу ерда 60 ёшдан юқори бўлган беморлар 65 нафар (64%) ва 60 ёшдан кичик бўлган беморлар 36 нафар (36%) ни ташкил этди. Юқорида кўриб ўтилган коморбид ўзгаришлар гипертония хасталигининг оғир асоратларини кўрсатади. Ёш ўтиши билан коморбид ҳолатларнинг учрашиш фоизи ошиши, бир нечта илмий изланишларда ўз исботини топгани ҳолда, бу тадқиқот натижалари ҳам шундай хулосаларга олиб келади. (расм.3.8).



Илова: *p<0,05, **p<0,01, гуруҳлар аро ишонарли кўрсаткич

Расм. 3.8. Артериал гипертонияга хамроҳ бўлган йондош хасталиклар(n). Шу тарика, касалликни келтириб чиқаришда ва унинг ривожланишида етакчи ўринни эгаллаган ўзгартира оладиган хавф омилларининг таҳлили кўрсатдики, 60 ёшдан катта бўлган беморларда психоэмоционал зўриқиш, гиподинамия, ош тузни кўп истеъмол қилиш олдинги ўринларни эгаллади. 60 ёшгача бўлган беморлар гуруҳида эса спиртли ичимлик ичиш ва тамаки чекиш каби хавф омиллари юқори фоизларда учраши тадқиқотимизда ўз

исботини топти. Артериал гипертония хасталигига ҳамроҳ бўлган касалликлар ичида 60 ёшдан юқори ёшдаги беморларда юрак ишемик хасталиги, қандли диабет II тури, ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши ва сурункали юрак етишмовчилиги сингари хасталиклар 60 ёшгача бўлган беморларга нисбатан кўпчиликти ташкил этди. Ушбу натижалар, касалликти профилактика қилиш ва даволаш стратегияларини такомиллаштириш учун муҳим аҳамиятга эга бўлиб, ижтимоий, психологик ва медицинал таълимотларга эътибор қаратиш зарурлигини кўрсатади.

§ 3.5. Гипертония хасталиги билан оғриган беморларнинг фармакоэпидемиологик ҳолатининг таҳлили

Гипертония хасталигини даволаш, олдини олиш ва унинг ишончли даволашга қаратилган бир қанча илмий изланишлар борлигига қарамай унинг жаҳон бўйлаб тарқалиши юқори поғоналарни эгаллаб турибди. Ҳозирга келиб, гипертония хасталиги ривожланган мамлакатларда катта ёшдаги инсонлар ўртасида 20-40 % ни ташкил этмоқда. Россия Давлатида бир ярим миллион инсонда учраш ҳолати аниқланган бўлса, шулардан 800,000 бемор аҳоли диспансер назоратида туради [1-4]. Ёши улуг беморларда бу касаллиكنинг кўп тарқалиши бу инсонларда ёшга нисбатан намоён бўладиган морфофизиологик ўзгаришлар билан ифодаланади [2, с. 42-48]. Артериал қон босимининг меъридан юқори бўлиши бир қатор нишон аъзоларининг зарарланиши билан кузатилади. Шу сабабли, жиддий асоратлар, яъни миокард инфаркти, бош миянинг ўткир қон айланишининг бузилиши, энцефалопатия, юрак ва буйрак етишмовчилиги каби ҳолатлар юзага келиши билан характерланади.

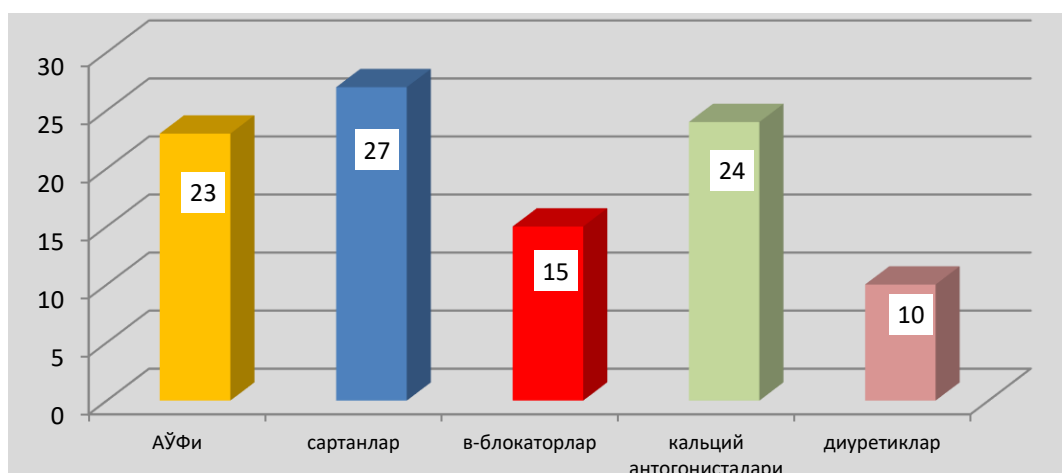
Бу асоратлар қон босими билан боғлиқ хавф омиллари, жумладан, психоэмоционал зўриқиш, гиподинамия, неправиль овқатланиш ва генетик омиллар таъсирида ривожланади. Артериал гипертонияни даволаш ва унинг асоратларини профилактика қилишда комплекс ёндашувлар муҳимдир. Бу борада дори воситалари, соғлом турмуш тарзини қабул қилиш, овқатланиш

одатларини ўзгартириш ва стрессни бошқариш усуллари биргаликда амалга оширилиши керак.

Ушбу омилларнинг эътиборга олинishi, артериал гипертонияни самарали бошқаришда муҳим аҳамиятга эга, чунки бу асоратларнинг олдини олиш ёки уларнинг камайishi касалликнинг умумий оғирлигини сезиларли даражада камайтиради. [1, с. 43-44; 2, с. 42-48; 3, с. 994-999]. Шунинг учун ҳам бу касалликнинг тўғри фармакотерапияси жиддий асоратларни келтириб чиқаришда барьер бўлиб хизмат қилади, деб ҳисоблаш мумкин. Артериал гипертониянинг самарали даволаши, яъни гипотензив дори воситаларидан фойдаланиш, касалликнинг ривожланишини тўхтатиш ва асоратларнинг олдини олишда муҳим аҳамиятга эга.

Тўғри ва индивидуаллаштирилган даволаш гипертонияни самарали бошқаришда муҳимдир. У касалликнинг эҳтимолий асоратлари, жумладан, миокард инфаркти, инсульт ва юрак етишмовчилиги хавфини камайтиришга ёрдам беради. Беморларнинг индивидуал ҳолатини ҳисобга олган ҳолда даволаш режасини тузиш, уларнинг саломатлик ҳолатини яхшилаш ва умр узунлигини ошириш учун муҳим аҳамиятга эга. Бундан ташқари, фармакотерапия билан биргаликда, ҳаёт тарзини ўзгартириш, соғлом овқатланиш ва жисмоний фаолликни ошириш ҳам муҳимдир.

Шу сабабли, артериал гипертонияни даволашда комплекс ёндашувни жорий этиш, яъни дори терапияси, психологик ёрдам ва турмуш тарзини ўзгартиришни ўз ичига олувчи стратегияларни амалга ошириш муҳимдир. Бу касалликнинг самарали бошқарилишига ва беморларнинг ҳаёт сифатига



Расм. 3.9. АГ ли беморларнинг гипотензив дори воситаларини қабул қилиш тахлили (%)

Текширув натижасига кўра, гипертензия билан hastalangan беморларнинг даволанишида қўлланиладиган дори воситаларининг фоизлари куйидагича тарқалган:

- Ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибитори (АЎФИ): 23% (n=70)
- Сартанлар: 27% (n=81)
- Кальций каналлари антогонистлари: 24% (n=72)
- Бета-адреноблокаторлар: 15% (n=45)
- Сийдик хайдовчи дори воситалари: 10% (n=30)

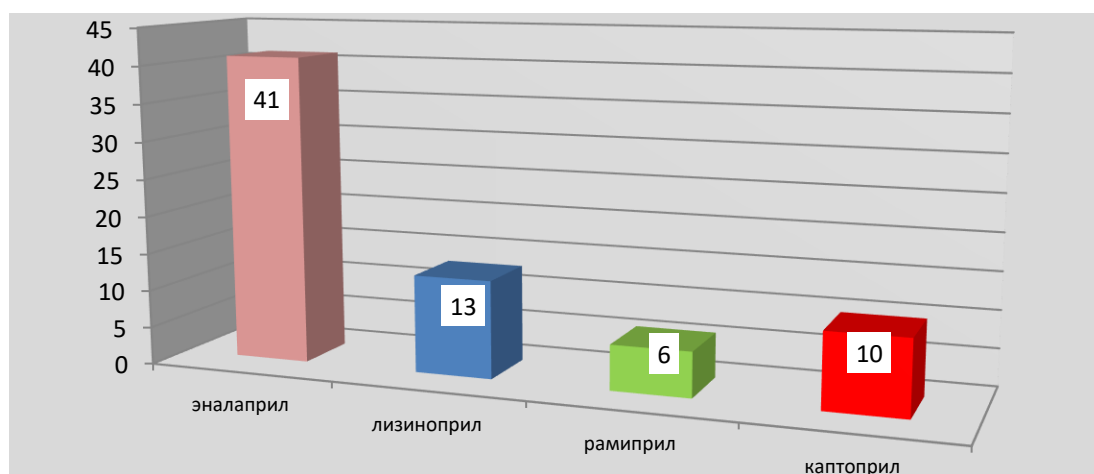
Ушбу маълумотлар гипертензияни даволашда фойдаланиладиган дори воситаларининг самарадорлигини ва беморлар орасидаги мос келувчанлигини кўрсатади. Аниқланган дори воситаларининг фоизлари, беморларнинг индивидуал хусусиятлари ва касалликнинг шиддатини ҳисобга олиб, даволаш жараёнида муваффақиятга эришиш учун муҳим аҳамиятга эга.

Беморларнинг даволанишини индивидуаллаштириш, ушбу дори воситаларини самарали қўллашда муҳим роль ўйнайди, шунингдек, шифокорлар учун даволаш таклифларини такомиллаштиришда ёрдам беради. (расм.3.9).

Гипертония билан хасталанган беморлар орасида сартанлар ва кальций антогонистларини қабул қилишнинг юқори фоиздаги кўрсаткичлари, уларнинг гипертензияни бошқаришда самарадорлигини кўрсатади. Ушбу дори воситалари шифокорлар томонидан гипертонияни даволашда кенг фойдаланилади, чунки уларнинг таъсири, кўпинча, беморларнинг ҳам ҳаёт сифати, ҳам касалликнинг прогрессини яхшилашга ёрдам беради.

Шунингдек, гипотензив дори воситаларидан ангиотензин айлантирувчи фермент ингибиторлари (АЎФИ) ҳам муҳим аҳамиятга эга. АЎФИлар, гипертонияни даволашнинг стандарт қисми сифатида, кўплаб беморларда яхши самара бериши ва юрак-қон томир муаммоларини камайтиради. Ушбу дори воситалари, хусусан, юрак ишемик касаллиги, диабет ёки буйрак касалликлари мавжуд бўлган беморларда самарали ҳисобланади.

Шунинг учун, гипертония билан хасталанган беморларда сартанлар, кальций антогонистлари ва АЎФИларнинг самарали қўлланилиши, уларнинг мос келувчанлиги ва индивидуал даволаш жараёнини яхшилашга катта ҳисса қўшади. Текширув натижалари, беморларнинг самарали даволаши учун аҳамиятли бўлган турли дори воситаларини танлашда шифокорларга ёрдам беради..



Расм. 3.10. Гипертония касаллиги бор беморларда қабул қилинган дори воситалари таҳлили (n)

Ўрганиб чиқилган натижалардан кўриниб турибдики, беморлар ААФ ингибиторларидан энг кўп қабул қилган дори воситаларидан асосан эналаприл гуруҳи дори воситаси экан (58,6%), кейинги навбатда лизиноприл гуруҳи дори воситалари бўлса (18,6%), беморларга энг кам тавсия қилинган дори гуруҳи бу рамиприл (8,6%) эканлиги аниқланди (расм.3.10).

АЎФи ингиторларининг қабул қилиш миқдорини таҳлил қилганимизда шулар маълум бўлдики, эналаприл гуруҳидаги препаратларнинг ўртача қабул қилиш миқдори $10,1 \pm 5,4$ мгни, лизиноприл гуруҳи дори воситалари $10,4 \pm 5,0$ мгни, каптоприл гуруҳи дорилари $77,0 \pm 42,5$ мгни ва нихоят рамиприл гуруҳидаги дори воситаларининг кунлик ўртача миқдори $5,0 \pm 2,5$ мг ташкил этгани кузатилди (жадвал.3.4).

3.4.жадвал

Гипертонияли беморларнинг қабул қилган дори воситаларининг дозалари таҳлили ($m \pm m, mg$)

№	Дори воситалари номлари	Ўртача миқдори
1	Лизиноприл	$10,4 \pm 5,0$
2	Эналаприл	$10,1 \pm 5,4$
3	Каптоприл	$77,0 \pm 42,5$
4	Рамиприл	$5,0 \pm 2,5$

Кальций каналлари блокаторларидан 8 % ($n=6$) ҳолатларда верапамил гуруҳига кирувчи дори воситаси, қисқа муддат таъсирли нифедипин гуруҳи дорилардан 60% ($n=44$), лерканидипин дори воситаси 1% ($n=1$) ва 31% ($n=23$) амлодипин гуруҳи дори воситаси тавсия қилинган (расм.3.11).



Расм. 3.11. Гипертонияли беморларда қабул қилинган дори воситалари таҳлили (%)

Кальций антогонистлари қабул қилиш миқдорини таҳлил қилиш натижалари, гипертония билан хасталанган беморларда ушбу дори воситаларининг самарадорлигини баҳолаш учун муҳимдир. Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики:

- Нифедипин: ўртача кунлик дозаси $14,0 \pm 8,5$ мг. Нифедипин, одатда, гипертонияни даволашда фойдаланилади ва тез таъсир этувчи препаратлардан бири сифатида маълум.

- Амлодипин: ўртача кунлик дозаси $5,3 \pm 2,5$ мг. Амлодипиннинг узок муддатли таъсири уни беморларда кенг қўллашга имкон беради.

- Лерканидипин: ўртача кунлик дозаси $5,0 \pm 0$ мг. Лерканидипиннинг кунлик дозасини аниқлашда муаммолар бўлиши мумкин, аммо унинг самарадорлиги ва қулайлиги ҳам муҳим.

- Верапамил: ўртача кунлик дозаси $80,0 \pm 33,0$ мг. Верапамил, юракнинг фаолиятини пасайтириши билан ажралиб туради, шунинг учун унинг дозаси беморларнинг клиник ҳолатидан келиб чиқиб белгиланади.

Ушбу таҳлил гипертонияни даволашда кальций антогонистларининг қандай самарадор бўлишини ва уларнинг кунлик дозаларини мониторинг қилиш зарурлигини кўрсатади. Беморларнинг индивидуал хусусиятлари ва сопултствующая патологияларни ҳисобга олиш, тегишли даволашнинг самарадорлигини ошириш учун муҳимдир. (жадвал.3.5).

