



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

1 (87) 2026

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
Д.Т. АШУРОВА
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. РУЗИБОЕВ
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)

1 (87)

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

2026 январь

УДК 616.12-008.331.1 : 664.41 : 612.14 (575.172)

ОРОЛБЎЙИ АҲОЛИСИДА ТУЗГА СЕЗУВЧАН АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ КОМОРБИД КЕЧИШИНИНГ КЛИНИК ВА ГЕМОДИНАМИК ХУСУСИЯТЛАРИ

¹Атаниязов Хуришид 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

Бугунги кундаги замонавий тиббиётда турли касалликлар мононозологик хусусиятини йўқотиб, коморбид мақомга эга бўлаётти.

Оролбўйи ҳудудидаги ноқулай экологик шароит ва касалликларни, шу жумладан юрак қон-томир касалликларини кўпайиши, ҳамда коморбид кечиши бирламчи тиббиёт муассасаларида касалликнинг самарали профилактика ва фармакотерапия қилиш чора-тадбирларини кучайтиришига зарурат туғдиради.

Тадқиқотимиз натижасида, Оролбўйи аҳолисида тузга сезувчан артериал гипертензияни 2-турдаги қандли диабет билан бирга кечишида, юрак ишемик касаллиги билан коморбид кечишига қараганда клиник-гемодинамик ва юрак қон-томир хавф омилларининг яққол ифодаланганлиги аниқланди.

Калит сўзлар: артериал гипертензия, коморбид, профилактика, фармакотерапия, юрак ишемик касаллиги, қандли диабет.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ СОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НАСЕЛЕНИЯ ПРИАРАЛЬЯ

¹Атаниязов Хуришид 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

В современной медицине различные заболевания теряют свой мононозологический характер и приобретают коморбидный статус.

Неблагоприятные экологические условия и рост заболеваемости, в том числе сердечно-сосудистыми заболеваниями и сопутствующими патологиями в регионе Аральского моря, обуславливают необходимость усиления эффективных мер профилактики заболеваний и фармакотерапии в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

В результате нашего исследования было установлено, что солечувствительная артериальная гипертензия в регионе Аральского моря связана с сахарным диабетом 2 типа, который, в свою очередь, ассоциируется с ишемической болезнью сердца и характеризуется значительно более высокой частотой клинических, гемодинамических и сердечно-сосудистых факторов риска.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, коморбидность, профилактика, фармакотерапия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет.

CLINICAL AND HEMODYNAMIC CHARACTERISTICS OF COMORBID COURSE OF SALT-SENSITIVE 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

In modern medicine, various diseases lose their mononological character and acquire comorbid status.

Unfavorable environmental conditions and rising morbidity, including cardiovascular diseases and related pathologies, in the Aral Sea region necessitate strengthening effective disease prevention measures and pharmacotherapy in primary health care facilities.

Our study found that salt-sensitive hypertension in the Aral Sea region is associated with type 2 diabetes mellitus, which in turn is associated with coronary heart disease and is characterized by a significantly higher frequency of clinical, hemodynamic, and cardiovascular risk factors.

Keywords: arterial hypertension, comorbidity, prevention, pharmacotherapy, ischemic heart disease, diabetes mellitus.

Долзарблиги

Жаҳонда юрак қон-томир касалликлари (ЮҚТК), жумладан артериал гипертензия (АГ) долзарб муаммо бўлиб келмоқда. Дунёда ҳар йили 9,4 млн.га яқин инсоннинг ўлимига АГ ва унинг асоратлари сабаб бўлади [9].

ЮҚТКнинг кенг тарқалиши ва бошқа касалликлар билан бирга кечиши амалий тиббиётда қўп қийинчиликларни туғдиради. Шунингдек, қўп компонентли терапияни буюриш дориларни ўзаро қарши таъсир қилишига ва беморнинг даволанишга риоя қилишини камайишига олиб келиши мумкин. Бугунги кундаги замонавий тиббиётда монопатологияларни кечиш хусусиятларини ўрганиш частотаси камаймоқда. Чунки турли касалликлар мононозология хусусиятини йўқотиб, коморбид мақомга эга бўлаяпти [5].

