

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSC.27.06.2017.TIB.31.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**НАРМУХАМЕДОВА НАЗИРА АЗИЗОВНА**

**ЎЗБЕКИСТОНДА СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИНГ БИРЛАМЧИ  
БЎҒИНИНИ ЗАМОНАВИЙ ШАКЛДА ТАШКИЛЛАШТИРИШ ЖАРАЁНИДА  
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ**

**14.00.33 – Жамият саломатлиги.  
Соғлиқни сақлашда  
менежмент (тиббиёт фанлари)**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА  
ДОКТОРЛИК (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ– 2018**

**Докторлик (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата докторской (DSc) диссертации**

**Contents of the abstract of doctoral (DSc) dissertation**

**Нармухамедова Назира Азизовна**

Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи  
бўғинини замонавий шаклда ташкиллаштириш  
жараёнида артериал гипертониянинг профилактикаси ..... 5

**Нармухамедова Назира Азизовна**

Профилактика артериальной гипертонии в условиях  
современной формы организации первичного звена  
здравоохранения в Узбекистане ..... 27

**Narmukhamedova Nazira Azizovna**

Prevention of arterial hypertension in the conditions of the modern form  
of organization of primary health care in Uzbekistan ..... 52

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works ..... 57

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSC.27.06.2017.ТІВ.31.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ  
БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**НАРМУХАМЕДОВА НАЗИРА АЗИЗОВНА**

**ЎЗБЕКИСТОНДА СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИНГ БИРЛАМЧИ  
БЎҒИНИНИ ЗАМОНАВИЙ ШАКЛДА ТАШКИЛЛАШТИРИШ ЖАРАЁНИДА  
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ**

**14.00.33 – Жамият саломатлиги.  
Соғлиқни сақлашда  
менежмент (тиббиёт фанлари)**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА  
ДОКТОРЛИК (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ– 2018**

**Тиббиёт фанлари бўйича докторлик (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.1.DSc/Tib.16 рақами билан рўйхатга олинган.**

Докторлик диссертацияси Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме) Илмий кенгаш веб-саҳифасида ([www.tipme.uz](http://www.tipme.uz)) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий маслаҳатчи:**

**Асадов Дамин Абдурахимович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:**

**Нугманова Дамиля Сакеновна**  
(Қозоғистон Республикаси)  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Мамутов Рифат Шукриевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Исмаилов Саидмурат Ибрагимович**  
тиббиёт фанлари доктори

**Етакчи ташкилот:**

**Тверь давлат тиббиёт академияси**

Диссертация химояси Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.31.01 рақамли бир марталик Илмий кенгашининг 2018 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. Манзил: 100007, Тошкент ш., Мирзо Улуғбек тумани, Паркент кўчаси, 51 уй. Тел./Факс: (+99871) 268-17-44, e-mail:info@tipme.uz).

Диссертация билан Тошкент врачлар малакасини ошириш институти Ахборот-ресурс марказида ( \_\_\_\_\_ рақами билан рўйхатга олинган) танишиш мумкин. Манзил: 100007, Тошкент ш., Мирзо Улуғбек тумани, Паркент кўчаси, 51 уй. Тел./Факс: (+99871) 268-17-44.

Диссертация автореферати 2018 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ да тарқатилди.  
(2018 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Х.А. Акилов,**  
Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш  
раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Н.Н. Убайдуллаева,**  
Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш  
илмий қотиби, тиббиёт фанлари номзоди,

**Х.Е. Рустамова,**  
Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш  
қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт  
фанлари доктори, профессор

## КИРИШ (докторлик диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) маълумотига кўра бутун дунёда артериал гипертония (АГ) ноинфекцион пандемия сифатида жамиятнинг ижтимоий-иқтисодий ҳаётига салбий таъсир этувчи омил бўлиб, катта ёшдаги аҳолининг 30–45%ни ташкил этади; ёш ўтиши билан ушбу кўрсаткич ортиб бориб, 60 ёшдан ошган кишилар орасида 62%га етади<sup>1</sup>. Юрак қон-томир касалликлари бўйича ўлим кўрсаткичларининг пасайишига эришиш учун хавф омилларини назорат қилиш ва бирламчи профилактикани йўлга қўйиб, аҳоли ўртасида ҳаёт тарзини ўзгартириш бўйича кенг қамровли профилактик тадбирларни ўтказиш орқали мақсадга эришиш мумкин. Кўп сонли тадқиқотлар ўтказилишига қарамай, АГнинг асосий асоратлари ҳисобланган юрак ишемик касаллиги (ЮИК), миокард инфаркти (МИ) ва мия инсулти туфайли ўлим кўрсаткичларининг ошиши қайд этилмоқда. Ушбу асоратлар сабабли ўлим ҳолатлари асосан касалхонага жойлашгунгача бўлган даврда юз беради<sup>2</sup>.

Жаҳонда артериал гипертензияни эрта аниқлашга янгича ёндашувлар ва сифатли даволаш тизими натижалари бўйича юқори самарадорликка эришиш мақсадида қатор илмий-тадқиқотлар амалга оширилмоқда, жумладан, бу борада аҳолининг турли қатламлари орасида турли йўналишдаги юрак қон-томир тизими касалликларини эрта аниқлашда беморларни скрининг тизимига жалб қилиш ва индивидуал тактикасини танлаш, касалликни келтириб чиқарувчи хавфли омиллар олдини олиш тизимини, касаллик келиб чиқишида эндоген ва экзоген омиллар таъсирини, касалликни эрта аниқлаш ва сифатли даволашнинг оптимал тактикасини ишлаб чиқиш лозим. Турли минтақаларда яшаётган аҳоли репрезентатив гуруҳларида артериал гипертония хавф омиллари тарқалганлиги ва касалликнинг ривожланишида уларнинг аҳамиятини корреляцион таҳлил қилиш; «STEPS» – босқичма-босқич амалга ошириш тамойили» дастури ёрдамида аҳоли ўртасида артериал гипертония хавф омиллари тарқалганлиги ушбу ва омилларнинг касаллик ривожланишига таъсирини, турли даражадаги даволаш муассасалари шароитида артериал гипертонияси бор беморларни олиб бориш тактикаси тизимини, юрак қон-томир касалликлари хавфини миқдорий баҳолаш ҳамда миокард инфаркти ва инсулт каби асоратларнинг ривожланишини пасайтириш мақсадида соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида «Коронар хавфни тизимли баҳолаш – «SCORE» самарадор моделини асослашдан иборат. Артериал гипертония билан хасталанган беморларни эрта аниқлаш ва давомий назоратни ташкиллаштиришда соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини мутахассисларининг билим даражасини илмий далиллар ва тиббиёт тамойилларига асосланган клиник қўлланмада тавсия этилган мезонлар бўйича баҳолаш; артериал гипертонияни бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасининг

1. Европа гипертония жамияти (ESH) ва Европа кардиологик жамиятларининг (ESC) АГ бўйича тавсиялари, 2013.

2. Кобалава Ж. Д., Виллевалде С. В. Является ли обучение больных фактором, повышающим эффективность контроля артериальной гипертензии? // Кардиология. – 2007. – №10. – С. 75–82.

механизмларини ташкиллаштириш, касалликни ташхислаш, олиб боришнинг тиббий-ташкилий технологиялари тизимини, беморларда юрак қон-томир асоратлари ва нишон аъзолари шикастланишининг ривожланиш хавфини аниқлаш асосларини ишлаб чиқиш ва инсонлар соғлиғи ва ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган тадбирларни такомиллаштириш кабилар алоҳида аҳамият касб этади.

Бугунги кунда мамлакатимизнинг тиббиёт соҳасида бирламчи тиббий-санитария ёрдам тизимида аҳолига сифатли тиббий хизмат кўрсатишни ташкил этиш, аҳоли орасида хавфли ҳисобланган касалликларни эрта аниқлаш ва уларнинг асоратларини олдини олишга қаратилган дастурий тадбирларни амалга ошириш зарур. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясида «...аҳолига тиббий ва ижтимоий-тиббий хизмат кўрсатиш қулайлиги ҳамда сифатини оширишга, аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини шакллантиришга, тиббиёт муассасаларининг моддий-техника базасини мустаҳкамлашга йўналтирган ҳолда соғлиқни сақлаш соҳасини, энг аввало, унинг дастлабки бўғинини, тез ва шошилишчи тиббий ёрдам тизимини янада ислоҳ қилиш»<sup>1</sup> бўйича муҳим вазифалар белгиланган. Бу борада аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш юзасидан, жумладан, юрак қон-томир касалликлари асоратларини пасайтириш ва аҳоли умри узайишини таъминлаш тиббиётнинг муҳим йўналишларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси «2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси», Вазирлар Маҳкамасининг 2015 йил 25 апрелдаги «Ўзбекистон Республикаси аҳолисининг соғлом овқатланиши соҳасида амалга оширилаётган чора-тадбирларни янада такомиллаштириш тўғрисида», «Ўзбекистон Республикасида бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятини ташкил этишни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорларида ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг асосий устувор йўналишларига боғлиқлиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Диссертациянинг мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи<sup>2</sup>.** Артериал гипертензия билан касалланиш ва ўлим кўрсаткичини камайтириш мақсадида профилактикани татбиқ қилишга йўналтирилган илмий изланишлар жаҳоннинг етакчи илмий марказлари ва олий таълим муассасалари, жумладан, Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de

1. 2017 — 2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси.

<sup>2</sup> Диссертация мавзуси бўйича халқаро илмий тадқиқотлар шарҳи [www.escardio.org.guidelines](http://www.escardio.org.guidelines), [www.nature.com](http://www.nature.com), [apps.who.int.ghodata](http://apps.who.int.ghodata), [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk), [www.infobase.who.int](http://www.infobase.who.int), [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk), [www.who.int](http://www.who.int), [www.heart.org](http://www.heart.org) ва бошқа манбалар асосида амалга оширилди.

Québec (Канада); (Peking University (Хитой); Vallabhbhai Patel Chest Institute (Ҳиндистон); University of Sao Paulo (Бразилия); Karolinska Institutet, Institute of Environmental Medicine (Швеция); University of Udine (Италия); Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, American Heart Association, Centre of Cardiology (АҚШ). European Society of Hypertension, European Society of Cardiology (Буюк Британия); North Estonia Medical Centre (Эстония), ФДБУ Кардиология миллий тиббиёт тадқиқот маркази, ФДБУ В.А.Алмазов номидаги миллий тиббиёт тадқиқот маркази, Давлат профилактик тиббиёт илмий-тадқиқот маркази (Россия Федерацияси), Тошкент тиббиёт академияси ва Тошкент врачлар малака ошириш институтида (Ўзбекистон) олиб борилмоқда.

Артериал гипертензияни эрта аниқлаш, ташхислаш ва даволаш бўйича ўтказилган тадқиқотлар натижасида, қатор, жумладан, артериал гипертонияли беморларда дилтиаземни қўлланилишининг самарадорлиги, ренин-ангиотензин-альдостерон тизими дори воситалари артериялардаги тромблар асоратларининг олдини олиши, эналаприл, лизиноприл, фелодипин ва исрадипинларни қон босимини пасайтириш хусусиятлари исботланган (Karolinska Institutet, Institute of Environmental Medicine (Швеция)); АҚБнинг пасайиши ЮҚТКни юзага келиш хавфини камайтириши ва асоратлари, асосан диастолик қон босими ошганда ривожланиши, кўп тадқиқотларга асосан, АГ даволашда турли хил антигипертензив воситаларни самарадорлиги иботланган (Veterans Administration Cooperative Study Group (АҚШ)); соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинини замонавий шаклда ташкиллаштириш жараёнида артериал гипертония профилактикасига янгича ёндашувлар ва сифатли даволаш тактикаси, дори воситаларини тавсия қилиш орқали ЮҚТ касалликлари асоратларининг ривожланиш хавфи камайиши исботланган (Тошкент тиббиёт академияси (Ўзбекистон).

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ҳозирги вақтга келиб ўрганилган илмий-тадқиқот маълумотларининг натижаларига кўра барвақт ўлимга олиб келувчи юрак қон-томир асоратлари ривожланишининг олдини олинишига эришиб бўлмапти (Европа гипертония жамияти (ESH) ва Европа кардиологик жамиятларини (ESC) АГ бўйича тавсиялари, 2013). Айрим мамлакатларда, хусусан, Шарқий Европа ва АҚШда аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини шакллантириш бўйича олиб борилган профилактик тадбирлар билан ўлим кўрсаткичлари камайишининг боғлиқлиги аниқланди (Chobanian A., 2003; Pahor M., 2006; Reppert A., 2008; Volpe M, 2012; Clark CE, 2012). Бу борада Буюк Британия аҳолисининг 65% йилда бир марта, 90% эса ҳар 3 йилда умумий амалиёт шифокорига мурожаат қилади, лекин аҳолининг юқори қатновига қарамай, тиббиёт ходими томонидан ҳар йили аҳоли ҳар бир вакилининг АҚБ ўлчаниб, скрининг текширувидан ўтказилади. АҚШда эса 85% аҳоли ўзининг оилавий шифокорига 3 йилда 1 мартабадан кам бўлмаган ҳолатда мурожаат қилиб, тиббиёт ҳамшираси томонидан АҚБ ўлчанади (Cherry D. K., 2008). Россия ва собиқ иттифоқ давлатларида юрак ишемик касаллиги, миокард инфаркти ва мия инсульти касалликлари бўйича ўлим ҳодисалари ортиб бормоқда (Гафаров В.В., 2003; Оганов Р.Г., 2007;

Погосова Г.В., 2008; Кобалава Ж.Д., 2010). Аҳоли скринингининг мавжуд эмаслиги ва АҚБ кўтарилган беморларни ўз вақтида аниқламаслик ЮҚТА ривожланишининг асосий сабабларидан биридир. Шу билан бирга бирламчи профилактикани татбиқ қилиш, аҳолига хавф омиллари ҳақида батафсил маълумот бериш, артериал гипертонияни эрта аниқлаш, АҚБни доимий назорат қилиш, юрак қон-томир касалликлари асоратларининг олдини олиш омили ҳисобланади (Гафаров В.В., 2003; Оганов Р.Г., 2007; Поляткина Т.С., 2006; Кобалава Ж. Д., 2007).

Ўзбекистонда юрак қон-томир касалликларини эрта аниқлаш, даволаш ва олдини олиш масалаларига алоҳида эътибор қаратилмоқда (Курбанов Р.Д., 2012; Камилова У.К., 2013; Гадаев А.Г., 2000 ва бошқ.), кўпроқ АГни даволашда антигипертензив дори воситаларининг самарадорлиги аниқланган. Лекин МИ ва инсультдан ўлим ривожланишининг олдини олиш учун АГни эрта аниқлаш ва АҚБ даражасининг доимий назорати зарур, бу ишни бирламчи тизим мутахассислари – умумий амалиёт шифокорлари амалга ошириб боришлари керак. Шаҳар оилавий поликлиникаси ёки қишлоқ врачлик пунктлари шароитида АГ билан оғриган беморларни даволашнинг ўзига хос ёндошувини ёритишга оид ишларнинг йўқлиги, шунингдек, АҚБнинг юқори даражасини ўз вақтида аниқланмаслиги ва унинг назорати сифатининг пастлиги АГ муаммоларини нотўғри баҳолашга олиб келади. Ўз навбатида бу касалликнинг зўрайиши ва ўлим кўрсаткичларининг ошишига таъсир қилади.

Бироқ илмий адабиётларда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, республикамизда АГ профилактикаси, уни даволаш, асоратларининг олдини олиш каби барча жиҳатлар энг муҳим тиббий-ижтимоий муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Мазкур муаммонинг барча жиҳатларига аниқлик киритилмаган, соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини даражасида уни ҳал этиш технологияси ишлаб чиқилмаган, АГ билан касалланиш даражасини пасайтириш ва унинг асоратларини олдини олиш бугунги кунда муаммолигича қолмоқда.

**Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ «Ички касалликларда диагностика ва даволаш самарадорлигини оширишнинг янги йўллари» мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида артериал гипертониянинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасини татбиқ этишнинг тиббий-ташқилий ва илмий асосланган тадбирларини такомиллаштиришдан иборат.

#### **Тадқиқотнинг вазифалари:**

қишлоқ аҳолисининг репрезентатив гуруҳларида артериал гипертония хавф омиллари тарқалганлигини ўрганиш ва касаллик ривожланишида уларнинг аҳамиятини корреляцион таҳлилини ўтказиш;

ЖССТнинг «STEPS» – босқичма-босқич амалга ошириш тамойили» дастури ёрдамида шаҳар аҳолиси орасида артериал гипертония хавф



омилларининг тарқалганлигини, ушбу омилларнинг касаллик ривожланишига таъсирини баҳолаш;

ҚВП ва шаҳар оилавий поликлиникаси шароитида артериал гипертонияси бор беморларни олиб бориш тактикасини баҳолаш;

юрак қон-томир касалликлари хавфини миқдорий баҳолаш ҳамда миокард инфаркти ва инсульт каби асоратларнинг ривожланиш маромини пасайтириш мақсадида соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида «Коронар хавфни тизимли баҳолаш – «SCORE» (Systemic Coronary Risk Evaluation)» самарадор моделини қўллаш;

АГ билан оғриган беморларни эрта аниқлаш ва давомий назорат олиб бориш бўйича соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини мутахассисларининг билим даражасини илмий далиллар ва тиббиёт тамойилларига асосланган клиник қўлланмада тавсия этилган мезонлар бўйича баҳолаш;

АГ муаммоларини ҳал этиш учун беморларнинг ўзини жалб этиш эҳтимолини баҳолаш мақсадида уларнинг АГни келтириб чиқарувчи хавф омиллари, касалликнинг белгилари, асоратлари, шунингдек, мунтазам даволаниш ва ҳаёт тарзини яхшилашнинг аҳамияти ҳақида маълумотларга эга эканлигини аниқлаш;

соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида артериал гипертониянинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикасига оид ишларни амалга ошириш, АГ билан оғриган беморларни ташхислаш ва олиб боришнинг тиббий-ташкилий технологиялари алгоритминини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 20 ёшдан ошган 6644 нафар қишлоқ аҳолиси, 40 ёшдан ошган 3049 нафар шаҳар аҳолисининг эркак ва аёллари, шунингдек, артериал гипертония билан оғриган 488 нафар беморлар, қишлоқ врачлик пункти 90 та ва шаҳар поликлиникалари 119 та врачлари, қишлоқ врачлик пунктлари ва шаҳар поликлиникалари 441 нафар беморларни олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** аҳоли орасида хавф омилларини эрта аниқлаш, АГ бор беморларга ташхис қўйиш, стандарт асосида даволаш ва олдини олиш сифатини баҳолаш, диспансер ҳисобга олиш ҳақидаги маълумотлар, маслаҳат бериш самарадорлиги асосий тадқиқот материалларини ташкил этади, шунингдек, аҳоли учун 636 та «STEPS – 2» ва 672 та «SCORE» стандарт саволномалари ва шаҳар поликлиникаларида АГ билан оғриган 889 нафар беморларнинг амбулатор карталари ўрганилган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқот вазифаларини бажаришда клиник, таҳлилий, статистик ва ижтимоий-гигиеник усуллар қўлланилган, ретроспектив ва проспектив тадқиқотлар ўтказилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

бирламчи тиббий-санитария ёрдами ташкиллаштириш муассасаларида артериал гипертония билан хасталанган беморларда асоратларни камайтириш, скрининг тизимида касалликни эрта босқичида сифатли даволаш тизимини шакллантириш зарурлиги исботланган;

касаллик хавф омилларининг нисбий хавфи аниқланиб, ушбу хавф омиллари таъсири натижасида артериал гипертониянинг келиб чиқиши исботланган;

касалликни барвақт аниқлаш бўйича унифицирланган дастурни амалиётга татбиқ қилиниши зарурлиги исботланган;

бирламчи тиббий-санитария ёрдами ташкилалаштириш муассасаларида соғлом аҳоли орасида юрак қон-томир тизими касалликлари хавфи миқдор жиҳатдан баҳоланган;

артериал гипертония билан хасталанган беморларни ўз вақтида ташхислаш ва сифатли даволаш тизими оптималлаштирилган ҳамда соғлиқни сақлаш бирламчи бўғини муассасаларида, бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика қилишнинг тиббий-ташкилий технологияларини такомиллаштириш механизми ишлаб чиқилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини шароитида артериал гипертонияни эрта аниқлаш учун 18 ёшдан ошган ҳар бир шахснинг АҚБ даражасини аниқлаш ва ҳар йили тиббий кўрикдан ўтказиш кераклиги исботланган;