3.5.жадвал

Гипертонияли беморларнинг қабул қилган дори воситаларининг дозалари таҳлили ((м ±м,мг)

№	Дори воситалари номлари	Ўртача миқдори
1	Нифедипин	$14,0 \pm 8,5$
2	Амлодипин	$5,3 \pm 2,5$
3	Лерканидипин	$5,0 \pm 0$
4	Верапамил	$80,0 \pm 33,0$

45 нафар беморларда бета-адреноблокаторлар гуруҳига кирувчи қон босимини туширувчи дори воситаларининг қабул қилиниши натижалари, беморларнинг ҳамма турдаги касалликлар бўйича тарқалишини кўрсатади:

- Атенолол: 40% (n=18) бемор, бу дори воситаси гипертонияни даволашда кенг қўлланилади ва одатда қулай кунлик дозада белгиланади.

- Бисопролол: 35,6% (n=16) бемор, бета-адреноблокаторлар гуруҳидаги яна бир самарали дори воситасидир, юқори самарадорлиги ва қулайлиги билан ажралиб туради.

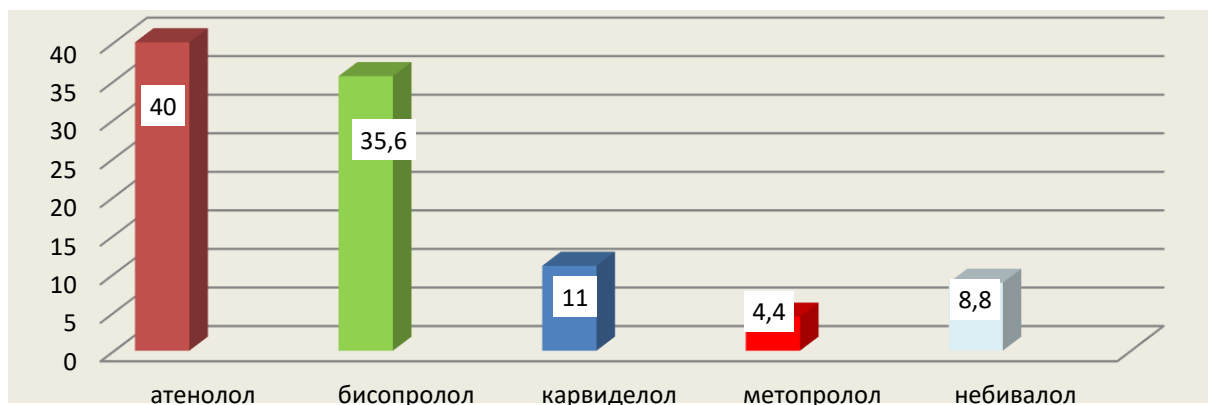
- Карвиделол: 11% (n=5) бемор, бу дори воситаси бета-блокатор ва альфа-блокатор таъсирига эга, бу уни қон босимини туширишда самарали қилади.

- Метопролол: 4,4% (n=2) бемор, бета-адреноблокаторлар орасида кенг фойдаланилади, аммо бу тадқиқотда каминоктарилган.

- Небивалол: 8,8% (n=4) бемор, бу дори воситаси гипертонияни даволашда фойдали хусусиятларга эга.

Ушбу маълумотлар гипертония билан хасталанган беморларда бета-адреноблокаторларнинг самарадорлигини ва тарқалишини кўрсатади. Бу дори воситалари артериал босимни камайтириш, юрак фаолиятини яхшилаш ва асоратларни олдини олишда муҳим роль ўйнайди. Individual ҳолатларга мослаштирилган даволаш режалари муваффақиятли натижаларга эришиш имконини беради. Беморлар индивидуал хусусиятлари ва ҳамроҳ патологияларни ҳисобга олиш, тегишли даволашнинг самарадорлигини ошириш учун муҳимдир. (расм.3.12).

Бета-блокаторларининг қабул қилиш миқдорини таҳлилинини ўрганганимизда шулар маълум бўлдики, карведилол гуруҳидаги препаратларнинг ўртача миқдори $6,9 \pm 3,1$ мг, метопрололни $37,5 \pm 12,5$ мг, атенолол $54,0 \pm 27,0$ мг, бисопролол $4,7 \pm 1,5$ ва нихоят небивалол гуруҳидаги препаратларнинг кунлик дозаси $3,75 \pm 1,25$ мг ташкил этгани кузатилди (жадвал.3.6).



Расм. 3.12. АГли беморларда қабул қилинган дори воситалари таҳлили (%)

билан 3.6.жадвал

Гипертонияли беморларнинг қабул қилган дори воситаларининг дозалари таҳлили ((м ±м,мг)

№	Дори воситалари номлари	Ўртача миқдори
1	Карведилол	6,9 ±3,1
2	Метопролол	37,5±12,5
3	Атенолол	54,0±27,0
4	Бисопролол	4,7±1,5
5	Небивалол	3,75±1,25

Гипертония билан ҳасталанган беморларнинг Сийдик хайдовчи дори воситаларини қабул қилиш статистикаси қуйидагича:

- Сийдик хайдовчи дори воситаларини қабул қилган беморлар: 30 нафар (10.2%).

- Гидрохлортиазид: 21 бемор (70%) қабул қилган, кунлик миқдори 16.9±6.0 мг.

- Торасемид: 9 бемор (30%) қабул қилган, кунлик миқдори 7.5±2.9 мг.

Сартанлар дори воситаларини қабул қилиш статистикаси қуйидагича:

- Сартан гуруҳидаги гипотензив дори воситасини қабул қилган беморлар: 81 нафар.

- Лозартан: 45 бемор (55%) - энг кўп қабул қилинган.

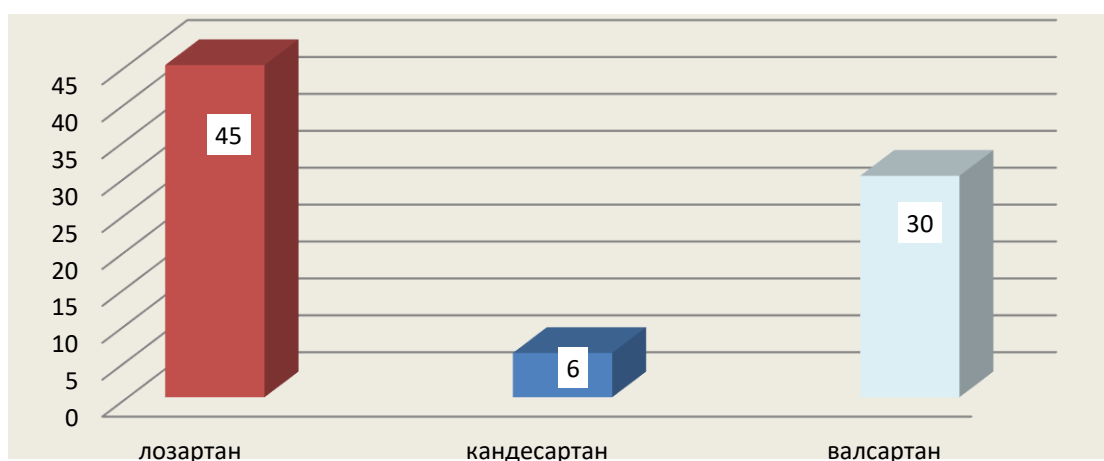
- Валсартан: 30 бемор (37%).

- Кандесартан: 6 бемор (7.4%).

- Сийдик хайдовчи дори воситалари: Сийдик хайдовчи дори воситалари гипертония билан ҳасталанган беморларда фойдали бўлганини кўрсатади, айниқса гидрохлортиазиднинг кўп миқдорда қабул қилиниши.

- Сартанлар: Лозартаннинг юқори фоизи бу дори воситасининг самарадорлиги ва қабул қилиш қулайлиги ҳақидаги маълумотлардан келиб чиқади. Валсартан ва кандесартан ҳам кўпчилик беморларда фойдаланилган, бу эса гипертонияни даволашда сартанларнинг самарадорлигини исботлайди.

Ушбу маълумотлар гипертонияни даволашда дори воситаларининг самарадорлигини, уларнинг беморлар орасида қандай тарқалишини ва шунга мос равишда ҳар бир дори воситасининг аҳамиятини аниқлашга ёрдам беради. (расм.3.13).



Расм. 3.13. Гипертонияли беморларда қабул қилинган дори воситалари таҳлили (n)

3.7.жадвал

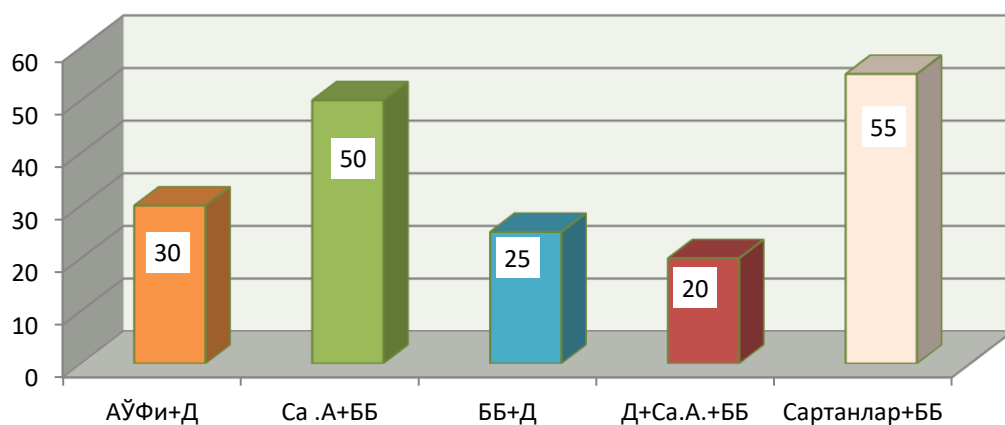
Гипертонияли беморларнинг қабул қилган дори воситаларининг миқдорлари таҳлили (($m \pm m, mg$))

№	Дори воситалари номлари	Ўртача миқдори
1	Лозартан	$74,4 \pm 30,5$
2	Валсартан	$62,0 \pm 23,0$
3	Кандесартан	$12,0 \pm 4,0$

Тадқиқот натижаларига кўра, гипертония билан касалланган беморлар гипотензив дори воситаларини талаб этилган кунлик миқдорда қабул

қилмаганлар. Ачинарлиси шундаки, юқори дозада дори қабул қилиш лозим бўлса-да, беморларнинг 71% (n=211) ҳолатда ўзбошимчалик билан кунлик дозани камайтиришган.Текширувга жалб қилинган 298 та бемордан юқорида қабул қилган гипотензив дорилари остида 38 % (n=115) АБ мақсадли даражасига етгани илмий изланишимизда ўз тасдиғини топди.

Шундай қилиб, илмий тадқиқотлар натижасида беморлар халқаро кардиология жамиятининг АГ профилактика, диагностика ва даволаш бўйича тавсияларига асосан гипотензив дори воситаларини қабул қилганлари аниқланди. Аммо, кунлик дозаларнинг етарли даражада эмаслиги исботланди. Артериал қон босимини самарали пасайтириш учун нафақат монотерапия, балки айниқса АГ ва коморбид ҳолатларда комбинацияли даволашга ҳам катта аҳамият берилади.



Илова: д-диуретик, са.а-кальций антогонистлари,бб-бета блокаторлари, аўфи-ангиотензин ўзгартирувчи фермент ингибитори.

Расм 3.14. АГли беморларнинг комбинацияли терапиясининг таҳлили (n)

Текширув натижаларига кўра, монотерапия қабул қилган беморларимиз 39% (n=118) ни ташкил қилди. Қолган 180 (61%) та беморимиз комбинацияли терапияни қабул қилишган. Шулардан 60 ёшдан кичик бўлган 69 та (58,4%) бемор монотерапия қабул қилган, 49 таси (41,5%) 60 ёшдан катта бўлган беморлардир.

Олинган натижалар шуни кўрсатадики, беморларимизнинг 17% и аўф + диуретикларни , 27,8% кальций антогонистлари + бета-блокаторларни, 14% бета-блокаторлари + диуретикларни, 11% диуретик + кальций

антогонистлари + бета-блокаторлари ва ниҳоят 30,5% сартанлар + бета-блокаторларини қабул қилган (расм.3.14).

Кейинги босқичда беморларнинг даво фонида артериал босимни мақсадли даражагача пасайиш ҳолатини таҳлил қилинди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики иккала терапия фонида бунга эришилмаган. Масалан, монотерапия қабул қилган беморларда артериал қон босимининг мақсадли кўрсаткичга пасайиши 118 та бемордан 32 та (27%) кузатилди . Бу гуруҳда аГ1 билан оғриган беморлар 48% (n=57), аГ2 51% (n=60) ва аГ3 1% (n=1) ташкил қилди. Артериал қон босимининг мақсадли кўрсаткичга пасайиши 19 (59%) нафар 60 ёшдан катта бўлган беморлар ва 13 (41%) нафари 60 ёшгача бўлган беморлар орасида кузатилди.

Комбинацияли даволаш фонида 180 та бемордан 78 та (43%) артериал босимни мақсадли даражасига пасайиши кузатилди. Шулардан 58 % (n=105) 60 ёшдан катта беморларни ташкил этса, 42 % (n=75) 60 ёшдан кичик беморларни ташкил этди. Нима учун комбинация даволаш усулида ҳам бу кўрсаткич хали ҳам паст даражада? Бунга систолик артериал босимаб; беморларнинг шифокор тавсиясига лоқайдлиги, дори воситаларини кунлик миқдори пастлиги, беморларнинг ўзбошимчалик билан кунлик миқдорини пасайтириши ва моддий қийинчиликдалигидадир.

§ 3.6. АГ билан оғриган беморларнинг шифокорларнинг даво кўрсатмаларига мойиллик (приверженность) кўрсаткичлари таҳлили

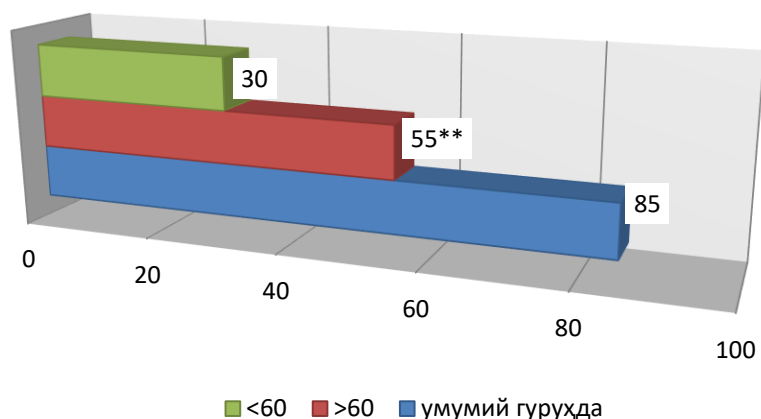
Ҳозирда олиб борилган тадқиқотларда гипертония касаллиги асоратларининг юқори даражада намоён бўлиши беморларнинг шифокор тавсияларига амал қилиш даражаси билан чамбарчас боғлиқ экани ҳулоса қилинмоқда. Албатта замонавий кардиология рандомизациялаштирилган илмий изланишларга таянади, аммо бу ишлар натижаси муаян клиник шароитларда кенг тарқалмаслиги ҳам мумкин, чунки беморлар ҳар хил клиник шароитда ҳар хил шифокор назоратида бўлади.

