



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (67) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.12-008.331.1: 615. 225.2

**НАЗОРАТЛАНМАГАН АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯЛИ БЕМОРЛАРДА УЧ
КОМПОНЕНТЛИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВ ДАВОЛАШ РЕЖАСИГА МОЙИЛЛИКНИ
ЎРГАНИШ**

Шукурова Д.Ю., Хамидуллаева Г.А.

Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази
Ўзбекистан 100052, г.Тошкент, ул. Осиё 4, Тел: 71 237 36 88

✓ **Резюме**

Дори препаратларини сони даволашга мойилликни муҳим омили эканлиги бир неча бор ўз тасдигини топган. Дори препаратларини сони 3 та бўлса даволашга мойиллик 30%, 4 та бўлса 40%, 5 ва ундан кўп бўлса 50% ва ҳаттоки даволашдан 100% воз кечиш ҳолатлари кўзатилиши исботланган.

Ишининг мақсади: Назоратланмаган артериал гипертонияли (АГ) беморларда уч компонентли антигипертензив терапияни (АГТ) фиксланган ва эркин комбинацияда қабул қилган беморларда даволашга бўлган мойилликни самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва усуллар: Тадқиқотимизга 86 нафар 1-3 даражали АГ беморлар киритилди. Ўртача ёши 63.1 ± 8.9 ёшни ташкил этди. Клиник протоколга кўра уч компонентли антигипертензив терапияни фиксланган 1-гурӯҳ ($n=44$) ва эркин комбинацияда ($n=42$) 2-гурӯҳ қабул қилган беморларни даволашга бўлган мойиллигини баҳолаш мақсадида ММАС-8 “8-item Morisky Medication Adherence Scale” сўровномасидан фойдаланган ҳолда баҳоладик. Бунда юқори мойиллик 8 балл, ўрта мойиллик 6-7 балл ва паст мойиллик 5 балл деб баҳоланди.

Натижалар: Изланишларимизга кўра $n=86$ нафар беморга ўтқазилган сўровномада ≤ 44 ёш беморлар 10 нафар (11.9%), 45-59 ёш беморларимиз 36 нафар (42.8%), 60-74 ёш беморларимиз 38 нафар (45.2%) ни ташкил этди. Гурӯҳлараро таҳлил даволашдан олдин 1- ва 2- гурӯҳларда ёшга боғлиқ статистик фарқ аниқланмади. Даволашдан олдин беморларнинг ёшидан қатъий назар, ўртача 70% беморда даволанишга паст мойиллик (≤ 5 балл) аниқланди. 24 ҳафталик 3 компонентлик АГТ да 80% дан зиёд бемор мақсадли АБ даражасига эришди ва ММАС-8 синамаси натижасига кўра беморларда даволашга мойиллик ошиди, бунда 44 ёшгача беморлар гурӯҳида даволанишга мойиллик атиги 10% га кўпайди, ёш улгайган сари даволашга мойилликнинг ишончли 2 ва ундан кўп мартаба ошиши кузатилди. 24 ҳафталик даволаш натижасида 1- гурӯҳда даволашга мойиллик ишончли статистик ўзгарди: 19 нафар (41.3%) - 8 балл, 14 нафари (30.4%) 6-7 балл, 13 нафари (28.2%) ≤ 5 балл, яъни даволанишга мойилликнинг ўсиши кузатилди. 2-гурӯҳда 8 балл тўплаган беморлар сони 7 нафар (17.5%), яъни 1-гурӯҳдан 2 баравар кам, 7 нафари (17.5%) 6-7 балл, 26 нафари (65%) ≤ 5 балл тўплаган, яъни 1-гурӯҳдан 2.5 баравар кўп. Эркин комбинация қабул қилган гурӯҳда динамикадаги ўзгаришлар статистик ишончли бўлмади.

Хулоса: 24 ҳафта давомида уч компонентли АГТ натижасида беморларнинг даволанишга мойиллиги ошиши кўрсатилди, бунда ёш беморларга нисбатан, ўрта ва қария беморларда мойиллик ишончли кўтарилди. 3 та дори воситанинг фиксланган комбинациясини қабул қилган беморларда эркин комбинация қабул қилган беморларга қараганда даволашга бўлган мойиллик ишончли ошганини кўзатилади.

Калит сўзлар: Назоратланмаган артериал гипертония, антигипертензив терапия, даволашга мойиллик, 24 ҳафталик терапия.

**ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Шукурова Д.Ю., Хамидуллаева Г.А.

Республиканский специализированный кардиологический научно-практический
медицинский центр Ўзбекистан 100052, г. Ташкент, ул. Азия 4, тел.: 71 237 36 88

✓ *Резюме*

Неоднократно подтверждено, что количество препаратов является важным фактором приверженности к лечению. Доказано, что приверженность к лечению составляет 30% при приеме 3-х препаратов, 40% при приеме 4-х, 50% при приеме 5-ти и более, даже 100% отказа от лечения.

Цель исследования: изучить эффективность приверженности к лечению у больных с неконтролируемой артериальной гипертензией (АГ), получавших трехкомпонентную антигипертензивную терапию (АГТ) в фиксированной и свободной комбинации.

Материал и методы: В исследование включены 86 пациентов с неконтролируемой АГ 1-3 степени. Средний возраст составил 63.1 ± 8.9 лет. В соответствии с клиническим протоколом применили опросник MMAS-8 "8-item Morisky Medication Adherence Scale" с целью оценки приверженности к лечению пациентов, получавших трехкомпонентную АГТ в фиксированной (группа 1, n=44) и в свободной комбинации (группа 2, n=42).

Результаты: По данным нашего исследования, среди 86 пациентов, 10 (11,9%) пациентов до 44 лет, 36 (42,8%) пациентов 45-59 лет, 38 (45,2%) пациентов 60-74 лет. До лечения межгрупповой анализ не выявил статистических различий в приверженности между 1-й и 2-й группами. До лечения, независимо от возраста больных, в среднем у 70% пациентов наблюдалась низкая склонность к лечению (<5 баллов). В конце наблюдения тест MMAS-8 был повторен в обеих группах пациентов. Более 80% пациентов достигли целевого уровня АГ в течение 24-х недельной тройной АГТ. При этом в молодой группе приверженность повысилась всего на 10%, что достоверно ниже чем в группе среднего возраста и пожилых, где приверженность к терапии повысилась в 2 и более раза по сравнению с молодыми. По итогам лечения приверженность к терапии достоверно увеличилась в 1-й группе: 8 баллов у 19 (41,3%) пациентов, 6-7 баллов у 14 (30,4%), 5 и менее баллов у 13 (28,2%) пациентов. Во 2-й группе достижение высокой приверженности было в 2 раза меньше: 7 (17,5%) пациентов набрали 8 баллов, 7 (17,5%) набрали 6-7 баллов, ≤ 5 баллов набрали 26 (65%) больных, что в 2,5 раза больше, чем в 1-й группе.

Выводы: Трехкомпонентная АГТ в течение 24 недель продемонстрировала повышение приверженности к лечению пациентов, причем достоверное увеличение приверженности у пациентов среднего и пожилого возраста по сравнению с более молодыми пациентами. У пациентов, получавших фиксированную комбинацию из 3 препаратов, наблюдалось достоверное увеличение приверженности к лечению по сравнению с пациентами, получавшими свободную комбинацию.

Ключевые слова: неконтролируемая артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия, восприимчивость к лечению, 24-недельная терапия.

STUDY OF ADHERENCE TO THREE-COMPONENT ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN PATIENTS WITH UNCONTROLLED ARTERIAL HYPERTENSION

Shukurova D.Yu., Khamidullaeva G.A.

Republican Specialized Cardiology Scientific and Practical Medical Center Uzbekistan 100052, Tashkent, st. Asia 4, tel.: 71 237 36 88

✓ *Resume*

The number of taken medications has been repeatedly shown to be an important factor in treatment propensity. It has been proven that adherence to treatment is 30% when taking 3 drugs, 40% when taking 4, 50% when taking 5 or more, and even 100% abstinence.

Purpose of the study: to study the effectiveness of treatment compliance in patients with uncontrolled arterial hypertension (AH) who received triple antihypertensive therapy in a fixed and free combination.

Material and methods: The study included 86 patients with grade 1-3 hypertension. The average age was 63.1 ± 8.9 years. In accordance with the clinical protocol, we assessed the MMAS-8 questionnaire "8-item Morisky Medication Adherence Scale" to assess the propensity to treatment

of patients. Patients received three-component antihypertensive therapy (AHT) in fixed group 1 (n=44) and group 2 (n=42) in a free combination.