1970-йилда америкалик шифокор ва эпидемиолог А. Feinstein "коморбидлик" тушунчасини илк марта фанга киритди ва ушбу жумлани беморда асосий касалликдан фарқ қилувчи қўшимча касалликнинг мавжуд эканлиги деб тушунтирди [7].

Коморбидлик - битта беморда икки ёки ундан ортиқ сурункали касалликларнинг бирга кечиши бўлиб, бир-бири билан этиопатогенетик жиҳатдан боғлиқ бўлади, ҳамда касалликлар кечишининг ривожланишида ўзаро бир-бирига мойиллик қилади. Касалликларни коморбид кечиши ўлим хавфини оширади: иккита касаллик бирга кечганда ўлим хавфи 5-10% гача, беш ёки ундан қўп касаллик бирга кечганда эса 70-80% гача ошади [3].

Ижтимоий аҳамиятга эга бўлган, яъни юқумли бўлмаган касалликлар, жумладан АГ, юрак ишемик касаллиги (ЮИК), 2-тур қандли диабет (ҚД), дислипидемия 65-90% ҳолатларда коморбид кечади [4, 6].

ҚД касаллиги АГнинг оғир кечишига таъсир қилади. АГ ва ҚД касаллиги билан оғриган беморларни семизлик ва АГ билан касаланган беморлар билан солиштирганда қон-томирларда цитокинли яллиғланиш туфайли эластик толаларни бириктирувчи тўқимага алмашиши оқибатида ремоделланиш жараёнларини жадал кечиши кузатилган [2]. ҚД касаллиги бошлангандан 5-7 йил ўтгач, ҳар 2-беморда АГ касаллиги бошланиши ёки ривожланиши туфайли юрак қон-томир асоратлари хавфи юқори бўлади [8]. Қандли диабет билан оғриган беморлар

ренин-ангиотензин-альдостерон тизимининг (РААТ) фаоллигидаги ўзгаришлар туфайли тунги қон босими даражасининг кўтарилиши билан тавсифланади. Одатда, РААТ фаоллиги кундузи ошади, кечаси эса камаёди. Кечаси қон босимининг пасаймаслиги, айниқса унинг тунда кўтарилиши ЮҚТКнинг юқори хавфи билан боғлиқлиги ишончли тарзда исботланган [1].

Оролбўйи худудидаги ноқулай экологик шароит ва касалликларни, шу жумладан ЮҚТКни кўпайиши, ҳамда коморбид кечиши бирламчи тиббиёт муассасаларида касалликнинг самарали профилактика ва фармакотерапия қилиш чора-тадбирларини кучайтиришга зарурат туғдиради.

Тадқиқот мақсади: Оролбўйи аҳолисида тузга сезуван артериал гипертензия коморбид кечишининг клиник ва гемодинамик хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва методлар

Илмий тадқиқот Қорақалпоғистоннинг Эллиққалъа туман тиббиёт бирлашмасига қарашли оилавий поликлиника (ОП)ларда ўтказилди. Тадқиқотга туман ОПларида гипертензия касаллиги (ГК) билан ташхис қўйилган 40-70 ёш оралиғидаги жами 2430 респондент скрининг натижалари таҳлил қилинди. Шундан 1021 нафарида (42%) АГ аниқланди ва тадқиқотга киргизилди.

Тадқиқотга киритилган барча гипертоник беморлар лаборатор-инструментал ва антропометик текширувлар (бўй, тана вазни)дан ўтказилди. Артериал қон босими Н.С.Кортков усулида билак артериясидан ўлчанди. Оилавий шифокор ва патронаж ҳамширалар томонидан Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг ўзгартирилган (Марказий Осиё ва Кавказ минтақаси учун) РЕН протоколи бўйича мобил илова калькулятор ёрдамида ЮҚТК ривожланиш хавфи ОПларда ёки беморларнинг уйига ташриф буюриш орқали ҳисобланди. Йиллик кузатувлар бўйича биз уларни яшил < 5% ва сариқ 5% < 10% "паст хавфли", тўқ сариқ 10% < 20% - "ўртача хавф", қизил 20% < 30% - "юқори хавф", тўқ қизил $\geq$ 30% "жуда юқори хавф" га бирлаштирдик.