Тиббий муолажаларга риоя қилиш – ёши улуг беморларнинг даволаш ва профилактика дастурларининг муҳим қисми ҳисобланади. Сўнгги

пайтларда у гипертона ривожланишида мустақил хавф омили сифатида баҳоланмоқда. Ёши улуг ва қари ёшдаги беморлар даволанишга риоя қилмаслик бўйича энг қийин гуруҳга киради ва гипертона билан оғриганлар орасида кўпчиликти ташкил қилади.

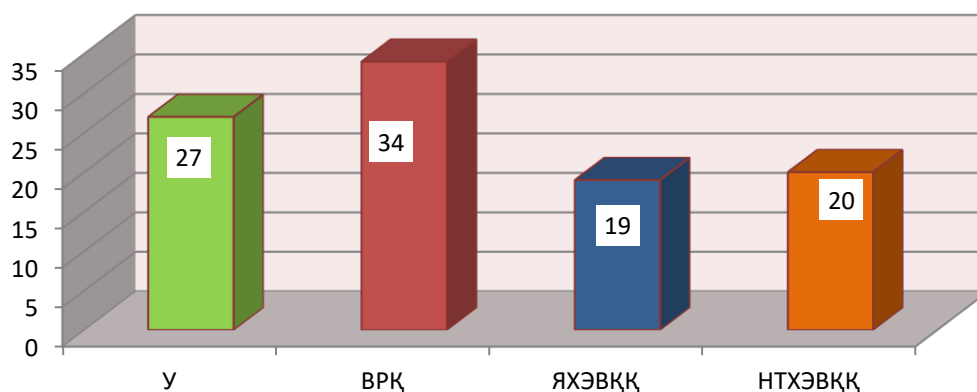
Илмий тадқиқотимизда Мориск-Грин сўровномаси асосида 85 (28,5%) беморда шифокор тавсияларига амал қилиш аниқланди, шундан 55 (65%) бемор 60 ёшдан катта, 30 (35%) эса 60 ёшдан кичик эди. Демак, ёши улуг беморлар орасида даволанишга мойиллик 54,5% ($p<0,01$) бўлиб, ёши кичик беморларга нисбатан юқори бўлди. (расм.3.15).

Олинган натижаларга кўра, 27% ($n=80$) беморимиз қон босимини туширувчи дори воситасини қабул қилишни унитган бўлса, 34 % ($n=101$) бемор қабул қилиш вақтига безътибор бўлган, 19% ($n=57$) бемор ўзини яхши хис қилган вақтда дориларни қабул қилмаган ва ниҳоят 20% ($n=60$) беморимиз медикаментнинг ножўя таъсирини сезган ҳолатларда дори воситасини қабул қилмаган (расм.3.16).



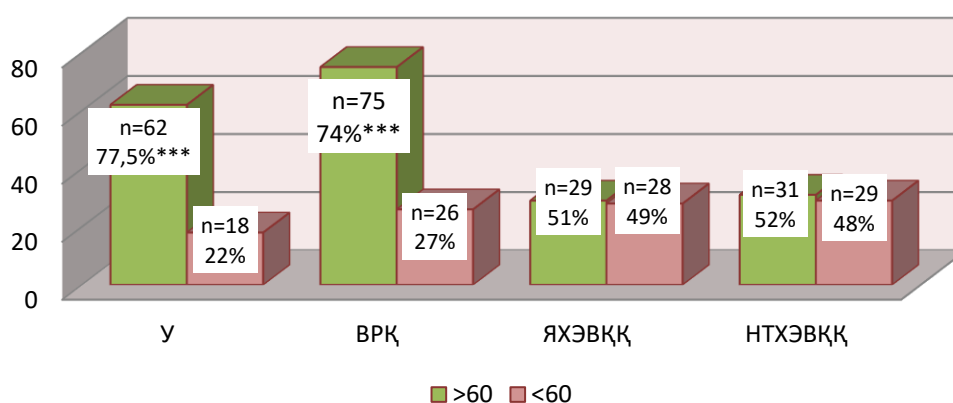
Илова: ** $p<0,01$ гуруҳлараро ишонарли кўрсаткич

Расм 3.15. Даволанишга мойиллик кўсаткичлари (4 балли мориск-грин шкаласи бўйича),(n).



Илова: у- унитган, врқ- вақтига риоя қилмаган ,яхэвққ- яхиш хис этган вақтда қабул қилмаган, нтхэвққ-ножуя таъсирини хис этган вақт қабул қилмаган

Расм. 3.16. Беморларнинг шифокор тавсияларига бўлган мажбурияти (приверженность)кўрсаткичлари таҳлили (%)



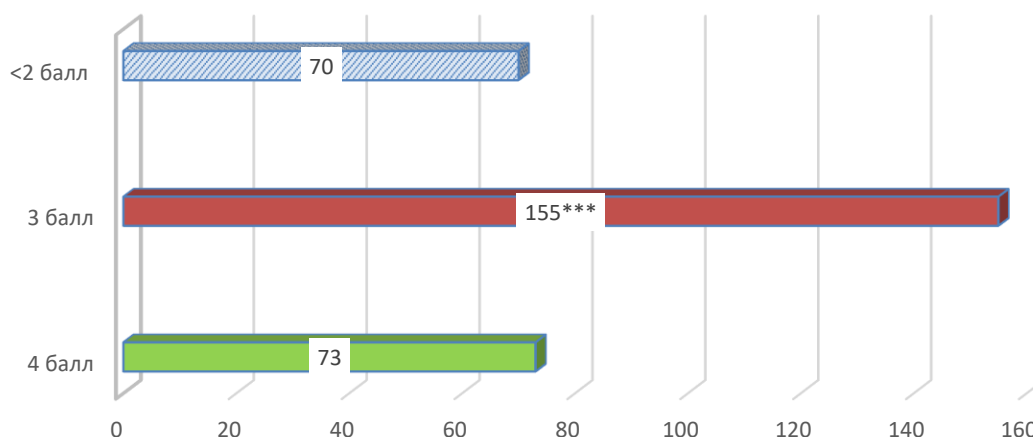
Илова: *** $p < 0,001$ гуруҳлар аро ишонарли кўрсаткич

У- унитган, врқ- вақтига риоя қилмаган ,яхэвққ- яхиш хис этган вақтда қабул қилмаган, нтхэвққ- ножуя таъсирини хис этган вақт қабул қилмаган

Расм. 3.17. Беморларнинг шифокор тавсияларига бўлган мойиллиги (приверженность)кўрсаткичларини уларнинг ёшига кўра таҳлили (n)

Олинган маълумотлардан кўриниб турибдики, барча ўрганилаётган кўрсаткичларнинг беморларнинг ёшига кўра таҳлили, 60 ёшдан катта бўлган беморларда юқори кўрсаткичлар қайд этилган. (расм.3.17).

Мориски-грин тести орқали беморларнинг даволанишга мойиллик даражасини ўрганар эканмиз, 298 та бемордан даволанишга мойилик кўрсаткичи 4 баллга тенг бўлган беморлар сони 73 (24,5%), 3 балли 155 (52,0%), ниҳоят даволанишга мойилиги паст (≤ 2 балл) бўлган беморлар 70 (23,5%) ташкил этди (расм.3.18).

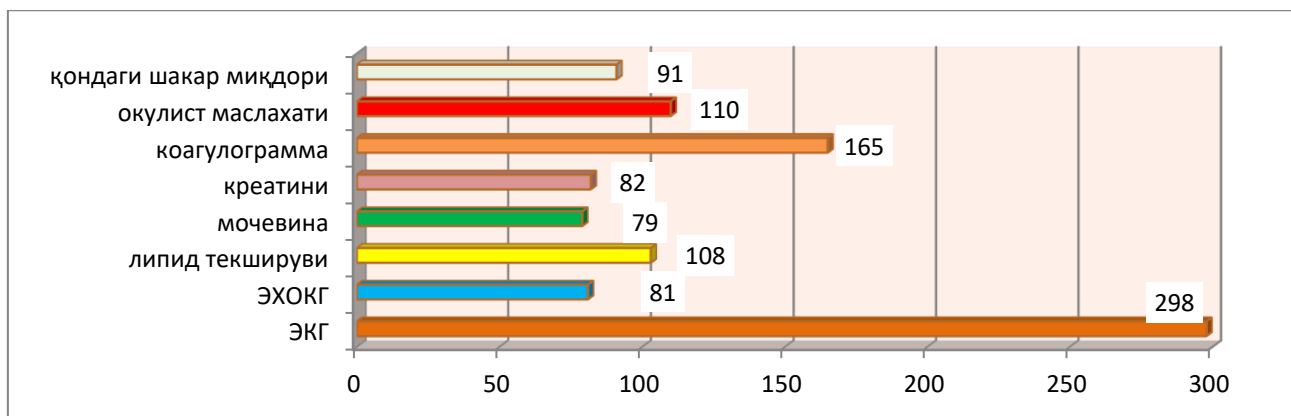


Илова: *** $p < 0,001$ гуруҳлар аро ишонарли кўрсаткич

Расм. 3.18. Беморларнинг даволанишга бўлган мажбуриятлари тахлили (n)

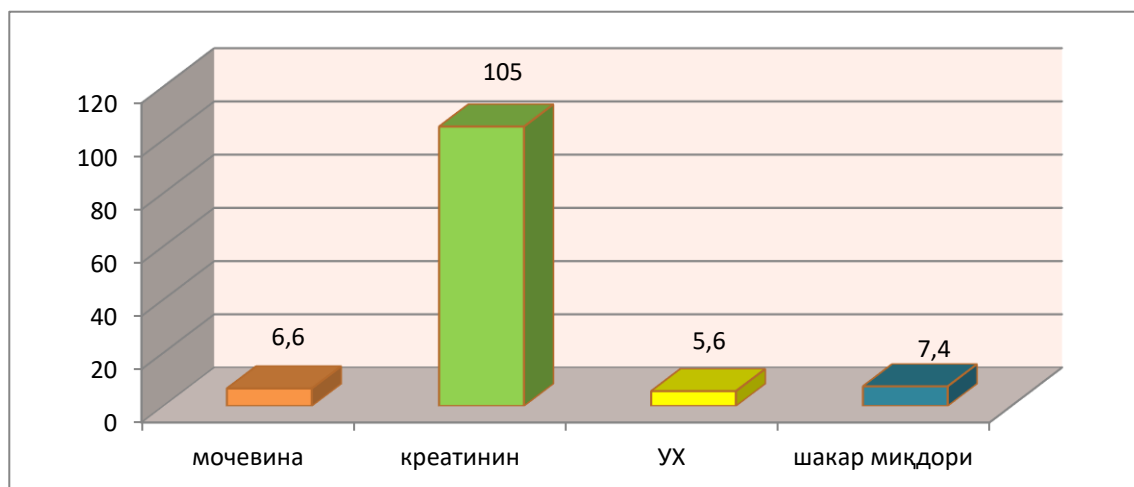
§ 3.7. Гипертония билан оғриган беморларга амбулатор шароитида олиб борилган лаборатор текширув усуллари тахлили

Гипертония касаллиги диагностикаси, профилактикаси ва даволаш бўйича яратилган кўрсатмаларга асосан, албатта қоннинг ва пешобнинг умумий тахлили, қондаги шакар, креатинин миқдори, шу билан биргаликда гломерулар филтрация тезлиги, микроальбуминурия холати, қондаги ёғлар миқдори ўрганилиши лозимдир. Инструментал текширувлардан экг, жоиз булганида ЭХОКГ (Россия АГ жамияти, бутун Россия илмий кардиология жамияти, аг диагностикаси ва даволаш усуллари. Россия тавсияномаси. 4- қайта кўриб чиқилиши.2010й). Бизнинг олиб борган илмий тадқиқотимизда, амбулатор шароитида текширувга жалб қилинган 298 нафар беморга қуйидаги лаборатор текширувлар олиб борилган: асбобли текширув усулларида экг текширув усули 100% беморларда ўтказилган, ЭХОКГ текшируви усули эса 81 (27,2%) та беморда ўтказилган.



Расм. 3.19. Текширувга жалб қилинган беморларда олиб борилган лаборатория-инструментал текширувлар таҳлили (n)

Биохимик текширувлардан қондаги липидлар миқдори 108 (35,9%) та, мочевина 79 (26,5%) та, креатинин 82 (27,5%) та, қондаги шакар миқдори 91 (30,5%) та беморда олиб борилган. Окулист маслаҳатидан эса 110 (34%) та бемор ўтган (расм.3.19).



Илова: УХ-умумий холестерин

Расм. 3.20. Беморларнинг биохимик текширув кўрсаткичлари(ммоль/л)

Қондаги умумий холестерин $5,6 \pm 0,9$ ммоль /л ташкил қилган бўлса, қондаги қанд миқдори $7,4 \pm 0,7$ ммоль/л, креатинин 105 ± 15 ммоль/л ва мочевина $6,6 \pm 1,2$ ммоль/л тенг бўлгани аниқланди (расм.3.20).

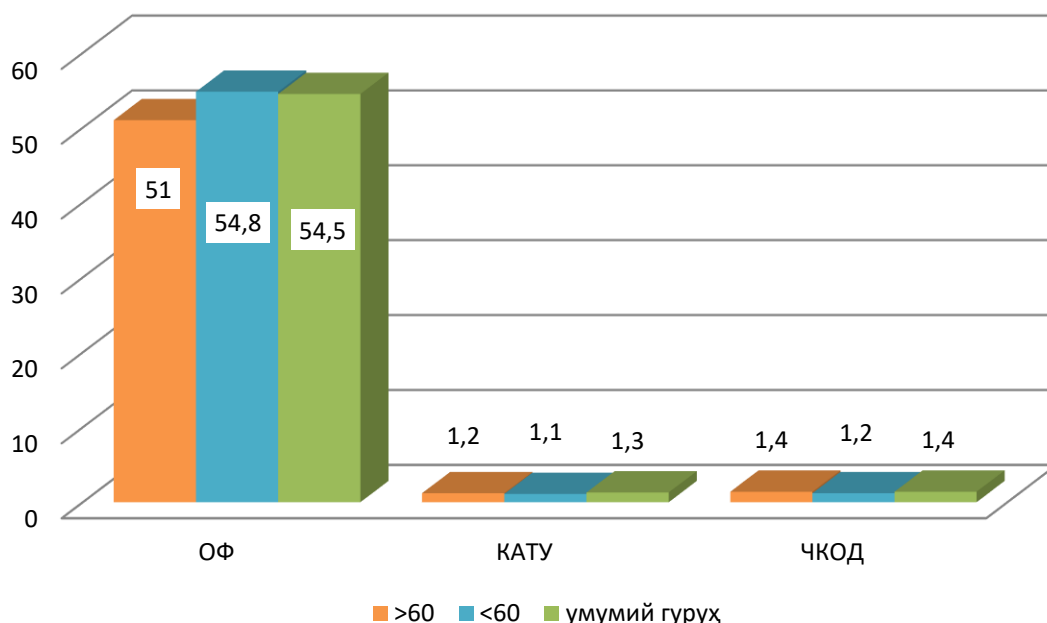
АГ ли беморларнинг ЭХОКГ кўрсаткичларининг таҳлили

№	Ўрганилаётган кўрсаткичлар	N=81
1	ОФ (%)	54,5±7,97
2	ҚАТЎ (мм)	1,3± 0,5
3	ЧҚОД (мм)	1,4± 0,2

Илова: ҚАТЎ-қоринчалараро тўсиқ ўлчами, ОФ-отиш фракцияси, ЧҚОД-чап қоринча орқа девори

Олинган натижаларга кўра, 298 та бемордан 81 тасида эхокг текшируви ўтказилган. Шуниси ачинарлики, ЭХОКГнинг хамма кўрсаткичлари тўлиқ ўрганилмаган. Отиш фракцияси 81 та беморда ўрганилган бўлиб, 54,5±7,97 % ни ташкил этган. 18 та беморда ҚАТЎ (1,3± 0,5 мм) ва ЧҚОД (1,4± 0,2 мм) кўрсаткичлари ўрганилган. Таҳлил қилинган кўрсаткичлар гипертония хасталиги мавжуд беморларимизда чап қоринча гипертрофияси борлигини исботлади.

