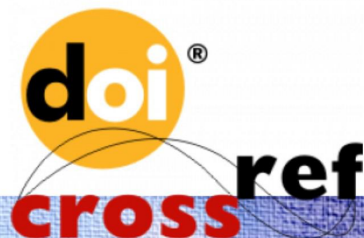


ISSN 2223-4047

ВЕСТНИК



МАГИСТРАТУРЫ

2-1, 2023



научный журнал

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

ТЕХНИЧЕСКИЕ НАУКИ

П.О. Бузмаков МЕТОДЫ ЗАЩИТЫ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ СИСТЕМ УПРАВЛЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ОТ КИБЕРАКТАК.....	4
Д.А. Борисов АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ГАЗОПРОВОДОВ ПРИ ПОМОЩИ БЕСПИЛОТНЫХ ЛЕТАТЕЛЬНЫХ АППАРАТОВ.....	6
Д.А. Борисов ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ БЕСПИЛОТНЫХ ЛЕТАТЕЛЬНЫХ АППАРАТОВ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ГАЗОПРОВОДОВ В РФ И В МИРЕ.....	9
А.В. Бондарь ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА КОНСТРУКЦИИ ШУМОЗАЩИТНОГО БУФЕРА В ПРОЦЕССЕ ПРОЕКТИРОВАНИЯ РАБОТ ДЛЯ ОБЪЕКТОВ ОЗЕЛЕНЕНИЯ ПРИМАГИСТРАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ ЗАСТРОЙКИ.....	13

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

А.Х. Набиева, Г.Т. Бекенова, Н.З. Алимova, Ш.А. Хасанова ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	16
---	-----------

ЮРИДИЧЕСКИЕ НАУКИ

А.Ю. Торопынин ГЕНЕЗИС РАЗВИТИЯ НАУКИ: ЗЕМЕЛЬНОЕ ПРАВО В ИСТОРИИ РОССИИ. НЕКОТОРЫЕ КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ.....	21
И.И. Осмаев ПОНЯТИЕ ИНСТИТУТА НАСЛЕДСТВЕННОГО ФОНДА В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ.....	25
М.И. Лодяков ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДЕПОЗИТАРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ РЫНКЕ ЦЕННЫХ БУМАГ.....	27
В.В. Королёва СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ИЗБРАНИИ МЕРЫ ПРЕСЕЧЕНИЯ В ВИДЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПОД СТРАЖУ.....	29
А.А. Лазарев СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СПОСОБОВ ЗАЩИТЫ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ.....	32
А.А. Лазарев АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗАЩИТЫ ГРАЖДАН В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ.....	34
В.И. Разумов ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ БАНКРОТСТВА КОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	37
Ю.Л. Чукас О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО СТРАХОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.....	39
С.М. Мальков ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СФЕРЕ КОРПОРАТИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ. ОПЫТ ПРОШЛОГО И ПРЕДПОСЫЛКИ БУДУЩЕГО.....	42
С.М. Мальков КОМПЛАЕНС-КУЛЬТУРА И ЕЁ ИНТЕГРАЦИЯ В ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ РОССИЙСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА ПРИМЕРЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ ЮРИСПРУДЕНЦИИ.....	44
Н.М. Монгуш О ЮРИДИЧЕСКОЙ СУЩНОСТИ ЦИФРОВЫХ ПРАВ.....	46
Н.М. Монгуш ДЕЙСТВИЕ НОРМ ЦИФРОВОГО ПРАВА В ПРОСТРАНСТВЕ.....	48
А.А. Монгуш СРАВНИТЕЛЬНО-ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ТУВИНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ С 1921 ДО 1944 ГГ.....	50
А.А. Монгуш ФОРМИРОВАНИЕ И СТАНОВЛЕНИЕ ПРАВОВОЙ БАЗЫ ТУВИНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ В ПЕРИОД С 1921 ДО 1944 ГГ.....	54