артериал гипертония билан касалланиш хавф омили юқори бўлган шахслар аниқланганда, ўз вақтида диспансер назоратига олиш кераклиги, бу эса нишон абзоларининг жароҳатланишини олдини олишга, юрак қон-томир касалликларининг ривожланиши ва асоратлар камайишига олиб келиши исботланган;

демографик ва ижтимоий кўрсаткичлар, овқатланиш тури, жисмоний юклама ва зарарли одатларни баҳолаш учун аҳоли ўртасида татбиқ этилган сўровномани ўтказиш, артериал гипертонияга олиб келувчи хавф омилларини ўз вақтида аниқлаш, АҚБнинг турғун кўтарилиши ва артериал гипертония ривожланишининг олдини олиш кераклиги аниқланган;

артериал гипертония хавф омилларини сифат ва миқдорий баҳолаш учун умумий амалиёт шифокори фаолиятида «STEPS», «SCORE» саволномалари ва анкеталарни қўллаш муҳимлиги исботланган;

тиббиёт муассасалари ходимлари ва оммавий ахборот воситалари (газета, журнал, радио, телевидение) томонидан аҳоли ўртасида ўтказиладиган соғлом турмуш тарзи тарғиботини олиб бориш ва профилактик чора-тадбирларни ташкиллаштириш натижасида аҳолининг тиббий саводхонлиги ошишига, яшаш муддати узайишига ва ҳаёт сифатининг яхшиланишига олиб келиши исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** илмий изланишда қўлланган замонавий, бир-бирини тўлдирувчи клиник, таҳлилий, статистик ва ижтимоий-гигиеник усуллар билан тасдиқланганлиги ҳамда етарли даражада беморлар сони олинганлиги, соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида артериал гипертония касаллигини эрта аниқлашда янгича ёндашувлар ва сифатли даволаш тактикаси тамойилларини ишлаб чиқиш, статистик жиҳатдан тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққосланганлиги, хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлангани билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, тақдим этилган хулоса

ва таклифлар артериал гипертония билан касалланиш ва унинг асоратлари туфайли ўлим даражасини пасайтиришдек муҳим тиббий-ижтимоий аҳамиятга мойиллик муаммони ҳал этиш имконини яратади. Тиббиёт ходимларининг хавф омилларини баҳолаш ва мунтазам равишда бириктирилган аҳоли АҚБини ўлчаш, артериал гипертонияси бор беморларни барвақт аниқлаш, уларни диспансер ҳисобига олиш, ўз вақтида сифатли даволаш ва асоратларнинг олдини олиш бўйича назарий ва амалий билимларини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти АГли беморлар хавф омилларининг тарқалишини баҳолашда «STEPS» ва юрак қон-томир касалликлари, уларнинг асоратларини олдини олиш учун «SCORE» саволномаси қўлланилиши беморларга касаллик ҳақида маълумотлар бериш, уларнинг даволашга масъулиятини ошириш, ҳаёт сифатини яхшилаш ва яшаш давомийлигини узайтириш бўйича чора-тадбирларни оптималлаштиришдан иборат.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида артериал гипертониянинг профилактикасини амалиётга жорий қилиш бўйича олинган илмий тадқиқот натижалари асосида:

«Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини шароитларида беморларни олиб бориш тактикаси» номли ахборот хатлари ўзбек ва рус тилларида умумий амалиёт врачлари учун ишлаб чиқилган ва расмийлаштирилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2012 йил 22 февраль 83/27-сон маълумотномаси). Натижада артериал гипертония билан хасталанган беморларда асоратларни камайтириш ва касалликни эрта босқичида сифатли даволашга эришилган.

«Внедрение профилактики артериальной гипертонии в первичное звено здравоохранение» мавзусида услубий тавсияномаси умумий амалиёт шифокорлари учун ишлаб чиқилган ва тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2014 йил 18 декабрдаги 8Нд/33-сон маълумотномаси). Натижада соғлиқни сақлаш бирламчи бўғини муассасаларида бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тадбирларини ташкил этиш имконини берган.

Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика тадбирлари бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш тизимига, жумладан, Тошкент шаҳридаги Олмазор, Сирғали ва Чилонзор туманларининг оилавий поликлиникаларида, Наманган, Фарғона, Жиззах, Сурхондарё, Сирдарё ва Тошкент вилоятларининг айрим қишлоқ врачлик пунктлари амалий фаолиятига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2015 йил 9 апрелдаги 8и/05-сон маълумотномаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши натижасида юрак қон-томир касалликлари асоратлари мавжуд беморлар сонини камайтирди, «Тез тиббий ёрдам»га мурожаат қилиш ва стационарда даволаниш муддати ва харажатларини камайтирди. Бир йилда битта поликлиникада артериал гипертонияли беморларни барвақт аниқлаш ва ўз вақтида даволашда 17,5 млн. сўм маблағ

тежалди, бу иқтисодий самара кўрсаткичини Республика бўйича поликлиникалар сонига (180) кўпайтирилса, жуда кўп маблағ тежалишига эришиш чора-тадбирларини такомиллаштириш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 21 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 9 та халқаро ва 12 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокомадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича жами 57 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 20 та мақола, жумладан, 11 таси республика ва 9 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, олтита боб, хулосалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертация ҳажми 177 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқот мақсади ва вазибалари, объекти ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг илмий ва амалий аҳамиятлари очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, ишнинг апробацияси натижалари, эълон қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Артериал гипертониянинг асосий тиббий-ижтимоий аспекти**» деб номланган биринчи бобида чоп этилган материаллар бўйича ўрганилаётган муаммонинг замонавий ҳолати таҳлил қилинган. Артериал гипертония, унинг хавф омиллари, артериал гипертонияли беморларни эрта аниқлашда скринингнинг роли ва соғлиқни сақлаш бирламчи бўғинида АГли беморларни олиб бориш тактикасининг асосий тиббий-ижтимоий аспекти келтирилган.

Диссертациянинг «**Артериал гипертониянинг асосий тиббий-ижтимоий аспекти**» деб номланган иккинчи бобида тадқиқотнинг материал ва услублари баён этилган. Ёши 20 дан ошган аҳоли вакиллари бир вақтнинг ўзида АҚБ юқори даражасини аниқлаш бўйича скрининг текширувдан ўтказилган ва юқори артериал қон босим аниқланган ҳолда хавф омиллари баҳоланган.

Тадқиқот Сирдарё вилоятининг 5та туманида ўтказилган. Кўрик ўтказилган жойларда аҳолининг умумий сони 84801, шу жумладан 20 ёшдан катталари – 23745 кишини ташкил этган. Анкеталар 20 ёшдан катта 6644 та (27,9%) одамлардан йиғиб олинган. Скрининг-анкетага текширувдан ўтган шахснинг ёши, иш жойи, хавф омиллари (ирсий мойиллиги, чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, тузни истеъмол қилиш, жисмоний фаоллик) ва артериал босимни ўлчаш натижалари тўғрисидаги маълумотлар киритилган. Хавф

омиллари мавжуд ёки АҚБ юқори бўлган шахслар ҚВП га кейинчалик кўриқдан ўтказиш учун таклиф қилинган ва у ерда такроран иккала кўлида икки мартадан АҚБ, бўй, вазн ўлчанган, тана вазни индекси ҳисобланган ва электрокардиограмма олинган.

Диспансер ҳисобида турган АГ ли беморлар амбулатор карталари бўйича ўрганилган. Ҳаммаси бўлиб 441та амбулатор картанинг таҳлили ўтказилган, АГли беморларнинг 363 (83,2%) тасида ассоцирланган касалликлар (қандли диабет, ЮИК, бош мия қон-томир касалликлари, буйрак касалликлари) мавжудлиги аниқланган. АГ ривожланишида хавф омилларининг аҳамияти, уларнинг кўрсаткичлари тўрт катакли жадваллар бўйича ҳисоблаш асосида баҳоланди. АГни юзага келиш хавфи, хавф омилларининг биргаликдаги ва ўрганилган алоҳида омилнинг (ирсий мойиллик, чекиш, тананинг ортиқча вазни ва семизлик, тузни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиниши) таъсири асосида ҳисобланган.

Шаҳар аҳолиси ўртасида ЖССТ «Босқичма-босқич амалга ошириш тамойили «STEPS» дастури бўйича АГ хавф омиллари мониторингини ўтказиш тадқиқотнинг кейинги босқичини ташкил қилди. Бунинг учун Олмазор тумани 16-сонли шаҳар поликлиникасига бириктирилган 40 ёшдан катта аҳоли вакиллари ўртасида анкета-сўровлари ўтказилди. 23469 кишилиқ аҳолига эга яқин-атрофдаги участкалар танлаб олинди. Скринингда уйда ёки поликлиникада сўралган ва хафли омиллари аниқланган 3049 шахсларнинг анкетаси тўлдирилди. Улар орасида 1415 (46,4%) та эркак ва 1634 (53,6%) та аёлларнинг ёши 40–60ни ташкил қилади. Ҳар бир шахсга биринчи стандартлаштирилган «STEPS» анкетаси тўлдирилди, ушбу анкета ижтимоий-иқтисодий характердаги, тамаки ва алкоголь истеъмол қилиш тўғрисидаги маълумотлар, овқатланиш ва жисмоний фаоллик даражаси ҳақидаги саволларни ўз ичига олади. Артериал гипертонияни вужудга келишига хавф омилларининг суммар таъсири тўрт катакли жадвал бўйича ўрганилди.

Мониторингнинг иккинчи босқичи хавф омиллари аниқланган шахслар ўртасида ўтказилди, улар кўриқдан ўтиш ва АҚБ, бўй, тана вазнини ўлчаш учун поликлиникага таклиф этилди, ТВИ ҳисобланди ва сўнгра «STEPS»нинг иккинчи анкетаси бўйича сўровнома ўтказилди. Тадқиқотнинг ушбу босқичида артериал гипертонияли хавф омили мавжуд 636та шахс иштирок этди (282 нафар аёллар ва 354 нафар эркаклар).

Иккинчи анкетага биноан артериал гипертонияли беморларни даволашда, уларнинг фикр ва мулоҳазалари куйидаги саволлар: АҚБни ўлчаш, дорилар қабул қилиш, диетага амал қилиш, шифокор тавсияларини бажариш ва шифокорга мурожаат қилиш кабилар асосида ўрганиб чиқилди.

Яқин 10 йилда юрак қон-томирлари асоратлари ривожланишининг хавф даражасини миқдорий баҳолаш ва юрак қон-томирлари касалликлари хавф омиллари мавжуд шахсларни аниқлаш 2004 йил давомида 34-сонли поликлиникада «SCORE» («Systemic Coronary Risk Evaluation» - коронар хавфни тизимли баҳолаш) саволномаси асосида амалга оширилди. Поликлиникада қабул қилиш чоғида умумий амалиёт шифокорлари

муружаат мақсадидан қатъи назар 40 ёшдан катта барча беморларга саволнома-анкетани тўлдирдилар. Унга беморнинг паспорт маълумотлари, ўтказилган касалликлар, қандли диабетнинг мавжудлиги, юрак қон-томирлари касалликларига ирсий мойиллик, зарарли одатлар, овқатланиш тури, жисмоний машқлар бажариш, стрессга мойиллик каби маълумотлар киритилган; вазн, АҚБ ўлчанган. Тўлдирилган анкеталар баллар орқали баҳоланган, сўнгра уларнинг умумий баллари ҳисобланган. Джексон методикасига биноан, юрак қон-томир касаллигининг хавф даражалари юқори - 40 ва ундан баланд балл, ўртача – 20–39 баллар, паст – 20 баллгача ҳисобланган. Йил давомида поликлиникага муружаат қилиб, сўровнома ўтказилган шахсларнинг умумий сони 672 нафар кишини, шу жумладан 297 нафар эркак ва 375 нафари аёл ташкил қилган.

Шифокорларнинг артериал гипертонияли беморларни олиб бориш ва юрак қон-томир касалликлари асоратларининг олдини олиш тактикаларини эгаллаш даражаси Тошкент шаҳрининг 4 та поликлиникаларида баҳоланди: Олмазор тумани –16 ва18-сонли, Шайхонтохур тумани – 14-сонли, Чилонзор тумани –37-сонли.Тадқиқот катта ёшдаги аҳоли билан ишлайдиган участка шифокорлари томонидан анкета-сўровини ўтказишдан иборат бўлди. Марказининг ўқитувчилари шифокорлардан сўраб саволномани тўлдирдилар. Сўровномада 119 нафар шифокор қатнашди: улардан 45 нафари умумий амалиёт шифокори дипломи ёки 10 ойлик УАШ дастури бўйича қайта тайёрлаш сертификатига эга. 42 нафар шифокор эса участка терапевтлари бўлиб ишлаганлар, 32 нафари «педиатр» асосий маълумотига эга, бироқ қисқа муддатли циклларда терапия бўйича ўқиганлар ва бириктирилган участкадаги ёши катта аҳолини қабул қилганлар. Саволнома артериал гипертония бўйича Клиник кўрсатма тавсияларига асосан тузилган (Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг далилларига асосланган тиббиёт маркази томонидан ишлаб чиқилган ва Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқланган) ва амбулатор шароитларда артериал гипертонияни даволаш ва ташхис стандарти сифатида тавсия этилган.

Қишлоқ врачлик пунктлари шароитларида артериал гипертонияли беморларни олиб бориш тактикасини эгаллаш даражасини Республика тиббиёт институтларининг умумий амалиёт шифокорларини қайта тайёрлаш бўйича ўқув марказларининг махсус ўқитилган ўқитувчилари баҳолашди. Ўрганиш давомида бир неча усуллардан фойдаланилди: шифокорлар анкета-сўровларини ўтказиш, артериал гипертонияли беморларни қабул қилиш пайтида кузатиш, уларнинг амбулатор карталарини таҳлил қилиш ва ҚВПда артериал гипертония бўйича клиник кўрсатма мавжудлигини текшириш. Тадқиқотда республиканинг ҳар бир вилоятдан умумий амалиёт шифокорлари иштирок этдилар. Ҳаммаси бўлиб 90 та қишлоқ врачлик пунктларидан 90 нафар УАШ сўралди. Улардан 52 нафари УАШ 10 ойлик қайта тайёрлаш дастури бўйича ўқитилган ва сертификатларга эга. Улар скрининг ва АГ профилактикаси, диагностика ва даволаш, артериал гипертония бўйича клиник қўлланма асосида юрак қон-томир асоратлари хавфи стратификациясини ўрганишган. Қолган шифокорлар – участка

терапевтлари бўлиб ишлашган ва УАШ дастури бўйича қайта тайёрлашдан ўтишмаган. АГ ли беморларни даволаш сифатига ўқитишнинг таъсирини клиник кўрсатмага биноан ўқитишдан ўтмаган шифокорлар фаолияти билан қиёслаш асосида баҳоланди. Шифокорлар артериал гипертонияли беморларни даволаш тактикаси бўйича сўровдан ўтказилди, беморларни қабул қилиш вақтида уларнинг хатти-ҳаракатлари кузатилди, амбулатор карталардаги ташхис ва белгиланган даво тўғрисидаги ёзувлар таҳлил қилинди. Маслаҳат вақтидаги шифокор ҳаракатларини баҳолашда АГли беморларнинг вазни, бўйи ва тана вазни индекси, албатта, ҳисобланганлиги эътиборга олинди, шифокор томонидан рационал овқатланиш ва соғлом турмуш тарзига оид маслаҳатлар берилгани қайд этилди. Маълумотлар амбулатор карталардаги ёзувлар бўйича ҳам текширилди. УАШлар билимлари тестлар бўйича ҳам баҳоланди: шифокорларга тўғри жавобнинг вариантини танлаш учун клиник ҳолатларнинг 5 та варианты таклиф этилди. Клиник қўлланманинг талабларидан бири ҳар бир беморда юрак қон-томир асоратлари хавфининг стратификациясини аниқлаш ва АГ даражасини аниқлагандан сўнг ташхисга киритиш талаб қилинади. Тадқиқот вақтида иш жойларида кўрсатмалар, қўлланмалар ва луғатларнинг мавжудлиги текширилди.

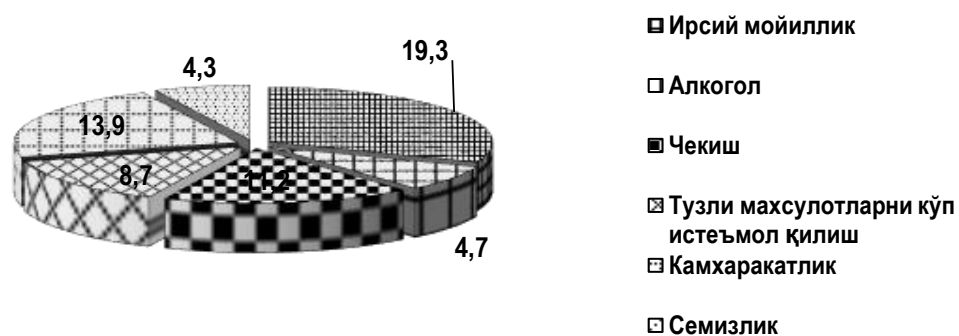
АГ бўйича пациентларнинг маълумотга эга эканликларини аниқлаш учун (хавф омиллари, артериал босимни ўлчаш, рационал овқатланиш тамойиллари, шифокор тавсияларининг бажарилиши) аҳоли саломатлигини ўрганиш бўйича ЎзР ССВнинг Ахборот-таҳлил маркази саволномасидан фойдаланилди (ЎАСЎ, 2002 йил). Сўровни ўқитилган умумий амалиёт шифокорлари ўтказишди. Маълумотларнинг ишончлилигини таъминлаш учун АГси 5 йилдан кам бўлмаган беморлар сўровдан ўтказилди, сўнгра натижалари ЎАСЎ билан солиштирилди. Таҳлил учун Сирдарё вилоятидан – 109 та, Фарғонадан – 104 та, Қашқадарёдан – 94 та, Қорақалпоғистон Республикасидан – 78 та, Тошкентдан – 103 та ишончли ва тўлиқ тўлдирилган саволнома олинди. Шундай қилиб, сўровномада 488 та АГли бемор: 259 (53,1%) та эркактар ва 229 (46,9%) та аёллар иштирок этди.

Артериал гипертония билан касалланганлардан қон босими охириги маротаба қачон ўлчанганлиги, ўзида АҚБнинг ошиб туриши ҳақида маълумотлар бор-йўқлиги, АҚБ кўтарилганда ўзига-ўзи биринчи ёрдам кўрсата олиш даражаси, шифокорларнинг маслаҳат ва тавсияларини бажарилиши ҳақида сўралди.

Олинган маълумотлар IBM Pentium-4 компьютерида экстенсив кўрсаткичларни ҳисоблаш билан статистик таҳлил амалий дастурлари ёрдамида қайта ишланди. Хавф кўрсаткичларини ҳисоблаш учун тўрт катакли жадваллардан фойдаланилди (Реброва О. Ю., 2003), омил ОР 1 дан катта бўлганда аҳамиятли ҳисобланди.

Диссертациянинг «**Қишлоқ аҳолиси орасида артериал гипертония хавфли омилларининг тарқалиши**» деб номланган учинчи бобида қишлоқ аҳолисининг скрининг натижалари келтирилган. Олинган натижаларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, кўпинча скринингда 20 ёшдан 50 ёшгача – 4275

нафар (64,3%) шахслар иштирок этган: 20–29 ва 40–49 ёшдаги шахслар кўпчиликти ташкил этган. 50 ёшдан катта кишилар сони 2 баробар кам – 2369 нафар (35,7%). Қишлоқ аҳолисининг 60% га яқини ишлайди, ишламайдиган шахсларни, асосан, аёллар, уй бекалари, камроқ фоизини вақтинча ишламайдиганлар, нафақахўрлар ва ногиронлар ташкил этади. Сўралган шахсларда хавф омиллари мавжудлиги ва артериал босимнинг кўтарилганлик даражаси ўрганилди. Шу нарса қайд этилдики, артериал гипертониянинг хавф омиллари 3840 (57,8%) нафар одамда аниқланди, шундан 1327 (34,6%) нафар эркакларда ва 2513 нафар (65,4%) аёлларда мавжуд. Хавф омиллари орасида 1280 нафар (19,3%) ида ирсий мойиллик аниқланди (ота-оналари ёки қон-қариндошларида АГ мавжуд), 744 нафари (11,2%) чекувчилар, 921 (13,9%) нафари жисмоний фаоллиги паст, 580 нафари (8,7%) тузланган таомни афзал кўрувчилар бўлди (1-расм).



