

ISSN 2181-5887



# O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 1, 2022

O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi  
Ассоциация терапевтов Узбекистана

ISSN 2181–5887

---

# O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

---

2022. №1

# ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал

Рахимова Д.А., Садикова Г.А., Жумаева А. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ .....	72
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

#### ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Даминов Б.Т., Усманова У.Ш., Собирова Г.Н. ВОЗМОЖНОСТИ БИОИМПЕДАНСМЕТРИИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ .....	77
Қодирова С.Р., Хамрабаева Ф.И. ИЧАК ДИСБИОЗИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОЛЛАРНИ ДАВОЛАШ БОСҚИЧИДА СИНБИОТИК БИЛАН МАГНИТОТЕРАПИЯ КОМПЛЕКСИНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ .....	81
Каримов М.М., Собирова Г.Н., Дусанова Н.М., Каримова Д.К. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГИБИТОРА ПРОТЕАЗ УЛИНАСТАТИНА ПРИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА .....	86
Ф.И. Хамрабаева РОЛЬ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОГО ТИПА ПИТАНИЯ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ .....	91

#### РЕВМАТОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

Алиахунова М.Ю., Абдуллаев А.Х. ОСТЕОАРТРИТДА КАЛЬЦИЙ-ФОСФОР АЛМАШИНУВИ, ЖИГАРНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИ.....	99
Абдуллаев А.Х., Алиахунова М.Ю., Аляви Б.А., Абдуллажанова Ш.Ж., Расулев Ё.Э., Холмухамедов Ж.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОАРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ФЕНОТИПОВ.....	107
Абдурахманова Н.М., Ахмедов Х.С., Туракулов Р.И., Разакова Ф.С. УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА TNF- $\alpha$ У БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19.....	115
Гадаев А.Г., Касимов Д.Х., Туракулов Р.И. РЕВМАТОИД АРТРИТ МАВЖУД БЕМОЛЛАРДА БИР КЕЧА-КУНДУЗЛИК АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМ ТИПЛАРИ .....	119
Алиахунова М.Ю., Абдуллаев А.Х., Нуритдинова С.К., Хан Т.А. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АКСИАЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ.....	124
Daminov B.T., Xaydarova F.A., Aliyeva A.V., Rasulev Y.E., Holmuhamedov J.A. SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA UREMİK MIYOPATIYA .....	131
Eshonov SH.N., Jabborov O.O., Sultonov N.N. SURUNKALI GLOMERULONEFRIT KASALLIGIDA PLAZMAFEREZ AMALIYOTI SAMARADORLIGINI BAHOLASH .....	139
Мирзаева Ш.Х., Жаббаров О.О., Максудова М.Х., Турсунова Л.Д., Жуманазаров С.Б. СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОЛЛАРДА КАРДИОРЕНАЛ СИНДРОМНИ ДАВОЛАШ.....	143
Тошева Ҳ.Б. СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ КАМҚОНЛИК БИЛАН КЕЧГАНДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ НЕГИЗИДА БУЙРАК ФИБРОЗ МАРКЕРЛАРИНИНГ ДИНАМИКАСИ.....	148

## РЕВМАТОИД АРТРИТ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА БИР КЕЧА-КУНДУЗЛИК АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМ ТИПЛАРИ

ГАДАЕВ А.Г., КАСИМОВ Д.Х., ТУРАКУЛОВ Р.И.

*Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон.*

### ХУЛОСА

#### РЕВМАТОИД АРТРИТ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА БИР КЕЧА-КУНДУЗЛИК АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМ ТИПЛАРИ

Гадаев А.Г., Касимов Д.Х., Туракулов Р.И.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

**Тадқиқот мақсади.** Гипертония касаллиги ревматоид артрит билан ва усиз кечган беморларда клиник ва амбулатор қон босими профилларини солиштирма таҳлил қилиш.

