

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ
Ə.ƏLİYEV adına AZƏRBAYCAN DÖVLƏT HƏKİMLƏRİ
TƏKMİLLƏŞDİRMƏ İNSTİTUTU

Əlyazması hüququnda

ANAR ƏZƏM OĞLU AĞAYEV

BAKİ ŞƏHƏRİ ƏHALİSİ ARASINDA ARTERİAL
HİPERTONİYANIN POPULYASİON XARAKTERİSTİKASI,
ONUN APARICI RİSK AMİLLƏRİ VƏ PROFİLAKTİKASINA
SOSİAL-GİGİYENİK YANAŞMALAR

3212.01 - “Səhiyyə və onun təşkili”

Tibb üzrə elmlər doktoru alimlik dərəcəsi almaq
üçün təqdim edilmiş

A V T O R E F E R A T I

BAKİ – 2016

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Mövzunun aktuallığı. Müasir sosial-gigiyenik tədqiqatların nəticələri onu təsdiq edir ki, AH çox geniş yayılmış ürək-damar xəstəliklərindən (ÜDX) biri olub «qeyri-infeksion pandemiya» xarakterini almışdır. AH populyasiya səviyyəsində daha çox böyük yaşlı əhali arasında aşkar edilir və 20-30% təşkil edir, ahıl yaşlı şəxslər arasında isə 50%-ə çatır. Birincili AH-dən 25-30%, simptomatik AH – 13%-dən 40%-ə qədər əhali əziyyət çəkir [P.И.Стрюк с соавт., 2014; Н.Е.Колтунов, А.Н.Пославцева, 2007; M.Monane et al., 2007; ESH/ESC, 2013].

Müasir təsəvvürlərə əsasən, AH – sistolik AT-nin davamlı şəkildə 140 mm.c.süt.-dan yuxarı, diastolik AT – 90 mm.c.süt.-dan yuxarı artmasıdır, lakin hətta bu səviyyədə ÜDX-nin inkişaf riski saxlanılır. Yüksək AT həyat keyfiyyətini və əhalinin iş qabiliyyətini aşağı salır və ÜDX-nin inkişaf riskini artırır. Ona görə də, AHV-nin müntəzəm şəkildə qəbul edilməsi AT-nin profilaktikası istiqamətində aparılan ən mühüm tədbirlərdən sayılır, lakin AH-yə nəzarət üzrə əhalinin motivasiya səviyyəsi çox aşağıdır [O.М.Посенкова с соавт., 2014; И.Н.Бокарев, Е.В.Матвиенко, 2013; С.А.Шальнова, 2006; B.Serumaga et al., 2011; V.Burt et al., 2005].

Inkişaf etmiş ölkələrdə həyata keçirilən böyük həcmli tədqiqat işlərinin əsasında müəyyən edilmişdir ki, müasir şəraitdə AH-nin risk amilləri regionların iqlim, sosial-iqtisadi və etnik xüsusiyyətləri, tibbi xidmətin, əhalinin tibbi mədəniyyətinin səviyyəsi sayılır. AH ilə yüksək xəstələnmə zamanı bir fakt da mühüm əhəmiyyət kəsb edir ki, əhalinin ayrı-ayrı qruplarının qeyri-adekvat sosial-davranış yönümü, tibbi xidmətin bahalaşması və həkimlərə inamsızlıq tibb müəssisələrinə müraciətləri azaldır, əhali isə AT-ni özbaşına aşağı salmağa çalışırlar [B.A.Серов, В.И.Горбунов, 2007; Ж.Д.Кобалова с соавт., 2008; E.Leibovitz et al., 2009; J.Johansson, 2012].

«Artıq çəki epidemiyası» bütün dünyanı bürümüşdür – planetin hər üçüncü sakini piylənmədən əziyyət çəkir və o, AH-nin inkişafında mühüm rol oynayır [O.В.Измайлова с соавт., 2011; В.Н.Коваленко с соавт., 2012; F.Messerli et al., 2008; WHO, 2004].

AH-nin aparıcı RA qismində hipodinamiya, dislipidemiya, şəkərli diabet, xərək duzunun, tütün və alkoqolun həddən artıq istifadə edilməsi, qida vərdisləri iştirak edirlər. Eyni zamanda qeyd edilən RA-nin əhəmiyyəti

regionlar üzrə fərqlənmişdir [С.А.Максимов с соавт., 2014; В.Carter et al., 2009].

Bir çox elmi işlərdə məlumat verilir ki, əhali arasında AH-nin formalaşmasında müxtəlif regionların iqlim xüsusiyyətləri böyük rol oynayır [М.М.Смирнова с соавт., 2013, 2014; N.Stroebele et al., 2011]. AH-nin yayılması səviyyəsinə həmçinin milli-etnik amillər də müəyyən təsir göstərir. Məsələn, ABŞ-da AH-nin səviyyəsi afrika-amerikalılar arasında ağ dəriyəli amerikalılarla müqayisədə yüksəkdir. Almaniya, Fransa və İngiltərədə AH ilə xəstələnmə səviyyəsi gəlmə əhali (əsasən Türkiyə, Əlcəzair, Marakko və s.) arasında xeyli yüksəkdir. Sibirdə AH-nin səviyyəsi yerli əhali arasında ruslar və ukraynalılara nisbətən aşağıdır [Р.Г.Оганов, Г.Я.Масленникова, 2005; К.Р.Амлаев с соавт., 2013; К.Личверс et al., 2005; S.Platt, 2007; T.Luscher et al., 2005]. Belə məlumatlar da vardır ki, irsi ötürülmə ilə yanaşı, xəstələnmənin tezliyinə irsi amillər də təsir edir (onların markerləri xəstələrin qan qrupudur) - III qan qrupundan olan şəxslər arasında AH yüksəkdir [G. Mancia, 2012].

Lakin əhali arasında AH-nin risk qruplarının formalaşmasında, onun monitorinqinin aparılmasında, hipertoniyaönlü vəziyyətlərdə olan şəxslərin vaxtında aşkar edilməsində və onlarda AT-nin korreksiyasında olduqca mühüm əhəmiyyət kəsb edən belə tədqiqatlar çox az aparılmışdır. Ona görə də, belə tədqiqatların həyata keçirilməsi və onların əsasında profilaktika sisteminin qurulması nəinki AH ilə xəstələnmə səviyyəsini sabitləşdirməyə, həmçinin onun səviyyəsini aşağı salmağa imkan verə bilər [Г.Баншиков, 2004; D.Hyman et al., 2008; WHO, 2003].

Hazırda AH-nin effektiv profilaktikası üzrə tədbirlərin axtarışı və aprobeasiya məqsədi ilə uzun müddətli, irimiqyaslı sosial-gigiyenik müayinələr, məsələn, TOMHS, MRFIT, SHEP, MRG və s. proqramlar həyata keçirilmişdir [(B.A.Серов, 2008; R.Dusing, 2009; L.Appel et al., 2005; I.Drozda et al., 2011)]. Onlarda onlarda göstərilmişdir ki, AH-nin effektiv profilaktikası üçün birincisi – əhalinin tibbi yardım üçün müraciətlərini və AHV-nin daima istifadəsinə onun meylliliyini artırmaq lazımdır. İkincisi – əhalidə öz sağlamlığına münasibətinin korreksiyası, həmçinin AH-nin aparıcı RA-nin aktivliyinin aradan qaldırılması və ya aşağı salınması üzrə marağını artırmaq lazımdır.

Deyilənləri nəzərə alaraq qeyd etmək olar ki, AH Bakı şəhərinin əhalisi arasında da geniş yayılmışdır. Lakin AH-nin inkişafına şərait yaradan risk amillərinin sistemləşdirilməsi üzrə genişmiqyaslı ətraflı müayinələr aparılmamışdır. Bundan başqa, populyasiya səviyyəsində

yüksək risk qruplarının aşkar edilməsinə dair metodik yanaşmalar kifayət qədər hazırlanmamışdır. Həmçinin AH-ni formalaşdıran risk amillərinin aktivliyinin aşağı salınması üzrə profilaktik tədbirlərin elmi cəhətdən əsaslandırılması və təkmilləşdirilməsi üçün kompleks müayinələr aparılmamışdır.

Tədqiqatın məqsədi. AH-nin yayılması qanunayğunluqlarının və formalaşmasının dominant risk amillərinin, əhaliyə göstərilən tibbi xidmətin təkmilləşdirilməsi və onun həyat tərzinin modifikasiyası yollarının öyrənilməsi, bu xəstəliyin birincili və ikincili profilaktikası üzrə təşkilati tədbirlərin elmi cəhətdən əsaslandırılması.

Tədqiqatda həll olunmuş məsələlər:

- Bakı şəhəri əhalisi arasında AH-nin populyasiya xarakteristikası və onun formalaşmasının sosial-gigiyenik şərtləri;
- Poliklinika səviyyəsində AH ilə xəstələrin tibbi xidmətlə əhatə olunması vəziyyəti və AH-nin başlanğıc mərhələləri ilə xəstələrin aşkar edilməsinin aktivliyi, AHV-nin istifadəsinin tamlığı və müddəti;
- Əhəlinin tibbi yardım üçün müraciətlərinin, AH-nin özünə nəzarət üzrə motivasiya səviyyəsinin və təyin olunmuş müalicə tədbirlərinin yerinə yetirilməsinə meyilliliyinin qiymətləndirilməsi;
- AH-nin dominant RA-nin və əhəli arasında onların aktivləşməsinin səbəblərinin (iqtisadi, mühitdən asılı, sosial-davranış, psixi-emosional, peşə, irsi, alimentar, fizioloji amillər və zərərli vərdişlər) və onların aktivliyinin zəiflədilməsi mexanizmlərinin müəyyən edilməsi;
- Xəstələrə və AH ilə yüksək risk qruplarına göstərilən tibbi profilaktik xidmətin təkmilləşdirilməsi, müasir müalicə vasitələrinin və profilaktik texnologiyaların istifadəsinə həkimlərin meyilliliyinin artırılması;
- Populyasiya səviyyəsində AH-nin profilaktikasının artırılmasının elmi əsaslarının işlənilib hazırlanması.

Tədqiqatda nəticələrin elmi yeniliyi:

- Özünəməxsus təbii-iqlim, sosial-iqtisadi və milli-etnik yerli şəraitlərdə AH-nin yayılmasının xüsusiyyətləri, onun yaş və cins tərkibi, AH-nin irsi ötürülməsi ehtimalı, əhəlinin HK və iş qabiliyyətinə təsiri aşkar edilmişdir;
- AH-nin sosial amillərlə şərtlənməsi təsdiq edilmiş, AH-nin yayılması üçün əlverişli ilkin şərait yaradan sosial yaşayış mühitinin mühüm komponentləri müəyyən edilmiş və qiymətləndirilmişdir;

- AH-nin formalaşmasının risk amillərinin kəmiyyət və keyfiyyətə qiymətləndirilməsi həyata keçirilmiş, onların normativ qiymətləri və modifikasiyası mexanizmləri müəyyən edilmişdir;
- Göstərilmişdir ki, risk amillərinə təsir müalicənin effektivliyinin yüksəlməsinə, AT-nin göstəricilərin sabit və davamlı şəkildə azalmasına imkan verir və yeni xəstəlik hallarının yaranmasının qarşısını alır;
- AH-yə münasibətdə YİR təyin edilməsi üçün SCORE şkalası uyğunlaşdırılmış, AH-nin inkişaf etməsi və onun klinik gedişinin ağırlaşması üçün zəmin yaradan risk amillərinin kombinasiyalarının variantları aşkar edilmişdir;
- AH-nin müalicə və profilaktikasına əhalinin aşağı meylliliyinin sosial-davranış və təşkilati səbəbləri aşkar edilmişdir – onlar əhalinin tibbi savadlılığının aşağı səviyyəsi və poliklinika şəraitində meydana çıxan çatışmazlıqlarda şərtlənmişlər;
- Poliklinika şəraitində AH-nin birincili və ikincili profilaktikasının aparılması üzrə terapevtlərin ixtisas əlamətləri kəmiyyətə qiymətləndirilmişdir;
- AH-nin müalicəsinin effektivliyinin yüksəldilməsində AT-yə özünü-nəzarətin əhəmiyyəti göstərilmiş, tonometrlərin düzgün seçilməsinin və risk qrupuna daxil olan şəxslərin onlardan istifadə etməsi qaydaları öyrədilmişdir.

Tədqiqatın nəticələrinin elmi-praktik əhəmiyyəti. Aparılan müayinələrin nəticələri praktik cəhətdən böyük əhəmiyyət daşıyan nəticələr əldə etməyə imkan vermişdir. Risk qrupları ayırd edilmişdir ki, onların arasında əsasən AH-nin gizli və ya klinik baxımdan zəif nəzərə çarpan formaları qeyd edilir: valideynləri AH ilə xəstələnmiş şəxslər; tibbi müraciətlərə meylliliyi və AH-nin risk amilləri haqqında məlumatlılığı aşağı olan şəxslər; 9 dominant – ÜX, FA, TA, EST, Şİ, XD, QME, AA və ABC risk amilindən 5-nin fəal olduğu şəxslər. Əhalinin fikirləri nəzərə alınmaqla tibbi xidmətdə meydana çıxan çatışmazlıqların aradan qaldırılması üçün AH-nin monitorinqinin effektivliyinin artırılması və müalicədə AHV-nin kombinasiyalarının istifadə edilməsi üzrə Avropa standartlarına müvafiq olan tədbirlər sistemi təklif edilmişdir. Risk amillərinin modifikasiyası ilə birgə AHV-nin istifadə edilməsi və özünü-nəzarətin aparılması AT-nin davamlı məqsədli səviyyəsinin əldə olunmasına imkan verir və xəstələrin həyat keyfiyyətini yüksəldir. Risk amillərinin aktivliyinin aradan qaldırılması və ya azaldılması üzrə əhalinin

motivasiyasının artırılması AH-nin yeni xəstəlik hallarının formalaşmasının qarşısını xeyli alır.

Dissertasiya işinin müdafiyyə təqdim olunan əsas müddəaları:

- AH – poliklinik problemdir: əhalinin tibbi müraciətləri, AH-nin müalicəsi və profilaktikasına onun meylliliyi;
- AH-nin formalaşmasının əsas risk amilləri, onların fəallaşması mexanizmləri və səbəbləri;
- AH-nin yayılmasına müxtəlif regionların sosial-iqtisadi şəraitinin, əhalinin milli və etnik, şəxsiyyət-davranış xüsusiyyətlərinin təsiri
- AH haqqında əhalinin məlumatlılığı, risk amillərinin modifikasiyasına onun motivasiyası - birincili və ikincili profilaktikanın təkmilləşdirilməsinin mühüm aspektidir.

Dissertasiyanın aprobasiyası. Dissertasiyada aparılan müayinələrin nəticələri müzakirə olunmuşdur: Professor İ.Ə.Axundovun 110 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfrans (Bakı, 2007); Əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, professor Tağı Ələkbər oğlu Tağızadənin 85 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi-praktik konfransda (Bakı, 2008); II regionlararası konfransda (İrkutsk, 2008; Professor Zərifə Ağarza qızı Zeynalovanın anadan olmasının 75 illiyinə həsr olunmuş elmi konfrans (Bakı, 2008); Abbas Əhməd oğlu Axunbəyli 110 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfrans (Bakı, 2009); International Journal on Immunorehabilitation, Tibbdə reabilitasiya və immunreabilitasiya üzrə XIV Beynəlxalq konqress (İsrail, 2009); Arterial Hipertenziya, «Ürək, qan və endokrin orqanlarının xəstəliklərinin diaqnostika və müalicəsinin yüksəktexnoloji metodları» konfransı (2009); Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi konfransı (Bakı, 2010); «İnsanın fiziologiyası və sağlamlığı» MDB fizioloqlarının III Qurultayı (Ukrayna, 2011; Moskva – Yalta); Ə.T.Ağayevin anadan olmasının 65 illiyinə həsr edilmiş elmi konfrans (Bakı, 2009); Tibb elmləri doktoru Əzəm Təyyar oğlu Ağayevin anadan olmasının 70 illiyinə həsr edilmiş elmi konfrans (ictimai sağlamlıq və səhiyyə) - Bakı, 2014; 2nd International scientific conference: «Theoretical and Applied Sciences in the USA (NewYork, 2015). İşin ilkin müzakirəsi ATU-nun kafedralar arası («ictimai sağlamlıq və səhiyyənin təşkili», “epidemiologiya”, “ümumi gigiyena və ekologiya”, “əmək gigiyenası, uşaq-yeniyyətələr gigiyenası”, “qidalanma və komunal gigiyena” və “mikrobiologiya və immunologiya” kafedraları) müşavirəsində (14 oktyabr 2015-ci il, prot.№3), və işin

aprobasiyası BD 03.041 Dissertasiya Şurasının (8 iyun 2016-ci il, prot.№1) Aprobasiya Seminarında keçirilmişdir.