**1-расм. Артериал гипертониянинг хавф омиллари мавжуд шахслар умумий сонидан % да**

Респондентларда артериал босим ўлчанганда АҚБ нинг 140/90 дан ошиб кетиши 976 (14,7%) нафар кишида қайд қилинди, улардан 531 (54,4%) нафар беморлар ҚВПда артериал гипертония бўйича диспансер назоратида турганлар, 463 (45,6%) нафар кишида эса артериал босим биринчи марта аниқланди. Олинган натижалар таҳлили тўрт катакли жадвал тузиш имконини беради ва хавф омиллари ҳамда артериал гипертония пайдо бўлишининг эҳтимоллиги ва улар ўртасидаги корреляцияни аниқлайди. Хавф омилли бор шахсларда АГ пайдо бўлишининг хавф йўқ шахсларга нисбатан 21% га кўп. Хавф омиллари бор шахсларда АГ ривожланишининг нисбий хавфи (НХ) 10,4 марта хавф омиллари йўқ шахсларга нисбатан кўпдир. Семизлик ва тана вазни ортиқчалиги энг катта нисбий хавфни ташкил этиб, улар 10 ва 8 марта касаллик ривожланишининг кўпайтиради. Ирсий мойиллик АГ хавфини 2,2 марта, чекиш ва тузланган овқатни тановвул қилиш – 2 марта оширади. Шу сабабли ҚВПда хавф омиллари бор барча шахсларнинг бўйи ва тана вазни индекси аниқланди. Вазн-бўй индексини ҳисоблаш шуни кўрсатдики, тана вазни ортиқ бўлган шахслар 72,6%, семизлик билан 81,3% ҳолатларда АГ учраган. АГсиз шахсларда эса тана вазни ортиқчалиги 27,4% ва семизлик 18,7% ҳолатларда учради ( $p < 0,01$ ) (1-жадвал).



## ВБИ кўрсаткичи бўйича АГ мавжуд шахсларнинг тақсимланиши

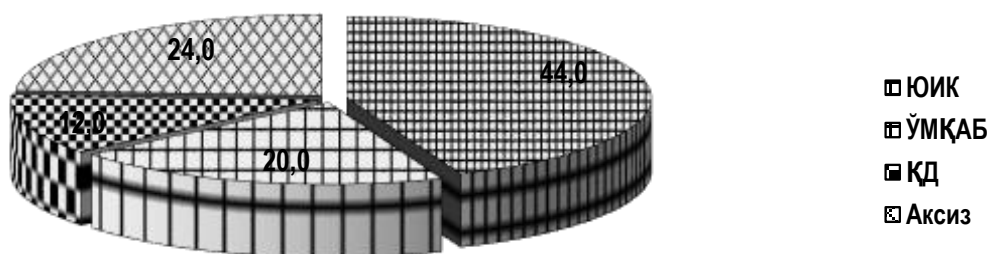
Вазн-бўй индекси	Ҳаммаси		Артериал гипертония билан		Артериал гипертониясиз		P
	абс	%	абс	%	абс	%	
25гача	3236	84,3	528	16,3 +1,6	2708	83,7 +0,7	<0,001
25–30	497	12,9	361	72,6 +2,3	136	27,4 +3,8	<0,001
31–35	107	2,8	87	81,3 +4,2	20	18,7 +8,7	<0,01
жами	3840	100	976	25,4	2864	74,6	

Тана вазни меъёрда бўлган шахсларга нисбатан ортиқча вазнли беморлар ўртасида артериал гипертония тарқалганлиги 4,5 марта, семизлик мавжуд беморларда эса 5 марта кўп учрайди. Ортиқча вазн ва семизлик юқори АҚБ ва юрак қон-томирлари асоратларига олиб келади. Ушбу шахслар ЮҚТА ривожланишининг юқори хавф омиллари гуруҳини ташкил этади. АҚБ юқори бўлган кўпчилик шахсларда 2–4 та хавф омиллари билан бирга модда алмашинуви бузилишлари ҳам кузатилади. АГли беморларни олиб бориш тактикасида нафақат хавф омилларини барвақт аниқлаш асосий ҳисобланади, балки юрак қон-томир касалликлари билан касалланиш хавфи ва ўлим ҳолатларини пасайтириш учун маълум тактикани қўллаш зарур бўлган шахсларни ҳам аниқлаш муҳимдир. Профилактиканинг асосий йўналиши ҳаёт тарзини ўзгартиришдан иборат: ортиқча вазнни камайтириш ва рационал овқатланишга риоя қилиш, чекишни ташлаш, метаболик бузилишларни камайтириш. Юқорида қайд этилганидек, 45,6% ҳолатларда текширувдан ўтган шахсларда юқори артериал қон босими биринчи марта аниқланган. Бу АҚБ кўтарилиш даражаси юқори бўлган инсонларнинг ўз вақтида аниқланмаганлиги туфайли тиббий хизмат самарадорлигини камайтиради. Артериал қон босим кўрсаткичлари таҳлили шуни кўрсатдики, текширилган 976 нафар кишидан систолик АҚБ 90,6% да 180 мм сим.уст.га тенг бўлган, қолган (9,4%) да – 180 мм сим.уст.дан юқори бўлган қон босимидаги шахсларни стационар даволанишга юбориш талаб қилинади. Диастолик артериал босим таҳлили шуни кўрсатдики, 95,2% пациентларда АҚБ 90–110 чегарада, 4,8% пациентларда эса – 110 мм сим.уст.дан юқори бўлган. Бу ҳолатда АҚБни пасайтириш учун шошилиш тез тиббий ёрдам кўрсатиш чоралари талаб қилинади. Демак, хавф омиллари бор шахслар ўртасида АҚБни ўлчаш билан бирга ҳар йили скрининг текшуруви ўтказиш артериал гипертонияни барвақт аниқлашнинг самарали методи ҳисобланади.

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, АҚБ даражаси баланд беморларнинг ярими қон босими ошганлиги тўғрисида биринчи марта эшитдилар. Мазкур пациентларни биз кўриқдан ўтказиб, даволаш чораларини кўрдик ва диспансер назоратига олдик.

Диссертациянинг «ЖССТнинг «STEPS» дастури бўйича шаҳар аҳолиси орасида артериал гипертониянинг хавфли омилларини тарқалиши»деб номланган тўртинчи бобида 16-сон поликлиникага

бириктирилган шаҳар аҳолисининг мониторинг натижалари келтирилган. Беморларни қайд этиш ва диспансерли кузатиш журнали бўйича давоматни ўрганиш шуни кўрсатдики, АГ ли беморлар поликлиникага бир йил давомида бир мартаба келишган. Диспансерли назоратда турувчи пациентлар орасида, эркаклар хавф омилларидан бири ҳисобланишига қарамай, эркакларга нисбатдан кўпчиликни 50 ёшдан катта аёллар ташкил этди, ўткир юрак қон-томир касалликлари асоратининг ривожланиши кўпинча 40–50 ёшдаги пациентлар орасида қайд қилинди. Шаҳар поликлиникасида АГли беморларни олиб бориш тактикаси, беморларнинг амбулатор карталаридаги ёзувлар бўйича таҳлил қилинди: артериал гипертония давомийлиги, ассоцирланган ҳолатларнинг мавжудлиги, юрак қон-томир касалликлари асоратлари ва тавсия этилган даво баҳоланди. Ҳамроҳ касалликларни аниқлаш ёки АГ бўйича ЖССТ экспертларининг тавсияларига биноан, ассоцирланган касалликлар бор йўғи беморларнинг тўртдан бир қисмида учрамади (2-расм).



**2-расм. Артериал гипертонияли беморларда ассоцирланган касалликлар, %.**

Қолган беморлар бевақт ўлим билан тугайдиган юқори хавф гуруҳини ташкил этганлар. Демак, кўпроқ шаҳарли АГли беморлар шифокорга юрак қон-томир касалликлари асоратлари ривожланиб бўлгандан сўнг мурожаат қилишган. Амбулатор карталардаги маслаҳат ёзувлари шуни кўрсатдики, ҳеч бир ҳолда ҳам шифокорлар томонидан, ривожланган давлатларнинг умумий шифокорлик амалиётида кенг тарқалган, дорисиз даволаш ва турмуш тарзини ўзгартириш тавсия этилмаган. Гипотензив дориларнинг тайинлаш частотаси бўйича АПФ ингибиторларидир (17,2% беморларда), бунда улар ҳаттоки артериал қон босими бирламчи аниқланган беморларга тайинланган. АГ бўйича ЖССТ экспертлари қўмитаси тавсия этган дорилар, бета-блокаторлар ва тиазидли диуретиклар жуда кам тайинланган (15,9% ва 12,4% беморлар мос равишда), ундан ҳам кам ҳолларда кальцийнинг антогонистлари (6,9%) тайинланган. Юрак қон-томир касалликлар асоратларини профилактика қилиш учун дори сифатида аспириини шаҳар поликлиникасининг участка шифокорлари фақат 28,6% артериал гипертонияли беморларга тавсия этганлар.

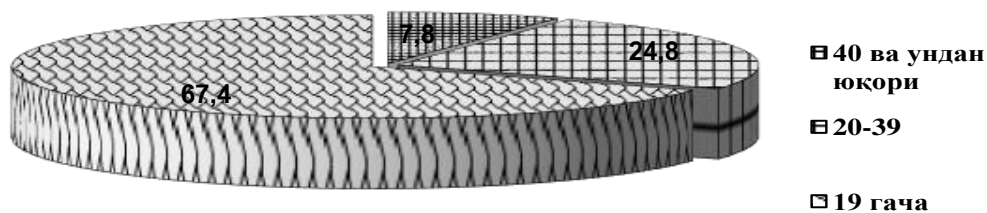
Тадқиқотнинг кейинги босқичи бўлиб кенг қамровли скрининг текшируви бўлди, поликлиникага бириктирилган 40 ёшдан катта аҳоли ўртасида анкета-сўровлари ўтказилди. Таҳлил учун тўғри тўлдирилган 3049 та анкеталар танлаб олинди. Анкеталардан 636 нафар киши хавф омили (бир

ёки бир неча) таъсирида бўлган ва уларнинг 344 тасида артериал гипертония аниқланган. Шаҳар аҳолиси ўртасида муҳим хавф омилларидан бири сифатида чекиш 778 (25,5%) нафар кишида аниқланган. Охириги 12 ой давомида алкоголь ичимликларини 578 (18,9%) нафар киши истеъмол қилган. Атиги 769 (25,2%) нафар киши таомга зарур миқдорда сабзавотларни; 504 (16,5%) киши меваларни истеъмол қилишган. 1289 (42,3%) та респондентлар жисмоний фаол бўлишган; улар жисмоний ишни уйда ҳам давом эттиришларини билдиришган, 692 киши юриш ва велосипедда учиш билан шуғулланишган. Шаҳар аҳолиси ўртасида хавф омилларининг суммар таъсирида АГни келтириб чиқарувчи нисбий хавф омили 27 та, яъни хавф омиллари бор шахсларда хавф омиллари йўқ шахсларга нисбатан касаллик 27 мартаба кўп намоён бўлиши мумкин. АГ ривожланишига ортиқча тана вазни ва семизликнинг таъсири алоҳида ўрганилди. АГли беморлар ўртасида кам қисми (10,8%) тананинг нормал вазнига эга бўлган, қолган 307 та АГли беморда тананинг ортиқча вазни ва семизлик мавжуд бўлган. Нисбий хавф 5,3 ни ташкил этди, яъни тана ортиқча вазни ва семизлик артериал гипертонияни вужудга келиш хавфини 5,3 марта оширади. АҚБни ўлчаш натижаларининг таҳлили шуни кўрсатдики, хавф омиллари бор шахслар ўртасида 344 (54,1%) ҳолатда АҚБ кўтарилганлиги аниқланган, 208 (60,5%) та шахс ўзида АҚБ борлигини билганлар, 136 киши (39,5%) бу тўғрисида биринчи марта эшитганлар. Ҳар бир еттинчи пациент 171–200 мм. сим. уст.дан ортиқ систолик босимга эга бўлган (14,9%). АҚБнинг бундай даражаси дорили даволашни талаб қилади, бироқ алоҳида хавфни 101 мм. сим. уст. ва ундан ортиқ даражали диастолик босим учдан бир (32,5%) беморлар ташкил этдилар, бунда тез-тез стационар даволаниш талаб қилинади. Бу пациентлар оқибати ўлим билан туговчи миокард инфаркти ёки инсульт каби юрак кон-томир касалликлар асоратларининг ривожланишига олиб келувчи жуда юқори хавф гуруҳига кирдилар.

Скрининг текшируви тугаши билан хавф омиллари бор ва АҚБ даражаси кўтарилиши аниқланган барча шахслар поликлиникага таклиф қилинганлар, бу ерда улар поликлиникада беморлар билан ишлашни баҳолаш бўйича иккинчи анкетани тўлдирдилар. Беморларнинг учдан бир қисмидан кўпи йил давомида АҚБ даражасини ўлчамаганлар, унча катта бўлмаган қисми эса (7,8%), ҳаттоки ўлчанган санани ҳам эсламайдилар. Дорисиз даволаш тамойилларига фақат бир қисм беморлар амал қилган. Тузни чеклаш тўғрисидаги маслаҳат фақат АГли беморларнинг 6%ига, вазни камайтириш тўғрисида эса, беморларнинг бешдан бир қисмига берилган. Чекишнинг зарарли таъсири тўғрисидаги суҳбат 22,6% беморларга, жисмоний юклама тўғрисида 27,4% беморларга тавсиялар берилган. АГли беморларнинг даволанишга муносабати қуйидаги мезонлар бўйича баҳоланди: фақат бемор аҳволи ёмонлашгандагина дориларни қабул қилиш ёки кўтарилган ҚБ даражасини пасайтириш учун мунтазам дориларни қабул қилиш. Беморлардан 83 киши (39,9%) АҚБ босимини тушириш учун таблеткаларни доим қабул қилиш шарт деб ҳисоблайдилар, қолганлари эса 125 (60,1%) – фақат аҳволлари ёмонлашганда даволанганлар. Номунтазам даволаш

сабабларининг таҳлили шуни кўрсатдики, 63 та (30,2%) пациент доимий даволанишни хоҳламаганлар, улардан 23 (11,1%)таси организмга дориларнинг ножўя таъсиридан кўрқадилар. 108 (51,9%)та киши дорихонада дорилар йўқлиги туфайли доимий даволанишга имконияти бўлмаган ёки дори воситаларини уйга етказиш муаммоларини қайд этадилар. 37 (17,9%)та киши даволанишни қиммат деб ҳисоблайдилар. Демак, пациентлар орасида АҚБ даражаси ва беморнинг ҳолатидан қатъи назар дори воситаларини доимий қабул қилиш зарурати бўйича энг оддий билимлар мавжуд эмас.

Диссертациянинг «**Юрак қон-томир касалликлари хавфини аниқлаш учун оилавий поликлиникаларга «Коронар хавфни тизимли баҳолаш» SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation) моделини татбиқ этиш»** деб номланган бешинчи бобида юрак қон-томир касалликларини эрта ва уларнинг асоратлари хавфини аниқлаш учун «SCORE» саволномаси бўйича аҳоли орасида ўтказилган анкета-сўровлари натижалари келтирилган. 16-сон поликлиника ходимлари томонидан бир йил ичида турли мақсадлар билан поликлиникага мурожаат қилган 672 пациентларда анкета-саволномалари тўлдирилган. «STEPS» саволномасидан фарқли равишда «SCORE» саволномаси респондентлар жавобларини балларда баҳолашни назарда тутаяди, бу АГ ёки унинг асоратларининг хавф омили сифатида ҳар бир омил аҳамияти даражасини баҳолаш имконини беради. АГга ирсий мойиллик бўлган 198 нафар киши аниқланган (сўралган пациентларнинг умумий сонидан 29,5%), уларнинг 99 нафари (14,8%) 1 ёки 2-турдаги қандли диабет (ҚД) билан касалланган. Бошқа хавф омиллари орасида 40%га яқин пациентлар чекишган, фақат пациентларнинг чорак қисми рационал овқатланган. Сўралган шахсларнинг 41,5%дан ортиғи юқори АҚБга эга бўлганлар, бундан баъзиларида у биринчи марта аниқланган, 53% пациентларда ортиқча тана вазни бўлган, лекин бу тўғрисида улар билмаганлар ва ўзларининг вазнларини ортиқча деб ҳисобламаганлар. 17% респондентлар семиз бўлганлар, бироқ пациентларнинг бу тоифаси ҳам ўзини асосан соғлом деб ҳисоблаган; уларнинг фикрича ортиқча вазн уларнинг ҳаёт сифатига таъсир этмайди, сўралган шахсларнинг учдан бир қисми тананинг нормал вазнига эга. Беморларнинг кўпчилиги жисмоний тарбия ва спорт билан амалда шуғулланмаслиги аниқланган. Ҳар бир анкета баллар йиғиндисини ҳисоблаш асосида баҳоланган. Баллар ҳажми бўйича сўровдан ўтганларнинг анкеталари 3 та гуруҳ юрак қон-томир касалликлари хавфи бўйича тақсимланди: жуда юқори хавф гуруҳи (баллар йиғиндиси 40 ва ундан юқори) – 53 нафар киши, ўрта хавф гуруҳи (20–39 баллар) – 167 нафар киши; қуйи хавф гуруҳи (19 балл ва кам) – 452 нафар кишидан иборат (3-расм).



**3-расм. Хавф омилларини миқдорий баҳолаш, %**

Шундай қилиб, 8%га яқин сўралган пациентлар қўшимча текширув ва стационар даволанишга муҳтож бўлганлар. Беморларнинг чорак қисми (ўртача хавф) хавф омиллари таъсирини камайтириш мақсадида кузатиш, кўриқдан ўтказиш ва турмуш тарзини ўзгартиришни талаб қилганлар. Қуйи хавф гуруҳига хавф омиллари таъсирини камайтириш учун бирламчи профилактика ўтказиш керак эди. Хавф омилларини баҳолаш ва балларни миқдорий ҳисоблаш барча пациентлар орасида юрак қон-томир касалликлари ва уларнинг асоратлари ривожланишининг юқори хавф гуруҳини аниқлаш имконини берди. Бу доимий назорат ва мувофиқ равишда даволаш учун умумий амалиёт шифокорлари, участка терапевтлари, поликлиника кардиологи эътиборини талаб қилади. Ўрта хавфда пациентлар диспансерли кузатувда бўлишлари ва бир йилда 2 марта кўриқдан ўтишлари керак.

Диссертациянинг «**Врачларнинг АГли беморларни олиб бориш тактикаси бўйича билимларини баҳолаш ва беморларнинг врач берган тавсияларига мунособатини аниқлаш**» деб номланган олтинчи боби шаҳар поликлиникаларида АГли беморларни даволаш бўйича шифокорларнинг билим ва кўникмалари даражасини ўрганишга бағишланган. Бунинг учун катта ёшдаги аҳоли билан ишлайдиган 119 та участка шифокорлари орасида анкета-сўровлари ўтказилган. Улардан 45 нафари умумий амалиёт шифокорлари дипломи ёки 10 ойлик УАШ қайта тайёрлаш дастури бўйича сертификатга эга; 42 та шифокор участка терапевтлари бўлиб ишлаган, 32 нафар педиатрия бўйича асосий маълумотга эга, лекин терапия йўналишида қисқа муддатли циклларда ўқиганлар ва бириктирилган участкада катта ёшли аҳолини қабул қилганлар. Ташҳис ва даволаш стандарти АГ бўйича Клиник қўлланмага биноан тузилган саволнома асосида жавоблар таҳлили ўтказилди. АГли пациентлар поликлиникада диспансер ҳисобида туриши керак ва бир йилда икки марта клиник кўрсатмада ўрнатилган 4 та асосий кўрсаткичлар бўйича кўриқдан ўтишлари керак, лекин буни ҳамма шифокорлар ҳам билмадилар. Масалан, 90% АГли беморларни ЭКГ текширувига УАШ ва терапевт, ҳамда педиатрларнинг ярмидан кўпроғи юборса, бошқа таҳлилларга (қондаги қанд ва сийдикдаги оксил таҳлиliga) эса фақат улардан ярмиси юборган. Кўз тубининг қон томирлари ҳолатини баҳолаш зарурлигини фақат умумий амалиёт шифокорларининг учдан бир қисми, терапевтларнинг бешдан бир қисми билади, педиатрлардан эса ҳеч ким билмади. Сўров натижаларининг кўрсатишича, хавф омилларини ҳамма шифокорлар ҳам ёдда тутавермайдилар. Нишон аъзоларининг жароҳатланишини аниқлаш зарурияти тўғрисида ҳамма шифокорлар ҳам билавермайдилар, учдан икки қисми, терапевтлар ва педиатрларнинг ярмиси карталарда церебро-васкуляр ва юрак қон-томир касалликларининг мавжудлигини қайд этганлар, периферик қон томирлар, кўз туби қон томирларини кўриқдан ўтказиш кераклигини амалда фақат шифокорларнинг бешдан бир қисми ёдда тутганлар. АГ менежментида муҳим бўлган, дорисиз терапияни, яъни, соғлом турмуш тарзига риоя қилишни 62–76% УАШ, 48–69% - терапевтлар ва 31–47% педиатрлар тавсия этганлар. Дорили терапияни клиник кўрсатмага биноан деярли барча УАШлар, учдан икки қисм

терапевтлар ва педиатрларнинг ярмидан камроғи тайинлаган. Шундай қилиб, шаҳар поликлиникасида клиник кўрсатма талабларини УАШлари энг тўғри бажарганлар, айнан улар иккиламчи ва учламчи профилактика ўтказишга тайёр мутахассислардир. Демак, аҳолини шифокорга бириктиришдан олдин, «педиатр» ихтисослигидаги шифокорларни 10 ойлик қайта тайёрлаш дастури бўйича ўқитиш керак.

