

СУРУНКАЛИ ЮРАК ҚОН-ТОМИР ВА НАФАС ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ МАВЖУД ШАҲАРДА ЯШОВЧИ БЕМОРЛАРНИНГ ДАВОЛАНИШГА МОЙИЛЛИКЛАРИНИ ЎРГАНИШ (САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА)

Ш. А. Хусинова¹, Ж. А. Ризаев¹, А. Г. Гадаев²

¹Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд,

²Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: юрак-қон томир касалликлари, соғлиқни сақлаш тизими, артериал гипертензия, юрак ишемик касаллиги, сурункали юрак етишмовчилиги, бронхиал астма, ўпканинг сурункали обструктив касаллиги, даволанишга бўлган мойиллик.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, система здравоохранения, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, приверженность к лечению.

Key words: cardiovascular diseases, healthcare system, arterial hypertension, coronary heart disease, chronic heart failure, bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease, adherence to treatment.

Мақолада Самарқанд вилояти мисолида шаҳар худудида яшовчи аҳолининг кўп учрайдиган юрак-қон томири ва нафас йўллари касалликлари бўйича даволанишга бўлган мойилликлари ўрганилган. Ушбу кўрсаткич жаҳонда кенг қўлланиладиган Мориски-Грин сўровномаси ёрдамида баҳоланди. Беморнинг даволанишга бўлган паст мойиллиги, кўрсатмаларга риоя қилмаслик сабаблари кўрсатилган. Улар шифокор ва бемор ўртасидаги муносабатларнинг етарли эмаслиги билан бевосита боғлиқ. Сурункали касалликларни самарали бошқариш нафақат тиббий муолажалар сифатини оширишни, балки беморларнинг даволаниш жараёнида фаол иштирокини ҳам талаб қилади. Шу сабабли ушбу йўналишдаги ҳаракатларни амалий тиббиётга замонавий технологияларни интеграциясини жадаллаштириш мақсадга мувофиқ.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДАХ (НА ПРИМЕРЕ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ)

Ш. А. Хусинова¹, Ж. А. Ризаев¹, А. Г. Гадаев²

¹Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,

²Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

В статье на примере Самаркандской области изучена приверженность городского населения к лечению наиболее распространенных сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний. Этот показатель оценивался с помощью широко используемого в мире опросника Мориски-Грина. Выявлены низкая приверженность пациентов к лечению и причины несоблюдения назначений. Они напрямую связаны с недостаточным взаимодействием между врачом и пациентом. Эффективное управление хроническими заболеваниями требует не только повышения качества медицинских процедур, но и активного участия пациентов в процессе лечения. Поэтому целесообразно ускорить интеграцию современных технологий в практическую медицину в этом направлении.

STUDYING THE ADHERENCE TO TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART-VASCULAR AND RESPIRATORY DISEASES LIVING IN CITIES (IN THE EXAMPLE OF SAMARKAND REGION)

Sh. A. Khusinova¹, J. A. Rizaev¹, A. G. Gadayev²

¹Samarkand state medical university, Samarkand,

²Tashkent state medical university, Tashkent, Uzbekistan

The article examines the city's population's commitment to treating the most common cardiovascular and respiratory diseases using Samarkand region as an example. This indicator was assessed using the Morisky-Green questionnaire, widely used in the world. Patients' low adherence to treatment and reasons for non-compliance with prescriptions were identified. They are directly related to the insufficient interaction between the doctor and the patient. Effective management of chronic diseases requires not only improving the quality of medical procedures but also the active participation of patients in the treatment process. Therefore, it is advisable to accelerate the integration of modern technologies into practical medicine in this area.

Қириш: Сурункали касалликларни салбий оқибатлар билан якунланишининг кўп сонли сабаблари орасида беморларни даволанишга бўлган мойилликлари ва шифокорлар томонидан уларга мавжуд касалликни умум қабул қилинган стандарт, самараси исботланган дориларни буюришлари билан боғлиқ. Уларнинг кейингиси тўғрисида мунтазам кўп сонли тадқиқотлар ўтказиб, унинг натижалари илмий журналларда ва интернет тармоқларида мунтазам муҳокама қилиб борилади. Лекин беморларни даволанишга мойилликларига бағишланган тадқиқотлар жуда кам ва республикамиздаги тиббиётга бағишланган илмий манбаларда деярли учрамайди.

