

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Эксперт кенгаши раиси

т.ф.д., профессор

_____М. М. Мадазимов

Содиқова Дилрабохон Тожидиновна

**QON BOSIMI ORTISHINING YOSHGA XOS XUSUSIYATLARI
KEKSALIK YOSHIDA UNING KECHISH XUSUIYATLARI**

(Монография)

Andijon -2025

ANNOTATSIYA

Ushbu monografiya "tibbiyot" ixtisosligi bo'yicha o'quv dasturini o'zlashtirgan talabalarga qaratilgan bo'lib, talabalarni "terapiya" fanini o'rganish doirasida arterial gipertenziya mavzusini o'zlashtirishga yo'naltiradi. Arterial gipertenziya mahalliy terapevt amaliyotida eng ko'p uchraydigan patologik holatlardan biridir. Uning zamonaviy diagnostikasi, davolash va oldini olish zarurati yuqori ijtimoiy ahamiyatga ega – asoratlari, ya'ni aholining nogironligi va o'limiga olib keladigan yurak-qon tomir falokatlari, shu jumladan mehnatga layoqatli yosh.

Arterial gipertenziya eng keng tarqalgan terapevtik kasalliklardan biridir. Etakchi mutaxassislar ushbu ijtimoiy muammoning diagnostikasi, terapiyasi va oldini olish bo'yicha mavjud bo'lgan barcha ma'lumotlarni vizual ravishda taqqoslashga harakat qilishdi.

Monografiya ma'lumotnoma va qo'shimcha qo'llanma sifatida yuqori sinf o'quvchilari, rezidentlar va aspirantlarga mo'ljallangan.

АННОТАЦИЯ

Данная монография ориентирована на студентов, освоивших учебную программу по специальности "Медицина", и направляет студентов на освоение темы артериальной гипертензии в рамках изучения дисциплины "терапия". Артериальная гипертензия – одно из самых частых патологических состояний в практике местного терапевта. Необходимость его современной диагностики, лечения и профилактики имеет высокую социальную значимость – осложнения, т. е. сердечно-сосудистые катастрофы, приводящие к инвалидности и смерти населения, в том числе трудоспособный возраст.

Артериальная гипертензия – одно из самых распространенных терапевтических заболеваний. Ведущие специалисты постарались наглядно сопоставить все имеющиеся данные по диагностике, терапии и профилактике этой социальной проблемы.

Монография предназначена для старшеклассников, ординаторов и аспирантов в качестве справочного и дополнительного пособия.

ANNOTATION

This monograph is aimed at students who have mastered the curriculum in the specialty "Medicine", and directs students to master the topic of arterial hypertension as part of the study of the discipline "therapy". Arterial hypertension is one of the most frequent pathological conditions in the practice of a local therapist. The need for its modern diagnosis, treatment and prevention has a high social significance – complications, i.e. cardiovascular catastrophes, leading to disability and death of the population, including working age.

Arterial hypertension is one of the most common therapeutic diseases. Leading experts have tried to visually compare all available data on the diagnosis, therapy and prevention of this social problem.

The monograph is intended for high school students, residents and graduate students as a reference and supplementary manual.

SHARTLI QISQARTIRISHLARGA IZOXLAR

AG- arterial gepertoniya

GK- gipertoniya krizi

SAB- sistolik arterial bosim

DAB –diastolik arterial bosim

XSO‘PZM-o‘ta past zichli lipoproteinli xolesterin

XSYUZLP- yuqori zichli lipoproteinli xolesterin

YUIK- Yurak ishemik kasalligi

GXJ- gipertoniya bo‘yicha xalqaro jamiyat

Xo- xatar omillari

XSPZLP- past zichli lipoproteinli xolesterin

QD- qandli diabet

BJSST- butun Jaxon sog‘liqni Saqlash tishkiloti

TIX- tranzitor ishemik xuruj

SHKBTYO –shoshilinch kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam

YUQK – Yurak- qon tomir kasalliklari

TD- tiazidli diuretiklar

BAB -betaadrenoblokatorlar

IAPF- APF ingibitorlari

BMKK- kalsiy kanallari blokatorlari

10-XKK-10- Xalqaro kasalliklar klassifikatsiyasi

MUNDARIJA

KIRISH.....	11
I BOB. ARTERIAL GIPERTENZIYANING UMUMIY TAVSIFI	
KEKSALIK VA QARILIK DAVRIDA ARTERIAL GIPERTENZIYANING SHAKLLANISHI VA KECHISHI MASALALARI.....	19
1.1. Arterial gipertenziyaning keksalik va qarilik yoshidagi o'ziga xos xususiyatlari.....	19
1.2. Gipertoniya kasalligini KXT-10 bo'yicha tasnifi.....	27
1.3. Gipertoniya kasalligining diagnostikasiga umumiy yondoshish QB darajalarini tasnifi.....	33
1.4. AGni stratifikatsiyasini kriteriyalari.....	37
1.5. AGli bemorlarni xavf stratifikatsiyasi.....	43
1.6. AGni davolash.....	44
1.7. QBni maqsadli ko'rsatkichiga erishi uchun monoterapiya va kombinirlashgan terapiya strategiyasi.....	48
1.8. Yordamchi profilaktik vositalar.....	50
1.9. AGli bemorlarni reabilitatsiyasi.....	51
1.10. AGli bemorlarga tibbiy yordamni tashkil etish.....	52
II BOB. ARTERIAL GIPERTONIYANING ASORATLARI: GIPERTONIK KRIZLAR.....	53
2.1. Gipertonik kriz tushunchasi ta'rifi.....	53
2.2. Gipertonik krizlarda shifokorgacha bosqichda shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam taktikasi.....	62
2.3. Gipertonik krizlarda shifoxonagacha bo'lgan bosqichda shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam taktikasi.....	63
2.4. SHifoxonagacha bo'lgan bosqichda shoshilinch yordam.....	64
2.5. Gipertonik krizlarda shifoxona boskichida shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam taktikasi.....	67
III BOB. ARTERIAL GIPERTONIYA VA KRIZ HOLATINING ASORATLANMAGAN KECHISHIDA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH MASALALARI.....	75
3.1. Asoratlanmagan gipertonik krizda davolash masalalari.....	75
3.2. Asoratlanmagan giperkinetik va gipokinetik kriz holatlarida shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan davolash taktikasi.....	80
3.3. Asoratlangan gipertonik krizda shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam taktikasi.....	82
3.4. Aorta qavatlanishi bilan asoratlangan gipertoniya krizida shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam taktikasi.....	98
3.5. Feoxromotsitoma, feoxromotsitar kriz va gipertonik krizlar: shoshilinch tibbiy tashxisot va sifatli yordam taktikasi.....	102

3.6. Arterial gipertoniya bilan bemorlarni gipertonik krizlardan muxofaza qilish.....	108
IV BOB. ARTERIAL GIPERTENZIYA BILAN AMBULATOR BEMORLARNI BOSHQARUV TAKTIKASI.....	117
4.1. Arterial gipertenziya sindromi.....	117
4.2. Maqsadli organlarning shikastlanishini aniqlashning instrumental usullari.....	119
4.3. Arterial gipertonoya bilan og'rigan bemorlarni davolash.....	123
4.4. Arterial gipertoniya bilan og'rigan dori-darmon va dori preparatisiz Davolash.....	130
4.5. Arterial gipertoniya bilan og'rigan bemorlarning oldini olish va dispanser nazorati.....	133
XULOSA.....	136
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.....	139

ОГЛАВЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	11
ГЛАВА I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	19
1.1. Особенности артериальной гипертензии в пожилом и старческом возрасте.....	19
1.2. Классификация гипертонической болезни по МКБ-10.....	27
1.3. Общий подход к диагностике гипертонической болезни Классификация уровней АГ.....	33
1.4. Критерии стратификации АГ.....	37
1.5. Стратификация риска пациентов АГ.....	43
1.6. Лечение АГ.....	48
1.7. Монотерапия и стратегии комбинированной терапии для достижения целевого показателя АГ.....	50
1.8. Вспомогательные профилактические средства.....	50
1.9. Реабилитация пациентов АГ.....	51
1.10. Организация медицинской помощи больным АГ.....	52
ГЛАВА II. ОСЛОЖНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ.....	53
2.1. Определение понятия гипертонический криз.....	53
2.2. Тактика неотложной неотложной медицинской помощи на доврачебной стадии при гипертонических кризах.....	62
2.3. Тактика неотложной неотложной медицинской помощи на догоспитальной стадии при гипертонических кризах.....	63
2.4. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.....	64
2.5. Тактика неотложной неотложной медицинской помощи на больничной стадии при гипертонических кризах.....	67
ГЛАВА III. ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И КРИЗОВОМ СОСТОЯНИИ.....	75
3.1. Вопросы лечения неосложненного гипертонического криза.....	75
3.2. Неотложная неотложная лечебная тактика при неосложненных гиперкинетических и гипокинетических кризах.....	80
3.3. Тактика неотложной неотложной медицинской помощи при осложненном гипертоническом кризе.....	82
3.4. Тактика неотложной неотложной медицинской помощи при гипертоническом кризе, осложненном расслоением аорты.....	98
3.5. Феохромоцитома, феохромоцитарный криз и гипертонический криз: неотложная медицинская диагностика и тактика качественной помощи.....	102
3.6. Защита пациентов с артериальной гипертензией от гипертонических кризов.....	108

ГЛАВА IV. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	117
4.1. Синдром артериальной гипертензии	
4.2. Инструментальные методы выявления поражений органов-мишеней.....	119
4.3. Лечение больных артериальной гипертензией.....	123
4.4. Лечение артериальной гипертензии без лекарств и лекарств.....	130
4.5. Профилактика и диспансерный контроль больных артериальной гипертензией.....	133
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	136
ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	139

CONTENTS

INTRODUCTION.....	11
CHAPTER I. GENERAL CHARACTERISTICS OF ARTERIAL HYPERTENSION QUESTIONS OF THE FORMATION AND COURSE OF ARTERIAL HYPERTENSION IN THE ELDERLY AND SENILE AGE.....	19
1.1. Features of arterial hypertension in the elderly and senile age.....	19
1.2. Classification of hypertension according to HCT-10.....	27
1.3. General approach to the diagnosis of hypertension Classification of AH levels.....	33
1.4. Stratification criteria AH.....	37
1.5. Risk stratification of AH patients.....	43
1.6. Treatment of hypertension.....	44
1.7. Monotherapy and combination therapy strategies to achieve the AH target.....	48
1.8. Auxiliary preventive means.....	50
1.9. Rehabilitation of AH patients.....	50
1.10. Organization of medical care for agli patients.....	52
CHAPTER II. COMPLICATIONS OF ARTERIAL HYPERTENSION: HYPERTENSIVE CRISES.....	53
2.1. Definition of the concept of hypertensive crisis.....	53
2.2. Tactics of emergency medical care at the pre-medical stage in hypertensive crises.....	62
2.3. Tactics of emergency medical care at the prehospital stage in hypertensive crises.....	63
2.4. Emergency care at the pre-hospital stage.....	64
2.5. Tactics of emergency medical care at the hospital stage in hypertensive crises.....	67
CHAPTER III. ISSUES OF EMERGENCY CARE IN UNCOMPLICATED COURSE OF ARTERIAL HYPERTENSION AND CRISIS CONDITION.....	75
3.1. Issues of treatment of uncomplicated hypertensive crisis.....	75
3.2. Urgent emergency treatment tactics for uncomplicated hyperkinetic and hypokinetic crises.....	80
3.3. Tactics of emergency medical care in complicated hypertensive crisis.....	82
3.4. Tactics of emergency medical care in hypertensive crisis complicated by aortic dissection.....	98
3.5. Pheochromocytoma, pheochromocytic crisis and hypertensive crisis: emergency medical diagnostics and tactics of quality care.....	102
3.6. Protection of patients with arterial hypertension from hypertensive crises.....	108
CHAPTER IV. MANAGEMENT TACTICS OF OUTPATIENT PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION.....	117

4.1. Arterial hypertension syndrome.....	117
4.2. Instrumental methods for detecting target organ lesions.....	119
4.3. Treatment of patients with arterial hypertension.....	123
4.4. Treatment of arterial hypertension without drugs and medications.....	130
4.5. Prevention and dispensary control of patients with arterial hypertension.....	133
CONCLUSION.....	136
USED LITERATURE.....	139

KIRISH

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) hisob-kitoblariga ko'ra, 60 yoshdan oshgan 700 milliondan ortiq odam dunyoda. 2025 yilga kelib ularning soni 1,1 milliardga etadi. Aholining qarishi tendentsiyasi, ayniqsa, keksa odamlar ulushining o'sishi umumiy aholi sonining o'sishidan oldinda bo'lgan Rossiya uchun dolzarbdir. 2009 yildan beri 65 yoshdan oshganlar soni deyarli 20 foizga oshdi. 60 yoshdan oshgan odamlar soni Rossiyadagi umumiy aholining taxminan 20 foizini tashkil qiladi. Birlashgan Millatlar tashkiloti (BMT) tasnifiga ko'ra, agar 65 yoshdan oshgan fuqarolar soni 7 foizdan oshsa, aholi eski hisoblanadi. Qarilik chegarasi turli koordinata tizimlarida turlicha aniqlanadi. Masalan, JSSTning yangi yosh tasnifiga ko'ra, 25 yoshdan 44 yoshgacha — bu yosh, 44-60 yosh — o'rtacha yosh, 60-75 yosh — keksa yosh, 75-90 yosh — qarilik, 90 yoshdan keyin — bu uzoq umr ko'rganlar. Keksa odamlarning kasalliklari nazariy va amaliy tibbiyot uchun dolzarb muammoga aylandi.

Tananing moslashish qobiliyatining asta-sekin pasayishi, uning reaktivligining o'zgarishi patologiyaning rivojlanishi uchun sharoit yaratadi. Keksa odamlarda (60-74 yosh) kasallanish darajasi deyarli ikki baravar, keksa odamlarda (75 yosh va undan katta) yoshdagilarga qaraganda 6 baravar yuqori. O'rtacha, 60 yoshdan oshgan bitta bemorda 4-5 xil kasallik aniqlanadi, bu tabiiy ravishda bunday bemorning turli xil dori-darmonlarni iste'mol qilishini oshiradi va dorilarning o'zaro ta'sir qilish ehtimolini oshiradi. Irratsional farmakoterapiya bilan bog'liq o'limlarning eng ko'p soni 80-90 yosh guruhiga to'g'ri keladi.

Bu keksa odamlarning tanasida dori vositalarining (dori vositalarining) farmakokinetikasi va farmakodinamikasining o'zgarishi bilan bog'liq. Ba'zi hollarda, keksa bemorning o'zi dori vositalarining yon ta'siriga sabab bo'lishi mumkin: u chalkashib ketgan, ortiqcha dozani olgan, dori-darmonlarni spirtli ichimliklarni iste'mol qilish bilan birlashtirgan va hokazo.

60 yil dori-darmonlarni qabul qilishda xato darajasi taxminan 60% ni tashkil qiladi va uchdan ortiq dori-darmonlarni qabul qilishda sezilarli darajada oshadi. 60 yoshdan oshgan bemorlarda nojo'ya ta'sirlar xavfi yoshlarga qaraganda 2-3 baravar

yuqori. Yuqoridagilarni inobatga olgan holda aytish mumkinki, kardiologiyaning geriatric jihatlarini bilish nafaqat zamonaviy kardiolog, balki geriatr, oilaviy shifokor va umumiy amaliyot shifokori bilimlarining muhim elementidir. Keksa bemorni boshqarishda shifokor o'zi uchun haqiqatan ham erishish mumkin bo'lgan maqsadlarni qo'yishi kerak. Keksa va keksa yoshdagi bemorlarni davolashning maqsadi simptomlarning og'irligini kamaytirish va buzilgan funktsiyalarni qoplashdir.

Davolovchi shifokor hayot sifatini saqlab qolish va yaxshilashga e'tibor qaratishi kerak, bu geriatriyaning asosiy strategik vazifasi deb hisoblanishi kerak. Shifokor keksa yoshdagi alomatlar tarkibida hayot sifatiga ta'sir qiladigan va terapevtik ta'sirni talab qiladigan belgilarni ajratish qobiliyatini doimiy ravishda takomillashtirishi kerak. Keksa va keksa odamlarda arterial gipertenziyaning tarqalishi Rossiyada o'tkazilgan esse epidemiologik tadqiqotiga ko'ra, erkaklarning 48 foizi va ayollarning 40 foizida arterial gipertenziya (ah) mavjud. 6 yil ichida ah tarqalishi 40% dan 44% gacha ko'tarildi va 2025 yilga kelib qon bosimi (BP) darajasi bir yarim milliardga ko'tarilishi kutilmoqda. Nafaqat AG tashxisini qo'yish, balki bemorni qon bosimini doimiy ravishda tuzatish zarurligiga ishonitirish ham muhimdir.