Results: According to our study, 10 (11.9%) patients were under 44 years old, 36 (42.8%) patients were 45-59 years old, 38 (45.2%) were 60 - 74-year-old patients. Intergroup analysis revealed no statistical differences in age between groups 1 and 2 before treatment. Before treatment, regardless of the age of the patients, on average 70% of patients had a low adherence for treatment (<5 points). At the end of follow-up, the MMAS-8 test was repeated in both groups of patients. More than 80% of patients achieved target blood pressure levels during the 24-week triple AHT. At the same time, in the young group, adherence increased by only 10%, which is significantly lower than in the middle-aged and elderly group, where adherence to therapy increased 2 or more times compared to the young. According to the results of treatment, adherence to therapy significantly increased in 1st group: 8 points in 19 (41.3%) patients, 6-7 points in 14 (30.4%), 5 or less points in 13 (28.2%) patients. In 2nd group, achieving high adherence was 2 times less: 7 (17.5%) patients scored 8 points, 7 (17.5%) scored 6-7 points, 26 (65%) patients scored ≤5 points, which is 2.5 times more than in 1st group.

Conclusions: Triple AHT for 24 weeks demonstrated increased patient's adherence, with a significant increase in adherence in middle-aged and elderly patients compared with younger patients. Patients receiving a fixed combination of 3 drugs had a significant increase in adherence to treatment compared to patients receiving a free combination.

Key words: uncontrolled arterial hypertension, antihypertensive therapy, susceptibility to treatment, 24-week therapy.

Долзарблиги

Артериал гипертония (АГ) бутун дунё бўйлаб касалланиш ва ўлимнинг олдини олиши мумкин бўлган энг муҳим сабаблардан биридир, лекин шунга қарамасдан артериал босимни (АБ) назорат қилиш даражаси қониқарсиз бўлиб қолмоқда [1]. Яқинда ўтказилган бир нечта тадқиқотларда аниқланишича минтақа, даромад даражаси ёки соғлиқни сақлаш тизимининг ривожланганлик даражасидан қатъий назар, АГ ташхисланган беморларнинг ~40% беморлар антигипертензив терапия (АГТ) даво муолажасини оладилар, шулардан атиги ~35% АБ ни ≤140/90 мм.сим.уст даражасигача назоратга эришадилар. Бу фикрларни Clara K Chow ҳамда бир нечта ҳаммуаллифлар иштирокида олиб борилган катта илмий тадқиқотда ҳам ўз тасдиғини топган [2]. Назоратланмаган АБни мақсадли кўрсаткичга эришишда тўсиқ бўладиган бир неча сабаблар мавжуд бўлиб, булардан:

- Фармакотерапиянинг самарасизлиги: рандомизацияланган метатаҳлилда АГТ олаётган беморларни аксарият қисми АБни мақсадли кўрсаткичга эришиши мумкинлиги, бу беморларнинг атиги 5-10% гина терапиянинг танланган режимга резистентлигини, дори терапиясининг самарасизлиги муаммо манбаи эмаслигидан далолат беради [5].

- Шифокор дори препаратларини тўғри тиртламаслиги, препаратларни муқобил бўлмаган комбинацияси, аксарият беморларни АБ мақсадли кўрсаткичга эришилмаганлигига қарамасдан монитерапияда қолиши [1,2].

- Беморларни даволашга бўлган мойилликни пастлиги.

Бор маълумотлар юқорида кўрсатилган бир неча омиллардан кўра даволашга мойиллик муҳимлигини кўрсатади. Даволашга мойилликни баҳолаш мақсадида қон ва сийдик таркибида қабул қилган дори препарати мавжудлигини аниқлаш, даволашга жуда паст мойилликни кўрсатган [3,4]. Даволашга мойилликни пастлиги юрак қон-томир хавфини ошишига асосий сабаб бўлади.

АГни даволашда тавсия этилган таблеткалар сони даволашга бўлган мойилликни муҳим омили эканлиги бир неча бор ўз тасдиғини топган. Дори препаратларини сони 1 та таблеткани ташкил қилганда ≤10% паст мойилликни, 2 та таблетка булганда ~20% гача, 3 та таблетка қабул қилганда ~40% гача, 5 та ва ундан кўп таблетка бўлса 50% ва ҳаттоки даволашдан 100% воз кечиш ҳолатлари кўзатилиши исботланган [6]. Шу сабабли илмий ишнинг мақсади назоратланмаган АГ уч компонентли АГТни фиксланган ва эркин комбинацияда қабул қилган беморларда даволашга бўлган мойилликни ўрганиш деб белгиланди.