ҚВП шифокорларининг АГли беморларга кўрсатиладиган тиббий хизмат сифатини баҳолашни олиб бориш тактикаси бўйича ўрганилди: беморларни тўлақонли текширувлардан ўтказиш, АҚБ ининг тўғри ўлчанганлиги, давонинг тўғри тайинланганлиги ва дорисиз даволаш бўйича тўғри маслаҳат берилганлиги. 72% УАШ мустақил равишда охириги ойда АГли беморларни ЭКГ текширувидан ўтказганлар, 69%и диспансер кўриги ва стандарт бўйича тўлиқ текширувлар ўтказишган. Хавф омиллари таъсирини камайтириш учун 46% шифокорлар соғлом турмуш тарзини тарғибот қилишган. УАШнинг амалий малакалари АГли беморларни кўрикдан ўтказаетган вақтда баҳоланган. 83% шифокорлар АҚБни стандарт бўйича қадамба-қадам тўғри ўлчаганлар, 75%и пациентларни уларнинг ҳолатлари ва кўрик натижалари билан таништирганлар, 94%и – кейинги ташрифни ва унинг келиш вақтини аниқлаб тавсия этганлар, 84% – пациентларни таҳлил топширишга юборганлар, 57% - уларнинг натижаларини тушунтирган, 23%и – тана вазни индексини аниқлаганлар. Демак, шифокорлар, асосан, артериал гипертонияли пациентларга тўғри маслаҳат берганлар. УАШ билимлари ўқитувчи-экспертлар томонидан тузилган тестлар бўйича баҳоланди. АГ ташҳиси аниқланганда қандай текширувлар ўтказилиши керак, деган саволга барча шифокорлар ЭКГ текширувини ўтказиш лозимлигини кўрсатиб ўтганлар, бироқ уларнинг ярмидан ками сийдикда оқсил ва қонда қанд борлигини аниқлаш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблайдилар, ушбу 3 та тест ҚВП шароитларида бажарилиши мумкин. Фақат 26% шифокорлар диспансерли беморларни клиник кўлланмага биноан, тўлиқ кўрикдан ўтказганлари маълум бўлди, қолганлари ҚВП шароитларида тўлақонли текширувлардан ўтказмайдилар, ваҳоланки атиги 20% ҳолларда ҚВП да АГ бўйича клиник кўлланма мавжуд эмас. АГли пациентларнинг амбулатор карталари (АК) тўлдирилишини шифокор-экспертлар қуйидаги мезонлар бўйича баҳолаганлар: АГнинг барвақт ташҳиси учун ўтказилган кўрикни ёзиш ва АҚБни ўлчаш; ЭКГ, сийдик ва қонни қандга таҳлили, кўз туби тасвирини ёзиш; ЮҚТКА хавфи стратификациясини ўтказиш ва ташҳисга АГ даражаси, хавфини киритиш; дорисиз даволаш ва дорили терапия бўйича тавсияларнинг мавжудлиги. Умуман АКни юритиш сифатини эксперт баҳоси қуйидагича тақсимланди: «аъло» – 6%, «яхши» – 37%, «қониқарли» – 41%, «ёмон» – 12%, «жуда ёмон» - 4%. Шундай қилиб, амалда ҳар олтинчи амбулатор картага ёмон баҳо ва ярмидан камига қониқарли баҳо қўйилган. Балки – амбулатор карталарни қониқарсиз тўлдириш шифокорларнинг қўшимча иш билан юкланганлиги, уларнинг эътиборсизлиги ёки етарлича билимга эга эмаслиги билан боғлиқдир. Тадқиқотнинг турли методларини қўллаш шифокорларнинг

назарий ва амалий тайёргарлиги ўртасидаги номувофикликни аниқлаш имконини беради. Демак, ҚВПнинг барча шифокорларини АГ бўйича клиник қўлланма билан таъминлаш зарур, узлуксиз касбий таълим тизими доирасида АГли беморларни даволаш тактикаси бўйича бир неча маротаба ўқитиш керак ва мунтазам равишда шифокорларнинг ишини район бош мутахассислари (терапевт, кардиолог) текширишлари лозим. Амбулатор картани тўлдиришдаги асосий камчиликлар бўлиб ўтказилган профилактика ишлари тўғрисида маълумотлар йўқлиги, АҚБ кўрсаткичлари ноаниқ ёзилганлиги, текшириш методларидан тўлиқ фойдаланилмаганлиги, хавф омилларининг қайд этилмаганлиги ҳисобланади. Текширишда соғлом турмуш тарзи (СТТ) бўйича тавсиялар мавжудлиги, улар дорисиз даволашнинг асоси ҳисобланади, фақат УАШнинг ярмиси пациентларга СТТ тамойилларига амал қилишни тавсия этганлар ва бу амбулатор карталарда кўрсатилган. Демак, ҚВП шифокорлари кўпроқ эътиборни ташҳис ва дорили даволаш масалаларига қаратадилар ва бунда соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва АГнинг ривожланишига хавф омиллари таъсирини камайтириш, яъни УАШ амалга ошириши керак бўлган юрак қон-томир касалликлари профилактикасида асосий зарурий чораларга эътибор бирмунча четда қолмоқда. Шундай қилиб, УАШ томонидан АГли беморларни олиб бориш тактикасини баҳолаш шуни кўрсатдики, Клиник қўлланма тавсияларига етарли даражада амал қилинмаган. Ҳаттоки, ўқитилган УАШ ҚВПда клиник кўрсатма мавжуд бўлишига қарамай, ундан етарли даражада фойдаланилмаганлар. Улар АГли беморларни олиб бориш тактикаси бўйича тўғри йўналишга эга, бироқ амбулатор карталарга қараганда, мос ташҳис, даволаш ва АҚБни камайтиришни назорат қилишни фақат ўқитилган шифокорларнинг ярмисигина ўтказган.

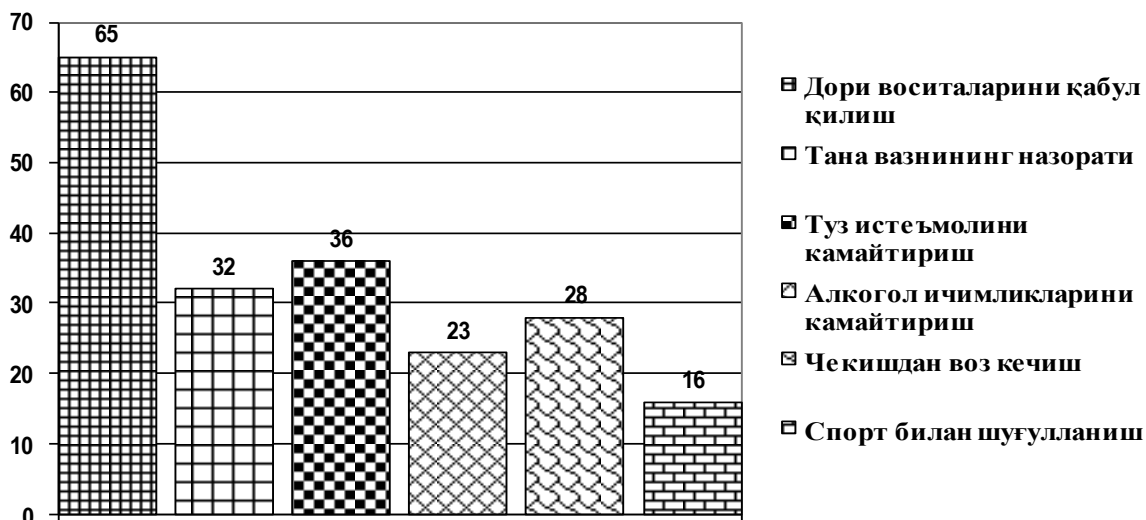
Артериал гипертония профилактикасида муҳим босқичлардан бири – аҳолининг (ва, албатта, АГли беморларни) ўз ҳолатини баҳолаш, АҚБни ўлчаш, унинг даражасини назорат қилиш, дори воситаларини тўғри қабул қилишга ўргатишдир. 2002 йилда ССВнинг ахборот-таҳлил маркази «Ўзбекистон аҳолиси соғлиғини ўрганиш» (ЎАСЎ) дастури бўйича тадқиқот ўтказди. Ўша вақтдан бошлаб ўтган ўзгаришлар даражасини баҳолаш учун биз айнан ўша саволномани тўлдириб тадқиқот ўтказдик, бу артериал босимни ўлчаш, рационал овқатланиш принципларига амал қилиш, даволашга пациентларнинг муносабати, шифокор тавсияларини бажариш каби саволларни ўз ичига олади. Кўриklar 2009 йилда АГли беморлар орасида Ўзбекистон Республикасининг 5 та вилоятларида ўтказилди: Сирдарё (109 та бемор), Фарғона (104 та), Қашқадарё (94 та), Тошкент (103 та) ва Қорақалпоғистон Республикасида (78 та). Аниқлашимизча, сўралган АГли беморларнинг кўпчилиги АҚБни охириги 6 ой давомида 71–83% ва 7,7–24%, 6–11 ой давомида ўлчаганлар. Бир йилдан ортиқ муддатда АҚБ ўлчаган пациентлар ўрта ҳисобда 6,2%ни ташкил қилган. АҚБни ўлчашнинг юқори частотаси Тошкент вилояти учун характерлидир (1 йилда 1 мартадан кам эмас – 97%), энг қуйиси эса – Қорақалпоғистон Республикасида (бир йилда 1 мартадан кам – 88%). Бу ҳолатнинг АҚБ даражасини назоратлашда

пациентларнинг ўзларини қизиқишлари ва Тошкент вилоятидаги беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш сифатининг яхшиланиши билан боғлиқлиги эҳтимолдан холи эмас.

АГли пациентни артериал босим кўтарилганда ўзига биринчи тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатиш шифокор фаолиятининг муҳим қисми ҳисобланади. Беморларнинг касаллик тўғрисида маълумот олганлигини баҳолаш шуни кўрсатдики, деярли барчалари (96%) ўзларига биринчи ёрдамни кўрсата олдилар. Вазни кузатишни шифокорлар пациентларнинг ярмисига, тузни истеъмол қилишни чеклашни 71% беморларга тавсия этишган. Спорт билан шуғулланиш, алкогольни истеъмол қилишни чеклаш, стрессдан сақланиш, аутотренинг каби тавсияларни 10–40% пациентлар олган.

АГли беморларга шифокорлар тавсияларининг характери турли ҳудудларда маълум фарқларга эга бўлган. Алкогол ва чекишга шифокорлар етарлича кўнгилчанлик муносабатида бўлганлар. Сирдарё ва Қашқадарё вилоятларида ушбу хавф омиллари ва улардан воз кечиш тўғрисидаги тавсиялар атиги учдан бир қисм пациентларга, Тошкент вилояти ва ҚҚР да эса атиги ўндан бир қисм пациентларга берилган. Беморларнинг таъкидлашларича, ҳаттоки шифокор маслаҳатини олган бўлсаларда уларнинг барчаси ҳам тавсияларни тўлақонли бажармаганлар (4-расм).

Белгиланган давони 65% пациентлар қабул қилганлар; Фарғона, Сирдарё ва Қашқадарё вилоятларида 66% бемор, ҚҚРда беморларнинг ярмидан кўпроғи АҚБни пасайтириш учун дориларни қабул қилган. Тана вазнини чорак (ҚҚР, Сирдарё ва Қашқадарё вилоятларда) ёки учдан бир қисми (Тошкент, Фарғона вилоятларида) назорат қилинган.



**4 расм. Шифокорлар тавсияларини бажариш, %**

Тузни истеъмол қилиш деярли барча вилоятларда бир хил чекланган (30–40%). Жисмоний фаоллик ва алкогольдан воз кечиш тўғрисидаги шифокорларнинг маслаҳатларига деярли амал қилинмаган: ўрганилаётган вилоятларда ушбу кўрсаткичлар 9–30% ўзгарган. Чекишни 10–15% беморлар ташлаганлар. АГни даволаш ва асоратларни олдини олишда пациентларнинг иштирок этишга тайёргарлик даражасини баҳолаш шуни кўрсатдики,



беморларнинг сезиларли қисми (16,5 дан 28,8% гача) 6 ва ундан ортиқ ой АҚБ ҳолати тўғрисида ахборотга эга бўлмаганлар; кўпчилик АГли беморларга (69% гача) дорисиз даволаниш бўйича тавсиялар берилмаган, АГнинг хавф омиллари таъсирларини чеклаш бўйича (16–36%) шифокор тавсияларини бажарганлар.

Шундай қилиб, аҳолининг касаллик бўйича саводхонлигини ошириш мақсадида ўтказилган ЎАСЎ текширувидан сўнг шифокор тавсияларини бажарган беморлар сонини бирмунча оширишга эришилди. Тиббий ходимлар ҚВП шароитлари ва уйда беморларни нафақат касаллик, асоратларнинг ривожланиши ва даво ўтказилмаган ҳолдаги уларнинг оқибатлари бўйича саводхонлигини ошириш, балки касалликни дорили ва дорисиз даволаш бўйича берилган тавсиялар бажарилишини мунтазам назоратга олишлари зарур.

## ХУЛОСА

«Ўзбекистон соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинини замонавий шаклда ташкиллаштириш жараёнида артериал гипертониянинг профилактикаси» мавзусидаги докторлик диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Сирдарё вилоятининг қишлоқ аҳолиси ўртасида артериал гипертониянинг хавф омиллари учраши даражаси 57,8% (эркакларда 36,4%, аёлларда 65,7%)ни ташкил қилди. Корреляцион таҳлилларга кўра бир неча хавф омиллари мавжуд шахсларда АГ 10 марта кўп ривожланиши аниқланди. Семизлик ва ортиқча вазн (10 ва 8 марта), ирсий мойиллик (2,2 марта), чекиш ва ортиқча тузни истеъмол қилиш (2 марта) АГнинг ривожланишини таъминловчи энг юқори хавф омили эканлигини кўрсатди.

2. Хавф омиллари мавжуд шахсларда АҚБнинг ошиши 14,7% ҳолатда қайд этилди, шулардан атиги 54,4%ни ҚВПларида артериал гипертония бўйича диспансер ҳисобида турган; 45%да артериал қон босмининг ошиши биринчи марта аниқланган. Бу 18 ёшдан ошган ҳар бир шахсни АҚБни ўлчаш бўйича аҳоли скрининги ва патронаж ҳамширалар томонидан артериал босим даражасини тизимли назорати ўтказилмаганлигини кўрсатди.

3. Шаҳар аҳолиси орасида 20,8% шахсларда артериал гипертониянинг хавф омиллари кузатилди, жумладан чекиш – 25,5%, спиртли ичимликлар ичишни суистеъмол қилиш – 18,7%, нотўғри овқатланиш – 46%гача, гиподинамия – 60%дан юқори. Кўриқдан ўтказилган хавф омиллари мавжуд шахар аҳолисининг 54,1%ида юқори артериал босим аниқланган, шулардан 39,5% бемор илк бор бу ҳақда билган. Хавф омиллари мавжуд бўлган шахар аҳолиси ўртасида АГ 27 марта кўп учраши қайд қилинди.

4. Шаҳар поликлиникасининг АҚБ меъёрий кўрсаткичларга эга беморлари орасида 32,6% ҳолатларда хавф омилларининг шундай бирикмалари (ирсий мойиллик, чекиш, нотўғри овқатланиш, ортиқча вазн ва семизлик) аниқландики, булар яқин келажақда АГни юзага келтириши ва юрак қон-томир касалликларининг асоратларини келтириб чиқаради.

5. Шаҳар поликлиникасида артериал гипертония билан оғриган

беморлар амбулатор карталари таҳлилининг кўрсатишича, асосан, касаллик 5–10 йил бўлган беморлар диспансер ҳисобида турадилар. 83,2% ҳолатда ушбу беморларда ассоцирланган касалликлар (ЮИК, бош мия қон-томир касалликлари, қандли диабет, буйрак касалликлари) мавжуд бўлиб, бу асоратлар ривожланиб бўлган вақтда АГни кеч аниқланганлигидан далолат беради.

6. Ҳам қишлоқ, ҳам шаҳарлик беморларнинг амбулатор карталаридаги маслаҳат ёзувлари шуни кўрсатадики, шифокорлар томонидан беморларга дори воситаларисиз даволаш ва ҳаёт тарзини ўзгартириш бўйича камдан-кам тавсиялар берилган, эскирган ва самараси кам даволаш тактикаси қўлланилган, кўпинча раувольфия препаратлари тайинланган. АГни даволаш бўйича ЖССТ экспертлар қўмитаси тавсия этган бета-блокаторлар ва тиазидли диуретиклар каби биринчи танлов препаратлари мос равишда фақатгина 15,9% ва 12,4% ҳолларда тайинланганлиги аниқланди.

7. Шаҳар поликлиника шифокорлари орасида АГли беморларни олиб бориш энг тўғри тактикаси УАШда аниқланган, энг сифатсиз кўрсаткичлар эса педиатрия бўйича асосий мутахассисликка эга врачларда кузатилди. Жумладан, 95,6% УАШ, 66,5% терапевт ва 40,6% педиатрлар биринчи танлов дориларини стандарт бўйича тайинлади; 100% УАШ ва 75% педиатрлар ЮҚТА профилактикасини тўғри ўтказди; 75,6% гача УАШ, 52,4% терапевт ва 34,4% педиатрлар дори воситаларисиз давони тавсия этганлиги аниқланди.

8. ҚВП шифокорлари томонидан амбулатор карталарни олиб борилишининг эксперт таҳлили «аъло» ва «яхши» баҳолар атиги 43%ни ташкил этишини кўрсатди; кўп карталарда ташҳис нотўғри қўйилганлиги, лаборатор-тадқиқотлар натижалари, ВБИ ўлчовлари, хавф омилларини аниқлаш ва баҳолаш, дорисиз даволаш бўйича тавсияларнинг йўқлиги аниқланди. Кўрсатилган камчиликлар УАШ дастури бўйича 10–ойлик қайта тайёргарлик ўтмаган шифокорларда 1,8–2,3 марта кўп аниқланди.

9. 94% УАШ шифокорлари 4±1 йил иш стажига эга, уларнинг ярмидан кўпи 10–ойлик УАШ бўйича қайта тайёргарликдан ўтган; АГли беморларга клиник масалалар бўйича маслаҳатлар беришни 84–94% УАШ лар тўғри амалга оширган, бироқ ҚВП шароитида атиги 41–54% беморларда барча зарур таҳлиллар ўтказилганлиги аниқланди; 18 ёшдан катта беморларда 73% ҳолдагина АҚБ ўлчанганлиги тасдиқланди.