Rossiyada bemorlarning atigi 23 foizi qon bosimini nazorat qiladi (AQShda qon bosimini nazorat qilish taxminan 50% ni tashkil qiladi). Bunday holat yurak-qon tomir asoratlarning rivojlanish tezligiga va natijada hayot sifati va davomiyligiga bevosita ta'sir qiladi. AG keksa odamlarning 50-70 foizida, 65 yosh va undan katta yoshdagilarda qayd etilgan so'nggi 40 yil ichida uning tarqalishi ikki baravar ko'paydi, 80 yoshdan oshgan odamlarda AG tarqalishi 60 foizdan oshadi va o'sishda davom etmoqda. Ah ortiqcha vazn, semirish (46,8%), tamaki tutuniga ta'sir qilish yoki giperkolesterolemiya (45,4%) kabi boshqa xavf omillari bilan bog'liq.

Tibbiy amaliyotning 75 foizi kelajakda geriatric populyatsiyaga yo'naltirilishi aniqlandi. Keksalik va qarilik davrida arterial gipertenziyaning sabablari AG rivojlanishiga olib keladigan sabablar yoshidan qat'i nazar, barcha bemorlarda bir

xil, ammo qariyalarda qarish jarayonida AG rivojlanishining qo'shimcha shartlari paydo bo'ladi, masalan, gipoksik shikastlanish va miyaning diensefalogipotalamik tuzilmalarining yoshga bog'liq funktsional qayta tashkil etilishi, sempatoadrenal (sas) va renin-angiotensin-yoshga bog'liq o'zgarishlar.aldosteron tizimlari (RAAS); yoshga bog'liq elastiklikning pasayishi, qattiqlikning oshishi, shuningdek aorta va katta arteriyalarning aterosklerotik o'zgarishi; qon tomir endotelial disfunktsiyasining kuchayishi va uning vazodilatatsiya qiluvchi moddalarni ishlab chiqarish qobiliyatining pasayishi; buyrak va yurakning ishemik o'zgarishi; qon reologiyasi, mikrosirkulyatsiya va to'qima metabolizmining yomonlashishi; tana vaznining ko'payishi, jismoniy faollikning pasayishi, yomon odatlarning davomiyligi oshishi.

Yoshi bilan bog'liq yurak - qon tomir tizimidagi o'zgarishlar keksa yoshda yurak va qon tomirlarida o'zgarishlar yuz beradi:

1) miyokard qattiqligining oshishi va LV to'ldirilishining buzilishi bilan chap qorincha fibrozi va gipertrofiyasi (LV);

2) miyokardotsitlarda: apoptoz va avtofagiya jarayonlarining kuchayishi, miyokardotsitlar sonining kamayishi, miyozin izoformlarining o'zgarishi, tartibga solishning buzilishi va kaltsiy kanallarining funktsiyalari, membrana ta'sir potentsialining uzayishi, qisqarishning sekinlashishi;

3) avtonom asab tizimidagi o'zgarishlar, miyokardiyositlarda adrenoressptorlar soni va funktsiyasining pasayishi;

4) jismoniy faoliyatga yurak urish tezligining (yurak urish tezligi) javobining pasayishi (yurak urish tezligi zaxirasi) yukning bardoshliligi pasayishi bilan;

5) sinus tugunining peysmeyker hujayralari sonining kamayishi, Supero'tkazuvchilar tizim tuzilmalari sohasidagi fibrotik o'zgarishlar;

6) yurak klapanlarining kalsifikatsiyasi va fibroziyasi;

7) arteriya devorining qalinlashishi va qattiqlashishi, yurak urish tezligining oshishi to'lqinlar, barorefleks sezgirligining pasayishi;

8) qon tomir endoteliy tomonidan vazodilatator moddalar hosil bo'lishining pasayishi;

9) prokoagulyant va yallig'lanishga qarshi sitokinlar darajasining oshishi, oksidlovchi stressning oshishi.

Yuqorida aytilganlarning barchasi keksa bemorlarda AHNING asosiy xususiyatlariga olib keladi. Izolyatsiya qilingan sistolik arterial gipertenziya izolyatsiya qilingan sistolik AG (isag) ko'pincha qariyalarga xos bo'lgan alohida patologik holat sifatida qaraladi, bu arteriya devorining moslashuvchanligini pasayishi bilan bog'liq. ISAGDA sistolik qon bosimi (sad) va diastolik qon bosimi (dad) kamayadi.

Sadni oshirish yurak LVH rivojlanishiga yordam beradigan muhim patofiziologik omil hisoblanadi; dad ning pasayishi koronar qon oqimining yomonlashishiga olib kelishi mumkin. Isag tarqalishi yoshga qarab ortadi; keksa odamlarda bu AHNING eng keng tarqalgan shakli (G'arb mamlakatlarida barcha ah holatlarining 80-90% gacha). Isag tarqalishi 40 yoshgacha bo'lganlar orasida 0,1%, 40-49 yoshdagilar orasida 0,8%, 50-59 yoshdagilar orasida 5%, 60-69 yoshdagilar orasida 12,6% va 70-80 yoshdagilar orasida 23,6% ni tashkil qiladi. Isag bilan kasallanganlar sonining ko'payishi, sad kamida 80 yoshga to'lgunga qadar sodir bo'lishi bilan bog'liq, 50 yoshdan keyin dad esa bir xil darajada qoladi yoki pasayish tendentsiyasiga ega. Keks odamlarda isag mavjudligi yurak-qon tomir xavfi darajasining sistolodiastolik AG (SBP ning taqqoslanadigan qiymatlari bilan) mavjudligiga qaraganda sezilarli darajada oshishi bilan bog'liq.

Isag bilan qo'shimcha yurak-qon tomir xavfi darajasini baholash uchun sistolodiastolik AG bilan bir xil darajadagi SBD, xavf omillari, maqsadli organlarning shikastlanishi va qo'shma kasalliklarning bir xil belgilaridan foydalanish kerak. Shuni yodda tutish kerakki, dbp ning ayniqsa past darajasi (60-70 mm simob ustuni).va undan past) qo'shimcha xavf ortishi bilan bog'liq.

Yuqori qon bosimi ma'nosida "arterial gipertenziya" (AG) tushunchasi XIX asr o'rtalaridan beri mavjud. Biroq, ushbu kasallikni aniqlashning uzoq vaqtdan beri ma'lum bo'lgan usullariga va zamonaviy antihipertenziv dorilar (AGP) arsenaliga ega bo'lishiga qaramay, dunyoning aksariyat mamlakatlarida ushbu kasallikni etarli darajada nazorat qilish mumkin emas. AG hali ham Yurak-qon tomir kasalliklari

(KVH) uchun eng muhim oldini olish mumkin bo'lgan xavf omili (FR) bo'lib qolmoqda [19], uning ta'siri Yurak-qon tomir va umumiy o'limni (OS) kamaytirishga imkon beradi [36, 16, 35].

O'linga ta'sir qilish ehtimoli mamlakatimiz uchun juda dolzarb bo'lib qolmoqda, bu erda qon aylanish tizimining kasalliklari OS tarkibida birinchi o'rinni egallaydi [37]. Populyatsiyada sodir bo'ladigan epidemiologik jarayon ko'p yillar davomida muzlatilgan o'zgarish holat emas, balki ko'plab omil o'zgarishlarini aks ettiruvchi dinamik, ba'zan tez o'zgaruvchan jarayondir. Ushbu o'zgarishlarni o'rganish uchun jamiyatda sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirishning zaruriy sharti bo'lgan monitoring yoki kuzatuv tushunchasi kiritildi, bu o'lim omillarining tarqalishi va ta'sirini baholash bo'yicha tadqiqotlarning amaliy usuli hisoblanadi.

Dunyoda AG ning epidemiologik xususiyatlarini faol o'rganish va har biriga ta'sir qilishning mumkin bo'lgan usullarini izlash – kasallikning tarqalishi, bemorlarning AG borligi to'g'risida xabardorligi, davolanishni qamrab olish, uning samaradorligi va aholi darajasida nazorat qilish, shuningdek, davom etayotgan dinamik o'zgarishlarni baholash. Dunyoda AG tarqalishi heterojen ekanligi ma'lum[55, 243, 257, 292, 338]. Biroq, o'tgan asrning 90-yillaridan boshlab Agni davolash va nazorat qilishda eng katta yutuqlarga erishgan AQSh va Kanadada ham AG chastotasini hozirgi kungacha kamaytirish mumkin emas edi [165].

Fremingem tadqiqotida ko'rsatilgan yoshga qarab AG chastotasining ko'payishi ko'plab aholi ishlarida namoyon bo'ladi[20, 10 14, 22, 25, 27, 29, 35]. Ko'pgina mamlakatlarda keksa aholi sonining barqaror o'sishi kuzatilmoqda [5]. 19-asrning o'rtalaridan boshlab olimlar umuman rivojlangan mamlakatlarda o'lim darajasining pasayishi bilan tug'ilishning pasayishini qayd etishdi. 20-asrda boshlangan keksa va keksa odamlarning (mos ravishda 60 va 65 yoshdan oshgan) umumiy sonining ko'payishi "aholining demografik qarishi" deb nomlandi [5]. R o'z ishida ko'rsatganidek. Cifkova va boshqalar., 2010-2025 yillarda dunyoda ah bilan kasallanganlarning umumiy soni 972 milliondan 1,56 milliardgacha oshadi [16]. Bu jarayon Rossiyada ham kuzatilmoqda – Rosstat ma'lumotlariga ko'ra, 2007 yilda. mehnatga layoqatli yoshdan oshganlarning ulushi 25 foizni, 2017 yilda esa

31 foizni tashkil etdi. AG mavjudligi to'g'risida xabardorlik sog'liqni saqlash tizimidan tashqariga chiqadigan keng qamrovli xususiyatdir. Bu umumiy aholining sog'liqni saqlash parametrlari to'g'risida xabardorligini aks ettiradi va ommaviy axborot vositalari, jamoat va diniy tashkilotlar tomonidan ma'lumotlarning tarqalishiga ham bog'liq.

Ko'pgina mamlakatlarda bu ko'rsatkich doimiy ravishda o'sib bormoqda, aniq gender farqlari mavjud-ayollar ko'pincha kasallik borligini bilishadi[13, 26, 27, 36, 38]. Kasallikning mavjudligi to'g'risida xabardorlik rivojlangan mamlakatlarda barqaror o'sib borayotgan populyatsiyada davolanishni qamrab olish bilan chambarchas bog'liq bo'lib, dunyoda heterojen bo'lib qolmoqda [18, 27, 27]. AG bo'lgan shaxslar tomonidan AGP qabul qilish chastotasining o'sishi, qoida tariqasida, aholiga asoslangan ta'lim va profilaktika dasturlarini amalga oshirish bilan bog'liq [27, 31, 36].

Tibbiy tarkibiy qismdan tashqari, AG ham muhim iqtisodiy muammo hisoblanadi. AG ning iqtisodiy jihatlarini kasallik yoki FR sifatida ko'rib chiqadigan tadqiqotlarga bo'lgan talab butun dunyoda o'sib bormoqda. Ushbu kasallikning iqtisodiy zararini (es) o'rganishning ahamiyati nafaqat sog'liqni saqlash tizimi, balki umuman davlat xarajatlari bilan bog'liq[14, 22, 27, 32]. Bunday ishlar kasallikning epidemiologik parametrlari o'zgargan taqdirda es o'zgarishini bashorat qilishga imkon beradi.

AG uchun-kasallikning chastotasi, davolanishni qamrab olish va uning samaradorligi yoki populyatsiyaning oldini olish choralarini joriy etish. Yurak-qon tomir kasalliklari prognozi bo'yicha o'tkazilgan Amerika tadqiqotida 2010 yildan 2030 yilgacha AQSh populyatsiyasida ah tarqalishi 33,9% dan 37,3% gacha o'sishi ko'rsatilgan. Shu bilan birga, kasallik bilan bog'liq to'g'ridan – to'g'ri tibbiy xarajatlar 69,9 dollardan 200,3 milliard dollargacha, bilvosita xarajatlar esa 23,6 milliard dollardan 39,8 milliard dollargacha ko'tariladi [27].

AQShda AG bilan bog'liq tibbiy xarajatlarni baholash, D. Zhang va boshqalar. (2017) 2000-2012-13 yillar oralig'ida har bir bemor uchun yillik xarajatlar oshmaganiga qaramay, davlatning yillik xarajatlari sezilarli darajada oshganligi

aniqlandi – 58,7 milliard AQSh dollaridan 109,1 milliard dollargacha [86]. Biroq, chet elda EU Agni baholashda olingan ma'lumotlarni Rossiya ekstrapolyatsiya qilish mumkin emas-bu xavf omillari profilida, tibbiy yordamni tashkil etishda, iqtisodiy rivojlanish darajasida va hokazolarda farq qilishga imkon bermaydi. Rossiya Federatsiyasida hozirgi kunga qadar AGning ayrim iqtisodiy jihatlarini baholaydigan tadqiqotlar olib borildi, ammo nafaqat CVD, balki boshqa surunkali yuqumli bo'lmagan kasalliklar (XNIZ) rivojlanishiga qo'shgan hissasini hisobga olgan holda EU Agni FR sifatida har tomonlama baholash amalga oshirilmadi. Shu bilan birga, AG ijtimoiy ahamiyatga ega kasallik bo'lib, Rossiya aholisi uchun EU haqida ma'lumot olish muhimdir. Esni baholash uchun taxminiy ko'rsatkichlar kerak-AG ning nisbiy xavfi (RR) va Rossiya ma'lumotlariga ko'ra kasallikning epidemiologik xususiyatlari.

Aholining oldini olish choralarini asoslash uchun ularning iqtisodiy maqsadga muvofiqligini ko'rsatish muhimdir. Iqtisodiy dalillar ko'pincha qaror qabul qiluvchilar uchun aholi salomatligini mustahkamlashga va investitsiyalar hajmini aniqlashga qaratilgan ta'sirlarni tanlashda eng muhim hisoblanadi. So'nggi yillarda mamlakatimizda davlat darajasida spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, chekish bilan bog'liq bir qator cheklovchi choralar Ko'rildi - "fuqarolarning sog'lig'ini atrofdagi tamaki tutuni ta'siridan va tamaki iste'molining oqibatlaridan himoya qilish to'g'risida" Federal qonun kuchga kirdi, Rossiya federatsiyasi hududlarida spirtli ichimliklarni sotish bo'yicha cheklovlar mavjud. kechqurun va tungi soatlarda va joylarda fuqarolarning ommaviy to'planishi, reklama cheklovlari joriy etildi.

Tuzni ortiqcha iste'mol qilish (Izbps) muhim FR AG va CVD hisoblanadi. Uning butun mamlakat bo'ylab eslari hozirgacha tahlil qilinmagan. Bir qator epidemiologik tadqiqotlar profilaktika choralarini amalga oshirishda tuz iste'molining (PS) pasayishiga javoban aholi darajasida amalga oshirilgan chora-tadbirlar samaradorligini ko'rsatdi [5]. Rossiya Federatsiyasida PS darajasiga ta'sir qilish uchun tasdiqlangan samaradorlik bilan populyatsiyaning oldini olish choralarini tahlil qilish va mavjudlarini hisobga olgan holda mamlakatda amalga oshirish potentsialiga ega bo'lgan choralarni ajratish kerak. AG ning epidemiologik

xususiyatlarini to'liq tahlil qilish aholi darajasida profilaktika choralarini to'liq modellashtirish imkonini beradi.

I BOB. ARTERIAL GIPERTENZIYANING UMUMIY TAVSIFI
KEKSALIK VA QARILIK DAVRIDA ARTERIAL
GIPERTENZIYANING SHAKLLANISHI VA KECHISHI
MASALALARI

1.1. Arterial gipertenziyaning keksalik va qarilik yoshidagi o'ziga xos xususiyatlari.

AG bilan og'rigan keksa bemorlar va yosh va o'rta yoshdagi bemorlar o'rtasidagi muhim farq, qo'shma kasalliklarning birinchi mavjudligida haqiqiy ehtimollikda yotadi. Keks yoshdagi ah bilan og'rigan bemorlarda artrit, surunkali yurak etishmovchiligi (CHF), surunkali buyrak etishmovchiligi (CHF), diabet mellitus (dm), dislipidemiya, osteoporoz, prostata bezining yaxshi gipertrofiyasi (BPH) va boshqa ko'plab kasalliklar mavjud [2, 5, 34, 3540-43, 47]. Ushbu muammolar antihipertenziv terapiyani (AGT) tanlashga bevosita ta'sir qiladi, chunki ko'pincha nafaqat qon bosimini, balki boshqa kasalliklarni bitta dori bilan tuzatish uchun haqiqiy imkoniyat mavjud. Shu bilan birga, ma'lum bir AGTNI tayinlashni yomonlashtiradigan kasalliklar mavjud [4, 13, 17, 28, 29, 33, 39, 50].

