



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

12 (86) 2025

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. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
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. ИЛЪЯСОВ
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
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

12 (86)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2025 декабрь

УДК 616.12-008.331.1 : 616.155.194 - 036.22 - 036(575.172)

**ОРОЛБЎЙИ АҲОЛИСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯЛИ БЕМОРЛАРДА
АНЕМИЯНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

¹Атаниязов Хуришд Хамидович <https://orcid.org/0009-0003-6496-7309>

E-mail: xurshidbek708@mail.ru

²Хамидуллаева Гульноз Абдусаттаровна <https://orcid.org/0000-0001-9671-9287>

E-mail: gulnoz0566@mail.ru

¹Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудий филиали, Ўзбекистон, Нукус ш., К. Маткаримов кўчаси, 2. Тел.: +998(61)-226-90-71.

²Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон, Тошкент ш., Осиё к., 4. Тел.: +998(71)-237-38-16.

✓ **Резюме**

Оролбўйи аҳолисидаги гипертоник беморларда анемиянинг озирлик даражаси ошиши билан артериал гипертензиянинг клиник-гемодинамик хусусиятлари яққол ифодаланганлиги аниқланди. Бу ўз навбатида, оилавий поликлиникаларда артериал гипертензияли беморларда оилавий шифокорлар томонидан анемияни эрта аниқлаб, антигипертензив терапия билан бирга анемияни самарали даволаш муҳим эканлигини билдиради. Шунингдек, анемияси бор гуруҳ беморлар PEN протокол бўйича юқори ва жуда юқори юрак қон-томир хавф гуруҳларига кирганлиги аниқланди. Тадқиқотимиз натижалари, PEN протокол асосида, мобил калькулятордан фойдаланган ҳолда, юрак қон-томир хавф омилларини аниқлаш ва назорат қилиш учун катта ёшли аҳоли ўртасида йиллик скрининг ўтказиш долзарблигини кўрсатди.

Калит сўзлар: артериал гипертензия, клиник-гемодинамик хусусият, анемия, оилавий поликлиника, PEN протокол, антигипертензив терапия.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АНЕМИИ
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОПУЛЯЦИИ ПРИАРАЛЬЯ**

¹Атаниязов Хуришд Хамидович <https://orcid.org/0009-0003-6496-7309>

E-mail: xurshidbek708@mail.ru

²Хамидуллаева Гульноз Абдусаттаровна <https://orcid.org/0000-0001-9671-9287>

E-mail: gulnoz0566@mail.ru

¹Республиканский специализированный кардиологический научно-практический медицинский центр, региональный филиал Республики Каракалпакстана, Узбекистан, г.Нукус., улица К. Маткаримова 2, Тел.: +998(61)-226-90-71

²Республиканский специализированный кардиологический научно-практический медицинский центр, Узбекистан, г.Ташкент., улица Осиё, 4. Тел.: +998(71)-237-38-16

✓ **Резюме**

Установлено, что у больных артериальной гипертензией из Приаралья клинко-гемодинамические особенности артериальной гипертензии были отчетливо выражены по мере нарастания тяжести анемии. Это, в свою очередь, означает, что для семейных врачей важно своевременно выявлять анемию у пациентов с артериальной гипертензией в семейных поликлиниках и эффективно лечить анемию в комплексе с антигипертензивной терапией. Также установлено, что группа пациентов с анемией попала в группы высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска по протоколу PEN. Результаты нашего исследования показали актуальность ежегодного скрининга взрослого населения для выявления и мониторинга факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на основе протокола PEN с использованием мобильного калькулятора.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, клинко-гемодинамические особенности, анемия, семейная поликлиника, протокол PEN, антигипертензивная терапия.

PREVALENCE OF ANEMIA AND CLINICAL COURSE CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN THE POPULATION OF THE ARAL SEA REGION

¹Ataniyazov Khurshid Khamidovich <https://orcid.org/0009-0003-6496-7309>

E-mail: xurshidbek708@mail.ru

²Khamidullaeva Gulnoz Abdusattarovna <https://orcid.org/0000-0001-9671-9287>

E-mail: gulnoz0566@mail.ru

¹Republican Specialized Cardiology Scientific and Practical Medical Center, regional branch of the Republic of Karakalpakstan, Uzbekistan, Nukus, K. Matkarimov street 2,
Tel.: +998(61)-226-90-71.