Dərc edilmiş məqalələr. Dissertasiya mövzusu üzrə 38 elmi iş dərc olunmuşdur, onlardan 10 məqalə və 8 tezis elmi jurnalda, o cümlədən 13 məqalə və 7 tezis xarici jurnallarda çap olunmuşdur.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. Dissertasiya 310 səhifə kompüter yazısında çap olunmuş, giriş, ədəbiyyat icmalından, tədqiqatların material və metodlarından, şəxsi tədqiqatların 7 fəslə, yekun, nəticələr və praktik təkliflərdən, həmçinin 433 xarici və vətən alimlərinin mənbələrinin daxil olduğu ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. İş 52 cədvəl və 25 şəkillə təsvir olunmuşdur.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

İş ATU-nun ictimai sağlamlıq və səhiyyənin təşkili kafedrasının elmi proqramı çərçivəsində, Yasamal, Səbail, Xətai və Sabunçu rayonlarının şəhər poliklinikalarının, Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanasının (MNX), Mərkəzi Klinik Xəstəxanasının (MKX), Kardiologiya ETİ-nin bazalarında yerinə yetirilmişdir. Beynəlxalq SF-36 sorğu kitabçasının əsasında yerli şəraitə uyğunlaşdırılmış anket tərtib edilmişdir [J.Ware et al., 1994]. Anketin sualları 10 blok üzrə qruplaşdırılmışdır.

Anketləşdirmə məktəbəqədər müəssisələrdə və məktəblərdə uşaqların valideynləri və tibb müəssisəsinə gələnlər arasında aparılmışdır. İşdə yuxarıda göstərilən obyektlərin işçiləri, həmçinin ATU-nun III-IV kurs tələbələri iştirak etmişlər ki, onlar anketləri valideynlər, qonşular və qohumlar arasında paylamışlar. Cəmi 5000 anket paylanmışdır, onlar 1 ay ərzində geriye toplanmışdır, 2584 anketə (51,7±0,7%) cavab verilmişdir. Anketləşdirmənin əsasında 947 şəhər sakini (36,6±0,9%) arasında AH aşkar edilmişdir, onlardan yalnız 544-də AH bu və ya digər dərəcədə həkimlər tərəfindən nəzarət olunmuşdur (1-ci qrup), 403 anketləşdirilən şəxsdə AH yumşaq və mülayim xarakter daşımış, həkimlər tərəfindən nəzarət aparılmamış, lazım olduqda anketləşdirilən şəxslər özbaşına antihipertenziv vasitələrdən istifadə etmişlər (2-ci qrup). Anketləşdirilənlərin hər iki qrupu arasında şəxsi və ya telefon əlaqəsi saxlanmışdır. Kontrol qrupu qalan 1637 şəhər sakini təşkil etmişdir ki, onlarda anketləşdirməyə əsasən AH yoxdur (3-cü qrup). Anketlərin işlənməsi EHM-da «Kütləvi kardioloji müayinənin avtomatlaşdırılmış sistemi»

tətbiqi proqramlar dəstinin və SAS [Ю.Хван, 2002; SAS, 1993] vasitəsilə aparılmışdır.

Həyat keyfiyyəti (HK) 10 mövqe üzrə - hər mövqe 10 bal ilə qiymətləndirilmişdir [V.A.Veber və başq., 2008]. Balların cəmi 70-dən çox olduqda HK qənaətbəxş, 30 baldan aşağı – qeyri-qənaətbəxş qiymətləndirilmişdir [A.K.Еникеев, 2009]. Anketləşdirilən şəxslərin sağlamlığının özünüqiymətləndirilməsi eyni metodika üzrə aparılmışdır.

Anketləşdirmənin nəticələri – yaş, cins, sosial status, irsiyyət, xəstələnmə səviyyəsi, peşələr, təhsil səviyyəsi, ailə vəziyyəti, maddi durum, yaşayış şəraiti, ailədə olan qarşılıqlı münasibətlərə əsasən təhlil edilmişdir. Həmçinin əhaliyə göstərilən tibbi xidmətin qiymətləndirilməsi üzrə verilən cavablar təhlil edilmişdir.

Anketləşdirmənin sayəsində AH-nin dominant risk amilləri aşkar edilmiş və statistik cəhətdən qiymətləndirilmişdir. Ketle əmsalı üzrə ABÇ hesablanmışdır – norma $<25 \text{ kq/kq}^2$ [WHO, 2004], FA piyada gəzinti ekvivalentində (dəq/sutka) ÜST tərəfindən [W.Nashell et al., 2007] təklif olunmuş amerika metodikası üzrə [WHO, 2010] qiymətləndirilmişdir. Gündəlik istifadə edilən qida məhsullarının kaloriliyi (kkal/sutka) onların enerji dəyəri və ÜST tərəfindən tövsiyə olunmuş formula [Е.Г.Старостина, 2005; WHO, 1998] üzrə hesablanmışdır. Gün ərzində çəkilən siqaretlərin sayından asılı olaraq TA-nin yayılması səviyyəsi və onun intensivliyinin dərəcələri təyin edilmişdir [WHO, 2005].

Rusiyada tərtib olunmuş metodikadan [А.Л.Александров və başq., 2003] istifadə etməklə 1192 kişi arasında AA-nin yayılması səviyyəsini və onun intensivliyini (yol verilən norma sutkada 12 q-ə qədər etanola bərabərdir) müəyyən etmişik. AH-nin formalaşmasında XD-nun rolunu qiymətləndirmək üçün MNX-nin bazasında «Quidae» (Almaniya) aparatında fotometrik metodla 265 sidik nümunəsi natrium ionlarına görə müayinə edilmişdir. Nəticələr NaCl-a (XD) görə hesablanmışdır - norma $<6 \text{ q/sutka}$ [O.B.Измайлова və başq., 2011; S.Carlson et al., 2002]. Poliklinikaların bazalarında kortəbii metodla AH olan 261 xəstənin və AH olmayan 223 xəstənin ambulator kartları qanda ÜX-nin miqdarının aşkar edilməsinə görə təhlil olunmuşdur - norma $5,0 < \text{mmol/l}$ [B.H.Коваленко və başq., 2012; P.Korhonen et al., 2008]. Həmçinin anketlərdə verilən cavablara əsasən Şİ və AH arasında əlaqənin olması öyrənilmişdir.

Amerika tədqiqatçılarının məlumatlarına görə Şİ sutka ərzində 30-40q miqdarında orqanizm üçün zərərsizdir, hər hansı somatik xəstəliklər olmadıqda sutkada 70 q-a qədər şəkər istifadə etmək olar [S.Gidding et al.,

2009]. 1927 anketdə EST-ə dair cavablar verilmişdir və onların inkişafının 12 səbəbi aşkar edilmişdir. Cavabların təhlili rus variantında [P.Г.Оганов, 2008; И.В.Осипова və başq., 2011] olan L.Reeder (1969) şkalasından istifadə etməklə aparılmışdır.

AH-yə münasibətdə ürək-damar xəstəliklərində yekun inkişaf riskini (YİR) qiymətləndirmək üçün beynəlxalq SCORE şkalasını adaptasiya etmişik [P.Г.Оганов və başq., 2008; R.Conroy et al., 2003]. Əsas dominant risk amillərinin - ABC (piylənmə), FA, ÜX, QME, TA, AA, XD, Şİ və EST ekstensivlik və intensivlik göstəriciləri hesablanmışdır. Nəzarət olunan AH ilə 544 anketləşdirilən şəxs arasında risk amillərinin cəmi 3671 vahid, nəzarət olunmayan 403 anketləşdirilən şəxs arasında müvafiq olaraq 2296 vahid (cəmi 5967 vahid) və kontrol qrupda 1637 anketləşdirilən şəxs arasında – 4973 vahid təşkil etmişdir.

1218 tam doldurulmuş anketlərin əsasında anketləşdirilən şəxslərin sosial-davranış aspektləri təhlil edilmişdir. Onların məlumatlılıq səviyyəsi aşağıdakı dərəcələr üzrə qiymətləndirilmişdir: tam, qaneedici, orta, zəif, praktik olaraq yoxdur. Poliklinika yardımının təşkili ilə əlaqədar anketləşdirilənlərin fikri öyrəniləndə İ.F.Sereqinanın metodikasından [2009] istifadə edilmişdir. Müsbət amili nəzərdə tutan cavaba görə – 5 bal, neytral amilə – 2,5 bal, mənfi amilə görə – 0 bal qiymət vermişlər. Balların maksimal mümkün sayı (135) yüksək müsbət qiyməti, balların minimal mümkün sayı (0) mənfi qiyməti ifadə edir. Beləliklə, anketdə qoyulan sual bloklarının hər birinin maksimal mümkün balların sayı – 45-ə bərabərdir. Xəstələrin AH-nin müalicə və profilaktikasına meylliliyin qiymətləndirilməsi J.D.Kobalava və başq. [2008] interpretasiyasında D.Morisky et al. [1986] metodikası üzrə aparılmışdır. Anketdə 4 sual qoyulmuşdur, «Xeyr» cavabının hər biri 1 bal qiymətləndirilmişdir. 4 bal toplamış anketləşdirilən şəxslər müalicəyə meylli şəxslər kimi qəbul edilmişlər.

AH olan xəstələrə göstərilən poliklinika xidmətinin xarakteri aşağıdakı parametrlər üzrə öyrənilmişdir. AH-yə dair məlumatların tamlığı ilə əlaqədar 262 həkimə 9 bənddən ibarət sorğu kitabçası təqdim edilmişdir ki, onların hər biri 4 bal ilə qiymətləndirilmişdir [L.Peterson et al., 2009]. Həkimlər tərəfindən AHV və aspirinin istifadə edilməsinə dair 316 ambulator kart, həmçinin həkimlərin iş stajı təhlil edilmişdir. 374 xəstə arasında tonometrərin marketinqi, onların ailələrdə olması və AT-yə özünü nəzarətin aparılması zamanı istifadəsi vəziyyəti öyrənilmişdir [O.M.Посненкова və başq., 2014].

İlk dəfə AH-nin 9 dominant risk amilindən 5-nin modifikasiyası üzrə tədbirlər kompleksi işlənib hazırlanmış və onun effektivliyi sınaqdan keçirilmişdir. Poliklinika şəraitində xəstələrin qeydə alınmış qrupları 3 il ərzində müşahidə altında olmuş və həkimlər onlara AHV təyin etmişlər. Xəstələr 3 qrupa bölünmüşlər: yalnız AHV-nin təyin edildiyi, yalnız modifikasiya və hər iki tədbirin birgə tətbiq edildiyi (AH-nin birincili profilaktikası) qruplar. Həmçinin AH olmayan 788 şəhər sakinləri 3 il ərzində könüllü olaraq müşahidə altında saxlanmış, onların hamısına yuxarıda göstərilən modifikasiya tədbirlərinin yerinə yetirilməsi tövsiyə olunmuşdur. Risk amillərinin modifikasiyasına motivasiya dərəcəsiindən asılı olaraq sakinlər 3 qrupa bölünmüşlər: bu tədbirləri yerinə yetirməyə tam motivasiya olunmuş, qismən motivasiya olunmuş və motivasiya olunmamış (AH-nin ikincili profilaktikası).

Əldə olunan nəticələr sistemləşdirilmiş, təhlil edilmiş və aşağıdakı statistik metodlar vasitəsilə müqayisə aparılmışdır: orta riyazi xəta ($M \pm m$), Styudent meyarı (t), uyğunluq meyarı (χ^2), korrelyasiya əmsalı (r), Vanden-Varden meyarı (X) [С.Гланц, 1999].

ŞƏXSİ TƏDQIQATLARIN NƏTİCƏLƏRİ

“Şəhər əhalisi arasında arterial hipertenziyanın yayılmasının populyasiya-prospektiv xarakteristikası”. AH-nin aşkar edilməsinə görə böyükklər arasında aparılan anket sorğusunun nəticəsində 2584 anketləşdirilən şəxsdən 947-si ($36,6 \pm 0,9\%$) müxtəlif ilkin simptomatkanın olmasını qeyd etmişlər. Yaş artdıqca AH-nin səviyyəsi güclü korrelyasiya asılılığı ilə ($r = +0,95 \pm 0,04$) 20 yaşa qədər şəxslər arasında $17,7 \pm 2,4\%$ -dən 70 yaşdan yuxarı şəxslər arasında $49,0 \pm 3,5\%$ -ə qədər artır ($t = 7,38$; $p < 0,001$). Belə qanunauyğunluq həm kişilər, həm də qadınlar üçün səciyyəvidir, lakin kişilər arasında xəstələnmə səviyyəsi ikincilərə nisbətən aşağıdır – müvafiq olaraq $33,3 \pm 1,4$ və $39,5 \pm 1,3\%$ ($t = 3,25$; $p < 0,01$).

Sosial-gigiyenik göstərişlərə əsasən bütün AT hadisələrini 3 qrupa ayırmaq olar. Birinci qrupu şərti olaraq nəzarət olunmayan AH adlandırmaq olar, onu 947 anketləşdirilən şəxsdən 132-si ($13,9 \pm 1,1\%$) təşkil edir ki, onlar AT-nin qısa müddətli yüksəlməsini qeyd etmişlər və AT antihipertenziv vasitələr (AHV) qəbul etmədən normaya düşmüşdür. İkinci qrupu – müstəqil nəzarət olunan AH ilə xəstə 271 anketləşdirilən şəxs təşkil edir ($28,6 \pm 1,5\%$; $t = 7,90$; $p < 0,001$), onlar AT-nin dövrü şəkildə artmasını qeyd etmişlər ki, bu da AHV-nin özbaşına qəbul edilməsindən sonra

normallaşmışdır. Ümumilikdə 403 anketləşdirilən şəxs tibbi yardım üçün müraciət etməmişlər (nəzarət olunmayan AH). Üçüncü qrupu – ambulator-stasionar AH ilə 544 anketləşdirilən şəxs təşkil etmişdir ($57,4 \pm 1,6\%$; $t=13,15$; $p<0,001$) ki, onlarda həkimlərin müşahidəsi altında olan və AHV-nin sistemativ qəbulu sayəsində nəzarət olunan AH aşkar edilmişdir (nəzarət olunan AH). Qalan 1637 anketləşdirilən şəxs (AH olmayan) kontrol qrupu təşkil etmişlər.

AH-yə nəzarətin effektivliyinin aşağı olmasının səbəblərindən biri əhalinin tibbi informativliyinin natamam olması sayılır. Belə ki, kontrol qrupda AT ilə əlaqədar anketləşdirilən şəxslərə orta hesabla $1,54 \pm 0,22$ müsbət cavab düşür. AH-nin birincili klinik əlamətləri haqqında belə aşağı məlumatlılıq xəstəliyin nəzarət olunmayan formalarının əmələ gəlməsi təhlükəsini yaradır. Tamamilə aydındır ki, AH olan anketləşdirilən şəxslərin bütün qruplarında müsbət cavabların sayı xeyli çoxdur və orta hesabla $7,01 \pm 0,31$ cavab təşkil edir ($t=18,86$; $p<0,001$), lakin maksimuma çatmır. Lakin AH olan anketləşdirilən şəxslərin müxtəlif qruplarında bu göstərici fərqlənir. Əgər nəzarət olunan AH ilə anketləşdirilən şəxslərin qruplarında bu göstərici $2,5 \pm 0,58$ cavab təşkil edirsə, onda özbaşına nəzarət olunan AH ilə anketləşdirilən şəxslər qrupunda onun qiyməti $5,26 \pm 0,42$ cavaba qədər artır ($t=3,80$; $p<0,001$). Məlumatlılığın daha yüksək səviyyəsi də mümkündür və bu, həmin qrupda AH-nin özbaşına nəzarət olunmasının səbəbi sayılır. Nəzarət olunmayan AH ilə xəstə bütün qrup üçün ümumilikdə bu göstərici $4,37 \pm 0,38$ cavab təşkil edir. Bu göstərici ambulator-stasionar AH ilə anketləşdirilən şəxslərin qrupunda daha çox yüksəlir, belə ki, onlar daima həkimlərlə ünsiyyətdə olurlar və AHV qəbul edirlər – $8,96 \pm 0,35$ cavab ($t=8,93$; $p<0,001$). Yəni əhalinin məlumatlılıq səviyyəsi nə qədər yüksəkdirsə, AH ilə əlaqədar onların həkimə müraciətlərinin səviyyəsi də bir o qədər yüksəlir.

Maraqlıdır ki, müxtəlif qruplarda olan yalnız $8,8 \pm 1,2\%$ -dən $18,8 \pm 1,0\%$ -ə qədər anketləşdirilən şəxs öz sağlamlıqlarını «yaxşı» qiymətləndirmişlər ($t=6,41$; $p<0,001$). Ona görə də, bütün qruplarda HK-nin qeyri-qənaətbəxş göstəriciləri (<30 bal) aşkar edilmişdir, lakin əgər nəzarət olunan AH qrupunda onun tezliyi $23,9 \pm 1,8\%$, nəzarət olunmayan AH qrupunda isə müvafiq olaraq $19,6 \pm 2,0\%$ ($t=1,60$; $p>0,05$) təşkil etmişdirsə, onda kontrol qrupunda o, dürüst aşağı olmuşdur – $8,5 \pm 0,7\%$ ($t=5,26$; $p<0,001$). Eyni zamanda qənaətbəxş HK göstəricilərində (>70 bal) əks mənzərə müşahidə olunur. Belə ki, nəzarət olunan və nəzarət olunmayan AH ilə anketləşdirilən şəxslər qrupunda onların tezliyi xeyli

aşağıdır – müvafiq olaraq $26,8 \pm 1,9$ və $34,3 \pm 2,4\%$ ($t=2,55$; $p<0,05$), nəinki kontrol qrupda – $49,5 \pm 1,1\%$ ($t=5,67$; $p<0,001$). Bununla belə, hətta kontrol qrupda HK balların cəmi orta hesabla $64,4 \pm 0,9$ bal təşkil etmişdir, nəzarət olunmayan AH qrupunda – $55,1 \pm 1,3$ bal ($t=5,89$; $p<0,001$) və xüsusilə nəzarət olunan AH qrupunda daha aşağı – $51,1 \pm 1,1$ bal ($t=2,35$; $p<0,05$), bütün AH qrupunda – $52,8 \pm 1,1$ bal olmuşdur.