Жаҳон соғлиқни сақлаш экспертлари тавсияларига кўра даволашга мойиллик деганда «беморларни шифокор томонидан буюрилган дориларни мунтазам, керакли дозалар ва ораликларда қабул қилишлари» назарда тутилади. Унинг самарадорлигини ошириш беморлар саломатликларига у ёки бу алоҳида тиббий муолажаларни такомиллаштиришдан кўра кўпроқ самара бериши кўрсатилган. Даволанишга мойиллик – бу мураккаб жараён ҳисобланиб, катор ўзаро таъсир қилувчи, шу жумладан, бемор-шифокор муносабатлари, соғлиқни сақлаш тизими, дорилар билан ўтказилган муолажалар, мавжуд касалликни кечиш хусусиятлари, ҳамда ижтимоий-иқтисодий омилларга боғлиқ [7].

Ушбу муаммонинг муҳим аҳамиятга эга эканлиги илк марта Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан 2003-йилда эълон қилинган бўлиб, ривожланган мамлакатларда сурункали касалликларга чалинган беморларни узоқ муддатли даволанишга мойилликлари ўртача 50%, ривожланаётган мамлакатларда эса бундан ҳам камлиги кўрсатилган [1].

Шифокор тавсияларини бажаришга бўлган мойиллик муаммолари тиббиётнинг илк даврларидан маълум бўлган ва унинг отаси Гиппократ томонидан кўрсатилган. Кейинроқ буюк бобокалонимиз Абу Али ибн Сино асарларида ҳам беморлар табиб тавсияларини аниқ бажаришлари муҳим аҳамиятга эга эканлиги қайд этилган.

Лекин беморларни даволанишга мойилликлари ва унга таъсир қилувчи омилларни илмий нуқтаи назардан ёндошиб ўргана бошланганлигига ҳамда унга бағишланган мақола эълон қилинганга ярим асрдан кўпроқ вақт ўтди. Ундан кейинги даврда ушбу муаммога бағишланган илмий тадқиқотлар сони тобора ошиб бормоқда.

Ҳозирги вақтда шифокор тавсияларига амал қилмаслик ёки уни қоникарли бажармаслик барча касалликлар учун ўз исботини топган хавф омили ҳисобланади. Чунки бундай ҳолат муолажалар самарадорлигини камайтиради, унга кетадиган харажатларни кўпайтиради, турли хил асоратлар юзага келиш эҳтимолини оширади, касаллик оқибатига ва ҳаёт давомийлигига салбий таъсир кўрсатади [1,3]. Айниқса узоқ муддат кечадиган, баъзан бир умр давога муҳтож сурункали касалликларга чалинган беморлар учун бу муаммо муҳим аҳамиятга эга [1,5,6].

Шу ўринда ўтказилган кўп сонли илмий ишларда даволанишга мойилликни катор ўзига хос хусусиятлари мавжудлиги кўрсатилган. Авваламбор уни ифодалашда турли хил иборалардан фойдаланилиши аниқланди ва бу унинг муҳим аҳамиятга эканлигини кўрсатади [9]. Иккинчидан, унга турли хил омиллар таъсир қилиши ва бу ҳолат муаммони ҳал қилишни мураккаблаштирилиштиради. Шу билан бир қаторда ҳозирга қадар уни аниқлашни «олтин усули», яъни мойилликни оширишнинг универсал стратегияси яратилмаган.

Беморларни даволанишга мойилликларини ўрганишга бағишланган илмий ишларда «compliance» (инглиз тилиданг таржимаси мувофиқлик) атамасидан фойдаланилган ва лекин ҳозир ушбу ибора тобора камроқ ишлатилади. Кейинроқ «врач-бемор» моделида «concordance» (инглиз тилидан таржимада келишиш ёки келишувчанлик) атамасидан фойдаланилган. Ҳозирги вақтда юқоридаги ҳар иккала атамани сиқиб чиқарган «adherence» (инглиз тилидан таржимаси мойиллик) сўзидан фойдаланилади. Шифокор томонидан тавсия этилган муолажалар давомийлигини ифодалаш даражасини кўрсатиш учун «persistence» (инглизчадан таржимаси қатъиятлик) ибораси ишлатилади [2].