60 (n=35) ёшдан катта бўлган беморларда ОФ 51,2±2,59% га, 60 (n=46) ёшдан кичик беморларда эса 54,8 ±3,08% тенг бўлди (жадвал.3.8).



Расм.3.21. Беморларнинг ЭХОКГ текширув кўрсаткичлари

3.21. Расмда кўрсатилган таҳлиллар шуни кўрсатдики, эхокг текширув кўрсаткичлари борасида ёшига нисбатан сезиларли тафовут мавжуд эмас экан.

ЭКГ текшируви юқорида кўрсатилганидек ҳамма беморда (100%) ўтказилган. Чап қоринча гипертрофияси 298 та бемордан 282 тасида аниқланиб 94% ташкил этди. 60 ёшдан катта беморларда бу кўрсаткич 67% (n=189) ташкил этса, 60 ёшдан кичик бўлган беморларда 33% (n=93) ташкил этди.

Хулоса қилиб шуни такидлаш мумкинки, гипертония ҳасталиги ташхисоти ва унинг терапияси борасида ишлаб чиқилган тавсияларга шифокорлар томонидан амал қилинмаган. Буйрак тарафидан гломеруляр фильтрация тезлиги, микроальбуминурия ҳолати умуман ўрганилмаган.

Тадқиқотга жалб этилган беморларимизнинг поликлиникага қатнови ўртача ҳисоб бўйича йилига $6,0 \pm 1,8$ маротабани ташкил қилди.

3.9.жадвал

Аг даволашда шифокорлар томонидан дори воситаларининг тавсия этилишининг таҳлили

№	Ўрганилаётган	N	%
---	---------------	---	---

	кўрсаткичлар		
1	Даволаш ўзгаришсиз қолди	57	19
2	Дори воситаларининг дозаси ўзгарди	72	24
3	Дори воситалари алмаштирди	104	35
4	Қўшимча дори воситалари тавсия этилди	65	22
	Жами	298	100

3.9.жадвалдан кўриниб турибдики, 22% (n=65) беморларга аб пасайтириш учун қўшимча дори воситаси тавсия этилган, 35% (n=104) дори воситалари алмаштирилган, 24 % (n=72) ҳолатда дори воситаларининг дозаси ўзгартирилган ва нихоят 19% (n=57) даволаш ўзгаришсиз қолган.

3.10.жадвал

АГ даволашда шифокорлар томонидан дори воситаларининг тавсия этилишининг таҳлили (ёшига нисбатан таҳлил)

№	Ўрганилаётган кўрсаткичлар	>60		<60	
		N=197	%	N=101	%
1	Даволаш ўзгаришсиз қолди	45	22,8	12	11,8
2	Дори воситаларининг дозаси ўзгарди	59	29,9	23	22,8
3	Дори воситалари алмаштирди	58	29,4	46	45,5
4	Қўшимча дори воситалари тавсия этилди	35	17,7	30	29,7

3.10.жадвалдаги маълумотлардан кўриниб турибдики, 60 ёшдан катта бўлган беморларда энг кўпида дори воситаларини дозаси ўзгарган (29,9%), энг кам қўшимча дори воситалари тавсия этилган (17,7%), 60 ёшдан кичик беморларда эса, энг кўп ҳолларда дори воситалари ўзгартирилган (45,5%), бу гуруҳ беморларида энг кам даволаш ўзгаришсиз қолди (11,8%)

3.11.жадвал

АГ ли беморларнинг стационар шароитида даволанишга бўлган эҳтиёжи систолик артериал босимабларининг таҳлили

№	Ўрганилаётган кўрсаткичлар	N	%
1	АГ жадаллашуви сабабли	145	49
2	Гипертоник инқироз	64	21
3	Режали равишда	89	29

Поликлиникага мурожат қилган агли беморларнинг 25,5% (n=76) да абни мақсадли даражага пасайишига эришилган. Бунинг оқибатида 49% (n=145) бемор клиникага агнинг жадаллашуви оқибатида ётқизилган бўлса, 21% (n=64) да гипертоник инқироз (криз) ва шу билан биргаликда 29% (n=89) ҳолатда режали равишда клиникага ётқизилган (жадвал.3.11).

3.12.жадвал

АГ ли беморларнинг стационар шароитида даволанишга бўлган эҳтиёжи сабабларининг таҳлили (ёшига нисбатан таҳлил)

№	Ўрганилаётган кўрсаткичлар	>60		<60	
		N=197	%	N=101	%
1	АГ жадаллашуви сабабли	120	50,7**	25	24,7
2	Гипертоник инқироз	42	21,3	22	21,7
3	Режали равишда	55	27,9	34	33,6

Илова: **p<0,01 гуруҳлар аро ишонарли кўрсаткич

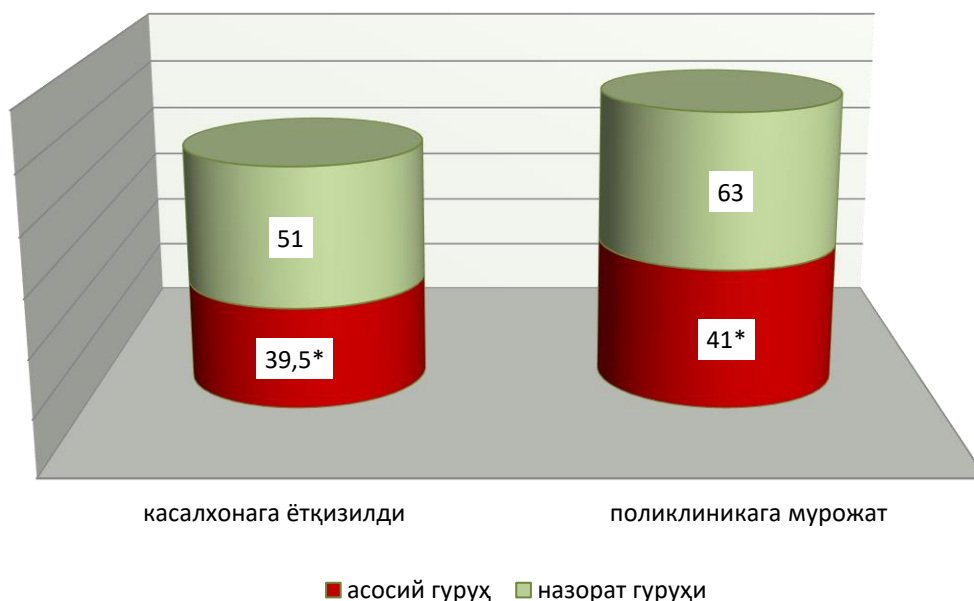
Олинган натижаларга кўра, 60 ёшдан катта бўлган беморларда гипертония касаллигининг авж олиши 50,7% ни ташкил этди. 60 ёшдан кичик бўлган беморларда эса клиникага режали равишда ётқизилган беморлар 33,6% ни ташкил этди. (жадвал.3.12).

IV. БОБ. Артериал гипертонияли беморларга олиб борилган “артериал гипертония” мактабининг самарадорлигини баҳолаш”

§ 4.1. Гипертония мактабидан кейинги беморларнинг шифокорларга мурожатлари, касалхоналарга қайта ётқизилиш ва асоратларини таҳлили

Гипертония билан касалланган беморларни амбулатор шароитда даволашнинг дастурлари замонавий тиббиётда муҳим аҳамиятга эга. Ушбу дастурлар асосан иккиламчи профилактика ва беморнинг аҳволини оғирлашишини олдини олишга қаратилган. Артериал гипертонияли беморларни бошқаришда ўз-ўзини даволаш ва бошқариш бўйича ўқув дастурларини амалга ошириш муҳим аҳамият касб этади. Дастурлар гипертония ҳасталиги билан касалланган беморларнинг ва уларнинг қариндошларининг соғлиғи ҳолати, ҳаёт сифатини ошириш йўллари, ўз-ўзига ёрдам бериш усуллари ва ўзларининг соғлиғини назорат қилиш борасида ахборот таъминотини оширишга қаратилган турли тадбирлар йиғиндисидир.

Бизнинг ишимиздаги асосий мақсадлардан бири гипертония билан оғриган беморларда инновацион технологиялардан фойдаланиб, "ўзини-ўзи даволаш" ва "ўзини-ўзи бошқариш"ни ўқитиш самарадорлигини баҳолаш, мослаштириш ва амалга оширишдир. Бир йил мобайнида кузатув натижалари шуни кўрсатдики, асосий гуруҳда назорат гуруҳига қараганда шифохонага ётқизилган беморларнинг сони анча оз бўлган ($n=51$, 39,5%). Гипертония мактабида ўқитилмаган беморлар гуруҳида эса бу кўрсаткич 51% га тенг бўлди ($n=70$). Шу билан биргаликда поликлиника шифокорларга мурожат қилган беморларнинг сони ҳам камайди: асосий гуруҳда 41% ($n=53$), назорат гуруҳида 63% ($n=87$) (расм. 4.1).



Илова: * $p < 0,05$ гуруҳлар аро ишонарли кўрсаткич

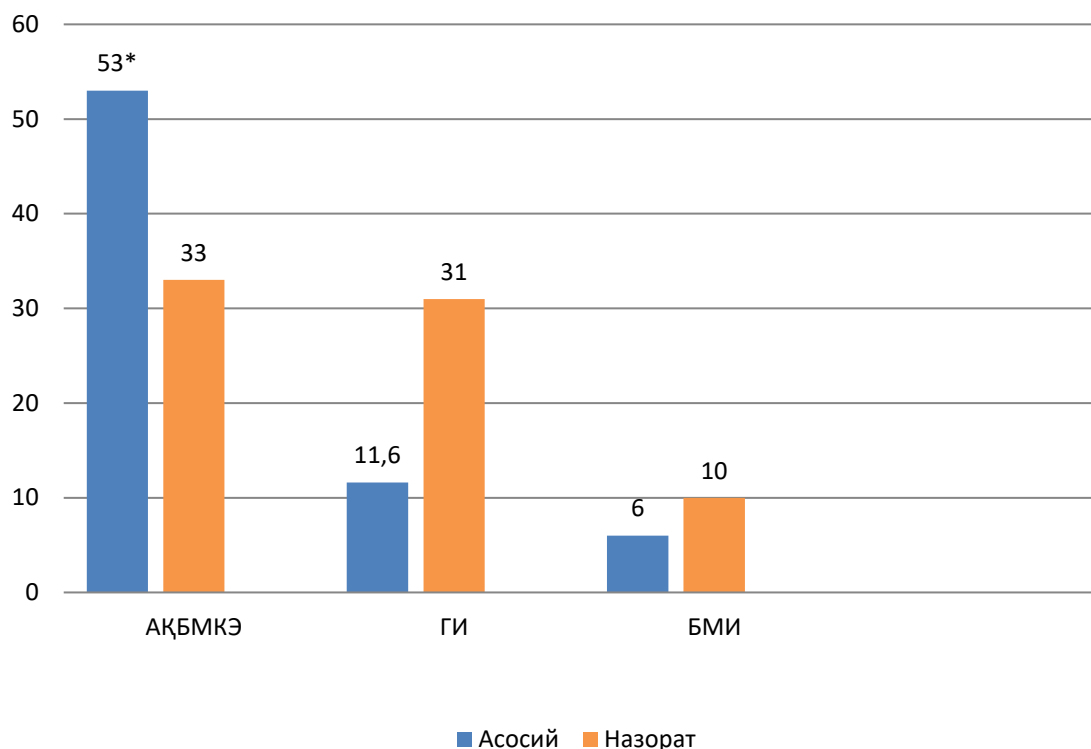
Расм. 4.1. Гипертония ҳасталиги билан касалланган беморларнинг шифохонага ётқизилиши ва шифокорларга мурожати таҳлили (%, 1 йиллик натижалар)

Гипертония мактабининг самарадорлиги қон босимини мақсадли даражага пасайиши билан ҳам белгиланади. Дастлабки кўрсаткич 25,5% ни ташкил этган бўлса, 1 йилдан сўнг қон босимини мақсадли даражага пастлаши асосий гуруҳда 53% ($n=69$, $p < 0,05$), назорат гуруҳида эса 33% ($n=45$) беморларда кузатилди.

Гипертоник кризлар, асосий танлаб олинган гуруҳда 129 та бемордан 15 та (11,6 %) ни ташкил этган бўлса, назоратдаги беморлар гуруҳида бу кўрсаткич 43 нафар (31%) га тенг бўлди. Олинган натижалар назорат гуруҳидаги беморларда ўрганилаётган кўрсаткич ҳали ҳам юқорилигича сақланиб турганлигидан далолат беради.

Шу билан бир қаторда АГ ли беморларда бош мия ўткир бош мия қон айланишининг бузилишининг учраш ҳолатлари ҳам таҳлил қилинди. Бош мия ўткир бош мия қон айланишининг бузилишлари асосий гуруҳда 6,2% ($n=8$; 1 та беморда геморагик ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши ўлим билан якунланди, 2 та беморда транзитор ишемик ҳолати ва 5 та беморда ишемик ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши) ни ташкил қилса, назорат гуруҳидаги беморларда 10,1 % ($n=14$; 2 та беморда геморагик

ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши) ўлим билан якун топди, 5 та беморда транзитор ишемия ва 7 та бемор ишемик ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши) тенг бўлгани аниқланди (расм. 4.2).



Илова: * $p < 0,05$ гуруҳлараро ишонарли кўрсаткич
АҚБ МКЭ-артериал қон босимининг мақсадли кўрсаткичга эришилиши, ГИ-гипертоник инкироз, БМИ-бош мия ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши

Расм- 4.2 мактбнинг самарадорлигини баҳолаш(%)

§ 4.2. Беморларнинг ўқув дастуридан кейинги даволанишга бўлган мойиллик кўрсаткичлари таҳлили

Гипертония мактабидан сўнг медикаментоз даволаш усуллари таҳлил қилар эканмиз асосий гуруҳ беморларида сезиларли даражада ижобий натижалар олинди.