Tananing qarishi keksa bemorlarda AG xususiyatlarini aniqlaydigan organlar va tizimlar tomonidan bir qator o'zgarishlar, shuningdek antihipertenziv dorilar metabolizmidagi o'zgarishlar bilan birga keladi [1, 5, 6, 8].

XX asrning 80-yillariga qadar hayotiy organlar (yurak, miya va buyraklar) yoshi bilan samarali ishlashi uchun qon bosimini oshirishni talab qiladi, bu esa AG rivojlanishiga olib keladi, degan keng tarqalgan fikrlar mavjud edi. Bir qator klinik kuzatuvlar ushbu nazariyani qo'llab-quvvatladi. Shunday qilib, qon bosimining keskin pasayishi buyrak funksiyasining qisqa muddatli yomonlashuvining rivojlanishi, beqaror angina pektorisining shakllanishi yoki vaqtinchalik miya ishemik hujumlari bilan birga keldi [26, 30, 31, 36, 47]. Biroq, so'nggi 30 yil ichida to'plangan ma'lumotlar keksa odamlarda AG shakllanishi mexanizmlari haqidagi g'oyalarga sezilarli o'zgarishlar kiritdi [6, 11, 15, 17, 21].

Bugungi kunda qarilikda AG rivojlanishining asosiy mexanizmlari qon tomirlarining qattiqlashishi, baroreseptorlar funktsiyasining o'zgarishi va avtonom asab tizimining disfunktsiyasi bilan bog'liq[5, 9, 18, 19, 24-26, 30, 32]. Sistola paytida qorinchalarning qisqarishi aorta devorini cho'zadi va puls to'lqinini hosil qiladi. Ushbu to'lqin arteriyalarning bifurkatsiyasidan, mikrosirkulyatsion kanaldan aks etadi va aks-sado to'lqinlari sifatida aortaga qaytadi. Puls to'lqinining tarqalish va qaytish tezligi cho'zilish va qattiqlikka bog'liq: qon tomir devorining qattiqligi va uning cho'zilishi qanchalik kichik bo'lsa, tezlik shunchalik katta bo'ladi. Arteriyalarning qattiqligining oshishi aks ettirilgan to'lqinning tez qaytishiga va uning zarba to'lqiniga tushishiga olib keladi. Natijada, aortada bog ' ko'tariladi, bu maqsadli organlarga-yurak, miya, buyraklarga to'g'ridan-to'g'ri zarar etkazuvchi ta'sir ko'rsatadi, shuningdek, dad ning pasayishi va tomir elastikligining asosiy fiziologik funktsiyasining yo'qolishi – koronar qon oqimini ta'minlash uchun dad darajasini saqlab turish, puls qon bosimi (Pad) [5, 43 ,45, 49]. Ushbu o'zgarishlar kekxa odamlarda izolyatsiya qilingan sistolik AG (isag) rivojlanishining yuqori darajasini tushuntiradi. Isag bilan kasallanish 360 yoshdagi odamlarda 60% dan >75 yoshdagi odamlarda 75% gacha ko'tariladi[3, 12, 14, 22]. Katta epidemiologik tadqiqotlarda (MRFIT, OHASAMA, Framingham tadqiqotlari) yurak-qon tomir patologiyasidan o'limning 2-5 baravar, umumiy o'limning 51 foizga, isag bilan og'rigan bemorlarda qon tomirlarining 2,5 baravar ko'payishi normal qon bosimi bo'lgan odamlarda o'xshash ko'rsatkichlarga nisbatan isbotlangan [20, 23, 27, 46].

Ushbu o'zgarishlarga qo'shimcha ravishda, qon bosimini tartibga solish jarayonining buzilishi bilan baroreseptorlarning adrenergik stimulyatsiyaga sezgirligi pasayadi. Simpatik asab tizimining funktsional holati ham yoshga qarab o'zgaradi, qon tomir devoridagi adrenergik retseptorlarning miyokardga nisbati buziladi, buning natijasida B1 zichligi pasayadi va a – adrenergik retseptorlarning zichligi oshadi. 70 yoshga kelib, o'rtacha yoshga nisbatan qon katekolaminlari darajasi 2 baravar oshadi [5, 33, 43].

60 yoshdan oshgan odamlarda buyraklarda yoshga bog'liq o'zgarishlar yuz beradi (jadval. 1). Juxtaglomerulyar kompleksning ishlaydigan nefronlari va

hujayralari soni kamayadi, glomerulalarda sklerotik jarayonlar rivojlanadi, buyrak arteriyalarining arteriolonefrosklerozi rivojlanadi, bu 40 yoshdan keyin funktsiyaning yillik o'rtacha 1% pasayishiga olib keladi, shundan kelib chiqqan holda keksa odamlarni engil CRF bilan og'rigan bemorlarga kiritish kerak [43]. Keks AG rivojlanishida qon tomir devorining endotelial disfunktsiyasi, gevsme omillari (ayniqsa azot oksidi va prostatsiklin) sintezining yoshga bog'liq etishmovchiligi va vazokonstriktiv omillar (endotelin-1, tromboksan A2) ishlab chiqarishning ustunligi, AG zo'ravonligini kuchaytiradigan va qon tomirlarini qayta qurishga ta'sir qiladi [5, 33].

1-jadval

Sog'lom odamlarda yoshga qarab buyrak funktsiyasining o'zgarishi

Yoshi	Endogen kreatinin klirensi bo'yicha GFR (ml / min)	
	Erkaklar	Ayollar
60	70-80	55-70
65	67-75	58-66
70	60-72	48-54
75	50-58	44-52
80	46-56	35-49

Keks odamlarning AG uchun psevdohipertenziya (Osler fenomeni), "oq xalat gipertenziiyasi", ortostatik va postprandial gipotenziiyaning yuqori chastotasi xarakterlidir. 60 yoshdan kichik odamlarda ortostatik gipotenziiya rivojlanish darajasi 1,9% ni, 70 yoshdan oshganlarda esa 18,9% ni tashkil qiladi; 55-59 yoshdagi psevdohipertoniya 1% hollarda va 27,8% 80 yoshdan oshganlarda uchraydi [5, 7, 10, 16]. Shu munosabat bilan, Evropa gipertenziiya jamiyati va Evropa kardiologiya jamiyatining (2012) davolash bo'yicha tavsiyalarida ortostatik gipotenziiya xavfini hisobga olgan holda, qon bosimini vertikal holatda ham o'lchash kerak, garchi barcha istiqbolli randomizatsiyalangan sinovlarda Agni davolash samaradorligi, uning asosida keksa yoshdagi AG terapiyasining zamonaviy tavsiyalari ishlab chiqilgan bo'lsa-da, qon bosimi ko'rsatkichlarida

olingan qon bosimi ko'rsatkichlariga e'tibor qaratildi. bemorning o'tirgan holatini o'lchash [5, 33, 36, 43, 49].

2008 yilgacha, HYVET tadqiqotining natijalari e'lon qilingunga qadar – 80 yoshdan oshgan odamlarda KVH va o'lim uchun xavf omili sifatida qon bosimining rolini saqlab qolish to'g'risidagi ma'lumotlar juda ziddiyatli edi. Bir nechta tadqiqotlar keksa yoshdagi odamlarda qon bosimi va o'lim o'rtasidagi "paradoksal" munosabatni aniqladi [5, 33, 37, 44]. Shunday qilib, SatishS tadqiqotida. et al. (2001) 6 yil davomida 65 yoshdan oshgan 120 000 dan ortiq bemorlar kuzatilgan, 385 yoshli erkaklarda hayot prognozi yaxshilanishi bilan yuqori qon bosimi assotsiatsiyasini taklif qilish uchun ma'lumotlar olingan [48]. Agar 60-84 yoshdagi erkaklarda o'lim xavfi bo'lsa SBP 3180 mm simob ustuni. sad ≤ 130 mmHg ga qaraganda ancha yuqori edi. , keyin \ u003e 85 yoshda teskari rasm kuzatildi. Boshqa xavf omillarini hisobga olgan holda, o'sish aniqlandi bog ' har 10 mm simob ustuni uchun. 65-84 yoshdagi erkaklarda o'lim xavfi bilan bevosita bog'liq bo'lgan, 385 yoshdagi erkaklarda esa teskari munosabatlar aniqlangan: 65-84 yoshdagi nisbiy xavf 1,04, 385 yoshdagi 0,92 ni tashkil etgan. Sad va o'lim xavfi o'rtasida >85 yoshdagi ayollarda bunday assotsiatsiya topilmadi [48].

Davolash, o'rta yoshli odamlarda bo'lgani kabi, turmush tarzini o'zgartirish bilan boshlanishi kerak. Bu AG xavfi va darajasiga bog'liq. Dori preparatisiz bo'lmagan dorilar o'rta yoshdagi odamlarga qaraganda kamroq samaradorlikka ega [33,38, 43, 45]. Keksa bemorlarda qon bosimini pasaytirishda muntazam jismoniy mashqlar va tana vaznini nazorat qilish samaradorligi to'g'risida kuchli dalillar mavjud [5, 33, 40, 43-45, 47].

AG bemorlarining AGT-dan foydalanish, yoshidan qat'i nazar, hech qanday shubha tug'dirmaydi. Buni 8 ta klinik tadqiqotlarning meta-tahlili natijalari ko'rsatadi (jami 15693 bemor o'rtacha 3,8 yil davomida kuzatilgan). Adekvat AGT barcha sabablarga ko'ra o'limning nisbiy xavfini 13% ga, CVD dan – 18% ga, barcha yurak-qon tomir asoratlari (SSO) chastotasini – 23% ga, shu jumladan

insultdan – 30% ga va koronar asoratlardan – ga kamaytirishga olib keldi. 23 % [4, 5, 13, 28, 29, 39, 41].

Xalqaro tavsiyalarda (2010) isag bemorlarini davolash uchun birinchi darajali dorilar tiazid diuretiklar (TD) va uzoq muddatli ta'sir ko'rsatadigan dihidropiridin kaltsiy antagonistlari (AK) va ma'lum sharoitlarda angiotensin II retseptorlari antagonistlari (ara II) – sartanlarni taklif qiladi [4, 5, 28, 29, 39, 40, 42, 43, 46], 60 yoshdan oshgan keksa bemorlarda SD AG va isag bilan davolash uchun tavsiya etilgan dorilar sifatida, ushbu guruhlardan keyin AGT uchun angiotensinni o'zgartiruvchi ferment (IAPF) ingibitorlari, beta-adrenoblokatorlar (bab) ham eslatib o'tiladi.) [5, 13, 40, 46]. Keks AG bemorlarini davolashda tdni tanlangan dori sifatida ishlatish patogenetik jihatdan asoslidir, chunki yoshi bilan buyraklarning ekskretator funksiyasi pasayadi va natriy ionlari va suv tanada saqlanib qoladi. Bundan tashqari, renin sekretsiasining pasayishi va beta-adrenergik retseptorlarning sezgirligining pasayishi tufayli dorilar, IRAAS va bab nazariy jihatdan ushbu sinflardagi dori-darmonlardan past bo'lishi kerak [5, 28, 42, 46]. Ushbu tavsiyalar AGT bo'yicha platsebo nazorati ostida o'tkazilgan yirik klinik tadqiqotlar natijalariga asoslanadi.

2008 yilda HYVET tadqiqotining asosiy natijalari e'lon qilinishidan oldin, keksa gipertenziv bemorlarning AGT foydalari 80 va undan katta yoshdagi bemorlarga, ya'ni ilgari tadqiqotga minimal miqdorda kiritilgan keksa yoshdagi shaxslarga taalluqli ekanligi to'liq aniq emas edi. 1999 yilda F. Gueyffier va boshq. INDANA tadqiqotida (Antihypertensive Drug Intervention Trials – antihipertenziv dorilar bilan aralashishda individual ma'lumotlarni tahlil qilish) 7 ta randomizatsiyalangan nazorat ostida o'tkazilgan sinovlarda (RCT) olingan natijalardan ushbu yoshdagi bemorlarning kichik guruhlarida Agni davolash samaradorligi to'g'risidagi namunaviy ma'lumotlarni meta-tahlil qilishga urinishdi (to'rtta ko'r platsebo nazorati ostida o'tkazilgan tadqiqotlar (PCI) va uchta ko'r PKI) [46].

Ularda 80 va undan katta yoshdagi 1670 nafar bemor haqida ma'lumotlar mavjud bo'lib, ularning aksariyati yuqoridagi tadqiqotlarga kiritilgan – SHEP,

STOP-Hypertension va Syst-Eur. Ushbu meta-tahlilning asosiy " so'nggi nuqtalari "o'limga olib keladigan yoki o'limga olib kelmaydigan qon tomirlari, ikkilamchi – umumiy va SS o'limlari, o'limga olib keladigan va o'limga olib kelmaydigan" katta " koronar va serebrovaskulyar hodisalar va CHF holatlari edi. TD, bab, AK, AAPF bilan davolash o'limga olib keladigan va o'limga olib kelmaydigan insultni 34 foizga, og'ir SSO bilan kasallanish 22 foizga va CHF bilan kasallanish 39 foizga kamaytirdi. Biroq, AGT CCCNI kamaytirmadi va barcha sabablarga ko'ra o'lim darajasi noto'g'ri (6% ga) oshdi. O'limga olib keladigan va o'limga olib kelmaydigan insultlarning rivojlanish tezligini tanlab tahlil qilganda, AGT faqat o'limga olib kelmaydigan insultlarning rivojlanishini cheklashga imkon beradi [13, 39, 46].

Faqat ikki marta ko'r-ko'rona o'tkazilgan tadqiqotlarning meta-tahlilida o'limga olib keladigan va o'limga olib kelmaydigan insult xavfi 36% ga, barcha yurak-qon tomir hodisalari 23% ga va CH 42% ga sezilarli darajada kamaygan (platsebo bilan solishtirganda). Shu bilan birga, CCC profilaktikasida platsebo bilan solishtirganda faol terapiyaning afzalligi aniqlanmagan, bundan tashqari, asosiy guruhda umumiy o'lim darajasi nazorat guruhiga qaraganda 14% yuqori bo'lgan [46].

Aytishimiz mumkinki, meta-tahlil natijalari shuni ko'rsatdiki, 80 va undan katta yoshdagi bemorlarda AHNI davolash CCC va serebrovaskulyar hodisalar xavfining kamayishi va o'limning ko'payishi o'rtasida muvozanatlashgan. 80 yoshdan oshgan bemorlarda AHNI davolashning foydalari to'g'risidagi ma'lumotlarning etarli darajada ishonmasligi 2003-2007 yillarda ah bo'yicha xalqaro tavsiyalarda ta'kidlangan [4, 5, 46].

Shunday qilib, esh/ESC (2007) ning Agni davolash bo'yicha Evropa ko'rsatmalarida "80 yoshdan oshgan bemorlarga nisbatan antihipertenziv davolanishga ehtiyoj borligi haqidagi dalillar hali ham aniq emas" [33].

2003 yilda diuretik – bendroflumetiazid va IAPF – lisinopril antihipertenziv terapiya vositasi sifatida ishlatilgan hyvet (hypertension in The Very Elderly Trial pilot – juda keksa yoshdagi gipertenziyani o'rganish) pilot tadqiqotining natijalari

e'lon qilindi. Ushbu tadqiqotda (har bir bemorni kuzatish o'rtacha 13 oy davom etdi.) 80 va undan katta yoshdagi 1283 bemor kiritilgan.

Randomizatsiyadan so'ng ular tpd, IAPF yoki platsebo qabul qilishdi. 2003 yilda nashr etilgan ushbu tadqiqot natijalari insult tezligining pasayishi va barcha sabablarga ko'ra o'limning kichik o'sishi bilan bog'liq bo'lib, indananing meta-tahlil natijalariga mos keldi. Qon tomirlarining oldini olgan har bir holat uchun boshqa sabablarga ko'ra bitta o'lim holati bo'lgan. Ammo, IAPFGA asoslangan terapiyadan farqli o'laroq, diuretik bilan davolangan bemorlarda o'limga olib keladigan va o'limga olib kelmaydigan insult xavfi sezilarli darajada kamaygan [28, 33, 46].

Hyvet-ning asosiy tadqiqoti AGT keksa yoshdagi bemorlarda CVD va CCCNI kamaytiradimi degan savolga javob berishga qaratilgan birinchi maxsus rejalashtirilgan tadqiqot bo'ldi [5, 33]. AGTNI o'tkazishda HYVET tadqiqotida har qanday sababdan o'lim xavfini kamaytirish keksa odamlarda antihipertenziv terapiyani boshlash hech qachon kech emasligini ko'rsatdi (chunki bemorlarning uchdan bir qismi ilgari AGT olmagan) va Agni davolashning foydasi isbotlangan yosh chegarasini kengaytirdi[4, 5, 33, 46].

Ko'plab klinik tadqiqotlar natijalari shuni ko'rsatdiki, antihipertenziv terapiya paytida qon bosimining sezilarli darajada pasayishi keksa AG bemorlariga zarar etkazmaydi (jadval. 2–3) [2, 4, 5, 13, 31, 33, 43, 45].