М
Е
Д
И
Ц
И
Н
С
К
И
Е

НАУКИ

А.Х. Набиева, Г.Т. Бекенова, Н.З. Алимova, Ш.А. Хасанова

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Изложенным целью настоящего исследования явилось изучение степени приверженности лечению у больных с гипертонической болезнью, ревматоидным артритом и с железодефицитной анемией и выявление наиболее часто встречающихся причин низкой приверженности проводимой терапии. В исследовании участвовали 195 больных с хроническими социально значимыми заболеваниями как гипертоническая болезнь, ревматоидный артрит, железодефицитная анемия. Был использован тест опросник Мориски-Грина. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики. Настоящего исследования свидетельствуют о том что причины нерегулярного приема или неприема препарата наиболее высок удельный вес таких причин как отсутствие возможности купить препарат в аптеке; отсутствие желания принимать препарат постоянно; забывчивость приема препарат; периодические пропуски время приема и частотная их характеристика различается в зависимости от вида заболеваний.

Ключевые слова: Ревматоидный артрит, степень приверженности, тест Мориски-Грина.

Одной из самых актуальных проблем современной медицины является проблема низкой приверженности лечению, что чревато последствиями связанной основной патологией. Так как, недостаточная приверженность лечению хронических заболеваний является главной причиной снижения эффективности проводимого лечения, развития осложнений основного заболевания, снижения качества жизни пациентов и, соответственно, увеличения затрат на лечение [6]. Исследованиями установлено, что долгосрочная приверженность любому лечению любого заболевания не превышает 50% [2]. В ряд исследований, проведенных по приверженности лечению показано, что степень приверженности находился в диапазоне от 43-78% [3,5,10,11]. Установлено, что 1/3 часть больных прекращают рекомендованную лечение в течение 12 месяцев после перенесенного сердечно-сосудистого события. При этом низкая приверженность лечению ассоциировался существенным повышением риска развития сердечно-сосудистых осложнений [1,3,4,7,8].

Цель исследования: изложенным целью настоящего исследования явилось изучение степени приверженности лечению у больных с гипертонической болезнью, ревматоидным артритом и с железодефицитной анемией и выявление наиболее часто встречающихся причин низкой приверженности проводимой терапии

Материалы и методы исследования.

В работе подверглись к анализу результаты опроса 195 больных с хроническими социально значимыми заболеваниями как гипертоническая болезнь, ревматоидный артрит, железодефицитная анемия. Среди обследованных больных с гипертонической болезнью составило 196 больных, ревматоидным артритом - ..., железодефицитной анемией - ...

Для оценки приверженности и факторов, влияющих на нее была использован опросник включающий тест Мориски-Грина (валидированный тест, состоящий из 4 вопросов, оценивающих приверженность лечению) [9] и 10 вопросов для выявления причины нерегулярного приема или неприема терапии. Согласно тесту Мориски - Грина, приверженными считались пациенты, набравшие 4 балла, недостаточно приверженными – 3 балла, не приверженными лечению – 2 и менее балла. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты исследования.

Характеристика больных подвергавшихся анкетированию представлены в рисунке 1. Как видно из представленных данных, среди исследуемых больные с гипертонической болезнью (ГБ) занимают наиболее высокий удельный вес (около 30% всех больных), 1/5 часть составляют больные с ревматоидным артритом (РА) и ...% больные с железодефицитной анемией. Анализ исследуемых больных в зависимости от возраста показывает, что средний возраст опрошенных наиболее высок среди больных ЗССС, наиболее низкий среди больных с ЗНС и ЗЭС (рис.1). В то время анализ половых различий, как видно из рис.1, указывает на то, что наиболее высок удельный вес женщин среди больных с ЖДА и с РА.