Асосий гуруҳ беморларида сартанларни қабул қилган беморларимиз 39 (30%) тани , бета-блокаторларни 30 (23,2%) тани , кальций антогонистларини 30 (23,2%) та ва ниҳоят апф ингибиторларни қабул қилганларимиз ҳам 30 (23,2%) та кишини ташкил қилди. Назорат гуруҳида эса 138 та бемордан 40 (30%) таси сартанларни, 31 (22,5%) таси бета-блокаторларни, 38 (27,5%) таси кальций антогонистларини ва 29 (21%) таси апф ингибиторларини қабул

қилган. Албатта мактабдан сўнги маълумотлар гипотензив дориларнинг кунлик дозаси томонидан сезиларли фарқ борлини кўрсатди.

Жадвал 4.1

Гипертония билан хасталанган беморларнинг қабул қилган дори воситаларининг мактабдан кейинги кўрсаткичлари таҳлили (м ±м,мг)

№	Дори воситалари номлари	Ўртача миқдори		
		Мактабдан олдин	Асосий гуруҳ	Назорат Гуруҳи
1	Лизиноприл	10,4 ±5,0	17,6±6,1*	11,6±2,2
2	Эналаприл	10,1±5,4	19,5±5,8***	10,8±3,2
4	Рамиприл	5,0±2,5	8,25 ±1,6	6,7±1,9
5	Лозартан	74,4 ±30,5	90,4±12,2**	74,8±21,3
6	Валсартан	62,0±23,0	92,0±21,4*	75,8±16,6
7	Кандесартан	12±4,0	17.0±4,2	—

Илова:*p<0,01,**p<0,02,***<0,0003 гуруҳлараро ишонарли кўрсаткич

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, беморларимиз қисқа муддат таъсир қилувчи апф ингибиторларидан воз кечганлар. Даволаниш жараёнида лизиноприл, эналаприл ва рамипридан фойдаланганлар. Асосий гуруҳда лизиноприлнинг дозаси мактабдан сўнг бирламчи кўрсаткичларга нисбатан 59% га, эналаприлнинг 65% га ва ниҳоят рамиприлнинг дозаси 50% га юқори бўлди. Олинган натижалар ишонарли кўрсаткичга эга бўлди. Аммо шуниси ачинарлики, назорат гуруҳидаги беморларимизнинг дастлабки кўрсаткичга нисбатан қабул қилган апф ингибиторларининг кунлик миқдорлари томонидан сезиларли ижобий натижалар кузатилмади.

Асосий гуруҳ беморларимизда лизиноприлнинг кунлик миқдори назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан 52% (p<0,01) ва эналаприлнинг кунлик миқдори эса 55% (p<0,0003) юқори бўлди (жадвал. 4.1).

Сартанларнинг ҳам кунлик миқдори дастлабки кўрсаткичларга караганда сезиларли даражада ўзгарган. Асосий гуруҳда лозартаннинг кунлик миқдори дастлабки кўрсаткичларга нисбатан 34 % га, валсартаннинг 40% ва ниҳоят кандесартаннинг 42% га юқори бўлди. Назорат гуруҳидаги

беморларимизда дастлабки кўрсаткичга нисбатан валсартаннинг кунлик миқдори 18% га, кандесартан 13,3% га ва лозартан 11% га юқори кўрсаткичга эга эканлиги кузатилди.

Жадвал 4.2.

АГ ли беморларнинг қабул қилган дори воситаларининг мактабдан кейинги кунлик миқдорини таҳлили ((м ±м,мг)

№	Дори воситалари номлари	Ўртача миқдори		
		Мактабдан олдин	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи
1	Карведилол	6,9 ±3,1	10,1±2,7*	8.3±3,0
3	Атенолол	54,0±27	87,5±22,0*	70,0±24,5
4	Бисопролол	4,7±1,5	7,0±1,6***	5,9±1,6
5	Небивалол	3,75±1,25	6,9±2,1**	5,0±0,0
6	Нифидипин	14 ±8,5	15.6±6,7	14,5±7,2
7	Амлодипин	5,3±2,5	7,5±1,9***	5,6±1,7
8	Лерканидипин	5,0±0,0	7,9±2,2	5,5±2,4

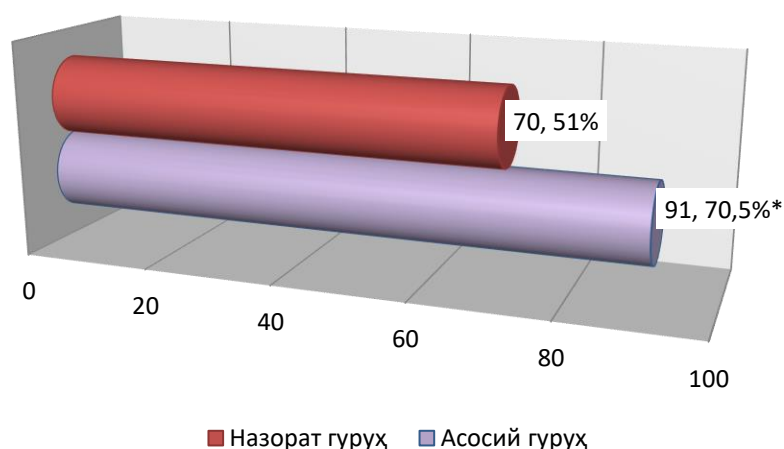
Илова:*p<0,04, p<0,07,* p<0,002 асосий гуруҳ беморлардаги кўрсаткичларни мактабдан олдинги кўрсаткичларига нисбатан ишонарли кўрсаткичи

Беморларимиз қабул қилган бета-блокаторларга мансуб бўлаган препаратларни таҳлил қилар эканмиз, метапролол қабул қилган беморлар 0% ни ташкил этди. Асосий гуруҳда ҳам назорат гуруҳида ҳам карведилол, атенолол, бисопрол ва небивалол қабул қилган беморлар ўрин тутди. Албатта аГ ли беморларнинг дори воситаларини кунлик қабул қилиш миқдорида сезиларли ўзгаришлар мавжуд. Аммо яна сезиларли ижобий ўзгаришлар асосий гуруҳда намоён бўлди, яъни дастлабки кўрсаткичларга нисбатан карведилолни кунлик миқдори 46% (p<0,04) ни, атенололнинг 42% (p<0,04), небивалолнинг 55% (p<0,07) ва бисопрололнинг 45% (p<0,002) ташкил этди. Назорат гуруҳида эса 6%, 21%, 12,5% ва 2% га тенг бўлди ва олинган натижалар ишонарли кўрсаткичга эга бўлмади (жадвал. 4.2).

Жадвалдаги (4.2.) Маълумотлардан кўриниб кўриниб турибдики, иккала гуруҳ беморларимиз орасида кальций антогонистларидан бўлган верапамил дори воситасини қабул қилган беморлар бўлмади. Буни албатта ижобий ўзгариш деб қабул қилиш мумкин. Аммо назорат гуруҳидаги беморларимизда хали ҳам кальций антогонисталарининг кунлик миқдори

етарли даражада эмасдир. Шунинчиси таъкидлаб ўтиш лозимки, мактабдан кейин ҳам агар беморларимизнинг кальций антагонистларининг кунлик миқдори дастлабки кўрсаткичларга нисбатан юқори, аммо тавсия этилган даволаш стандартларига тўғри келмайди. Мактабдан сўнг кальций антагонистларидан лерқонидипин ва амлодипиннинг кунлик қабул қилиш миқдори томонидан сезиларли ўзгариш кузатилди, яъни дастлабки кўрсаткичга нисбатан амлодипиннинг кунлик миқдори 40% ортган бўлса, лерқонидипиннинг эса 58% га юқорилиги кузатилди. Назорат гуруҳида эса, юқорида кўрсатиб ўтганимиздек дастлабки кўрсаткичларга нисбатан сезиларли фарқ аниқланмади.

Юқоридаги айтилганлар гипертония билан оғриган беморларни ўз-ўзини даволаш ва бошқариш кўникмаларига ўргатиш самарадорлигини билвосита тасдиқлайди. Тадқиқот натижаларига кўра, артериал гипертониянинг иккиламчи профилактикасида беморларни ўқитиш усулининг қўлланилиши даволаш самарадорлигини оширишда ижобий таъсир кўрсатади. Комбинациялашган даволаш усуллари борасида яна ижобий кўрсаткичларни асосий гуруҳ беморларида кузатдик. Асосий гуруҳидаги беморларда 2 ва ундан ортиқ комбинацияли даволаш 51% (n=66) ни ташкил қилган бўлса, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 29% (n=40) га тенг бўлди.



Илова: * $p < 0,05$ гуруҳлараро ишонарли кўрсаткич

Расм 4.3. Гипертония ҳасталиги мактабидан кейинги даволанишга мойиллик кўсаткичлари (4 балли Мориск-Грин шкаласи бўйича, n, %).

Мориск -Грин шкаласи бўйича даволанишга мойиллик кўрсаткичини ўрганар эканмиз, асосий гуруҳ беморларида даволанишга мойиллик назорат гуруҳига нисбатан 30% ($p < 0,01$) баланд эканлигини кузатдик (расм. 4.3).

ХОТИМА

Гипертония ҳасталиги (АГ) юрак қон-томир ҳасталиклари, асосан, меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида тарқалиши бўйича етакчи ўринни эгаллайди [3, с. 994-999]. АГ инсоният тарихида XX асрнинг ноинфекцион пандемияси ҳисобланиб, XXI асрда ҳам давом этмоқда. Ижтимоий тиббий оқибатлар турли ёшдаги инсонлар орасида ногиронлик ва ўлимнинг асосий сабаби бўлиб, замонавий соғлиқни сақлашнинг муҳим муаммоси саналади. [82, с. 587-590]. Мазкур муаммо аҳамиятли эканлиги катта миқдордаги гипотензив дори воситаларининг (агдв) мавжудлигига қарамай, реал амалиёт шароитида артериал босимнинг мақсадли кўрсаткичига 5-31% ҳолатда эришиш мумкин [107, с. 217]. С.А. Шальнова маълумотига кўра (2006), Россияда фақат 21,5% беморлар артериал гипертониядан самарали даволанмоқда [84, с. 45-50].

Бу самарали, энг арзон профилактика ва даволаш чораларини ишлаб чиқиш зарурати ҳақида маълумот беради. Мазкур адиастолик артериал босимиётлар гипертония ҳасталиги билан хасталанган беморлар ҳаёт сифатининг ёмонлашганлиги ҳақида маълумот беради [20, с. 72-73]. Тадқиқотнинг долзарблиги артериал гипертонияга дучор бўлган беморлар сонининг ортиб бораётганлиги билан изоҳланади. Касалликнинг кенг доирада ривожланиши, беморлар сонининг доимий ортиб бориши, аҳоли орасида гипертония ҳасталиги ривожланиш хавфи гуруҳини ташкил этадиган функционал оғишли кишиларни ўз вақтида аниқланиши зарурлигини тасдиқлайди.

Бугун қишлоқ тиббиёти маҳаллий соғлиқни сақлашнинг “оғриқли нуқтаси” ҳисобланади. Умуман олганда, ўлим даражаси бўйича қишлоқ

шаҳардан 20% устунлик қилади, бунда асосий омил – юрак қон томир ҳасталикларидан меҳнатга лаёқатли кишилар ўлими саналади [67, с. 4-8].

Қишлоқ аҳолиси орасида артериал гипертония ҳасталиги билан беморларнинг шифохонада даволаниш кунларининг ўртача миқдори юқориликча қолмоқда, ёши улуғ аҳолининг гипертония ҳасталиги билан ҳасталаниш кўрсаткичлари шаҳар шароитида яшовчи аҳолига нисбатан анча паст. Бу касаллик аниқланмаганлиги ва қишлоқ соғлиқни сақлаш тизими ҳолатининг ёмонлигига боғлиқ [55, с. 22].

Қишлоқ аҳолиси саломатлигининг ҳар тарафлама ўрганишга қаратилган илмий изланишлар кўплаб замонавий қишлоқ жамияти ва уларнинг ҳаёт фаолияти учун хос: демографик, экологик, ижтимоий-моддий, ҳудудий, маданий омиллар таъсирида тасдиқланади [77, с. 182-184]. Қишлоқ шароитидаги беморларга тиббий ёрдам кўрсатишни ташкиллаштиришнинг ўзига хос хусусиятлари фельдшер-акушерлик пунктлари (ФАП) ва марказий туман касалхоналари (МТК) радиуси, ишнинг мавсумийлиги, қишлоқ ҳўжалигидаги ишлаб чиқариш ва маиший шароитнинг ўзига хослиги билан белгиланади [19, с. 9-10].

Касалликнинг олдини олиш, гипертониянинг дастлабки белги ва хавф омилларини эрта аниқлаш, гипертония билан ҳасталанган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш сифати, чекка аҳоли орасида даволаш ва соғломлаштириш ишларини ривожлантириш, ҳамда касаллик профилактикаси тизимини такомиллаштириш замонавий соғлиқни сақлаш тизимининг муҳим вазифасидир. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда илмий ишнинг мақсади этиб Андижон вилоятида яшовчи гипертония касаллиги билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашда иккиламчи профилактика бўйича тадбирлар аҳамиятини асослаш деб белгилаб олдик. Олдинга режа қилинган мақсад ва вазифаларни амалга ошириш учун Андижон вилояти, Асака шаҳридаги кўп тармоқли 1-сонли марказий поликлиникада рўйхатда бўлган 298 нафар гипертония касаллиги билан оғриган беморлар тадқиқот мақсадида олинди.

Kearney P. ва бошқ. [107, с. 217] гипертония касаллигини тарқалишида турли мамлакатлар ўртасидаги сезиларли фарқларни қайд этди. Гипертония тарқалишининг ўзгарувчанлик диапазони ҳиндистоннинг қишлоқ жойларида 3,4% эркакларни, 72,5% полша аёлларини ташкил қилади. Моддий ривожланган шимолий америка ва европа давлатларида гипертониянинг тарқалганлиги 20-50% ни ташкил қилиб, касаллик эркакларга нисбатан аёлларда ва европаликларга нисбатан негроид ирқида юқори кўрсаткичга эга бўлган. Африка, осие ва лотин америкасининг моддий ривожланаётган давлатларида гипертония касаллигининг тарқалиши ривожланган мамлакатлардагига қараганда паст бўлиб, 20-30% ни ташкил этди. Бундан кўриниб турибтики аёлларда гипертония ҳасталигитарқалиши эркакларга нисбатан, европоид ирқиға мансуб аҳолиға нисбатан негроид ирқиға мансуб одамларда касаллик тарқалиши юқори эди, аммо бу тафовут моддий ривожланган мамлакатлардагига қараганда камроқ кузатилган эди. Шаҳар ва қишлоқ аҳолиси ўртасида гипертония ҳасталигитарқалишидаги тафовут бирига зид эди.