Ош тузига таъм сезиш бўсағаси (ОТТСБ) R. Xenkin усулида, тилнинг олдинги учдан бир қисмига концентрацияси 0,02%дан 5,12%гача кўпайиб боровчи натрий-хлорид (NaCl) эритмасидан бир томчи томизиш орқали синовдан ўтказилди. Синов паст концентрацияли (0,02%) NaCl эритмасидан бошланди ва бемор биринчи марта шўр таъмни ҳис қилгунча қадар концентрацияси 2 марта ошириб борилди. Биринчи марта шўр таъмни ҳис қилган NaCl миқдори бўсаға деб белгиланади. 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 дастур пакети ёрдамида амалга оширилди. Асосий характеристикалар ўртача (М) ва стандарт очиш (SD) сифатида тақдим этилди. Тадқиқот гуруҳидаги белгиларнинг пайдо бўлиш частотаси Пирсон χ^2 усули ёрдамида баҳоланди. Пирсон корреляция тести иккита миқдорий кўрсаткичлар ўртасида корреляцион боғлиқлик мавжудлиги ёки йўқлигини аниқлаш, шунингдек уларнинг яқинлиги ва статистик аҳамиятини баҳолаш учун ишлатилди. Барча таҳлиллар учун $p < 0,05$ қийматлари статистик аҳамиятга эга деб ҳисобланди.

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. 1021 нафар гипертоник беморларнинг 170 нафарида (16,6%) ЮИК, 135 нафар (13,2%) беморда эса ҚД касаллиги АГ билан бирга учраши аниқланди. Беморларнинг клиник-гемодинамик кўрсаткичлари 2 та гуруҳга ажратиб таҳлил қилинди. Биринчи гуруҳга ЮИК бўлган 170 нафар гипертоник беморлар, 2-гуруҳга ҚД касаллиги бўлган 135 нафар гипертоник беморлар киргизилди.

1-гуруҳга кирган беморларнинг ўртача ёши $62,86 \pm 6,2$ йилга, АГ давомийлиги $10,55 \pm 2,92$ йилга тенг бўлди. 2-гуруҳга кирган беморларнинг ўртача ёши $61,17 \pm 5,67$ йилга, АГ давомийлиги $10,07 \pm 2,57$ йилга тенг эканлиги аниқланди (мос равишда, $p_1=0,01$; $p_2=0,1$). 1-гуруҳга кирувчи беморларнинг 118 нафарини (69,4%) эркеклар, 52 нафарини (30,6%) эса аёллар ташкил қилди.

2-гуруҳга кирувчи беморларнинг 38 нафарини (28,1%) эркеклар, 97 нафарини (71,9%) аёллар ташкил қилди. 1-гуруҳ беморларнинг 165 нафари (97%), 2-гуруҳ беморларнинг эса барчаси диспансер ҳисобга олинганлиги маълум бўлди ($\chi^2=266,118$; $p=0,001$).

Беморларнинг анамнез маълумотларини таҳлил қилганимизда, 1-гурухга кирувчи беморларнинг 23 нафари (13,5%) илгари умуман антигипертензив терапия (АГТ) қабул қилмаганлиги, 71 нафари (41,8%) монотерапия, 36 нафари (21,2%) 2 компонентли ва 40 нафари (23,5%) 3 компонентли АГТ қабул қилиши, шунингдек 2-гурухга кирувчи беморларнинг эса 19 нафари (14,2%) АГТ қабул қилмаганлиги, 56 нафари (41,4%) монотерапия, 26 нафари (19,3%) 2 компонентли, ҳамда 34 нафари (25,1%) 3 компонентли АГТ қабул қилиши аниқланди (мос равишда, $\chi^2_1=0,019$, $p_1=0,8$; $\chi^2_2=0,002$; $p_2=0,961$; $\chi^2_3=0,171$, $p_3=0,6$; $\chi^2_4=0,112$; $p_4=0,7$).