2-Jadval

Keksa yoshdagi bemorlarda davolash samaradorligini baholash bo'yicha tadqiqotlar [33, 43]

Tadqiqot	n	Yosh	QB mm.sim.ust	Farmakoterapiya	
				1-daraja	2- daraja
SHEP	736	76,1	170/77	Xlortalidon	Atenolol
SYST-EUR	695	70,2	174/85	Nitrendipin	Enalapril
SYST-CHINA	394	66,5	171/86	Nitrendipin	Kaptopril
EWPHE	8	72,0	182/101	Hctz + triamteren	Metildopa

	40				
STOP-Hypertension	627	76,0	195/102	Diuretik yoki bab	Diuretik yoki bab
Coope	84	68,7	196/99	Atenolol	Diuretik
MRC	396	70,0	185/91	Diuretik yoki bab	Diuretik yoki bab
STONE	632	66,0	168/100	Nifedipin	Kaptopril
HYVET	845	83,6	173/91	Indapamid retard	Perindopril

Jadval

Keksa yoshdagi bemorlarda gipertenziv terapiya va yurak-qon tomir hodisalari assotsiatsiyasi

Qon bosimini o'rganish	QB (placebo) mm.sim.ust	QB (davolash) mm.sim.ust.	QB (dinamika) mm.sim.ust	Insult, %	YuIK	Yurak-qon tomir o'limi, %	Yurak-qon tomir o'limi, %	Umumiy o'lim, %
SHEP	155/71	144/68	-11/-3	-36*	-27	-32*	-20	-13
SYST-EUR	161/83	151/78	-10/-5	-42*	-26*	-31*	-27	-14
SYST-CHINA	159/84	151/81	-9/-3	-38*	-37	-37*	-39*	-39*
EWPHE	167/90	148/85	-19/-5	-32*	-47*	-38*	-27*	-9
STOP-Hypertension	186/96	167/87	-19/-8	-47*	-13	-40*	H/Д**	-43*
Coope	180/89	162/78	-18/-11	-42*	+3	?	-22	-3
MRC	168/85	152/76	-16/-9	-25*	-19	-17*	-9	-3
STONE	156/90	146/87	-9/-5	-57*	-6	-60*	-26	-45*
HYVET	158/84	143/78	-15/6	-30	H/Д**	-34*	-23	-21*

Yurak-qon tomir hodisalari, miya va yurak asoratlari. Qon tomirlari keksa gipertenziv bemorlarda eng ko'p uchraydigan asoratdir. Barcha tadqiqotlarda antihipertenziv terapiyani amalga oshirishda insult darajasi statistik jihatdan

sezilarli darajada kamaydi. Binobarin, kekxa odamlarda qon bosimini pasaytirishning foydasi va zarurligi masalasi endi aniq va ijobiy hal qilindi.

1.2.Gipertoniya kasalligini XKT-10 bo'yicha tasnifi

Arterial gipertenziya (ah) eng keng tarqalgan yurak – qon tomir patologiyasidir. Muammoning dolzarbligi kasallikning yuqori populyatsiya chastotasi, aholining sog'lig'i, ish qobiliyati va umr ko'rish davomiyligiga ta'siri bilan belgilanadi.

G. Mancia ma'lumotlariga ko'ra, Evropadagi kattalarning taxminan 40% qon bosimi (BP) 140/90 mm dan yuqori.rt. va 65 yoshdan oshgan yosh guruhlarida AG odamlarning 50 foizida yoki undan ko'pida uchraydi. Bundan tashqari, so'nggi 5 yil ichida ushbu yosh toifasida kasallik chastotasi sezilarli darajada oshdi. Axborot moduli: qarilikda ikkita asosiy shakl ko'proq uchraydi: ajratilgan sistolik (isag), uning ulushi 20% dan oshadi va sistolodiastolik. JSST mezonlariga muvofiq ISAGNING 3 darajasi ajratiladi: 1 daraja – sad < 160 mm.rt.san'at 2 - darajali bog ' < 180 mm.rt.3-darajali bog ' > 180 mm.rt.san'at

Hozirgi vaqtda davolanmagan yoki etarli darajada antihipertenziv terapiya bilan, deyarli bir xil chastotada AHNING ikkala shakli yurak-qon tomir asoratlari (CSO) rivojlanishiga va o'limning ko'payishiga olib kelishi isbotlangan. Shuning uchun gipertoniya bilan og'rigan kekxa bemorlarda qon bosimini pasaytirishning maqsadga muvofiqligi to'g'risida ko'p yillik munozaralar istalmagan gipoperfuziya ta'sirining yuqori xavfi tufayli to'xtatildi. Yuqori qon bosimini etarli darajada tuzatish AG kursini ijobiy o'zgartiradi, 4-5 yildan keyin yurak-qon tomir kasalliklaridan (KVH) o'limning 15-20% ga pasayishiga olib keladi va bemorlarning mehnat qobiliyatini uzoq muddatli saqlashga yordam beradi *1+. AG bilan kasallangan kekxa odamlar orasida ayollar ustunlik qiladi (55-68%), bu ularning tibbiy va ijtimoiy vasiyligini ayniqsa dolzarb qiladi. Kekxa bemorlarning jinsiga qarab qon bosimining kunlik profilining xususiyatlarini tahlil qilishda quyidagilar aniqlandi: sistolik qon bosimining o'rtacha qiymatlari (sad) erkaklar va ayollarda kuniga sezilarli darajada farq qilmadi (149 ± 21 va 148 ± 19 mm simob

ustuni).san'at shunga ko'ra), erkaklardagi maksimal sad qiymatlari (158 mm simob ustuni).soat 19 da belgilangan.kechqurun, ayollarda (163 mm simob ustuni).) tushda. Kuzatuv kundaliklariga ko'ra, erkaklar uchun bu televizion yangiliklarni tomosha qilish va klublarda va barlarda do'stlari bilan muloqot qilish, ayollar uchun esa uyda faol ishlash bilan bog'liq.

Bundan tashqari, ayollarda kuniga o'rtacha diastolik qon bosimi (dad) erkaklarnikiga qaraganda bir oz yuqori bo'lgan (83 ± 10 va 80 ± 9 mm simob ustuni).muvofig), ertalab, tushdan keyin va kechasi maksimal ko'tarilish bilan. Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, keksa yoshdagi erkaklar va ayollarda sad darajasining kunlik o'zgarishi turmush tarzi va xulq-atvoridagi farq bilan bog'liq bo'lib, ayollarda dad ning yuqori ko'rsatkichlari jinsga qarab AG patogenezining o'ziga xos xususiyatlaridan dalolat beradi.

Bundan tashqari, dad erkaklarda taxminan 60 yoshda va ayollarda taxminan 70 yoshda maksimal darajaga etadi va keyin asta-sekin kamayadi. Bundan tashqari, AHNING mavjudligi bemorlarning sog'lig'i, davomiyligi va hayot sifatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi, chunki diastolik va ayniqsa sistolik qon bosimi sonining ko'payishiga parallel ravishda kasallanish va o'lim darajasi oshadi. Ah insult, koronar arteriya kasalligi (SAPR), shuningdek nogironlik va erta o'lim kabi CVD rivojlanishi uchun xavf omilidir.

Uzoq muddatli AG maqsadli organlarning shikastlanishiga olib keladi: yurak, miya, buyraklar, periferik tomirlar. Fremingem tadqiqotiga ko'ra, qon bosimi darajasi qanchalik yuqori bo'lsa, barcha yoshdagi erkaklar va ayollarda SSO rivojlanish xavfi shunchalik yuqori bo'ladi. Gipertenziya keksa yoshdagi barcha gipertenziya holatlarining 90% gacha, yosh bemorlarda (40 yoshdan kichik) esa 60% ni tashkil qiladi. AG asoratlari darajasi ham yoshga qarab ortadi. Shunday qilib, 25-34 yoshdagi yumshoq ah bilan og'rigan bemorlarda 10 yil ichida asoratlarni rivojlanish xavfi 1% dan kam, 65-74 yillarda esa 30% dan ortiq. Keksa yoshdagi AG-bu qon aylanishi va metabolizmni neyrogumoral tartibga solishning buzilishi bilan tavsiflangan ko'p bo'g'inli jarayon.

Sog'lom odamlarda va ah bilan og'rigan bemorlarda qarish jarayoni gemodinamik ko'rsatkichlarning yoshga bog'liq qayta tuzilishi, chap qorincha diastolik disfunktsiyasi (LV) fonida qon bosimi va periferik qon tomir qarshiligining (PSS) oshishi va kislorodda miyokard iste'molining ko'payishi bilan birga keladi. AG ning asosiy patogenetik bo'g'inlari pressor (katekolaminlar, badrenoreseptorlar, renin-angiotensin-aldosteron tizimi (RAAS)) va depressor (kallikrein-kinin tizimi, prostaglandinlar, atriyal natriuretik peptid (PNP) va boshqalar) mexanizmlarining faollik nisbatlarini buzishdir. Katta yoshdagi AG aldosteron kontsentratsiyasi va plazma renin faolligining oshishi bilan tavsiflanadi. N. G. Repetiy melatonin (MT) ishlab chiqarishdagi buzilishlar darajasi va qarilik va qarilik davridagi AG og'irligi *2+o'rtasidagi to'g'ridan-to'g'ri korrelyatsion bog'liqlikni aniqladi.

Qarilikda AG rivojlanishining yoshga bog'liq va patologik momentlarining murakkab o'zaro bog'liqligi, asosan, gipertenziyaning mohiyatini baholashda yuzaga keladigan terapiya masalalarini tashxislash va hal qilishda katta qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi-bu yoshga bog'liq involyutsion jarayonlar va hodisalarni aks ettiradi. umuman tanadagi qon aylanish tizimining moslashuvi va bu tizimli yoki tizimli rivojlanish darajasiga bog'liq.

I.10 Essensial (birlamchi) gipertoniya

I.11 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak shikastlanishi ustunligi bilan

I.11.0 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak shikastlanishi ustunligi bilan, Yurak etishmovchiligi bilan

I.11.9 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak shikastlanishi ustunligi bilan, Yurak etishmovchiligisiz

I.12 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi buyrak shikastlanishi ustunligi bilan

I.12.0 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi buyrak shikastlanishi ustunligi bilan, buyrak etishmovchiligi bilan

I.12.9 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi buyrak shikastlanishi ustunligi bilan, buyrak etishmovchiligisiz

I.13 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak va buyrak shikastlanishi ustunligi bilan

I.13.0 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak va buyrak shikastlanishi ustunligi bilan, Yurak etishmovchiligi bilan

I.13.1 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak va buyrak shikastlanishi ustunligi bilan, buyrak etishmovchiligi bilan

I.13.2 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak va buyrak shikastlanishi ustunligi bilan, Yurak va buyrak etishmovchiligi bilan

I.15 Ikkilamchi gipertenziya

I.15.0 Renovaskulyar gipertenziya

I.15.1 Buyrakning boshqa shikastlanishiga nisbatan ikkilamchi gipertenziya

I.15.2 Endokrin buzilishlarga nisbatan ikkilamchi gipertenziya

I.15.8 Boshqa ikkilamchi gipertenziya

I.15.9 Aniqlanmagan ikkilamchi gipertenziya

AG kasalligi patogenezining zamonaviy qabul qilingan tushunchalari qonning reologik xususiyatlari va trombotsitlarning funktsional holati buzilishlarining AG sindromi va Markaziy va periferik gemodinamikaning buzilishidagi "hissasini" etarlicha hisobga olmaydi. Ushbu buzilishlar kasallikning og'irligi bilan bog'liq va uning rivojlanishiga yordam beradigan qo'shimcha omillar sifatida qaraladi. Ah bilan og'rigan bemorlarda araxidon kislotasi metabolitlari – prostatsiklin va tromboksan nisbati sog'lom bo'lganlarga nisbatan biroz pasayadi.

Trombotsitlarning funktsional xususiyatlarini faollashtirish sabablari boshqacha bo'lishi mumkin. Qon plitalari agregatsiyasining ko'payishi va tromboksan – prostatsiklin tizimidagi nomutanosiblik, agregator, vazokonstriktor tarkibiy qismlarining ustunligi o'rtasidagi bog'liqlikni istisno qilib bo'lmaydi. Keksa va keksa yoshdagi AG qon ivish faolligining oshishiga olib keladi; gemokoagulyatsiya tizimining giperreaktivligini aniqlaydi.

Shuningdek, keksa bemorlarda qon ivish tizimining tartibga solish mexanizmlarining harakatchanligi pasayadi, buning isboti sog'lom davr bilan taqqoslaganda, unda yuzaga keladigan siljishlarni tiklash, kompensatsion antikoagulyant mexanizmlarning ishonchliligini pasayishi.

Shu munosabat bilan, ah bilan og'rigan bemorlarda trombotik asoratlar ehtimoli ortadi. Umumiy xolesterin (ox), past zichlikdagi lipoprotein (LDL) va qon zardobidagi juda past zichlikdagi lipoprotein (VLDL), Ao to'qimasi, eritrotsitlar membranalarining yoshi bilan bevosita bog'liqligi aniqlandi. Tananing qarishi bilan qizil qon tanachalari tomonidan kislorodni qabul qilish darajasi ham kamayadi; bu ko'rsatkich qizil qon tanachalari membranalaridagi xolesterin miqdoriga bevosita bog'liq. Ah uchun xavf omillari orasida chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, qandli diabet (dm), kam jismoniy faollik, lipid (yog') metabolizmining buzilishi, stress, qarilik, oilada KVH, ota-onalarda lipid metabolizmining buzilishi, shuningdek dm mavjud. Tibbiyotda keksa bemorlarda AHNI baholashda ikkita diametrik qarama-qarshi fikrlar mavjud. Ba'zi tadqiqotchilar kech AG paydo bo'lishini qon aylanish tizimining tabiiy yoshga bog'liq qayta tashkil etilishi deb hisoblashadi, boshqalari esa hatto chuqur qarilikda ham AG kasallikning namoyon bo'lishi deb hisoblashadi. Ma'lumki, keksa va yoshligida ah bilan og'rigan bemorlarning 90-95 foizida muhim gipertenziya, qolganlari simptomatik gipertenziya bilan og'rigan bemorlardir. Kech hayotda har qanday odamning ah bilan kasallanish darajasining o'sishi tabiiy qarish jarayonida kasallik uchun ko'plab xavf omillarining shakllanishi bilan bog'liq.

Katta yoshdagi odamda qon bosimini tartibga solishning "buzilishi" natijasida yosh organizm uchun "muammosiz" omillar ta'sir qilish bosqichida allaqachon sodir bo'ladi va paydo bo'lgan AG osongina barqarorlashadi va rivojlana boshlaydi *3+.

AG ning etiologiyasi va patogenezi qarilikda AG ning rivojlanishi etiologik omillarning ta'sir doirasi yoshdagiga qaraganda kengroq. Keks yoshdagi psixo-

emotsional haddan tashqari kuchlanishning roli tobora ortib borayotgan stressli vaziyatlar va keksa organizmning neyropsikologik xususiyatlari tufayli sezilarli darajada oshadi.

Bir tomondan tashqi omillarning ta'sirini kuchaytiradigan va boshqa tomondan qon bosimini tartibga soluvchi barcha mexanizmlarning funktsional elastikligini kamaytiradigan ichki atrof – muhit omillari jiddiy etiologik ahamiyatga ega. Ular orasida yoshga bog'liq gipoksiya omili paydo bo'ladi, bu ko'pincha aterosklerotik jarayon, endokrin tizimning yoshga bog'liq kasalliklari, mikrovaskulyar kasalliklar, irsiy moyillik va boshqalar bilan kuchayadi. Tananing qarishi bilan miya gipoksiyasi nafaqat sanab o'tilgan omillar tufayli, balki intensiv miya qon aylanishining yoshga bog'liq pasayishi, gipotalamus-adrenalin tizimining yoshga bog'liq giperaktivligi, buyrak glomerulyar apparatining yoshga bog'liq gipertrofiyasi va buyraklarning antihipertenziv funktsiyasining pasayishi tufayli ham kuchayadi. Shu munosabat bilan tanada natriy va kaltsiyni ushlab turish sodir bo'ladi, ammo kaliyning yo'qolishi, bu PSSNING ko'payishiga olib keladi, ko'pincha oxirgi sabab va qarilikda qon aylanishining giperkinetik turini rivojlanishiga olib keladi. Shunday qilib, yosh va qarilikda AG ning etakchi patogenetik aloqalari asab tizimining buzilishi (stress), endokrin, neyrogumoral tartibga solish va qon tomir mexanizmidir, garchi qarishning fiziologik jihatlari, aterosklerotik jarayonning qo'shilishi AG ning qarilik va qarilik davrida oson va tez rivojlanishiga olib keladi. tanadagi ko'plab o'zgarishlar.

