



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

6 (68) 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)

6 (68)

2024

Июнь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.05.2024, Accepted: 02.06.2024, Published: 10.06.2024

УДК 616.12-008.331.1

КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ДАРАЖАСИНИНГ ТАНА ВАЗНИГА БОҒЛИҚЛИГИ

Юлдошева Д.Х., Раджабова Г.Х., Хамроев Р. Р.

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Ушбу мақолада кекса ёшдаги 250 нафар артериал гипертония хасталиги билан озриган беморлар киритилган. Мақолада кекса ёшли артериал гипертонияси мавжуд беморлар демографик ва антропометрик кўрсаткичлари қиёсий таҳлили, артериал гипертония даражалари келтирилган. Беморларда тана вазни индекси ошиб боргани сари артериал гипертония даражаси ҳам юқори кузатилиши ва улар орасидаги корреляцион боғланиш илмий асосланган.

Калит сўзлар: Кекса ёш, тана вазни индекси, артериал гипертония

DEPENDENCE OF THE LEVEL OF ARTERIAL HYPERTENSION IN ELDERLY PATIENTS ON BODY WEIGHT

Yuldosheva D.Kh., Radjabova G.Kh., Khamroev R. R.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara,
st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Resume**

This article included 250 elderly patients with arterial hypertension. The article presents a comparative analysis of demographic and anthropometric indicators of elderly patients with arterial hypertension, levels of arterial hypertension. As the body mass index increases in patients, the level of arterial hypertension also increases, and the correlation between them is scientifically based.

Key words: Older age, body mass index, arterial hypertension

ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ОТ МАССЫ ТЕЛА

Юлдошева Д.Х., Раджабова Г.Х., Хамроев Р. Р.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

В данную статью были включены 250 пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией. В статье представлен сравнительный анализ демографических и антропометрических показателей больных артериальной гипертензией пожилого возраста, уровней артериальной гипертензии. По мере увеличения индекса массы тела у больных увеличивается и уровень артериальной гипертензии, корреляция между которыми научно обоснована.