Тадқиқотнинг мақсади: Назоратланмаган артериал гипертонияли (АГ) беморларда уч компонентли антигипертензив терапияни (АГТ) фиксланган ва эркин комбинацияда қабул қилган беморларда даволашга бўлган мойилликни самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва усуллар

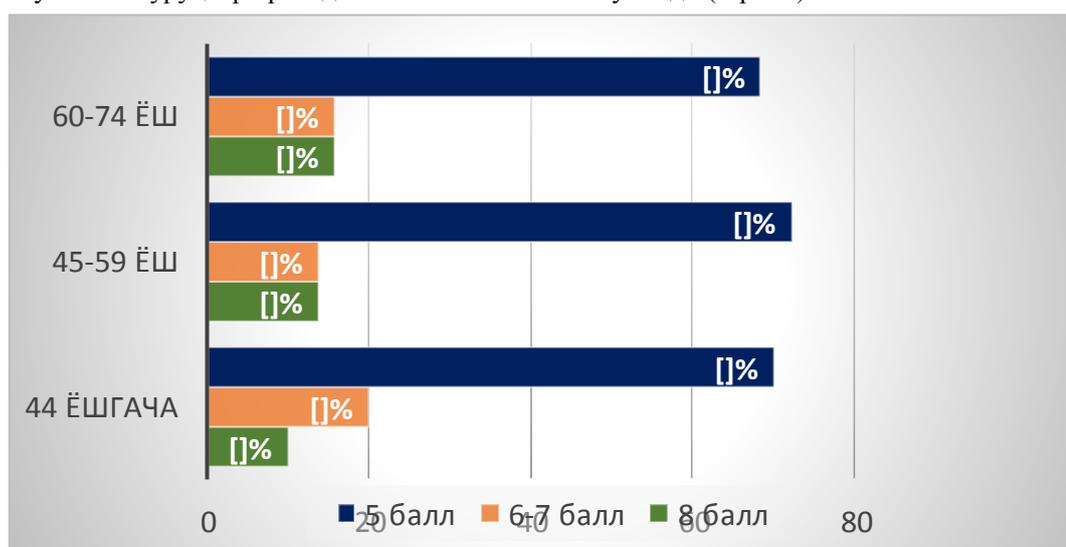
Тадқиқотимизга 86 нафар 1-3 даражали АГ беморлар киритилди. Ўртача ёши 63.1 ± 8.9 ёшни ташкил этди. Клиник протоколга кўра уч компонентли антигипертензив терапиянини фиксланган 1-гурух (n=44) ва эркин комбинацияда (n=42) 2-гурух қабул қилган беморларни даволашга бўлган мойиллигини баҳолаш мақсадида MMAS-8 “8-item Morisky Medication Adherence Scale” сўровномасидан фойдаланган ҳолда баҳоладик. Бунда юқори мойиллик 8 балл, ўрта мойиллик 6-7 балл ва паст мойиллик 5 балл деб баҳоланди.

Илмий тадқиқотимизга РИКИАТМ артериал гипертония лабараторияси назоратидаги беморларни ўрганиш жараёни мобайнида БЖССТ ни 2018 йилга тавсиясига кўра ёшга боғлиқ ҳолда ўрганиб чиқдик. Уч компонентли АГТ ни фиксланган ва эркин комбинацияда қабул қилган беморларни даволашга бўлган мойиллигини баҳолаш мақсадида MMAS-8 “8-item Morisky Medication Adherence Scale” сўровномасидан фойдаланган ҳолда баҳоладик. Сўровнома 8 саволдан иборат бўлиб, беморни АГТ, қолаверса дори воситаларини қанчалик ўз вақтида қабул қилиши, дори воситаларига нисбатан эътибор, бемор дори воситаларини қабул қилиш жараёда руҳиятига қанчалик таъсири ҳамда хотираси билан боғлиқ бўлган саволлар берилади. Ҳар бир савол 1 баллдан баҳоланади. Натижаларга кўра 8 балл тўплаган бемор даволашга юқори мойилликка эга, 6-7 балл тўплаганда даволашга ўртача мойилликка эга, 5 ва ундан кам балл тўплаган беморлар даволашга паст мойилликка эга деб баҳоланди.

Олинган натижаларнинг статистик ишлови Microsoft Office Excel-2007 ва Statistics 6.0 Windows дастури бўйича ўтқизилди. Сифатли кўрсаткичлар орасидаги ишончлилик даражасини аниқлаш учун χ^2 критерийсидан фойдаланилди. Барча турдаги таҳлил учун статистик ишончлилик даражаси $p < 0.05$ деб қабул қилинди.