Ah asoratlarning inkor etilmaydigan bashoratchilaridan biri bu chap qorincha gipertrofiyasi (LVH). Uning shakllanishi gemodinamik va neyrogumoral omillar yig'indisi bilan bog'liqligi isbotlangan, ular orasida qon bosimining haddan tashqari yuklanishi va qon bosimining (vad) o'zgaruvchanligining oshishi kiradi. Keksada odamlarda Glh a-va xolinergik retseptorlarning saqlanib qolgan funktsiyasi bilan miyokard b - adreno-reseptorlari soni va sezgirligining pasayishi bilan birga keladi, bu esa yurakning sinus ritmini (VRS) avtonom tartibga solishning buzilishiga olib keladi. Keksada va keksa yoshdagi odamlarda asoratlanmagan AG 86,6% hollarda LV ning asosan konsentrik LF turiga (52,7%

hollarda) qayta tuzilishi bilan birga keladi, bu asosan yumurtlama tipidagi diastolik disfunktsiya bilan tavsiflanadi.

LV qayta tuzilishi va u bilan bog'liq diastolik disfunktsiyaning rivojlanishi avtonom asab tizimining parasempatik bo'limi (ans) segmental bog'lanishining pasayishi va segmentar va gumoral metabolik ta'sirlar tufayli nisbiy simpatikotoniyaning rivojlanishi bilan umumiy VRSNING pasayishi bilan birga keladi. Ushbu adabiyotlarning tahlili shuni ko'rsatdiki, keksa odamlarda AG muammosida asosiy organlar-maqсадlar – yurak va qon tomirlarining morfofunktsional holati masalalari deyarli o'rganilmagan.

1.3. Gipertoniya kasalligining diagnostikasiga umumiy yondoshish

QB darajalarini tasnifi

AB toifasi	SAB (mm s. u.)		DAB (mm s. u.)
Optimalv	<120	va	<80
Normal	120-129	va/yoki	80-84
YUqori normal	130-139	va/yoki	85-89
1 darajali AG	140-159	va/yoki	90-99
2 darajali AG	160-179	va/yoki	100-109
3 darajali AG	≥180	va/yoki	≥110
Alohida sistolik AG	≥140	va	<90

Birlamichi diagnostika etapida arterial gipertoniya dan boshqa Yurak-qon tomir kasalliklarini xavf omillarini borligini, nishon a'zolarini shikastlanishi va uning darajasini baholash, arterial gipertoniya ni asoratlarini va Yurak-qon tomir sistemasini boshqa yondosh kasalliklarini aniqlash. Bundan tashqari arterial gipertoniya ni oilaviy xarakterini, qandli diabetni, lipid almashinuvini buzilishlari, Yurak ishemik kasalligi, insult va buyrak kasalliklari mavjudligini aniqlash zarur.

Arterial gipertoniya ni kechishiga, keyinchalik esa davolash samaradorligiga ta'sir qiluvchi shaxsiy va psixologik o'ziga xoslikni aniqlash lozim.

Qon bosimini o'lchash Korotkov bo'yicha bilvosita auskultativ usulda o'tkaziladi. Olingan ko'rsatkichlar asosida qon bosimini oshish darajasi aniqlanadi.

Qon bosimini ikki qo'lda turli ko'rsatkichlari olinganda yuqori ko'rsatkichlar hisobga olinadi va keyinchalik nazorat bosim yuqori darajali qo'lda olib boriladi.

Fizikal tekshirish qon bosimini oshishi ikkilamchi bo'lgan kasalliklarni borligini ko'rsatuvchi belgilarni, hamda nishon a'zolarini shikastlanishi va arterial gipertoniya kasalligi bilan yondosh keluvchikasalliklarni aniqlashga yo'naltirilgan bo'lishi kerak.

Instrumental diagnostika.

Qon bosimni o'lchash. QBni to'g'ri o'lchash uchun quyidagi shartlarga rioya qilish kerak: 5 daqiqalik dam olishdan keyin tinch holatda o'lchash zarur; agar QBni o'lchashdan avval emotsional yoki jismoniy zo'riqish bo'lgan bo'lsa dam olish vaqtini 15-30daqiqagacha cho'zish mumkin; bemorni qulay holatiga, o'lchash vaqtida qo'lda taranglikni yo'qligiga e'tibor berish kerak; QBni o'lchashgacha 30 daqiqa chekmaslik zarur; 60daqiqagacha kofein tutuvchi ichimliklarni (kofe, achchiq choy) iste'mol qilmaslik;

QBni oshishini birinchi aniqlanganda uni darajasini aniq baholash uchun har bir qo'lda 1-2 daqiqa oralig'i bilan 3 marta o'lchash zarur. Agar farq 8 mm s.u. va undan ko'proq bo'lsa qo'shimcha ulchov o'tkaziladi. Oxirgi ko'rsatkich sifatida oxirgi 2 o'lchashni o'rtacha ko'rsatkichi olinadi.

QBni sutkalik monitorlash QBni sutka davomida tebranishlarini – QBni sirkad (sutkalik) ritmini aniqlash uchun o'tkaziladi. QBni sutkalik monitorlash AGli bemorlarni majburiy tekshirish usuli emas, lekin noto'g'ri qo'yilgan AG tashhisini soni bu usulni qo'llaganda “oq xalat” gipertoniyasini aniqlash hisobiga ancha kamayadi.

Elektrokardiografik tekshirish Yurak ritmini, miokard gipertrofiyasi va ishemiyasi, infarktdan keyingi o'zgarishlar, qorinchalar o'tqazuvchanligi va qo'zg'aluvchanligini buzilishlari borligini baholash uchun o'tkaziladi.

O'zgarishlarni yo'qligi AG tashhisini istisno qilmaydi. CHap qorincha gipertrofiyasi (CHQG) belgilari: Sokolov-Layon indeksi ($SV1 + RV5 > 3,5 \text{ mV}$), Kornel voltaj indeksi (QRS kompleksini amplitudasi va davomiyligini hosilasi $> 244 \text{ mV} \times \text{msek}$).

Exokardiografik tekshirish Yurakning struktura-funksional holatini baholash uchun o'tkaziladi. CHQG, chap qorinchani diastolik yoki sistolik disfunktsiyasini aniqlanishi bemorda nishon a'zolarini shikastlanishi, disfunktsiyani Yurak etishmovchiligining klinik belgilari bilan birga kelishi esa gipertoniya bilan assotsirlashgan holat borligi bildiradi.

Arteriyalarni ultratovush dupleks sknirlash yirik arteriyalarni struktur-funksional o'zgarishlarini aniqlash maqsadida o'tkaziladi. Tekshirish braxiotsefal va yonbosh-son arteriyalarida o'tkaziladi. Uyqu arteriyasining intima-media kompleksini qalinligi normda 0.9 mm dan oshmaydi, 1.0 mm dan to 1.3 mm gacha qalinlikni yug'onlashishi, 1.3 mm dan yuqori qalinlikda aterosklerotik pilakchalar mavjud deb aytiladi.

Tomirlarni holatini baholash uchun to'piq-elka indeksi aniqlanadi. Indeksni 0.9 dan kamligi tomirlar aterosklerozi borligini ko'rsatadi.

Puls to'liqligining tarqalish tezligini 10 m/s dan kamayishi tomirlarni qattiqligi oshganligini ko'rsatadi va salbiy prognostik belgi bo'lib hisoblanadi.

Oftalmoskopiya. To'r parda tomirlarini o'zgarishini aniqlash yosh bemorlarda yoki og'ir AGli bemorlarda katta diagnostik ahamiyatga ega, chunki boshqa kategoriyadagi bemorlardagi ozgina o'zgarishlar nospetsifik bo'lib, AGga bog'liq bo'lmagan ravishda ham kuzatilishi mumkin. Ifodalangan o'zgarishlar esa – qon quyilishlar, ekssudatlar va ko'ruv nervi so'rg'ichini shishi AGli bemorlarda assotsirlashgan klinik holatlarni borligini ko'rsatadi.

Laborator diagnostika.

Qondagi glyukoza miqdorini aniqlash nahorga o'tkaziladi. Qandli diabet AGda prognozni aniqlovchi xavf omillaridan biri bo'lib hisoblanadi (isbotlanish darajasi A), bunda uning ta'siri Yurak ishemik kasalligini ta'siri bilan bir xil.

Qondagi xolesterin va lipoproteinlar miqdorini tekshirish dislipidemiya aniqlash maqsadida o'tkaziladi. Giperoxolesterinemiya ($>5.0\text{mmol/l}$) yuqori zichlikdagi lipoproteinlar xolesterinini miqdorini kamayishi (erkaklarda $<1.0\text{mmol/l}$, ayollarda $<1.2\text{mmol/l}$) va kam zichlikdagi lipoproteinlar xolesterinini oshishi ($>3.0\text{mmol/l}$) AGda prognoznianiqlovchi xavf omillari hisoblanadi (isbotlanish darajasi A)

Qondagi kreatinin miqdorini aniqlash buyraklar faoliyatini baholash uchun o'tkaziladi. Kreatinin miqdorini oshishi buyraklar faoliyatini pasayishidan darak beradi, bu esa AGli bemorlarda prognozni yomonlashtiradi. AGda buyraklar holatini baholash uchun koptokchalar filtratsiyasi tezligi (KFT) MDRD yoki EPI formulalari yordamida hisoblanadi. Buning uchun bemorni yoshi, jinsi, irqi va kreatinin miqdorini bilish kerak.

MDRD bo'yicha $KFT = 86 \times (\text{kreatini}/88)^{-1.154} \times (\text{bemor yoshi})^{-0.263}$ ml/min/1.73m²

Ayollar uchun natija 0.742 ga ko'paytiriladi.

Siydikda oqsil miqdorini aniqlash buyraklar faoliyatini baholash uchun o'tkaziladi. Ertalabki siydikda mikroalbuminuriyani (30–300 mg sutkada) yoki albuminni kreatininga nisbatini (30–300 mg/g; 3,4–34 mg/mmol) aniqlash nishon a'zolarini shikastlanishini ko'rsatadi va AGli bemorlarda prognozni ancha yomonlashtiradi. (isbotlanish darajasi A).

Gipertoniya kasalligi tashhisini qo'yish uchun XKT-10 bo'yicha kodlashni, QB darajasini tasnifini, AG darajasini, nishon a'zolarini shikastlanishi, assotsirlashgan klinik holatlar mavjudligini hisobga olgan holda kasallikni xavf stratifikatsiyasini, gipertoniya kasalligini bosqichlar bo'yicha tasnifini bilish zarur.

QBni darajasi, xavf omillarini, nishon a'zolarini shikastlanishi borligi va Yurak, tomirlar, buyrak kasalliklari va qandli diabetni aniqlanishiga qarab AG xavf stratifikatsiyasi o'tkaziladi. Bu QBni nazorat qilish va nishon a'zolari tomonidan asoratlarni kamaytirish uchun davolash taktikasini to'g'ri tanlashga imkon beradi. AG darajasini oshishi bilan Yurak-qon tomir asoratlarini xavfi ham oshadi.

SHunday qilib 3-chi darajali AGli bemorda Yurak-qon tomir asoratlarini xavfi juda yuqori. YAna Yurak, tomirlar, buyrak kasalliklari va qandli diabetni bo'lishi Yurak-qon tomir asoratlarini xavfini AG darajasidan qat'iy nazar juda yuqorigacha oshiradi.

1.4. AGni stratifikatsiyasini kriteriyalari

Ularning holatini tavsiflovchi muhim parametrlardan biri bu qon bosimining o'ziga xos fiziologik regulyatorlariga reaktivlik va u bilan bog'liq makro - va mikrogemodinamikaning o'zgarishi. Ao yurakdan kapillyar kanalga doimiy qon oqimini ta'minlaydigan butun yurak-qon tomir tizimining eng muhim modulyatori ekanligi aniq ko'rsatilgan. Katta tomirlarning xususiyatlarining o'zgarishi AG bilan og'rigan keksa odamlarda yurak-qon tomir asoratlari rivojlanishi uchun muhim xavf omilidir.

Qon tomir devorining xususiyatlarini tavsiflovchi quyidagi ko'rsatkichlardan foydalaning: egiluvchanlik, cho'zilish, Ao qattiqligi, puls to'lqinining tarqalish tezligi (SRPV), aks ettirilgan to'lqinning amplitudasi *4+. Keks yosh va AG CRPV ning 1,5-2 baravar ko'payishiga, Ao elastikligining pasayishiga yordam beradi, bu esa o'z navbatida SBP va puls bosimining (PD) oshishiga, dbp ning pasayishiga olib keladi. PD ning ko'payishi yurak-qon tomir asoratlari rivojlanish xavfining oshishini ko'rsatadi, bu miyokard LV (MMLF) massasi, karotid arteriyalar va miyaning aterosklerotik shikastlanishi bilan bog'liq.

PD bilan chambarchas bog'liq bo'lgan Sadning ko'payishi asosiy arteriyalarning qattiqligining oshishini aks ettiradi va CRPV ning ko'payishi bilan bog'liq. PD ning chegara ko'rsatkichi uning qiymati 60 mm HG dan yuqori.ushbu daraja yurak-qon tomir asoratlari uchun yuqori xavf belgisi bo'lib xizmat qiladi. PD ning ko'payishi katta asosiy arteriyalarga zarar etkazish mezonidir. Shu bilan birga, AG shakllanishida mikrovaskulyar morfofunktsional holatning yoshga bog'liq o'zgarishi muhim rol o'ynaydi, bu qon oqimining sekinlashishi, arteriol-venulyar nisbatlarning pasayishi, kapillyarlarning xaroba zonalarini paydo bo'lishi va postkapillyar venulalarda tomir ichidagi buzilishlar, qon tomirlarining

norepinefringa sezgirligining pasayishi va sovuq stimulyatsiya bilan namoyon bo'ladi. Shuningdek, AG bilan og'rigan bemorlarda mikrogemorragiya, perivaskulyar shish, venulalar va kapillyarlar kalibrining notekisligi, qon tomir glomeruli topilgan. Bunga qo'shimcha ravishda, qon tomirlarining giperreaktivligi, ularning ogohlantiruvchi ta'sirlarga spastik reaksiyasining davomiyligi oshadi *5+. AG klinikasi

Yosh naqshlari AGning o'ziga xos rasmlarini shakllantiradi. Ko'pincha, ah hayotning kech davrida, 6-8 o'n yillikda va ba'zan undan keyin paydo bo'ladi. Kamroq tez-tez, bu yoshroq (30-40 yosh) yoshda boshlangan kasallikning davomi, ammo yoshi bilan klinika kech AGga xos xususiyatlarga ega bo'ladi. 60-65 yoshdan oshgan odamlarda AHNING og'ir kechishi kamdan-kam uchraydi, chunki tez rivojlanayotgan ah bilan og'rigan bemorlar bu yoshga qadar yashamaydilar, ular ko'pincha qon tomir yoki miokard infarktiga duch kelishadi. Geriatrik bemorlarda AG klinikasida uning kam simptomatik kursi e'tiborni tortadi.

Kasallikning boshida sub'ektiv namoyishlar ayniqsa kam, shuning uchun ular keyinchalik ah belgilari yoki uning asoratlari paydo bo'lganda ham shifokorga murojaat qilishadi. Ba'zan ular tasodifan aniqlanadi-keyingi tibbiy ko'rik paytida. Kasallikning bunday "kam" boshlanishi asab tizimining yoshga bog'liq giporeaktivligi bilan izohlanadi. Keksa yoshdagi labil AG ajralib turadi-60 yoshdan oshgan odamlarda kasallikning o'ziga xos shakli, tez-tez qisqa muddatli, kam simptomatik, tashqi ta'sirlarga mos kelmaydigan qon bosimining yuqori raqamlarga ko'tarilishi, bu uning yosh normasidan ancha past tushishi bilan o'zgarib turadi, hech qanday sababsiz yuzaga keladi. Kech AGning eng keng tarqalgan belgilari: "harakatsiz" zaiflik, o'zini yomon his qilish, ishlashning pasayishi, boshida og'irlik va to'liqlik hissi, kamroq – bosh og'rig'i.

Keyinchalik, progressiv ateroskleroz belgilari kasallik klinikasiga qo'shiladi va etakchi bo'ladi: uyqu, xotira, ko'rish, bosh aylanishi, tinnitus, bosh, yurak og'rig'i, nafas qisilishi, yurak ritmining buzilishi, hissiy labillik va boshqalar.

Ba'zi hollarda bemor, aksincha, oqarib ketadi. Keksa odamlarda, uzoq muddatli ah bilan, so'nggi voqealar xotirasi yomonlashadi, yangisini o'zlashtirishda qiyinchiliklar paydo bo'ladi, ish qobiliyati pasayadi, e'tibor zaiflashadi va etarli bo'lmagan hissiy reaksiyalar paydo bo'ladi. Aslida, qarish jarayonining patologik tezlashishi mavjud. Kardinal simptom-AG – keksa bemorlarda diastolik sezilarli darajada mo " tadil o'sishi bilan bog'ning imtiyozli o'sishi bilan tavsiflanadi va natijada PD ning ko'payishi, shuning uchun kech AG gemodinamikasining o'ziga xos xususiyatlari ejeksiyon gipertenzijasining ustunligi hisoblanadi. Bu keksa odamlarda Agni gemodinamik jihatdan yaxshi shakl sifatida tavsiflashga imkon beradi. Yaxshi gemodinamik variant kech AGning yana bir klinik xususiyati bilan belgilanadi - gipertonik inqirozlar (ha) chastotasining pasayishi (yoshlarga nisbatan), ayniqsa I tip (simpato-adrenalin).