²Republican Specialized Cardiology Scientific and Practical Medical Center, Uzbekistan, Tashkent, Osiyo Street, 4. Tel.: +998 (71) -237-38-16.

✓ Resume

It was established that in patients with arterial hypertension from the Aral Sea region, the clinical and hemodynamic features of arterial hypertension were clearly expressed as the severity of anemia increased. This, in turn, means that it is important for family physicians to identify anemia early in patients with arterial hypertension in family clinics and effectively treat anemia along with antihypertensive therapy. It was also found that the group of patients with anemia fell into the high and very high cardiovascular risk groups according to the PEN protocol. The results of our study showed the relevance of annual screening among the adult population to identify and monitor cardiovascular risk factors, based on the PEN protocol, using a mobile calculator.

Keywords: arterial hypertension, clinical-hemodynamic features, anemia, family polyclinic, PEN protocol, antihypertensive therapy.

Долзарблғи

Артериал гипертензия (АГ) юрак қон - томир, цереброваскуляр, ҳамда сурункали буйрак касалликларига олиб келувчи асосий омил ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) статистик маълумотларга кўра, юрак қон-томир касалликлари (ЮҚТК) барча иқтисодий ривожланган мамлакатларда соғлиқни сақлаш тизимида етакчи ўринни эгаллаб келмоқда [2]. Бир қатор ўтказилган тадқиқот натижаларида қон таҳлили ва ЮҚТК ўзгаришлари орасидаги боғлиқликлар аниқланди [4].

Анемия гемоглобин миқдорининг камайиши, ҳамда 2,3-дифосфоглицератнинг ошиши натижасида гемоглобиннинг кислород бириктириш хусусиятини камайиши ҳисобига тўқималарни гипоксияга олиб келувчи касалликдир [5].

Кўп артерия томирлари дилатация бўлади, натижада артерио-веноз шунтлар юзага келади. Қон-томирларнинг гипоксия натижасидаги дилатацияси, гипоксик метаболитлар ва эндотелий-релаксация омилнинг таъсири натижасида ривожланади [6]. Гемоглобин камайиши натижасида юзага келган қон айланишнинг бузилиши ва тўқима гипоксияси атероген омил сифатида ҳам аҳамиятга эга. Анемия туфайли ЮҚТТда юракнинг зўриқиши натижасида юрак тоноген ва миоген дилатацияси, клапан етишмовчилиги, ҳамда юрак етишмовчиликлари ривожланиши мумкин [11].

Кўпчилик ҳолларда, анемия ЮҚТТ касалликларига ҳамроҳ касаллик бўлиб учрайди ва сурункали юрак етишмовчилиги, жисмоний ҳаракатга толерантликни камайиши, госпитализациялар сонини ошуви, ҳаёт тарзини ёмонлашуви, ҳамда ЮҚТКларидан ўлимни ошувига олиб келади. Ёши катта аёлларда анемия қандли диабет, АГ, сурункали буйрак етишмовчилиги, бўлмачалар фибрилляцияси билан бирга кечганда, ушбу гуруҳ беморларида ўлим ҳолатлари ишонарли тарзда ошади [9].

Кўпчилик илмий тадқиқотларда анемия миокард инфаркти кечишига салбий таъсир қилишини исботланган [7,10]. Шунингдек, анемия ўткир коронар синдромда сурункали юрак етишмовчилигига олиб келувчи асосий хавф омил ҳисобланади [8].

Анемия касаллиги бўлган беморларда гемоглобин нормада бўлган гипертоник беморларга қараганда систолик ва диастолик артериал босимнинг юқори даражалари қайд қилинган [3].