Тадқиқот натижаларимизга кўра, гипертониянинг тарқалиши 60 ёшдан катта беморларда 34% ни ташкил этса, 60 ёшдан кичик беморларда 66% га тенг бўлди. Шунингдек, ёши катта беморларда касалликнинг учраш частотаси 60 ёшгача бўлган беморларга нисбатан 51,2% га юқори эканлиги аён. Гипертония билан оғриган беморларнинг жинсига нисбат таҳлил қилар эканмиз, эркак жинсига хос беморларимизда 40 % га тенг булса, аёлларда 60%ташкил этди, яъни ўрганилаётган кўрсаткич аёлларда эркакларга нисбатан 48% га юқори эканлигидан далолат бермоқда.

Гипертония ҳасталигининг асоратларини профилактикасида энг аҳамият касб этадиган омиллардан бири бу беморларнинг ағ касаллиги борасидаги тушунчаға эға эканлигидир. Россия олимлари олиб борган тадқиқотлар натижасига кўра

314 (47,14%) та бемор гипертония нима эканлигини тушунтира олмади, 352 (52,85%) бемор бу касалликнинг моҳиятини аниқ англамади. 606

(90,69%) бемор уйда қон босимини ўлчаш учун тонометр борлигини тасдиқлади. Беморларнинг 50% дан кўпроғи кун давомида камида бир марта қон босимини ўлчайди, тахминан 9,46% беморлар қон босимини умуман ўлчамайди, 21,02% эса фақат ўзини ёмон сезганда ўлчайди. Бироқ, фақат 82 (12,31%) бемор қон босими кундалигини юритган. Беморларнинг 70% дан ортиғи босим кундалиги нима эканлигини билмайди ва 16,97% билади, лекин кундалик юритмайди. [75, с. 62].

Бизнинг андижон вилоятида олиб борган тадқиқотларимиз натижаларига кўра, АГ ли беморларимизнинг 67% аг дан хабардор бўлган, 69 % аёл беморларимиз туғри келимокда, эркакларда эса 26% ташкил этди. Сезиларли фарк беморларнинг ёшига кўра таҳлилида намоён бўлди, яъни 68% >60, 32% <60 беморларда.

Беморларнинг 50% дан кўплиги кун давомида камида бир марта қон босимини ўлчайди, аммо тахминан 9,46% беморлар қон босимини умуман ўлчамайди, 21,02% эса ўзларини ёмон сезган пайтда ўлчайди. Шундан келиб, фақат 82 (12,31%) бемор қон босими кундалик журнаliga ёзиб борган. Беморларнинг 70% дан ортиғи қон босими кундалиги нима эканлигини билмайди, 16,97% эса билишса-да, уни юритмайдилар. [75, с. 62].

Бизнинг тадқиқот натижаларимизга кўра, аг ли беморларимизнинг 27% АБ ни мунтазам назорат қилиб турган, 54,7% эса безовта бўлган шароитда шифокорларга мурожат қилган. Шуниси ачинарлики текширувдаги 18% беморлар умуман шифокорларга мурожат қилмасдан, ўз бошимчалик билан дори воситаларини қабул қилган.

Касалликнинг узок вақт мобайнида давом этиши туфайли юрак билан боғлиқ ўзгаришлар содир бўлади, бу юрак соҳасидаги оғриқли хуружлар, юрак уришини тезлашиши, аритмиялар ва нафас қисилиши (хансираш) билан намоён бўлади. Юрак етишмовчилиги ривожланади. Шунини ҳам ёдда тутиш керакки, қон босимининг ошиши натижасида бурундан қон кетиши мумкин, шунинг учун қон босимини ўлчаш ва шифокорга мурожат қилиш керак. Бош оғриғи, асосан энса соҳасидаги, кўпинча юқори қон босими натижасида

юзага келади. Баъзи ҳолларда қон босими ошиши билан бош оғриғи ҳам кучаяди. Базида, қон босими юқори бўлган беморлар бош оғриғини сезмайдилар ва ўзларини яхши ҳис қилишади, бу еса касалликни аниқлашни қийинлаштиради. Бу инсоннинг психологик хусусиятларига ва касалликка аста-секин мослашиши билан боғлиқ. [59, с. 289].

Бизнинг текширувга жалб этилган беморларимизнинг қон босими юқорига бўлган ҳолатларда аввалам бор 49,8% юрак уриб кетиши, 45,7% бош оғриши, 36,2% қулоқ шанғиллашиши, 34,2% кўз олдини қоронғилашуви, 31,8% бош айланиши каби шикоятлар юзага келган, шу билан биргаликда 60 < бўлган беморларнинг 37% ҳолатда бош айланиши ва 52,8% юракни тез уриб кетиши безовта қилган бўлса, 60 > беморларимизда етакчи клиник белгилардан юрак соҳасидаги оғрик (45,5%) ва бўйин гардон қотиши (61,3%) бўлди.

Олинган натижаларни таҳлил қилар эканмиз, 60 ёшдан катта бўлган беморларимизда бош айланиши, бошдаги оғрик, кўз олдини қоронғилашуви ва қулоқ шанғиллаши кўп учраш ҳолатларини бу ёшда кўп кузатиладиган дисциркулятор энцефалопатия ҳолатлари билан боғлаш мумкиндир .

Артериал гипертония ҳасталиғи билан оғриган 298 беморларда агнинг даражага нисбатан тарқалиши кўп қирралик эканини илмий изланишимизда ўз исботини топди. Таҳлиллар 51,3% аг 2 даражаси, 40,6% аг 1 даражаси ва нихоят 8,0 % ҳолатларда аг 3 даражасини учрашини аниқлаб берди. Олинган маълумотлар беморларимиз орасида аг2 даражаси устун эканлигини кўрсатди. Навбатдаги ўрганилаётган кўрсаткичнинг беморларимизнинг ёшига нисбатан таҳлили, 60 ёшдан юқори бўлган беморларимизда артериал гипертониянинг 2 даражаси юқори кўрсаткичга (57%) эга эканлигини кўрсатди ва нихоят 60 ёшдан паст бўлган беморларда артериал гипертониянинг 1 даражаси кўрсаткичи бир оз бўлсада устунлик қилди. Аг нинг 3 даражасининг учраши буйича гуруҳлараро сезиларли фарқ аниқланмади.

Текширувга жалб килинган ағ билан оғриган беморларнинг касаллик келтириб чикаришида муҳим ўрин тутган хавф омилларини таҳлил қилдик.

Хавф омиллари инсоннинг физиологик, генетик, ҳуқ-атвор ва ижтимоий-иқтисодий хусусиятларидир. Ушбу омиллар патология ва касалланиш ҳолатларининг кўпайиши билан боғлиқ бўлиб, айрим касалликлар, хусусан, юрак-қон томир тизими касалликлари тарқалиш хавфининг мустақил ва муҳим прогнозини ташкил этади. [25, с. 116-120]. Муаллифларнинг фикрига кўра, кўпчилик ҳасталиклар кўп омилли этиологияга эга, бу мажозий маънода "систолик артериал босимаблар тармоғи" деб аталади [31, с. 6-7; 49, с. 16-24].

Текширувлар натижаси ағ ли беморларимизда ўзгартириб бўлувчи хавф омилларидан психоэмоционал зуриқиш 60% ни, тузни кўп истеъмол қилиши 54%, алкоголь истеъмол қилиш 34%, тамаки чекиш 40%, семизлик ҳолати 29,5% ва гиподинамия 27% ташкил этди.

Ирсий мойиллик, юқори қон босими ирсий ва ўзгартириб бўладиган хавф омилдир. Генетик ассоциациянинг юрак-қон томир тизимини йирик изланишларидаги наشري туфайли, бугунги кунга қадар ағ билан боғлиқ 535 дан ортиқ янги локуслар аниқланди, бу нафақат қон босимини тартибга солишда янги биологик тушунчани таклиф қилади, балки қон босими ва турмуш тарзи таъсири ўртасида умумий генетик боғлиқликни очиқ беради [99, с. 1412-1425].

Биз ҳам юқорида кўрсатилган маълумотларни инкор қилмаган ҳолда ирсийлик хавф омиллини ўрганиб чиқдик, бу кўрсаткич бизнинг беморларимизда 37% ни ташкил қилди.

Ҳасталикка олиб келувчи хавф омилларининг беморлар ёшига нисбатан қиёсий таҳлили, шуни кўрсатдики, 60 ёшдан катта беморларда 60 ёшдан кичик беморларга нисбатан тамаки чекиш 33% га, алкоголь 46,4% га, психоэмоционал зуриқиш 22,5%, ош тузини кўп истеъмол қилиш 65,9% ишонарли равишда юқори экан.

Коморбид патология асосан икки ёки учта нозологиянинг комбинацияси билан ифодаланади, аммо баъзи ҳолатларда битта беморда бир вақтнинг ўзида 6-8 та касалликлар намоён бўлиши мумкин. Коморбид касалликлар асосий касалликнинг ривожланишини кучайтиради, клиник кўринишнинг ўзгаришига олиб келади ва ўлимга сабаб бўладиган асоратларни ривожланишига олинди. Сўнгги йилларда комбинацияланган патологияни ўрганиш фаоллашмоқда, бу ташхиснинг мураккаблиги, даволашнинг устувор стратегиясини танлаш, коморбид беморларни даволаш тактикаси ва комбинацияланган хасталик асоратларининг олдини олиш билан боғлиқ. Коморбидлик нафақат ҳаёт прогнозига таъсир қилади, балки ўлим эҳтимолини ҳам оширади. [15, с. 6-12; 16, с. 12-16].

Гипертония ва ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) ҳозирги вақтда ички хасталиклар клиникасида энг кўп учрайдиган коморбид ҳолатлардан бири ҳисобланади. Бу комбинация юқори даражада ногиронлик ва ўлимга сабаб бўлади. Бунга беморлар сонининг сезиларли ўсиши, гипертония ва ЎСОК билан касалланишнинг ортиши, шунингдек, улуғ ёшдаги популяциянинг кўпайиши сабаб бўлмоқда. [73, с. 179].

Бизнинг тадқиқотимиз доирасидаги хулосалар гипертония билан оғриган беморларда 46% сурункали ўпка обструктив йўлдош хасталиги борлиги исботланди, булардан 47,8% 60 ёшдан катта беморларга тўғри келса, қолган 52,2% эса 60 ёшгача бўлган беморларга ўз ичига олди.

Гипертония ва қандли диабетнинг комбинацияси ўлимга сабаб бўладиган ҳамда ўлимга олиб келмайдиган юрак-қон томир асоратларининг прогнозини сезиларли даражада мураккаблаштиради. Бундай беморларни самарали бошқаришнинг асоси қон босими ва қондаги глюкоза миқдорини самарали назорат қилишдир. [72].

Бизнинг текширувдаги агар беморларимизнинг 18% қандли диабетнинг 2 тури учраши кузатилди, шулардан 66% 60 < беморларга, 34% 60 > беморларга тўғри келди.

Гипертония ва коронар ишемик хасталиги ўртасидаги боғлиқлик **syst–eur** кўп марказли тадқиқот натижалари билан жуда аниқ тасвирланган [119, с. 757-764]

Бу тадқиқотлар қон босимининг пасайиши натижасида ўлимга олиб келадиган ва ўлимга олиб келмайдиган ўткир миокард инфарктининг (ЎМИ) камайишини аниқ кўрсатди. Бошқа ишларда [111, с. 265-271]

Тўққизта истикболли тадқиқотлар таҳлилига кўра юрак ишемик касаллигининг нисбий ўсиши диастолик қон босимининг ошишига боғлиқлиги кўрсатилди.

Гипертония ва тож артерияларнинг атеросклеротик жарохатланиши ўртасидаги боғлиқликлар экспериментал тадқиқотлар орқали яхши маълумдир. Шундай қилиб, маҳаллий муаллифларнинг асарларида [12, с. 18-21] гипертония ҳасталигимавжуд бўлган ва тажриба ҳайвонлари томонидан тўғри овқатланиш шароитида йирик артериялар атеросклерозининг (шу жумладан коронар артериялар) тезроқ ривожланиши ишончли тарзда кўрсатилган. [88, с. 93].

Бизнинг беморларимизда ағ ва юрак ишемик касаллиги комбинацияси 51% ни ташкил этди, 55% 60 < бўлган, 45% эса 60 > бўлган беморлар гуруҳига хос эканлиги кузатилди.

Статистик маълумотларга кўра, аёлларнинг тахминан 41% ва эркекларнинг 39% гипертония ҳасталигива цереброваскуляр патологиянинг комбинацияси билан тавсифланади. Бироқ, гипертония ҳасталигиҳолатларининг атиги 20% назорат қилинади ва беморларнинг 5-6% қон босимини мақсадли даражасига эришади. Бош мия ўткир бош мия қон айланишининг бузилишининг муҳим хавф омили (хо) (70-80%), гипертония ҳасталигисистолик артериал босимабли эканлиги маълум. Юқори қон босими кўрсаткичлари нафақат ўткир бош мия қон айланишининг бузилиши ва юрак миокард инфарктига, балки деменция каби рухий ўзгаришлар ривожланишига ҳам сабаб бўлади. Гипертонияни олдини олиш ва мунтазам

даволаш, касалланиш ва мумкин бўлган асоратлардан ўлимни камайтиради [72].

Текширувга олинган беморларимизнинг 18,4% анамнезида миянинг ўткир қон айланиши бузилишини бошдан кечирган. Ушбу беморларнинг 56% 60 ёшдан катта бўлганлардан, 44% эса 60 ёшдан кичик беморлардан ташкил топган.

Шу билан бирга сурункали юрак етишмовчилигининг II ва III вазифали синфлари (ВС) эга бўлган беморларнинг миқдори барча гуруҳларда 51% ташкил қилган бўлса, 60 ёшдан катта бўлган беморларда 64% ни, 60 ёшгача бўлган беморлар гуруҳида 36% ни ташкил этди.

Артериал гипертониянинг даволаш, олдини олиш ва унинг самарали даволашга қаратилган бир нечта илмий изланишлар борлигига қарамасдан унинг кенг миқёсда тарқалиши етакчи ўринларни эгаллаб турибди. Шунинг учун ҳам бу касалликнинг тўғри танланган фармакотерапияси хавфли асоратларни келиб чиқишида бир тўсқин бўлади деб билиш мумкин.

Тадқиқотимиз доирасида гипертония касаллигига дуч келган беморларнинг фармакоэпидемиологияси ҳақидаги ҳақиқий вазиятни баҳолаш мақсадида, қон босимини туширувчи дори воситаларини қабул қилишини таҳлил қилдик.

Фармакоэпидемиология (ёки дорилар эпидемиологияси) - бу эпидемиология ва клиник фармакология кесишмасида туғилган янги тадқиқот соҳаси. Фармакоэпидемиологиянинг мақсади нафақат турли хил дори воситаларини истеъмол қилишни ўрганиш, балки беморларни турли хил даволаш дастурларига жалб қилишни, қўлланиладиган дори воситаларининг тавсифи, уларнинг дозалари ва рецептлаш режимларини, фармакотерапиянинг мақсадли натижаларини ўрганишдир [113, с. 419-425].