Ключевые слова: Пожилой возраст, индекс массы тела, артериальная гипертензия

Долзарблиги

Замонавий тиббиёт илми фаол ривожланишда ва барча янги ва бошқа касалликларни "назорат қилишда" давом этмоқда. Доимий равишда олиб борилаётган экспериментал ва клиник тадқиқотлар тиббиёт фанини янги билимлар билан бойитади ва даволаш учун янги дори воситаларининг пайдо бўлишига асос яратади [1,3,6,11,12]. Афсуски, артериал гипертензия (АГ) тарқалиши, ривожланиши ва асоратларининг ривожланишини ҳалигача камайтириш мумкин бўлмаган касаллик бўлиб қолмоқда. Борган сари АГ турли метаболок касалликлар билан биргаликда учраб, бу унинг кечишини ва ва оқибатини оғирлаштирамоқда [2,4,5,7,9]. Семизлик XXI аср эпидемияси бўлиб, ер шари аҳолисининг 40 % га яқини шу хасталикдан азият чекади. Тана вазни ошиб бориши билан вицерал ёғ қавати шаклланиши ва артериал босим ошиш хавфи кучайиб боради. Вицерал ёғ қавати турли биологик фаол моддаларни, асосан ангиотензиноген моддаси ишлаб чиқарилишини кучайтиради [1,2,8,12,13,14]. Тана вазни юқори бўлган сари қон босими ҳам жадал кучайиб боради. Миллий саломатлик ва овқатланиш экспертизаси маълумотларига кўра, артериал гипертензия касаллиги семизлик билан биргаликда келганда тана вазни индекси ≥ 30 дан юқори бўлганда 42,5% ва нормал тана массаси билан кузатилганда 15,3 % қон босими ошиши исботланган [5,7,11,12]. Юрак-қон томир (ЮКТ) касалликлари - дунё аҳолиси орасида энг кенг тарқалган патология тури ҳисобланади. Улар инсон саломатлик ҳолатига салбий таъсир қилади, ҳаёт сифатини ёмонлаштиради, умр кўриш давомийлигини қисқартиради ва оғир асоратлар (мияда қон айланишининг ўткир бузилиши, миокард инфаркти) билан кечиш, ногиронлик ва ўлим асосий сабаби ҳисобланади. Бу хасталик кекса ва қари ёшдаги беморларда ёшга боғлиқ ошиб бораверади ва артериал босим ошиб боргани сари асоратланиш хавфи кучайиб боради [1,2,4,8,11]. Кексаларда артериал қон босимининг ошиши ҳаёт сифати кўрсаткичларига ва умр кўриш давомийлигига таъсир кўрсатади. Охириги ўн йилликда артериал қон босими кексаларда сезиларда рақамларда ошган. Кексаларда артериал босимни 10 мм.сим.уст. ошиши асоратлар ривожланиши 30% га оширади. Кексаларда артериал қон босими сабаблари ва ривожланишининг ўзига хос томонлари мавжуд бўлиб, улар қон томирлар эластиклигининг пасайиши, барорецепторларга сезувчанлигининг пасайиши, мия томирлари ауторегуляция тизимининг сусайиши, капилляр томирлар редукцияси, гормонал тизим функционал ҳолатининг ўзгариши, эндотелий дисфункцияси оқибатида шаклланади [1,2,4,6,9,11]. Кексаларда артериал гипертензия клиник кечиши ҳам ўзига хос хусусиятларга эга: кекса ёшда касалликнинг гетерогенлиги – систоло-диастолик гипертензиянинг кенг тарқалганлиги ва изоляция қилинган систолик гипертензия шаклланиши, касалликнинг 10-20 йил давом этиши, субъектив аломатлар кам ва ҳар доим ҳам қон босими ортиши билан бевосита боғлиқ эмаслиги, кўпинча клиник кўринишлар мия, юрак ва буйрақларнинг функционал етишмовчилиги туфайли юзага келади [1,3,6,9,12]. Шунингдек кексаларда эндокрин, реноваскуляр ва нефроген гипертензия кам учрайди, асосан церебро-ишемик, систоло-диастолик ва изоляция қилинган систолик гипертензия учрайди. Бу ҳам ўз навбатида касаллик асоратлари хавфини ошириб боради. Суткалик артериал босим мониторинг қилинган беморларда кечқурун артериал босим пасайишини етишмовчилиги ва тунги вақтда сезиларли артериал босим пасайиши кузатилиши, эрталаб тонгда қон босимининг юқори кўтарилиши ва юқори асоратлар бериши ҳам кексаларда хасталикнинг оғирроқ кечишидан маълумот беради [1,2,3,7,9,12].

Семизлик, хавф омили сифатида, артериал гипертензия билан оғриган аёлларда, айниқса кекса аёлларда эркакларникига қараганда кўпроқ учрайди. Бунинг сабабларидан бири постменопауза даврда юзага келадиган гипоестрогениядир. Аёлларда абдоминал тип семизликда артериал гипертензиянинг систол-диастолик шакли асосан учрайди ва бундай ҳолда тана вазнини пасайтириш қон босимини назорат қилишда муҳим ҳисобланади [3,6,7,14].

Ўрганилган адабиётлардан артериал гипертензия ва семизлик орасидаги боғлиқлик тасдиқланган. Тана вазни индекси (ТВИ) ошиб бориши билан систолик ва диастолик қон босими ҳам ошиб бориши, ҳар ортиқча 4,5 кг тана вазнига систолик артериал босим (эркакларда 4.4 мм сим уст, эркакларда 4.2 мм сим уст) кўтарилишига олиб келади. Тана вазни 1 кг га ошиши юрак қон – томир касалликлари хавфини 3,1% га ва қандли диабет хавфини 5-9% га оширади [2,3,5,7,11,12]. Кекса ёшли беморларда артериал гипертензияни олиб бориш ўрганилган, аммо гиподинамия фонида кечувчи артериал гипертензияда тана вазнини камайтириш орқали қон босимини пасайтириш охиригача ўрганилмаган. Гипертензия касаллигининг шу ва шунга ўхшаш мунозарали томонлари, айрим мавҳум жиҳатлари ва ханузга қадар чигал бўлиб қолаётган

томонларига ойдинлик киритиш мақсадида амалга оширилган ушбу тадқиқот иши кекса ёшли беморларда гиподинамия фонидида кечувчи артериал гипертонияни амбулатор шароитда олиб боришнинг хусусиятлари борасидаги амалий муаммоларни ҳал этишга қаратилган бўлиб, гипертония касаллиги эрта асоратлари ривожланишини олдини олишга ва келтириб чиқарадиган ногиронлик ҳолатларининг камайишига ўз ҳиссасини қўшади.