Biroq, keksa bemorlarda inqiroz darajasining pasayishi tendentsiyasi bilan ular yosh bemorlarga qaraganda ancha qiyin. Geriatrik bemorlarda GK kursining og'irligi asoratlarning paydo bo'lish ehtimoli oshishi bilan belgilanadi – ritm buzilishi, kuchlanish angina pektoris, im, o'tkir yurak chap qorincha etishmovchiligi (OSJN), miya qon aylanishining dinamik buzilishi yoki miya qon tomirlari va boshqalar *6+.

Shunday qilib, keksa odamlarda AG ning asosiy xususiyatlarini shakllantirish mumkin:

1. Kasallik ko'pincha inson hayotining kech davrida (6-7-8 o'n yil) paydo bo'ladi.

Kamroq tez-tez, bu hayotning oldingi davrida boshlangan kasallikning davomi, ammo kech AGning o'ziga xos xususiyatlarini oladi.

2. Klinik jihatdan og'riqli hislarning kamroq zo'ravonligi bilan tavsiflanadi, bu esa erta tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi.

3. Arterial tomirlar va gemodinamikadagi yoshga bog'liq o'zgarishlar tufayli sad darajasi nisbatan yuqori va dad darajasi past, bu esa PD o'sishiga olib keladi.

4. Yurak ishlab chiqarishning ko'payishi (qon aylanishining gipertonik turi).

5. Miyokarddagi metabolizmning yoshga bog'liq pasayishi tufayli chap qorincha gipertrofiyasi kuzatilmaydi.

6. Yoshga bog'liq o'zgarishlar va progressiv ateroskleroz tufayli eng muhim organlar va tizimlarning funktsional etishmovchiligi belgilari juda tez qo'shiladi.

7. Yoshlarga qaraganda, im, insult, OSJN, buyrak etishmovchiligi kabi jiddiy asoratlarda, hatto kichik qo'shimcha salbiy ta'sirlardan ham tez-tez rivojlanadi.

8. Simpato-adrenalin (I) tipidagi GK nisbatan kam uchraydi. Ko'pincha inqirozlar suv-tuz turi (II) bo'yicha davom etadi va chap qorincha etishmovchiligi va qon aylanishining buzilishi bilan birga keladi.

Stress, tashvish, jismoniy zo'riqish, spirtli ichimliklarni haddan tashqari iste'mol qilish, odatdagi kursni bekor qilish yoki boshqa sabablar natijasida qon bosimi keskin ko'tariladi. Bundan tashqari, bosim odatdagidan ko'proq va tezroq – bir necha soat ichida ko'tariladi. Oksipital mintaqada o'tkir bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'z oldida "pashshalar" miltillashi, ko'ngil aynishi, qusish, titroq kabi butun tanada titroq bo'lishi mumkin, ko'rish buzilishi mumkin. Ko'pincha GK yurak sohasidagi og'riq bilan namoyon bo'ladi.

Inqiroz paytida yurak-qon tomir tizimining boshqa kasalliklari kuchayishi mumkin. Keksa odamlarning fuqarolik kodeksi ko'pincha siyrak alomatlar bilan ajralib turadi, ko'pincha u asta – sekin, bir necha soat ichida rivojlanadi, qo'zg'alish yoki tushkun kayfiyat, zaiflik bilan boshlanadi, keyin boshida og'irlik va bosim hissi paydo bo'ladi, ko'plab bemorlarda-bosh aylanishi, nafas qisilishi.

Qon bosimining oshishi fonida miya aterosklerozining belgilari kuchayadi: uyqu buzilishi, xotira buzilishi, tininitus, vestibulopatiya. Qarilikda namoyon bo'lishning o'ziga xos xususiyatlari yuqori sistolik va nisbatan past diastolik bosim *7+ning paydo bo'lishidir.

Shunday qilib, polietiologiya, qarilikda AG rivojlanishining patogenezi bo'g'inlari sonining ko'payishi qayd etiladi. Shu bilan birga, kasallikning kam simptomatik, yashirin kechishi kekse bemorlarda tashxis qo'yish va davolashning past darajasiga olib keladi.

Shu munosabat bilan bemorni dastlabki davolash bosqichida profilaktik tekshiruvlar va skrining tekshiruvlarini faol o'tkazish zarurati tug'iladi.

Xavf omillari

- Erkak jinsi
- YOsh (erkaklar >55yosh, ayollar >65yosh)
- CHekish
- Dislipidemiya:

-Umumiy xolesterin >4.9 mmol/l (190 mg/dl) yoki

-Kam zichlikdagi lipiprotlenlar xolesterini >3.0 mmol/l (115 mg/dl) yoki

-YUqori zichlikdagi lipoproteinlar xolesterini erkaklar<1.0 mmol/l (40 mg/dl), ayollar <1.2mmol/l (46mg/dl) yoki

-Triglitsleridlar >1.7mmol/l (150mg/dl)

- Nahorgi plazmadagi glyukoza 5.6-6.9 mmol/l (102-125mg/dl)
- Glyukozaga tolerantlikning buzilishi
- Semizlik (TVI $\geq$ 30kg/m²)
- Abdominal semizlik (erkaklarda bel aylanasi $\geq$ 102sm, ayollarda - $\geq$ 88sm)
- Erta Yurak-qon tomir kasalliklari bo'yicha oilaviy anamnez (erkaklarda<55yosh, ayollarda<65yosh)

Nishon a'zolarini simptomsiz shikastlanishi

- Puls bosim darajasi (qariyalarda) $\geq$ 60 mm s.u.
- CHQGning elektrokardiografik belgilari (Sokolov-Layon belgisi >3,5 mV; Kornell indeksi >244mVxms)
- CHQGning exokardiografik belgilari (CHQMMI $\geq$ 115g/m² erkaklar uchun va $\geq$ 95g/m² ayollar uchun)
- Uyqu arteriyasi devorining qalinlashishi (IMQ>0.9mm) yoki magistral tomirlarda aterosklerotik pilakchalar

- Puls to'liqining uyqu arteriyasidan son arteriyasigacha bo'lgan tezligi $>10\text{m/s}$
- To'piq-elka indeksi <0.9
- Surunkali buyrak kasalligi KFT $30\text{--}60\text{ml/min/1.73m}^2$
- Ertalabki siydikda mikroalbuminuriya ($30\text{--}300\text{mg/sut}$) yoki siydikdagi albumin/kreatinin nisbati ($30\text{--}300\text{ mg/g}$; $3,4\text{--}34\text{ mg/mmol}$)

Aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari

- Serebrovaskulyar kasalliklar: ishemik yoki gemorragik insult, tranzitor ishemik ataka.
- Yurak kasalliklari: miokard infarkti, stenokardiya, koronar revaskulyarizatsiya, stentlash yoki AKSH
- Surunkali Yurak etishmovchiligi, saqlangan otish fraksiyasili Yurak etishmovchiligini qo'shgan holda.
- Periferik arteriyalar kasalligi.
- Surunkali buyrak kasalligi KFT $<30\text{ml/min/1.73m}^2$
- Og'ir retinopatiya: qon quyilishlar yoki ekssudatlar, ko'ruv nervi so'rg'ichining shishi.

Qandli diabet

Qandli diabet mustaqil ravishda AGli bemorlar prognoziga ta'sir qiladi. Qandli diabetni mavjudligi xavfni juda yuqorigacha oshirishi mumkin. Qndli diabet kriteriylari:

- Plazmadagi nahorgi qand miqdori $\geq 7.0\text{ mmol/l}$ (126mg/dl) 2 ta ketma-ket o'lchashda yoki
- Glikirlangan gemoglobin $\text{HbA1C} > 7\%$
- yuklamadan keyingi qand miqdori $> 11.0\text{mmol/l}$ (198mg/dl)

1.5. AGli bemorlarni xavf stratifikatsiyasi

	Qon bosim darajasi (mm s.u.)			
XO, NASH, AK	YUqori normal SAB 130-139 yoki DAB 85-89	1-darajali AG SAB 140-159 yoki DAB 90-99	2-darajali AG SAB 160-179 yoki DAB 100-109	3-darajali AG SAB >180 yoki DAB >110
XO yo‘q		past xavf	o‘rtacha xavf	yuqori xavf
1-2 XO	past xavf	o‘rtacha xavf	o‘rtachadan to yuqori xavfgacha	yuqori xavf
3 va undan ko‘p XO	pastdan to o‘rtacha xavfgacha	o‘rtachadan to yuqori xavfgacha	yuqori xavf	yuqori xavf
NASH, SBK 3 bosqich yoki QD	o‘rtachadan to yuqori xavfgacha	yuqori xavf	yuqori xavf	yuqoridan to juda yuqori xavfgacha
AK	juda yuqori xavf	juda yuqori xavf	juda yuqori xavf	juda yuqori xavf

XO-xavf omillari, NASH-nishon a‘zolarini shikastlanishi, QD-qandli diabet, SBK - surunkali buyrak kasalligi, AK - aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari

Gipertoniya kasalligi (essensial arterial gipertoniya) tashxisini tuzish kasallikni bosqichlarini: I – nishon a‘zolarini shikastlanishi va aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari yo‘qligida, II – nishon a‘zolarini shikastlanishi bo‘lganda, lekin aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari bo‘lmaganda, III- aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari bo‘lganda, hamda AG darajasini va Yurak-qon tomir asoratlari xavf darajasini o‘z ichiga oladi.

Gipertoniya kasalligi I bosqich - nishon a‘zolarini shikastlanishi va aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari yo‘qligi.

Gipertoniya kasalligi II bosqich – bitta yoki bir nechta nishon a’zolarini shikastlanishi:

- CHQG (EKG, ExoKG)
- Surunkali buyrak kasalligi KFT 30-60ml/min/1.73m²
- Ertalabki siydikda mikroalbuminuriya (30-300mg/sut) yoki siydikdagi albumin/kreatinin nisbati (30–300 mg/g; 3,4–34 mg/mmol)
- Aorta, uyqu, koronar, yon bosh yoki son arteriyalarini aterosklerotik shikastlanishi

Gipertoniya kasalligi III bosqich - aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklarini mavjudligi

- Bosh miya: ishemik yoki gemorragik insult, tranzitor ishemik ataka.
- Yurak: miokard infarkti, stenokardiya, koronar revaskulyarizatsiya, stentlash yoki AKSH, surunkali Yurak etishmovchiligi.
- Tomir kasalliklari: aortaning qavatlanib boruchi anevrizmasi, periferik arteriyalarni okklyuzion shikastlanishi.
- Buyraklar: Surunkali buyrak kasalligi KFT <30ml/min/1.73m²
- To‘r parda: qon quyilishlar yoki ekssudatlar, ko‘ruv nervi so‘rg‘ichining shishi.

1.6. AGni davolash

Davolashning asosiy maqsadi –Yurak-qon tomir kasalliklari va o‘limni rivojlanishni umumiy xavfini kamaytirish. Bunga nomedikamentoz va medikamentoz usullar yordamida barcha xavf omillarini kamaytirish hisobiga erishiladi.

QBni pasaytirish uchun nomedikamentoz ta’sir ko‘rsatish choralari

- Tana vaznini kamaytirish yoki normallashtirish (TVI 25kg/m² dan kamaytirishga erishish) ovqatni umumiy kaloriyasini va yog‘larni iste’mol qilishni kamaytirish hisobiga.

- Doimiy har kungi dinamik jismoniy harakat 30-60 daqiqa davomida. Ratsional tanlangan yuklamalar rejimi SQB 6.4mm s.u.ga DQBni 6.9 mm s.u.ga kamaytirishi mumkin.
- Osh tuzini iste'mol qilishni kamaytirish (sutkasiga 5g gacha). Ovqatni tayyorlash jarayonida osh tuzini kam ishlatish va tarkibida ko'p tuz tutuvchi mahsulotlarni (tuzlamalar, dudlangan mahsulotlar) iste'mol qilmaslik. Ovqatlanish ratsioniga kaliy, magniy, mikroelementlar, vitaminlarga boy mahsulotlarni qo'shish (sabzavot- mevalar, ko'katlar, kepaklar).
- Alkogol iste'mol qilishni kamaytirish (erkaklar uchun sutkasiga 30g dan kam, ayollar uchun – 20g toza alkogol hisobidan). Alkogolni antigipertenziv dori vositalari bilan o'zaro salbiy ta'sirini hisobga olish zarur.

Yurak-qon tomir kasalliklarini umumiy xavfini kamaytirish uchun nomedikamentoz ta'sir ko'rsatish choralari

- CHEkishni tashlash – Yurak-qon tomir kasalliklarini umumiy xavfini kamaytirishda eng samarali usullardan biridir. CHEkishni tashlashni o'zi QB darajasiga kam ta'sir ko'rsatadi.
- To'yingan yog'larga boy mahsulotlarni iste'mol qilishni kamaytirish, ularni poli- va monoto'yinmagan yog'larga almashtirish.
- Jismoniy harakat.

Medikamentoz davolash

Kasallikni stabil kechishida yuqori va juda yuqori xavfda va o'rtacha xavfli bemorlarda nomedikamentoz usullar bilan QBni normallashtirishga erishilmaganda medikamentoz davolash darhol boshlanishi kerak.

Antigipertenziv terapiyaning masalalari:

Sinflar	Mutloq qarshi	Nisbiy qarshi
---------	---------------	---------------

	ko'rsatmalar	ko'rsatmalar
Tiazid diuretiklar	Podagra	Metabolik sindrom Glyukozaga tolerantlikni buzilishi Homiladorlik Giperkalsiemiya Giperkaliemiya
Beta-blokatorlar	Bronxial astma 2-3 darajadagi AV-qamal	Metabolik sindrom Glyukozaga tolerantlikni buzilishi Sportchilar va jismoniy faol kishilar O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (vazodiyatatsiya xossasiga ega BBlardan tashqari)
Kalsiy antagonistlari (digidropiridinlar)		Taxiaritmiyalar Surunkali Yurak etishmovchiligi
Kalsiy antagonistlari (verapamil, diltiazem)	2-3 darajadagi AV-qamal, trifassikulyar qamal, CHQ faoliyatini og'ir buzilishlari, Surunkali Yurak etishmovchiligi	

Angiotenzin aylantiruvchi ferment ingibitorlari	Homiladorlik Angionevrotik shish Giperkaliemiya Buyrak arteriyalarining ikki tomonlama stenozi	Tug‘ish yoshidagi ayollar
Angiotenzin retseptorlari blokatorlari	Homiladorlik Angionevrotik shish Giperkaliemiya Buyrak arteriyalarining ikki tomonlama stenozi	Tug‘ish yoshidagi ayollar
Mineralokortikoid retseptorlari antagonistlari	O‘tkir yoki surunkali buyrak etishmovchiligi (KFT<30 ml/min/1.73m ²)Giperekaliemiya	

- Ma’lum bir bemor uchun optimal yoki maqsadli bo‘lgan QB darajasiga erishish <140/90 mm s.u.
- Nishon a’zolarini shikastlanishini kuchayishini to‘xtatish yoki sekinlashtirish.
- Yurak-qon tomir tizimi tomonidan asoratlarni rivojlanishini bartaraf etish.

Davolashning asosiy vositalariga AGdan o‘limni va uning asoratlarni kamaytirishda o‘zining samaradorligini isbotlagan besh guruh dori vositalari kiradi (isbotlash darajasi A):

- Diuretiklar
- Beta-adrenoblokatorlar
- Angiotenzin aylantiruvchi ferment ingibitorlari,
- Kalsiy antagonistlari
- Angiotenzin II retseptorlari blokatorlari.

Ulardan va ularning kombinatsiyalaridan antigipertenziv daolash boshlanadi.

1.7. QBni maqsadli ko‘rsatkichiga erishi uchun monoterapiya va kombinirlashgan terapiya strategiyasi

Ayrim klinik holatlarda va QB nazorat qilish imkoni bo‘lmaganda asosiy dori vositalari bilan bir qatorda qo‘shimcha dorilarni ham ishlatish mumkin. Bular:

- alfa-adrenoblokatorlar;
- imidazolin retseptorlari agonistlari;
- markaziy alfa2-adrenoretseptorlari agonistlari.

Preparatni tanlashdan avval uning buyurishga qarshi ko‘rsatmalarini hisobga olish kerak.