**Материал ва усуллар.** Тадқиқот 60 нафар гипертония касаллиги мавжуд беморларда ўтказилди. Ревматоид артрит мавжудлигига кўра беморлар 2 гуруҳга ажратилди: асосий гуруҳ ( $n=30$ ) гипертония касаллиги ревматоид артрит билан бирга кечган беморларни, назорат гуруҳи ( $n=30$ ) гипертония касаллиги ревматоид артритсиз кечган беморларни ўз ичига олди. Барча беморларда периферик артериал қон босими ESC/ESH 2018 қўлланмалари асосида бир кеча-кундузлик назорат қилинди.

**Натижалар.** Гипертония касаллиги ревматоид артрит билан кечган беморларда клиник ва амбулатор қон босими кўрсаткичлари, даво самарадорлиги пастлигини англатувчи чин ва яширин артериал гипертония типлари ва прогностик салбий аҳамиятга эга бўлган night-peaker типи назорат гуруҳга нисбатан юқори эканлиги аниқланди.

**Калит сўзлар:** гипертония касаллиги, ревматоид артрит, артериал қон босимни бир кеча-кундузлик мониторинг

### SUMMARY

#### TYPES OF 24 HOUR MONITORING OF ARTERIAL BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Gadayev A.G., Kasimov D.X., Turakulov R.I.

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan.

**Aim of the study.** Comparative analysis of clinical and outpatient blood pressure profiles in hypertensive patients with and without comorbid rheumatoid arthritis.

**Materials and methods.** The study was conducted in 60 patients with arterial hypertension. Patients were divided into 2 groups based on the presence of rheumatoid arthritis: the main group ( $n=30$ ) included patients with arterial hypertension and rheumatoid arthritis, the control group ( $n=30$ ) – patients with arterial hypertension without comorbid rheumatoid arthritis. 24 hour monitoring of periphic arterial blood pressure was performed in all patients following the ESC/ESH 2018 recommendations.

**Results.** In patients of the main group, clinical and outpatient blood pressure indicators, the incidence of true and latent arterial hypertension, which indicate low treatment efficacy, as well as the incidence of the prognostically unfavorable night-peaker type were higher than in the control group.

**Key words:** essential hypertension, rheumatoid arthritis, ambulatory monitoring of blood pressure.

### РЕЗЮМЕ

#### ТИПЫ СУТОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Гадаев А.Г., Касимов Д.Х., Туракулов Р.И.

Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Сравнительный анализ клинических и амбулаторных профилей артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией с ревматоидным артритом и без ревматоидного артрита.

**Материалы и методы.** Исследование проведено у 60 пациентов с артериальной гипертензией. Пациенты были разделены на 2 группы на основе наличия ревматоидного артрита: в основную группу ( $n=30$ ) вошли пациенты с артериальной гипертензией и ревматоидным артритом, в контрольную группу ( $n=30$ ) – пациенты с артериальной гипертензией без ревматоидного артрита. Суточное мониторирование периферического артериального давления проводилось у всех пациентов согласно рекомендаций ESC/ESH 2018.

**Результаты.** У пациентов основной группы клинические и амбулаторные показатели артериального давления, частота истинной и латентной артериальной гипертензии указывающей на низкую эф-

фективность лечения, а также встречаемость прогностически неблагоприятный тип night-peaker были выше чем в контрольной группе.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, ревматоидный артрит, суточное мониторирование артериального давления.

**Кириш.** Гипертония касаллиги (ГК) жаҳон қаҳолиси орасида ногиронлик ва ўлимнинг асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу касаллик инсульт, юрак ишемик касаллиги, юрак етишмовчилиги, қорин аортаси аневризмаси ва периферик артериялар касалликлари сингари оғир юрак қон томир асоратлари юзага келиши ва кечишига сезиларли таъсир кўрсатади.