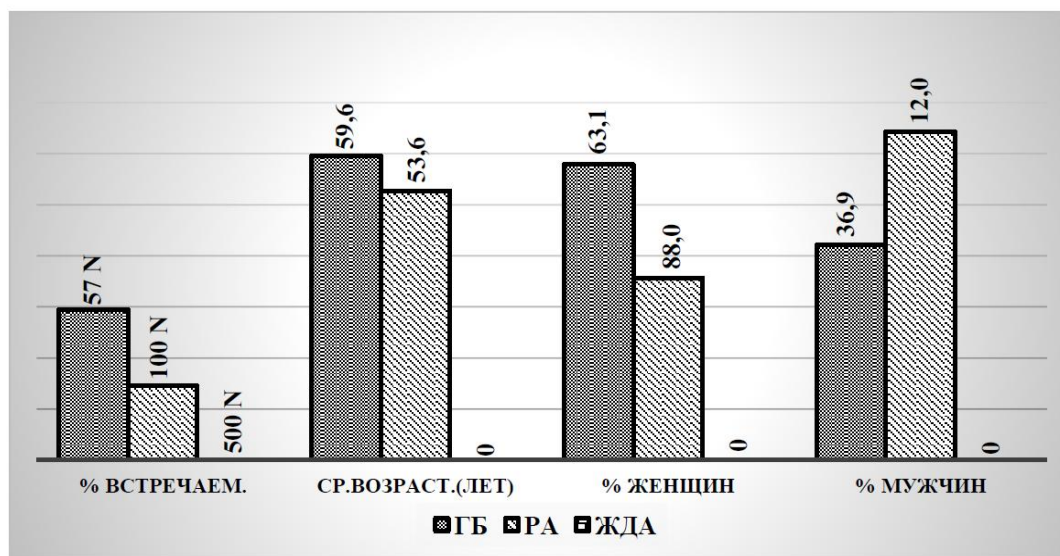


Рис. 1. Характеристика больных обследованных для оценки степени приверженности лечению.

Примечание: ГБ –гипертоническая болезнь; РА –ревматоидный артрит;
ЖДА –железодефицитная анемия.

Анализ степени приверженности лечению у исследуемых больных, как видно из рис.2, показывает, что наиболее высокий удельный вес больных с отсутствием приверженности лечению (2 и менее балла) наблюдается среди больных с ... и, особенно, с ... (от 60% до 70%). В то же время наиболее низок удельный вес больных с отсутствием приверженности лечению имеет место среди больных с ... и, особенно с ...А среди больных с ... это категория больных составляют почти половину опрошенных. В целом удельный вес больных с отсутствием приверженности лечению довольно высок и встречается у более половины опрошенных больных, независимо от вида заболевания (рис.2).

При анализе частоты встречаемости больных с неудовлетворительной приверженности лечению (3 балла) в зависимости от вида заболевания прослеживается, что удельный вес больных этой категории составляют в среднем, независимо от вида патологии ...% опрошенных (рис.2). При этом, если наиболее

низок удельный вес подобных больных среди больных с ... (около 18%) и с ... (около 21%), а наиболее высок среди больных с ... (около 54%).