Ҳозирги кунда экологик таназзулга учраган Оролбўйи ҳудудида 3 млн.дан ортиқ аҳоли истиқомат қилади (<https://stat.uz>). Бизнинг олдинги ўтказган тадқиқотларимиз натижаларида Оролбўйи ҳудудида

АГ кенг тарқалганлигини, яъни 42%ни ташкил қилганлиги аниқланган эди [1]. АГ кенг тарқалган Оролбўйи аҳолисида анемия касаллигининг кечиш хусусиятларини ўрганиш, касалликни самарали профилактика қилиш, ҳамда даволаш чора-тадбирларини такомиллаштиришга ёрдам беради.

Тадқиқот мақсади: Оролбўйи аҳолисидаги бирламчи тиббиёт муассасалари фаолиятида артериал гипертензиянинг анемия билан бирга клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва методлар

Тадқиқот Қорақалпоғистоннинг Эллиққалъа туманидаги оилавий поликлиника (ОП)ларда ўтказилди. Тадқиқотга туман ОПларида гипертензия касаллиги билан ташхис қўйилган 40-70 ёш оралиғидаги жами 1021 нафар беморлар киргизилди. ЖССТ нинг ўзгартирилган (Марказий Осиё ва Кавказ минтақаси учун) РЕН протоколи бўйича беморларнинг скрининг натижалари туман ОПларида таҳлил қилинди. РЕН протоколи асосида юрак қон-томир хавфини (ЮҚТХ) баҳолаш учун мобил иловадан фойдаланган ҳолда, патронаж ҳамширалар ва оилавий шифокорлар томонидан аҳолини ОПга ташриф буюриш орқали скрининг ўтказилди. Тадқиқотга систолик ва диастолик қон босими ≥ 140 ва ≥ 90 мм сим. у. га қўтарилган шахслар танланган, бу янги гипертензия ташхис қўйилган беморларни, ҳамда илгари АГ ташхиси қўйилган, аммо қон босимини назорат қилмаган беморларни ўз ичига олади. Тадқиқотга ЮҚТХдан ногиронлиги бўлган беморлар киритилмади.

Тадқиқотга киритилган барча иштирокчиларнинг қон босими Н.С.Коротков усулида ўлчанди, физик текширувдан ўтказилди, антропометрия, бел айланасини ўлчаш ва ЭКГни қайд этиш; ЖССТ РЕН протоколи бўйича мобил илова калькулятор ёрдамида ҳисобланган ЮҚТХ, унга кўра ўлимга олиб келадиган ёки ўлимга олиб келмайдиган оқибатларга олиб келадиган ЮҚТХ ривожланиш хавфи 10 йил: яшил $< 5\%$ ва сариқ $5\% < 10\%$, ҳар иккала гуруҳ частотада фарқланади. Йилига кузатувлар бўйича биз уларни "паст хавфли", тўқ сариқ $10\% < 20\%$ - "ўртача хавф", қизил $20\% < 30\%$ - "юқори хавф", тўқ қизил $\geq 30\%$ "жуда юқори хавф" га бирлаштирдик.

Умумий қон анализидан гемоглобин миқдори таҳлил қилинди. Гемоглобин миқдори аёлларда 120 г/л (эркакларда 130 г/л) дан юқори бўлган гипертоник беморларга анемия ташхиси қўйилмади. Гемоглобин миқдори 90-120 г/л (эркакларда 130 г/л) гача бўлган гипертоник беморларга 1-даражали анемия, 70-90 г/л бўлган беморларга эса 2-даражали анемия ташхиси қўйилди.

Ош тузига таъм сезиш бўсағаси (ОТТСБ) R. Xenkin усулида, тилнинг олдинги учдан бир қисмига концентрацияси ошиб борувчи NaCl эритмасидан бир томчи томизиш орқали синовдан ўтказилди. ОТТСБ 3 та гуруҳларга бўлинган: $\leq 0,08\%$ паст чегара, ўрта чегара ОТТСБ $= 0,16\%$ ва юқори чегара ОТТСБ $\geq 0,32\%$.