Юқоридагилар билан бир қаторда врач тавсияларини онгли равишда бажармаслик, беморни шифокор тавсияларини бажаришга тайёрлиги ёки врач қабулига боришдан олдин уларни бажариши ва бошқалар [3,4,5].

Даволанишга мойилликларни ташхислашни ҳозирга қадар юқорида такидлаганимиздек «олтин стандарти» мавжуд эмас. Тавсия этилган усулларнинг бирортаси ҳам мутлақ ишончли эмас. Улар шартли равишда бевосита ва билвосита турларга ажратилади. Бевоситасига турли биологик ажралмаларда (қон, сўлак, пешоб ва бошқалар) тавсия этилган препаратлар ва уларни метаболитларининг концентрациясини аниқлаш киради. Лекин бевосита усуллар мураккаб, кунлик амалиётда қўллаш учун қимматбаҳо, ундан ташқари этик-юридик ҳолатлар билан боғлиқ бўлиб текшириш учун бемор розилиги керак. Шу сабабли, улар илмий тадқиқот кузатувларда бемор розилиги олингандан кейин амалга оширилади. Даволанишга мойилликни билвосита турларига беморни анкета сўровномасини тўлдиришлари, уларни кундалик ўз-ўзларини назорат қилиш дафтари

ёрдамида, фойдаланилган дориларни ёки ёзилган ва сотилган дориларни санаш, турли хил физиологик маркерларни баҳолаш, препарат кутисига электрон чиплар ўрнатиш, ошқозонда фаоллашадиган микросенсорлардан фойдаланиш киради. Сўнгги усуллар объектив бўлса ҳам таннари жуда баланд. Шу сабабли кундалик амалиётда қўллаш имконияти чегараланган [9].

Ҳозир амалиётда Мориски-Грин сўровномаси, Мориски даволанишга мойилликни баҳолаш сўровномаси, Мартин-Бауарте-Грин сўровномаси ва бошқалардан фойдаланилади. Уларнинг ҳар бири ўзига хос камчиликлар ва устунликларга эга [8].

Артериал гипертензия, юрак ишемик касаллиги ва улар билан боғлиқ сурункали юрак етишмовчилиги ҳамда нафас аъзолари хасталиклари, жумладан, ўпканинг сурункали обструктив касаллиги, бронхиал астма бутун жаҳонда, шу жумладан, Республикамизда ҳам кенг тарқалган патологик ҳолатлар ҳисобланади. Афсуски, ушбу касалликларда беморларнинг даволанишга бўлган мойилликлари, уни пастлигига олиб келувчи сабаблар бирламчи тизим шифокорлари томонидан қайд этилган хасталикларда самараси исботланган стандарт даволаш усулларига амал қилиш даражаси ўрганилмаган. Шу сабабли ушбу муаммоларни ҳал қилишга бағишланган тадқиқотлар долзарб ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: Самарқанд шаҳридаги бирламчи тиббий санитария ёрдами тиббиёт муассасалари шароитида кенг тарқалган сурункали касалликларга чалинган беморларнинг даволанишга мойилликларини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва услублари: Тадқиқотимизга Самарқанд шаҳрида истиқомат қилувчи гипертония касаллиги (ГК), юрак ишемик касаллиги (ЮИК), сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ), бронхиал астма (БА), ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) аниқланган 994 нафар беморни жалб этдик. Уларнинг ўртача ёши $57,4 \pm 4,3$ ёш, бўлиб 415 нафар эркак ва 579 нафар аёллардан иборат бўлди. Шундан гипертония касаллиги 201, юрак ишемик касаллиги 192, сурункали юрак етишмовчилиги 192, бронхиал астма 209, ўпканинг обструктив касаллиги мавжуд 200 нафар беморлар кузатувга олинди. Илмий ишда олдимизга қўйилган мақсад ва вазифаларга мос равишда бирламчи тиббий санитария ёрдами тиббиёт муассасалари шароитида кенг тарқалган сурункали касалликларга чалинган беморларнинг даволанишга мойилликлари Мариоски-Грин сўровномаси (MMAS-8) ёрдамида баҳоланди. Қуйидаги 1-жадвалда жаҳонда кенг қўллаш тасия этилган ва умумтан олинган Мариоски-Грин сўровномаси келтирилган.