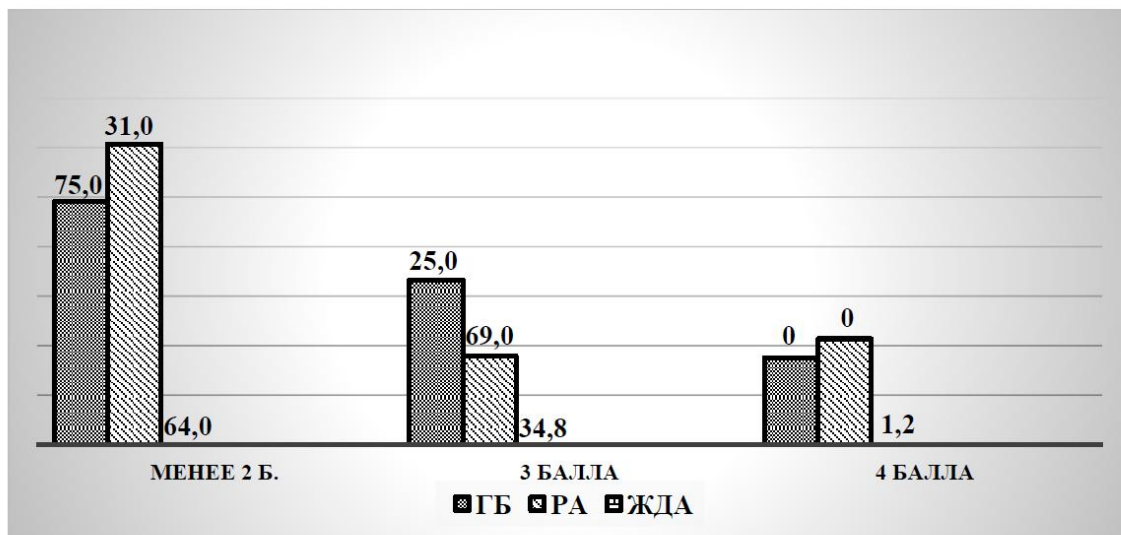


Рис. 2. Степень приверженности лечению у больных в зависимости от вида заболевания (в %).
Примечание: ГБ – гипертоническая болезнь; РА – ревматоидный артрит;
ЖДА – железодефицитная анемия

Как видно из представленных в рис.2 данных, удельный вес больных с удовлетворительной приверженности лечению (4 балла) в целом, независимо от вида заболевания, заметно ниже, чем удельный вес больных с неудовлетворительной и с отсутствием приверженности лечению и составляет примерно 1/5. При этом, если среди больных с ГБ и РА составляют, соответственно 21,4% и 20,0%, то среди больных с ЖДА составляют 17,5%, соответственно. Следовательно, удельный вес больных с наличием приверженности лечению, независимо от ее степени, сравнительно выше среди больных с ...

В целях выяснения причин не выполнения врачебных назначений по лечению нами отдельно проанализировано результаты анкетирования по выявлению причин нерегулярного приема или неприема терапии назначенного врачом. Результаты этого анализа представлены в таблице 1.

Как видно из представленной в таблице данных, удельный вес лиц у которых причиной нерегулярного выполнения назначений врача было связано с отсутствием возможности купить лекарства в аптеке было наиболее высоко (64%) среди больных с ЗДС и было наиболее низок (почти в 2 раза) среди больных с ЗЭС. В целом указанная причина, за исключением больных с ЗЭС, имело место более чем половины опрошенных больных. (табл.1).

Удельный вес лиц, которые считают лечиться не нужно было одинаковым среди больных с ЗССС, ЗДС, ЗОДА и с ЗНС и составил от 40,4% до 46,7%. Только среди больных с ЗЭС это причина встречалась сравнительно редко составляя всего лишь 9,1%. Необходимо отметить, что данная причина имело место в большинстве случаев у 2/5 части больных, за исключением больных с ЗЭС, у которых встречалась у каждого 11 больного. Видимо, низкая частота встречаемости этих причин среди больных с ЗЭС связана с особенностями течения эндокринной патологии и целей их фармакотерапии. Так как, если учесть, что в структуре эндокринной патологии преобладает сахарный диабет, то становится очевидным необходимость приема сахароснижающих препаратов в рамках заместительной терапии. Немаловажное значение в этом, возможно, играет роль и пол больных. Среди больных с ЗЭС преобладает больные женского пола по сравнению групп больных с другими заболеваниями (рис.1).

Больные забывающие прием назначенного препарата, среди больных независимо от вида заболевания, занимали наиболее удельный вес (около 2/3 больных). При этом исключение имело место среди больных с ЗНС. Возможно, здесь играет определенное значение характер течения и проявления патологии относящиеся ЗНС. Как правило, ЗНС часто сопровождается болевым синдромом, что требует вынужденного приема болеутоляющих и противовоспалительных средств.

От 36% до 59,6% больных сравниваемых групп из-за не желания принимать лекарства не всегда выполняют рекомендации врача (табл.1). При этом, если наиболее высок удельный вес таковых больных среди больных с ЗССС, ЗОДА и ЗЖКТ, то наиболее низок – среди больных с ЗДС, ЗНС и с ЗЭС. Видимо,

причиной тому является относительно длительный курс лекарственной терапии указанных заболеваний по сравнению с Заболеваниями дыхательной, нервной и эндокринной системы.