Kombinirlashgan terapiyani tanlaganda turli kombinatsiyalarda uchrashi mumkin bo‘lgan ijobiy va salbiy ta’sirlarni hisobga olish kerak. Ratsional kombinatsiyada bir guruh preparati gipotenziv ikkinchi guruh preparatni ta’sirni kuchaytirib, uni nojo‘ya ta’sirini ko‘paytirmasdan aksincha uni kamashtirishi ko‘zda tutiladi.

Antigipertenziv preparatlarni ratsional kombinatsiyalari:

Birga berish mumkin emas:

- Diuretiklar va beta-blokatorlarni: ikkala guruh preparatlarini diabetogen ta’siri yuqori bo‘lgani uchun;

- Kaliy saqlovchi diuretiklar va angiotenzin aylantiruvchi ferment ingibitorlari yoki angiotenzin II retseptorlari blokatorlari: giperkaliemiya rivojlanishi mumkin;

- Beta-blokatorlar va nodigidropiridin qatordagi kalsiy antagonistlari (verapamil, diltiazem): bradikardiya, atrioventrikulyar qamal rivojlanish ehtimolligi oshishi, miokardning qisqarish xossasi kamayishi mumkin;

- Alfa-blokatorlar digidropiridin qatordagi kalsiy antagonistlari: birinchidan renin-angiotenzin tizimini faolligini oshiradi, davolashga tez turg'unlik hosil bo'ladi, ikkinchidan reflektor taxikardiya rivojlanishi hisobiga miokardni kislorodga bo'lgan talabi oshishi mumkin va stenokardiya hurujlari ko'payishi mumkin.

- Angiotenzin aylantiruvchi ferment ingibitorlari va angiotenzin II retseptorlari blokatorlari birga berish mumkin emas, chunki giprekaliemiya va surunkali buyrak etishmovchiligini oshirishi mumkin.

Tayyor fiksatsiyalangan kombinatsiyali preparatlarni qo'llash ko'p bemorlarda monoterapiyaga nisbatan samaraliroq bo'lib davolash sxemasini engillashtirishga va davolashni tan narxini kamaytirishga yordam beradi. Bu esa bemorlarni davolashga bo'lgan layoqatini oshirishga imkon beradi.

Refrakter AG bu davolashning adekvat dozadagi uch komponentli (jumladan, diuretiklar) sxemasiga va turmush tarzini o'zgartirishga qaramasdan ABni $\geq 140/90$ mm s.u. dan yuqori bo'lishidir. Bu holatda QBni adekvat pasayishiga to'sqinlik qiluvchi omillarni istisno qilinishi zarur.

Nishon a'zolarini o'tkir shikastlanishi yoki mavjud bo'lgan yondosh kasalliklarni hurujiga olib kelmaydigan asoratlanmagan gipertonik krizda yordam ko'rsatish ambulator sharoitda o'tkazilishi mumkin. Gipertonik krizni davolash uchun turli farmakologik guruhdagi preparatlar – kalsiya antagonistlari, angiotenzin aylantiruvchi ferment ingibitorlari, beta-blokatorlar, markaziy ta'sirga ega preparatlar qo'llaniladi. Bosh miya, Yurak va buyraklarni ishemiyasini keltirib chiqarmaslik uchun QBni juda ham tez va keskin tushirish kerak emas. Birinchi 2 soatda QBni 25%ga tushirish kerak, lekin 160/100 mm s.u.dan past

emas. QBni davolash boshlangandan keyin birinchi 6 soat ichida 160/100 mm s.u.dan pastga tushirish maqsadga muvofiq emas.

Asoratlangan gipertonik krizda bosh miya, Yurak va tomirlardagi hayot uchun xavfli asoratlarni borligi davolash taktikasini belgilaydi. Davolash tezkor kardiologiya bo'limida yoki intensiv davolash palatalarida o'tkaziladi. QBni asta-sekin tushirish lozim, birinchi 1-2 soat davomida 25%dan ko'p emas. Asoratlangan gipertonik krizni davolashda quyidagi preparatlar parenteral yo'lda ishlatiladi: enalaprilat, nitroglytserin, natriy nitroprussid, beta-adrenoblokatorlar, halqali diuretiklar, neyroleptiklar, ganglioblokatorlar.

1.8. Yordamchi profilaktik vositalar

Yurak-qon tomir kasalliklari bilan kasallanish va o'lim xavfini kamaytirish uchun xolesterin miqdorini kamaytiruvchi preparatlar va antiagregantlar bilan davolash zarur.

Statinlarni profilaktik maqsadda qo'llash 80yoshgacha bo'lgan, ayniqsa Yurak ishemik kasalligi, periferik arteriyalarni kasalliklari, qandli diabeti bor, insult va tranzitor ishemik hujum o'tkazgan AGli bemorlarga ko'rsatilgan. Statinlarni gipotenziv dori vositalari bilan qo'llashAgni barcha asosiy asoratlari - Yurak-qon tomir o'limi, qayta miokard infarkti va insult xavfini kamaytiradi (isbotlanish darajasi V).

Atsetilsalitsil kislotasini past dozalari (sutkasiga 50-125mg) 50 yoshdan katta va Yurak ishemik kasalligi, periferik arteriyalar kasalligi bor, o'tkir miokard infarkti, tranzitor ishemik hujum, insult o'tkazgan bemorlarga ko'rsatilgan. QB juda yuqori bo'lgan (180 mm s.u.dan yuqori) yoki nostabil gipertoniyali bemorlarga gemorragik asoratlari (insult) xavfi yuqoriligi uchun aspirin buyurilmaydi.

1.9. AGli bemorlarni reabilitatsiyasi

AGli bemorlarni reabilitatsiyasi deyilganda QB farmakologik korreksiya qilish, AGni asoratlarni va yondosh kasalliklarni davolash va turmush tarzini o'zgartirish orqali bemorlarni hayot sifatini yaxshilash tushuniladi.

1.10. AGli bemorlarga tibbiy yordamni tashkil etish

AGli bemorlarni tekshirish va davolash ko'p hollarda ambulator sharoitda amalga oshiriladi.

YOrdam ko'rsatish quyidagi tartibda o'tkaziladi:

- Birlamchi murojaat oilaviy shifokorga, gipertoniya kasalligi aniqlanadi va davolash boshlanadi;
- Davolash samarasiz bo'lgan holatlarda yoki ikkilamchi arterial gipertoniya shubha qilinganda bemor birlamchi zvenodagi kardiolog-shifokorga yuboriladi;
- Masalalar o'z echimini topmasa ixtisoslashtirilgan kardiologiya dispanseri, kardiologik markazni maslahat bo'limiga murojaat qilish zarur.

AGli bmorlarni statsionar sharoitida tekshirish va davolash AGni turini aniqlash uchun maxsus tekshirishlar o'tkazilganda, davolashga refrakterlikda, kasallikni keskin kuchayib ketishida va asoratlari rivojlanganda o'tkaziladi.

Nishon a'zolarini (Yurak, bosh miya, to'r parda, buyraklar) o'tkir shikastlanish belgilari bilan asoratlangan gipertonik kriz rivojlanishi QBni tez tushirishni va bemorni statsionarga yotqizishni va bemorlarni Protokolga mos ravishda davolashni talab etadi.

Bemorlarni ambulator sharoitida davolashni yaxshilash uchun AGli bemorlar maktablari tashkil etiladi.

II BOB. ARTERIAL GIPERTONIYANING ASORATLARI: GIPERTONIK KRIZLAR

2.1. Gipertonik kriz tushunchasi ta'rifi.

Gipertonik kriz deb normal yoki kuchsiz oshgan AB negizida rivojlanuvchi, birdaniga kelib chiquvchi, qayta- qayta takrorlanib turish bilan va paroksizmal tusda AB ortishi bilan ifodalanuvchi xamda klinik alomatlarda tasvirlanib o'tuvchi yoki kuchuvchi arterial gipertoniya ataladi.

GK nisbatan past darajada bo'lgan AB fonida xam kelib chiqadi, uch turli klinik tavsivlanish bilan ifodalanadi. **1.** AB: diastolik AB, odatda, 140mm.sim. ustunidan yuqori bo'ladi. **2.** Ko'z tubi o'zgarishlari: gemorragiyalar, eksudatlar, ko'ruv nervi soskasi shishi. **3.** Nevrologik o'zgarishlar: bosh aylanishi, bosh og'rig'i, xush og'ishi, uyquchanlik, stupor, ko'ngil aynishi, qayd qilish, ko'ruvni yo'qolishi, o'choqli simptomlar (Nevrologik tanqislik) xushni yo'qolishi, koma.

Kamsonli epidemiologik tekshiruvlarda olingan ma'lumotlar bo'yicha GK deyarli ko'plab mamlakatlarda, jumladan, Rossiyada yuqori chastotalarda qayd etiladi va yana, o'sib borishga moyillik bilan aniqlanadi. SHaxsiy ma'lumotlarimiz tasdiqlaydi-ki, GK I turi-17,7%, II-turi-19,8% va jami bk -37,2% ga etib aniqlanadi (ayollarda-43% va erkaklarda -28,7%, arterial gipertoniya I- bosqichida-9,1%, II-bosqichida -11,4% va III- bosqichida-11,4%).

O'zbek populyasiyasida GK kelib chiqishiga bevosita aloqador 24 ta xatar omillari ajratilgan va ular quyidagilardan iborat: ma'lumot darajasini pastligi, aqliy mexnat ustuvorligi, og'ir mexnat, nomaqbul ijtimoiy xolat, ortiqcha tana vazni, kashandalik, alkogol, giperxolesterinemiya, gipertriglitsideridemiya, XSPZLP, XSYUZLP, XSO'PZLP, ruxiy zo'riqish, Yurak qisqarishi chastotasini ortishi, polipatiya va tibbiy nazoratni nomukammalligi. Farmakoepidemiologik nomuvofiqlik xam (antigipertenziv terapiyani nomuqobil o'tkazilishi, nomuntazam gipotenziv terapiya, nomuvofiq antigipertenziv faoliyat) CHunki, xatar omili sifatida tasdiqlanadi. GK bilan bemorlarning 84,9% da aynan shu omil sabab bo'lib AGni krizli kechishi sodir bo'ladi.

Yurak –qon tomir tizimi boshqaruvi buzilishida AB o‘ta “o‘ynoqi”lik bilan ifodalanib turadi. Tibbiy (ob-xavo) yoki ijtimoiy (stress, talvasa-qo‘rquv) omillari ta’sirida ABni epizodik “buxronlari” bo‘lib turadi: ularni ko‘ra bilish va ayniqsa, urgent yordam uchun muqobil terapiyani tanlay olish qiyin kechadi. GK fayta kelishi mumkin bo‘lgan va undan kelib chiqib SHKBTYO tanlab qiluvchi- hayotga to‘g‘ridan- to‘g‘ri taxdid solib (kritik GK) yoki bunday xavfi bevosita olib kelmay (nokritik GK) ifodalanib kechuvchi urgent xolat bo‘lib xisoblanadi.

GK 10XKKga kirmaydi va unga aloxida kod berilmagan. SHuning uchun, birinchidan, u gipertoniya kasalligi tarkibida ko‘rsatiladi yoki qayd qilinadi va ikkinchidan, AG ning 10-XKK ko‘rsatilgan kodi tasnifi bo‘yicha statistik taxlil qilinadi va ro‘yxatga olinadi.

10-XKK bo‘yicha kodlar: **1.** I10 Essensial (birlamchi gipertenziya). **2.** I11 Yurakni gipertenziv kasalligi (Yurakni ustuvorlik bilan xastalanib ifodalanuvchi gipertenziv/kasallik). **3.** I12 Buyraklar ustuvorlik bilan xastalanib kechuvchi gipertenziv (gipertonik) kasallik. **4.** I13 Yurak va buyraklarni ustuvor bilan xastalab kechuvchi gipertenziv (gipertonik) kasallik. **5.** I15 Ikkilamchi gipertenziya.

SHoshilinch kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam strategiyasi va taktikasini muvofiqligi eng avvalo GKning maqbul tasnifi tanlab olishgan bog‘liq bo‘ladi. Jumladan, quyidagi tasniflar qulay deb amaliyot uchun tanlangan va tavsiya etilgan. Ular kerakli xajmdagi dorili terapiyani aniqlash va GK oqibatini bashoratlash nuqtai nazardan qiziqish uyg‘otadi.

1. Asoratlangan GK (emergencies, xayotga taxdid soluvchi xolat).

2. Asoratlanmagan GK (urgencies, shoshilinch xolat).

Asoratlanmagan GK o‘z navbatida 3 ta guruhchalarga bo‘linadi: **1)** neyrovegetativ GK (I tur kriz, adrenal, giperkinetik)-, **2)** shishli GK (II tur kriz, noradrenal, gipokinetik): **3)** gipotenziv vositalarni tuxtatib qo‘yish bilan bog‘liq xolda kelib chiqqan GK (klonidinni, β - adrenoretseptorlar blokatorlarini va x.k.)

Asoratlangan GK quyidagilarga ajratiladi: **1)** ko‘ruvchi nervi koskasini shishishi yoki buyrak yetishmovchiligi bilan asoratlanib tezshiddatlanib

ifodalangan AGda kelib chiqqan GK; **2)** tirishish bilan (o'tkir ensefalopatiya) ifodalangan GK; **3)** feoxromotsitomadagi GK; **4)** AG IIbosqichidagi GK;**5)** Og'ir glomerulonefritga bog'liq kelib chiqqan og'ir AG sababli bo'lgan GK; **6)** sklerodermiyadagi GK; **7)** Og'ir AG bilan o'tuvchi o'tkir tizimli vaskulitdagi GK; **8)** Perioperatsion AGdagi GK; **9)** Dorili- chaqirilgan AGdagi GK; **10)** Aorta qavatlanishdagi GK; **11)** O'tkir koronar sindromdagi GK; **12)** O'pka shishdagi GK; **13)** Bosh miyada qon aylanishini o'tkir buzilishi bilan bog'liq GK; **14)** Eklampsiyada GK; **15)** O'tkir buyrak etishmovchiligida GK.

GK AK bora 1903 yili fransuz olimi Pal tomonidan yozilgan, lekin xozirgacha uni baxolashda yoki tashxisotida yakdiltasavvurlik yetishmaydi. Manbalarda turlicha talqinlar uchraydi va demak, bu borada aniq klinik tavsiyalarga ega bo'lishga extiyoj bor. Aks xolda na faqat tashxisot, balki GKni davolash taktikasida xam tushunmovlar yanada ko'payadi. Oxirgi klinik tavsiyalar asosida qayd qilinganlarni nazarda tutib va quyidagilarni e'tiborga olib GKga munosabat bildirsa yoki amaliyot olib borilsa maqsadga muvofiq bo'ladi deb faoliyat uchun tavsiya etamiz:

.1.GK-bu, kasallikning barcha simptomlarini juda keskinlashib qaytalangan xolati, u odatda to'satdan boshlanadi, qator ruhiy – tomirli buzilishlarda ifodalanadi, qon bosimini irg'ishlab ko'tarilishi a'zolar tomonidan buzilishlarini chuqurlashuvi va bemor umumiy axvolini yomonlashishi bilan kechadi, turlicha muddatda- bir necha daqiqadan to bir necha kungacha saqlanib turadi, ko'pincha yinlning baxor va kuz paytlarida kuzatiladi.

2. Ko'pchilik terapevtlar va nevropatologlar GKni insultoldi xolati deb qarashadi. Xozirgi paytda uning kelib chiqishida rol o'ynovchi omillar orasida nomaqbul meteorologik sharoitlarni, xam ishtiroki, va xam, xissasi sezilarli oshgan.

3.Krizlar asosan tomir darajasida ifodalanadi "tomir oladi" va asoratlanadi. Bu jarayon plaztoragiyalar shaklidagi o'tkir jarayonlar bilan tomirlarda (ya'ni tomir devorlarida plazmatik simirilish tarzida) namoyonlashadi. Tomirlar devoriga

simirilish darajasini chuqurligiga qarab GK ko‘rinishlari 3 ta darajaga ajratiladi (A.N.Koltover):

1- chi daraja – tez o‘tib ketuvchi, yoki ilk o‘zgarishlar. Intramural plazmova gemorragiyalar bilan chegaralanadi, asosan subendotelial qavatga zardob oqsillarini simirilishi bo‘ladi;

2-chi daraja – tomirlar devorlariga nisbatan chuqurroq kirib borib oqsillar masalalar va qon simiriladi. Natijada tomirlar devorlarini chegaralangan nekrobiozini keltirib chiqaradi. Gohi xollarda devor oldi trombozi, miliarli anevrizma va perivaskulyar qon qo‘yilishlar rivojlanadi;

3-chi daraja – anevrizmalar xosil bo‘lgan joylarda (yoki usiz) tomir devorini nekrozi va yorilishi, atrofdagi to‘qimalarga qon quyishlari bilan xarakterlanadi.