ГК долзарб муаммо бўлиб, ушбу касаллик билан дунёда 1 миллиард киши азият чекади. Тана вазни юқори ва катта ёшли аҳоли улушининг ортиб бориши туфайли 2025 йилга келиб ГК мавжуд беморларнинг сони 1,5–2 баробар ортиши кутилмоқда [7].

ГК кўп ҳолларда ёндош касалликлар билан бирга кечади. Ўтказилган қатор текширувлар натижаларига кўра юқори қон босими мавжуд беморларнинг 80 фоизида битта, 55 фоизида эса икки ва ундан ортиқ коморбид касалликлар аниқланган. Бундай ҳолатларда юрак қон томир тизими асоратлари юзага келиш хавфи иккала касаллик алоҳида келгандаги хавфларнинг механик йиғиндиси бўлмай, балки экспоненциал даражада ортади [10].

Юрак қон томир тизими касалликлари, шу жумладан ГК кечишини оғирлаштирувчи коморбид ҳолатлардан бири ревматоид артрит (РА) ҳисобланади. Ушбу сурункали аутоиммун яллиғланиш касаллиги билан дунё аҳолисининг 1 фоизи азият чекади.

Қатор текширувлар натижаларига кўра, РА беморлар орасида ГКнинг учраш даражаси 30–80 фоизни ташкил этиши аниқланган. Бундан ташқари, ГК РА билан бирга келган беморларнинг 25–35 фоизида артериал қон босими (АҚБ) қониқарли даражада назорат қилинмайди. Ушбу кўрсаткич ГК РАСиз кечган беморларга нисбатан 1,5–2 баробар юқори [2].

Юқорида келтирилган маълумотлар коморбид касалликлар, хусусан РА мавжуд беморларда ГКни ўз вақтида аниқлаш ҳамда даволаш бўйича тавсияларни шакллантириш бугунги тиббиётнинг ўз ечимини кутаётган муаммоларидан бири эканлигини кўрсатади.

Клиник амалиётда ГКни ташхислашнинг асосий усуллари бўлиб АҚБни офис шароитида ўлчаш ҳамда бир кеча-кундузлик мониторинглар ҳисобланади.

АҚБни офис шароитида ўлчаш арзон, содда ва тезкорлиги, шунингдек, хавфсизлиги туфайли узоқ муддат ноинвазив текширувлар орасида «олтин стандарт» бўлиб келган. Аммо ҳозирги вақтда ушбу усулнинг камчиликлари кўзга ташланиб қолди. Хусусан, мазкур усул жисмоний юклама, қабул қилинган дори воситалари ёки стресс таъсирида АҚБнинг бир кеча-кундузлик ўзгаришлари ҳамда «оқ халат эффекти» феноменини ташхис-

лаш имконини бермайди. ГКни ташхислаш ва даволаш бўйича замонавий тавсияномаларга кўра артериал қон босимни бир кеча-кундузлик мониторинглар субъектив хатоларни камайтиради ва юқори аниқликка ҳамда нишон аъзолар зарарланиш даражасини баҳолашда прогностик жиҳатдан қимматли маълумотлар беради [8].

Артериал қон босимни бир кеча-кундузлик мониторинглар бўйича ўтказилган тадқиқотларда АҚБнинг бир кеча-кундуз давомида физиологик ўзгариб туриши аниқланган. Хусусан, АҚБ тунда кундузгига нисбатан 10 фоизга пасаяди. Бундай бир кеча-кундузлик ўзгаришлар бир кеча-кундузлик индекс кўрсаткичи билан ифодаланади.

Бир кеча-кундузлик индекс кўрсаткичларига қараб текширилувчиларда қуйидаги типлар фарқланади: dipper (бир кеча-кундузлик индекс=10–20%), non-dipper (бир кеча-кундузлик индекс<10%), over-dipper (бир кеча-кундузлик индекс>20%), night-peaker (тунда қон босими кундузгига нисбатан ортади).