Тадқиқот натижаларининг таҳлили. Сурункали касалликларда умумқабул қилинган ва тавсия этилган муолажаларни беморлар томонидан тўлиғича қабул қилинмаслиги, яъни даволанишга бўлган мойилликнинг пастлиги ёки уларни шифокорлар томонидан стандартлар бўйича буюрилмаслиги ҳозирги вақтда тиббиётнинг муҳим муаммоларидан

1 жадвал.

Беморларни даволанишга мойиллигини аниқлаш учун қўлланиладиган
Мориски-Грин сўровномаси.

№	Саволлар	Жавоб, балл	
		Ҳа	Йўқ
1	Сиз дори воситаларини қабул қилишни унутган ҳолатлар бўладими?	0	1
2	Сўнгги 2 ҳафта ичида сиз дори воситаларини қабул қилмаган кунлар бўлди?	0	1
3	Мабодо навбатдаги дори воситасини қабул қилгандан сўнг ўзингизни ёмон сезсангиз, врач билан келишмасдан дори дозасини камайтирган ёки умуман қабул қилмаган ҳолатлар бўладими?	0	1
4	Агар уйдан узоқ муддат сафарга кетсангиз, қабул қилаётган дорингизни ўзингиз билан олишни унутган ҳолатлар бўладими?	0	1
5	Тавсия этилган дориларни кеча қабул қилмадингизми?	0	1
6	Мабодо ўзингизни яхши сезсангиз ёки таҳлиллар (анализлар) натижалари ижобий бўлса, дори воситасини қабул қилмаган ҳолатлар бўладими?	0	1
7	Шифокор тавсия этган схемада дори воситаларини қабул қилиш сиз учун мураккабми?	0	1
8	Тавсия этилган дориларни ўз вақтида қабул қилиш тез-тез мураккаблик туғдирадими? 0 балл – доимо, 1 балл – деярли доимо, 2 балл – баъзан, 3 балл – камдан-кам, 4 балл – ҳеч қачон.	0-4	

Изоҳ: 8 балл = юқори мойиллик, 6–7 балл = ўртача мойиллик, <6 балл = паст мойиллик

бири ҳисобланади. Ушбу халқанинг барча бўғимларининг бузилишини катта аҳамиятга эғалигини инобатга олиб шаҳар ҳудудида яшовчи беморларнинг даволанишга бўлган мойилликларини Мориски Грин сўровномаси ёрдамида солиштирма ўргандик ва олинган натижалар 1 расмда келтирилган.

Расмда келтирилганидек, гипертония касаллиги мавжуд беморларда ўтказилган сўровнома натижаларига кўра шаҳар аҳолиси орасида даволанишга бўлган мойиллик 6.0 ± 0.26 , юрак ишемик касаллигида 6.2 ± 0.4 , сурункали юрак етишмовчилигида 6.0 ± 0.25 , бронхиал астмада 6.6 ± 0.3 , ўпканинг сурункали обструктив касаллигида 6.4 ± 0.3 баллга тенг бўлди.

Ўтказилган сўровномада Самарқанд шаҳрида юрак қон-томир касалликларига чалинган беморларни даволанишга бўлган мойилликлари ўрта даражада эканлиги аниқланди. Шу ўринда шаҳарда яшовчи аҳоли орасида сўровнома натижалари бронхиал астма ва ўпканинг сурункали обструктив касаллиги билан оғриган беморларда нисбатан юқори даражада эканлигини алоҳида такидлаш лозим.

Маълумки, даволанишга бўлган мойилликга қатор ташки, ички, бошқариб бўладиган ва бошқариб бўлмайдиган омиллар таъсир кўрсатади. Уларни ўрганиш ва бартараф этиш муҳим амалий аҳамиятга эга. Ушбу нуқтаи назардан кузатувда бўлган барча беморларни даволанишга бўлган мойилликларига таъсир этувчи баъзи омилларни яъни овқатланиш тартиби, зарарли одатлари ҳамда хавф омилларини солиштирма ўргандик.