AH ilə xəstələnmə böyük sosial-iqtisadi zərərə gətirib çıxarır ki, bu da iş qabiliyyətinin itirilməsi ilə bağlıdır. Məsələn, ümumilikdə xalq təsərrüfatının büdcə sferasında 2584 anketləşdirilən şəxsədən 1784 nəfər, ondan kənarında isə 800 anketləşdirilən şəxs məşğul olmuşlar. Anketləşdirilən şəxslərin ümumi qrupu üçün qadınların AH ilə xəstələnmə səviyyəsinin daha yüksək olması səciyyəvidir, nəinki kişilərin – müvafiq olaraq $39,5 \pm 1,3$ və $33,3 \pm 1,4\%$ ($t=3,25$; $p<0,01$). Bizim fikrimizcə, bu fərq aşağıdakılarla əlaqədardır. Bizim şəraitdə ev təsərrüfatının idarə olunması, uşaqların təbiiyə edilməsi, ailə qayğıları əsasən qadınların çiyinə yüklənmişdir. Bundan başqa, onların bir çoxu bizim tədqiqatlarda 1332 anketləşdirilən qadınlardan 923-ü ($66,3 \pm 1,3\%$) xalq təsərrüfatının müxtəlif sahələrində işləyirlər ki, bu da onların üzərinə əlavə əqli-fiziki yük qoyur. Çox güman ki, məhz «ikiqat yük» onların AH ilə daha yüksək xəstələnmə səviyyəsinin səbəblərindən biri sayılır. Əgər xalq təsərrüfatının büdcə sferasında işləyən kişilər arasında AH ilə xəstələnmə $34,4 \pm 1,6\%$ təşkil edirsə, onda analoji qadınlar arasında AH ilə xəstələnmə xeyli yüksəkdir – $41,0 \pm 1,6\%$ ($t=3,27$; $p<0,01$). Eyni zamanda xalq təsərrüfatının büdcə sferasından kənarında işləyən qadınlar arasında əqli-fiziki yük xeyli aşağıdır və onların AH ilə xəstələnmə səviyyəsi qadınların göstərilən qrupları ilə müqayisədə aşağıdır – $36,7 \pm 2,2\%$ ($t=2,02$; $p<0,05$), kişilərlə müqayisədə meydana çıxan fərq isə dürüst deyildir – $30,5 \pm 4,6\%$ ($t=1,22$; $p>0,05$). Bundan başqa, anketləşdirilən 1332 qadınlardan 248-i ($17,8 \pm 1,0\%$) evdar qadınlar olmuşlar və onlara əlavə əqli-fiziki yüklər təsir göstərməmişdir.

Təqribi hesablamalar göstərmişdir ki, AH respublikanın büdcəsinə böyük sosial-iqtisadi zərər yetirir. Belə ki, xalq təsərrüfatının büdcə sferasında işləyən AH olan 1 anketləşdirilən şəxsə il ərzində əmək qabiliyyətini itirmə günlərinin sayı $12,9 \pm 0,5$ gün təşkil edir. Əhalinin son siyahıya alınmasına əsasən bu sahədə işləyən kişilərin və qadınların sayı 2,3 mln nəfər təşkil edir (Bakı, 2009). Onların arasında AH-nin yayılması tezliyi bizim məlumatlara əsasən $37,8 \pm 1,1\%$ -ə bərabərdir. Ona görə də, bu xəstəliyin vurduğu iqtisadi zərəri təsəvvür etmək çətin deyildir. Nəzərə

almaq lazımdır ki, itirilən əmək günləri qadınlar arasında kişilərə nisbətən bir qədər çoxdur – $14,3 \pm 0,7$ və $10,9 \pm 1,1\%$ ($t=2,62$; $p<0,01$).

Müxtəlif məlumatlara görə, AH-nin 30%-ə qədəri irsi yolla ötürülür, lakin indiyə qədər belə yoluxma yolunun baş verməsi və tezliyi haqqında vahid fikir yoxdur. Anketləşdirmənin nəticələri göstərir ki, AH-nin ailələr üzrə uyğunlaşması anketləşdirilənlərin bütün qruplarında nəzərə çarpır və orta hesabla $19,0 \pm 0,8\%$ təşkil edir, lakin AH olmayan və AH olan anketləşdirilənlər arasında o, xeyli fərqlənir – $7,8 \pm 0,7\%$ və $38,3 \pm 1,6\%$ ($t=17,43$; $p<0,001$). Sonuncular arasında valideynlərin, anaların, bacıların və qardaşların xəstələnməsi tezliyi az fərqlənmiş və $5,2 \pm 0,7$ ilə $6,8 \pm 0,8\%$ arasında dəyişmiş ($t=1,51$; $p>0,05$), lakin atalar arasında üstünlük təşkil etmişdir – $13,3 \pm 1,1\%$ ($t=4,78$; $p<0,001$). Ailədə çətinliklər (sıxıntılar) olduqda AH-nin inkişafı sürətli tempdə keçir, daha kəskin klinik gedişata malik olur ki, bu da müntəzəm həkim nəzarətinin və sistemə mülaliyyənin aparılmasını tələb edir. Ümumilikdə ailədəki çətinliklər (sıxıntılar) AH-nin proqnostik markeri qismində iştirak edə bilər.

AH əsasən sosial cəhətdən asılı xəstəlikdir və onun yayılmasında əhalinin sosial yaşayış mühitinin bir sıra komponentləri iştirak edir. Biz 12 belə komponenti ayırd etmişik ki, AH-nin yayılmasında onların əhəmiyyətini qısaca səciyyələndiririk. Təhsil səviyyəsi insanın sosial adaptasiyasında və onun öz sağlamlığına münasibətində əsas baza sayılır. Bizim müşahidələrdə $14,9 \pm 0,7$ anketləşdirilən natamam orta təhsil, $21,7 \pm 0,8\%$ anketləşdirilən – müvafiq olaraq orta ($t=14,12$; $p<0,001$), $28,7 \pm 0,9\%$ - orta xüsusi ($t=5,83$; $p<0,001$) və $34,7 \pm 0,9\%$ – ali təhsil almışlar ($t=4,72$; $p<0,001$). Təhsil səviyyəsinin belə strukturu onların sosial-peşə yönümünə də təsir göstərir. Məsələn, kişilər arasında AH mülkiyyətçilər, menecerlər, texniklər, inşaatçılar, təmirçilər, sosial sahənin işçiləri, işsizlər arasında üstünlük təşkil edir. Tənzimlənməmiş gərgin iş bəzilərində fiziki işlərlə, digərlərində intensiv əqli fəaliyyətlə və stress gərginlikləri ilə müşayiət olunur və AH-nin səviyyəsini artırır – $38,7 \pm 4,2$ -dən $47,8 \pm 4,7\%$ -ə qədər ($t=1,44$; $p>0,05$). Təqaüdçülər arasında da AH-nin səviyyəsi oxşardır, bu isə yaş artdıqca xəstələnmənin «toplanması» ilə əlaqədardır – $41,0 \pm 5,4\%$ ($t=0,38$; $p>0,05$). Daha «sakit» və tənzimlənən işlərdə çalışan kişilər - qulluqçular, hərbi işçilər, xidməti sahənin işçiləri, həmçinin tələbələr arasında ($t=2,15$; $p<0,05$) AH-nin səviyyəsi dürüst aşıya – $18,1 \pm 4,6$ -dan $26,4 \pm 3,7\%$ -ə qədər ($t=1,41$; $p>0,05$). Qeyd edilən peşələrdə işləyən qadınlar, həmçinin evdar qadınlar arasında AH-nin səviyyəsi yüksəkdir və təqribən eynidir – $38,3 \pm 3,1$ -dən $48,6 \pm 8,3\%$ -ə qədər

($t=1,08$; $p>0,05$). Uşaq (tərbiyəçilər) və tibb müəssisələrinin işçiləri (tibb bacıları) arasında AH-nin səviyyəsi aşağıdır – $27,5\pm 3,5\%$ -ə qədər ($t=2,39$; $p<0,05$). Sosial yaşayış mühitinin bəzi komponentləri, məsələn, ailə statusu, maddi durum, yaşayış şəraiti, ailə münasibətləri, sağlamlığına münasibəti, həkimlərə inam, tibbi məlumatlılıq və informasiya mənbəyi AH olmayan anketləşdirilən şəxslər arasında AH olan anketləşdirilən şəxslərə nisbətən $1,36-2,52$ dəfə yüksək olmuşdur. AH-nin səviyyəsi və müvafiq olaraq ailə üvlərinin sayı ilə onların tutduqları yaşayış sahəsi arasında güclü müsbət və mənfi korrelyasiya əlaqəsi aşkar edilmişdir ($r=+0,92\pm 0,07$). Belə ki, 1-2 nəfərdən ibarət və bir nəfərə 15 m^2 –dən çox yaşayış sahəsinə malik ailələrdə AH-nin səviyyəsi $27,7\pm 2,3\%$ təşkil etmişdir, habuki 7 nəfərdən çox ailə üzvündən ibarət və bir nəfərə 4 m^2 -dən aşağı olan yaşayış sahəsinə malik ailələrdə AH-nin səviyyəsi $49,7\pm 3,7\%$ -qədər artır ($t=5,05$; $p<0,001$).

“Arterial hipertoniyanın formalaşmasının əsas risk amilləri və şəhər əhalisi arasında onların korreksiyası mexanizmləri”. Şəhər sakinlərinin anket sorğusunun nəticəsində AH-nin formalaşmasının dominant risk amilləri müəyyən edilmiş, onların kəmiyyət və keyfiyyətə qiymətləndirilməsi həyata keçirilmişdir. Müasir dövrdə dünya əhalisi arasında *artıq bədən çəkisinin (ABÇ)* yayılması səviyyəsi epidemiya xarakterini alır və vəziyyət ildən ilə daha da ağırlaşır. ABÇ (piylənmə) əhalinin sağlamlığına, onun iş qabiliyyətinə böyük zərər vurur, bir çox xəstəliklərin yaranma səbəblərindən sayılır. ABÇ-nin (piylənmə) yayılması səviyyəsi bizim şəraitimizdə orta hesabla $59,3\pm 1,0\%$ təşkil etmişdir, özü də $22,0\pm 0,8\%$ hadisədə anketləşdirilən şəxslərin ABÇ $30,0 \text{ kq/m}^2$ çox olmuşdur, onun tezliyi AH olan anketləşdirilənlər arasında kontrol qrupa nisbətən yüksəkdir - müvafiq olaraq $69,2\pm 1,5\%$ və $53,6\pm 1,2\%$ ($t=8,13$; $p<0,001$). Öz növbəsində ABÇ-nin tezliyi nəzarət olunan AH ilə anketləşdirilənlər arasında nəzarət olunmayan AH ilə şəxslərə nisbətən yüksəkdir – $76,3\pm 1,8$ və $62,3\pm 2,4\%$ ($t=4,67$; $p<0,001$). AH-nin xəstələnmə səviyyəsi və ABÇ göstəriciləri arasında yüksək korrelyativ paralellik aşkar edilmişdir ($r=+0,88\pm 0,09$). Belə ki, $<20 - \geq 70$ yaş intervalında AH-nin xüsusi çəkisi anketləşdirilən şəxslər arasında tədricən – $6,0\pm 0,80$ -dən $20,8\pm 1,3\%$ -ə qədər artır ($t=9,37$; $p<0,001$), həmçinin onların arasında ABÇ də bu ardıcılıqla – $25,4\pm 0,5$ -dən $28,6\pm 0,6 \text{ kq/m}^2$ -ə qədər yüksəlir ($t=4,10$; $p<0,001$).

Rayon poliklinikalarının bazalarında AH olan 388 xəstədən ibarət qrup yaradılmışdır ki, onlar 2 il ərzində müşahidə altında saxlanmışlar. Xəstələrin hamısına poliklinikanın həkimləri tərəfindən AHV təyin

edilmişdir. ABC olan xəstələrə bədən çəkisinin azalması və fiziki aktivliyin artırılması üzrə tövsiyələr verilmişdir. Xəstələrin əksəriyyəti döşəmə tərəziləri almış və öz bədən çəkiliyinə müstəqil nəzarət etmişlər.

Çox güman ki, ABC AH-nin dərman müalicəsinin effektivliyinin aşağı olmasının əsas səbəbidir. Tövsiyələrimizin yerinə yetirilməsi səviyyəsi fərqlənmişdir: AH olan 388 xəstədən 87-i praktiki olaraq ilk günlərdən bizim tövsiyələrə etinasız yanaşmış və öz adəti həyat tərzlərini davam etdirmişlər ($22,4 \pm 2,1\%$). 133 xəstə bu tövsiyələri yerinə yetirməyə meyilli olmuş, lakin çox vaxt onlara tam əməl etməmişlər ($34,3 \pm 2,4\%$; $t=3,73$; $p<0,001$), qalan 168 xəstə isə onları maksimal şəkildə yerinə yetirməyə meyilli olmuşlar ($43,3 \pm 2,5\%$; $t=2,59$; $p<0,01$). 2 ildən sonra tədqiqat işi başa çatdırıldıqda birincilər arasında hətta bədən çəkisinin artması müşahidə edilmiş və o, orta hesabla $32,7 \pm 1,2$ kq/m² təşkil etmişdir ($t=2,71$; $p<0,01$). İkincilər arasında o, praktiki olaraq dəyişilməmişdir – $25,8 \pm 1,4$ kq/m² ($t=1,86$; $p>0,05$), üçüncülər arasında isə təklif olunmuş tövsiyələrin hər gün yerinə yetirilməsi sayəsində xeyli azalmışdır – $23,1 \pm 1,3$ kq/m² ($t=3,73$; $p<0,001$).

ABC antihipertenziv müalicənin effektivliyinə kəskin təsir göstərir. ABC-nin artması fonunda AH və ÜDX olan xəstələr arasında 2 il ərzində aparılan müalicə yalnız SAT-nin cüzi dərəcədə azalmasına gətirib çıxarmışdır – $168,6 \pm 4,7$ -dən $153,3 \pm 3,9$ mm.c.süt.-ə qədər ($t=2,50$; $p<0,05$), DAT-nin azalması dərəcəsi dəyişməmişdir – $98,0 \pm 2,9$ -dən $91,8 \pm 2,3$ mm.c.süt.-ə qədər ($t=1,68$; $p>0,05$). ABC sabitləşdikdə AT-nin azalması daha kəskin nəzərə çarpmışdır: SAT – $167,0 \pm 4,8$ -dən $148,6 \pm 4,8$ mm.c.süt.-ə qədər ($t=2,71$; $p<0,01$); DAT – $96,5 \pm 3,4$ -dən $83,2 \pm 2,7$ mm.c.süt.-ə qədər ($t=3,04$; $p<0,01$). Özü də bu qrupda elə xəstələr olmuşlar ki, onlarda AT daha da azalmış və əvvəlki səviyyədə qalmışdır.

Yalnız ABC-nin ardıcıl şəkildə azalması və bədən çəkisinin normallaşması zamanı dərman müalicəsi səmərəlidir və AT-nin məqsədli sabit səviyyəsi əldə olunur. Belə ki, AH olan xəstələr arasında SAT – $174,5 \pm 3,7$ -dən $124,4 \pm 4,5$ mm.c.süt.-ə qədər ($t=8,61$; $p<0,001$), DAT – $96,6 \pm 2,5$ -dən $73,1 \pm 2,2$ mm.c.süt.-ə qədər azalmışdır ($t=7,06$; $p<0,01$). Göründüyü kimi, antihipertenziv müalicənin aparılması ilə bərabər bədən çəkisinin normallaşdırılması arteial təzyiqin sabit məqsədli səviyyəsini əldə etməyə gətirib çıxarır.