10. АГ муаммосига беморларни жалб қилиш учун уларни ўз касалликлари, АҚБнинг ошишида биринчи ёрдам кўрсатиш чоралари тўғрисида етарли маълумот билан таъминлаш кераклиги аниқланди ва энг муҳими, шифокорнинг нафақат дориларни қабул қилиш, балки турмуш тарзини ўзгартириш бўйича тавсияларини тўғри бажаришга йўналтириш кераклиги тасдиқланди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.31.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ ИНСТИТУТЕ  
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

---

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**НАРМУХАМЕДОВА НАЗИРА АЗИЗОВНА**

**ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В УСЛОВИЯХ  
СОВРЕМЕННОЙ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ**

**14.00.33 – Общественное здоровье. Менеджмент в здравоохранении  
(медицинские науки)**

**АВТОРЕФЕРАТ ДОКТОРСКОЙ (DSc) ДИССЕРТАЦИИ  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**Ташкент– 2018**

**Тема докторской диссертации (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2017.1.DSc/Tib.16.**

Докторская диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекском, русском, английском (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.tma.uz](http://www.tma.uz)) и Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

<b>Научный консультант:</b>	<b>Асадов Дамин Абдурахимович,</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Нугманова Дамиля Сакеновна,</b> доктор медицинских наук, профессор
	<b>Мамутов Рифат Шукриевич,</b> доктор медицинских наук, профессор
	<b>Исмаилов Саидмурат Ибрагимович,</b> доктор медицинских наук
<b>Ведущая организация:</b>	<b>Тверская государственная медицинская академия</b>

Защита состоится «\_\_\_»\_\_\_\_\_2018 г. в \_\_\_ часов на заседании Научного совета DSc.27.06.2017.Tib.31.01 при Ташкентском институте усовершенствования врачей (Адрес: 100007, г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51. Тел./Факс: (+99871) 268-17-44, e-mail:info@tipme.uz)

С докторской диссертацией (DSc) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского института усовершенствования врачей за №\_\_\_). Адрес: 100007, г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51, Тел./Факс: (+99871) 268-17-44)

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_»\_\_\_\_\_2018 года  
(протокол рассылки №\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_2018 г.).

**Х.А. Акилов,**  
Председатель Научного совета по присуждению  
учёных степеней, д.м.н., профессор

**Н.Н. Убайдуллаева,**  
Ученый секретарь Научного совета по  
присуждению учёных степеней, к.м.н., доцент

**Х.Е. Рустамова,**  
Председатель научного семинара при Научном  
совете по присуждению учёных степеней, д.м.н.,  
профессор

## ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской диссертации)

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) артериальная гипертония (АГ) рассматривается как неинфекционная пандемия, влияющая на социально-экономические потери общества и составляющая 30-45% среди взрослого населения; увеличивается с возрастом и у лиц старше 60 лет достигает 62%<sup>1</sup>. Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в некоторых странах стало возможным благодаря проведению широкомасштабных мероприятий по изменению образа жизни и внедрению профилактических мероприятий среди населения. Раннее выявление лиц с факторами риска и минимизация их воздействия на организм позволили снизить частоту развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Однако, несмотря на проведение многочисленных исследований, отмечается рост смертности от ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ) и мозгового инсульта, являющихся основными осложнениями артериальной гипертонии. Чаще смерть от этих осложнений наступает на догоспитальном этапе<sup>2</sup>.

В целях достижения высокой эффективности диагностики АГ в мире проводятся многочисленные научные исследования, посвященные новым методам раннего выявления и адекватного лечения артериальной гипертонии, в том числе различные слои населения вовлекаются в проведение скрининга для активного выявления заболеваний сердечно-сосудистой системы и своевременного лечения пациентов. Изучается система профилактики факторов риска, приводящих к развитию артериальной гипертонии, влияние экзогенных и эндогенных факторов, раннее выявление заболевания и оптимальная тактика эффективного лечения. Анализируется распространенность факторов риска артериальной гипертонии в репрезентативных группах различных регионов и их влияние на развитие заболевания с помощью корреляционного анализа. Обосновано изучение с помощью программы «Принцип поэтапной реализации – «STEPS» распространенность факторов риска артериальной гипертонии и их влияние на развитие заболевания; тактики ведения пациентов с артериальной гипертонией в амбулаторно-поликлинических медицинских учреждениях. Для количественной оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний и снижения частоты развития осложнений в виде инфаркта миокарда и инсульта изучена эффективность модели «Системная оценка коронарного риска – «SCORE» (Systemic Coronary Risk Evaluation)» в первичном звене здравоохранения. Изучение оценки уровня знаний специалистов первичного звена здравоохранения по раннему выявлению и тактике ведения больных артериальной гипертонией согласно критериям рекомендуемых клинических руководств, основанных на принципах доказательной медицины. Внедрение

<sup>1</sup>Рекомендации ESH (Европейского общества гипертонии) и ESC (Европейского общества кардиологов), 2013 г.

<sup>2</sup>Кобалава Ж. Д., Виллевалде С. В. Является ли обучение больных фактором, повышающим эффективность контроля артериальной гипертонии? // Кардиология. – 2007. - №10. – С. 75-82.

принципов первичной, вторичной и третичной профилактики артериальной гипертензии в первичном звене здравоохранения. Разрабатываются новые методы диагностики и тактики ведения пациентов, изучается риск повреждения органов-мишеней и развития сердечно-сосудистых осложнений, особое значение уделяется внедрению мероприятий по улучшению здоровья населения и качества образа жизни.

В настоящее время в нашей стране одним из приоритетных направлений Государственной программы реформирования системы здравоохранения является развитие первичного звена здравоохранения и совершенствование структуры учреждений первичной медико-санитарной помощи для улучшения качества медицинских услуг по раннему выявлению неинфекционных заболеваний и профилактике их осложнений среди населения.

Согласно Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 гг. предусмотрены «дальнейшее реформирование сферы здравоохранения, прежде всего первичного звена, скорой и экстренной медицинской помощи, направленное на повышение доступности и качества медицинского и социально-медицинского обслуживания населения, формирование здорового образа жизни, укрепление материально-технической базы медицинских учреждений»<sup>3</sup>. Обеспечение повышения качества оказания медицинской помощи, снижение осложнений сердечно-сосудистой заболеваний и повышение продолжительности жизни населения в республике является одним из важных направлений в медицине.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан №УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан на 2017-2021 гг.» от 7 февраля 2017 г.; Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП-1652 «О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения» от 28 ноября 2011 г.; №ПП-2857 «О мерах по совершенствованию организации деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан» от 29 марта 2017 г., а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования основным приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики V «Медицина и фармакология».

**Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации<sup>4</sup>.**

---

<sup>3</sup>Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах

<sup>4</sup>Обзор международных научных исследований по теме диссертации: [//www.escardio.org.guidelines](http://www.escardio.org.guidelines), <http://www.nature.com>, <http://apps.who.int.ghodata>, <http://www.nice.org.uk>, <http://www.infobase.who.int>, [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk), [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases](http://www.who.int/cardiovascular_diseases), [www.heart.org](http://www.heart.org).

Научно-исследовательские работы, направленные на внедрение профилактики артериальной гипертензии для снижения заболеваемости и смертности, проводятся в ведущих международных научных центрах и высших образовательных учреждениях мира, в таких как Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec (Канада); (Peking University (Китай); University of San Paulo (Бразилия); Karolinska Institutet, Institute of Environmental Medicine (Швеция); University of Udine (Италия); Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, American Heart Association, Centre of Cardiology (США); European Society of Hypertension, European Society of Cardiology (Великобритания); North Estonia Medical Centre (Эстония), ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии, ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова, ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины (Российская Федерация), Ташкентская медицинская академия и Ташкентский институт усовершенствования врачей (Узбекистан).

При проведении ряда исследований по раннему выявлению, диагностике и лечению артериальной гипертензии изучено следующее: доказана эффективность применения дилтиазема, профилактика тромботических осложнений, посредством препаратов, действующих на ренин – ангиотензин – альдостероновую систему, свойства эналаприла, лизиноприла, фелодипина и исрадипина снижать артериальное давление (Karolinska Institutet, Institute of Environmental Medicine (Швеция)); снижения уровня липидов в плазме крови и предотвращения внезапной смерти; в Veterans Administration Cooperative Study Group (США) на основании проведенных исследований доказана эффективность антигипертензивных средств, что приводит к снижению артериального давления и уменьшению риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также осложнений при повышении диастолического давления; в Ташкентской медицинской академии (Узбекистан) доказано, что внедрение новых подходов профилактики артериальной гипертензии в организации современной формы первичного звена здравоохранения и назначение адекватного лечения с применением необходимых препаратов приводит к снижению риска развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний.

**Степень изученности проблемы.** Несмотря на многочисленные исследования, посвященные диагностике и лечению артериальной гипертензии, не удается предотвратить развитие сердечно-сосудистых осложнений, которые приводят к преждевременной смерти (Рекомендации ESH (Европейского общества гипертензии) и ESC (Европейского общества кардиологов, 2013 г). В странах восточной Европы и США внедрение первичной профилактики, повышение информированности населения о факторах риска, раннее выявление больных артериальной гипертензией и повышение их приверженности к лечению привели к предупреждению развития сердечно-сосудистых осложнений и снижению показателей

смертности (Chobanian A., 2003; Pahor M., 2006; Reppert A., 2008; Volpe M., 2012; Clark CE, 2012). Так в Великобритании около 65% населения один раз в год обращаются к ВОП, а около 90% – каждые 3 года, несмотря на высокую посещаемость населения, медицинский персонал ежегодно проводит скрининг с обязательным измерением уровня АД у каждого жителя. В США также отмечается высокая посещаемость семейного врача: 85% населения обращается к своему семейному врачу не реже 1 раза в 3 года. При каждом посещении медсестра обязательно измеряет АД (Cherry D. K., 2008). Смертность от ишемической болезни сердца – инфаркта миокарда и мозгового инсульта продолжает расти в России и странах постсоветского пространства (Гафаров В.В., 2003; Оганов Р.Г., 2007; Погосова Г.В., 2008; Кобалава Ж.Д., 2010). Это связано с низким качеством профилактических мероприятий, отсутствием раннего выявления лиц с повышенным уровнем артериального давления, проведения своевременного лечения больных АГ, профилактики осложнений заболевания и снижения смертности, обусловленной этими осложнениями (Гафаров В.В., 2003; Оганов Р.Г., 2007; Поляткина Т.С., 2006; Кобалава Ж. Д., 2007).

В Узбекистане уделяется большое внимание вопросам заболеваемости артериальной гипертонией, развития сердечно-сосудистых осложнений, лечения различными препаратами (Курбанов Р.Д., 2012; Камилова У.К., 2013; Гадаев А.Г., 2000 и др.). Но для предупреждения смерти вследствие инфаркта миокарда и инсульта необходимо раннее выявление АГ и постоянный контроль уровня АД, эту работу должны проводить специалисты первичного звена – врачи общей практики. Отсутствие работ, освещающих особенности тактики ведения больных с АГ в условиях городской семейной поликлиники или сельского врачебного пункта, а также несвоевременное выявление повышенного уровня АД и низкое качество его контроля, приводят к неправильной оценке проблемы АГ. В свою очередь это влияет на прогрессирование заболеваний и увеличение смертности.

Проведенный анализ литературы позволяет выделить проблемную ситуацию в отношении АГ в связи с отсутствием четких медико-организационных подходов к вопросам диагностики, тактики ведения больных, профилактики АГ и ее осложнений. Уточнение всех аспектов этой проблемы, разработка технологии ее решения на уровне первичного звена здравоохранения могут быть важной частью снижения заболеваемости АГ и профилактики ее осложнений.

**Связь темы диссертации с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационная работа выполнена в рамках научно-исследовательской темы Ташкентской медицинской академии «Поиск новых путей повышения эффективности диагностики и лечения внутренних болезней. Рациональные пути профилактики».

**Целью исследования** является научное обоснование медико-организационных технологий по внедрению современных подходов по



первичной, вторичной и третичной профилактике артериальной гипертензии и ее осложнений в условиях современной модели первичного звена здравоохранения.

**Задачи исследования:**

изучить распространенность факторов риска артериальной гипертензии в репрезентативных группах сельского населения и провести корреляционный анализ их значения для возникновения заболевания;

изучить распространенность факторов риска артериальной гипертензии среди городского населения с помощью программы ВОЗ «Принцип поэтапной реализации – «STEPS» и оценить риск развития заболевания при воздействии факторов риска;

оценить тактику ведения пациентов с артериальной гипертензией в условиях СВП и городской поликлиники;

изучить в первичном звене здравоохранения эффективность модели «Системная оценка коронарного риска – «SCORE» (Systemic Coronary Risk Evaluation)» для количественной оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний и снижения частоты развития осложнений в виде инфаркта миокарда и инсульта;

оценить уровень знаний специалистов первичного звена здравоохранения по раннему выявлению и тактике ведения больных артериальной гипертензией, рекомендуемых клиническим руководством, основанным на принципах доказательной медицины;

с целью оценки возможности привлечения самих пациентов к решению проблемы АГ, установить их информированность о факторах риска артериальной гипертензии, признаках болезни и сердечно-сосудистых осложнений, а также о значении регулярности лечения и оптимизации образа жизни;

разработать алгоритм медико-организационной технологии диагностики и ведения больных АГ, проведения работы по первичной, вторичной и третичной профилактике артериальной гипертензии в первичном звене здравоохранения.

**Объектом исследований** явились 6644 мужчины и женщины старше 20 лет среди сельского населения и 3049 человек городского населения старше 40 лет, 90 врачей сельских врачебных пунктов, 119 врачей городских семейных поликлиник, а также 488 больных артериальной гипертензией городских семейных поликлиник и 441 больной артериальной гипертензией сельских врачебных пунктов.

**Предметом исследований** явились раннее выявление факторов риска, диагностика пациентов с АГ, лечение на основании стандартов и оценка качества профилактики, сведения о взятии на диспансерный учет, эффективность предложенных рекомендаций, составляющая основную часть материалов исследования, а также 636 стандартных вопросников «STEPS-2» и 672 «SCORE» для населения и данные 889 пациентов диспансерного учета больных АГ.

**Методы исследований.** Проведены ретроспективное и проспективное исследования с использованием клинических, аналитических, статистических и социально-гигиенических методов, а также анкетирование.

**Научная новизна диссертационного исследования** заключается в следующем:

на основании научных исследований доказана необходимость в условиях учреждений первичной медико-санитарной помощи проведения скрининга для раннего выявления заболевания и его эффективного лечения, профилактики риска сердечно-сосудистых осложнений у больных артериальной гипертонией;

доказано с помощью корреляционного анализа влияние относительного риска воздействия факторов риска на возникновение артериальной гипертонии;

доказана целесообразность внедрения унифицированной программы для раннего выявления факторов риска, повышенного уровня артериального давления и оценки приверженности пациентов к лечению;

доказана и обоснована целесообразность количественной оценки факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и раннего выявления групп риска с целью профилактики осложнений среди населения;

впервые разработан алгоритм и обосновано его применение для диагностики и тактики ведения больных АГ с целью внедрения первичной, вторичной и третичной профилактики в первичном звене здравоохранения.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

доказана необходимость проведения ежегодного осмотра населения – скрининг с измерением уровня АД у каждого жителя старше 18 лет для раннего выявления АГ в условиях первичного звена здравоохранения;

доказано, что при выявлении лиц с повышенным риском АГ необходима их своевременная диспансеризация, что, в свою очередь, позволит предотвратить поражение органов-мишеней, развитие сердечно-сосудистых заболеваний и снизить частоту сердечно-сосудистых осложнений;

выявлено, что при опросе населения необходимо проводить оценку демографических и социальных показателей, расспрашивать характер питания, физическую нагрузку и вредные привычки, что позволит своевременно выявлять факторы риска АГ, предупреждать риск стойкого повышения АД и развития заболевания;

доказана необходимость применения вопросников и анкет («STEPS» и «SCORE») в работе ВОП для качественной и количественной оценки факторов риска АГ;

доказано, что формирование здорового образа жизни и профилактические мероприятия среди населения, проводимые медицинскими учреждениями, средствами массовой информации (газеты, журналы, радио, телевидение), позволяют улучшить медицинскую грамотность, продолжительность и качество жизни людей, а информирование больных АГ о болезни и выполнении ими рекомендаций

врачей по лечению и контролю уровня АД позволит снизить заболеваемость и развитие осложнений.

**Достоверность результатов исследования** подтверждается современными, взаимодополняющими клиническими, аналитическими, статистическими и социально-гигиеническими методами исследования, а также достаточным количеством пациентов, разработкой принципов качественного лечения и современных подходов раннего выявления артериальной гипертонии в первичном звене здравоохранения, сравнением зарубежных и отечественных результатов исследования с использованием клинических, аналитических, статистических и социально-гигиенических методов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов диссертационного исследования заключается в том, что выводы и рекомендации, полученные в ходе изучения проблемы высокой заболеваемости АГ и смертности от ее осложнений, основаны на необходимости их снижения за счет внедрения первичной, вторичной и третичной профилактики в условиях первичного звена здравоохранения. Проведение обследования и определения степени риска сердечно-сосудистых осложнений повысит выявляемость больных АГ, обеспечит назначение своевременного лечения и профилактики осложнений, повысит качество оказания медицинской помощи и продолжительности жизни больных.

Практическая значимость исследования заключается в том, что использование вопросника «STEPS» позволит врачам своевременно выявлять факторы риска, а применение вопросника «SCORE» – выявлять группы риска, пациентам с высоким риском проводить своевременно лечение и регулярный контроль уровня АД.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования по внедрению в первичное звено здравоохранения новых подходов в раннем выявлении больных артериальной гипертонией и принципов эффективного лечения согласно стандарту, подготовлено:

информационное письмо «Тактика ведения больных артериальной гипертонией в условиях первичного звена здравоохранения» на русском и узбекском языках (заключение Министерства здравоохранения РУз №83/27 от 22 февраля 2012 г.). Внедрение научных результатов способствовало раннему выявлению артериальной гипертонии среди населения, предупреждению развития сердечно-сосудистых осложнений и улучшению качества лечения пациентов;

разработаны и утверждены методические рекомендации для врачей общей практики сельских врачебных пунктов и городских семейных поликлиник «Внедрение профилактики артериальной гипертонии в первичное звено здравоохранения» (заклучение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №8Н-д/33 от 18 декабря 2014 г.). Данные методические рекомендации позволили совершенствовать меры по

первичной вторичной и третичной профилактике артериальной гипертонии;

полученные научные результаты по внедрению первичной, вторичной и третичной профилактики в первичное звено здравоохранения были внедрены в деятельность врачей общей практики семейных поликлиник Алмазарского, Сергелинского, Чиланзарского районов г. Ташкента, сельских врачебных пунктов Джизакской, Наманганской, Сурхандарьинской, Ферганской, Ташкентской, Сырдарьинской областей (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №8и/05 от 9 апреля 2015 г.). В результате внедрения профилактики снизилось число пациентов с сердечно-сосудистыми осложнениями (количество вызовов «Скорой помощи» и госпитализаций в стационар, экономия средств пациентов). Экономический эффект раннего выявления и своевременного лечения пациентов с АГ выражался в снижении лиц, нуждающихся в стационарном лечении. Только в одной поликлинике г.Ташкента за год экономическая эффективность лечения в условиях поликлиники по сравнению со стационарным лечением составила 17,5 млн. сум. Если этот показатель увеличить на количество поликлиник Республики (180), то это приведет к экономии большого количества бюджетных средств.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 21 международном конгрессе, из них на 9 международных и 12 республиканских съездах и научно-практических конференциях.

**Опубликованность результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано всего 57 печатных работ, в том числе 20 журнальных статей, из них 11 в республиканских и 9 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, шести глав, выводов, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 177 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обоснована актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, охарактеризованы объект и предмет исследования, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, изложены научная новизна и практические результаты исследования, раскрыты научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение их в практику, даны сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Основные медико-социальные аспекты профилактики артериальной гипертонии**», состоящей из четырех подглав, представлен обзор теоретических аспектов проблемы роста заболеваемости и преждевременной смертности пациентов с артериальной гипертонией,

систематизирована научная информация, описаны современные данные влияния факторов риска на возникновение заболевания, недостаточность эффективного внедрения профилактики в первичном звене здравоохранения.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика клинического материала и методы исследования»** приводится описание материалов исследования, населения, включенных в исследование, пациентов с артериальной гипертонией, методов исследования и статистической обработки результатов исследования.