Больные, которые прекращают прием препарата из-за нормализации уровня АД составляют наиболее высок среди больных с ЗССС, ЗОДА и, особенно среди больных с ЗНС. В то же время среди больных с ЗДС сравнительно низким, составляя лишь ¼ часть больных. Такая частота встречаемости этой причины у последних, возможно обусловлено со значимости уровня АД и препаратов влияющих на уровень АД для патологий относящиеся для ЗДС. При этом необходимо иметь ввиду и гендерную характеристику больных входящих в данную группу.

Как видно из таблицы 1, довольно высок среди анализируемых групп больных удельный вес лиц, которые связывают нерегулярное выполнение рекомендации врача по приему лекарств с пропуском время приема и неудобством их приема в другое время, что находится в пределах 45,5% до 64%. При этом, если удельный вес таковых среди больных с ЗССС, ЗДС, ЗОДА и с ЗНС составляют почти 1/3 часть больных, то среди больных с ЗЖКТ и ЗЭС несколько меньше и составляет, соответственно 48,5% и 45,5%.

Такие причины, как врач по м/ж изменил препараты, родные посоветовали уменьшить количество принимаемых таблеток, появилась аллергическая реакция, отказ от терапии без указания причины, в целом среди исследуемых по заболеваниям групп больных встречались меньшей частотой, по сравнению с вышеуказанными причинами (табл.1). Хотя при этом среди больных с ЗДС и с ЗЭС, все таки, в 2 и 2, 5 раза было выше удельный вес больных с причиной связанной с изменением препарата врачом по м/ж, среди больных с ЗНС - в 1,5 и 2 раза выше причины связанной с тем, что родные посоветовали уменьшить количество принимаемых таблеток, среди больных с ЗЭС – с появлением аллергической реакции и среди больных с ЗЖКТ и с ЗНС - отказ от терапии без причин (табл.1).

Следовательно, по частоте встречаемости отдельных причин нерегулярного приема препарата существует определенные различие в зависимости от вида заболеваний, что связано с особенностями течения и проявлениями изучаемых заболеваний. Не исключается и роль половых различий имеющее место в структуре исследуемых заболеваний.

Таблица 1

Причина нерегулярного приема/неприема терапии в зависимости от вида хронической патологии (в %)

Причины	Заболевание		
	ГБ	РА	ЖДА
Не всегда могу купить препарат в аптеке	55,8	64,0	60,4
Считаю, что лечиться не нужно	40,4	40,0	15,6
Забываю принять препарат	63,5	68,0	59,0
Не хочу принимать препарат постоянно	59,6	36,0	49,0
АД нормализовалось, поэтому прекратил прием препаратов	48,1	24,0	29,4
Иногда пропускаю время приема, а прием в другое время неудобен	61,5	64,0	64,4
Врач по м/ж изменил препараты	34,6	52,0	27,8
Родные посоветовали уменьшить количество принимаемых таблеток	34,6	28,0	20,4
Появилась аллергическая реакция	19,2	28,0	33,8
Отказ от терапии без указания причины	17,3	24,0	24,8

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что среди больных с различными патологиями внутренних органов имеет место достаточно низкий уровень приверженности лечению. В частоте встречаемости отдельных степеней приверженности лечению существует определенная зависимость от вида заболеваний. встречаемости отдельных причин нерегулярного приема препарата существует определенные различие в зависимости от вида заболеваний, что связано с особенностями течения и проявлениями изучаемых заболеваний.

Выводы:

1. Среди больных с изучаемыми заболеваниями неодинаково часто встречается лица приверженные и не приверженные лечению.

2. Сравнительно высок удельный вес приверженных лечению лиц среди больных с ... и низок среди больных с ...