Тадқиқот мақсади: Кексаларда артериал қон босимининг тана вазнига боғлиқлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар

Артериал гипертензия ташхиси Европа артериал гипертензия жамияти ва Европа кардиология жамияти (ЕАГЖ/ЕКЖ.2016) артериал гипертензия диагностикаси ва даволаш бўйича ишчи гуруҳининг тавсияларига мувофиқ диагностика мезонларига асосан олиб борилди. Артериал гипертония давомийлиги $8,6 \pm 4,3$ йил. Беморларни ёшга бўлишда, Бутун Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (БЖССТ) томонидан 2015-йилда ишлаб чиқилган инсонларни ёшга оид таснифидан фойдаланилди. Мазкур таснифда, 25-44 ёшдаги инсонлар ёшлар гуруҳини ташкил этса, 44-60 ёшдаги инсонлар ўрта ёшлилар, 60-75 ёшдаги инсонлар кекса ёшлилар, 75-90 ёшдаги инсонлар ёши улуғ инсонлар ва 90 ёшдан катталар узок умр кўрувчиларга бўлинди. Тадқиқот ишига кекса ёшдаги артериал гипертония билан ташхисланган 250 нафар беморлар киритилди. Беморларнинг 148 (59,2%) нафари аёл, 102 (40,8%) эркак жинсига мансуб бўлиб, ёшлари 60 – 75 (ўртача $65,2 \pm 4,2$) йилни ташкил этди. Беморларни саралаб олишда махсус клиник – маълумотнома картаси (сўровнома) орқали баҳоланди. Тадқиқот ўтказиш Бухоро тиббиёт институти тассаруфида ташкил этилган этик қўмита ҳаёти аъзоларидан розилик олинди. Тадқиқотга киритиш мезонлари: 60-75 ёшдаги гипертония хасталиги бор беморлар; клиник, лаборатор ва инструментал текширишларга ёзма розилик берган шахслар. Тадқиқотдан чиқариш мезонлари: оғир касалликлар (бошқариб бўлмайдиган артериал гипертензия, қандли диабет 2 – тип декомпенсация босқичи, сурункали юрак етишимовчилиги III–IV функционал синфи, миокард инфаркти ва инсульт ўтказган беморлар), юрак нуқсонлари мавжуд беморлар, юрак ритми бузилган беморлар, қандли диабет, қалқонсимон без касалликлари, бириктирувчи тўқималарнинг тизимли хасталиклари, оғир даражадаги камқонлик, онкологик хасталиклари бор беморлар, декомпенсация босқичидаги барча беморлар, хомиладор, кўкрак ёшидаги аёллар. Тана вазни индекси Кетли формуласи орқали ҳисобланди. Тадқиқот гуруҳидаги беморларда тана вазни индекси (ТВИ) ҳисоблашда $TBI = \frac{\text{тана массаси (кг)}}{\text{бўй узунлиги (м}^2\text{)}}$. Бунинг учун тана вазнининг килограммдаги (кг) кўрсаткичини, бўй ўлчамининг квадрат метрига (м^2) бўлиш орқали ҳисобланди. 18.5-25 – нормал тана массаси; 25 — ортиқча тана вазни; 30 — семизлик; 40 — морбид (касаллик) семизлик. Қорин бўшлиғидаги (вицерал) семизлик даражаси бел-сон нисбати (БА/СА) дан ҳам аниқланди. Абдоминал семизликда эркакларда 1.0 дан, аёлларда 0,85 дан ошишига қараб баҳоланди.

Текшириш давомида амалий 30 нафар соғлом шахслар (60-76) билан қиёсий баҳоланди.

Беморларга ташхис қўйиш жараёнида анамнез маълумотлари йиғилди, лаборатор – биокимёвий ва электрокардиография, ультратовуш текширишлар ишлатилди.

Олинган маълумотлар Стъюдентнинг t – мезони қўлланган ҳолда статистик қайта ишланди ва $P < 0,05$ эга бўлган натижалар тафовути ишончли деб тан олинди.

