



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**
**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**
**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

**VI РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ**
**«СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ
РАЗВИТИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»**

ПОСВЯЩЕННАЯ
ВСЕМИРНОМУ ДНЮ
ЗДОРОВЬЯ

ТАШКЕНТ

Доктор медицинских наук, Хайдаров Н.К. (отв. редактор)

Доктор медицинских наук, профессор Ризаев Ж.А. (отв. редактор)

Доктор медицинских наук, профессор Рустамова Х.Е. (зам. отв. редактора)

Редакционная коллегия: Шомуродов К.Э., Нурмаматова К.Ч.,
Машарипова Р.Ю., Камиллов А.А.

Данный сборник состоит из материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения» состоявшейся 9 апреля 2024 года в г.Ташкенте. Представленные в сборнике работы содержат материалы по актуальным вопросам здравоохранения, охраны здоровья населения. Представляет интерес для научных сотрудников и практических врачей всех областей, а также студентов бакалавриата и магистратуры высших медицинских учебных заведений. В сборнике представлены информации о состоянии здоровья разных стран, таких как Российская Федерация, Республика Беларусь, Казахстан и другие.

УДК: 614.2:61-084

ББК: 51.1л0я43

С-56

А-95

2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 октября 2017 г. № 1246 «Об организации работы врача клинического фармаколога организации здравоохранения».

3. Закон Республики Беларусь от 25 октября 2023 г. № 308-З «Об изменении законов по вопросам здравоохранения» (вступил в силу 02.02.2024).

4. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 12 сентября 2023 г. № 131 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 апреля 2019 г. № 34 «Инструкция о порядке формирования Республиканского формуляра лекарственных средств».

5. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 января 2024 г. № 19 «О порядке обеспечения граждан Республики Беларусь лекарственными средствами, не включенными в Республиканский формуляр лекарственных средств».

ИННОВАЦИОННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ПЕРЕХОДА К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Гулямова Ш.С., Нуриллаева Н.М., Гадаев А.Г.

Ташкентская медицинская академия

Аннотация. Информирование и динамическое наблюдение больных гипертонической болезнью признано одним из основных методов формирования приверженности к выполнению врачебных назначений и самоконтролю уровня артериального давления, создания мотивации к оздоровлению поведенческих привычек, формирующих факторы риска и влияющие на прогноз заболевания. Роль семейного врача в наблюдении таких пациентов на всех этапах его жизни от рождения и до конца жизни уникальна, так как непрерывное наблюдение создает возможность для выявления факторов риска гипертонической болезни, их своевременной коррекции и переходу к здоровому образу жизни на регулярной основе.

Ключевые слова: *факторы риска, гипертоническая болезнь, диспансерное наблюдение, здоровый образ жизни, семейная поликлиника.*

Актуальность. На сегодняшний день, ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умирает больше людей, чем от каких-либо других причин. Согласно оценкам ВОЗ гипертонической болезнью (ГБ) страдает примерно 1,4 миллиарда человек во всем мире, при этом только у 14% обеспечивается контроль АД. Вместе с тем в арсенале медицинских работников имеются экономически эффективные методы динамического контроля, немедикаментозной профилактики и лекарственные средства для лечения этого заболевания [2]. Распространенность ГБ среди взрослого населения составляет 30–45%, не зависит от уровня жизни и одинакова в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода [4]. В российской популяции среди мужчин в возрасте 25-65 лет распространенность АГ несколько выше (в некоторых регионах она

достигает 47%), тогда как среди женщин распространенность АГ – около 40% [1]. В Узбекистане в 2014 г. было проведено национальное исследование распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), в том числе и ГБ, базируемое на стандартной методологии STEPS ВОЗ. Согласно полученным результатам данного исследования пятая часть (20,1%) населения 40-64 лет имеет 10-летний риск ССЗ $\geq 30\%$ или любое ССЗ на момент исследования.

Распространенность ГБ увеличивается с возрастом, достигая 60% и выше у лиц старше 60 лет [4]. Поскольку наблюдаемое увеличение продолжительности жизни сопровождается постарением населения и, соответственно, увеличением количества малоподвижных пациентов с избыточной массой тела, прогнозируется, что распространенность артериальной гипертензии (АГ) будет расти во всем мире. Согласно прогнозу, к 2025 году число пациентов с АГ увеличится на 15–20% и достигнет почти 1,5 миллиарда [6].