3. В структуре причин нерегулярного приема препарата наиболее часто встречаются причины связанные с отсутствием возможности купить препарат в аптеке, отсутствием желания принимать препарат постоянно, забывчивостью приема препарат и периодическими пропусками время приема препарата.

Библиографический список:

1. Гусев Е.И. Приверженность основной терапии у больных спонтанной депрессией / Е. И. Гусев, А. Н. Бойко, Т. В. Сидоренко, И. А. Шукин // Неврологический журнал – 2011. – №4 – 54–59с.
2. Марцевич С.Ю. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации ВНОК, 2011 / С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко, С. Н. Толпыгина, Ю. В. Лукина, А. В. Концевая, А. С. Лишута, Л. П. Иванова, Л. Ю. Дроздова, Е. А. Гофман // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии – 2011. – №5 – 72с.
3. Пучиньян Н.Ф. Приверженность рекомендованной терапии больных, перенесших острый коронарный синдром, и риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение года после госпитализации / Н. Ф. Пучиньян, Я. П. Довгалевский, П. В. Долотовская, Н. В. Фурман // Рациональная фармакотерапия в кардиологии – 2011. – Т. 7 – №5 – 567–573с.
4. Burt V.L. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. / V. L. Burt, P. Whelton, E. J. Roccella, C. Brown, J. A. Cutler, M. Higgins, M. J. Horan, D. Labarthe // Hypertension – 1995. – Т. 25 – №3 – 305–313с.
5. Claxton A.J. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. / A. J. Claxton, J. Cramer, C. Pierce // Clin. Ther. – 2001. – Т. 23 – №8 – 1296–310с.
6. Geest S. De Adherence to long-term therapies: evidence for action. / S. De Geest, E. Sabaté // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. – 2003. – Т. 2 – №4 – 323с.
7. Hershey J.C. Patient compliance with antihypertensive medication. / J. C. Hershey, B. G. Morton, J. B. Davis, M. J. Reichgott // Am. J. Public Health – 1980. – Т. 70 – №10 – 1081–9с.
8. Lüscher T.F. Compliance in hypertension: facts and concepts. / T. F. Lüscher, H. Vetter, W. Siegenthaler, W. Vetter // J. Hypertens. Suppl. – 1985. – Т. 3 – №1 – S3–9с.
9. Morisky D.E. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. / D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine // Med. Care – 1986. – Т. 24 – №1 – 67–74с.
10. Osterberg L. Adherence to medication. / L. Osterberg, T. Blaschke // N. Engl. J. Med. – 2005. – Т. 353 – №5 – 487–97с.
11. Waeber B. Compliance with aspirin or placebo in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study. / B. Waeber, G. Leonetti, R. Kolloch, G. T. McInnes // J. Hypertens. – 1999. – Т. 17 – №7 – 1041–5с.
12. Daminov, N. K. (2022). The Role of Simultaneous Interpretation in the System of Types of Translation. *International Journal on Integrated Education*, 5(11), 10-15.
13. Даминов, Н. К. (2021). WAYS OF COMPRESSION USED IN THE PROCESS OF SIMULTANEOUS INTERPRETATION. *МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ ИСКУССТВО СЛОВА*, 4(6).
14. Kudratovich, D. N. (2021). Psycho linguistic features of simultaneous interpretation. *ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal*, 11(3), 360-365.
15. Daminov, N. K. (2022). The Role of Simultaneous Interpretation in the System of Types of Translation. *International Journal on Integrated Education*, 5(11), 10-15.

НАБИЕВА АЙНУРА ХАЙРУЛЛА ҚИЗИ – магистрантка, Ташкентская медицинская академия.

БЕКЕНОВА ГУЛЧЕХРА ТУЛАГЕНОВНА – преподаватель, Ташкентская медицинская академия.

АЛИМОВА НОДИРА ЗАИДЖАНОВНА – преподаватель, Ташкентская медицинская академия.

ХАСАНОВА ШИРИНЖОН АБДУОАХМАНОВНА – преподаватель, Ташкентская медицинская академия.