Sivilizasiyada baş verən müasir proseslər sağlamlığa mənfi təsir göstərən bir sıra əlamətlərlə müşayiət olunur. ABC (piylənmə) kimi, onlardan ən əhəmiyyətli bütünlükdə dünyada insanların aşağı fiziki aktivliyi

(FA) sayılır. Anket sorğusunun nəticələri göstərir ki, yerli əhalinin FA də həmçinin son dərəcə aşağıdır. Aparılan hesablamalara görə, nəzarət olunan AH ilə anketləşdirilən şəxslər arasında FA gün ərzində orta hesabla $25,5 \pm 1,3$ dəq piyada gəzinti, nəzarət olunmayan AH ilə şəxslərdə isə $30,6 \pm 1,1$ dəq/gün ($t=3,00$; $p<0,001$), kontrol qrupda – $38,5 \pm 0,7$ dəq/gün təşkil edir ($t=3,38$; $p<0,001$). Halbuki bir sıra müəlliflərin məlumatlarına əsasən orqanizmin fiziki hərəkətlərə tələbatını ödəmək üçün gün ərzində minimum 60 dəq piyada gəzmək lazımdır. Yaş artdıqca anketləşdirilənlərin FA ardıcıl şəkildə gün ərzində $49,2 \pm 1,5$ -dən $23,9 \pm 1,4$ dəq-yə qədər azalır ($t=12,31$; $p<0,001$). Aparılan hesablamalar olduqca mühüm qanunauyğunluğu – FA və ABC göstəriciləri arasında korrelyativ əlaqənin olmasını aşkar etmişdir ($r=-0,94 \pm 0,05$). Məsələn, nəzarət olunan AH ilə anketləşdirilənlər arasında yaş artdıqca FA ardıcıl şəkildə azalır – $35,4 \pm 3,8$ -dən $18,4 \pm 3,1$ dəq/gün qədər ($t=3,47$; $p<0,001$) və eyni vaxtda ABC onların arasında həmin ardıcılıqla yüksəlir – $29,3 \pm 1,3$ -dən $38,9 \pm 1,2$ kq/m² qədər ($t=5,42$; $p<0,001$), yəni FA nə qədər aşağıdırsa, ABC (piylənmə) bir o qədər yüksəkdir.

AH-nin formalaşmasına FA-nin təsirinin əsas qanunauyğunluqlarını aşkar etməklə biz antihipertenziv müalicənin effektivliyinin artırılmasına onun modifikasiyalarının necə təsir edəcəyini araşdırmağı qərara aldıq. Bu məqsədlə biz şəhər ərazi poliklinikalarının bazalarında yerli kardioloqlarla birlikdə 14-17 ay ərzində 147 anketləşdirilən şəxs üzərində müşahidə aparmışdıq, onlardan 83-də yumşaq və mülayim (əvvəllər nəzarət olunmayan) AH və 64 şəxsdə klinik nəzərə çarpan (nəzarət olunan) AH vardır. Onların əksəriyyəti azhərəkətli həyat tərzi (hər gün 30 dəqiqədən az piyada gəzinti) ilə fərqlənmişlər. Eyni zamanda AH-nin bir çox risk amillərinin – məsələn, tütün və alkoqol məmulatlarının istifadəsi, nisbətən normal bədən çəkisi, ÜX-nin aşağı səviyyəsi, xərək duzunun az işlədilməsi, qənaətbəxş sosial və ailə-məişət vəziyyəti – olması onlar üçün səciyyəvi deyildir. Hər iki qruplara hər gün 60 və daha çox dəqiqə ərzində piyada gəzmək yolu ilə FA-nin artırılması tövsiyə olunmuşdur.

14-17 ay ərzində AH-yə nəzarəti və müalicəni həyata keçirən həkimlərin məlumatlarına əsasən nəzarət olunmayan AH-dən $68,7 \pm 5,1\%$ xəstə sağalmışdır. Həmçinin nəzarət olunan AH ilə $26,5 \pm 5,6\%$ xəstə müalicə olunmuşdur, onlarda AH klinik cəhətdən kəskin nəzərə çarpan formada keçmişdir ($\chi^2=26,72$; $p<0,01$) ki, bu da özlüyündə kifayət qədər yüksək nəticədir. Ümumilikdə cəmi $50,3 \pm 4,1\%$ xəstə sağalmışdır.

AH olan xəstələr arasında ÜX-nin normal qiymətləri (5,0 mmol/l-dən) yalnız 16,5±2,3% hallarda qeydə alınmışdır, kontrol qrupda olan xəstələr arasında o, kifayət qədər çoxdur – 64,2±2,7% hadisə ($t=10,71$; $p<0,001$). ÜX-nin normativ göstəriciləri yüksək olduqda vəziyyət əks istiqamətə doğru dəyişir. Belə ki, 49,0±3,1% halda AH olan xəstələrdə ÜX göstəriciləri 5,0-6,4 mmol/l həddində olmuşdur, kontrol qrupda olan xəstələrdə isə bu göstərici aşağıdır – 28,7±2,6% hadisə ($t=5,01$; $p<0,001$). Belə dürüst fərq ÜX-nin 6,5-8,0 mmol/l göstəriciləri zamanı - müvafiq olaraq 25,7±2,7 və 5,5±1,3% hallarda ($t=6,73$; $p<0,001$), həmçinin ÜX-nin 8 mmol/l-dən yuxarı qiymətlərində – 8,8±1,8 və 1,6±0,7% hallarda ($t=3,73$; $p<0,001$) qeydə alınmışdır. Bu məlumatlar 2 qanunauyğunluğu üzə çıxarmışdır. Birincisi – ÜX şübhəsiz AH-nin formalaşmasının aparıcı risk amili sayılır, belə ki, hər iki göstərici normadan nə qədər yüksəkdirsə ($>5,0$ mmol/l), AH halları bir o qədər tez-tez aşkar edilir. Bununla belə, AH olmasına baxmayaraq, 16,5±2,3% xəstədə ÜX norma daxilində idi, yəni AH ÜX-nin iştirakı olmadan da, yəni digər risk amillərinin təsiri altında da inkişaf edə bilər ki, biz bunun üzərində ətraflı daanacağıq. İkincisi – kontrol qrupda olan xəstələrin əksəriyyətində ÜX norma həddində olmuşdur, lakin ümumilikdə 110 hadisədə onun göstəriciləri normadan yüksəkdir (35,8±2,7%), yəni ÜX heç də həmişə AH-nin formalaşmasına gətirib çıxarmır.

Xəstələrin yaşı artdıqca ÜX-nin orta göstəriciləri (6,5-8,0 mmol/l) ardıcıl şəkildə 8,1±3,2-dən 24,4±4,9%-ə qədər yüksəlir ($t=2,79$; $p<0,01$), 70 yaş və yuxarı yaş qrupunda isə bir qədər azalmaqla 21,1±4,9% təşkil edir ($t=0,48$; $p>0,05$). ÜX-nin yüksək qiymətləri ($>8,0$ mmol/l) də bu ardıcılıqla 2,7±1,9-dan 7,7±3,0%-ə qədər artır ($t=1,41$; $p>0,05$), 70 və yuxarı yaş qrupunda isə bir qədər azalır – 7,0±3,0% ($t=0,17$; $p>0,05$). Çox güman ki, bu, onunla əlaqədardır ki, yaş artdıqca insanların qidalanması daha zəngin və yüksək kalorili xarakter daşıyır, bu isə qanda ÜX-nin səviyyəsinin yüksəlməsinə gətirib çıxarır. ÜX-nin orta qiyməti onlar üçün 5,71±8,3 mmol/l təşkil etmişdir. Qeyd olunmuş yaş intervalında (30-70 yaş) onun göstəriciləri 5,20±0,3-dən 6,04±0,3 mmol/l-ə qədər yüksəlir ($t=2,00$; $p<0,05$).

ÜX və xəstələrin bədən çəkisi göstəriciləri arasında çox güclü korrelyasiya asılılığı aşkar edilmişdir ($r=+0,92±0,06$), bu isə öz növbəsində onların AH-nin müxtəlif formaları və ÜDX ilə xəstələnmə tezliyində və AT-nin göstəricilərində əks olunur. Məsələn, əgər kontrol qrupda ÜX göstəricisi orta hesabla 4,13±0,2 mmol/l (norma) təşkil edirsə, onda AH

olan xəstələrin ümumi qrupunda o, $7,15 \pm 0,3$ mmol/l-ə qədər artır ($t=8,39$; $p<0,001$) və AH-nin kəskin forması ilə xəstələr arasında $9,26 \pm 0,6$ mmol/l-a çatır ($t=3,15$; $p<0,01$). Kontrol qrupda ABC orta hesabla $23,7 \pm 0,5$ kq/m², AH qrupunda müvafiq olaraq $28,4 \pm 0,5$ kq/m² bərabər olmuşdur ($t=6,62$; $p<0,001$).

AT-nin ölçülməsinin göstəriciləri də olduqca maraqlıdır. Belə ki, hazırkı tədqiqat işinin əvvəlində SAT və DAT nisbətinin orta qiymətləri kontrol qrupda $127,2 \pm 3,1$ və $74,1 \pm 1,1$ mm.c.süt. təşkil etmişdir, AH olan xəstələr qrupunda SAT qiyməti $159,5 \pm 3,1$ mm.c.süt. ($t=7,34$; $p<0,001$), DAT qiyməti – $89,1 \pm 1,2$ mm.c.süt. qədər artmışdır ($t=9,20$; $p<0,001$). Xəstələrə ayrı-ayrı qida məhsullarının enerji dəyəri haqqında məlumatlar qeyd edilmiş yaddaş kitabçası paylanmış və onun sutkada 2200-2500 kkal-yə qədər çatdırılması metodikası izah edilmişdir (ətraflı növbəti bölmədə verilmişdir). Tədqiqat işinin sonunda (təqribən 2 ildən sonra) AH olan xəstələr arasında 2 qrup formalaşdırılmışdır. Xəstələrin hamısı işin əvvəlində izahat aparıldıqdan sonra müalicəyə cəlb olunmuş və təqribən oxşar dərman müalicəsi almışlar. Lakin xəstələrin bir qrupu xolesterini azaldan pəhrizə dair tövsiyələrə tamamilə əməl etmişlər, digər hissəsi onu pozmuşlar.

Adekvat dərman müalicəsinin xolesterini azaldan qidalanma ilə birlikdə tətbiq olunması 2 il ərzində qanda ÜX-nin miqdarını normallaşdırmağa imkan verir. Belə ki, AH xəstələri arasında ÜX göstəricisi $7,15 \pm 0,3$ -dən $4,62 \pm 0,3$ mmol/l-ə qədər azalmışdır ($t=5,06$; $p<0,001$). Onu xüsusilə qeyd etmək lazımdır ki, bədən çəkisinin də kifayət qədər nəzərə çarpacaq dərəcədə azalması baş vermişdir: AH olan xəstələr arasında – $28,4 \pm 0,5$ -dən $26,1 \pm 0,7$ kq/m²-ə qədər ($t=2,67$; $p<0,01$). Nəticədə AT-nin sabit, praktik olaraq məqsədli səviyyələrini əldə etmək mümkün olmuşdur. Belə ki, AH olan xəstələr arasında SAT hadisələri $159,5 \pm 3,1$ -dən $136,7 \pm 3,3$ mm.c.süt.-a qədər ($t=5,03$; $p<0,001$), DAT – $89,1 \pm 1,2$ -dən $33,3 \pm 1,4$ mm.c.süt.-a qədər azalmışdır ($t=8,59$; $p<0,001$). Xəstələr tövsiyə etdiyimiz xolesterini azaldan pəhrizə dair məsləhətlərə diqqət vermiş və sərbəst şəkildə özləri hər gün istifadə etdikləri qida məhsullarının enerji dəyərinə nəzarət etmişlər.

Tədqiqatlar ABC (piylənmə), FA və ÜX ilə şəhər sakinlərinin qeyri-adekvat qidalanma davranışları, gündəlik istifadə edilən *qida məhsullarının enerji dəyəri (QME)* haqqında aşağı məlumatlılıq səviyyəsi arasında sıx qarşılıqlı əlaqənin olmasını aşkar etmişdir. Anketlərdə verilən cavablara əsasən, qida məhsullarının zənbili böyükdür, lakin daha çox 33 qida məhsulundan istifadə edilir, onlardan praktik olaraq gündəlik 21 qida

məhsulu işlədilir. Hesablamalara görə QME hər anketləşdirilən şəxsə orta hesabla $3141,6 \pm 31,8$ kkal/sutka təşkil edir, bu zaman bədən çəkisi normal ($<25,0$ kq/m²) olanlarda QME göstəricisi $2759,0 \pm 39,6$ kkal/sutka, ABÇ ($25,0-29,9$ kq/m²) aşkar edildikdə - müvafiq olaraq $3414, \pm 56,2$ kkal/sutka ($t=9,52$; $p<0,001$), I dərəcəli piylənmə ($30,0-34,9$ kq/m²) zamanı – $3539,2 \pm 58,4$ kkal/sutka ($t=1,54$; $p>0,05$), II dərəcəli piylənmə ($35,0-39,9$ kq/m²) – $3580,9 \pm 72,6$ kkal/sutka ($t=0,45$; $p>0,05$), III dərəcəli piylənmə ($>40,0$ kq/m²) – $3847,2 \pm 83,6$ kkal/sutka ($t=2,41$; $p<0,05$) təşkil etmişdir.

Nəzarət olunan AH ilə anketləşdirilən şəxslər qrupunda aparılan hesablamalara əsasən ümumi QME daha yüksək olub sutka ərzində orta hesabla $3524,9 \pm 12,3$ kkal təşkil edir. Nəzarət olunmayan AH ilə anketləşdirilənlər arasında o, bir qədər aşağıdır – $3341,6 \pm 16,2$ kkal ($t=9,01$; $p<0,001$). Göründüyü kimi, istifadə olunan qida məhsullarının həddindən çox, normadan yuxarı enerji dəyəri (hansı ki, təqribən $2500-2800$ kkal/sutkaya bərabərdir) orqanizmdə enerjinin toplanmasına gətirib çıxarır. Əhalinin aşağı fiziki aktivliyi fonunda bu, damar pozğunluqlarına, artıq bədən çəkisinin artmasına səbəb olur ki, bu da AH-nin formalaşması üçün real ilkin şərtlər yaradır. Kontrol qrupda qida məhsullarının ümumi enerji dəyəri orta hesabla $2790,5 \pm 11,2$ kkal/sutka təşkil edir ($t=27,99$; $p<0,001$). Əldə edilən məlumatların hamısını yekunlaşdıraraq belə qənaətə gəlmək olar ki, optimal QME təqribən 2500 kkal/ sutkaya uyğundur.

Müasir dövrdə *tütünasililiği* (TA) dünya əhalisinin sağlamlığına çox pis təsir göstərən amillərdən sayılır və onunla mübarizə indiyə qədər öz müsbət həllini tapmamışdır. Nəzarət olunan AH və nəzarət olunmayan AH ilə anketləşdirilənlər arasında TA-nin tezliyi $40,8 \pm 1,6\%$ təşkil etmiş və kontrol qrupla müqayisədə yüksək olmuşdur – $29,2 \pm 1,1\%$ ($t=5,98$; $p<0,001$). Bu fərq anketləşdirilən şəxslərin iş qabiliyyəti yüksək olan və sosial-iqtisadi baxımdan daha əhəmiyyətli qruplarında (onların yaşı $30-60$ yaş intervalındadır) xüsusilə kəskin nəzərə çarpır.

Siqaret çəkənlərin yaş strukturu çox güclü kəskin müsbət korrelyasiya asılılığında olmuşdur ($r=+0,87 \pm 0,09$). Belə ki, əgər 20 yaşa qədər yaş qurupunda anketləşdirilənlər arasında siqaret çəkənin tezliyi $19,4 \pm 2,5\%$ təşkil edirsə, onda yaş artdıqca o, ardıcıl şəkildə yüksəlir və $40-49$ yaşlarda $37,8 \pm 2,2\%$ -ə çatır ($t=5,53$; $p<0,001$). Daha böyük yaş qruplarında siqaret çəkənin göstəricisi sabitləşmişdir – $37,4 \pm 2,3$ -dən $38,9 \pm 3,4\%$ həddində ($t=0,37$; $p>0,05$). AH olan və AH olmayan anketləşdirilənlər arasında tütünasililiğinin orta davam etmə müddəti fərqlənir və müvafiq olaraq $13,49 \pm 1,34$ və $8,81 \pm 1,21$ yaş təşkil edir ($t=2,59$; $p<0,01$).

Siqaret çəkmənin davametmə müddəti ilə yanaşı, AH ilə xəstələnmənin səviyyəsinə siqaret çəkmənin intensivliyi də güclü təsir göstərir. Bizim müayinələrdə ümumilikdə AH olan anketləşdirilənlər orta hesabla gün ərzində $19,81 \pm 0,8$ siqaret çəkmiş, kontrol qrupda o, $14,81 \pm 0,6$ siqaret/gün təşkil etmişdir ($t=5,00$; $p<0,001$). Siqaret çəkmənin intensivliyində belə əhəmiyyətli fərq bir daha bu sosial şərtlənmiş vərdişin AH-nin formalaşması riskini nə qədər artırdığını göstərir.

TA anketləşdirilən şəxslərin (1-ci qrup) $23,0 \pm 1,4\%$ -i öz sağlamlıqlarını qeyri-qənaətbəxş qiymətləndirmişlər, halbuki tütünasılı olmayan şəxslər arasında bu göstərici xeyli aşağı olmuş və $13,7 \pm 0,8\%$ şəxs təşkil etmişdir ($t=5,78$; $p<0,001$).

Son 2 il ərzində TA şəxslər arasında tibbi yardım üçün müraciətlərin (həkimlərin evə çağırışı, xəstələrin poliklinikalara getməsi) sayı 4025 hadisə təşkil etmiş və ya bir anketləşdirilən şəxsə $4,66 \pm 0,8$ müraciət olmuşdur. Tütünasılı olmayanlar arasında həmin dövr ərzində tibbi yardım üçün müraciətlər ümumilikdə 3451 hadisə və ya bir anketləşdirilən şəxsə $2,01 \pm 0,6$ müraciət təşkil etmişdir ($t=2,65$; $p<0,06$). Son 2 ildə anketləşdirilən şəxslərin 1-ci qrupunda stasionar yardım üçün 108 nəfər ($12,5 \pm 1,1\%$), 2-ci qrupda – 84 nəfər ($4,9 \pm 0,5\%$; $t=6,28$; $p<0,001$) müraciət etmişdir.