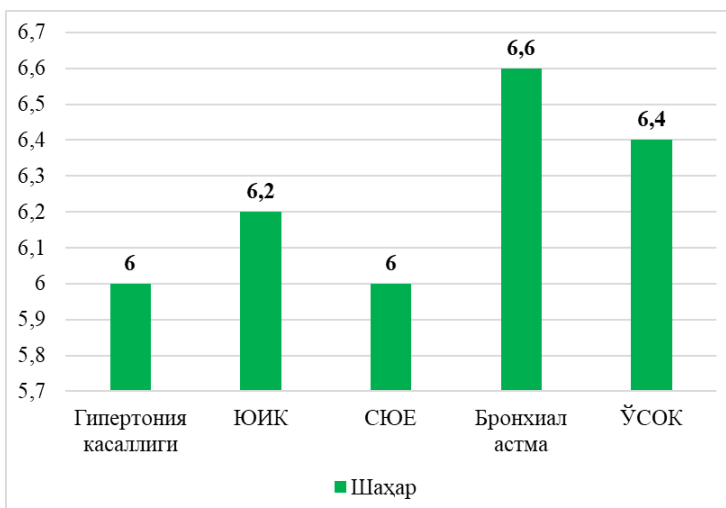
Шаҳарда истиқомат қилувчи аҳолининг кунлик овқат рационидида ўртача кунлик мева ва сабзавотлар истеъмолини ўргандик. Олинган натижалар 2-расмда келтирилган.

Расмда келтирилганидек, кунлик мева-сабзавот истеъмоли гипертония касаллигида $295,7 \pm 31.5$ г, юрак ишемик касаллигида $287,8 \pm 32.4$ г, сурункали юрак етишмовчилигида $295,8 \pm 23.5$ г, бронхиал астмада $231,3 \pm 32.6$ г ва ўпканинг сурункали обструктив касаллигида $284,0 \pm 31.8$ г га тенг бўлди ҳамда улар орасида ишончли фарқ ($p > 0.05$) аниқланмади.

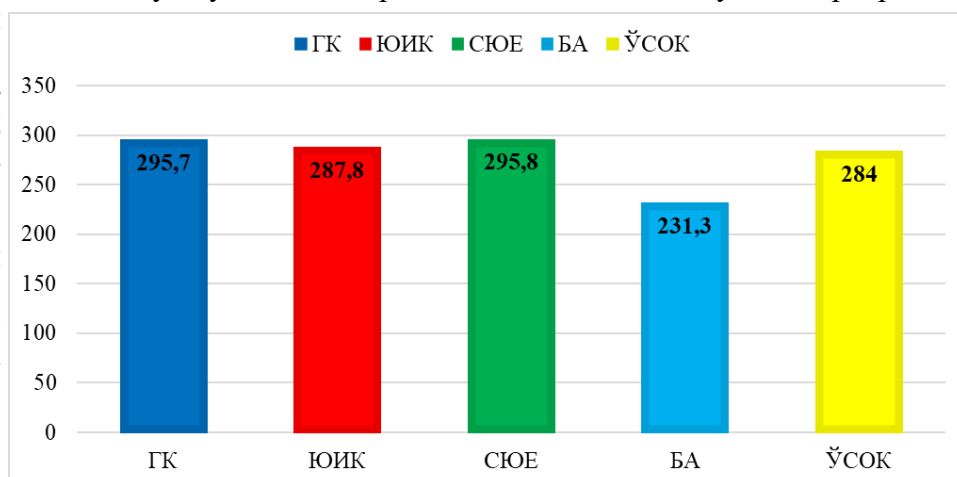
Шунингдек, шаҳар аҳолиснинг овқатланиш тартибига риоя қилиш ёки қилмаслиги ўрганилди ва олинган натижалар 3- расмда келтирилган.

Расмда келтирилганидек, кузатувдаги гипертония касаллиги мавжуд беморларнинг

111 (55%) нафари мунтазам ва 90 (45%) нафари тартибсиз овқатланиши қайд этилди. Юрак ишемик касаллиги мавжуд беморларнинг 143 (74.5%) нафари рационал овқатланса, 49 (25.5%) нафарининг тартибсиз овқатланиши аниқланди. Сурункали юрак етишмовчилиги ривожланганларнинг 146 (76%) нафари мунтазам ва 46 (34%)