Проведено одномоментное поперечное исследование населения в возрасте старше 20 лет (скрининг на повышенное артериальное давление) с последующей оценкой факторов риска у лиц с выявленным уровнем АД более 140/90 мм рт.ст. Исследование проведено в 5 районах Сырдарьинской области. Общее число жителей в местах обследования составило 84801, в том числе старше 20 лет - 23745 человек. Анкеты были собраны у 6644 (27,9%) человек старше 20 лет. В скрининговую анкету вносили данные о возрасте, месте работы, факторах риска (наследственность, курение, алкоголь, потребление соли, физическая активность) и результаты измерения артериального давления. Лиц с факторами риска или повышенным уровнем АД приглашали в СВП для дальнейшего обследования, где им повторно (дважды) определяли АД на обеих руках, измеряли рост, вес, вычисляли индекс массы тела и снимали электрокардиограмму. Больных АГ, состоящих на диспансерном учете, изучали по амбулаторным картам. Всего провели анализ 441 амбулаторной карты, среди них 363 (83,2%) пациента с артериальной гипертонией имели ассоциированные заболевания (сахарный диабет, ИБС, сосудистые заболевания головного мозга, заболевания почек).

Оценку значимости факторов риска для АГ проводили на основе расчета показателей риска по четырехпольным таблицам. Вычислены риск возникновения АГ при суммарном воздействии факторов риска и влияние каждого изученного фактора риска (наследственность, курение, избыточная масса тела и ожирение, чрезмерное употребление соли) на риск возникновения заболевания.

Следующим этапом исследования было проведение мониторинга факторов риска АГ среди городских жителей по программе ВОЗ «Принцип поэтапной реализации «STEPS»». Для этого было проведено анкетирование населения старше 40 лет, прикрепленного к городской поликлинике №16 Алмазарского района г. Ташкента. Отобраны близлежащие участки с населением 23469 человек. При скрининге заполнено 3049 анкет у лиц, которых опрашивали на дому или в поликлинике. Среди них было 1415 (46,4%) мужчин и 1634 (53,6%) женщины в возрасте старше 40 лет. На каждого жителя заполняли первую стандартизованную анкету «STEPS», включающую вопросы социально-экономического характера, данные об употреблении табака и алкоголя, о характере питания и степени физической активности. Суммарное влияние факторов риска на возникновение артериальной гипертонии изучали по четырехпольной таблице.

Второй этап мониторинга проводили среди лиц с выявленными факторами риска, которых приглашали в поликлинику для осмотра и измерения АД, роста, массы тела и вычисляли ИМТ, далее опрашивали их по второй анкете «STEPS». В данном этапе исследования участвовали 636 лиц с факторами риска артериальной гипертензии (282 женщины и 354 мужчины). Согласно второй анкете, мы провели анализ тактики ведения пациентов с АГ в условиях поликлиники с позиций самих пациентов: в анкете были вопросы о частоте измерения АД, приеме лекарства, соблюдении диеты, выполнении рекомендаций врача, частоте обращения к врачу.

Выявление лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и количественной оценки степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет мы проводили по вопроснику «SCORE» («Systemic Coronary RiskE valuation» – системная оценка коронарного риска) в поликлинике №16 Алмазарского района г. Ташкента в течение 2004 г. Во время приема в поликлинике участковые терапевты и врачи общей практики заполняли анкету-вопросник всем пациентам старше 40 лет, независимо от цели обращения. В нее заносили паспортные данные пациента, перенесенные заболевания, наличие сахарного диабета, наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, вредные привычки, характер питания, выполнение физических упражнений, подверженность стрессу; измеряли вес, АД. При обработке анкеты каждый вопрос оценивался определенным установленным баллом, а затем подсчитывалось их общее количество. В соответствии с методикой Джексона, высоким сердечно-сосудистой риском считается риск при сумме баллов 40 и более, средним – 20-39 баллов, низким – до 20 баллов. Общее количество опрошенных лиц, обратившихся в поликлинику в течение года, составило 672 человека, в том числе 297 мужчин и 375 женщин.

Степень владения врачами тактикой ведения больных артериальной гипертензией и профилактикой сердечно-сосудистых осложнений мы оценивали в 4 городских поликлиниках: №16 и №18 Алмазарского района, №14 Шайхантохурского района, №37 Чиланзарского района г. Ташкента. Исследование заключалось в анкетировании участковых врачей, работающих со взрослым населением. Его проводили подготовленные нами преподаватели учебного центра, которые опрашивали врачей и с их слов заполняли вопросник. Опрошено 119 врачей, 45 из них имели диплом врача общей практики (ВОП) или сертификат переподготовки по 10-месячной программе ВОП. 42 врача работали участковыми терапевтами, 32 – имели базовое образование «педиатр», но обучались на краткосрочных циклах по терапии и принимали взрослое население закрепленного участка. Вопросник был составлен на основании рекомендаций клинического руководства по АГ (разработан ЦДМ Ташкентского института усовершенствования врачей), рекомендованного в качестве стандарта диагностики и лечения АГ в амбулаторных условиях. Владение тактикой ведения пациентов с АГ в условиях сельского врачебного пункта оценивали специально

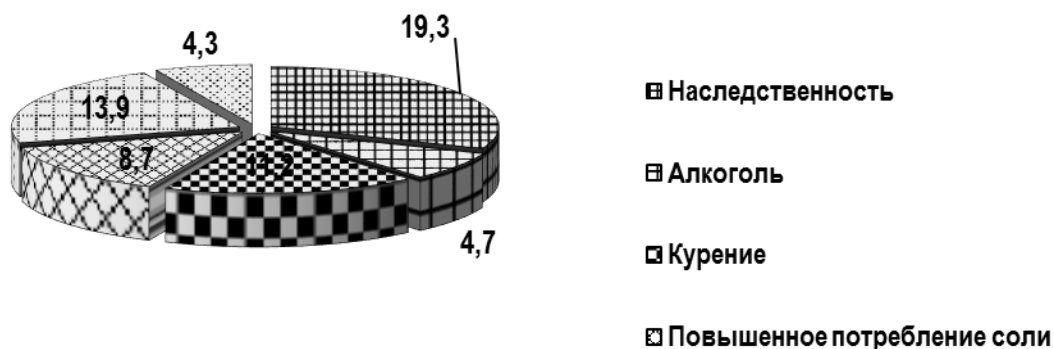
подготовленные нами преподаватели учебных центров по переподготовке ВОП медицинских институтов республики. Изучение проводили несколькими методами: анкетирование врачей, наблюдение во время приема больных с АГ, анализ амбулаторных карт больных АГ и проверка наличия клинического руководства по артериальной гипертензии в СВП. В исследовании участвовали врачи общей практики из каждой области республики. Всего было опрошено 90 ВОП из 90 сельских врачебных пунктов. Из них 52 врача общей практики были обучены по 10-месячной программе переподготовки и имели сертификаты ВОП. Они изучали скрининг и профилактику АГ, диагностику и лечение пациентов, стратификацию риска на основе клинического руководства по АГ. Остальные врачи работали участковыми терапевтами и не проходили переподготовку по программе ВОП. Влияние обучения на качество ведения пациентов с АГ оценивали в сравнении с деятельностью врачей, не прошедших обучение согласно клиническому руководству. Врачей опрашивали по тактике ведения больных артериальной гипертензией, наблюдали их действия и поведение во время приема пациентов, анализировали записи в амбулаторных картах о диагностике и назначенном лечении. При оценке действий врача во время консультации проверяли обязательность измерения веса, роста и вычисления индекса массы тела больных АГ, отмечали, даны ли врачом советы по рациональному питанию и здоровому образу жизни. Последнее проверяли и по записям в амбулаторных картах. Знания ВОП оценивали также по тестам: врачам предлагали 5 вариантов клинических случаев для выбора правильного варианта ответа. Одним из требований клинического руководства была обязательная стратификация риска ССО у каждого пациента – ее требовалось определять и вписывать в диагноз после указания степени АГ. Во время исследования было проверено наличие руководств, пособий и справочников на рабочих местах.

Для изучения информированности пациентов об артериальной гипертензии (факторах риска, измерении артериального давления, соблюдении принципов рационального питания, отношении пациентов к лечению, выполнении рекомендаций врача) использовали вопросники Информационно-аналитического центра Минздрава Республики Узбекистан по изучению здоровья населения – ИЗНУ (2002 г.). Опрос проводили предварительно обученные врачи общей практики. Для достоверности данных мы опрашивали пациентов с давностью АГ не менее 5 лет, а затем сравнивали результаты с данными ИЗНУ (2002 г.). Для анализа оказались пригодными (достоверными и полностью заполненными) в Сырдарьинской области – 109, Ферганской – 104, Кашкадарьинской – 94, Республике Каракалпакстан – 78, Ташкентской – 103 вопросника. Таким образом, в опросе приняли участие 488 больных АГ: 259 (53,1%) мужчин и 229 (46,9%) женщин. Больных артериальной гипертензией опрашивали также о давности последнего измерения АД, информированности пациентов о наличии у них артериального давления, способности оказать себе первую помощь при

подъеме АД, выполнении рекомендаций и назначений врачей.

Полученные данные подвергнуты статистической обработке с использованием прикладных программ статистического анализа на компьютере IBM Pentium-4 с вычислением экстенсивных показателей. Для расчета показателей риска использованы четырехпольные таблицы (Реброва О. Ю., 2003), фактор считался значимым при величине ОР более 1.

В третьей главе диссертации «**Распространенность факторов риска артериальной гипертонии среди сельского населения**» представлены результаты скрининга сельского населения. Анализ полученных результатов показал, что чаще всего в скрининге участвовали лица в возрасте от 20 до 50 лет – 4275 (64,3%) человек: наибольшее число составили лица в возрасте 20-29 лет и 40-49 лет. Жителей старше 50 лет оказалось в 2 раза меньше – 2369 (35,7%) человек. Около 60% сельского населения работает, среди не работающих лиц основную массу составляют женщины-домохозяйки, в меньшей степени – временно не работающие, пенсионеры и инвалиды по болезни. У опрошенных лиц изучали наличие факторов риска и повышенного уровня артериального давления. Установлено, что те или иные факторы риска артериальной гипертонии имели 3840 (57,8%) человек, среди них мужчин – 1327 (34,6%) и женщин – 2513 (65,4%). Среди факторов риска чаще всего выявляли наследственную предрасположенность (родители или кровные родственники имели АГ) – 1280 человек (19,3%), курили 744 (11,2%) человека, отметили низкую физическую активность 921 (13,9%) человек, 580 (8,7%) человек предпочитали соленую пищу (рис.1).



**Рис. 1. Факторы риска артериальной гипертонии, % от общего числа лиц с факторами риска**

При измерении артериального давления у респондентов оказалось, что повышение АД выше 140/90 зарегистрировано у 976 (14,7%) человек, из них 531 (54,4%) пациент состояли на диспансерном учете в СВП по поводу артериальной гипертонии, а у 463 (45,6%) человек повышение артериального давления было выявлено впервые. Анализ полученных результатов по факторам риска позволил составить четырехпольную таблицу и выявить корреляцию между факторами риска и вероятностью возникновения артериальной гипертонии. Риск возникновения АГ у лиц с факторами риска на 21% больше, чем у лиц без них. Относительный риск (ОР) развития АГ у лиц с факторами риска в 10,4 раза выше, чем у лиц без факторов риска.



Наибольший относительный риск составляют ожирение и избыточная масса тела – они в 10 и в 8 раз повышают риск развития заболевания. Наследственность увеличивает риск АГ в 2,2 раза, курение и прием соленой пищи – в 2 раза. Всем лицам с факторами риска в СВП измеряли рост, массу и определяли индекс массы тела. Расчет индекса массы тела показал, что у лиц с избыточной массой тела в 72,6%, а с ожирением – в 81,3% случаев встречалась АГ, тогда как среди лиц без АГ избыток массы тела и ожирение встречались в 27,4 и 18,7% соответственно ( $p < 0,01$ ) (табл.1).

**Таблица 1**

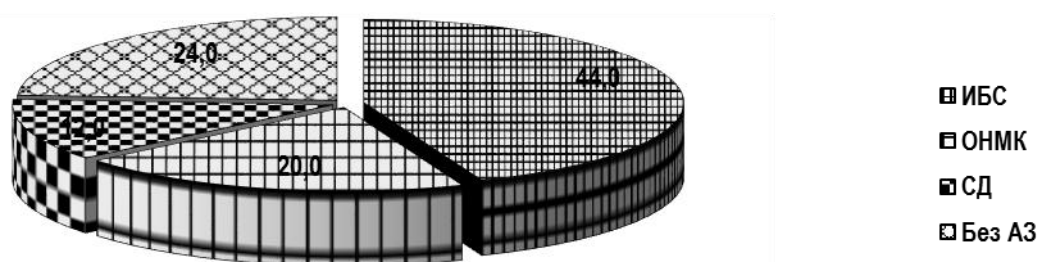
**Распределение лиц с факторами риска по величине ИМТ, абс (%)**

Индекс массы тела	Всего		С артериальной гипертонией		Без артериальной гипертонии		P
	абс	%	абс	%	абс	%	
До 25	3236	84,3	528	16,3 +1,6	2708	83,7 +0,7	<0,001
25-30	497	12,9	361	72,6 +2,3	136	27,4 +3,8	<0,001
31-35	107	2,8	87	81,3 +4,2	20	18,7 +8,7	<0,01
Итого	3840	100	976	25,4	2864	74,6	

Распространенность артериальной гипертонии среди пациентов с избыточной массой тела в 4,5 раза больше, а у больных с ожирением в 5 раз выше, чем у лиц с нормальной массой тела. Избыточная масса и ожирение – серьезная причина высокого АД и сердечно-сосудистых осложнений – с увеличением массы тела увеличивается число лиц с АГ, и эти лица составляют группу повышенного риска развития ССО. Большинство лиц с повышенным АД имели 2-4 фактора риска и сопутствующее нарушение обмена веществ. Главным в тактике ведения больных АГ является не только раннее выявление факторов риска, но и определение тех лиц, которым необходима определенная тактика для снижения риска заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Основным направлением профилактики должно быть изменение образа жизни: коррекция избыточного веса и неправильного питания, прекращение курения, коррекция метаболических нарушений. Как указано выше, в 45,6% случаев повышенное артериальное давление у исследованных выявлено впервые. Это свидетельствует о существенном упущении возможностей увеличения эффективности работы вследствие несвоевременного выявления лиц с повышенным уровнем АД. Анализ цифр АД показал, что из 976 человек систолическое АД до 180 мм рт.ст. имели 90,6%, у остальных (9,4%) выявлено САД более 180 мм рт.ст., что требует направления на стационарное лечение. Анализ диастолического артериального давления показал, что 95,2% пациентов имели АД в пределах 90-110, а 4,8% пациентов – более 110 мм рт.ст., это состояние также требует экстренных мероприятий по снижению АД. Следовательно, ежегодное проведение скрининга с измерением АД среди лиц с факторами риска является эффективным методом раннего выявления

артериальной гипертонии. Как показали результаты нашего исследования, около половины больных с повышенным уровнем АД впервые узнали об этом. Этим пациентам мы обследовали, назначили лечение и взяли на диспансерный учет.

В четвертой главе диссертации «Анализ распространенности факторов риска артериальной гипертонии среди городского населения по программе ВОЗ «STEPS» приводятся результаты мониторинга городского населения, прикрепленного к поликлинике №16. Изучение посещаемости поликлиники по журналам учета больных и диспансерного наблюдения показало, что к концу 2004 г. поликлинику один раз за год посетили 973 больных АГ. Среди пациентов, состоящих на диспансерном учете, было большинство женщин старше 50 лет, хотя мужской пол является одним из факторов риска, а развитие острых сердечно-сосудистых осложнений чаще регистрируется среди пациентов 40-50 лет. Тактику ведения больных АГ в городской поликлинике анализировали по записям в амбулаторных картах больных: оценивали длительность артериальной гипертонии, наличие ассоциированных заболеваний, сердечно-сосудистых осложнений, принимаемое лечение. Выявление сопутствующих заболеваний или, согласно рекомендациям экспертов ВОЗ по АГ, ассоциированных состояний показало, что их не имела только четвертая часть больных (рис.2.).



**Рис. 2. Ассоциированные заболевания у больных с артериальной гипертонией, %**

Остальные пациенты представляли группу повышенного риска преждевременного летального исхода. Следовательно, чаще всего горожане, больные АГ, обращаются к врачу уже при развившихся сердечно-сосудистых осложнениях. Записи консультаций в амбулаторных картах показали, что ни в одном случае врачами не было рекомендовано немедикаментозное лечение и изменение образа жизни, столь широко распространенное в общей врачебной практике развитых стран. Среди лекарственных препаратов чаще назначались ингибиторы АПФ – (17,2% больных), причем они часто назначались больным с первично выявленной артериальной гипертонией. Препараты, рекомендованные комитетом экспертов ВОЗ по АГ бета-блокаторы и тиазидные диуретики, назначались достаточно редко (соответственно 15,9 и 12,4% больных), еще реже применялись антагонисты кальция (6,9%). Аспирин в качестве препарата для профилактики сердечно-

сосудистых осложнений рекомендовали участковые врачи городской поликлиники лишь 28,6% больным артериальной гипертонией.

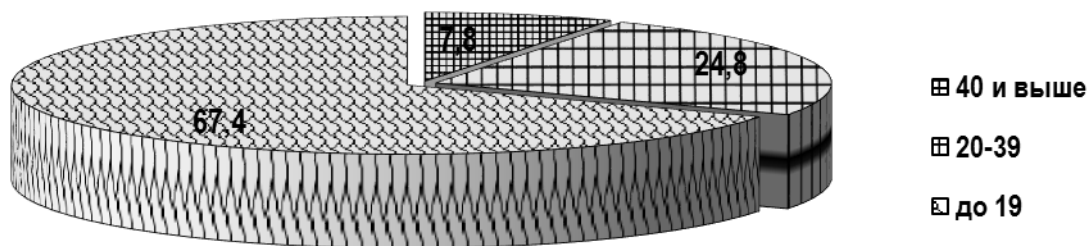
Следующим этапом исследования был тотальный скрининг: анкетирование населения старше 40 лет, прикрепленного к поликлинике. Для анализа были отобраны 3049 правильно заполненных анкет лиц с факторами риска. 636 человек находились под воздействием нескольких факторов риска и у 344 из них была обнаружена АГ. В числе важных факторов риска среди городского населения выявлено курение – у 778 (25,5%) человек. В течение последних 12 месяцев алкогольные напитки употребляли 578 (18,9%) человек. Лишь 769 (25,2%) человек употребляли в пищу в требуемом количестве овощи и фрукты – 504 (16,5%) человек. Физически активными были 1289 (42,3%) респондентов; они отметили, что продолжают физическую работу и дома, из них 692 человек занимались ходьбой или ездой на велосипеде. Оценка суммарного влияния факторов риска возникновения АГ у городских жителей показала, что относительный риск составил 27, т.е. у лиц с факторами риска заболевание может возникнуть в 27 раз чаще, чем у лиц без них. Было изучено изолированное влияние избыточной массы тела и ожирения на развитие АГ. Среди пациентов с АГ лишь небольшая часть (10,8%) имела нормальную массу тела, остальные 307 больных АГ имели избыточную массу тела и ожирение. Относительный риск составил 5,3, т.е. избыточная масса тела и ожирение в 5,3 раза повышают риск возникновения артериальной гипертонии. Анализ результатов измерения АД показал, что среди лиц с несколькими факторами риска у 344 (54,1%) человек выявлено повышенное АД, 208 (60,5%) человек знали о повышенном у них АД, а 136 человек (39,5%) узнали об этом впервые. Систолическое давление более 171-200 мм рт. ст. имел каждый седьмой пациент (14,9%); такой уровень АД требует медикаментозного лечения, но особое опасение вызывает треть пациентов (32,5%) с уровнем диастолического давления 101 и более мм рт. ст., при котором часто необходимо стационарное лечение. Эти пациенты являются группой очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений с развитием инфаркта миокарда или инсульта с летальным исходом.

