

## ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИДА КЎРУВ АЪЗОЛАРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ

*МАХМУДОВ Н.И., ТЎРАЕВА Ё.М., АХМЕДОВА Ф.Ш.*

*РЦЭМП Фарғона филиали; Фарғона филиали ТМА, Ўзбекистон*

**Масалан долзарблиги.** Гипертония касаллиги қон томир касалликлари ичида кўп учраши, оғир кечиши, асоратлари ўлим билан тугаши жиҳатидан биринчи ўринда туради. Бошланғич босқичда барча томирлар системасида функционал ўзгаришлар, яъни артериолаларнинг тоник торайиши кузатилса, кейинги босқичларда артериал қон томир деворларида органик қайтмас ўзгаришлар аниқланади. Кўрув аъзоларидаги, айниқса, бош мия ойнаги – кўз тубидаги томирлар ҳолатига қараб, қон томир системасида гипертониянинг қайси босқичига хос ўзгаришлар юз бераётгани ҳақида диагностик хулосага келинса бўлади. Бу текширувлар бемор учун зарарсиз, ҳар қандай шароитда қўллаш мумкин, қўшимча маблағ талаб этмайди.

**Текширув мақсади.** Гипертония касаллигига чалинган беморларда кўрув аъзоларидаги ўзгаришларни таҳлил қилиш.

**Материаллари ва усуллари.** Кўрув аъзоларидаги ўзгаришларнинг гипертония касаллиги билан боғлиқлигини аниқлаш мақсадида, Р.Ш.Т.Ё.И.М.Ф.Ф.да 2018 йил давомида қабул диагностика бўлими кардиолог, невропатолог кабинети ва кардиология, неврология бўлимида даволанган беморлар кўрув аъзолари текширув натижалари таҳлил қилинди. Йил давомида умумий 2840 нафар бемор офтальмолог кўригидан ўтган. Булардан 1015 нафарини кардиологик, неврологик беморлар ташкил этади. Эркаклар – 612 (60,2) аёллар – 503 (49,8). Гипертония касаллиги босқичига кўра I босқич А гипертония олди ҳолати – 118 (11,6%), I босқич В транзитор – 254 (25%), II босқич А лабил –

200 (19,7%), II босқич Б стабил – 205 (20,1). III босқич А компесатор – 210 (30,5%), III босқич склеротик – 28 (2,7%). Юрак зарарланиши доминантлиги билан – 58 (5,7%), мия зарарланиши билан – 184 (18,1%). Бир вақтнинг ўзида юрак, мия ва буйрак зарарланиши билан – 12 (1,1%) бемор кўрилган. Кўз тубидаги ўзгаришлар таҳлил қилинганда уларнинг даражасига қараб қуйидаги ҳолатлар аниқланди. Кўз туби ўзгаришсиз – 135 (13,3%), тўр парда ангиопатияси – 516 (50,8%), бундан ангиосклероз Гунн-Салус симптоми 1 даража – 72 (14%), II даража – 58 (11,4%), III даража – 29 (5,7%). Тўр парда ретинопатияси – 7 (0,6%), нейроретинопатия – 5 (0,4%). Кузатишларга кўра, баъзи ҳолатларда кечки вақтдаги муржаатларда, гипертоник криз билан глоукома ўткир хуружи параллел кечиши аниқланди. Йил давомида бундай ҳолат 7 та (0,6%) кузатилди.

**Натижа.** Беморларга шошилиш даво муолажалари ўтказилгач, 3–5 – кунлари қайта кўрилганда, кўз тубидаги қон қуйилишлар, ишемик ҳолатлар, кўрув нервидаги димланишлар камайганлиги, беморнинг кўришида ва умумий ҳолатида яхши томонга динамик ўзгариш бўлганлиги аниқланди. Гипертоник криз ва кўз олмасида ўткир глаукома хуружи параллел кечган беморлар офтальмолог ва кардиолог шошилиш муолажаларини олдилар, келганда кўриш фаолияти юз олдида бармоқ сезиши даражасида бўлган беморлар, 3-куни кўриш даражаси 0,3 гача, 5-куни 0,6 гача тикланди.

**Хулоса.** Текширув натижалари шуни кўрсатдики, кўрув аъзоларидаги ўзгаришлар гипертония касаллигининг кечишидаги босқичларга узвий боғлиқ экан.

## ВКЛАД ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

*МАХСУМОВА Д.К., САЛАХИДДИНОВ З.С., АХМАДАЛИЕВА У.К., МАКСУМОВА Д.К., КОДИРОВ Д.А.*

*Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение и оценка, наряду с поведенческими факторами риска (ФР), таких факторов, как характеристика семейного статуса, жилищно-бытовых условий, социального и образовательного статуса на фоне ВИЧ-инфекции.

**Материал и методы.** Исследование проводилось в Андижанском центре борьбы со СПИДом. Привлечение к эпидобследованию осуществля-

лось путем личного контакта в виде посещения на дому. Популяция ВИЧ-инфицированных, отказавшихся от обследования, замене не подлежали. Комплексное эпидемиологическое обследование проводилось с использованием стандартизованных и унифицированных, опросных, инструментальных и биохимических методов.