Олинган натижаларни статистик қайта ишлаш Статистика 6.0 дастури ёрдамида амалга оширилди. Асосий характеристикалар ўртача (М) ва стандарт оғиш (SD) сифатида тақдим этилди. Тадқиқот гуруҳидаги белгиларнинг пайдо бўлиш частотаси Пирсон χ^2 усули ёрдамида баҳоланди. Пирсон корреляция тести иккита миқдорий кўрсаткичлар ўртасида чизикли боғлиқлик мавжудлиги ёки йўқлигини аниқлаш, шунингдек, унинг яқинлиги ва статистик аҳамиятини баҳолаш учун ишлатилди. Барча таҳлиллар учун $p < 0,05$ қийматлари статистик аҳамиятга эга деб ҳисобланади.

Натижа ва таҳлиллар

Тадқиқотга киритилган 1021 нафар беморларнинг ўртача ёши $57,68 \pm 8,06$ йилга тенг бўлди, шундан аёллар $n=627$ (61,4%), эркеклар $n=394$ (38,6%) нафарни ташкил этди. АГ давомийлиги $7,88 \pm 3,35$ йилни ташкил қилди. Беморлар 3 гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳга анемия касаллиги бўлмаган 574 нафар гипертоник беморлар, 2-гуруҳга анемия 1-даражаси бўлган 357 нафар беморлар, 3-гуруҳга эса анемия 2-даражаси бўлган 90 нафар беморлар киргизилди.

1-гуруҳга киргизилган 574 нафар гипертоник беморларнинг ўртача ёши $56,35 \pm 8,14$ йилга, АГ давомийлиги $6,81 \pm 2,43$ йилга тенг бўлди. Беморларнинг 243 нафарини (42,3%) эркеклар, 331 нафарини (57,7%) эса аёллар ташкил қилди. 2-гуруҳга киритилган 357 беморнинг ўртача ёши $58,69 \pm 7,81$ йилга, АГ давомийлиги $8,71 \pm 3,89$ йилга тенг бўлди. 2-гуруҳга кирган беморларнинг 111 нафарини (31,1%) эркеклар, 246 нафарини (68,9%) эса аёллар ташкил қилди. 1-гуруҳга кирувчи гипертоник беморларнинг 136 (23,7%) нафарига илгари гипертензия касаллиги қўйилмаган ва диспансер назоратига олинмаганлиги, 2 -гуруҳда эса 56 (15,7%) нафар бемор диспансер назоратига олинмаганлиги аниқланди ($\chi^2=8,621$; $p=0,004$). 1-гуруҳга кирган 448 нафар (78,1%) бемор, 2-гуруҳда эса 322 нафар (90,2%) бемор тўғри ва соғлом овқатланмаслиги аниқланди ($\chi^2=22,708$, $p=0,001$). 1-гуруҳга кирувчи 318 нафар (55,4%) беморда кам ҳаракатлик, 2-гуруҳда эса 282 нафар (78,9%) бемор кам жисмоний ҳаракат билан шугулланиши маълум бўлди ($\chi^2=53,461$, $p=0,001$). 1-гуруҳга кирувчи 437 нафар (76,1%) бемор, 2-гуруҳга кирувчи 345 нафар (96,6%) бемор ош тузи ёки шўр-аччиқни кўп

истеъмол қилиши аниқланди ($\chi^2=68,851$, $p=0,001$). 1-гурӯҳга кирувчи беморларнинг эса 208 нафари (36,3%) антигипертензив дориларни истеъмол қилмагани, 265 нафари (46,2%) монотерапия, 87 нафари (15,2%) 2 компонентли, 13 нафари (2,3%) эса 3 компонентли дори воситаларини қабул қилганлиги кузатилди. 2-гурӯҳга кирувчи беморларнинг эса 100 нафари (28,1%) антигипертензив дориларни истеъмол қилмагани ($\chi^2=6,727$; $p=0,01$), 130 нафари (36,4%) монотерапия ($\chi^2=8,571$; $p=0,004$), 57 нафари (15,9%) 2 компонентли ($\chi^2=0,110$; $p=0,74$), 70 нафари (19,6%) эса 3 компонентли дори воситаларини қабул қилганлиги кузатилди ($\chi^2=81,528$; $p=0,001$). 1-гурӯҳга кирувчи беморларнинг 156 нафарида 1-даражали семизлик, 40 нафарида 2-даражали семизлик, 8 нафарида 3-даражали семизлик аниқланди. 2-гурӯҳга кирувчи беморларни эса 129 нафарида 1-даражали семизлик ($\chi^2=8,313$; $p=0,004$), 50 нафарида 2-даражали семизлик ($\chi^2=12,481$; $p=0,001$), 20 нафарида эса 3-даражали семизлик аниқланди ($\chi^2=13,364$; $p=0,001$). 1- ва 2-гурӯҳга кирувчи беморларнинг клиник хусусиятлари 2-жадвалда кўрсатилган:

1-жадвал.

Оролбўйи аҳолисида АГ касаллиги бўлган 1-2-гурӯҳ беморларнинг клиник хусусиятлари (ЖССТ нинг РЕН протоколи бўйича).

Кўрсаткичлар	1-гурӯҳ (n=574)	2-гурӯҳ (n=357)	χ^2	p
Ёш, (йил)	56,35±8,84	58,69±7,81		0,0001
АГ давомийлиги, йил	6,81±2,43	8,71±3,89		0,0001
САБ, мм.с.м.у.	160,77±12,56	177,06±16,22		0,0001
ДАБ, мм.с.м.у.	94,88±6,90	104,01±10,19		0,0001
Ўр. АБ, мм.с.м.у.	116,84±8,34	128,36±11,83		0,0001
АГ даражаси: 1-даража, n (%)	157 (27,3)	5 (1,4)	103,136	0,001
2-даража, n (%)	359 (62,5)	177 (49,6)	15,144	0,001
3-даража, n (%)	58 (10,1)	175 (49)	177,646	0,001
ЮУС, зарб/дақ.	80,62±6,23	87,56±5,42		0,0001
ТВИ, кг/м ²	28,66±4,69	30,84±5,33		0,0001
БА, см	102,38±11,01	106,55±11,89		0,0001
ЮИК, n (%)	47 (8,2)	57 (15,9)	13,42	0,001
ҚД, n (%)	16 (2,8)	50 (14)	42,05	0,001
ИККС, n (%)	0	6 (1,7)		
БМҚАЎБКХ, n (%)	0	1 (0,3)		
Хенкин бўйича ОТТСБ (%)	0,39±0,32	0,70±0,58		0,0001
Семизлик: 1-даража, n (%)	156 (27,2)	129 (36,1)	8,313	0,004
2-даража, n (%)	40 (7)	50 (14)	12,481	0,001
3-даража, n (%)	8 (1,4)	20 (5,6)	13,364	0,001
Тамаки истеъмоли (тутунли ва тутунсиз), n (%)	149 (26)	61 (17,1)	9,916	0,001
Алкогол истеъмоли, n (%)	92 (16)	34 (9,5)	7,957	0,005
РЕН-протокол бўйича ЮҚТХ: Паст, n (%)	93 (16,3)	2 (0,6)	58,773	0,001
Ўрта, n (%)	258 (44,9)	38 (10,6)	119,437	0,001
Юқори, n (%)	195 (33,9)	171 (47,9)	17,894	0,001
Жуда юқори, n (%)	28 (4,9)	146 (40,9)	187,902	0,001

Изоҳ: ТВИ - тана вазни индекси; БА - бел айланаси; САБ - систолик артериал босими; ДАБ - диастолик артериал босим; Ўр.АБ-ўртача артериал босим; ЮУС - юрак уриши сони; ЮИК – юрак ишемик касаллиги; ҚД - қандли диабет; БМҚАЎБКХ-бош мия қон айланиши ўткир бузилишидан кейинги ҳолат; ИККС-инфарктдан кейинги кардиосклероз; ЮҚТХ – юрак қон-томир хавфи.