По окончании скрининга все лица с факторами риска и с выявленным повышенным уровнем АД были приглашены в поликлинику, где им было предложено заполнение второй анкеты на предмет оценки работы с ними поликлиники. Установлено, что более трети пациентов не измеряли уровень АД в течение года, а небольшая часть (7,8%) – даже не помнят дату измерения. Принципам немедикаментозного лечения следовала лишь часть больных. Совет об ограничении соли был дан только 6% пациентов с АГ, о снижении веса – пятой части больных. Беседу о вреде курения провели с 22,6% больных, чуть большему количеству больных (27,4%) была рекомендована умеренная физическая нагрузка. Отношение пациентов с АГ к лечению оценивали по следующим критериям: регулярный прием лекарств для снижения уровня АД или прием медикаментов только при ухудшении

состояния. 83 (39,9%) человека считают обязательным постоянный прием таблеток для снижения АД, остальные 125 (60,1%) – принимали лечение только при ухудшении состояния. Анализ причин нерегулярного лечения показал, что 63 (30,2%) пациента не хотят постоянно принимать лечение, 23 (11,1%) из них боятся вредного влияния лекарств на организм или развития побочных эффектов. 108 (51,9%) человек считают, что не имеют возможности постоянного лечения из-за отсутствия лекарств в аптеке или проблемы его доставки на дом. 37 (17,9%) человек полагают, что лечение дорого для них. Следовательно, среди пациентов отсутствуют элементарные знания о необходимости постоянного приема лекарств, независимо от уровня АД и состояния пациента.

В пятой главе диссертации **«Внедрение в городской поликлинике модели «Системная оценка коронарного риска – SCORE (Systemic coronary risk evaluation)» для определения риска сердечно-сосудистых заболеваний»** представлены результаты анкетирования населения по вопроснику «SCORE» для раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний и определения риска сердечно-сосудистых осложнений. За год медицинским персоналом поликлиники №16 были заполнены вопросники у 672 пациентов, обратившихся в поликлинику независимо от цели визита. В отличие от вопросника «STEPS», вопросник «SCORE» предполагает оценку ответов респондентов в баллах, что позволяет оценить степень значимости каждого фактора в качестве фактора риска АГ или ее осложнений. Наследственная предрасположенность к артериальной гипертонии была выявлена у 198 (29,5% из общего числа опрошенных пациентов) человек, 99 человек (14,8%) больных имели СД 1 или 2 типа. Среди других ФР, около 40% пациентов курили, только четвертая часть пациентов питалась рационально. Более 41,5% опрошенных лиц имели повышенное АД, причем у некоторых оно было выявлено впервые, у 53% пациентов была избыточная масса тела, но они не знали об этом и не считали свой вес избыточным. 17% респондентов имели ожирение, но и эта категория пациентов тоже считала себя в основном здоровыми; по их мнению, излишний вес не влиял на качество их жизни. Нормальный вес тела имела только треть опрошенных лиц. Было выявлено, что основная масса пациентов физкультурой и спортом практически не занималась. Каждую анкету оценивали на основе подсчета суммы баллов. По сумме баллов анкеты опрошенных распределили на 3 группы риска сердечно-сосудистых заболеваний: группу высокого риска (сумма баллов 40 и выше) составили 53 человека; группу среднего риска (20-39 баллов) – 167; низкого риска (19 баллов и меньше) – 452 человека (рис. 3).

Таким образом, около 8% опрошенных пациентов нуждались в дополнительном обследовании и, возможно, в стационарном лечении. Четвертая часть (средний риск) пациентов требовала наблюдения, обследования и изменения образа жизни с целью снижения влияния факторов риска. Группе низкого риска следовало провести первичную профилактику для снижения воздействия факторов риска.



**Рис.3. Количественная оценка факторов риска, %**

Оценка факторов риска и количественный подсчет баллов позволили выявить среди всех пациентов группу высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, требующую внимания врачей общей практики, участковых терапевтов и кардиолога поликлиники для постоянного наблюдения, и соответствующего лечения. При среднем риске пациенты также должны находиться на диспансерном наблюдении и обследоваться 2 раза в год.

В шестой главе **«Оценка знаний тактики ведения больных артериальной гипертензией у врачей и отношения пациентов к рекомендациям врача»** показаны результаты изучения уровня знаний и навыков врачей по ведению больных АГ в городских поликлиниках. Для этого было проведено анкетирование 119 участковых врачей, работающих со взрослым населением. Из них 45 имели диплом врача общей практики или сертификат переподготовки по 10-месячной программе ВОП; 42 врача работали участковыми терапевтами, 32 – имели базовое образование по педиатрии, но обучались на краткосрочных циклах по терапии и принимали взрослое население закрепленного участка. Анализ проводили по ответам на вопросник, который был составлен согласно стандарту диагностики и лечения, который представлен в клиническом руководстве по АГ (Ташкент, 2005). Пациенты с АГ должны находиться на диспансерном учете в поликлинике и дважды в год проходить обследование по 4 основным параметрам, установленным клиническим руководством. Результаты опроса показали, что о факторах риска помнят не все врачи. Особенно редко выясняют их наличие у пациентов педиатры. О необходимости выявления поражения органов-мишеней также знают не все врачи, две трети ВОП и половина терапевтов и педиатров отмечали в картах наличие цереброваскулярных и сердечно-сосудистых заболеваний. Немедикаментозную терапию, столь важную в менеджменте АГ, в частности здоровый образ жизни рекомендовали 62-76% ВОП, 48-69% терапевтов и 31-47% педиатров. Лекарственную терапию согласно клиническому руководству назначают почти все ВОП, две трети терапевтов и менее половины педиатров. Таким образом, в городской поликлинике наиболее правильно выполняли требования клинического руководства ВОП, они же оказались более подготовленными к проведению вторичной и третичной профилактики. Следовательно, перед закреплением жителей за врачом, врачей со

специализацией «педиатр» необходимо обучить по 10-месячной программе переподготовки ВОП.

Тактику ведения пациентов с АГ в условиях сельского врачебного пункта изучали по нескольким параметрам: полноте исследования пациентов, правильности измерения АД, правильности назначения лечения и консультированию по немедикаментозному воздействию. 72% ВОП самостоятельно снимали ЭКГ у больных АГ за последний месяц, 69% проводили диспансерное наблюдение и полное обследование пациентов с артериальной гипертензией согласно стандарту. Пропаганду здорового образа жизни для снижения воздействия факторов риска рекомендовали 46% врачей. Практические навыки ВОП оценивали во время осмотра ими больных АГ. 83% врачей правильно измерили АД – по шагам согласно стандарту, 75% – подробно информировали пациентов об их состоянии и результатах осмотра, 94% – рекомендовали следующий визит и определяли его время, 84% – направляли больного на сдачу анализов, 57% – объясняли их результаты, 23% – определяли индекс массы тела. Следовательно, врачи, в основном грамотно проводят консультирование пациентов с артериальной гипертензией. Оценку знаний ВОП проверяли по тестам, которые были составлены преподавателями-экспертами. При ответе на вопрос о необходимых исследованиях при диагностике АГ все врачи отметили необходимость снятия ЭКГ, но менее половины из них считают целесообразным определять белок в моче и сахар в крови, хотя эти 3 теста считаются выполнимыми в условиях СВП. Оказалось, что только 26% врачей полностью провели обследование диспансерных больных, согласно клиническому руководству, остальные не назначают полноценного обследования в условиях СВП, хотя лишь в 20% случаев в СВП отсутствует это руководство по АГ. Заполнение амбулаторных карт (АК) пациентов с АГ врачи-эксперты оценивали по следующим критериям: запись измерения АД; наличие ЭКГ, анализов мочи и крови на сахар, запись картины глазного дна; проведение стратификации риска ССЗ и включение степени АГ и риска в диагноз; записи рекомендаций немедикаментозного лечения и лекарственной терапии. В целом экспертные оценки качества ведения АК распределились следующим образом: «отлично» – 6%, «хорошо» – 37%, «удовлетворительно» – 41%, «плохо» – 12%, «очень плохо» – 4%. Таким образом, практически каждая пятая АК получила плохую оценку и чуть менее половины – лишь удовлетворительную оценку. Возможно, неудовлетворительное заполнение амбулаторных карт связано с загруженностью врачей дополнительной работой, их невнимательностью или недостаточной компетентностью.

Следовательно, всех врачей СВП необходимо обеспечить клиническим руководством по АГ, неоднократно обучать тактике ведения пациентов с АГ в рамках системы непрерывного профессионального образования, и регулярно проверять работу врачей главными специалистами (терапевт, кардиолог) района. Врачи СВП больше внимания уделяют вопросам

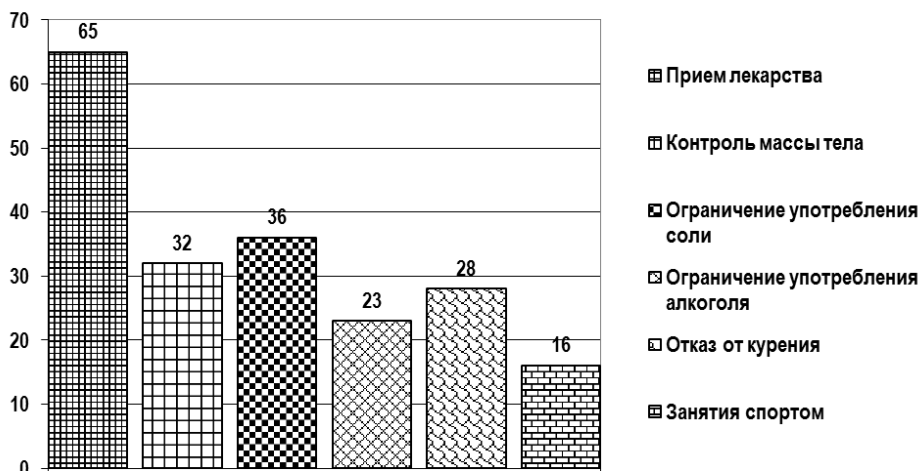
диагностики и медикаментозного лечения и гораздо меньше – формированию здорового образа жизни и снижению влияния факторов риска на развитие АГ, т.е. основным мероприятиям, которые необходимы в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом, оценка тактики ведения больных АГ врачами общей практики показала недостаточное следование рекомендациям клинического руководства. Даже обученные ВОП, имея это руководство в СВП, не используют его в должной мере. Они лучше ориентировались в тактике ведения больных АГ, но, судя по амбулаторным картам, соответствующую диагностику, лечение и контроль снижения АД проводила только половина обученных врачей.

Не менее важное звено в профилактике артериальной гипертонии – обучить население (и, конечно же, больных АГ) оценивать свое состояние, измерять АД, контролировать его уровень, правильно принимать лекарственные препараты. В 2002 г. информационно-аналитический центр провел исследование по программе «Изучение здоровья населения Узбекистана» (ИЗНУ). Чтобы оценить степень прошедших с тех пор изменений, мы провели исследование, заполняя тот же вопросник, включающий вопросы о факторах риска, измерении артериального давления, соблюдении принципов рационального питания, отношении пациентов к лечению, выполнении рекомендаций врачей. Обследование проводилось в 2009 г. среди больных АГ в 5 областях: Сырдарьинской (109 больных), Ферганской (104 человека), Кашкадарьинской (94 человека), Ташкентской (103 человека) и Республике Каракалпакстан (РКК) – 78 больных.

Мы установили, что большинство опрошенных больных АГ измеряли АД в течение последних 6 месяцев (71-83%), в течение 6-11 месяцев – от 7,7 до 24% больных. Давность измерения более года была зафиксирована в среднем у 6,2% больных АГ. Более высокая частота измерения АД характерна для больных в Ташкентской области (не менее 1 раза в год – 97%), а самая низкая – в Республике Каракалпакстан (менее 1 раза в год – 88%). Возможно, это связано с заинтересованностью самих пациентов в контроле уровня АД и с лучшим качеством оказания медицинской помощи больным в Ташкентской области.

Важной частью деятельности врача является обучение пациента с АГ оказанию себе первой помощи при подъеме артериального давления. Оценка информированности пациентов о болезни в целом показала, что почти все пациенты (96%) умели оказать себе первую помощь. Больных АГ опрашивали также о рекомендациях врачей по немедикаментозному лечению. Следить за весом врачи рекомендовали половине пациентов, ограничить потребление соли – 71% больных. Заниматься спортом, ограничить прием алкоголя, бросить курить, избегать стресса, аутотренинг – такие рекомендации получили 10-40% пациентов. Характер рекомендаций врачей больным АГ в разных регионах имел определенные различия. К алкоголю и курению у врачей отношение было достаточно снисходительное. В Сырдарьинской и Кашкадарьинской областях объяснения об этих факторах риска и рекомендации отказаться от них были даны лишь трети пациентов, в Ташкентской области и РКК –

только десятой их части. Оказалось, что даже в случаях получения совета от врача, как отметили сами больные, не все из них выполняли рекомендации в полной мере (рис. 4).



**Рис. 4. Выполнение рекомендаций врачей, %**

Назначенное лечение принимали 65% пациентов, в Ферганской, Сырдарьинской и Кашкадарьинской областях лекарства для снижения АД принимали 66% больных, в РКК – чуть более половины. Контролировали массу тела четверть (РКК, Сырдарьинская и Кашкадарьинская обл.) или треть пациентов (Ташкентская, Ферганская обл.). Ограничивали потребление соли почти одинаково (30-40% пациентов) во всех областях. Советы врачей о физической активности и отказе от алкоголя вообще практически не принимались как руководство к действию: в изучаемых областях показатели варьировали в пределах 9-30%. Курить бросили 10-15% больных. Проведенная оценка степени готовности пациентов к участию в лечении АГ и профилактике осложнений показала, что значительная часть больных (от 16,5 до 28,8%) не имеют информации о состоянии АД в течение 6 и более месяцев, большинство больных АГ (до 69%) не получает рекомендаций по немедикаментозному лечению и еще меньшее их количество выполняет рекомендации врачей как по медикаментозному лечению (65%), так и по ограничению воздействия факторов риска АГ (16-36%).

Таким образом, после проведенного исследования ИЗНУ по улучшению информированности населения удалось лишь незначительно повысить число больных, выполнявших рекомендации врачей. Медицинским работникам в условиях СВП и на дому следует не только регулярно информировать пациентов о болезни, развитии осложнений и их последствиях при отсутствии лечения, но и систематически контролировать выполнение рекомендаций по медикаментозному и немедикаментозному лечению заболевания.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе проведенных исследований по докторской диссертации на тему «Профилактика артериальной гипертензии в условиях современной



формы организации первичного звена здравоохранения в Узбекистане» сформулированы следующие выводы:

1. Частота факторов риска АГ среди сельского населения Сырдарьинской области составила 57,8%, (у мужчин 36,4%, у женщин – 65,7%). Корреляционный анализ показал, что среди лиц, имеющих несколько факторов риска, АГ может развиваться в 10 раз чаще. Наибольший риск возникновения АГ – у лиц с ожирением и избыточной массой тела (10 и 8 раз), наследственность – в 2,2 раза, курение и прием соленой пищи – в 2 раза.

2. У лиц с факторами риска повышение АД зарегистрировано у 14,7%, из них только 54,4% состояли на диспансерном учете в СВП по поводу артериальной гипертонии, у 45,6% повышение артериального давления было выявлено впервые. Это свидетельствует об отсутствии скрининга населения по измерению АД у каждого жителя старше 18 лет и систематического контроля уровня АД патронажными медсестрами на дому.

3. Изучение распространенности факторов риска артериальной гипертонии среди городского населения показало, что 20,8% лиц имели факторы риска артериальной гипертонии, из них курение составило 25,5%, злоупотребление алкогольными напитками – 18,9%, нерациональное питание – до 46%, гиподинамия – более 60%. У 54,1% лиц с факторами риска было выявлено повышенное артериальное давление, 39,5% из них узнали об этом впервые. Относительный риск развития АГ среди городского населения с факторами риска в 27 раз чаще.

4. Среди пациентов городской поликлиники с нормальными показателями АД в 32,6% выявляются такие сочетания факторов риска, которые в скором будущем могут привести к возникновению АГ и провоцировать сердечно-сосудистые осложнения (неблагоприятная наследственность, курение, нерациональное питание, избыточный вес и ожирение).

5. Анализ ведения амбулаторных карт больных артериальной гипертонией в городских поликлиниках показал, что на диспансерном учете состоят больные с давностью заболевания 5-10 лет. У 83,2% у них имеются ассоциированные заболевания, такие как ОИМ, сосудистые заболевания головного мозга, сахарный диабет, заболевания почек. Это свидетельствует о том, что пациенты принимаются на диспансерный учет поздно, при развившихся осложнениях АГ.

6. Записи консультаций в амбулаторных картах как сельских, так и городских больных показали, что врачами редко рекомендуются немедикаментозное лечение и изменение образа жизни, столь широко распространенные в общей врачебной практике развитых стран; назначаемое лечение малоэффективно: чаще всего назначались препараты раувольфии. Препараты, рекомендованные комитетом экспертов ВОЗ по АГ в качестве препаратов первого выбора, бета-блокаторы и тиазидные диуретики назначались только в 15,9% и 12,4% случаев, соответственно.

7. Из числа городских поликлинических врачей наиболее правильная тактика ведения больных АГ выявлена у ВОП, а самые некачественные

показатели характерны для врачей с базовым образованием педиатра. В частности, препараты первого выбора назначают 95,6% ВОП, 66,7% терапевтов и 40,6% педиатров; профилактику ССО проводят 100% ВОП и 75% педиатров; немедикаментозное лечение рекомендуют до 75,6% ВОП, 52,4% терапевтов и 34,4% педиатров.

8. Экспертный анализ ведения амбулаторных карт врачами СВП свидетельствует о том, что оценка «отлично» и «хорошо» составляет лишь 43%, в большинстве карт имеют место неправильная постановка диагноза, отсутствие результатов лабораторных исследований, измерения ИМТ, выявление и оценка факторов риска, рекомендации по немедикаментозному лечению. Указанные недостатки в 1,8-2,3 раза чаще отмечены у врачей, не прошедших 10-месячное обучение по программе ВОП.

9. 94% врачей ВОП имеют стаж работы  $4\pm 1$  год, более половины из них прошли 10-месячную переподготовку на ВОП, консультирование больных с АГ по клиническим вопросам в 84-94% ВОП проводят правильно, однако, в условиях СВП только у 41-54% больных проводятся все необходимые анализы, обязательное измерение АД у пациентов старше 18 лет проводится в 73% случаев.

10. Для вовлечения пациентов в решение проблемы АГ необходимо обеспечить их достаточную информированность о своем заболевании, мерах оказания неотложной помощи при повышении АД, но самое главное – ориентированность на обязательное выполнение рекомендаций врача не только по приему лекарств, но и по изменению образа жизни.

**SCIENTIFIC COUNCIL No.DSc.27.06.2017.Tib.31.01 ON AWARD OF  
SCIENTIFIC DEGREES AT TASHKENT INSTITUTE OF  
POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION  
TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

**NARMUKHAMEDOVA NAZIRA AZIZOVNA**

**PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION IN THE CONDITIONS  
OF THE MODERN FORM OF ORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH  
CARE IN UZBEKISTAN**

**14.00.33 – Public Health. Health Care Management  
(medical sciences)**

**ABSTRACT OF DISSERTATION OF THE DOCTOR OF SCIENCES (DSc)  
ON MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT – 2018**

**The theme of the doctoral (DSc) dissertation on medical sciences was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No.B2017.1.DSc/Tib16.**

The doctoral dissertation was carried out at Tashkent Medical Academy.

The abstract of the doctoral dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at [www.tma.uz](http://www.tma.uz) and on the website of “ZiyoNet” information-educational portal at [www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz).

**Scientific consultant:** **Asadov Damin Abdurakhimovich**  
Doctor of Medicine, Professor

**Official opponents:** **Nugmanova Damilya Sakenovna**  
Doctor of Medicine, Professor

**Mamutov Rifat Shukrievich**  
Doctor of Medicine, Professor

**Ismailov Saidmurat Ibragimovich**  
Doctor of Medicine

**Leading organization:** **Tver State Medical Academy**

The defence of the doctoral dissertation will be held on “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2018, at \_\_\_ at the meeting of the Scientific Council No.DSc.27.06.2017.Tib.31.01 at Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education (Address: 51 Parkent str., Mirzo Ulugbek district, 100007 Tashkent. Tel./Fax: (+99871) 268-17-44), e-mail: [info@tipme.uz](mailto:info@tipme.uz)).

The doctoral (DSc) dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education (registered under No.\_\_\_\_). Address: 51 Parkent str., Mirzo Ulugbek district, 100007 Tashkent. Tel./Fax: (+99871) 268-17-44.

The abstract of dissertation was distributed on “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2018.  
(Registry record No. \_\_\_\_\_ dated “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2018.)