**Результаты и выводы.** Ниже представлены результаты нашего анализа по изучению вклада поведенческих социальных факторов риска в развитии артериальной гипертензии у ВИЧ-инфицированной популяции. Как видно из данных, на развитие артериальной гипертензии у ВИЧ-инфицированных в 30,7% случаях влияют социально-экономические факторы. Из социально-экономических ФР наибольший вклад имели следующие: плохой жилищно-бытовой статус (ПЖБС) – 28,3%, неблагополучный семейный статус (НБСС) – 32,7%, неблагополучный социальный статус (НБСЦС) – 20,2%, низкий образовательный статус (НОС) – 20,1% и хронические стрессы (ХС) – 52,4%. Наибольшая распространенность АГ имеет место в связи с ХС и НБСС ( $P_1 < 0,0001$ ;  $P_2 < 0,01$ ). При изучении сравнительной оценки распространенности табакокурения (ТК) в популяции

ВИЧ-инфицированных с различными неблагополучными социальными статусами отмечено, что при наличии неблагополучного эпидемиологического статуса частота выявляемости ТК увеличивается в среднем в два раза ( $P < 0,01$ ). Наибольшая частота ТК выявляется в связи с хроническими стрессами, неблагополучным семейным статусом и плохими жилищно-бытовыми условиями. В целом, вклад социально-экономических факторов в развитие ТК составляет в среднем 40,3%.

**Выводы.** Таким образом, для разработки более совершенной модели формирования неблагополучных эпидемиологических условий и эффективной профилактики в отношении терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированной популяции необходимо учитывать и изучать социально-поведенческие факторы.

## О МЕСТЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

*МЕХРАЛИЕВ Р.Р., ГУЛИЕВА Л.Т.*

*НИИ Кардиологии, г. Баку. Азербайджан*

**Цель исследования.** Изучить клиническую эффективность и безопасность применения комбинированного препарата престиллол (5 мг ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) периндоприла и 5 мг бета-адреноблокатора бисопролола фирмы «Сервье» Франция) у больных артериальной гипертензией (АГ). В 12-ти недельное исследование были включены 36 пациентов с АГ II степени, среди которых было 18 мужчин и 18 женщин со средним возрастом 55,3±3,4 года. Не рекомендовалось включение больных с симптоматической АГ, с инфарктом миокарда или нарушением мозгового кровообращения давностью менее 3 мес., с нестабильным течением стенокардии, с хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, с наличием противопоказаний или отмеченной ранее непереносимостью ингибиторов АПФ и/или бета-адреноблокаторов. Критерии включения в исследование: 1) наличие эссенциальной АГ II ст. 2) отсутствие достаточно эффекта монотерапии бета-адреноблокаторами и ингибиторами АПФ (артериальное давление (АД) выше 140/90 мм рт.ст.). Исходно и через 1 и 3 мес. терапии проводилось физикальное обследование, общий и биохимический анализ крови (сахар, липидный спектр), регистрировалась стандартная электрокардиограмма (ЭКГ) в покое в 12-ти отведениях. Параметры центральной гемодинамики и сократительная функция миокарда оценивались эхокардиографически (ЭХО КГ). АД измеряли ртутным сфигмоманометром в положении больного сидя, через 5 мин. отдыха, трижды с расчетом среднего значения, в утренние часы, через 24 ч. после приема препарата (1 табл. в

день). Эффективной считали терапию при нормализации АД (ниже 140/90 мм рт.ст.) или снижении систолического АД (САД) на 20 мм рт.ст. и более, диастолического АД (ДАД) на 10 мм рт.ст. и более. На основании жалоб больных и изменений биохимических параметров крови оценивали переносимость препарата и побочные эффекты. При анализе антигипертензивной терапии было выявлено, что через 1 мес., в целом, произошло снижение клинически измеренного САД/ДАД со 166,6±2,6/103,2 ± 2,4 до 146,2±2,2/93,7±1,8 мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ). От 1 до 3 мес. терапии происходило дальнейшее снижение клинического САД/ДАД со 146,2±2,2/93,7±1,8 мм рт.ст. до 124,5±2,4/82,0±2,2 мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ). Полный эффект (достижение целевого уровня АД) был достигнут у всех 36 пациентов. По данным ЭХО КГ к концу исследования отмечена тенденция к уменьшению конечного диастолического размера ( $p > 0,005$ ), конечного систолического размера ( $p > 0,005$ ), увеличение ФВ на 4,8% ( $p > 0,005$ ), уменьшение толщины межжелудочковой перегородки ( $p > 0,005$ ) и задней стенки ЛЖ ( $p > 0,005$ ). Статистически значимой динамики биохимических показателей крови и изменений на ЭКГ не отмечено. Обращает на себя внимание довольно хорошая переносимость препарата: повышение физической активности уменьшение головных болей, улучшение сна. Ни в одном случае не потребовалось отмены препарата. Таким образом, престиллол привел к быстрому адекватному снижению АД, которое сохранялось в течение длительного времени, что является важнейшей характеристикой современного антигипертензивного препарата.