3-гурухга киргизилган 90 нафар гипертоник беморларнинг ўртага ёши $62,19 \pm 6,12$ йилга, АГ давомийлиги $11,51 \pm 2,71$ йилга тенг бўлди. Беморларнинг 33 нафарини (36,7%) эркаклар, 57 нафарини (63,3%) эса аёллар ташкил қилди. 3-гурухга кирувчи 2-даражали анемияси бўлган гипертоник беморларни клиник хусусиятларини 2-гурух беморлар билан қиёсий таҳлил натижалари қуйидагича бўлди: 3-гурухга кирган барча беморларга илгаридан гипертония касаллиги қўйилганлиги ва диспансер назоратига олинганлиги ($\chi^2=16,140$; $p=0,001$), 89 нафар (98,9%) беморда кам ҳаракатлик ($\chi^2=20,166$, $p=0,001$), 88 нафар (97,8%) бемор нотўғри овқатланиши ($\chi^2=5,442$, $p=0,02$), 89 нафар (98,9%) бемор ош тузи ёки шўр-аччикни кўп истеъмол қилиши, ($\chi^2=1,289$, $p=0,257$), 14 нафари (15,5%) антигипертензив дориларни истеъмол қилмагани ($\chi^2=5,416$, $p=0,02$), 24 нафари (26,7%) монотерапия ($\chi^2=3,024$, $p=0,08$), 9 нафари (10%) 2 компонентли ($\chi^2=2,033$, $p=0,154$), 43 нафари (47,8%) эса 3 компонентли дори воситаларини қабул қилганлиги ($\chi^2=30,197$, $p=0,001$), 25 нафар (27,7%) беморда 1-даражали семизлик ($\chi^2=2,223$, $p=0,136$), 21 нафар (23,3%) беморда 2-даражали семизлик ($\chi^2=4,681$, $p=0,031$), 19 нафарида (21,1%) 3-даражали семизлик аниқланди ($\chi^2=21,71$, $p=0,001$). 2- ва 3-гурухга кирувчи беморларнинг клиник хусусиятлари 2-жадвалда кўрсатилган:

2-жадвал.

Оролбўйи аҳолисида АГ касаллиги бўлган 2-3-гурух беморларнинг клиник хусусиятлари (ЖССТ нинг РЕН протоколи бўйича)

Кўрсаткичлар	2-гурух (n=357)	3-гурух (n=90)	χ^2	p
Ёш, (йил)	$58,69 \pm 7,81$	$62,19 \pm 6,12$		0,0001
АГ давомийлиги, йил	$8,71 \pm 3,89$	$11,51 \pm 2,71$		0,0001
САБ, мм.сим.у.	$177,06 \pm 16,22$	$188,33 \pm 19,79$		0,0001
ДАБ, мм.сим.у.	$104,01 \pm 10,19$	$109,00 \pm 11,02$		0,0001
Ўр. АБ, мм.сим.у.	$128,36 \pm 11,83$	$135,44 \pm 13,5$		0,0001
АГ даражаси:				
1-даража, n (%)	5 (1,4)	0		
2-даража, n (%)	177 (49,6)	21 (23,3)	20,068	0,001
3-даража, n (%)	175 (49)	69 (76,7)	22,163	0,001
ЮУС, зарб/дақ.	$87,56 \pm 5,42$	$92,27 \pm 5,63$		0,0001
ТВИ, кг/м ²	$30,84 \pm 5,33$	$33,66 \pm 6,06$		0,0001
БА, см	$106,55 \pm 11,89$	$110,97 \pm 10,57$		0,001
ЮИК, n (%)	57 (15,9)	43 (47,7)	41,885	0,001
ҚД, n (%)	50 (14)	46 (51,1)	58,684	0,001
ИККС, n (%)	6 (1,7)	6 (6,6)	6,84	0,009
БМҚАЎБКХ, n (%)	1 (0,3)	3 (3,3)	7,556	0,006
Хенкин бўйича, ОТТСБ (%)	$0,70 \pm 0,58$	$1,18 \pm 0,93$		0,0001
Семизлик:				
1-даража, n (%)	129 (36,1)	25 (27,7)	1,229	0,2
2-даража, n (%)	50 (14)	21 (23,3)	17,420	0,001
3-даража, n (%)	20 (5,6)	19 (21,1)	43,724	0,001
Тамаки истеъмоли (тутунли ва тутунсиз), n (%)	61 (17,1)	23 (25,5)	15,691	0,001
Алкогол истеъмоли, n (%)	34 (9,5)	9 (10)	2,135	0,14
РЕН-протокол бўйича ЮҚТХ:				
Паст, n (%)	2 (0,6)	0	8,203	0,005
Ўрта, n (%)	38 (10,6)	1 (1,1)	45,560	0,001
Юқори, n (%)	171 (47,9)	8 (8,9)	69,342	0,001
Жуда юқори, n (%)	146 (40,9)	81 (90)		