Deyilənlərdən aydındır ki, TA-ni AH-nin aparıcı risk amili qəbul etmək lazımdır və əhalinin TA-dan daha səmərəli azad edilməsinin yollarının axtarılması birincili və ikincili profilaktikanı daha effektiv şəkildə həyata keçirməyə imkan verir.

Alkoqol aludəçiliyi (AA) alkoqollu içkilər (Aİ) şəklində müasir dünya ölkələrində geniş yayılmışdır. Aİ-dən həddən artıq istifadə edilməsi və alkoqolizm nəticəsində vurulan böyük sosial və iqtisadi zərər bir çox dövlətlərin bu bəla ilə mübarizədə qəti qərarların qəbul edilməsi ehtiyacını yaratmışdır.

Həyata keçirilən prospektiv müayinələr göstərir ki, AA Bakı şəhərinin kişi populyasiyası arasında da geniş yayılmışdır. Yalnız 1192 anketləşdirilən kişidən 143-ü alkoqol statusuna (AS) görə içməyənlərə ($12,0 \pm 0,9\%$), qalan 1049 kişi ($87 \pm 0,9\%$) AA-nə aid edilmişdir. Lakin onlarda AS fərqlənmişdir, belə ki, onların $18,0 \pm 1,1\%$ -i qeyri-müntəzəm şəkildə alkoqoldan istifadə etmişlər ($t=4,23$; $p<0,001$), $24,2 \pm 1,2\%$ -i az içən ($t=3,80$; $p<0,001$), $29,3 \pm 1,3\%$ - orta dərəcə içən ($t=2,88$; $p<0,001$) və $16,5 \pm 1,1\%$ çox içən olmuşlar ($t=7,53$; $p<0,001$). Bununla yanaşı, AA göstəriciləri yaşlar üzrə sıx paylanmışlar.

Normadan çox – həftədə 84 q və ya sutkada 12 q-dan çox şərti etanol miqdarında alkoqoldan istifadə etdikdə başqa mənzərə meydana çıxır. Məsələn, göstərilən miqdarda alkoqoldan istifadə edən anketləşdirilən şəxslər arasında nəzarət olunan AH-nin səviyyəsi $30,9 \pm 3,0\%$ -ə qədər artır ($t=4,01$; $p<0,001$). Alkoqolun miqdarının getdikcə artması ($>24q/sut$) AH-nin səviyyəsinin yüksəlməsinə gətirib çıxarmır və o, $28,3 \pm 3,0\%$ təşkil edir ($t=0,61$; $p>0,05$). Göstərilən miqdarda alkoqoldan istifadə etdikdə nəzarət olunmayan AH-nin səviyyəsi müvafiq olaraq $37,2 \pm 3,8$ və $20,1 \pm 3,1\%$ ($t=3,49$; $p<0,001$), kontrol qrupda – $27,2 \pm 1,6$ və $12,3 \pm 1,2\%$ ($t=4,30$; $p<0,001$) təşkil edir. Yəni AH-nin formalaşması riski sutkada 12 q-dan çox miqdarda AA zamanı yaranır.

Orta riyazi göstəricilərin hesablanması göstərir ki, AH olan anketləşdirilən şəxslər ümumilikdə sutkada $19,5 \pm 0,9$ q miqdarda AA, o cümlədən nəzarət olunan AH ilə anketləşdirilən şəxslər – $22,6 \pm 1,5$ q/sut, nəzarət olunmayan AH ilə anketləşdirilən şəxslər – $17,3 \pm 1,8$ q/sut ($t=2,26$; $p<0,05$), kontrol qrupda olan anketləşdirilən şəxslər – $11,5 \pm 0,5$ q/sut ($t=7,76$; $p<0,001$) alkoqol istifadə edirlər.

ÜST-ün normativlərinə görə, *xörək duzunun (XD)* sutkada 6,0 q-dan çox istifadə edilməsi insanların sağlamlıq vəziyyətinə mənfi təsir göstərir. Son illər AH-nin formalaşmasında XD-nun rolunun qiymətləndirilməsinə həsr olunmuş tədqiqat işləri sürətləndirilmiş, lakin konkret nəticələr hələ alınmamışdır. Biz MNX-nin bazasında xüsusi aparatda duzun miqdarının təyin edilməsinə görə 265 xəstənin sidiyini müayinə etmişik.

Kontrol qrupda $77,8 \pm 5,7\%$ şəxs XD-nu ən az (<6 q/sut) istifadə edirlər, lakin onların arasında da $18,5 \pm 5,3\%$ şəxs XD-nu sutkada 6,0-11,9q ($\chi^2=37,98$; $p<0,01$), $3,7 \pm 2,2\%$ şəxs isə hətta 12,0 q-dan çox duz ($\chi^2=6,02$; $p<0,01$) istifadə edirlər, yəni XD belə böyük miqdarda heç də həmişə AH-nin formalaşmasına gətirib çıxarmır. XD-nin ən yüksək istifadəsi AH-nin klinik forması olan xəstələr arasında aşkar edilmişdir. Belə ki, onların arasında cəmi $17,4 \pm 4,1\%$ xəstə sutkada 6,0 q-dan az XD işlətməmişlər, müvafiq olaraq $34,9 \pm 5,2\%$ xəstə sutkada 6,0-11,9 q XD ($\chi^2=10,29$; $p<0,01$), $47,7 \pm 5,4\%$ xəstə isə sutkada 12,0 q-dan çox XD işlətməmişlər, yəni XD-nin sutkada 6,0 q-dan çox işlədilməsi AH ilə xəstələnmənin səviyyəsinin yüksəlməsinə gətirib çıxarır və XD-nin get-getdikcə normadan çox istifadəsi statistik əhəmiyyət daşıyır və yalnız XD-nin sağlamlığa zərərli təsirini ağırlaşdırır. Vəziyyət AH-nin yumşaq və mülayim formaları ilə xəstələr qrupunda daha qənaətbəxşdir, belə ki, onlardan $38,2 \pm 5,9\%$ xəstə XD-ni sutkada 6,0 q-dan az istifadə etmişlər, lakin eyni zamanda $36,8 \pm 5,9\%$ xəstə

XD-ni sutkada 6,0-11,9 q miqdarında ($\chi^2=0,08$; $p>0,05$), 25,0±5,3% xəstə isə sutkada 12,0 q-dan çox istifadə etmişlər ($\chi^2=2,20$; $p>0,05$). Hipertoniya-önü mənzərə olan xəstələr qrupunda vəziyyət daha əlverişlidir. Onların arasında 56,1±6,6% xəstə sutkada 6,0 q-dan az XD istifadə etmişlər, 29,8±6,1% xəstə müvafiq olaraq sutkada 6,0-11,9 q ($\chi^2=8,05$; $p<0,01$) və 14,0±4,6% xəstə sutkada 12,0q və daha çox XD istifadə etmişlər ($\chi^2=4,15$; $p<0,05$).

AH-nin klinik forması olan xəstələr qrupunda istifadə edilən XD-nin miqdarı sutkada 10,8±0,3 q-a bərabərdirsə, AH-nin yumşaq və mülayim forması olan xəstələr qrupunda o, sutkada 8,2±0,4 q-a qədər azalır ($t=5,20$; $p<0,001$). Bu qida əlavəsi hipertoniyaönü forma olan xəstələr qrupunda – 6,5±0,6 q/sutka ($t=2,36$; $p<0,05$) və xüsusilə kontrol qrupda daha da azalır - 4,6±0,7 q/sutka ($t=2,07$; $p<0,05$). Çox güman ki, XD-nin həddindən artıq istifadə edilməsi AH-nin formalaşması prosesini sürətləndirir və onun klinik gedişinin ağırlaşmasına səbəb olur. Bununla belə, XD-nin orqanizmə təsiri müstəqil (təklidə) formada baş vermir, yəni digər risk amilləri, xüsusilə də ABC və TA ilə birgə kombinasiyalarda meydana çıxır.

Amerika alimlərinin məlumatlarına görə, *şəkər istifadəsi (Şİ)* sutkada 30-40 q miqdarda orqanizm üçün zərərsizdir, hər hansı somatik xəstəlik olmadıqda Şİ-ni sutka ərzində 70 q-a qədər artırmaq olar [S.Gidding et al., 2009]. AH ilə əlaqədar bu məsələ praktik olaraq öyrənilməmişdir. Əldə etdiyimiz məlumatlara görə, kontrol qrupda bu göstərici orta hesabla 81,9±1,8 q/sutka, AH olan anketləşdirilənlər arasında müvafiq olaraq 97,1±2,3 q/sutka təşkil etmişdir ($t=5,21$; $p<0,001$). Bu zaman nəzarət olunan və nəzarət olunmayan AH ilə xəstələr arasında Şİ-nin qiymətlərindəki fərqlər o qədər də böyük deyildir – 98,9±2,6 və 92,1±3,2 q/sutka ($t=5,21$; $p>0,05$). Göründüyü kimi, kontrol qrupda olan anketləşdirilənlər də həmçinin şəkərdən həddən çox miqdarda istifadə edirlər, lakin bununla belə onların arasında AH müşahidə dövründə aşkar edilməmişdir. Görünür ki, şəkərin həddindən çox istifadəsi AH-nin inkişafında digər risk amilləri ilə birlikdə iştirak edir.

Stres çox geniş yayılmış və insanların sağlamlığını mənfi təsir göstərən risk amillərindən sayılır. Hər bir şəxs gündəlik həyatında bu və ya digər dərəcədə *emosional-stres təzahürlərinə (EST)* məruz qalır. Biz EST-nin inkişafına gətirib çıxaran 12 əsas səbəbi ayırd etmişik, onlardan kontrol qrupda olan anketləşdirilənlərin payına orta hesabla 3,05±0,18 səbəb, AH olan anketləşdirilənlərin – 6,32±0,21 səbəb düşür ($t=11,68$; $p<0,001$). AH-nin inkişafında və onun klinik mənzərəsinin ağırlaşmasında EST-nin iştirakı nəzarət olunan və nəzarət olunmayan AH ilə anketləşdirilən şəxslərin

göstəricilərində də aydın nəzərə çarpır $6,69 \pm 0,24$ və $5,64 \pm 0,33$ səbəb ($t=2,56$; $p<0,05$). Bu fərq sıra göstəricilərinin müqayisəsi zamanı Van-der-Varden meyarının dürust qiymətləri ilə təsdiq edilir ($X=6,22$; $p<0,01$).

Rider şkalasının köməyi ilə biz EST-nin «gücünü» ölçmüşük. Rider şkalası – müxtəlif stress əlamətlərini əks etdirən 7 sualdan ibarət sorğu toplusudur. Hər bir cavab 4 bal ilə qiymətləndirilir. Cəm 7 balda aşağı olduqda stressin gücü - «yüksək», 7-14 bal – müvafiq olaraq «orta», 14-21 bal - «aşağı» qiymətləndirilir, 21-28 bal olduqda – stres yoxdur. AH olan anketləşdirilən şəxslər arasında EST-nin ümumi səviyyəsinin orta qiyməti $8,71 \pm 0,26$ təşkil edirsə, onda AH olmayan anketləşdirilən şəxslər arasında o, xeyli yüksəkdir – $11,56 \pm 0,18$ bal ($t=8,91$; $p<0,001$) və ya 1,33 dəfə çoxdur. Nəzarət olunan AH və nəzarət olunmayan AH ilə anketləşdirilən şəxslər arasında qeyd edilən göstəricilərdəki fərq dürustdür – $8,14 \pm 0,36$ və $9,76 \pm 0,38$ bal ($t=3,31$; $p<0,001$). Eyni zamanda EST-nin inkişafının aşkar edilmiş səbəblərinin əksəriyyəti idarə olunan kimi qiymətləndirilir və əhali arasında aparılan izahat işi sayəsində, həmçinin ona hamıya məlum olan stressi özünü tənzimləmə üsullarının təklif edilməsi yolu ilə AH-nin formalaşmasında EST-nin risk amili kimi rolunu aşağı salmağa imkan verir.

ÜDX-nin *inkişaf riskinin toplanması (İRT)* konsepsiyası bu xəstəliklərin birincili profilaktikasının əsasını təşkil edir. ÜDX-nin İRT qiymətləndirilməsi məqsədilə avropada aparılan çoxsaylı populyasiya müayinələrinin əsasında SCORE şkalası hazırlanmışdır ki, onun istifadəsi göstərmişdir ki, ÜDX-nin inkişaf mexanizmi yalnız bir neçə əsas risk amillərinin birgə təsadüf etməsi və qarşılıqlı təsiri zamanı işə düşür. SCORE şkalası bizim tərəfimizdən AH-yə münasibətdə adaptasiya olunmuşdur, onun köməyi ilə AH-nin yuxarıda qeyd edilən 9 əsas risk amillərinin ekstensiv və intensiv təhlili aparılmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, AH olan hər bir anketləşdirilən şəxsə orta hesabla $6,31 \pm 0,9$ risk amili, kontrol qrupda isə hər anketləşdirilən şəxsə - müvafiq olaraq $3,04 \pm 0,15$ risk amili düşür ($t=3,63$; $p<0,001$). Nəzarət olunan AH və nəzarət olunmayan AH ilə anketləşdirilənlər arasında da həmçinin müəyyən dürust fərq vardır – müvafiq olaraq $6,75 \pm 0,22$ və $5,69 \pm 0,36$ risk amili ($t=2,94$; $p<0,01$). Təqdim olunmuş məlumatların interpretasiyası aşağıdakı kimi aparıla bilər. Orqanizmə 3 dominant risk amilinin kombinasiyalarının aktiv təsiri zamanı AH-nin formalaşması riski baş vermir. Onların sayının artması AH-nin inkişaf təhlükəsini yaradır. 5 risk amilinin aktivləşməsi zamanı AH-nin başlanğıc formalarının inkişaf etməsi baş verir, 6 və daha çox risk amilinin

aktivləşməsi zamanı isə xəstəlik klinik kəskin formaya keçir. Bu məlumatlar AH-nin effektiv monitorinqinin təşkili üçün vacibdir, belə ki, 3-dən çox risk amilinin aktivləşməsi qeyd edilən qrupları aşkar etməyə və onların arasında preventiv tədbirləri həyata keçirməyə imkan verir.

Beləliklə, AH-yə münasibətdə adaptasiya olunmuş SCORE şkalası ilk dəfə olaraq İRT-ni qiymətləndirməyə imkan vermişdir - çünki onun təsiri altında bu xəstəliyin formalaşması baş verir. Aparılan hesablamaların mühüm nəticəsi ondadır ki, əldə olunan məlumatlar AH-nin yüksək risk qruplarını obyektiv şəkildə ayırd etməyə imkan verir – onlara 4 dominant risk amillərindən ibarət kombinasiyaların aktivləşməsi qeyd edilən şəxslər aiddir. Heç olmasa 1 risk amilinin aradan qaldırılması AH-nin inkişaf ehtimalını azaldır. Halbuki əlavə olaraq 1 risk amilinin qoşulması AH-nin inkişaf etməsinə gətirib çıxarır. Yəni AH-nin müalicəsi və profilaktikasında gözlənilən nəticələrə nail olmaq üçün yüksək risk qruplarının aşkar edilməsinə və onlar üzərində monitorinqin təşkil edilməsinə, həmçinin göstərilən risk amillərinin aktivliyinin azaldılması üzrə əhali arasında adekvat izahat işinin aparılmasına ehtiyac yaranmışdır ki, bu da İRT-nin azalmasına gətirib çıxaracaqdır.

“Arterial hipertenziyanın müalicəsi və profilaktikasına dair əhalinin kafi meylliliyinin olmamasının sosial-davranış aspektləri”. Populyasiya səviyyəsində AH ilə mübarizə proqramlarındakı uğursuzluqlar əsasən əhalinin tibbi müraciətlərinin kafi olmaması, AH-nin müalicə və profilaktikasına meylliliyinin aşağı olması ilə əlaqədardır. Bu vəziyyətin əsasını bir sıra səbəblər təşkil edir, onlardan ən mühümü - əhalinin çox zəif tibbi məlumatlılığı sayılır. Məsələn, hətta nəzarət olunan AH qrupunda həkimlərlə saxlanılan daimi əlaqələrə baxmayaraq, yalnız 18,4±2,0% anketləşdirilən şəxs tam informasiyaya malik olmuş, 12,6±1,7%-də onun səviyyəsi zəif ($t=2,21$; $p<0,05$) olmuşdur. Anketləşdirilənlərin əksəriyyətində məlumatlılıq səviyyəsi orta – 37,7±2,5% ($t=6,03$; $p<0,001$), anketləşdirilənlərin 31,3±2,4%-də o, kafi ($t=1,84$; $p>0,05$) olmuşdur. Nəzarət olunmayan AH ilə anketləşdirilənlər qrupunda və kontrol qrupda vəziyyət daha da əlverişsizdir – onların arasında məlumatlılıq səviyyəsinin göstəriciləri olduqca oxşardır. Belə ki, müvafiq olaraq 30,7±3,2 və 36,9±1,9% şəxsdə məlumatlılıq səviyyəsi zəif ($t=1,67$; $p>0,05$), 18,9±2,7 və 21,4±1,6% anketləşdirilən şəxsə AH haqqında məlumat ümumiyyətlə yoxdur ($t=0,80$; $p>0,05$).