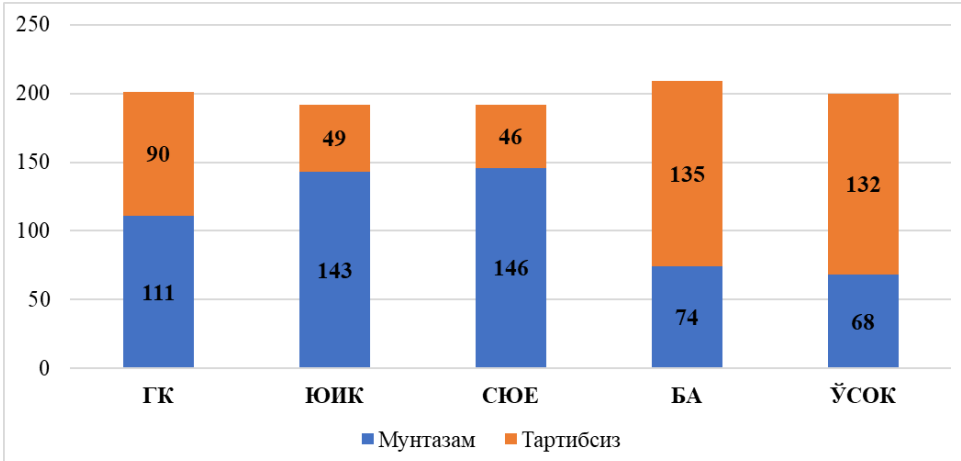


1 расм. Кузатувдаги беморларда Мориски Грин сўровномаси ёрдамида аниқланган даволанишга мойиллик кўрсаткичлари (балл).



2 расм. Шаҳарда яшовчи кўп учрайдиган юрак қон-томир ва нафас тизими касалликлари аниқланган беморларда кунлик ўртача мева-сабзавот истеъмоли кўрсаткичлари (г).

нафари тартибсиз
овқатланиши маълум
бўлди. Бронхиал
астма ва ўпканинг
сурункали
обструктив
касаллиги мавжуд
беморларда аксинча
овқатланиш
тартибига риоя
қилинмайдиганлар
нисбати юқорилиги
қайд этилди.
Бронхиал астма
кузатилганларнинг 74
(35.4%) нафари
мунтазам ва 135



3 расм. Шаҳарда яшовчи кўп учрайдиган юрак қон-томир ва нафас тизими касалликлари аниқланган беморларда овқатланиш тартиби кўрсаткичлари (мутлақ сонларда, n=994).

(64.6%) нафари тартибсиз овқатланиши кузатилди. Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги аниқланганларда эса мос равишда 68 (34%) ва 132 (36%) га тенг бўлди. Бу шаҳар аҳолиси орасида юрак қон томир тизими касалликлари мавжуд беморларнинг овқатланиш тартибига ($\chi^2=109.97$, $p<0.001$) риоя қилишларини кўрсатди.

Кузатувимиздаги шаҳарда яшовчи беморларда мавжуд зарарли одатларни ҳам солиштирма ўргандик ва у қуйидаги 4-расмда келтирилган.

Гипертония касаллиги мавжуд 201 беморларнинг 34 (17%) нафари алкоголь суистеъмол қилиши, 27 (13.5%) та кузатувдагилар сигарет ва 30 (15%) нафари носвой чекиши қайд этилди. Улар ўзаро солиштирма ўрганилганда ишончли фарқ қайд этилмади.

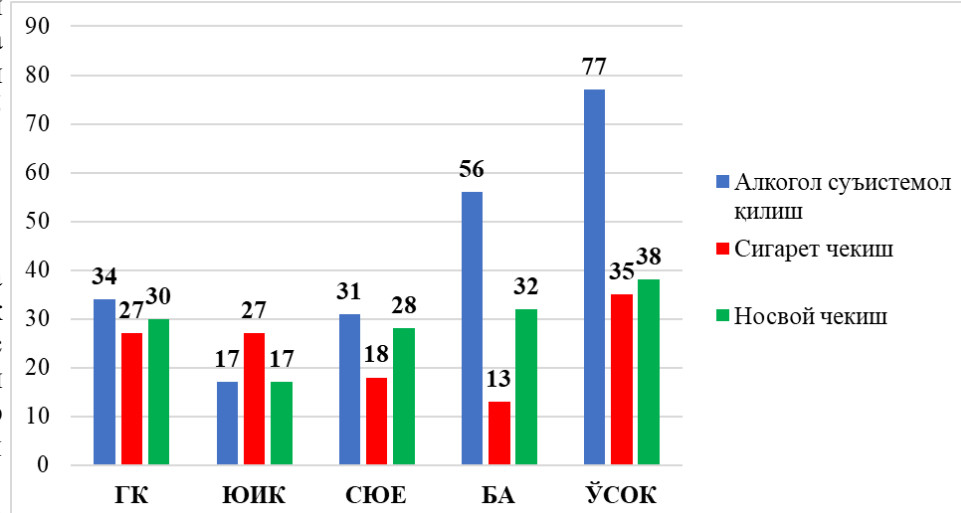
Юрак ишемик касаллиги аниқланган 192 нафар кузатувдагиларнинг орасида алкоголь истеъмол қилувчилар, сигарет ва нос чекувчилар мос равишда 17 (9%), 27 (14%) ҳамда 17 (9%) га тенг бўлди. Сурункали юрак етишмовчилиги равожланган 192 беморларда ушбу кўрсаткичлар мос равишда 31 (16%), 18 (9%) ва 28 (14.5%) нафар беморларда кузатилди ҳамда фарқлар ишончли бўлмади.