АГ является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность), цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) и почечных (хроническая болезнь почек) заболеваний [5]. Повышенное артериальное давление (АД) основная причина развития преждевременной смерти и фактор риска почти 10 миллионов смертей и более чем 200 миллионов случаев инвалидности в мире [8]. Уровень систолического АД ≥ 140 мм рт. ст. ассоциируется с повышением риска смертности и инвалидности в 70% случаев, при этом наибольшее число смертей в течение года, связанных с уровнем систолического АД, возникают вследствие ишемической болезни сердца (ИБС), ишемических и геморрагических инсультов [8]. Между уровнем АД и риском развития ССЗ существует прямая связь. Эта связь начинается с относительно низких значений - 110-115 мм рт. ст. для систолического АД и 70-75 мм рт. ст. для диастолического АД [5].

У пациентов старше 50 лет систолическое АД является более сильным предиктором событий, чем диастолическое АД. Высокое диастолическое АД ассоциируется с увеличением риска сердечно-сосудистых событий и чаще является повышенным у более молодых (<50 лет) пациентов. Диастолическое АД имеет тенденцию к понижению во второй половине жизни вследствие увеличения артериальной жесткости, тогда как систолическое АД, как фактор риска, приобретает в этот период еще большее значение. У пациентов среднего возраста и пожилых повышение пульсового давления (ПД) (которое представляет собой разницу между систолическим АД и диастолическим АД) оказывает дополнительное негативное влияние на прогноз заболевания [7].

Согласно результатам отечественных и зарубежных специалистов, на сегодняшний день стало ясно, что факторы риска, влияющие на уровень АД и связанные с образом жизни, эффективно управляемы и зависят от силы воли самого пациента. Кроме того, персональное диспансерное наблюдение, основанное на внедрении инновационных технологий в повышении осведомленности больных ГБ о принципах немедикаментозной и

медикаментозной коррекции, а также самоконтроля заболевания являются неотъемлемой частью сохранения здоровья населения.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения и диспансерного наблюдения больных гипертонической болезнью в условиях первичного звена здравоохранения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных (за последние пять лет) 222 случайно отобранных амбулаторных карт больных АГ, состоящих на диспансерном учете в семейных поликлиниках Республики Узбекистан (РУз). Данные ретроспективного анализа амбулаторных карт сопоставлены с результатами обследования больных (расспрос, осмотр, антропометрия, измерение АД, определение холестерина и др.). Проведено анкетирование и осмотр 236 пациентов с ГБ, состоящих на диспансерном наблюдении в поликлиниках. В дальнейшем часть из них (основная группа; $n=122$) прошла курс обучения и динамического наблюдения в школе гипертоников, а часть (группа сравнения; $n=114$) не участвовала в образовательной программе.

Результаты работы подтверждают необходимость дальнейшего изучения клинико-экономической эффективности обучения и диспансерного наблюдения пациентов ГБ, а также могут являться основой для изучения результативности профилактических вмешательств в иных областях внутренних болезней с целью повышения качества медицинской помощи населению, что содействует реализации профилактической направленности деятельности службы здравоохранения и является основополагающим принципом ее реформирования.

В исследовании для больных ГБ, участвующих в образовательной программе были характерны наличие ГЛЖ в 68,0% случаев; избыточной массы тела – 48,3%, гиперхолестеринемии (ХС ЛПНП) – 56,5%, гиподинамии – 69,6%; курения – 10,6%; нарушения толерантности к глюкозе – 9,8%; избыточного потребления алкоголя 9,0% случаев соответственно. Анализируя полученные данные, можно сделать следующие выводы: больные, имеющие нарушения в холестеринном обмене улучшили свои показатели с 21,3% до 10,6%. Избыточную массу тела имели 59 (48,3%) пациентов, после информирования в школе этот показатель составил 41 (33,6%). Произошла коррекция модифицируемых факторов риска, что положительно отражалось на течении заболевания. Достижение и стабилизация целевых уровней АД, как систолического, так и диастолического для всех стадий ГБ (I, II, III) коррелировала с повышением осведомленности больных ГБ, которые соблюдали как немедикаментозную коррекцию АГ, так и придерживались правил медикаментозной терапии АГ. Включение больных ГБ в образовательную программу в поликлинических условиях позитивно повлияло на состояние здоровья пациентов и позволило замедлить прогрессирование заболевания с тяжелыми поражениями органов-мишеней АГ (головной мозг, глазное дно, сердце, почки и магистральные артериальные сосуды). Обострение заболеваний не наблюдалось у 96,7% обученных больных, у 82,7% случаев были достигнуты целевые показатели АД. Количество гипертонических резко сократилось и

наблюдалось у 3,2% больных с ГБ III стадии и тяжелыми сопутствующими состояниями.