**H.A.Akilov**

Chairman of the Scientific Council on Award of  
Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Professor

**N.N. Ubaydullaeva**

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award  
of Scientific Degrees, CMS, Assistant Professor

**H.Y. Rustamova**

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific  
Council on Award of Scientific Degrees,  
Doctor of Medicine, Professor

## INTRODUCTION (abstract of the DSc dissertation)

**The urgency and relevance of the topic of the dissertation.** According to the data of the World Health Organization (WHO), arterial hypertension (AH) is considered as a non-infectious pandemic that affects the socio-economic losses of the society and makes up 30-45% of the adult population; increases with age and reaches 62% in people older than 60 years old. Reduction of mortality from cardiovascular diseases (CVD) in some countries became possible due to large-scale measures to change the way of life and introduction of preventive measures among the population. Early detection of people with risk factors and minimization of their impact on the body allowed to reduce the incidence of cardiovascular complications (CVC). However, despite numerous investigations, there has been an increase in mortality from ischemic heart disease (IHD), myocardial infarction (MI) and cerebral stroke, which are the main complications of arterial hypertension. More often, death from these complications occurs at the prehospital stage.

**The aim of the research** is to scientifically substantiate the medical and organizational technologies for the introduction of modern approaches to primary, secondary and tertiary prevention of arterial hypertension and its complications in the conditions of the current model of primary health care.

### **Objectives of the research:**

- to study the prevalence of risk factors for arterial hypertension in representative groups of the rural population and to conduct a correlation analysis of their significance for the onset of the disease;
- to study the prevalence of risk factors for arterial hypertension among the urban population using the WHO program "The principle of phased implementation -" STEPS "and assess the risk of developing the disease when exposed to risk factors; to evaluate the tactics of managing patients with arterial hypertension in conditions of SVP and city polyclinic;
- to study the effectiveness of the "Systemic Coronary Risk Evaluation" model of the "Systemic Coronary Risk Evaluation" model in the primary health care system for quantifying the risk of cardiovascular diseases and reducing the incidence of complications in the form of myocardial infarction and stroke;
- to assess the level of knowledge of primary health care professionals in the early detection and management of patients with arterial hypertension, recommended by clinical guidelines based on the principles of evidence-based medicine;
- with the purpose of assessing the possibility of involving the patients themselves in solving the AH problem, to establish their awareness of the risk factors for arterial hypertension, the signs of the disease and cardiovascular complications, as well as the importance of regularity of treatment and optimizing the way of life;
- to develop an algorithm for medical and organizational technology for diagnosis and management of patients with AH, work on primary, secondary and tertiary prevention of arterial hypertension in the primary health care.

**The object of the research** were 6,644 men and women older than 20 years old among the rural population and 3,049 urban people older than 40 years old, 90 doctors of rural medical points, 119 doctors of urban family polyclinics, as well as 488 patients with arterial hypertension of urban family polyclinics and 441 patients with arterial hypertension of rural medical points.

**The scientific novelty of the research work** consists of the following:

based on scientific researches we have proved the necessity of conducting screening in conditions of primary health care centres for early detection of the disease and its effective treatment, and prevention of the risk of cardiovascular complications in patients with arterial hypertension;

by means of correlational analysis we have proved the influence of relative risk factors on the onset of arterial hypertension;

we have proved the appropriateness of introduction of a unified program for the early detection of risk factors, high level of blood pressure and assessment of patients' adherence to treatment;

we have proved and substantiated the appropriateness of a quantitative assessment of risk factors for cardiovascular diseases and early detection of risk groups for the prevention of complications among the population;

for the first time, we have developed the algorithm and substantiated its use for diagnostics and tactics of management of patients with AH with the purpose of introduction of primary, secondary and tertiary prevention in primary health care points.

**The practical results of the study** are as follows:

- it is recommended to conduct an annual population check with the measurement of blood pressure in every resident over 18 years for early detection of hypertension in a primary health care setting. When identifying individuals with an increased risk of hypertension, their timely medical examination is necessary. Qualitative dispensary registration - timely diagnostics and controlled treatment - will allow to prevent defeat of target organs, development of cardiovascular diseases and reduce the incidence of cardiovascular complications;

- It is shown in a population survey to assess demographic and social indicators, to question the nature of nutrition, physical activity and bad habits, which will help to identify risk factors for hypertension in a timely manner, prevent the risk of persistent increase in blood pressure and the development of the disease. To reduce the impact of risk factors on target organs and prevent the development of cardiovascular complications among people with risk factors for hypertension, systematic counseling for lifestyle changes is necessary;

- the application of questionnaires and questionnaires ("STEPS" and "SCORE") for the qualitative and quantitative assessment of AH risk factors is grounded in the work of the GP. The use of the recommendations of the Clinical Manual for the diagnosis, prevention and treatment of arterial hypertension by all physicians of the PHC institutions will improve the management of patients with AH;

- It is justified to inform the patients of the AH about the disease (consulting doctors and nurses) and the implementation of the recommendations of doctors on the treatment and control of blood pressure, which will reduce the incidence and development of complications. Formation of a healthy lifestyle and preventive measures among the population, conducted by medical institutions, mass media (newspapers, magazines, radio, television) will improve medical literacy, duration and quality of life of people.

- The reliability of the results of the study is confirmed by the correctness of the applied modern statistical methods of analysis, the accuracy of the checks carried out, the sufficient sample size and the use of objective retrospective and prospective studies using clinical, analytical, statistical and socio-hygienic methods.

**Implementation of the research results.** According to the results of the scientific research:

We have prepared an information letter “Management tactics of patients with arterial hypertension in conditions of primary health care points” (Conclusion No.83/27 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan of 22 February 2012). The implementation of the scientific results facilitated the screening with blood pressure measurement, early detection of patients with arterial hypertension and timely treatment according to the standard;

Methodological recommendations “Introduction of arterial hypertension prevention in primary health care” for general practitioners of rural medical points and city family polyclinics have been developed and approved (Conclusion No.8N-d/33 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan of 18 December 2014). These methodological recommendations helped improve measures for primary, secondary and tertiary prevention.

Management tactics of patients with arterial hypertension in conditions of primary health care has been implemented in the practice of general practitioners of family polyclinics in Almazar, Sergeli and Chilanzar districts of Tashkent, and rural medical points of Jizakh, Namangan, Surkhandarya, Ferghana, Tashkent and Syrdarya regions (Conclusion No.8/05 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan of 9 April 2015). The obtained scientific results contributed to a reduction in the number of patients with cardiovascular complications (number of ambulance calls and hospital admissions), improvement of the knowledge of the doctors in city family polyclinics and rural medical points, and increase in population awareness of the disease. This made it possible to reduce the disability and death rate.

**The outline of the dissertation.** The studies are a scientific basis for solving the problem, which is of great medical and social importance, to reduce the incidence of hypertension and its complications on mortality.

The results of the study are important for practical public health and can serve as a basis for further research.

**Structure and scope of the dissertation.** The thesis consists of an introduction, six chapters, conclusions, a list of used literature. The volume of the thesis is 177 pages

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; I part)**

1. **Солиев Т.С.**, Нармухамедова Н.А., **Касимова З.И.** Характер изменений сердечно-сосудистой системы при ревматоидном артрите // Умумий амалиёт дўхтири.– Самарканд, 1998, №2.–С. 36-37. (14.00.00; 2009, №15).
2. Нармухамедова Н.А., Шукурджанова С.М. Выявление артериальной гипертензии (АГ) и тактика ведения больных в условиях поликлиники // Умумий амалиёт дўхтири ахборотномаси.– Самарканд, 2000, №1.– С. 80-82. (14.00.00; 2009, №15).
3. Нармухамедова Н.А., Хусинова Ш.А. Скрининг артериальной гипертензии в работе врача общей практики // Умумий амалиёт дўхтири ахборотномаси.– Самарканд, 2002, №2, (22).– С. 43-46. (14.00.00; 2009, №15).
4. Нармухамедова Н.А. Скрининг факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2005, №4.– С. 8-10. (14.00.00; №8).
5. Нармухамедова Н.А. Мониторинг лечения больных артериальной гипертонией в условиях поликлиники // Умумий амалиёт дўхтири. – Самарканд, 2005, №3.– С.58-61. (14.00.00; 2009, №15).
6. Нармухамедова Н.А. К вопросу о выявлении факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в условиях первичного звена здравоохранения // Центрально-Азиатский медицинский журнал.– Бишкек, 2005, том XI, №4-5.– С. 239-242. (14.00.00; 2009, №17).
7. Рахмонова Н., Нармухамедова Н.А. Применение современных методов повышения качества медицинской помощи больным артериальной гипертонией в условиях первичного звена здравоохранения // Умумий амалиёт дўхтири. – Самарканд, 2006, №1-2 (38). – С.91-95. (14.00.00; 2009, №15).
8. Нармухамедова Н.А. Бирламчи соғлиқни сақлаш бўғинида артериал гипертонияни даволаш // Патология. – Тошкент, 2007, №1. – С.51-53. (14.00.00; 2009, №7).
9. Нармухамедова Н.А., Ярмухамедова Д.З., Маликова Г.Р. Повышение информированности пациентов о болезни – путь к улучшению их приверженности к лечению // Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2009, №1-2. – С.103. (14.00.00; №10).



10. Нармухамедова Н.А. Улучшение качества профилактики сердечно-сосудистых осложнений больным ишемической болезнью сердца в условиях городской поликлиники // Кардиология Узбекистана. – 2009, №1-2. – с.102. (14.00.00; №10).

11. Нармухамедова Н.А., Маденова С.А. Философия и принципы общей врачебной практики // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2010, №2. – С.80-82. (14.00.00; №8).

12. Нармухамедова Н.А. Повышение качества медицинской помощи больным артериальной гипертонией в условиях первичного звена здравоохранения // Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2010, №2-3. – С.160-161. (14.00.00; №10).

13. Нармухамедова Н.А. Развитие научного направления общей врачебной практики // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2010, №6. – С.74-75. (14.00.00; №8).

14. Нармухамедова Н.А. Оценка качества оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2010, №6. – С.75-78. (14.00.00; №8).

15. Нармухамедова Н.А. Оценка отношения больных артериальной гипертонией к болезни и степени следования рекомендациям врача // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – Москва, 2011, №3. – С.22-24. (14.00.00; №109).

16. Нармухамедова Н.А., Аблакулова М.Х. // Итоги внедрения системы общей врачебной практики в городские семейные поликлиники: сравнительный анализ. // Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань, 2012, №4. – С.49-53. (14.00.00; 2009, №139).

17. Нармухамедова Н.А. Сравнительный анализ данных мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний по программе ВОЗ “Принцип поэтапной реализации (STEPS) // Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2016, №2, (40). – С.163-164. (14.00.00; №10).

18. Нармухамедова Н.А., Ярмухамедова Д.З. Оценка тактики ведения пациентов с ожирением // Кардиология Узбекистана. Ташкент, 2017, №2, (44). – С.91-92. (14.00.00; №10).

## **II бўлим (II часть; II part)**

19. Narmukhamedova N. Evaluation of General Practitioners’ Activity in Rural Healthcare Centres of Uzbekistan // International journal of applied and fundamental research. Hungary, 2011, №1. – P.18-23.

20. Narmukhamedova N. Quality improvement in rural medical center. AVICENNA// Science and education in and about Uzbekistan.-Germany, 2011, №3. – P.37-42.

21. Нармухамедова Н.А. Внедрение программы ВОЗ «СТЕП» в первичное звено здравоохранения // Российский семейный врач. – Санкт-Петербург, 2006, том 10, №1, – С.68-69.

22. Нармухамедова Н.А. Профилактика сердечно-сосудистых осложнений в условиях городской поликлиники // Вестник семейной медицины. – Москва, 2008, №6. – С. 32-36.

23. Нармухамедова Н.А. Влияние обучения на тактику ведения пациентов, страдающих артериальной гипертонией // Актуальные проблемы современной науки. Медицинские науки. – Москва, 2009, №3. – С.29-33.

24. Нармухамедова Н.А. Профилактика артериальной гипертонии в первичном звене здравоохранения // Профилактическая медицина. – Москва, 2012, том 15, №3. – С.3-6.

25. Асадов Д.А., Нармухамедова Н.А. Ўзбекистонда артериал гипертония ҳамда унинг олдини олишда соғлиқни сақлаш бирламчи бўғинининг роли // Организация и управление здравоохранением. – Ташкент, 2012, №10, (28). – С.9-15.

26. Нармухамедова Н.А. Внедрение клинических протоколов – основа оказания качественной медицинской помощи // Российский семейный врач. – Санкт-Петербург, 2016, №2, Т.20. – С.22-23.

27. Нармухамедова Н.А., Юсупова М.С. Тактика ведения больных артериальной гипертонией в условиях первичного звена здравоохранения // Информационное письмо. – Ташкент, 2011. – С.10.

28. Нармухамедова Н.А. Внедрение профилактики артериальной гипертонии в первичное звено здравоохранения // Методические рекомендации. – Ташкент, 2011. – С.39.

29. Нармухамедова Н.А., Юсупова М.С. Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини шароитларида беморларни олиб бориш тактикаси // Ахборот хати.– Тошкент, 2011. – Б.10.

30. Нармухамедова Н.А., Мавлянова Д.А., Мамутов Р.Ш., Мамараджапова Д.А., Алиханова Н.М., Рахимова Г.Н. Адаптированные клинические протоколы ВОЗ ПЕН по оценке и снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний для первичного звена здравоохранения // Учебное пособие. – Ташкент, 2014. – С.28.

31. Нармухамедова Н.А., Мавлянова Д.А., Мамутов Р.Ш., Мамараджапова Д.А., Алиханова Н.М., Рахимова Г.Н. Бирламчи тиббий-санитария ёрдами

муассасалари учун ЖССТнинг юқумсиз касалликлар бўйича мослаштирилган клиник протоколлар. Клиник протоколлар туплами. – Тошкент, 2014. – Б.28.

32. Нармухамедова Н.А. Применение доказательной медицины в практике врача общей практики (ВОП) // Сборник тезисов Международной конференции «Развитие первичного звена здравоохранения и семейная медицина». – Ташкент, 2001. – С.92.

33. Нармухамедова Н.А., Хакимов К.З. Раннее выявление артериальной гипертонии в условиях сельского врачебного пункта // Сборник тезисов Международной конференции «Развитие первичного звена здравоохранения и семейная медицина». – Ташкент, 2001. – С.90.

34. Нармухамедова Н.А. Контроль качества медицинской помощи в сельских врачебных участках // Материалы региональной конференции по вопросам общественного здравоохранения и управления в здравоохранении. – Узбекистан, 2003. – С.28-29.

35. Нармухамедова Н.А., Юсупов О.Ф., Ярмухамедова Д.З. Обучение населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний // Материалы региональной конференции по вопросам общественного здравоохранения и управления в здравоохранении. – Узбекистан, 2003. – С. 132-133.

36. Нармухамедова Н.А., Ярмухамедова Д.З., Юсупов О.П. Обучение больного болезни один из важных компонентов эффективного лечения врачами общей практики // Материалы региональной конференции по вопросам общественного здравоохранения и управления в здравоохранении. – Узбекистан, 2003. – С.38-39.

37. Нармухамедова Н.А., Ярмухамедова Д.З. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний // Тезисы II Всероссийского съезда врачей общей (семейной) практики Российской Федерации. – Чебоксары, 2004. – С.204-205.

38. Нармухамедова Н.А., Мирзаева Д.А., Юсупов О.П., Юлдашева Г.М. Мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний // Кардиология СНГ. – Ташкент, 2005, том 3, № 2. – С.124.

39. Нармухамедова Н.А. Менеджмент артериальной гипертонии в первичном звене здравоохранения // Кардиология СНГ, 2005, том 3, № 2. – С.132.

40. Narmukhamedova N. Management of hypertension in polyclinics. 12<sup>th</sup> Regional Conference of WONCA Europe ESGP/FM, Florence, Italy, 2006. Abstract Book. – p.223.

41. Narmukhamedova N., Rahmanova N., Khuramatov Sh. Application of modern quality improvement techniques to manage hypertension in primary care

settings 12<sup>th</sup> Regional Conference of WONCA Europe ESGP/FM, Florence, Italy, 2006. Abstract Book. – p.192.

42. Нармухамедова Н.А. Анализ тактики ведения больных артериальной гипертонией в городских поликлиниках г. Ташкента // Сборник тезисов Республиканской конференции «Реформирование первичного звена здравоохранения и подготовка врачей общей практики». – Ташкент, 2007. – С. 51-52.

43. Нармухамедова Н.А., Рахманова Н. Внедрение принципов доказательной медицины в повседневную практику врача // Сборник тезисов Республиканской конференции «Реформирование первичного звена здравоохранения и подготовка врачей общей практики». – Ташкент, 2007. – С.36-37.

44. Нармухамедова Н.А. Диагностика риска сердечно-сосудистых осложнений у больных артериальной гипертонией // Сборник тезисов V съезда терапевтов Узбекистана. – Ташкент, 2008. – С.89-90.

45. Нармухамедова Н.А. Повышение качества выявления факторов риска среди больных артериальной гипертонией в городской поликлинике // «Перспективы развития семейной медицины». Материалы международной научно-практической конференции. – Караганда, 2008. – С.101-103.

46. Нармухамедова Н.А. Анализ деятельности сельских врачебных пунктов // Республиканская конференция «Развитие первичного звена здравоохранения Узбекистана за 10 лет». – Ташкент, 2010.– С.46-47.

47. Нармухамедова Н.А., Фузайлов Ф.З. Внедрение системы непрерывного профессионального образования врачей ПМСП // Республиканская конференция «Развитие первичного звена здравоохранения Узбекистана за 10 лет». – Ташкент, 2010. – С.24-25.

48. Рахманова Н., Нармухамедова Н.А. Обзор подходов к оценке качества медицинских услуг // Республиканская конференция «Развитие первичного звена здравоохранения Узбекистана за 10 лет». – Ташкент, 2010. – С.150.

49. Нармухамедова Н.А. Повышение качества медицинской помощи больным с ИБС // III Международный конгресс «Кардиология на перекрестке наук». – Тюмень, 2012. – С.166-167.

50. Нармухамедова Н.А., Эшниязова У.Н., Маликова Г.Р. Проблемы реабилитации больных перенесших инфаркт миокарда в поликлинических условиях // III Международный конгресс «Кардиология на перекрестке наук». Тезисы докладов. – Тюмень, 2012. – С.247-248.

51. Narmukhamedova N.A. The screening of population is secondary prevention of hypertension // Московский международный форум кардиологов. – Москва, 2013. – С.4.

52. Нармухамедова Н.А., Эшниязова У.Н., Маликова Г.Р. Раннее выявление факторов риска артериальной гипертензии в амбулаторных условиях // IV Международный конгресс «Кардиология на перекрестке наук». Сборник тезисов. – Тюмень, 2013. – С.305-306.

53. Нармухамедова Н.А., Хусинова Ш.А. Внедрение профилактики артериальной гипертензии через протоколы ПЕН ВОЗ // Научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины». – Самарканд, 2014. – С.173-174.

54. Нармухамедова Н.А., Дадабаева Р.К. Этапы внедрения общей врачебной практики в Узбекистане // Вестник КГМА. Материалы 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана. – Бишкек, 2015, №3(2). – С.52-53.

55. Нармухамедова Н.А., Мухамедиярова Р.Г. Повышение качества медицинской помощи в районных медицинских объединениях // Сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции: «Повышение качества медицинской помощи в первичном звене здравоохранения». – Ташкент, 2015. – С.37-38.

56. Нармухамедова Н.А., Мухамедиярова Р.Г., Цой Е.С., Шукуров Ш.У., Садырова М.А. Адаптированный клинический протокол по интегрированному ведению артериальной гипертензии и сахарного диабета // Сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции: «Повышение качества медицинской помощи в первичном звене здравоохранения». – Ташкент, 2015. – С.38-39.

57. Нармухамедова Н.А. Внедрение клинических протоколов по кардиологии в учреждения районного медицинского объединения // Сборник материалов IV Республиканской научно-практической конференции «Улучшение качества оказания медицинских услуг в первичном звене здравоохранения». – Ташкент, 2017. – С.52-53.

Диссертация автореферати «Тил ва адабиёт таълими» журнали  
тахририятида тахрирдан ўтказилди (14.06.2018 й.)

Бичими 60x84 <sup>1</sup>/<sub>8</sub>. «Times New Roman» гарнитураси. Офсет усулида босилди.  
Шартли босма табағи 3.8. Адади: 100. Буюртма: №19 .

«ЎзР Фанлар академияси Асосий кутубхонаси» босмахонасида чоп этилди.  
100170, Тошкент, Зиёрилар кўчаси, 13 уй.