Бронхиал астма мавжуд текширувга жалб қилинган 209 нафар бемордан алкоголь суистеъмол қилувчилар 56 (26.8%), сигарет ва нос чекувчилар мос равишда 13 (6.2%) ва 48 (23%) га тенг бўлди. 200 нафар ўпканинг сурункали обструктив касаллиги мавжуд беморларда бу кўрсаткичлар мос равишда 77 (33.5%), 35 (17.5%) ва 54 (27%) га тенг бўлди. Ушбу гуруҳда алкоголь суистеъмол қилувчилар ишончли кўп эканлиги аниқланди.

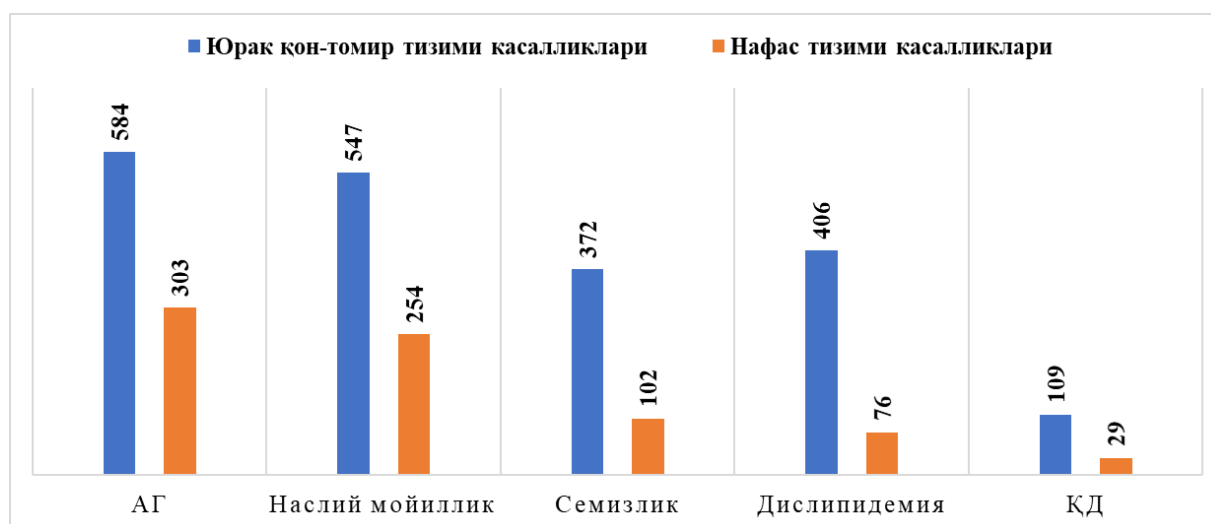
Кузатувдаги шаҳарда яшовчи беморларда ҳам зарарли одатлар билан бир қаторда

бошқа хавф омиллари ҳам солиштирма ўрганилди ва олинган натижалар қуйидаги 5-расмда келтирилган.

Хавф омилларининг тарқалишини ўрганиш кузатувга олинган барча юрак қон-томир ва нафас тизими касалликлари мавжуд беморлар учун умумий солиштирма ўрганилди. Унга кўра уларнинг 584 (99.0%) нафарида артериал



4 расм. Шаҳарда яшовчи кўп учрайдиган юрак қон-томир ва нафас тизими касалликлари аниқланган беморларда зарарли одатларнинг тарқалиши (мутлақ сонларда, n=994).