Натижа ва таҳлиллар

Изданишларимиз натижалари шуни кўрсатдики n=86 нафар беморга ўтказилган сўровномада ≤ 44 ёшга бўлган беморлар 10 нафар (11.9%), 45-59 ёш оралиғидаги беморларимиз 36 нафар (42.8%), 60-74 ёш оралиғидаги беморларимиз 38 нафар (45.2%) ни ташкил этди. Барча беморлар 2 та антигипертензив препаратда АБнинг мақсадли даражасига эришмаган бўлиб, 3 компонентлик даволаш режаси тавсия этилди ва MMAS-8 синамаси ўтказилди. Бунда, беморларнинг ёшидан қатъий назар, ўртача 70% беморда даволанишга паст мойиллик (≤ 5 балл) аниқланди. 44 ёшгача беморларда даволашга мойилликнинг юқори балл кўрсаткичи нисбатан кам учради, лекин ёш асосида бўлинган гуруҳлар орасида статистик ишончли бўлмади (1-расм).

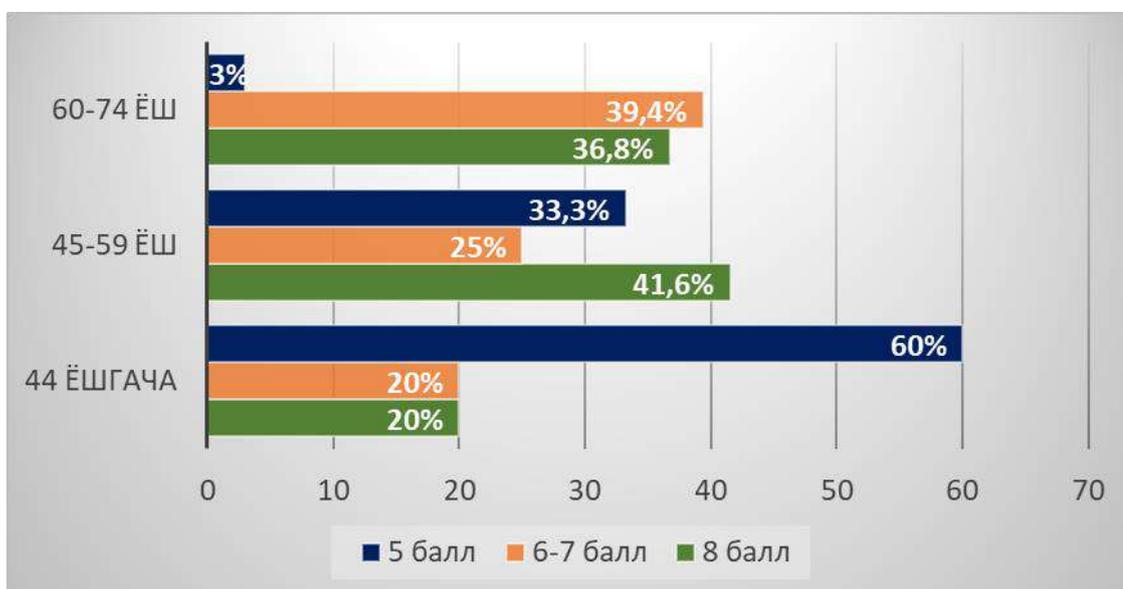


1-расм. Умумий гуруҳда антигипертензив терапиядан олдинги даволашга мойиллик кўрсаткичлари (%)

Демак, 2 антигипертензив дори воситасига резистент беморларнинг 70%да даволашга мойилликнинг паст даражаси аниқланиб, бу кўрсаткич АБнинг мақсадли даражага эришишига тўсқинлик қилди.

Беморлар уч компонентлик АГТ режасида фиксланган дори препарат (1-гурух, n=46, 3 та дори воситаси 1 таблеткада: периндоприл, индапамид, амлодипин) ва эркин комбинациялик (2-гурух, n=40, алоҳида 3 та дори препарат: периндоприл, индапамид, амлодипин) гуруҳларга бўлинди. Гуруҳлар жинс ва ёш жиҳатдан фарқланмади. Даволашдан олдин иккала гуруҳда ҳам дори препаратларининг қабулига паст мойиллик аниқланди ва гуруҳлараро ишончлик фарқ бўлмади. 3 компонентлик дори воситалар билан даволаш дорилар йўриқномасида кўрсатилган энг кичик терапевтик дозаларда бошланди: периндоприл 5 мг, индапамид 1.25 мг, амлодипин 5 мг. Дори перапатлар дозаси 4 ҳафта ва 12 ҳафта оралиқларида АБнинг мақсадли даражага эришгунча титрланди, кузатув 24 ҳафта давом этди. Периндоприл / Индапамид / Амлодипин дори воситаларининг ўртача бошланғич дозалари: 1-гурухда 6.9±2.4 / 7.1±2.4 / 1.74±0.6 мг/сут; 2- гуруҳда 6.9±2.7 / 1.95±0.6 / 7.1±2.5 мг/сут бўлиб, ишончли фарқ кузатилмади.