1-жадвал.

Оролбўйи аҳолисида ЮИК ва ҚД касаллиги бўлган гипертоник беморларнинг клиник ва гемодинамик хусусиятлари

Кўрсаткичлар	ЮИК бўлган гипертоник беморлар гуруҳи (n=170)	ҚД касаллиги бўлган гипертоник беморлар гуруҳи (n=135)	χ^2	p
Ёш, (йил)	62,86±6,2	61,17±5,6		0,01
АГ давомийлиги, йил	10,55±2,92	10,07±2,57		0,1
САБ, мм.сим.у.	173,53±19,86	179,93±18,55		0,004
ДАБ, мм.сим.у.	102,1±11,1	105,93±11,48		0,003
Ўр.АБ, мм.сим.у.	125,92±13,61	130,59±13,52		0,003
АГ даражаси:				
1-даража, n (%)	18 (10,6)	2 (1,5)	10,184	0,002
2-даража, n (%)	83 (48,8)	59 (43,7)	0,793	0,3
3-даража, n (%)	69 (40,6)	74 (54,8)	6,116	0,01
ЮУС, зарб/дақ.	86,32±7,23	88,5±6,17		0,004
ТВИ, кг/м ²	30,1±5,56	33,6±5,52		0,0000
R. Непкін бўйича NaCl концентрацияси	0,74±0,66	0,99±0,62		0,003
ОТТСБ даражалари:				
Паст, n (%)		0	3,219	0,07
Ўрта, n (%)	4 (2,3)	5 (3,7)	5,796	0,02
Юқори, n (%)	19 (11,2)	130 (96,3)	8,713	0,004
ИККС, n (%)	10 (5,6)	0	8,21	0,005
БМҚАЎБКХ, n (%)	1 (0,6)	1 (0,7)	0,027	0,8
Семизлик:				
1-даража, n (%)	50 (29,4)	51 (37,7)	2,378	0,1
2-даража, n (%)	29 (17)	30 (22,2)	1,286	0,2
3-даража, n (%)	9 (5,3)	24 (17,7)	12,153	0,001
РЕН-протокол бўйича ЮҚТХ:				
Паст, n (%)	6 (3,5)	0	4,86	0,03
Ўрта, n (%)	3 (1,8)	8 (5,9)	3,748	0,05
Юқори, n (%)	56 (32,9)	37 (27,4)	1,087	0,3
Жуда юқори, n (%)	105 (61,8)	90 (66,7)	0,784	0,4

Изоҳ: АГ – артериал гипертензия; ТВИ - тана вазни индекси; САБ - систолик артериал босими; ДАБ - диастолик артериал босим; Ўр.АБ - ўртача артериал босим; ЮУС - юрак уриш сони; БМҚАЎБКХ - бош миё қон айланиш ўткир бузилишидан кейинги ҳолат; ИККС-инфарктдан кейинги кардиосклероз; ЮҚТХ – юрак қон-томир хавфи.