Олган хулосаларимиз ва натижаларимизга кўра, гипертониядан азоб чеккан беморларининг 23% ангиотензин конвертацияловчи фермент ингибиторлари, 27% сартанлар, 25% кальций антогонистлари, 15% бета-

адреноблокаторлар ва 10,2% сийдик хайдовчи дори воситаларини қабул қилганлиги аниқланди.

Шуни ҳам такидлаб ўтиш лозимки, гипертония билан ҳасталанган беморларимиз қон босимини пасайтирувчи дори воситаларини етарли даражадаги кунлик миқдорини қабул қилмаганлар. 71% ҳолатларда ўзбошимчалик билан дори воситаларини кунлик дозаси камайтирилган. Текширувга жалб қилинган 298 та бемордан юқорида қабул қилган гипотензив дорилари остида 38% аб мақсадли даражасига етгани илмий изланишимизда ўз тасдиғини топди.

Артериал қон босимини самарали пасайтиришда монотерапиядан ташқари, комбинацияли даволаш усулига ҳам катта аҳамият берилади, айниқса гипертония коморбид ҳолатларда пайдо бўлганида.

Терапияга қўшимча дори қўшилиши мақсадли қон босимига еришиш тезлигини оширади. Турли синфдаги дориларнинг қўшимча гемодинамик, нейрогуморал ва метаболик таъсири синергетик реакцияларга эришишга ёрдам беради [92]

Текширув натижаларига кўра, монотерапия қабул қилган беморларимиз 39% ни ташкил қилди. Қолган 61% беморимиз комбинацияли терапияни қабул қилишган. Булардан 60 ёшдан кичик бўлган 58,4% бемор монотерапия қабул қилган, 41,5% 60 ёшдан катта бўлган беморлардир.

Монотерапия қабул қилган беморларда артериал қон босимининг мақсадли кўрсаткичга эришилиши 118 та бемордан 27%да кузатилди, шундан 59% 60 ёшдан катта бўлган беморлар ва 41% 60 ёшгача бўлган беморлардир.

Комбинацияли даволаш фонида 180 та бемордан 43% артериал босимни мақсадли даражасига пасайиши кузатилди. Шулардан 58 % 60 < беморларни ташкил этса, 42 % 60 > беморларни ташкил этди.

Тиббий муолажаларга риоя қилиш- бу даволаниш ва профилактика дастурларининг энг муҳим таркибий қисмларидан биридир. Сўнги йилларда

у гипертония ҳасталиги ривожланиши учун мустақил хавф омили сифатида қаралди.

Бизнинг илмий тадқиқотимизда Мориск-Грин сўровномаси ёрдамида 28,5% беморимизда шифокорлар тавсияларига комплаентлик кузатилган бўлса, шулардан 65% $60 <$ ва 35% $60 >$ бўлган беморларни ташкил этди. Демак ёши улуғ беморларда даволанишга бўлган мойиллик 54,5% га $60 >$ бўлган беморлардан устун келди.

АГ диагностикаси, профилактикаси ва даволаш бўйича тузилган кўрсатмаларга асосан, албатта қоннинг ва пешобнинг умумий таҳлили, қондаги шакар, креатинин миқдори, шу билан биргаликда гломеруляр филтрация тезлиги, микроальбуминурия ҳолати, қондаги ёғлар миқдори ўрганилиши лозимдир, шу билан бир қаторда асбобли текширув усулларида ЭКГ, ЭХОКГ (Россия АГ жамияти, бутун Россия илмий кардиология жамияти, гипертония диагностикаси ва даволаш усуллари. Россия тавсияномаси. 4-қайта кўриб чиқилиши. 2010й).

Бизнинг олиб борган илмий изланишларимизда, амбулатор шароитида текширувга жалб этилган 298 та беморларда юқорида кўрсатилиб ўтилган текширувлар етарли даражада олиб борилмаганлигини кўрсатмоқда.

ЭХОКГ нинг барча кўрсаткичлари беморларда тўлиқ ўрганилмаган. Отиш фракцияси 81 та беморда ўрганилган бўлиб, унинг ўртача кўрсаткичи $54,5 \pm 7,97$ % ни ташкил қилди. 18 та беморда ҚАТЎ ва ЧҚОД кўрсаткичлари ўрганилган. Таҳлил қилинган кўрсаткичлар гипертония билан хасталанган беморларимизда чап қоринча гипертрофияси мавжудлигини исботлади.

Чап қоринча гипертрофияси 298 та бемордан 282 тасида аниқланиб 94% ташкил этди. $60 <$ беморларда бу кўрсаткич 56,4% ташкил этса, $60 >$ бўлган беморларда 29% ташкил этди.

Текширувга олинган беморларимизнинг поликлиникага мурожати ўртача ҳисобда йилига $6,0 \pm 1,8$ маротабани ташкил этди. Дори воситаларининг кундалик миқдори етарли эмаслиги ва уларнинг тез тез алмаштирилиб турилиши оқибатида 49% бемор клиникага аг нинг

жадаллашуви оқибатида ётқизилган, 21% да гипертоник инқироз (криз) систолик артериал босимаб бўлган. Беморларнинг ёшига кўра таҳлили $60 <$ бўлган беморларда 50,7% гипертония ҳасталигининг жадаллашуви кузатилганини ва шифохонада ётиб даволанишга эҳтиёж бўлганини кўрсатса, $60 >$ бўлган беморларда эса клиникага режали равишда даволанишга ётқизилиш кўрсаткичи юқори эканлигини кўрсатди (33,6%) .

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Абдуллаева Г.Ж., Низамов У.И., Турсунов Н.Б., Машарипов Ш.М., Машкурова З.Т., Курбанов Р.Д., влияние артериальной жесткости на ремоделирование миокарда левого желудочка у больных изолированной систолической артериальной гипертонией. 2020. //Кардиология Узбекистана// № 3 (57). С. 43-44.
2. Авдеева М.В., Шеглова Л.В. Актуальные вопросы профилактики артериальной гипертензии в центрах здоровья: опыт Санкт-Петербурга. //регионарное кровообращение и микроциркуляция. 2011. Т. 10. № 4 (40). С. 42-48.
3. Агаев А.А. Значимость коррекции факторов риска для лечения и профилактики артериальной гипертензии в поликлинических условиях. //Казанский медицинский журнал. 2015. Т. 96. № 6. С. 994-999.
4. Агаев А.А., Гамзаев М.А., Бабаева А.Д. Социально-поведенческие аспекты недостаточной приверженности населения к лечению и профилактике артериальной гипертензии. //семейная медицина. 2012. № 4. С. 011.
5. Азимов С., Валиева М.Ю., Абдувалиева Г.Т., Солиева А.К., мониторинг диспансерного наблюдения больных с гипертензивной болезнью в первичном звене. 2020. //Кардиология Узбекистана// № 3. (57). С. 21-22.
6. Айтбаев К.А., Мураталиев Т.М. Стратегия модификации образа жизни в терапии и профилактике артериальной гипертензии. //медицина Кыргызстана. 2012. № 6. С. 7-14.
7. Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х, Далимова Д.А., Узоков Ж.К. Фактор питания и его роль в профилактике и лечении болезней системы кровообращения. //теоретические и прикладные проблемы современной науки и образования. Материалы международной научно-практической конференции. Том 1. Курск, 2021. С. 42-49.

8. Андреевская Е.М., Максименко О.К., Полуянова Н.В., Петрова Н.А., Минушкина Л.О., Ивлева А.Я. Первичная профилактика артериальной гипертензии у женщин на основе персонифицированной оценки риска сердечно-сосудистых осложнений. Кремлевская медицина. //клинический вестник. 2012. № 1. С. 54-59.

9. Антипенко Е.А. Профилактика ИМ у пациентов с артериальной гипертензией //рмж. 2014. Т. 22. № 10. С. 728-730.

10. Батюшин М.М., Галушкин А.А., Литвинов А.С., Садовнича Н.А., Цветков Д.С., Руденко Л.И., Мамедова О.М. Скрининг пациентов с первичной артериальной гипертензией как метод профилактики гипертонической нефропатии.//медицинский вестник юга России. 2012. № 1. С. 34-35.

11. Беганова Т.В., Преображенский В.Н., Беленчикова Х.А. Ожирение как фактор риска развития артериальной гипертензии и немедикаментозные методы профилактики. //вестник медицинского стоматологического института. 2009. № 1. С. 35-38.

12. Быков А.Т., Чернышёв А.В., Вартазарян М.А., Лобасов Р.В. Ранняя диагностика, профилактика и немедикаментозное лечение доклинических стадий атеросклероза и артериальной гипертензии. //вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2015. Т. 92. № 5. С. 18-21.

13. Валькова Т.А., Момотова Г.А. Актуальные вопросы первичной профилактики артериальной гипертензии. //в сборнике: II международная научно-практическая мультиконференция по проблемам образования, преподавания и воспитания в контексте современности 2016. С. 155-159.

14. Варламова Т.А., Капустина А.В., Жуковский Г.С.. И др. Артериальная гипертензия: эпидемиологическая ситуация в России и других странах. //кардиология. — 1997. — № 9. — internet: http://www.rmj.ru/articles_2634.htm

15. Гайдаев Ю.О. Розробка и впровадження державної програми профілактики та лікування серце-сосудинної і судинно-мозкової патології // укр. Кардіол. Журн.— 2007.— № 4.— с. 6—12.

16. Гайдаєв Ю.О., Корнацький в.м. Проблемиздоров'я та напрямки його покращання в сучасних умовах патології // укр. Кардіол. Журн.— 2007.— № 5.— с. 12—16.

17. Гераскина Л.А. Артериальная гипертония и её осложнения: кардионеврологические аспекты вторичной профилактики. // неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 2. С. 56-61.

18. Горбась І.М. Фактори ризику серце-сосудинних захворювань: поширеність і контроль // здоров'я України.— 2007.— № 11.— с. 62—63.

19. Гросман Л.Л., Донская Т.В. Артериальная гипертония. Современные принципы диагностики, профилактики и лечения. // функциональная диагностика. 2010. № 3. С. 9-10.

20. Гулямова Ш.С., Салаева М.С., Гадаев А.Г. Диспансеризация больных и эффективный контроль артериальной гипертензии в поликлинических условиях. Всероссийский терапевтический конгресс с международным участием боткинские чтения 2023 г. Стр. 72-73.

21. Гурылева М.Э., 2006; Bardage C, Isacson D.G., 2001; Franco O.H. Et. Al., критерии качества жизни в медицине и кардиологии / рмж. 2006. - т. 14, №10.-с. 761-763.

22. Дедов Д., Мукайлов Н., Евтюхин И. Препараты калия и магния в комплексной профилактике осложнений артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. // врач. 2013. № 8. С. 45-46.

23. Деев В.В., Бадтиева В.А., Орджоникидзе З.Г., Павлов В.И. Нагрузочное тестирование в профилактике артериальной гипертензии. // кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. Т. 13. № 5. С. 51.

24. Долгих В.В., Кулеш Д.В., Коровин С.А., Фомина Н.А. Значимость раннего выявления артериальной гипертензии среди детского населения и

его роль в профилактике сердечно-сосудистой заболеваемости. //Сибирский медицинский журнал (г. Томск). 2010. Т. 25. № 2-1. С. 124.

25. Дядык А.И., Багрий А.Э., Воробьев А.С., Яковенко В.Г. Артериальная гипертония у женщин: вопросы эпидемиологии, патофизиологии, лечения // сердце і судини.— 2007.— № 1.— с. 116—120.

26. Житникова Л.М. Коэнзим q10 (кудесан) в профилактике и лечении артериальной гипертензии. //артериальная гипертония. 2011. Т. 17. № 1. С. 54-59.

27. Зорина Т.В., Лавров А.Н. Оценка эффективности работы кабинета профилактики артериальной гипертензии при реабилитации пациентов в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Общественное здоровье и здравоохранение. 2012. № 1. С. 67а-68.

28. Кабинет профилактики артериальной гипертензии: возможности и перспективы в первичном здравоохранении. //артериальная гипертония. 2013. Т. 19. № 6. С. 545-550.

29. Калачев А.Г. Способ построения вторичной профилактики артериальной гипертензии физическими тренировками на уровне аэробно-анаэробного перехода. //medicus. 2015. № 2 (2). С. 24-28.

30. Карлов А., Карлова Н., Золозова Е., Саютина Е., Чигинева В. Качество жизни больных артериальной гипертензией с мультифокальным атеросклерозом и вторичная профилактика осложнений. //врач. 2013. № 7. С. 7-12.

31. Кваша О.О., Малацківська О.В. Внесок артеріальної гіпертензії в смертність населення // новости медицины и фармации.— 2007.— № (216).— с. 6—7.

32. Кибер ленинка: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologiya-arterialnoy-gipertenzii>. С-5-8

33. Кисляк О.А., Стародубова А.В., Червякова Ю.Б. Лечение артериальной гипертензии и профилактика сердечно-сосудистых

заболеваний у женщины репродуктивного возраста с мигренью. // медицинский совет. 2017. № 12. С. 26-32.

34. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония: ключи к диагностике и лечению. М.: гэотар-медиа, 2009. С-864

35. Коваленко В.М. Серце восудинні захворювання у жінок: підводна частина айсбергу // нова медицина.— 2005.— № 4 (21).— с. 12—13.

36. Козловский В.И., Сероухова О.П., Акуленок А.В. Целесообразность применения аспирина у больных артериальной гипертензией в профилактике поражений сердечно-сосудистой системы. //вестник витебского государственного медицинского университета. 2010. Т. 9. № 1. С. 16-22.

37. Колбасников С.В., Воробьева И.О., Қононова Е.С., Нилова О.В., Ященко Н.И. Факторы риска артериальной гипертензии и психологическая готовность больных на проведение профилактики.//здоровоохранение российской федерации. 2009. № 2. С. 21-22.

38. Комков Д.С., Швабская О.Б., Линчак Р.М. Эффективность наблюдения пациентов с артериальной гипертензией в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики. //cardiosomatika. 2015. № s1. С. 51.

39. Қонобеевская И.Н., Ефимова Е.В., Карпов Р.С. Вторичная профилактика артериальной гипертензии в условиях практического здравоохранения. //cardiosomatika. 2013. № s1. С. 48-49

40. Корж А.Н. Проблема приверженности в профилактике и лечении артериальной гипертензии. //новости медицины и фармации. 2012. № 19 (436). С. 3-4_ц.

41. Корж А.Н., Говбах И.А. Рациональная комбинированная терапия артериальной гипертензии: оптимизация профилактики цереброваскулярных нарушений. //артериальная гипертония. 2013. № 5 (31). С. 9-15.

42. Коробко И.Ю. Артериальная гипертония и инсульты: возможности профилактики с помощью гипотензивной терапии. Медицинские новости. 2012. № 10. С. 25-28.

43. Костин А.В., Костина С.А. Информационно-цифровые технологии в профилактике артериальной гипертензии. //артериальная гипертензия. 2013. Т. 19. № 1. С. 76-83.

44. Костюченко Е.В., Синяговская Н.Г., Кулишова Т.В. Патогенетическое обоснование применения квч-терапии во вторичной профилактике артериальной гипертензии. //в книге: современные аспекты реабилитации в медицине 2011. С. 117-118.

45. Крюков, Н.Н., Качковский М.А. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Монография // самара: гп «перспектива»; самгму, 2002. - 160 с.