Натижалар ва таҳлиллар

Тадқиқот ишида биринчи вазифа кексаларда вазни камайтиришнинг артериал гипертониядаги ўрнини белгилаш эди. Текширишнинг 1-чи босқичида барча беморлар демографик ва антропометрик кўрсаткичлари таҳлилидан ўтказилди (1-жадвал).

Тадқиқотлар давомида асосий гуруҳдаги беморларда семизликнинг I даражаси (Кетли индекси бўйича 30–34,9) асосий гуруҳдаги беморларимизда 130 нафар (52%); II даражаси (Кетли индекси бўйича 35–39,9) 80 нафар (32%); III даражаси (ТВИ 40 ва ундан юқори) 40 нафар (16%) аниқланди.

Тадқиқотнинг кейинги босқичи тана вазни юқори бўлган кекса ёшли беморларда артериал қон босими даражасини аниқлаш эди. АГ 48 % беморларда I даража, 36% беморларда II даража ва 16 % беморларда III даража гипертония кузатилди (2-жадвал). I даража АГ бор беморларда (тана вазни - $72,5 \pm 4,4$ кг; ТВИ – $33,8 \pm 1,1$ кг/ м^2); II даража АГ бор беморларда (тана вазни - $79,6 \pm 4,5$ кг;

ТВИ – $34,6 \pm 2,8$ кг/м²), III даража АГ бор беморларда (тана вазни $92,5 \pm 4,4$ кг; ТВИ - $42,2 \pm 2,2$ кг/м²). Беморларда тана массаси ошиб боргани сари қон босими даражаси ҳам кескин ошиб бориши кузатилди. Юқори қон босими тана вазни энг юқори бўлган беморларда кузатилди ($p < 0,05$). Беморларда ҳамма гуруҳларда ТВИ ва АБ орасида корреляцион боғлиқлик $r = 0,46$ ($p < 0,05$) аниқланди.

1-жадвал.

Асосий ва назорат гуруҳи беморларда демографик ва антропометрик кўрсаткичлари қиёсий таҳлили

№	Кўрсаткич	НГ (n=30)	АГ (n=250)	P
1	Ёш	$62,4 \pm 2,44$	$65,2 \pm 4,2$	0,001
2	тана массаси, кг	$65,0 \pm 1,02$	$83,3 \pm 1,2$	$> 0,005$
3	Бўй узунлиги, см	$173 \pm 1,1$	$164,6 \pm 3,6$	0,001
4	ТВИ, кг/м ² (25-30)	$23,0 \pm 1,04$	$27,3 \pm 2,3$	$> 0,005$
5	ТВИ, кг/м ² (30-34.9)	$24,0 \pm 1,2$	$33,8 \pm 1,1$	0,001
6	ТВИ, кг/м ² (35-39.9)	$24,2 \pm 1,2$	$34,6 \pm 2,8$	0,001
7	ТВИ, кг/м ² (40<)	$25,0 \pm 0,3$	$42,2 \pm 2,2$	0,001

Изоҳ: n – кузатишлар сони P – назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишончли фарқ.

2-жадвал.

Текширувчи гуруҳ беморларда артериал қон босими кўрсаткичлари

№	Кўрсаткич	АГ (n=250)
2	АГ I даража 140-159 / 90 -99 мм. см. уст	110(44%)
3	АГ II даража 160-179 /100-109 мм. см. уст	90 (36%)
4	АГ III даража $\geq 180 / \geq 110$ мм. см. уст	50 (20%)

Текширишнинг кейинги босқичида дори-дармонсиз даволаш олиб борилди. Беморларда режали овқатланиш ва дозали жисмоний фаоллик оширилди. Чекиш ва зарарли одатлари (алкогол қабул қилиш) тақиқланди. Бир вақнинг ўзида қон босимини пасайтирувчи, метаболлик бузилишларни коррекция қилувчи дори воситалари билан даволаш берилди.

Кекса ёшли беморларда даволашдан асосий йўналишлари – метаболизмга манфий таъсир қилувчи, биринчи навбатда глюкоза ва липид алмашинуви ва албатта гипертония касаллиги ривожланиши патогенетик механизмларига (натрий реабсорбцияси ошириши, сув-тузга сезувчанликни ошириши, периферик умумий қон – томирлар қаршилигини ошириши, қон – томирлар эластиклигининг бузилиши ва қон – томирлар ва миокард функциясининг пасайиши) таъсир қилиши назарда тутилди [1,3,6,9]. Беморларда биринчи навбатда диуретик гуруҳ препаратлари, дегидропиридин қатори кальций каналлари блокаторлари ва кўрсатма бўлганда ренин – ангиотензин-алдостерон тизимига (РААТ) таъсир қилувчи дори воситалари берилди. Тадқиқотимизнинг кейинги босқичида дори воситалари билан даволаш олиб борилгани натижалари билан тўхталамиз.