1-гурӯҳга кирувчи беморларнинг 154 нафарида (90,6%), 2-гурӯҳга кирувчи беморларнинг эса 131 нафарида (97%) кам ҳаракатлик аниқланди ($\chi^2=5,107$; $p=0,02$). ЮИК касаллиги бўлган 1-гурӯҳдаги гипертоник беморларнинг 160 нафари (94,1%), 2-гурӯҳдаги ҚД касаллиги бўлган АГ беморларнинг 131 нафари (97%) кундалик рационда шўр ёки аччиқ маҳсулотларни кўп истеъмол қилиши кузатилди ($\chi^2=1,464$; $p=0,2$). 1-гурӯҳдаги беморларнинг 164 нафари (96,5%), 2-гурӯҳдаги беморларнинг 129 нафари (95,5%) “тўғри ва соғлом овқатланиш” меъёрларига риоя қилмаслиги аниқланди ($\chi^2=0,167$; $p=0,6$). 1-гурӯҳ беморларнинг 111 нафарининг (65,3%), 2-гурӯҳ беморларнинг эса 95 нафарининг (70,3%) яқин қариндошларида ЮҚТКдан ўлим кузатилганлиги аниқланди ($\chi^2=0,884$; $p=0,3$). 1-гурӯҳга кирувчи беморларнинг 7 нафари (4,1%), 2-гурӯҳдаги беморларнинг эса 5 нафари (3,7%) 1 кунда 4 порция сабзавот ва мева маҳсулотларини истеъмол қилганлиги маълум бўлди ($\chi^2=0,034$; $p=0,8$). 1-гурӯҳга кирувчи 22 нафар (12,9%) ва 2-гурӯҳдан 23 нафар (17%) беморда чекиш ($\chi^2=1,004$; $p=0,3$), 1-гурӯҳдан 66 нафар (38,8%), ҳамда 2-гурӯҳдаги 11 нафар (8,1%) беморнинг алкоголь истеъмол қилиши аниқланди ($\chi^2=37,518$; $p=0,001$).

ЮИК ва ҚД касаллиги бўлган гипертоник беморларнинг клиник ва гемодинамик хусусиятлари 1-жадвалда кўрсатилган.

Хулоса

Шундай қилиб, тадқиқотимиз натижаларига кўра, Орол бўйи аҳолисида гипертоник беморларни коморбид касалликлар билан бирга кечишини таҳлил қилганимизда, ҚД касаллиги бўлган АГ беморларда ЮИК касаллиги бўлган гипертоник беморларга қараганда ЮҚТХ омилларининг яққол ифодаланганлигини кузатдик. ҚД касаллиги бўлган гипертониклар гуруҳидаги беморлар ЮИК бўлган АГли беморлардан ёш жиҳатдан фарқ қилди. Бу эса, АГни ҚД касаллиги бўлган беморларда эрта ёшлардан бошланганидан далолат беради. АГ давомийлиги бўйича эса иккала гуруҳ беморларда ишонарли фарқлар кузатилмаган бўлсада, САБ, ДАБ ва ўртача АБ 2-гурӯҳ беморларда 1-гурӯҳ беморлардан ишонарли фарқ қилди. Бу ўз навбатида, ҚД касаллигида организмдаги метаболик ўзгаришлар АБни юқори даражаларга кўтарилишига сабаб бўлишини билдиради. ҚД касаллиги бўлган гипертоник беморлар ЮИК бўлган гипертоник беморларга қараганда ортиқча вазнга эканлигини кузатдик, ҳамда ушбу гуруҳ беморларда семизликнинг 3-даражаси кўп учраши аниқланди.

PEN протокол бўйича ЮИК бўлган гипертоник беморлар гуруҳида, ҚД касаллиги бўлган гипертоник беморлар гуруҳига қараганда ЮҚТХ бўйича паст даражасига кирувчи беморларнинг ишонарли кўп эканлиги, ўрта даражадаги беморлар эса 2-гурӯҳда кўп эканлиги кузатилди. ЮҚТХ юқори ва жуда юқори гуруҳига кирувчи беморлар гуруҳлар орасида деярли бир хилда тарқалганлигини аниқланди. Бу эса ўз навбатида ҚД касаллиги бўлган гипертоник беморларни ЮИК бўлган беморларга қараганда “соғлом турмуш тарзи” амалларига кам риоя қилганлигидан далолат беради. Шунингдек, ОТТСБ ҚД касаллиги бўлган беморлар гуруҳида ЮИК бўлган гипертоник беморлар гуруҳидан баланд эканлиги аниқланди.