Дипперларда юрак қон томир тизими (ЮҚТТ) асоратлари ривожланиш хавфи энг кам бўлади. Non-dipper, over-dipper ва night-peakerларда аксинча, ЮҚТТ асоратлари хавфи кескин ортади. Хусусан, тунги систолик босимнинг ҳар 10 мм сим.уст. га кўтарилиши, ёки бир кеча-кундузлик индекснинг ҳар 5 фоизга камайиши юрак қон томир асоратларидан ўлим хавфини 20 фоизга, юрак ишемик касалликлари ва бош мияда қон айланишнинг ўткир бузилиши хавфини эса мос равишда 45 ва 65 фоизга оширади [6]. РА мавжуд беморларда кечадиган патологик жараёнлар ва фойдаланиладиган дори воситаларини ҳисобга олиб, ушбу гуруҳ беморларда клиник ва амбулатор қон босими профиллари ўзгарганлигини тахмин қилиш мумкин.

Шу сабабли ГК РА билан бирга кечган беморларда артериал қон босим типлари ва бир кеча-кундузлик индексни ўрганиш қизиқиш уйғотади.

**Тадқиқот мақсади:** Гипертония касаллиги ревматоид артрит билан ва усиз кечган беморларда клиник ҳамда амбулатор қон босими профилларини солиштирма таҳлил қилиш.

**Материал ва усуллар.** Тадқиқотга Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси кардиология ва ревматология бўлимларида 2019–2021 йилда даволанган 60 нафар ГК мавжуд беморлар жалб этилди. Беморлар икки гуруҳга ажратилди. Асосий гуруҳ сифатида яллиғланишга қарши базис терапия қабул қилаётган, ўрта фаолликдаги РА ҳамда ГК ташхиси қўйилган 30 нафар бемор (22 аёл (73%) ва 8 эркак (27%)); ўртача 48,2±8,1 ёш), назорат гуруҳи сифатида ГК РАСиз кечган 30 нафар бемор (13 аёл (43%) ва 17 эркак (57%)); ўртача 49,6±11,8 ёш) олинди. ГК ташхиси беморларнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, объектив кўрик ва лаборатор-асбобий

текширувларга таянган ҳолда, 2018 йилда қабул қилинган Европа кардиологлар жамияти ва Европа гипертонация жамияти (ESC/ESH 2018) ташхислаш мезонлари асосида кўйилди [9]. РА ташхисига 2010 йилда қабул қилинган Америка ревматология коллежи ва Европа ревматизмга қарши курашиш лигаси (ACR/EULAR 2010) ташхислаш мезонлари асос бўлди [5].

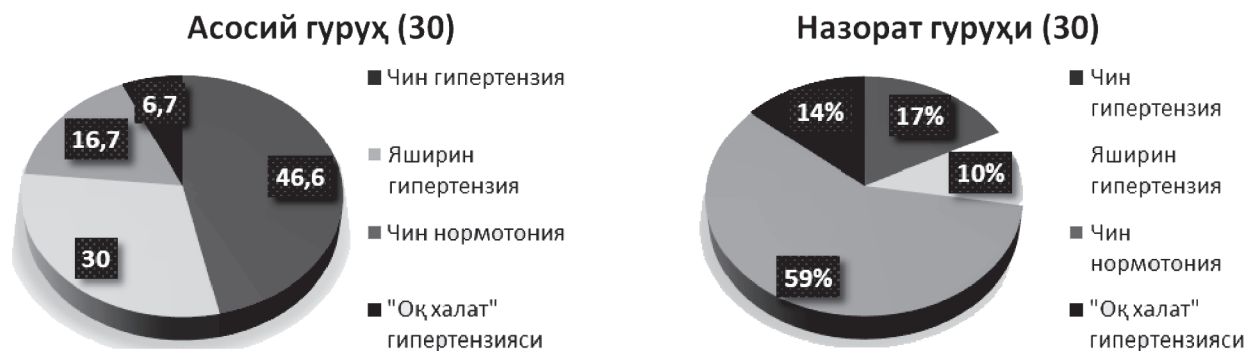
Бошқа тизимли яллиғланиш касалликлар, ички аъзоларнинг оғир зарарланиши, фаол инфекцион жараён, онкологик руҳий касалликлар ва бошқа оғир касалликлари мавжуд беморлар тадқиқотга жалб этилмади.