Каждый пациент с АГ должен находиться под диспансерным наблюдением у семейного врача при необходимости с привлечением специалистов узкого профиля (невропатолога, кардиолога, окулиста и др.). Цель наблюдения за больными ГБ состоит в максимальном снижении риска развития осложнений: фатальных и не фатальных. Для достижения этой цели необходимо снижение АД до целевых уровней, коррекция всех управляемых факторов риска (ожирения, курения, дислипидемии, гипергликемии и др.), замедление темпа прогрессирования и/или уменьшение выраженности (регресс) поражения органов мишеней, а также лечение имеющихся ССЗ, цереброваскулярной и почечной патологии.

Опираясь на вышеизложенные данные с учетом некоторых особенностей существующей модели диспансерного наблюдения, которая в своем большинстве направлена на 3 группы пациентов АГ, нами была усовершенствована и дополнена (персонализирована) данная система наблюдения. В отличие от существующей модели обновленная система динамического наблюдения позволяет персонализировать клинические подходы к каждому пациенту ГБ в отдельности с учетом его пола, возраста, величины пульсового АД, отягощенного семейного анамнеза, давности заболевания, модифицируемых факторов риска, поражения органов-мишеней, наличия сахарного диабета и ассоциированных клинических состояний (АКС), приверженности к соблюдению врачебных рекомендаций.

Внедрение передовых инновационных технологий, дают возможность создать программу персонального динамического наблюдения за больными ГБ и намного облегчают проведение лечебно-профилактических мероприятий в условиях семейной поликлиники. Они могут позволить определять ведущие факторы риска ССЗ у каждого пациента, индивидуально проводить их мониторинг и коррекцию. С помощью таких программ пациенты, имеющие поражения органов-мишеней и АКС, выявляются на ранней стадии их развития, что позволяет проводить адекватное лечение.

Всё это побудило нас усовершенствовать и разработать **алгоритм электронной программы персональной тактики динамического наблюдения больных ГБ** в условиях первичного звена. Система электронного динамического наблюдения в условиях семейной поликлиники не требует больших экономических затрат, коммуникабельна, проста в своем исполнении, экономит время и облегчает практическую деятельность врачей первичного звена.

С целью реализации данной работы и создания электронной программы были разработаны технические задания согласно современному языку программирования Borland Delphi и MySQL с использованием информации из базы данных Server 5+. Она нацелена для работы не только на персональном компьютере, но и для работы в семейной поликлинике посредством локальной сети. Для этого на персональном компьютере должна быть установлена

программа вышеуказанной информационной базы MySQL 5+. Вся собранная информация постоянно сохраняется в базе данных данной программы, с помощью которой возможен ее просмотр.

Имеется лицензия программного обеспечения, номер серии для защиты авторского права и активизированные коды. Программа обладает интерфейсом для удобства и понимания пользователей. Для этого созданы места для администратора, главного врача и семейного врача, в систему они входят при помощи логина и пароля и всю необходимую информацию о больном вносят в установленные формы на основе требований программы. Вся информация сохраняется в сервере компьютера. Одновременно несколько пользователей, то есть обмен информацией семейных врачей посредством сети сохраняется в сервере, заново обрабатывается и архивируется. Для осуществления безопасности собранной информации всех пользователей программное обеспечение создает возможность войти в базу данных посредством аутентификации логина и пароля.

В результате такого подхода создается возможность выявления серьезных изменений в состоянии здоровья больных ГБ на ранних стадиях их развития и причины неадекватного контроля заболевания. Что, в свою очередь, повышает эффективность лечения ГБ на уровне первичного звена, а также переход пациентов к здоровому образу жизни с регулярным его соблюдением.

Выводы исследования. Внедрение электронной программы персональной тактики динамического наблюдения за больными ГБ в условиях первичного звена позволит выявлять риск осложнений заболевания на ранних стадиях их развития и проводить соответствующее (адекватное) лечение, уменьшая показатели инвалидности и смертности населения; результаты данной работы подтверждают необходимость дальнейшего изучения клинико-экономической эффективности информирования и персонального динамического наблюдения пациентов с ГБ.