Ўтказган тадқиқотимизда, Оролбўйи ҳудудида жойлашган ОПлар реал фаолиятини ўрганиш давомида АГ касаллигини тузга сезувчан турининг кенг тарқалганлигини аниқладик. Нотурғун экологик шароит, ичимлик суви ва ҳавонинг шўрланиши, аҳолини ош тузини кўп миқдорда истеъмол қилиши, шунингдек “соғлом ва тўғри овқатланиш” мезонларига риоя қилмаслиги, ҳамда касалликни ўз вақтида назоратга олинмаганлиги Оролбўйи аҳолисида АГни коморбид кечишининг кўп учрашига ва касалликнинг клиник ва гемодинамик белгиларининг жадал ривожланишига сабаб бўлган. Айниқса бундай ўзгаришлар АГ ҚД касаллиги билан бирга кечган беморларда яққол эканлиги аниқланди. Оролбўйи аҳолиси учун “юрак қон-томир касалликлари профилактикаси” мезонларини, ҳамда “соғлом овқатланиш диетаси”ни ишлаб чиқиш ва ушбу тавсияномаларни оилавий шифокорлар ва патронаж ҳамширалар томонидан аҳолига кенг тарғибот этиш, шунингдек ЮҚТХ юқори бўлган аҳолини самарали фармакотерапия қилиш касалликни асоратларини камайишига сабаб бўлади. Тадқиқотимиз натижасида, Оролбўйи ҳудудидаги бирламчи тиббиёт муассасалари фаолиятдан олинган ижобий амалий кўникмаларни республикамизнинг барча бирламчи табиёт муассасалари амалиётига татбиқ қилиш, ЮҚТКни самарали профилактика қилишда муҳим аҳамият касб этади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Демидова Т.Ю., Кисляк О.А. Особенности течения и лечение артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2020;16(4):623-634. <https://doi.org/10.1111/j.0954-6820.1987.tb05925.x>.
2. Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Гавриляк В.Г., Дзюбан А.С., Коваль С.А., Чеботарева Е.Н. Общность патогенетических механизмов формирования синдрома и их коррекция у больных сахарным диабетом 2-го типа очень высокого кардиоваскулярного риска. Университетская клиника. 2018;1(26):12-19.
3. Литовский И.А., Гордиенко А.В. “Коморбидная связь атеросклероза, гипертонической болезни и остеопороза”. СпецЛит. Санкт-Петербург. 2020; 3-478 стр.
4. Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Барбараш О.Л., Бойцов С.А., Болдуева С.А., Гарганеева Н.П., Дошицин В.Л., Каратеев А.Е., Котовская Ю.В., Лиля А.М., Лукьянов М.М., Морозова Т.Е., Переверзев А.П., Петрова М.М., Поздняков Ю.М., Сыров А.В., Тарасов А.В., Ткачева О.Н., Шальнова С.А. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019;18(1):5-66.
5. Хлынова О.В., Туев А.В., Береснева Л.Н., Агафонов А.В. Проблема коморбидности с учетом состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов с артериальной гипертензией и кислотозависимыми заболеваниями. Казанский медицинский журнал. 2013;94(1):80-85.
6. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet. 2012;380(9836):37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2).
7. Feinstein AR. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. Journal of Chronic Diseases. 1970;23(7):455-468. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(70\)90054-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(70)90054-8).
8. Garber AJ, Abrahamson MJ, Barzilay JI, Blonde L, Bloomgarden ZT, Bush MA, Dagogo-Jack S, DeFronzo RA, Einhorn D, Fonseca VA, Garber JR, Garvey WT, Grunberger G, Handelsman Y, Hirsch IB, Jellinger PS, McGill JB, Mechanick JI, Rosenblit PD, Umpierrez GE. Consensus statement by the American association of clinical endocrinologists and American College of endocrinology on the comprehensive type 2 diabetes management algorithm — 2017 executive summary. Endocrine Practice. 2017;23(2):207-238. <https://doi.org/10.4158/EP161682.CS>.
9. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. Lancet. 2016;389(10064):37-55. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31919-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31919-5).

Қабул қилинган сана 20.12.2025