Tibbi informasiyanın ən prioritet mənbəyi həkimlərdir, onları 51,1±1,4% anketləşdirilən şəxs göstərmişdir, sonra televizor – 37,3±1,4%

($t=6,97$; $p<0,001$) və ətrafdakılar (kolleqalar, qonşular, qohumlar) – $22,8\pm 1,2\%$ sayılır ($t=7,88$; $p<0,001$). Radio, qəzet, jurnal və tibbi ədəbiyyatın tibbi informasiya mənbəyi qismində göstərilməsi tezliyi $9,8\pm 0,9\%$ -dən yüksək deyildir ($t=8,67$; $p<0,001$).

AH-nin müalicə və profilaktikasına aşağı meylliliyin digər səbəbi əhaliyə göstərilən poliklinika yardımında yol verilən qüsurlardır. Anketləşdirilənlərin fikirləri ilə tanışlıq göstərmişdir ki, tibbi yardımın münasibliyi orta hesabla $32,6\pm 0,4$ bal (maksimum 45 bal olmaqla), məmnunluq – $32,7\pm 0,3$ bal, məlumatlılıq – $32,8\pm 0,3$ bal ilə qiymətləndirilmişdir. Belə aşağı qiymətlər poliklinikanın fəaliyyətində həddən çox yüklənmə və təşkilində yol verilən qüsurlar ilə şərtlənmişdir. Belə ki, 2 növbəli iş günü ərzində 1 terapevtə orta hesabla $15,4\pm 0,4$ müraciət olunur ki, bu da $2,6\pm 0,3$ görüşün növbəti günlərə keçirilməsi ilə nəticələnmişdir.

Bir görüşün davam etmə müddəti orta hesabla $18,3\pm 1,1$ dəqiqə, laborator prosedurların sayı – $2,3\pm 0,3$ vahid təşkil edir. Ən çox müraciət olunan gün çərşənbə və cümə axşamıdır – bu zaman müvafiq olaraq $18,6\pm 0,8$ və $19,3\pm 0,8$ müraciət olunmuş ($t=0,62$; $p>0,05$), digər günlərə – $4,4\pm 0,5$ və $4,1\pm 0,4$ görüş keçirilmiş ($t=0,52$; $p>0,05$), görüşlərin davam etmə müddəti – $12,3\pm 0,8$ və $13,8\pm 0,9$ dəqiqəyə qədər azalmışdır ($t=1,25$; $p>0,05$). Şənbə günü bu göstəricilər müvafiq olaraq $10,6\pm 0,5$ görüş ($t=8,51$; $p<0,001$), $1,2\pm 0,2$ görüş ($t=6,59$; $p<0,001$) və $21,3\pm 1,3$ dəqiqə təşkil etmişdir ($t=5,98$; $p<0,001$). Bu zaman AH-nin müxtəlif formaları olan anketləşdirilənlər tibbi yardımın təkmilləşdirilməsinə dair orta hesabla $5,73\pm 0,19$ müsbət cavab vermişlər. Yəni asanlıqla həyata keçirilən təşkilati tədbirlər vasitəsilə poliklinikaların fəaliyyətini təkmilləşdirmək, əhali üçün onun münasibliyini yüksəltmək və bununla da tibbi müraciətlərin vaxtında aparılmasına nail olmaq mümkündür.

O xəstələr (şəxslər) AH-nin müalicə və profilaktikasına meylli sayılırlar ki, Moriski-Qrin metodikası üzrə 4 suala müsbət cavab verir və ümumilikdə 4 bal (hər cavaba 1 bal olmaqla) toplayırlar.

Müalicəyə meyllilik kifayət qədər aşağı olmuşdur. Hətta nəzarət olunan AH qrupunda müalicəyə meylli anketləşdirilən şəxslərin cəmi $42,0\pm 2,6\%$ -i olmuşdur ki, bu, onların həkimlərlə daima əlaqə saxlamasına baxmayaraq nəzərə çarpmışdır. Müalicəyə meyllilik göstəricisi nəzarət olunmayan AH qrupunda xeyli aşağı olmuşdur – $6,1\pm 1,6\%$ anketləşdirilən şəxs ($t=11,7$; $p<0,001$), həmçinin kontrol qrupda – $10,6\pm 1,2\%$ anketləşdirilən şəxs ($t=2,25$; $p<0,05$). Ümumilikdə 1-ci qrupda müalicəyə meylliliyin yekun qiymətləndirilməsi $3,02\pm 0,3$ bal, 2-ci qrupda – $2,24\pm 0,5$ bal ($t=3,07$;

$p < 0,01$), 3-cü qrupda – $2,29 \pm 0,2$ bal təşkil etmişdir ($t = 0,09$; $p > 0,05$). Müalicəyə meylliyin kəmiyyət göstəriciləri və AH ilə xəstələnmənin davam etmə müddəti arasında kifayət qədər müsbət korrelyasiya asılılığı aşkar edilmişdir ($r = +0,78 \pm 0,17$). Belə ki, əgər xəstəliyi 1 il davam etmə müddətinə malik anketləşdirilən şəxslər arasında o, $0,77 \pm 0,37$ bal təşkil edirsə, onda $15 \geq$ ildən çox davam edən anketləşdirilən şəxslər arasında o, $3,76 \pm 0,28$ bala çatır ($t = 6,50$; $p < 0,001$).

Anketləşdirilənlərin meylliliyini aşağı salan 14 səbəb aşkar edilmişdir. Onlardan ən çox – dərmanların alınması zamanı maddi çətinliklər, dərmanların qəbulunun yaddan çıxarılması və qeyri-müntəzəm qəbul edilməsi, müalicə kursunun uzanması və ona əməl edilməsinin zəruriliyi, yeni dərmanların təyin edilməsi, müalicə nəticəsində ağırlaşmaların baş verməsi qorxusu, onun effektivliyinə inamsızlıq kimi səbəblər göstərilmişdir. Anketləşdirilənlərin müxtəlif qruplarında bu səbəblərin tezliyi $24,3 \pm 2,2$ -dən $45,3 \pm 3,4\%$ hüdudunda dəyişmişdir ($t = 5,19$; $p < 0,001$). Kəmiyyət hesablamaları göstərmişdir ki, 1-ci qrupda olan anketləşdirilənlərə orta hesabla $2,23 \pm 0,8$ səbəb, 2-ci qrupa $6,23 \pm 1,3$ səbəb ($t = 2,63$; $p < 0,01$), 3-cü qrupa – $7,08 \pm 0,6$ səbəb səciyyəvidir ($t = 0,58$; $p > 0,05$). Kişi və qadınların payına $5,45 \pm 0,6$ və $5,44 \pm 0,6$ səbəb düşür. Göründüyü kimi, AH-nin müalicəsi və profilaktikasına meylliliyin artması qeyd edilən səbəblərin modifikasiyası yolu ilə tamamilə mümkündür.

“Poliklinika səviyyəsində AH-yə nəzarət və müalicənin təkmilləşdirilməsinə dair təkliflərin əsaslandırılması”. Müasir dövrdə AH «poliklinika» səviyyəli problem kimi qəbul edilir, çünki səhiyyənin belə «xalq» idarələrində AH-nin birincili və ikincili profilaktikası aparılır və onun effektivliyi çox vaxt həkimlərin peşəkarlığından asılıdır. Ona görə də, ərazi poliklinikalarının həkimlərinin (terapevtlərin) AH-yə münasibətdə peşə əlamətlərinin tədqiqi və onların korreksiyası aktual əhəmiyyət kəsb edir. Bu məqsədlə biz fərdi şəkildə və anonim qaydada AH-nin əsas risk amillərinə dair geniş məlumatları əks etdirən (birincili profilaktika) xüsusi anket vasitəsilə şəhər poliklinikalarının 226 terapevtini sorğuya cəlb etmişik. Cavablar 4 bal ilə qiymətləndirilmişdir. İzahat işindən sonra aparılan təkrar anket sorğusu elə bu həkimlər arasında 22-28 aydan sonra həyata keçirilmişdir.

Sorğu aparılmış həkimlərin məlumatlılığı orta hesabla $2,64 \pm 0,22$ bal (4 mümkün bal) təşkil edir. Həkimlərlə saxlanan daimi əlaqələr ona imkan vermişdir ki, risk amilləri üzrə onların məlumatlılığı 22-28 aydan sonra $3,72 \pm 0,16$ bala qədər artmışdır ($t = 4,00$; $p < 0,001$). Həkimlər xəstələr

və poliklinikaya gələn vətəndaşlar arasında risk amillərinin korreksiyasına dair tədbirləri aktiv şəkildə həyata keçirməyə başlamışlar.

Mütəxəssislərin yekdil fikirləri ona əsaslanır ki, hazırkı dövrdə AH-nin birincili və ikincili profilaktikası müştərək, bir-birini tamamlayan xarakter daşmalıdır. AH-nin ikincili profilaktikasının həyata keçirilməsi üçün həkimlərin ixtiyarında AT-ni aşağı salan və müxtəlif təsir mexanizminə malik və 5 qrupa aid olan AHV-nin geniş spektri vardır ki, bu da əksər hallarda hətta yüksək AT-ni normallaşdırmağa imkan verir.

Poliklinikalarda 316 həkimin anket sorğusu zamanı əldə olunan nəticələr göstərir ki, $7,0 \pm 1,4\%$ -dən $13,3 \pm 1,9\%$ -ə qədər terapevt antihipertenziv preparatların 1 qrupundan istifadə etməmişlər ($t=2,67$; $p<0,001$). Əsasən diuretiklərdən istifadə edilmişdir – $54,4 \pm 2,8\%$.

β -adrenoblokatorların (BB) istifadə tezliyi aşağı olmuş və $21,2 \pm 2,9\%$ təşkil etmişdir ($t=8,24$; $p<0,001$). Həmçinin kalsium antoqonistlərinin (KA) – $12,0 \pm 1,8\%$ ($t=2,69$; $p<0,01$), angiotenzinçevirən fermentin inhibitorlarının (AÇFİ) – $7,0 \pm 1,4\%$ ($t=2,19$; $p>0,05$) və angiotenzinə qarşı reseptorların blokatorlarının (ATRB) istifadə tezliyi də aşağı olmuşdur – $5,4 \pm 1,3\%$ ($t=0,84$; $p>0,05$).

Antihipertenziv vasitələrin istifadəsinə poliklinikada işləyən terapevtlərin professional stajı da təsir göstərir. Peşə stajı 10 ildən az olan həkimlər daha çox AÇFİ və ATRB-dən istifadə edirlər – $31,1 \pm 7,0$ və $26,7 \pm 6,7\%$ ($\chi^2=0,38$; $p>0,05$). Antihipertenziv vasitələrin digər qruplarının istifadə edilməsi tezliyi $15,6 \pm 5,5\%$ -dən yüksək deyildir ($\chi^2=1,67$; $p>0,05$). Peşə stajı 10-19 il olan həkimlərin də bu qrupdan olan preparatların istifadə tezliyi təxminən eynidir – $20,6 \pm 5,0$ və $30,2 \pm 5,8\%$ ($\chi^2=1,51$; $p>0,05$), onların tezliyi peşə stajı 20-29 il olan həkimlərdə daha aşağıdır ($\chi^2=3,88$; $p<0,05$) – $11,9 \pm 3,2$ və $7,9 \pm 2,7\%$ ($\chi^2=0,83$; $P>0,05$). Peşə stajı 30-39 il, 40 il və daha çox olan həkimlər isə ümumiyyətlə öz təcrübəsində angiotenzinçevirən fermentin inhibitorları qrupu preparatlarından və angiotenzinə qarşı reseptorların blokatorlarından istifadə etmirlər, onlar üstünlüyü diuretiklərə verirlər – $43,2 \pm 5,8$ və $66,7 \pm 8,3\%$ ($\chi^2=5,01$; $P<0,05$). Göründüyü kimi, daha gənc həkimlər AH-nin profilaktikası və müalicəsinə dair daha müasir məlumatlara malikdirlər, daim öz biliklərini təkmilləşdirir, kompüterdən istifadə edirlər, İnternetdən daim tibbi informasiyanın axtarışındadırlar. Ona görə də praktik fəaliyyətlərində onlar AH-nin müalicəsində daha effektiv və təhlükəsiz müasir antihipertenziv vasitələrdən istifadə edirlər. Lakin, ümumilikdə qeyd etmək olar ki, AH-nin yerli poliklinikalarda müalicəsi beynəlxalq standartlardan xeyli geridə qalır.

Hazırda AH-yə dair Yeni Avropa tövsiyələrinə (2013) müvafiq olaraq kombinasiyalı müalicənin (RAAS – renin, antigotenzin, aldosterin sistemi və KA – kalsium antoqonistləri) təyin edilməsi məqsədəuyğun sayılır və yüksək riskə malik xəstələrdə AT-ni yaxşı nəzarətdə saxlamaqla aspirin təyin edilməsinə göstəriş vardır. Bizim şəraitdə 316 yerli terapevtədən yalnız 81-i (25,6±2,5%) bu tövsiyələrlə tanışdır, 43 həkim xəstələrə kombinə olunmuş müalicə təyin etmiş (13,6±1,9%) və cəmi 28 həkim (8,9±1,65%) aspirin təyin etdikdə müasir tövsiyələri nəzərə almışlar. Yaranmış vəziyyətin əsas səbəbi müvafiq təlimat və əmrlərə əməl edilməsi zərurətidir ki, bu da həkimlərin şəxsi təşəbbüslərini məhdudlaşdırır. Aparıcı ölkələrin təcrübəsinə əsasən, biz AH-nin müalicəsi zamanı AHV-dən istifadə edən həkimlərin mükafatlandırılmasını məqsədəuyğun hesab edirik.

AH-nin müalicəsinə xəstələrin meylliliyinin yüksəldilməsi zamanı aşağıdakılar mühüm əhəmiyyət kəsb edir: birincisi – xəstələrin AT-yə özünü nəzarət vəziyyətinin və bunun yerinə yetirilməsinə mane olan səbəblərin dürüst qiymətləndirilməsi, ikincisi – ev şəraitində AT-yə özünü nəzarət üzrə xəstələrin motivasiyasını yüksəldən münasib üsulların axtarılması. Cəmi 28,3±2,3% xəstənin tonometrleri vardır və onlar AT-yə nəzarət etmişlər, bu zaman 40,8±5,9% xəstədə AH ilə xəstələnmə müddəti 10 ildən artıq olmuşdur ($\chi^2=4,11$; $p<0,05$).

Bakı şəhərində olan apteklərdə cəmi 22 ölkənin istehsal etdiyi tonometrlər satılır, lakin daha çox 8 ölkənin tonometrlərindən istifadə edilir. Maddi vəziyyətlə əlaqədar xəstələr çox vaxt Asiya ölkələrində - Hindistan, İran, Çin, Cənubi Koreyada istehsal edilən daha ucuz tonometrləri alırlar, onların istifadə tezliyi – 17,4±4,1-dən 20,0±4,3%-ə qədər dəyişir ($\chi^2=0,56$; $p>0,05$). Halbuki Almaniyada istehsal edilən tonometrlərin alınmasının tezliyi cəmi 4,7±2,3% ($\chi^2=9,38$; $p<0,01$), Yaponiyada – 5,2±2,5% ($\chi^2=0,42$; $p>0,05$) təşkil edir. Rusiyada və Türkiyədə istehsal olunan daha bahalı tonometrlər yuxarıdakı göstəricilər arasında ortalama vəziyyətdədir – 7,8±3,1-dən 9,3±3,2%-ə qədər ($\chi^2=1,33$; $p>0,05$). Halbuki nəzarət olunan AH olan xəstələr çox vaxt Almaniyada istehsal edilən tonometrlərə üstünlük verirlər – 26,9 ±4,1% ($\chi^2=5,76$; $p<0,02$).

AH olan xəstələrdə AT-nin ölçülməsi zamanı yol verilən texniki səhvlərin müqayisəli xarakteristikası aşağıdakı nəticələri göstərmişdir. İlk öncə onu qeyd edək ki, yekun məlumatlara əsasən Almaniyada və Yaponiyada istehsal olunan tonometrlərdə daha az səhvlərə yol verilir – müvafiq olaraq 1,82±0,12 və 2,25±0,14 mm.c.süt. ($t=2,39$; $p<0,05$). Rusiyada – 4,44±0,13 mm.c.süt. ($t=12,28$; $p<0,001$), həmçinin Türkiyədə –

4,61±0,13 mm.c.süt. ($t=0,94$; $p>0,05$) istehsal olunan tonometrlərdə bir qədər çox səhvlərə yol verilmişdir. Asiya ölkələrində istehsal olunan tonometrlərlə AT-nin ölçülməsi zamanı yol verilən xətalər ən yüksək olmuş və orta hesabla – 8,05±0,18 mm.c.süt. və daha çox ($t=15,64$; $p<0,01$) təşkil etmişdir. Tamamilə aydındır ki, Asiya ölkələrində istehsal edilən tonometrlər üçün (nisbətən ucuz olduqları üçün əhali onlara daha çox üstünlük verir) səciyyəvi olan xətalərin belə yüksək səviyyəsi həkim səhvlərinə gətirib çıxara bilər, AH-yə nəzarətə və müalicənin effektivliyinə təsir göstərə bilər. Ona görə, AT-yə özünü nəzarət üçün daha keyfiyyətli tonometrlərin seçilməsi məsələsinə həkimlər lazımı diqqət ayırmalıdır.