46. Крючкова О.Н., Турна Э.Ю., Фрич Н.И. Современные взгляды на вторичную профилактику цереброваскулярных осложнений при артериальной гипертензии. //крымский терапевтический журнал. 2010. Т. 1. № 2 (15). С. 12-15.

47. Куандыков Е.К., Тажибаева А.Б., Токтамисова Ж.Е.Ы. Роль рационального питания в профилактике артериальной гипертензии. //в сборнике: научный диспут: актуальные вопросы медицины ii международная научно-практическая конференция, сборник тезисов научных работ. Международный научный центр. 2016. С. 67-70.

48. Кукес В.Г., Сычев Д.А., Стародубцев А.К., Раменская Г.В., Максимов М.Л. И др. Клиническая фармакология: учебник для студентов медицинских вузов. М.: гэотар-медиа, 2009.с-193.

49. Куликов, В. А. Фрамингемское исследование сердца: 65 лет изучения причин атеросклероза / В. А. Куликов // вестник вгму. - 2012. - № 2. - с. 16-24.,6.

50. Куницына Н.М., Перелыгин К.В., Фесенко Э.В., Медведев Д.С. Эффективность этапной профилактики инвалидности у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией.// фундаментальные исследования. 2011. № 9-1. С. 93-95.

51. Ледяев М.Я., Светлова Л.В. Программа ранней диагностики и профилактики артериальной гипертензии среди подростков. //учебное пособие// волгоград, деком, 2013. - 40 с.

52. Ледяев М.Я., Черненко Ю.В., Черкасов Н.С., Степанова О.В., Светлова Л.В., Жукова В.Б., Малинина Е.Н. Оценка факторов риска и профилактика развития артериальной гипертензии у подростков. //лечащий врач. 2012. № 6. С. 6.

53. Леонова М.В., Белоусов Ю.Б. И др. Анализ фармакотерапии артериальной гипертензии по результатам исследования пифагор III // фарматека. 2010. № 3. С. 87–95.

54. Лобасов Р.В., Чернышев А.В., Быков А.Т., Вартазарян М.А. Физические методы профилактики артериальной гипертензии у лиц группы риска. В книге: материалы IV всероссийской конференции "противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы" 2015. С. 32-33.

55. Логинова М.В., эпидемиология артериальной гипертензии в самарской области и возможности ее вторичной профилактики: САМГМУ Самара, 2000. - 22 с.

56. Максимов М.Л. Клинико-фармакологические подходы к регуляции активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у больных артериальной гипертензией и хронической болезнью почек: автореф. Дисс. ... докт. Мед. Наук. М., 2011.

57. Максимов М.Л., Стародубцев А.К., Светлый Л.И. Амлодипин в лечении артериальной гипертензии // русский медицинский журнал. 2006. Т. 14. № 10. С. 777–781.

58. Мамедов М.Н. Увеличение приверженности гипотензивной терапии является важным звеном успешного лечения артериальной гипертензии и профилактики сердечно-сосудистых осложнений. //справочник поликлинического врача. 2013. № 2. С. 4-6.

59. Материалы российской научно-практической конференции с международным участием «современные проблемы военной и экстремальной

терапии» / вестник российской военно-медицинской академии. Приложение. — 2005. — № 1 (14), стр. 289 (соавт. П.в. Бовтюшко, в.а. Чепурнов)).

60. Мелехов А.В., Рязанцева Е.Е. Ацетилсалициловая кислота для первичной профилактики у пациентов с артериальной гипертензией. Лечащий врач. 2014. № 2. С. 21.

61. Михалдыко Н.П., Петрова В.Б. роль медперсонала в неотложной помощи больным с артериальной гипертензией и ее вторичной профилактике. //медицинская сестра. 2012. № 5. С. 7-9.

62. Мудрицкая Т.Н., Калиновский О.А., Бражко В.П., Гриценко Д.С. Периоперационная артериальная гипертензия. Диагностика, профилактика и лечебная тактика. //крымский терапевтический журнал. 2014. № 2 (23). С. 89-98.

63. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии внок. 4-й пересмотр, 2010.

64. Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. М., 2004.

65. Никифорова Т.И., Лебедева О.Д., Рыков С.В., Белов А.С. Современные комплексные технологии реабилитации и профилактики у больных артериальной гипертензией. //вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2013. Т. 90. № 6. С. 52-58.

66. О состоянии здоровья населения российской федерации в 2005 году: государственный доклад. — м., 2006.с-54.

67. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечнососудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России. Кардиоваск тер профил 2002; 1(3): 4-8.

68. Остроумова О.Д., Мфаксимов М.Л. Место ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента в лечении артериальной гипертензии у различных групп пациентов // кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2010. № 9 (7). С. 90–96.

69. Павлова О.С. Современные возможности эффективной сердечно-сосудистой профилактики у пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией. //медицинские новости. 2012. № 1. С. 62а-68.

70. Панова Ю.Г. К вопросу профилактики и коррекции артериальной гипертензии у жителей из техногенно-загрязненных районов. // вестник брянского государственного университета. 2010. № 4. С. 212-215.

71. Панова Ю.Г. Проблемы ранней диагностики и профилактики артериальной гипертензии у жителей техногенно-загрязненных районов. //вестник смоленской государственной медицинской академии. 2012. Т. 11. № 1. С. 75-79.

72. Полозова Э.И., Сеськина АА., Пузанова Е.В., Домина Е.Н., Овсянникова И.С., Суркова И.А. Коморбидные состояния у больных артериальной гипертензией. Современные проблемы науки и образования. 2019;(4). Режим доступа: <https://s.science-education.ru/pdf/2019/4/28955.pdf>.

73. Полозова Э.И., Пузанова Е.В., Сеськина А.А. Особенности артериальной гипертензии у больных с метаболическими нарушениями // современные проблемы науки и образования. 2019. № 3. С. 179.

74. Полозова Э.И., Сеськина А.А., Пузанова Е.В., Домина Е.Н., Овсянникова И.С., Суркова И.А. Коморбидные состояния у больных артериальной гипертензией // современные проблемы науки и образования. 2019. № 4. С. 135.

75. Романчук С.В., Быков А.В., Атрошенко И.Г., Назарова О.А. Информированность о заболевании и приверженность лечению пациентов с артериальной гипертензией. Вестник ивановской медицинской академии т. 12, № 3-4, стр. 62.2007

76. Рублевская А.С. Курение как важнейший фактор неблагоприятного влияния на артериальную гипертензию и беременность // в сборнике: молодежные исследования и инициативы труды всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и специалистов, 2018. С. 67-70.

77. Рыбкин Л.И., эффективность современных форм приближения врачебной медицинской помощи к сельскому населению. //практическая медицина// 2014; № 4(80). С-182-184.

78. Свищенко Е.П., Сиренко Ю.Н., Горбась И.Н. Рекомендации для пациентов с артериальной гипертензией — к., 2006.— 16 с.

79. Сиренко Ю.Н. Классификация, диагностика и стратификация риска при артериальной гипертензии // нов. Мед. И фарм.— 2007.— № (216).— с. 27—28.

80. Таджиев Ф.С., Искандарова Ф.И., Кобилова Н.А. Распространенность и факторы риска артериальной гипертензии среди населения самаркандской области. //тюменский медицинский журнал. Том №19, 2017 г. Стр. 54-58.

81. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. — м.: медиа сфера, 1998. — 352 с.

82. Чазова, И.Е. Метаболический синдром и артериальная гипертензия / И.Е. Чазова, В.Б. Мычка // consilium medicum. - 2002. - № 11. - с. 587-590.

83. Чефранова Ж.Ю. Реализация федеральной программы по снижению заболеваемости, инвалидности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в белгородской области: опыт, проблемы, пути решения / ж.ю. Чефранова // менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2012. - № 1. - с.30-33.

84. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. И др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием гипотензивных препаратов и эффективность лечения среди населения российской федерации. //российский кардиологический журнал. — 2006. — № 4. — с.45-50.

85. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. И др. Распространенность артериальной гипертензии в россии. Информированность, лечение, контроль. //профил. За-бол. И укреп. Здоровья. — 2001. — № 2. — с. 3-7.

86. Alexander F., 1951; Бройтигам В. И соавт., 1999 психоматическая медицина / Гэотар мед, 1999. - 380 с.

87. Asmar R., Zanchetti A. Guidelines for the use of self-blood pressure monitoring: a summary report of the first international consensus conference. // *J. of Hypertens.* — 2000. — vol. 18. — p. 493-506.

88. Brilla C.G., Funck R.C., Rupp H. *Circulation*, 2000; 102(12):1388–93.

89. Brown M.J., Palmer C.R., Castaigne A. Et al. Morbidity and mortality in patients randomized to double-blind treatment with a long-acting calcium-channel blocker or diuretic in the international nifedipine study: intervention as a goal in hypertension treatment (insight) // *Lancet*. 2000. Vol. 356. P. 366–372.

90. Carlsberg B., Samuelsson O., Lindholm L.H. Atenolol in hypertension: is it a wise choice? // *Lancet*. 2004. Vol. 364. P. 1684–1689.

91. Chobanian A.V., Bakris G.L. Et al. Seventh report of the joint national committee of prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure // *Hypertension*. 2003. Vol. 42. P. 1206–1252.

92. Clinical management of hypertension. Fourth edition. Caddo: professional communications inc.; 1999, 8.. Opie L.H., Messerli F.H. Combination drug therapy for hypertension. Ny, Philadelphia: Lippincott-Raven publishers; 1997)

93. Collins R., Mac Mahon S. Blood pressure, antihypertensive drug treatment and the risks of stroke and of coronary heart disease. // *British Medical Bulletin*. — 1994. — vol. 50. — p. 272-298.

94. Corrao G., Parodi A., Zambon A., Heiman F., Filippi A., Cricelli C. Et al. Reduced discontinuation of antihypertensive treatment by two-drug combination as first step. Evidence from daily life practice // *J Hypertens*. 2010. Vol. 28. P. 1584–1590.

95. Dahlöf B., Sever P.S., Poulter N.R. Et al for the ASCOT investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-

blood pressure lowering arm (ascot-bpla): a multicentre randomised controlled trial // lancet. 2005. Vol. 366. P. 895–906.

96. Davis B.R., Culter J.A., Gordon D.J. Et al. Major major cardiovascular events in hypertensive patients randomized to doxazosin vs chlorthalidone // jama. 2000 apr. Vol. 19. P. 283 (15). P. 1967–1975.

97. Davis B.R., Wittes J., Pressel S. Et al. Systolic hypertension in elderly program control. Clin trials. 1993. Vol. 14. P. 350–361.

98. European society of hypertension – european society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // j hypertens. 2013. Vol. 7. P. 1281–1357.

99. Genetic analysis of over 1 million people identifies 535 new loci associated with blood pressure traits / e. Evangelou [et al.] // nature genetics. - 2018. - vol. 50. - p. 1412-1425.-doi: 10.1038/s41588-018-0205-x.).

100. Gu D., Reynolds K., Wu X., et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in china. //hypertension. — 2002. — vol. 40. — p. 920-927.

101. Gupta R. Trends in hypertension epidemiology in india. //j. Hum. Hypertens. — 2004. — vol. 18. — p. 73-78.

102. Gupta R., Al-Odat N.A., Gupta V.P. Hypertension epidemiology in india: meta-analysis of 50 year prevalence rates and blood pressure trends. //j. Hum. Hypertens. — 1996. — vol. 10. — p. 465-472.

103. Hajjar I., Kotchen J.M., Kotchen T.A.hypertension: trends in prevalence, incidence and control. //annu. Rev. Public health. — 2006. — vol. 27. — p. 465-490.

104. Hajjar I., Kotchen T. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the united states in 1988-2000. //jama. — 2003. — vol. 290. — p. 199-206.

105. Hoogen Van Den P., Nagelkerke N., Feskens E., et al. e relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in

different parts of the world. //the new engl. J. Of med. — 2000. — vol. 342. — p. 1-8.

106. Kearney P., Reynolds K., Whelton M., et al. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. //j. Of hypertens. — 2004. — vol. 22. — p. 11-19.

107. Kearney, P.M. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data / P.M. Keaney et al. // lancet. 2005. -№ 365. P. 217-23.

108. Khan N., Mcalister F.A. Re-examining the efficacy of β -blockers for the treatment of hypertension: a meta-analysis // cmaj. 2006. Vol. 12. P. 1737–1742.

109. Lawes C., Feigin V., Bennett D., et al. Blood pressure and stroke: an overview of published reviews. //stroke. — 2004. — vol. 35. — p. 1024-1033.

110. Lawes, C.M. International society of hypertension: global burden of bloodpressure-related disease, 2001 / C.M. Lawes, S. Vander Hoorn, A. Rodgers // lancet. – 2008. – №371. – p. 1513-1518.

111. Macmahon S., Rodberg A. The effect of antihypertensive treatment on vascular disease: reappraisal of the evidence in 1994. J.vasc.med.biol.,1993,4,265–271.)

112. Mancia G., Backer De G., Dominiczak A., et al. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. // european heart j. — 2007. — vol. 28. — p. 1462-1536.

113. McMahon A.D., McDonald T.M. Design issues for drug epidemiology// br.j.clin.pharmacol. - 2000, v.50, - p. 419-425.)

114. Mosterd A., Dagostino R.B., Silbershatz H., et al. Trends in the prevalence of hypertension, antihypertensive therapy, and left ventricular hypertrophy from 1950 to 1989. //the new engl. J. Of med. — 1999. — vol. 340. — p. 1221-1227.

115. O'Brien E., Asmar R., Beilin L., et al. European society of hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. //j. Of hypertens. — 2003. — vol. 21. — p. 821-848.

116. Ong K.L., Cheung B., Man Y.B., et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among united states adults 1999-2004. //hypertension. — 2007. — vol. 49. — p. 69-75.

117. Rashid P., Leonardi-Bee J., Bath P. Blood pressure reduction and secondary prevention of stroke and other vascular events: a systematic review. //stroke. — 2003. — vol. 34. — p. 2741-2748.

118. Staessen J.A., Fagard R., Wuijs L., et al. For the systolic hypertension in europe (syst- eur) trial investigators. Randomized double-blind comparison of placebo and active treatment or older patients with isolated systolic hypertension. //lancet. — 1997. — vol. 350. — p. 757-764.

119. Taessen J.A., Fagardr., Thijs L. Et al. Systolic hypertension in europe (syst- eur) trial investigators. Randomised double- blind comparison of placebo and active treatment for older perients with isolated systolic hypertension. Lancet, 1997, 350, 757-764.)

120. Wang Y., Wang Q.J. Prevalence of prehypertension and hypertension among us adults according to the new joint national committee guidelines. //arch. Intern. Med. — 2004. — vol. 164. — p. 2126-2134.

121. Wolf-Maier K., Cooper R.S., Banegas J.R., Giampaoli S., Hense H.-W., Joffres M., Katarinen M., Poulter N., Primatesta P., Rodríguez-Artalejo F., et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 european countries, canada, and the united states. *Jama*. 2003;289:2363-2369. Doi: 10.1001/jama.289.18.2363.