Периферик артериал қон босими валидирланган тонометрда ўлчанди ва Ambulatory Blood pressure monitor «Contec ABPM50» (Contec Medical Systems Co., Ltd. Хебей, Хитой Халқ Республикаси) аппарати ёрдамида бир кеча-кундузлик назорат қилинди. Артериал қон босимни бир кеча-кундузлик мониторинг текширув натижалари асосида, ESC/ESH 2018 қўлланмаларига таяниб куйидаги типлар фарқланди: чин нормотония (чин самарали даво); чин артериал гипертензия (чин самарасиз даво), яширин артериал гипертензия (яширин самарасиз даво), «оқ халат» гипертензияси (сохта самарасиз даво). Бир кеча-кундузлик индексга асосан беморлар *dipper* (бир кеча-кундузлик индекс =10–20%), *non-dipper* (бир кеча-кундузлик индекс <10%), *over-dipper* (бир кеча-кундузлик индекс >20%) ва *night-peaker* (бир кеча-кундузлик индекс <0%) типларига ажратилди [9].

Тадқиқот давомида тўпланган маълумотлар IBM SPSS Statistics 21,0 дастуридан фойдаланиб қайта ишланди. Барча кўрсаткичларнинг ўртача арифметик ва стандарт оғишлари ( $M \pm m$ ) ҳисобланди. Гуруҳлар ўртасидаги миқдорий кўрсаткичлар орасидаги тафовутлар ишончлиги Студент мезонидан, сифат кўрсаткичлари орасидаги фарқлар  $\chi^2$  мезони орқали аниқланди. Гуруҳлар ўртасидаги фарқлар  $p < 0,05$  бўлганда ишочли деб топилди.

**Натижалар.** Тадқиқотда жалб қилинган асосий гуруҳ беморларининг артериал қон босими клиник шароитда ўлчанганда ўртача систолик қон босими  $139 \pm 16$  мм.сим.уст., ўртача диастлик қон босими эса  $83 \pm 9$  мм.сим.уст. эканлиги қайд этилди. Назорат гуруҳ беморларда ушбу кўрсаткичлар мос равишда  $131 \pm 15$  ва  $75 \pm 10$  мм.сим.уст.ни ташкил қилди. Периферик артериал босимни амбулатор мониторинг натижаларига кўра Асосий гуруҳдаги беморларда кундузги, тунги ва бир кеча-кундузги ўртача систолик қон босими мос равишда  $135 \pm 15$ ;  $129 \pm 16$  ва  $134 \pm 14$  мм.сим.уст.ни ташкил қилди. Назорат гуруҳи беморларида эса ушбу кўрсаткичлар мос равишда  $126 \pm 8$ ;  $117 \pm 8$  ва  $124 \pm 8$  мм.сим.уст. эканлиги аниқланиб, асосий гуруҳга нисбатан пастроқ бўлди ( $p > 0,05$ ). Шунингдек, кундузги, тунги ва бир кеча-кундузги ўртача диастолик қон босими асосий гуруҳ беморларида  $78 \pm 9$ ;  $72 \pm 10$  ва  $76 \pm 9$  мм.сим.уст.ни, назорат гуруҳдаги беморларда эса мос равишда  $74 \pm 7$ ;  $66 \pm 9$  ва  $72 \pm 8$  мм.сим.уст.ни ташкил қилди. Ушбу кўрсаткич ҳам асосий гуруҳ беморларда назорат гуруҳга нисбатан юқори эканлиги аниқланди ( $p > 0,05$ ).