“Populyasiya səviyyəsində AH-nin profilaktikasının effektivliyinin yüksəldilməsinin elmi əsasları”. AH-nin birincili profilaktikası – poliklinika şəbəkəsinin funksiyasıdır, onun həyata keçirilməsi üçün həkim-kadr potensialı, etibarlı diaqnostik sistem və AHV-nin effektiv geniş çeşidi vardır. Poliklinikaların başlıca vəzifəsi AH olan xəstələrin tibbi xidmətlə tam əhatə olunması, onların sağlamlığının, iş qabiliyyətinin və həyat keyfiyyətinin qorunması və ən əsası AH-nin ağır fəsadlarının (infarkt, insult və s.) baş verməsi təhlükəsinin qarşısının alınması sayılır ki, bu da AH-nin üçüncü profilaktikanın mahiyyətini təşkil edir. Lakin xəstələrə göstərilən tibbi xidmətdə meydana çıxan çatışmazlıqlar, onların vaxtında tibbi yardım üçün müraciətlərinin, həkimlərin təyin etdikləri bütün müalicə prosedurlarını yerinə yetirmələrinə və AH-nin profilaktikası üzrə fərdi preventiv tədbirlərin aparılmasına meylliliyin aşağı olması nəticəsində AH-nin birincili profilaktikasında uğurlar qazanmaq mümkün deyildir. Təsadüfi deyildir ki, təhlil edilən AH ilə 947 hadisədən 403-ü (42,6±1,6%) antketləşdirmə yolu ilə aşkar edilmişdir (nəzarət olunmayan AH).

AH – sosial asılı xəstəlikdir və insanın yaşayış mühitinin amilləri kompleksinin təsiri altında onun formalaşmasının baş verdiyini nəzərə alaraq, biz AH-nin birincili profilaktikasının effektivliyinin yüksəldilməsi məqsədilə ilk dəfə xəstəliyin yekun inkişaf riskini hesablamışıq. Nəticədə yerli şərait üçün dominant 9 risk amili ayırd edilmişdir - ABC, ÜX, AA, XD, TA, Şİ, FA, EST, QME. Müəyyən edilmişdir ki, AH-nin inkişaf riskinin aradan qaldırılması üçün bu risk amillərindən 5-nin modifikasiya olunması kifayətdir. Poliklinika şəraitində AH-nin profilaktikasının effektivliyinə bu yanaşmanın təsirini öyrənmək üçün AH olan 437 xəstə arasında 3 il ərzində müxtəlif üsullar sınaqdan keçirilmişdir.

Xəstələrə ayrılıqda AHV-nin təyin edilməsi və ya risk amillərinin modifikasiyası AT-nin sabit azalmasına gətirib çıxarmır, o, yalnız bu

tədbirlərin birgə tətbiqi zamanı baş verir. Belə ki, 3 il ərzində SAT-ın orta qiyməti – 125,2±1,4-dən 111,3±1,6 mm.c.süt. qədər ($t=6,53$; $p<0,001$), DAT – 81,2±1,1-dən 72,8±0,8 mm.c.süt. qədər ($t=6,18$; $p<0,001$) azalmışdır.

Risk amillərinin modifikasiyasına yüksək motivasiya olunmuş xəstələr arasında cəmi 5,1±1,6% AH-nin təkrar hadisələri müşahidə edilmişdir, halbuki bu amillərin modifikasiyasına qismən motivasiya olunmuş xəstələr arasında onların sayı 11,4±1,7% hadisəyə qədər ($\chi^2=6,08$; $p<0,02$), motivasiya olunmamış xəstələr arasında isə 18,9±2,4% hadisəyə qədər ($\chi^2=6,47$; $p<0,02$) artmışdır.

Əgər AH-nin birincili profilaktikasının tam həcmdə həyata keçirilməsi (monitorinq, müalicə və risk amillərinin modifikasiyası) fərdi xarakter daşıyır və müəyyən dərəcədə həkimlə xəstənin bir-birini başa düşməsindən və birgə fəaliyyətindən asılıdırsa, onda poliklinika xidmətinin ən mühüm funksiyası - AH-nin ikincili profilaktikasının həyata keçirilməsi, yəni populyasiya səviyyəsində xəstəliyin yayılmasının qarşısının alınması hesab edilir. AH-nin inkişafının ilk dəfə hesablanmış yekun riski (hansı ki, 9 dominant risk amilindən 5-nin modifikasiyası AH-nin inkişafını məhdudlaşdırdığını göstərir) bizə AH-nin ikincili profilaktikasının həyata keçirilməsinə dair tədbirlər kompleksini hazırlanmağa imkan vermişdir – bu kompleks əhali arasında risk amillərinin modifikasiyası tədbirləri üzrə geniş izahat işinin aparılmasını nəzərdə tutur və birincili profilaktikanın yuxarıda şərh olunan tədbirləri ilə oxşardır. Yəni ilk dəfə olaraq profilaktikanın hər iki komponenti üçün vahid tədbirlər kompleksi təklif edilir. AH olmayan şəhər əhalisinin qeydə alınmış qrupları üzərində uzun müddət ərzində (3 ildən çox) müşahidə aparmaqla kompleksin effektivliyinin sınaq aparılması aparılmış və poliklinika xidməti üçün onun münasibliyi öyrənilmişdir.

Belə ki, müşahidə olunan şəxslərin 1-ci qrupunda (risk amillərinin modifikasiyasına yüksək dərəcədə motivasiyalı) 3 il ərzində cəmi 5,1±1,6% yeni AH hadisəsinin formalaşması qeyd olunmuş və onların hamısı klinik baxımdan nəzərə çarpmamış və poliklinika müalicəsinin sayəsində tamamilə aradan qaldırılmışlar. Müşahidə olunan şəxslərin əsas risk amillərinin modifikasiyası üzrə (2-ci qrup) qismən motivasiyası zamanı vəziyyət daha əlverişsiz xarakter alır. Belə ki, 3 il ərzində onların arasında AH-nin 11,4±1,7% yeni klinik nəzərə çarpmayan halları ($\chi^2=6,08$; $p<0,02$) qeyd olunmuş, eyni zamanda 2,4±0,8% halda AH-nin klinik nəzərə çarpan hadisələri formalaşmışdır. Birinci halda müalicənin effektivliyi 84,2±2,0%,

ikinci halda – $75,0 \pm 16,4\%$ təşkil etmişdir. Lakin AH-nin klinik nəzərə çarpmayan yeni formalarında $15,8 \pm 2,0\%$ halda postterapevtik residivlər müşahidə edilmişdir, AH-nin klinik nəzərə çarpan yeni formalarında isə 3residivlərin sayı – $25,0 \pm 16,4\%$ hadisə təşkil etmişdir. Heç bir halda hospitalizasiya aparılmamışdır.

Müşahidə altında olan şəxslərin 3-cü qrupunda, yəni risk amillərinin realizasiyasına motivasiya olunmamışlarda vəziyyət daha da əlverişsizdir. 3 müşahidə ili ərzində onların arasında $18,9 \pm 2,4\%$ klinik nəzərə çarpmayan yeni AH hadisələri formalaşmışdır ($\chi^2=6,47$; $p<0,02$). Onların arasında həmçinin AH-nin yeni klinik nəzərə çarpan formaları daha çox aşkar edilmişdir – $6,6 \pm 1,5\%$ hadisə ($\chi^2=6,51$; $p<0,02$), müalicənin effektivliyi azalmış və residivlərin sayı artmış, $1,2 \pm 0,7\%$ şəxs isə hospitalizasiya olunmuşdur.

Beləliklə, ilk dəfə AH-nin ikincili profilaktikasının populyasiya səviyyəsində həyata keçirilməsinin reallığı sınaqdan keçirilmişdir. Onun əsasını poliklinika şəbəkəsinin AH üzərində daima monitorinq aparmasına hazır olması, AH-nin dominant risk amillərinin formalaşmasının elmi cəhətdən əsaslandırılması, risk amillərinin modifikasiyası və sağlamlıq vəziyyətinə özünə nəzarət üzrə əhali arasında anlaşılan dildə izahat işinin aparılması təşkil edir.

NƏTİCƏLƏR

1. Şəhər əhalisi arasında AH-nin yayılması səviyyəsi orta hesabla $36,6 \pm 0,9\%$ təşkil edir ($15,6 \pm 0,7\%$ hadisədə nəzarət olunmayan AH), 20-70 yaş intervalında o, $17,7 \pm 2,4$ -dən $49,0 \pm 3,5\%$ -ə qədər artır və qadınlar arasında kişilərə nisbətən yüksəkdir – $39,5 \pm 1,3$ və $33,3 \pm 1,4\%$. $38,3 \pm 1,6\%$ halda irsən ötürülə bilər (əsasən atalarla). Nəzarət olunmayan AH zamanı AH-nin birinci simptomatikası haqqında məlumatlılığın tezliyi $4,37 \pm 0,38$ cavab, nəzarət olunan AH zamanı – $8,96 \pm 0,35$ cavab, kontrol qrupda – $1,54 \pm 0,22$ cavab təşkil edir. AH-nin fonunda HK göstəricisi $52,8 \pm 1,1$ bala bərabərdir, iş qabiliyyətini itirmə - $12,9 \pm 0,5$ gün/il təşkil edir.
2. AH – sosial asılı xəstəlikdir, əhalinin sosial yaşayış mühitinin 12 komponenti aşkar edilmişdir ki, onlar AH-nin yayılması üçün əlverişli şərait yaradır. AH olan anketləşdirilənlər arasında bu komponentlərin göstəriciləri AH olmayanlara nisbətən 1,36-2,52 dəfə pisdır. Kompo-

nentlərin formalaşmasına anketləşdirilənlərin təhsil səviyyəsi və sosial-peşə yönümü təsir göstərir.

3. AH-nin formalaşmasına şərait yaradan 9 dominant risk amilləri aşkar edilmiş, onların keyfiyyət və kəmiyyətcə qiymətləndirilməsi həyata keçirilmişdir. Risk amillərinin əsas parametrləri bunlardır: ABCÇ - AH olan anketləşdirilənlər arasında orta hesabla $28,8 \pm 0,8 \text{ kq/m}^2$, kontrol qrupda olan anketləşdirilən şəxslər arasında – $26,1 \pm 0,2 \text{ kq/m}^2$, FA – müvafiq olaraq $28,3 \pm 1,2$ və $38,5 \pm 0,7$ dəq/gün; ÜX – $7,15 \pm 0,3$ və $4,13 \pm 0,2$ mmol/l; QME – $3436,7 \pm 12,4$ və $2790,5 \pm 11,2$ kkal/sutka; TA (kişilər arasında) – $19,81 \pm 0,8$ və $14,81 \pm 0,6$ siqaret/gün; AA – $19,5 \pm 0,9$ və $11,5 \pm 0,5$ q/sutka; XD – $9,4 \pm 0,3$ və $4,6 \pm 0,7$ q/sutka; Şİ – $97,1 \pm 2,3$ və $81,9 \pm 1,8$ q/sutka; EST – $8,71 \pm 0,26$ və $11,56 \pm 0,18$ bal; göstəricilər arasındakı fərqlər statistik cəhətdən dürüstdür.
4. AH olan anketləşdirilən şəxslər arasında aşkar edilmiş əsas risk amillərinin orta göstəriciləri beynəlxalq və ya hazırkı tədqiqat işinin gedişində müəyyən olunmuş normativlərdən çoxdur, AH olmayan anketləşdirilənlər arasında onlar norma həddindədirlər. Lakin elə hallar vardır ki, birincilər arasında risk amillərinin müxtəlif göstəriciləri normadan yüksək qalxmır, ikincilər arasında isə, əksinə, ondan yüksəkdirlər. Yəni risk amillərindən heç biri müstəqil şəkildə AH-nin formalaşmasına gətirib çıxarmır.
5. Anketləşdirilən şəxslərin fiksə olunmuş qruplarında ABCÇ, FA, ÜX və QME korreksiyasına dair işlənib hazırlanmış tövsiyələrin həyata keçirilməsi təqribən 2 il ərzində AT-nin sabit azalmasına imkan verir. Əsas risk amillərinin modifikasiyası aparılmadan AH-nin müalicə və profilaktikasının effektivliyi çox aşağıdır. Təqribən 3 il ərzində anketləşdirilənlərin fiksə olunmuş qruplarının müşahidə olunması aşağıdakıları üzə çıxarır: ABCÇ-nin azalması SAT-nin sabit enməsinə gətirib çıxarır – $174,5 \pm 3,7$ -dən $124,4 \pm 4,5$ mm c.süt.-a qədər və DAT – $96,6 \pm 2,5$ -dən $73,1 \pm 2,2$ mm c.süt.-a qədər; FA-nin intensivləşməsi $50,3 \pm 4,1\%$ xəstələrin sağalmasına səbəb olmuşdur; ÜX-nin $7,15 \pm 0,3$ -dən $4,62 \pm 0,4$ mmol/l-ə qədər azalması SAT-nin $159,5 \pm 3,1$ -dən $136,7 \pm 3,3$ mm c.süt.-a qədər, DAT-nin $89,7 \pm 1,2$ -dən $73,3 \pm 1,4$ mm c.süt.-a qədər enməsinə imkan verir; QME-nin $2500,0$ kkal/sutka səviyyəsində sabitləşməsi AHV-nin effektivliyini yüksəldir; TA, AA, XD, Şİ və EST modifikasiyası AH-nin müalicəsinin effektivliyinə müsbət təsir göstərir.
6. İlk dəfə istifadə edilən uyğunlaşdırılmış beynəlxalq SCORE şkalası AH-yə münasibətdə YİR təyin etməyə imkan verir. Orqanizmə 4 risk

amillərinin birgə təsiri zamanı AH-nin formalaşması riski yaranır, 5 risk amilinin təsiri zamanı AH-nin başlanğıc mərhələləri inkişaf edir, 6 və daha çox risk amilləri təsir etdikdə isə xəstəlik klinik nəzərə çarpan gedişə malik olur.

7. Əhalinin AH-nin müalicə və profilaktikasına meylliliyini aşağı salan 14 səbəb aşkar edilmişdir, nəzarət olunan AH ilə anketləşdirilən şəxslər arasında onların sayı orta hesabla $2,23 \pm 0,8$ səbəb, nəzarət olunmayan AH-da – $6,23 \pm 1,3$ səbəb, AH olmayanlarda – $7,08 \pm 0,6$ səbəb təşkil edir. Hazırkı vəziyyət 2 cəhətlə bağlıdır, birincisi – natamam tibbi məlumatlılıq: poliklinikaların cəmi $18,4 \pm 2,0\%$ daimi xəstəsi bu məlumatlara tam mənasilə malik olmuşlar. İkincisi – əhaliyə göstərilən tibbi xidmətdə aşkar edilən çatışmamazlıqlar: onun münasibliyi – $32,6 \pm 0,4$ bal, məmnunluq – $32,7 \pm 0,3$ bal, məlumatlılıq – $32,8 \pm 0,3$ bal ilə qiymətləndirilmişdir. İş günü ərzində terapevtə orta hesabla $15,4 \pm 0,9$ gediş (müraciət) olur, onlardan $2,6 \pm 0,3$ müraciət başqa günə keçirilir, həkimə müraciətin orta davam etmə müddəti $18,3 \pm 1,1$ dəqiqə, laborator prosedurların sayı isə – $2,3 \pm 0,3$ vahid təşkil edir.
8. AH-nin birincili profilaktikasının həyata keçirilməsi üzrə poliklinika terapevtlərinin ixtisas əlamətləri orta hesabla $2,64 \pm 0,22$ bal, izahat-təşkilatı işin aparılmasından 22-28 ay sonra o, $3,72 \pm 0,16$ bala qədər artmışdır. AH-nin birincili profilaktikasının yerinə yetirilməsi zamanı terapevtlər AHV-nin bütün 5 qruplarından istifadə etmişlər, lakin bu zaman $54,4 \pm 2,8\%$ halda diuretiklərə üstünlük verilmişdir. AHV-nin təyin edilməsinin xarakterinə terapevtlərin peşə stajı təsir göstərir, onların daha cavanları çox vaxt müasir AHV-dən istifadə edirlər. Beynəlxalq standartlara uyğun olaraq, yalnız $13,6 \pm 1,9\%$ terapevt AHV-nin kombinasiyasını və $8,9 \pm 1,1\%$ göstərişə əsasən aspirin təyin edirlər.
9. AH-nin birincili və ikincili profilaktikasının yerinə yetirilməsində AT-yə özünənəzarət mühüm rol oynayır. Lakin yalnız $28,3 \pm 2,3\%$ xəstənin tonometrləri vardır ki, onlar 22 adda və 8 ölkədə hazırlanmışlar. Əsasən Asiya ölkələrində hazırlanmış daha ucuz tonometrlər alınır – $17,4 \pm 4,1\%$ halda, nəinki Almaniya və Yaponiyada hazırlanmış daha bahalı tonometrlər – $4,7 \pm 2,3\%$ -dən az. Lakin birincilərin istifadəsi zamanı AT-nin ölçülməsində xətalara yol verilirsə – orta hesabla $8,05 \pm 0,18$ mm c.süt.-a qədər, onda ikincilərin istifadəsi zamanı bu xətalər $2,25 \pm 0,19$ mm c.süt.-dan yüksək olur.