5 расм. Шаҳарда яшовчи кўп учрайдиган юрак қон-томир ва нафас тизими касалликлари аниқланган беморларда хавф омилларининг тарқалиши (мутлақ сонларда, $n=994$).

гипертензия, 547 (93.5%) беморда наслий мойиллик, 372 (63.5%) кузатувдагиларда семизлик, 406 (69.4%) кишида дислипидемиа ва 109 (18.6%) нафариди қандли диабет аниқланди. Нафас тизими аъзолари касалликлари аниқланган беморларда юқоридаги хавф омиллари мос равишда 252 (61.6%), 257 (62.8%), 107 (26%), 154 (37.6%) ва 37 (9%) нафар беморларда кузатилди.

Тадқиқот натижалари муҳокама. Олинган натижалар шаҳарда кунлик мева-сабзавот истемоли ўртача меъерий кўрсаткичдан (400г) гипертония касаллигида 104.3 (26%) г, юрак ишемик касаллигида 112.2 (28%) г, сурункали юрак етишмовчилигида 104.2 (26%) г, бронхиал астмада 168.7 (42%) ва ўпканинг сурункали обструктив касаллигида 116 (29%) г га паст эканлигини кўрсатди. Икки тизим касалликлари ўзаро солиштирилганда юрак қон-томир тизими хасталиклари аниқланганларда мева ва сабзавот истемоли бирмунча юқори эканлиги ($X^2=17.9$, $p<0.001$) кузатилди. Лекин барча кузатувдагиларда мева-сабзавот истемоли жаҳонда умумқабул қилинган меъерий кўрсаткичлардан паст эканлигини алоҳида таъкидлаш лозим. Ўтказилган таҳлил шаҳар аҳолисида нафас тизими касаллигига чалинган беморлар орасида биринчи гуруҳга нисбатан алкоголь суъистемол қилувчилар ($X^2=74.53$, $p<0.001$) ва нос чекувчиларнинг ($X^2=4.84$, $p<0.05$) ишончли кўп эканлигини кўрсатди. Шунингдек, шаҳарда хавф омиллари орасида артериал гипертензия, наслий мойиллик ва дислипидемиа етакчи ўрин тутуши аниқланди.

Хулоса. Шаҳар шароитида яшовчи беморларда Мориски Грин сўровномаси ёрдамида аниқланган даволанишга бўлган мойиллик ўрта даражада эканлигини кўрсатди. Шунингдек, кузатувдаги барча гуруҳ беморларда мева-сабзавотлар истемоли жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан тавсия этилган кўрсаткичлардан ўртача 30% г камлиги ва уларнинг 54,5 % рационал овқатланиш тартибига амал қилмасликлари қайд этилди. Беморларнинг 21.6% спиртли ичимликни қабул қилишни суъистемол қилганлар, 12 % сигарет ва 14.5% носвой чекганлар. Хавф омиллари таҳлил қилинганда кузатувдагиларнинг, 94 % да юрак қон томир ва 63.5 % да кўп учрайдиган нафас тизими касалликларига наслий мойиллик мавжудлиги аниқланди. Олинган натижалар нафақат бирламчи тизим шифокорлари балки барча тиббиёт ходимлари томонидан аҳоли орасида тушунтириш ишларини янада кучайтиришлари ва бунда оммавий ахборот воситаларидан кенг фойдаланишлари лозим.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a metaanalysis of prevalence and clinical consequences. Eur Heart J 2013; 34: 2940-8.
2. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence terminology and definition. Value in Health, 2008, 11(1): 44-7.

3. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence. Its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation* 2009; 119: 3028-35.
4. Levina IL. On the term “adherence (to) treatment”. *Bulletin of the Kuzbass scientific centre*. 2013; 17: 51-3.
5. Pruijm M, Schneider M-P, Burnier M. Patient adherence and the pharmacological treatment of arterial hypertension. *ESH scientific letter*, 2010; 11 (7) available at www.viamedical.pl.
6. Van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, et al. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Service Research*, 2007; 7: 55.
7. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003; 211 pp.
8. Приверженность к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: вопросы и ответы. Сушинский В.Э. *Медицинские Новости* №3 2020. 36-39 с.
9. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему. Лукина Ю. В., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, 2017; 16(1) 91-95 с.