Тадқиқотга жалб қилинган беморларнинг артериал қон босим типлари бўйича гуруҳлар ўртасидаги солиштира тақсимоли ўрганилганда даво самарадорлиги пастлигини аниқлаш чин ва яширин артериал гипертензия типлари асосий гуруҳ беморларда назорат гуруҳга нисбатан деярли уч баробар кўпроқ учраши аниқланди (чин артериал гипертензия улуши мос равишда 46,6% ва 16,7%,  $\chi^2=6,24$ ,  $p < 0,05$ ; яширин артериал гипертензия улуши мос равишда 30% ва 10%,  $\chi^2=3,75$ ,  $p < 0,05$ ). Самарали давони билдирувчи чин нормотония эса назорат гуруҳ беморларда асосий гуруҳга нисбатан сезиларли кўпроқ учраган (мос равишда 56,6% ва 16,7%,  $\chi^2=10,33$ ,  $p < 0,01$ ). «Оқ халат» гипертензиясининг гуруҳларда тарқалганлик даражасида сезиларли фарқ аниқланмади (мос равишда 6,7% ва 13,3%,  $\chi^2=0,74$ ,  $p > 0,05$ ) (1-расм).



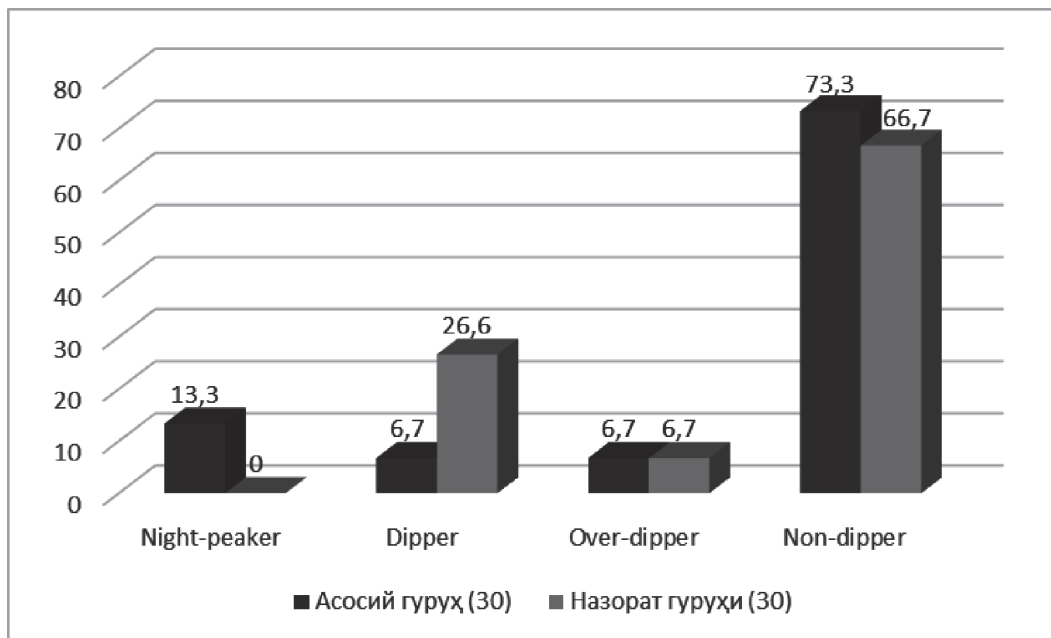
1-расм. Гуруҳларда артериал қон босим типларининг тақсимланиши (%)

Тадқиқотга жалб қилинган беморлар қон босимининг бир кеча-кундузлик индекси бўйича гуруҳлар ўртасида тақсимоли ўрганилганда салбий прогностик аҳамиятга эга бўлган *night-peaker*