Кузатув якунида иккала гуруҳ беморларида ММАС-8 синамаси такрорланди. Умумий қилиб олганда, 24 ҳафталик 3 компонентлик АГТ да 80% дан зиёд бемор мақсадли АБ даражасига эришди ва ММАС-8 синамаси натижасига кўра беморларда даволашга мойиллик ошди (2-расм).



2-расм. Умумий гуруҳда 24 ҳафталик антигипертензив терапия фонидаги даволашга мойилликнинг ўсиши (%)

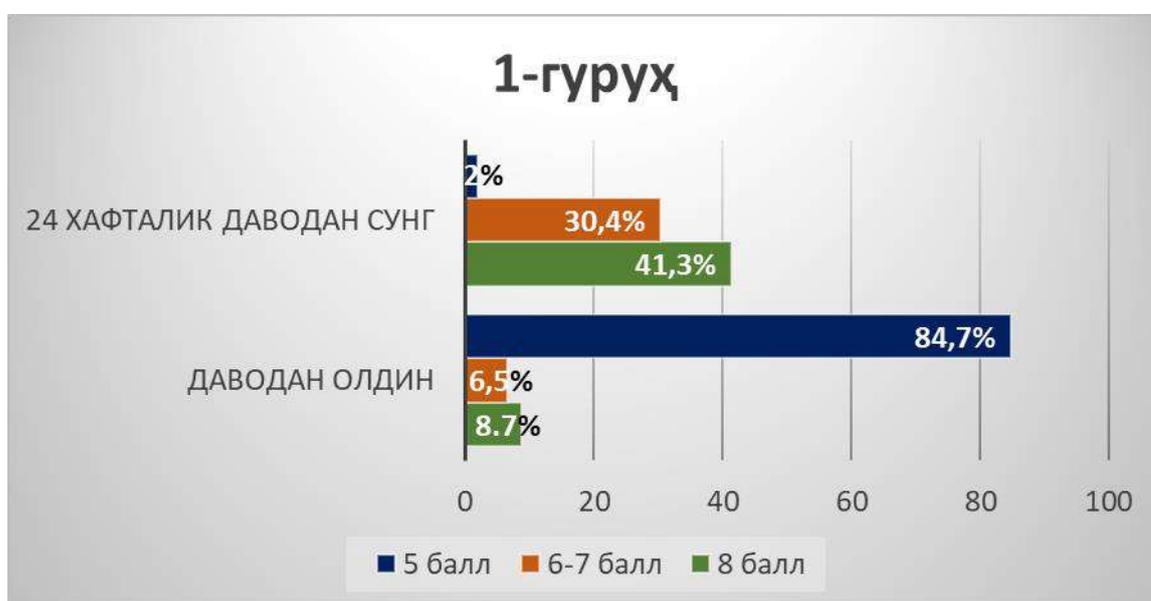
Беморлар ёши бўйича ўтказилган таҳлил шуни кўрсатдики, 60-74 ёшли беморлар орасида паст мойиллик 68,4% дан 3% гача камайди, бунинг эвазига юқори ва ўрта мойиллик кўрсаткичлари ошди. 45-59 ёшли беморлар орасида даволашга паст мойиллик деярли 2 баравар камайди, натижада юқори ва ўрта мойиллик ошди, гуруҳлар орасида юқори мойилликнинг энг катта кўрсаткичи айнан шу ёш гуруҳида бўлди. 44 ёшгача беморлар гуруҳида даволанишга паст мойиллик атиги 10% га камайди, бу ўз навбатида юқори мойиллик кўрсаткичини 10% га оширди. Демак, ёш улғайган сари даволашга мойилликнинг ишончли ошиши, бу гуруҳ беморларида АГТнинг мақсадларига эришишдан далолат беради. 44 ёшгача гуруҳда эса дори препаратларини қабули назоратини кучайтириш ва мойилликни ошириш бўйича индивидуал ёндашиш ҳамда кераклигини кўрсатди.

Гуруҳлараро ўтказилган таҳлил даволашдан олдин 1- ва 2- гуруҳларда ёшга боғлиқ статистик фарқ аниқланмади. Лекин, 24 ҳафталик даволаш натижасида ММАС-8 синамасидаги баллар тақсимоти гуруҳлар орасида ўзгача бўлди. Жумладан, 1- гуруҳимизда 44 ёшгача бўлган беморлар гуруҳларга тақсимланганда 5 нафардан бўлишди ва даволанишга мойиллик иккала гуруҳ орасида даволашгача ва даволашдан кейин фарқ қилмади ва умумий олганда юқори мойиллик 20% беморларда аниқланди.