PRAKTİKİ TÖVSIYƏLƏR:

1. Müasir şəraitdə AH poliklinika səviyyəli problemdir və onun müsbət həlli əsasən daimi məqsədyönlü populyasiya monitorinqinin təşkilindən və ilk növbədə AH üzrə risk qruplarının hamısının əhatə olunması dərəcəsindən asılıdır. Bu qruplara aiddir: anamnezdə valideynlərinin nəzarət olunan AH olan şəxslər (xəstələr); tibbi müraciətləri və AH-nin müalicə və profilaktikasına meylliliyi aşağı olan şəxslər (xəstələr); 9 dominant risk amillərindən (ABC, FA, ÜX, QME, TA, AA, EST, XD, Şİ) 5-nin fəal olduğu şəxslər (xəstələr);
2. Əhalinin fikrinin nəzərə alınmasının əsasında poliklinika tibbi xidmətinin təkmilləşdirilməsi üçün aşağıdakı təşkilati tədbirlərin həyata keçirilməsi məqsədəuyğundur: AH-yə münasibətdə həkimlərin ixtisas əlamətlərinin yüksəldilməsi: AH-nin müalicəsi zamanı AHV-nin kombinasiyalarının və aspirinin istifadəsinə dair müasir Avropa standartlarına (2014-cü ilə) uyğun olan təlimatlarla həkimlərin təmin edilməsi; poliklinikaya müraciətlər zamanı vaxtında xidmətin göstərilməsi üzrə kadr hazırlığının səmərələşdirilməsi, növbələrin qısaldılması və həkimə müraciətlərin vaxtının başqa günə keçirilməsinin azaldılması, həkimə gedişlərin, ambulator kartların, həkimlərin müalicə-diaqnostik təyinatlarının kompüterdə tərtib olunması; müraciət edənlərlə əks əlaqənin planlaşdırılması və üsulları.
3. Əhali arasında AH-nin risk amilləri və sağlamlıqlarına özünə nəzarətin vacibliyi haqqında məlumatlılığının artırılması üzrə izahat işinin aktivləşməsi. Poliklinikaya müraciət edənlərin AT, ABC, FA, QME, XD, Şİ-yə nəzarət üsullarının öyrədilməsi, siqaretçəkmənin intensivliyinin azaldılması və özlərinin stress təzahürlərinin aradan qaldırılması.
4. AH-nin effektiv birincili və ikincili profilaktikasının aparılması məqsədilə təklif olunan metodika üzrə AH-nin yekun inkişaf riskinin hesablanması və onun əsasında AH-nin formalaşmasının dominant risk amillərinin aşkar edilməsi. Müasir AHV-nin təyin edilməsi ilə birlikdə yuxarıda qeyd edilən 9 risk amilindən 5-nin modifikasiyası üzrə xəstələrin yüksək motifikasiyasının əldə olunması AH-nin müalicəsinin effektivliyini xeyli artırır və AT-nin məqsədli səviyyəsini (birincili profilaktika) davamlı şəkildə saxlayır. Risk amillərinin modifikasiyası

populyasiya səviyyəsində də (ikincili profilaktika) АН-nin yeni hadisələrinin yaranmasını məhdudlaşdırmağa imkan verir.

DƏRC OLUNMUŞ İŞLƏRİN SİYAHISI:

1. Влияние интенсивности и продолжительности курения на уровень заболеваемости артериальной гипертонии / Professor İ.Ə.Axundovun 110 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı, 2007, str.25-27.
2. Социально-гигиенические аспекты артериальной гипертензии среди городского населения. Сообщение 1. Особенности распространенности артериальной гипертензии // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2008, №4, str.47-51 (соавт. Чобанов Р.Э.)
3. От экономического инфантилизма к маркетингу и менеджменту / Əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, professor Tağı Ələkbər oğlu Tağızadənin 85 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi-praktik konfransın materialları. Bakı, 2008, str. 111-113 (соавт. Пашаева П.Г.)
4. Избыточная масса тела как фактор риска развития гипертонической болезни / Материалы II межрегиональной конференции. Иркутск, 15-16 мая 2008, str. 15-16 (соавт. Чобанов Р.Э., Лифтиев Р.)
5. Характер распространенности табакокурения среди населения г.Баку / Professor Zərifə Ağarza qızı Zeynalovanın anadan olmasının 75 illiyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı, 2008, str. 72-73.
6. Наследственное предрасположение – как один из факторов заболеваемости гипертонической болезнью // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2009, №2, str.106-109 (соавт. Чобанов Р.Э.)
7. Избыточная масса тела – как ведущий фактор риска артериальной гипертонии // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2009, №3, str. 100-103 (соавт. Чобанов Р.Э.)
8. Влияние табако-зависимости на формирование артериальной гипертонии // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2009, №4, str.94-97 (соавт. Чобанов Р.Э., Бабаев П.Н.)
9. Состояние информативности и отношения к здоровью среди лиц с артериальной гипертонией // Sağlamlıq, 2009, № 4, str.159-165.

10. Характер связи потребления алкоголя с уровнем заболеваемости артериальной гипертонии среди взрослого населения г.Баку // Sağlamlıq, 2009, № 8, стр.58-62.
11. Влияние пищевого поведения населения на уровень заболеваемости артериальной гипертонии // Azərbaycan Onkologiya və Nematologiya Jurnalı, 2009, № 2, стр.74-76.
12. Влияние избыточной массы тела на уровень артериального давления у пациентов с артериальной гипертонией и сердечно-сосудистыми заболеваниями // Международный Медицинский журнал. Украина, 2009, № 4, Том 15, стр. 38-41 (соавт. Мустафаев М.К.)
13. Сравнительный анализ современных рекомендации по первичной и вторичной профилактике артериальной гипертонии / Abbas Əhməd oğlu Axunbəyli 110 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları, 2009, стр. 314-322 (соавт. Чобанов Р.Э., Мустафаев М.К.)
14. Особенности формирования гипертонии в зависимости от интенсивности употребления поваренной соли / International Journal on Immunorehabilitation, XIV Международный конгресс по реабилитации в медицине и иммунореабилитации. Тель-Авив, Израиль, Том11. № 1,17-20 октября 2009, стр.62
15. Взаимная активность факторов риска формирования артериальной гипертонии / Артериальная Гипертензия, Материалы конференции: «Высокотехнологичные методы диагностики и лечения заболеваний сердца, крови и эндокринных органов», 15 том, приложение №1, 2009, стр.115-116 (соавт. Чобанов Р.Э.)
16. Влияние избыточной массы тела на результативность контроля целевого уровня артериального давления среди пациентов с артериальной гипертонией и сердечно-сосудистой заболеваемостью // Sağlamlıq, 2010, № 3, стр.66-69 (соавт. Мустафаев М.К.)
17. Влияние пищевого поведения на формирование артериальной гипертонии среди взрослого населения / Azərbaycan Tibb Universitetinin 80 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq elmi konfransın materialları, Bakı-2010, стр. 507-508 (соавт. Нагиева Р.Г.)

18. Оценка роли физической активности в заболеваемости населения гипертонической болезнью // *Azərbaycan Tibb Jurnalı*, 2011, №2, стр. 80-83.
19. Контроль холестерина на поликлиническом уровне в профилактике артериальной гипертонии и сердечно-сосудистой заболеваемости // *Curierul medical*, Молдова, 2011, №4(322), стр.8-11 (соавт. Мустафаев М.К.)
20. Результативность проспективного исследования при определении качества жизни пациентов с артериальной гипертонией // *Вісник проблем біології і медицини*, г. Полтава, 2011, №2, том 3(86), стр.40-43.
21. Влияние злоупотребления поваренной солью на заболеваемость населения артериальной гипертонией // *Світ медицини та біології*, г. Полтава, 2011, №2, стр. 88-90.
22. Суммарная оценка доминантных социально-поведенческих факторов риска формирования артериальной гипертонии // *Терапевтический Вестник*, г.Алматы, 2011, № 4(32), стр.6-7.
23. Роль пищевого поведения в формировании избыточной массы тела и ожирения взрослого населения г. Баку // *Международный Медицинский Журнал*. Харьков, 2011, № 2(66), том 17, стр.65-68 (соавт. Лифтиев Р.Б.)
24. Состояние отношения к соблюдению здорового образа жизни пациентов с артериальной гипертонией / *Научные труды III Съезда физиологов СНГ «Физиология и здоровье человека»*, Ялта, Украина 1-6 октября 2011, Москва – Ялта, Медицина – Здоровье 2011, стр. 232.
25. Значимость самоконтроля артериального давления в повышении приверженности пациентов к лечению артериального давления // *Світ медицини та біології*, г. Полтава, 2012, №2, стр.82-84 (соавт. Бабаев А.Д., Гамзаев М.А.)
26. Эффективность пробы острой гипоксии при выявлении латентных форм артериальной гипертонии при популяционных обследованиях // *Медицинские Новости*, Беларусь, 2012, №11(218), стр.80-82 (соавт. Бабаева А.Д.)
27. Социально-поведенческие аспекты недостаточной приверженности населения к лечению и профилактике артериальной гипертонии // *Семейная Медицина*, г.Киев, 2012, № 4, стр. 11-13 (соавт. Гамзаев М.А., Бабаева А.Д.)

28. Спектр мнений населения по организации амбулаторной медицинской помощи населению относительно артериальной гипертонии // Вісник проблем біології і медицини, г. Полтава, 2012, №2, том 2(93), стр. 228-231.
29. Семейная приуроченность артериальной гипертонии / Аллергология и Иммунология, том 13, №1, 2012, стр. 62.
30. Организационные меры по коррекции профилактического поведения пациентов с артериальной гипертензией в условиях поликлиники //Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2013, № 4, стр. 110-117.
31. Особенности пищевого поведения и его роль в формировании артериальной гипертонии среди населения г.Баку // Сибирский Медицинский Журнал, 2013, №2, том 117, г. Иркутск, стр.79-81.
32. Сравнительная характеристика технических ошибок при измерении артериального давления больными артериальной гипертонией // Вестник Российской Военно-Медицинской Академии, Россия, 2014, № 2(46), стр.73-76.
33. Изучение состояния информированности населения по вопросам профилактики артериальной гипертензии // Казанский Медицинский Журнал, Казань, 2014, №4, том 95, стр.562-566.
34. Зависимость эффективности антигипертензивной терапии от приверженности к лечению пациентов с артериальной гипертонией (по результатам проспективных исследований) / Ə.T.Ağayevin anadan olmasının 65 illiyinə həsr edilmiş elmi konfransın materialları, Bakı, 2009, стр.25-30.
35. Artıq bədən çəkisinin korreksiyası üzrə əhalinin motivasiyasının qiymətləndirilməsi / Tibb elmləri doktoru Əzəm Təyyar oğlu Ağayevin anadan olmasının 70 illiyinə həsr edilmiş elmi konfransın materialları (ictimai sağlamlıq və səhiyyə), III cild, Bakı, 2014, səh.12-15 (həmmüə. Nağıyeva R.Q., Lıftiyev R.B.).
36. Основные факторы риска формирования артериальной гипертонии, их взаимная активность и суммарная оценка / Tibb elmləri doktoru Əzəm Təyyar oğlu Ağayevin anadan olmasının 70 illiyinə həsr edilmiş elmi konfransın materialları (ictimai sağlamlıq və səhiyyə), III cild, Bakı, 2014, səh.179-184. (həmmüə. Бабаева А.Д., Мехтиева А.Ф.
37. Социально-поведенческие аспекты недостаточной приверженности населения к лечению и профилактике артериальной гипертонии / Напрямки реалізації європейської стратегії здоров'я

2020 в Україні, г. Полтава, 29-30 травня 2014 року, стр.7-8 (соавт. Гамзаев М.А.)

38. Совершенствование системы контроля профилактики артериальной гипертензии и сердечно-сосудистой заболеваемости / 2nd International scientific conference: «Theoretical and Applied Sciences in the USA, NewYork, USA, February 5, 2015, p.11-14 (соавт. Мустафаев М.К.)

АНАР АЗАМ оглы АГАЕВ

**ПОПУЛЯЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.БАКУ, ЕЕ ВЕДУЩИЕ
ФАКТОРЫ РИСКА И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ
ПОДХОДЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ**

РЕЗЮМЕ

Артериальная гипертония (АГ) – это поликлиническая проблема и ее позитивное решение зависит от полноценности медицинского обслуживания населения, целенаправленного мониторинга, лечения и профилактики этого заболевания. Однако, несмотря на огромные прилагаемые усилия, заболеваемость АГ продолжает неуклонно возрастать за счет пожизненного хронического течения и омоложения заболевания, и она по-прежнему серьезно угрожает здоровью, трудоспособности и качеству жизни населения. Основной причиной является то, что АГ – это социально зависимое заболевание и поэтому без модификации образа жизни населения ее лечение, несмотря на широкий ассортимент антигипертензивных средств, и тем более профилактики не приносит желаемых результатов. В связи с тем выявление региональных личностно-поведенческих особенностей населения и воздействующих на него доминантных факторов риска и изыскание механизмов по их модификации признается необходимой основой для рационализации и повышения эффективности первичной и вторичной профилактики АГ.

Цель работы – изучение закономерностей распространения АГ и доминантных факторов риска формирования АГ, путей по совершенствованию медицинского обслуживания населения и модификации его образа жизни и научное обоснование организационных мер по первичной и вторичной профилактике АГ.

В своеобразных природно-климатических, социально-экономических и национально-этнических местных условиях выявлены особенности распространения АГ, ее возрастная и половая структура, вероятность наследственной передачи, воздействие на КЖ и трудоспособность населения.

Подтверждена социальная обусловленность АГ, выделены и оценены значимые компоненты социальной среды обитания, создающие благоприятные стартовые условия для распространения АГ.

Произведена качественная и количественная оценка факторов риска формирования АГ, определены их нормативные значения и механизмы модификации.

Показано, что воздействие на факторы риска способствует повышению эффективности лечения, стабильному и стойкому снижению показателей АД и предотвращает формирование новых случаев заболевания.

Относительно АГ адаптирована шкала SCORE для определения СРР и выявлены варианты сочетаний факторов риска, создающих стартовые условия развития АГ и утяжеления ее клинического течения.

Выявлены социально-поведенческие и организационные причины низкой приверженности населения к лечению и профилактике АГ, обусловленные с его недостаточным уровнем медицинской информированности и изъянами в обслуживании на поликлиническом уровне.

Количественно оценены квалификационные признаки терапевтов по реализации первичной и вторичной профилактики АГ в условиях поликлиник.

Подчеркнута важность самоконтроля АД в повышении эффективности лечения АГ, правильного подбора тонометров и обучения пациентов и групп риска нормативам их пользования.

ANAR AZAM AGAYEV

POPULATION CHARACTERISTICS OF ARTERIAL HYPERTENSION AMONG POPULATION OF BAKU, ITS MAJOR RISK FACTORS AND SOCIAL-HYGIENE APPROACHES FOR PREVENTION

SUMMARY

AH-is polyclinics problem and its positive solution depends on full value of medical service, aimful monitoring, treatment and prophylactics of this disease. However, apart from great efforts, AH morbidity go on increasing due to life-time chronic course and rejuvenation of the disease and it is still dangerous for health, work ability and the quality of the population life. The main reason of AH is that it is social dependent disease and so without modification of population life-style, despite of wide variety of antihypertensive drugs and prophylactics we can't succeed. In connection with revealing regional individual and behavioral traits of population and the dominant risk factors influencing on it and finding the mechanisms on their modification is admitted as necessary base for rationalization and increase of efficiency of the first and the second AH prophylactics.

The aim of the work is to study the regularities of AH spread and dominant risk factors of AH formation, methods of improving of medical service and modification of life-style and scientific grounding of organization measures on the primary and secondary AH prophylactics.

In specific natural and climatic, social economic, and national and ethnic local conditions, the traits of AH spread (arterial hypertension), its age and sex structures, probability of heredity, impact on QL and workability of population was revealed.

Social conditionality of AH was confirmed important components of social surroundings (medium), creating favorable starting conditions for AH spread, were identified and estimated,.

Qualitative and quantitative estimation of risk factors of AH formation was performed and its normative value and mechanism of modification were determined.

It was shown, that influence on risk factors contributes to the efficiency of treatment, stable and steady decrease of AD indexes and prevent the formation of new cases of disease.

Due to AH scale of SCORE was adapted for determination CPP and variants of risk factors combination, forming start conditions for the development of AH and aggravation of its clinical course were revealed.

Socio-behavioral and organization reasons of low adherence of population to the treatment and prophylactics of AH due to their insufficient medical information and faults in polyclinics service.

Professional traits of therapist were estimated quantitatively on realization of primary and secondary prophylactics of AH in polyclinics.

The importance of self-control of AH was underlined for increase of AH treatment efficiency, as well as correct choice of tonometers and teaching patients and AH risk groups to use them.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

На правах рукописи

АНАР АЗАМ оглы АГАЕВ

**ПОПУЛЯЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.БАКУ, ЕЕ ВЕДУЩИЕ
ФАКТОРЫ РИСКА И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ
ПОДХОДЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ**

3212.01 – Здравоохранение и его организация

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

БАКУ – 2016