типи фақат асосий гуруҳ беморларда аниқланди (13,3%,  $\chi^2=4,29$ ,  $p < 0,05$ ). Нисбатан ижобий прогностик аҳамиятга эга бўлган *dipper* типи эса назорат гуруҳ беморларда асосий гуруҳга нис-

батан сезиларли даражада кўпроқ қайд этилди (мос равишда 26,7% ва 6,7%,  $\chi^2=4,32$ ,  $p<0,05$ ). Non-dipper ва over-dipper типларининг гуруҳлар орасида тарқалганлик даражасида сезиларли

фарқ аниқланмади (non-dipper типи мос равишда 73,3% ва 66,7%,  $\chi^2=0,08$ ,  $p>0,05$ ; over-dipper типи мос равишда 6,7% ва 6,7%,  $\chi^2=0$ ,  $p>0,05$ ) (2-расм).



2-расм. Гуруҳларда қон босимининг бир кеча-кундузлик индекси типларининг тақсимланиши (%)

**Муҳокама.** Маълумки, юрак қон томир касалликлари, хусусан ГК, беморлар ҳаёт сифати ва давомийлигига салбий таъсир кўрсатиши қайд этилган. РАда ГК умумий аҳолига нисбатан кўпроқ тарқалганлиги кўплаб тадқиқотларда исботланган. Шу сабабли, юрак қон томир нохуш оқибатларини аниқроқ башоратлаш имконини берувчи клиник ва амбулатор қон босимини ўлчаш муҳим аҳамият касб этади.

Е.А. Троицкая ва ҳаммуаллифлар берган маълумотларга кўра, ГК ва РА бирга келган беморларда клиник ва амбулатор қон босими кўрсаткичлари ГК РАсиз кечган беморларга нисбатан юқори бўлган [3]. Н.П. Шилкина ва ҳаммуаллифлар ўтказган тадқиқотда ҳам ўхшаш натижалар олинган [4]. Бироқ иккала текширувда ҳам фарқлар статистик жиҳатдан ишончсиз бўлган. Тадқиқотимизда ҳам асосий гуруҳдаги клиник ва амбулатор қон босими кўрсаткичлари назорат гуруҳга нисбатан юқори эканлиги аниқланди ( $p>0,05$ ).

Ўтказилган қатор текширувлар шуни кўрсатадики, қон босимининг чин ва яширин гипертензия типлари ГК РА билан кечганда усиз кечганга нисбатан сезиларли даражада кўпроқ учрайди. Хусусан, прогностик салбий аҳамиятга эга бўлган яширин гипертензия Е.А. Троицкая ва ҳаммуаллифлар берган маълумотларга кўра 28,2 фоиз беморларда аниқланган. Н.М. Никитина ва ҳаммуаллифларда ушбу типнинг улуши 28,3 фоиз, С.Е. Мясоедова ва ҳаммуаллифлар бўйича эса хатто 57,1 фоизни ташкил этади [3, 2, 1]. Тадқиқотимиздаги асосий гуруҳ чин ва яширин артериал гипертензия типларининг улуши мос ра-

вишда 46,6 ва 30 фоизни ташкил қилиб, назорат гуруҳга нисбатан ишончли фарқ қилди.

Ўтказилган кўплаб тадқиқотлар ГК ва РА бирга келган ҳолатларда яхши сифатли dipper типдаги бир кеча-кундузлик индекс сезиларли камроқ учрашини кўрсатади. Турли тадқиқотларда ушбу типнинг улуши 20–24 фоизни ташкил қилган [4, 1]. Прогностик салбий аҳамиятга эга бўлган non-dipper типининг улуши эса, аксинча, нисбатан юқори бўлиб, 44,8–85,5 фоизни ташкил қилган [3, 4, 1]. Тунда қон босими кўтарилиши (night-peaker) феномени ҳам мазкур беморларда кўпроқ: 28,7–31,5 фоиз ҳолатларда аниқланган [3, 4, 1]. Тадқиқотимизда night-peaker типи асосий гуруҳ беморларда (13,3% ва 0%,  $\chi^2=4,29$ ,  $p<0,05$ ), dipper типи эса, назорат гуруҳ беморларда кўпроқ аниқланди (26,7% ва 6,7%,  $\chi^2=4,32$ ,  $p<0,05$ ). Non-dipper ва over-dipper типлари бўйича статистик ишончли фарқлар кузатилмади.