Литература:

1. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 4:4-14. [do1.org/10.15829/1728-8800-2014-4-4-14](https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-4-4-14).

2. Клинические рекомендации по медикаментозной терапии артериальной гипертонии у взрослых [Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2022 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3. Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского общества кардиологов/Европейского общества по артериальной гипертонии по лечению артериальной гипертонии 2018 г. Российский Кардиологический Журнал. 2018; (12):131-42.

4. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2014; 13(6):4-11.

5. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. от имени экспертов. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Системные гипертензии. 2019; 16 (1):

6. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005; 365: 217–223.

7. Franklin SS, Lopez VA, Wong ND, et al. Single versus combined blood pressure components and risk for cardiovascular disease: the Framingham Heart Study. Circulation 2009; 119: 243–250.

8. Williams B, Mancia G, Spiering W et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. J Hypertens 2018; 36 (10): 1953-2041.

EFFECTIVE CONTROL AND DISPENSERIZATION OF ARTERIAL HYPERTENSION BY GROUP TRAINING OF PATIENTS IN POLYCLINICAL CONDITIONS

Gulyamova Sh.S.

Tashkent medical academy

Scientific research in recent years aimed at studying the factors of increasing the adherence of patients to the fulfillment of medical prescriptions has shown that one of the main methods that increase the completeness and accuracy of the fulfillment of medical prescriptions is patient education. It allows you to expand the sphere of influence of the doctor from the treatment of the disease to prevention and effective follow-up.

Purpose of the study. Increasing the effectiveness of prevention and clinical examination of arterial hypertension through group training of patients in a family polyclinic (FP) and a rural medical center (RMC).

Materials and methods. A retrospective analysis of outpatient cards was carried out and doctors of the FP of the city of Tashkent and RMC of the regions of the Republic, who had undergone 10-month retraining courses for a general practitioner, were interviewed. Before training, 156 doctors were questioned, after training 119, as well as 236 patients who were on dispensary observation with hypertension (HD) in the FP/RMC were questioned and examined. Subsequently, some of them (n=122, the main group) completed the course at the school for hypertensive patients, and some (n=114, the comparison group) did not participate in the educational program. All patients were under our supervision for 2 years.

Results and discussion. In most outpatient cards of FP/RMC, recommendations for non-drug treatment are given in an incomplete volume. The results are as follows -

СОДЕРЖАНИЕ

Общественное здоровье и управление здравоохранением

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ ТИЗИМИДА ПРОФЕССИОНАЛ БОШҚАРУВЧИЛАР ТАРКИБИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ МЕХАНИЗМЛАРИ	
<i>Асадов Д.А., Хакимов В.А., Асадов Х.Д.</i>	3
STUDY OF THE CHARACTERISTICS OF PHYSICAL ACTIVITY IN PATIENTS WITH VENTRICULAR RHYTHM DISORDERS DEPENDING ON THE FUNCTIONAL CLASS OF ARRHYTHMIA	
<i>Ismoilov U.I., Nurillaeva N.M., Shukurdjanova S.M.</i>	6
ENVIRONMENTAL EFFECTS IN NEUROLOGICAL DISORDERS	
<i>Yuldasheva S.U., Rasulova M.B.</i>	11
THE ROLE OF A HEALTHY LIFESTYLE IN HUMAN HEALTH AND MEASURES AIMED AT EARLY PREVENTION OF DISEASES	
<i>Yusufboyev J.A., Azimov R.I., Samandarova F.O.</i>	13
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ИЗЫСКАНИЯ: УПРАВЛЕНИЕ, ЭТИЧЕСКИЕ СТОРОНЫ, ПРАВО И НАУЧНАЯ ДОБРОСОВЕСТНОСТЬ	
<i>Азимов Р.И.</i>	15
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНАТОРНО- КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	
<i>Акбарходжаев А.А., Джалилова Г.А.</i>	18
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СВОЕВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	
<i>Гавриленко Л.Н.</i>	19
ИННОВАЦИОННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ПЕРЕХОДА К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ	
<i>Гулямова Ш.С., Нуриллаева Н.М., Гадаев А.Г.</i>	24
EFFECTIVE CONTROL AND DISPENSERIZATION OF ARTERIAL HYPERTENSION BY GROUP TRAINING OF PATIENTS IN POLYCLINICAL CONDITIONS	
<i>Gulyamova Sh.S.</i>	29