Назоратимиздаги 45-59 ёшдаги беморлар 24 ҳафталик даволаш фонида 1-гурӯҳда юқори 8 балл кўрсаткичи 2-гурӯҳга қараганда ишончли фарқ қилди ($\chi^2=4.1$, $p=0.04$); 6-7 балл тўплаган беморларда ($\chi^2=0.15$, $p=0.6$) ва ≤ 5 балл тўплаган беморларда статистик фарқ ($\chi^2=2.5$, $p=0.1$) аниқланмади.

Кўзатувимиздаги 60-74 ёшдаги беморлар даволаш фонида 1-гурӯҳ беморларининг 7 нафари (36.8%) юқори 8 балл, 9 нафари (47.36%) 6-7 балл, 3 нафари (15.7%) ≤ 5 балл тўплаган. Худди шундай беморларимиз 2-гурӯҳда 8 балл тўплаган беморлар сони 6 нафар (30%) ни ташкил этган, 7 нафари (35%) 6-7 балл, 7 нафари (35%) ≤ 5 балл тўплаган. 24 ҳафталик АГТ фонида 60-74 ёшдаги беморларда 8 балл ($\chi^2=0.2$, $p=0.6$); 6-7 балл ($\chi^2=0.6$, $p=0.4$); ≤ 5 балл тўплаган беморлар ($\chi^2=1.8$, $p=0.1$) орасида статистик фарқ аниқланмади.

1- ва 2- гурӯҳлардаги жами беморларда ММАС-8 синамаси балларини солиштирганда, 24-ҳафталик даволаш натижасида 1-гурӯҳда даволашдан олдин 4 нафар бемор (8.69%) 8 балл, 3 нафари (6.5%) 6-7 балл, 39 нафари эса (84.7%) ≤ 5 балл тўплаган бўлиб, бу кўрсаткич 24 ҳафталик даволаш фонида ишончли статистик ўзгарди: 19 нафари (41.3%) - 8 балл, 14 нафари (30.4%) 6-7 балл, 13 нафари (28.2%) ≤ 5 балл, яъни даволанишга мойилликнинг ўсиши кузатилди (3-расм).



3-расм. 1-гурӯҳ фиксланган комбинацияси билан даволашгача ва 24 ҳафталик антигипертензив терапия фонидаги даволашга мойиллик кўрсаткичлари

Худди шундай беморларимиз 2-гурӯҳда даволашдан олдин 4 нафари (10%) 8 балл, 5 нафари (12.5%) 6-7 балл, 31 нафари (77.5%) ≤ 5 балл тўплаган бўлиб, бу кўрсаткич 24 ҳафталик даволаш фонида бироз ўзгарди: 8 балл тўплаган беморлар сони 7 нафар (17.5%), 7 нафари (17.5%) 6-7 балл, 26 нафари (65%) ≤ 5 балл тўплаган. Эркин комбинация қабул қилган гурӯҳда динамикадаги ўзгаришлар статистик ишончли бўлмади (4-расм).

24 ҳафталик уч компонентли АГТ дори препаратларни фиксланган ва эркин ҳолда қабул қилган беморларни ММАС-8 синама баллари бўйича ўзаро солиштирганда, 8 балл тўплаган беморларда 1-гурӯҳ ишончли устунликни кўрсатди ($\chi^2=5.7$, $p=0.01$); 6-7 балл тўплаган беморлар орасида иккала гурӯҳда фарқ бўлмади ($\chi^2=1.9$, $p=0.1$); ≤ 5 балл тўплаган беморлар бўйича 2-гурӯҳ 3 антигипертензив препарат қабул қилганлар ишончли кўп бўлди ($\chi^2=11.6$, $p=0.0006$).

Ўз навбатида, 3 антигипертензив препаратнинг фиксланган комбинацияли терапиясига юқори мойиллик 24 ҳафталик даволаш натижасида 94,3% беморда АБнинг бирламчи мақсадли кўрсаткичига ($<140/90$ мм с.у.) эришиш имконини берди, эркин комбинацияли антигипертензив терапияда бу кўрсаткич 83,3% ни ташкил қилди ва натижада статистик ишончли тафовут келиб чиқди ($\chi^2=7.471$, $p=0,006$). АБнинг тавсияланган мақсадли кўрсаткичига ($<130/80$ мм с.у.) 1-гурӯҳ беморларининг 70%, 2-гурӯҳ беморларининг 42% эришди ва кўрсаткичлар ишончли фарқ қилди ($\chi^2=11.61$, $p=0,0001$).