#### Хулоса

Артериал қон босим типлари таҳлил қилинганда даво самарадорлиги пастигини аниқлаш чин ва яширин артериал гипертензия типлари гипертония касаллиги ревматоид артрит билан бирга кечган беморларда усиз кечганга нисбатан деярли уч баробар кўпроқ учради ( $p<0,05$ ). Самарали давони билдирувчи чин нормотония эса гипертония касаллиги ревматоид артритсиз кечган беморларда у билан бирга кечганларга нисбатан сезиларли кўпроқ эканлиги қайд этилди ( $p<0,05$ ).

Қон босими бир кеча-кундузлик индекси таҳлилида салбий прогностик аҳамиятга эга бўлган night-peaker типи гипертония касаллиги ревматоид артрит билан бирга кечган беморлар-

да, ижобий прогностик аҳамиятга эга бўлган dipper типли эса, аксинча, гипертензия касаллиги ревматоид артритсиз кечган беморларда кўпроқ учради.

Non-dipper ва over-dipper типлар бўйича гуруҳлар орасида сезиларли фарқ аниқланмади.

#### АДАБИЁТЛАР

1. Мясоедова С.Е., Полтырева Е.С. Суточный профиль артериального давления у пациентов с ревматоидным артритом // Вестник ИвГМА. 2019. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sutochnyy-profil-arterialnogo-davleniya-u-patsientov-s-revmatoidnym-artritom>.
2. Никитина Н.М., Романова Т.А., Ребров А.П. Маскированная артериальная гипертензия: актуальна ли проблема для больных ревматоидным артритом? Артериальная гипертензия. 2016; 22(4):364–369.
3. Троицкая Е.А., Вельмакин С.В., Виллевалде С.В., Кобалава Ж.Д. Фенотипы нарушений суточного профиля артериального давления и их ассоциации с воспалением и артериальной ригидностью у пациентов с ревматоидным артритом. Артериальная гипертензия. 2019; 25(4):324–336.
4. Шилкина Н.П., Юнонин И.Е., Бутусова С.В. и др. Повреждение эндотелия и суточный профиль артериального давления при ревматоидном артрите. Терапевтический архив. 2019; 91 (5): 89–95.
5. Aletaha D., Neogi T., Silman A.J., Funovits J., Felson D.T., Bingham C.O. et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010;62 (9):2569–2581.
6. Banegas J.R., Ruilope L.M., de la Sierra A., Vinyoles E., Gorostidi M., de la Cruz JJ et al. Relationship between clinic and ambulatory blood-pressure measurements and mortality. *N Engl J Med.* 2018; 378(16):1509–1520.
7. Cross M., Smith E., Hoy D., Carmona L., Wolfe F., Vos T. et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis.* 2014; 73(7):1316–1322.
8. O'Brien E., Parati G., Stergiou G., Asmar R., Beilin L., Bilo G. et al. European Society of Hypertension position paper on ambulatory blood pressure monitoring. *J Hypertens.* 2013; 31 (9):1731–1768.
9. Williams B., Mancia G., Spiering W., Agabiti Rosei E., Azizi M., Burnier M. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens.* 2018; 36(10):1953–2041.
10. Thomas K., Lazarini A., Kaltsonoudis E., Drosos AA, Papalopoulos I, Sidiropoulos P, et al. Multicenter Cross-sectional Study of Patients with Rheumatoid Arthritis in Greece: Results from a cohort of 2,491 patients. *Mediterr J Rheumatol* 2018; 29(1): 27–37.