Хулоса

Кекса ёшли беморларда артериал қон босими ошиши даражаси бевосита тана вазни ошишига ва ёғ алмашинуви бузилишига боғлиқдир ва тана вазни ошиб бориши билан қон босимини юқори

бўлиб бориши тўғри ва кучли корреляцион боғланишга эгадир. Артериал гипертония ҳолатида ёғ алмашинуви бузилишини коррекция қилиш тана вазни камайтириш билан биргаликда олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Волков В.С., Поселюгина О.Б. Эссенциальная артериальная гипертония и артериальная гипертония при метаболическом синдроме //Клиническая медицина, 2011;89(2):64-65.
2. Драпкина О.М. Особенности артериальной гипертензии у пожилых пациентов //Русский медицинский журнал. 2010;22:13-84.
3. Дядык А.И., Багрий А.Э., Щукина Е.В. и др. Лечение артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности у больных пожилого возраста //Новости медицины и фармации: всеукр. спец. мед. фармация. изд. К., 2013;9:28-31.
4. Ермолаева А.С. Безопасная гипотензивная терапия: снижение АД или контроль? //Русский медицинский журнал. 2014;4:293-297.
5. Карпов Ю.А. Новые рекомендации ESH/ESC 2013 г. по лечению артериальной гипертензии: основные изменения / Ю.А. Карпов, И.В. Старостин //Русский медицинский журнал. 2013;27:1290-1294.
6. Клименко А.А., Аничков Д.А., Демидова Н.А. Рекомендации по артериальной гипертензии европейского общества кардиологов и европейского общества артериальной гипертензии 2018 года: что нового? //Клиницист, 2018;12(2):10-15.
7. Моисеев С.В. Новые рекомендации европейского общества по артериальной гипертензии и европейского общества кардиологов по лечению артериальной гипертензии //Клиническая фармакология и терапия, 2013;22(4):5-10.
8. Ощепкова Е.В., Лазарева Н.В., Чазова И.Е. Особенности клиники и лечения больных артериальной гипертензией с ожирением (по данным национального регистра артериальной гипертензии) //Терапевтический архив, 2018;90(9):8-14.
9. Чазова И.Е., Аксенова А.В., Ощепкова Е.В. Особенности течения артериальной гипертензии у мужчин и женщин (по данным национального регистра артериальной гипертензии) //Терапевтический архив, 2019;91(1):4-12.
10. Kotova O.V., Zavalishina S.Yu., Makurina O.N., Kiperman Ya.V., Savchenko A.P., Skoblikova T.V., Skripleva E.V., Zacepin V.I., Skriplev A.V., Andreeva V.Yu. Impact estimation of long regular exercise on hemostasis and blood rheological features of patients with incipient hypertension //Bali Medical Journal, 2017;6(3):514-520.
11. Parati G, Stergiou G, O'Brien E, et al, European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability. European Society of Hypertension practice guidelines for ambulatory blood pressure monitoring. //J Hypertens 2014;32:1359 - 1366.
12. Zavalishina S.Yu., Vatnikov Yu.A., Makurina O.N., Kulikov E.V., Sotnikova E.D., Parshina V.I., Rystsova E.O., Kochneva M.V., Sturov N.V. Diagnostical Appreciation of Physiological Reaction of Intravascular Thrombocytes Activity of Two-Years-Old Mice to Regular Physical Loads //Biomedical Pharmacology Journal, 2017;10(1):129-136.
13. Yuldasheva D.H., Zokirov V.Z., G`ulomova Sh.Q. Non-alcoholic fatty liver disease: Modern view of the problem //A Multidisciplinary Peer Reviewed Journal. 2020 Dec; 6(12):286-292.
14. Yuldosheva D.X. Prevalence of non- alcoholic fatty liver disease, clinical and laboratory markers //Eurasian journal of medical and natural sciences. Tashkent. 2022; 94-100.

Қабул қилинган сана 20.05.2024