4-расм. 2-гурӯҳ эркин комбинацияси билан даволашгача ва 24 ҳафталик антигипертензив терапия фонидаги даволашга мойиллик кўрсаткичлари

Антигипертензив терапияга риоя қилмаслик қон босимини етарли даражада назорат қилмасликнинг асосий сабабларидан биридир. Охириги йилларда олиб борилган текширишлар шуни кўрсатдики, бемор томонидан қабул қилинган антигипертензив таблеткалар сони амбулатор қон босимини назорат қилишнинг асосий кўрсаткичи бўлиб, таблеткалар сони қанча кам бўлса, амбулатор қон босимини назорат қилиш шунча юқори бўлади, яъни таблеткалар сони ва антигипертензив терапияга риоя қилиш ўртасида кучли боғлиқлик яхши тасдиқланган. Бемор таблеткани қабул қилмагунча, ҳеч қандай дори фойдали таъсир кўрсата олмайди. Гипертензияни умуман самарали назорат қилинмаслигининг асосий сабабларидан бири даволашга бўлган мойилликнинг пастлиги ва даволаш режимига амал қилинмаслиги. Европа ва Америка ҳамжамиятлари ҳаёт сифатини яхшилаш ва таблетка қабул қилиш юқини камайтириш ҳамда даволаш режимини яхшилаш учун, мақбул альтернатива сифатида қатъий белгиланган дозали фиксланган комбинация терапия тавсия этилди [6]. Фиксланган комбинацияли терапия даволашни ҳар бир компоненти билан солиштирганда даволашга бўлган мойилликнинг юқорилиги такрор ва такрор кўрсатилган, алоҳида қабул қилинган комбинацияли дори режимига амал қилмаслик бир вақтнинг ўзида иккала дори таъсирини йўқотишга олиб келади.

Айтиш мумкинки, текширувимиз натижасида даволашга бўлган мойилликни ёшга боғлиқ ҳолда ўтказилган таҳлили, ёш беморларда, ўрта ёшли ва кекса ёшли беморларга қараганда нисбатан пастлиги, ўрта ёшдаги беморлар ҳамда кекса ёшдаги беморларда уч компонентли АГТ ни эркин комбинацияга қараган фиксланган ҳолатда қабул қилганларда даволашга бўлган мойилликни сезиларли даражада юқорилиги кўзатилади.

Хулоса

Шундай қилиб, 24 ҳафта давомида периндоприл, амлодипин ва индапамиднинг уч компонентли АГТнинг фиксланган комбинациясини қабул қилган беморларда уч компонентли АГТ ни эркин комбинацияда қабул қилган беморларга қараганда даволашга бўлган мойиллик ишончли ошганини кўзатиш мумкин. Бу эса ўз навбатида назоратланмаган АБни мақсадли кўрсаткичга эришишда муҳим омил ҳисобланади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, Bahonar A, Chifamba J, Dagenais G, Diaz R, Kazmi K, Lanas F, Wei L, Lopez-Jaramillo P, Fanghong L, Ismail NH, Puoane T, Rosengren A, Szuba A, Temizhan A, Wielgosz A, Yusuf R, Yusufali A, McKee M, Liu L, Mony P, Yusuf S, PURE Study Investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. //JAMA 2013; 310:959–968.
2. Wang YR, Alexander GC, Stafford RS. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States. //Arch Intern Med 2007; 167:141–147.
3. Corrao G, Parodi A, Nicotra F, Zambon A, Merlino L, Cesana G, Mancia G. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. // J Hypertens 2011; 29:610–618.
4. Tiffe T, Wagner M, Rucker V, Morbach C, Gelbrich G, Stork S, Heuschmann PU. Control of cardiovascular risk factors and its determinants in the general population- findings from the STAAB cohort study. //BMC Cardiovasc Disord 2017; 17:276.
5. Mensah GA, Bakris G. Treatment and control of high blood pressure in adults. //Cardiol Clin 2010; 28:609–622.
6. Gupta P, Patel P, Strauch B, Lai FY, Akbarov A, Gulsin GS, Beech A, Maresova V, Topham PS, Stanley A, Thurston H, Smith PR, Horne R, Widimsky J, Keavney B, Heagerty A, Samani NJ, Williams B, Tomaszewski M. Biochemical screening for nonadherence is associated with blood pressure reduction and improvement in adherence. //Hypertension 2017; 70:1042–1048.

Қабул қилинган сана 20.04.2024