Хулоса

Тадқиқотимиз натижасида Оролбўйи аҳолисидаги гипертоник беморларда анемиянинг оғирлик даражаси ошиши билан АГнинг клиник-гемодинамик хусусиятлари яққол ифодаланганлиги аниқланди. Анемияси бўлган гипертоник беморлар тана вазни индекси, ош тузига таъм сезиш бўсағаси бўйича ҳам анемиясиз гипертониклардан фарқ қилди. Бу ўз навбатида, ОПларда АГли беморларда оилавий шифокорлар томонидан анемияни эрта аниқлаб, антигипертензив терапия билан бирга анемияни самарали даволаш муҳим эканлигини билдиради. Шунингдек, анемияси бор гуруҳ беморлар PEN протокол бўйича юқори ва жуда юқори юрак қон-томир хавф гуруҳларига кирганлиги аниқланди. Тадқиқот натижалари PEN протокол асосида, мобил калькулятордан фойдаланган ҳолда, ЮҚТК хавф омилларини аниқлаш ва назорат қилиш учун катта ёшли аҳоли ўртасида йиллик скрининг ўтказиш долзарблигини кўрсатди. АГ кечишида анемияни эрта ташхислаш, даволаш, ҳамда назорат қилиш, гипертоник беморларда юрак қон-томир хавфини камайтиради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Фозилов Х.Г., Атаниязов Х.Х., Хамидуллаева Г.А., Абдуллаева С.Я., Алиева Р.Б. Раннее выявление и контроль факторов риска сердечнососудистых заболеваний в приаралье: опыт Узбекистана. Журнал Кардиология. 2024;64(1). DOI: 10.18087/cardio.2024.1.n2614
2. Lipgic E, Asselbergs FW, van der Meer P, et al. Anaemia predicts cardiovascular events in patients with stable coronary artery disease. Netherlands Heart J 2005; 13:254-8.
3. Marketou M, Patrianakos A, Parthenakis F, et al. Systemic blood pressure profile in hypertensive patients with low hemoglobin concentrations. International J Cardiol 2010;142:95-6.
4. Naito Y, Tsujino T, Matsumoto M, et al. Adaptive response of the heart to long-term anemia induced by iron deficiency. Am J Physiol Heart Circ Physiol 2009;296:585-93.
5. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American college of cardiology foundation/american heart association task force on practice guidelines. JACC 2013;62:147-239.
6. Young JB, Abraham WT, Albert NM, et al. Relation of low hemoglobin and anemia to morbidity and mortality in patients hospitalized with heart failure (insight from the OPTIMIZE-HF registry. Am J Cardiol 2008;101:223-30.
7. Ovbiagele B. Elevated red blood cell distribution width predicts mortality in persons with known stroke. J Neurolog Sci 2009;277:103-8.
8. Sabatine MS, Morrow DA, Giugliano RP, et al. Association of hemoglobin levels with clinical outcomes in acute coronary syndromes. Circulation 2005;111:2042-9.
9. Tang YD, Katz SD. Anemia in chronic heart failure: prevalence, etiology, clinical correlates, and treatment options. Circulation 2006;113:2454-61.
10. Tonelli M, Sacks F, Arnold M, et al. Relation between red blood cell distribution width and cardiovascular event rate in people with coronary disease. Circulation 2008;117:163-8.
11. Turner S.J., Ketch T.R., Gandhi S.K. et al. Routine hematologic clinical tests as prognostic markers in patients with acute coronary syndromes. Am Heart J 2008;155:806-16.

Қабул қилинган сана 20.11.2025