SHu sabablarga ko‘ra krizlar paytida (krizning o‘tkir bosqichida) a‘zolarida yaralanish, qon quyilish va nekrozlar topiladi. Vaqt o‘tishi bilan esa, kechki bosqichlarida atrofiya va sklerozlar aniqlaniladi. GK tubida kichik arteriyalar va arteriolalar spazmi yotadi, muvofiq kapillyar va venozli to‘rlarda, aksincha, stazcha yaqin bo‘lgan jarayonlar- paralitik, peristatik buzilishlar rivoj olishadi-ki, bular- qon quyilish xavfini ayniqsa oshiradi.

YUqorida ta’kidlab ko‘rsatganimizdek, GKni ko‘plab tasniflari bor, ayrimlari xattoki bir-birlarini ma’lum darajada mantiqan takrorlaydilar va buning natijasida tashxisni shakllantirishda, shubxasiz, qiyinchiliklar, chalkashliklar va 10-XKKdan chetlanishlar kuzatiladi. Masalan, A.L. Myasnikovning tasnifi bo‘yicha GK Iva II-chi turlari amaliyotda keng qabul qilingan va shunday urf bo‘lib keng tarqalgan ikkinchi tasnif xam mavjud. Bu, GKning M.S.Kushakovsskiy tomonidan taklif etilgan tasnifi bo‘lib, u bo‘yicha krizlarni uch shakli ajratiladi: neyrovegativ, suv-tuzli (shishli) va ensefalopatik (tirishishli): e’tibor berilsa, go‘yoki ular mantiqan va mazmunan bir xil-u, lekin xar biri GKning “kalit bo‘g‘inlari”ni o‘zida mujassamlashtirgan va teng kuch bilan tashxisda ko‘rsatishga xamda shoshilinch tibbiy yordam algoritmlari ko‘rsatilishga “da’vogarlik qilishadi”. Bu erda “adolatli xukm”- GK tashxisini patogenetik va terapevtik qirralarini yorqinlashtirish, mazmunlashtirish, barvaqtlashtirish, xavfsizlantirish, va uzviylashtirish kabilarni

xisobga olib chiqarilishi kerak bo'ladi. Misol uchun, bunga quyidagilarni xisobga olish orqali erishiladi: **1.** Neyrovegetativ kriz umuman olganda 1-tip krizga mos keladi va uni moxiyatan anglatadi. **2.** Suv – tuzli kriz esa mazmunan II-tip krizga muvofiq keladi (asosan parxez buzilishi natijasi va natriy, suyuqlikni ushlanib qolishi oqibati bo'lib kelib chiqadi). **3.** Ensefalopatik shakli ta'rifiga ko'ra o'tkir ensefalopatiya bo'lib xisoblanadi ya'ni II-tip krizini varianti sifatida qabul qilinsa va shunday mazmun bilan GK tashxisida aks etdirilsa maqsadga muvofiq bo'ladi.

Tashxisni shakllantirish va talqin etishda quyidagilarni xisobga olish kerak:

1. Tashxis asosi sifatida gipertoniya krizini ikki tilpi olinadi, ya'ni doimo GK tashxisi aynan I va II-chi kriz tiplarini ajratib olishda va ko'rsatib o'tilishidan boshlanadi.

2. Tashxisda, gipertoniya kriz tipini ko'rsatishdan tashqari kriz xarakteriga aniqlik kiritilib qo'shib qo'yilsa maqsadga muvofiq bo'ladi.

3. Gipertoniya krizi tashxisida mavjud tasniflarning barchasini qamralib va aks boshlanishi va bartaraflanish vaqtlari ko'rsatilib qo'yiladi. **5.** Gipertoniya krizida I 11- I 13 kodlaridan foydalaniladi (Yurak va buyraklarni unga jalb etilganligini xisobga olingan xolda).

6. I10 kodidan xam GKda foydalanishlik mumkin: agarda GK tasdiqlangan bo'lsa-yu, bemorda buyraklar yoki Yurak zararlanishlari alomatlari aniqlanmasa-shu kod qo'yiladi.

7. Statis taxlillar mu'ayan kasalliklarda, jumladan, GK da 10-XKK bo'yicha belgilangan kod bo'yicha olib borilishi lozim.

Bunday kod, yuqori aytib o'tganimizdek, 10 XKK-da aloxida yo'q. SHunday ekan gipertoniya krizini mustaqil nazologik kasallik sifatida shakllantirish mumkin emas u, unga yaqin kasallik, xususan, AG tarkibida yoki ichida qayd etilsa maqsadga muvofiq bo'ladi. Aynan shunday o'zgarishni gipertoniya kasalligi va Gk tashxisotiga o'zbek olimlari tomonidan (Xamidullaeva G.A.,2015) kiritilganligini ta'kidlab o'tish kerak bo'ladi. Biz uni – o'ta extiyojli va mantiqan to'g'ri amaliy faoliyat deb tavsiya etamiz. **7.** Gipertoniya kasalligini tashxislashga

va tashxisini shakllantirishga qo'yilgan umum ma'lum xalqaro tavsiyalarga to'liq amal qilinadi.

Asoratlangan kriz, yuqorida aytib o'tganimsizdek, quyidagilar bilan asoratlanmagan krizdan farq qiladi: **1.** To'satdan keskin ko'tarilgan AB xavfli yoki kuchli ifodalangan serebrokardial, glomerulyar, vaskulyar va vegetativ buzilishlarni ifodalovchi sub'ektiv va ob'ektiv alomatlar "maydonida" aniqlanadi. **2.** Udoimo nishon- a'zolari kuchli ifodalangan shikastlanishlarini keltirib chiqarish bilan o'tadi. **3.** Xayotga taxdid solinib turganligi uchun bemorlar zudlik bilan intensiv terapiya palatalariga yotkaziladi. **4.** AB xar 15-20 daqiqada nazorat qilinadi va undan kelib chiqib davo dasturlari davom etdiriladi.

GKni yana bir shakli-gipertenziv kardial kriz bo'lib, u, o'tkir chap qorincha etishmovchiligi bilan davom etadi. Miokard xastaligi (Yurak, aterosklerotik kasalligi) xastaligi bor bemorlarda kelib chiqadi. AB ko'tarilishiga qo'shilib yoki uning negizida qo'l – oyoqlarni sovqotishi, kuchli mushak bexolligi kabi simptomlar paydo bo'ladi mushak bexolligi kabi simptomlar paydo bo'ladi, xansirash kuchaygandan- kuchayib boradi va oxir – oqibat keyinroq Yurak astmasi va o'pka shishi rivoj oladi.

Yuqorida zikr etilganidek, ko'pincha serebral angiogipotonik kriz uchraydi. Ushbu kriz, boshqa krizlardan farqli o'laroq, bosh miya sinuslaridan venoz qon oqimi bo'zilishi oqibati bo'lib kelib chiqadi. U esa sohasida "an'anaviy" bosh og'rig'i bilan ifodalanadi. Kasallik avjlanib borishi bilan og'riq retrorbital bo'shliqqa tarqalib kengayadi va kuchayadi. Odatda, AB ko'tarilishi unchalik kuchli bo'lmaydi.

Serebral ishemik kriz xam aloxida tavsiflanadi. Xususan, u ruxiy xolatni turlanib (fazoviy) o'zgarishi bilan xarakterlanadi. Yuqori AB fonida quyidagilar qayd qilinadi: emotsional tonusni ortishi, so'zamollik, eyforiya, qiziqqonlik, o'z xolatiga nokritik munosabat bildirish, dizatriya va parezlar.

a'zi paytda ushbu kriz boldir mushaklari og'riqlari va suyaklarni zimillab og'rishi bilan boshlanadi va davom etadi.

Aralash kriz yuqorida bayon qilingan krizlarning klinik simptomatikasini qo‘shilib uchrashi bilan tavsiflanadi. Demak, u nisbatan taxdidli va xavfining yuqoriligi bilan ajralib turadi.

Aloxida ta’kidlash lozim-ki, taxminan 50%ga etib krizlarni qayd qilingan xususiyatlari va klinik simptomlari umuman bo‘lmaydi yoki ular “soqovli yo‘l” bilan rivojlanadilar. Aynan mana shunday vaziyatni vaqtida baholash va aniqlash uchun krizlarni maxsus tashxisiy mezonlari ishlab chiqilgan va amaliyotda qo‘llanishga tavsiya etilgan.

SHoshilinch tashxisotda ulardan foydalanish o‘ng‘ay va qulay, GKni **tashxisiy mezonlari birin-ketin qo‘llaniladigan quyidagi kompleks tekshiruvlardan iborat** (I.A.Latfulin va b.q., 2007):

1. Anamnez (gipertoniya kasalligini muddati) gipotenziv vositalarni qabul qilishni keskin to‘xtatib qo‘yish; simptomatik gipertoniya olib keluvchi kasalliklarni bo‘lishi; GK gipertoniya kasalligining ilk alomati yoki boshlanganligini birinchi belgisi bo‘lib kelib chiqishi mumkin.

2. Klinik ko‘rinishlar:

a) shikoyatlar:

- kuchli bosh og‘rig‘i;
- “ko‘z oldidagi chaqnashlar” yoki qorong‘ilashuvi;
- kuchli ifodalangan bosh aylanishi;
- paresteziyalarp, “chumolilar o‘rmalishi” xissiyoti;
- ko‘ngil aynishi, qayd qilishi;
- quvvatsizlik asosanoyoqlarda;
- o‘tkinchi gemiparezlar va afaziya;
- diplopiya;

b) fizikal ma’lumotlar:

- ABni $>220/120$ mm.sim.ust.dan ziyod bo‘lib ortishi- shartli!
- Aortal klapan eshituv xududida II ton aksenti;

— Nishon a'zolari zararlanishi alomatlarini ko'pincha bo'lishi-Yurakda (chap qorincha gipertrofiyasi, ritmi buzilishlari, Yurak etishmovchiligi), tomirlarda (to'rparda aneipatiyalari, aorta anevrizmasi), buyraklarda (buyraklar etishmovchiligi), bosh miya (dissirkulyator ensefalopatiya, bosh miyada qon aylanishni buzilishi).

3. Instrumental tekshiruvlar:

EKG: chap qorincha gipertrofiyasi ($RV_6 > RV_5 > RV_4$) va uning sistolik zo'riqishi alomatlari bo'lishi mumkin (ST segmentini egriquyitomon pastlashishi va manfiy T tishchasi V_5 - V_6 ulanishlarda).

Gipertonik ensefalopatiyaning etakchi xatar omili deb GK xisoblanadi, bunday vaziyatda AB darajasi to 250-300/130-170 mm. sim. ust. gacha etib aniqlanishi mumkin. Uni tez tashxislash va bartaraflashda quyidagilarni e'tiborga olish kerak:**1.** Unda bosh miya qon oqimini autoboshqaruvi reaksiyasi izdan chiqadi va oqibatda gematoensefalik barer buziladi, va tomirichki gidrodinamik bosimni ortib borishi tufayli plazmaning oqsilga boy komponentlari miya to'qimasiga filtratsiyalanadi, **bosh miyani vazogenli shishi** rivojlanadi.**2** SHishib ketgan miya to'qimasi tomonidan mikrotsirkulyator shojara xududlari eziladi, bu esa lokal qonoqimini reduksiyasini keltirib chiqaradi.**3.** GK ikkinchi tomondan qonning reologik xususiyatlarini yomonlashtiradi va uning yopishqoqligini oshiradi (plazmani kamayishi, eritrotsitlarni deformirlanuvchanligi pasayishi va trombositlar agregatsiyasini ortishi xisobiga). Bunday sharoitda serebral mikrotsirkulyasiyani buzilishi yanada chuqurlashadi.

Ko'rsatib o'tilgan buzilishlar bosh miyada sirkulyator gipoksiya va uning ishemiyasi xududlarini paydo bo'lishiga olib keladi. Agarda GK cho'zilib davom etsa yoki tez bartaraflanmasa boshmiya xujayralari apoptozi ("miya o'limi") xavfi saqlanib qoladi. Demak, shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tashxisot va sifatli tibbiy yordamni "ko'zi" o'tkir ensefalopatiya bo'lishi va turishi lozim bo'ladi.

Eslab qolish kerak: ensefalopatiya tashxisotini kalitli klinik mezonlari bo'lib quyidagilar xisoblanadilar **1)** kuchayib boruvchi bosh og'rig'i ko'ngil aynishi, qayd qilish bilan;**2)** xushni o'zgarishi; **3)** tirishishli sindrom; **4)** AB ko'tarilishi

bilan assotsirlangan va ABni pasaytirish fonida tez regressirlanuvchi ko'ruv buzilishlari; 5) ensefalopatiya tashxisini tasdiqlab beruvchi yagon va ishonchli klinik mezon-bu, ABni tezlikda tushirishga javob bo'lib simptomlarni tez regressidir.

Gipertenziv miyaga qon quyilish (gemorragik yoki ishemik insult shaklida kechadi) 50%ga etib bazal yadrolar arteriyalar basseynlarida, 15% talamusda, 15% bosh miya yarim sharining oq moddasida, 10% ko'prikda va 10% miyachalarda joylashadi. GK negizida kelib chiqadigan gemorragik insult uchun xos ikkita tashxisiy belgini ajratish mumkin: birinchisi, insult darakhchilari yoki insult oldi simptomlari bo'lib ular o'choqli nevrologik simptomlar kelib chiqishdan bir necha sekund yoki daqiqa oldin kuzatilishida (boshning mu'ayan xududida og'riqni bo'lishi, yomon kayfiyat yoki xissiyot); ikkinchisi, miyaga qon quyilishi bilan GK simptomlariga qo'shilishib paydo bo'lishadi: avvalroq o'choqli nevrologik simptomlar shiddatlanib avjlanishadi va bir vaqtda boshmiya faoliyati buzilishi bilan bog'liq simptomatika kuchayadi, bir necha daqiqadan so'ng ushbu simptomlar bemorni komatoz xolatiga olib kiradi.

Gipertonik krizlarda o'tkir koronar sindrom va o'pka shishi xam aksariyat kelib chiqishi mumkin bo'lgan yoki uchraydigan og'ir asoratlardan xisoblanishadi. OKS uchun GK fonida ikkita spetsifik (o'ta xos) belgilarni qo'shilishib uchrashi xarakterli bo'ladi: anginozli og'riq sindrom va EKGdagi o'zgarishlar (miokard infarkti va nostabil stenokardiya xos bo'lgan alomatlar).

O'pka shishi GK fonida ko'proq YUIK va boshdan o'tkazilgan miokard infarkti bo'lgan bemorlarda kelib chiqadi (oldindan miokard qisqarish xususiyati o'jizlanishi bo'lgani uchun). Uning uchun xos alomatlar- xansirash, yo'tal, nafas qisishi sianoz, puls alternatsiyasi, o'pka arteriyasi ustida Iiton aksenti, protodiastolik galop ritmi va o'pkada paydo bo'lgan quruq (xushtaksimon) va kichik pufakchali namli xirillashlar kabilarni paydo bo'lishi va avjlanishi ifodalanishlaridir.

Feoxromotsitar kriz katexolamin ishlab chiqaruvchi (asosan noradrenalin) buyrak usti bezi o'sma kasalligidan bo'ladi. Feoxromotsitomada 25% xollarda

epizodik tusli krizlar va 50% ga etib esa doimiy yuqori bo'lib turguvchi AB negizida rivojlanadigan krizlar uchraydilar. Feoxromitar tabiatli GK uchun xos bo'ladi: to'satdan paydo bo'lgan kuchli bosh og'rig'i, terlash va Yurak o'ynog'i, teri qatlamlarini rangparligi, qo'l- oyoqlarni sovqotishi, tremor, ko'pincha ko'ruv va eshituvni buzilish ozib ketish, bezovtalik, panik xurujlari rivojlanishi, ortostatik gipotoniya va yomon sifatli AG kelib chiqishiga moyillikni bo'lishi. Feoxromotsitar kriz klinik belgilarga asoslanib va UZI xamda kompyuterli tomografiya bo'yicha ,(buyrak usti bezlarini bir tomonlama kattalashuvi alomatlari) qo'yiladi.

Gipertonik krizlarda aorta qavatlanishi kam uchraydi-yu, ammo lekin o'ta og'ir kechadi, aloxida davolash varianti zaruriyat tug'iladi.

Eslab qolish kerak: 1. kriz aorta qavatlanishi bilan asoratlangan eng birinchi-to'satdan kuchli va davomli og'riq ko'krak qafasida paydo bo'ladi (aorta qavatlanishi asosiy va bosh belgisi). 2. Og'riq bo'yinga kuraklar orasiga va belga tarqaladi. 3. Og'riq qo'rquv va so'zsiz o'lib qolish xissiyoti bilan ifodalanadi, qo'shilishib davom etadi. 3. Og'riq bilan bir vaqtda xansirash, bosh og'rig'i, bosh aylanishi va xushni yo'qotish raqobatlashib qayd qilinadi. 4. Ko'pincha qo'rquvni buzilishi, o'choqli nevrologik simptomlar, qon tupirish, ko'ngil aynishi, qayd qilish, gematuriya va anuriya kabilar kuzatiladilar. 5. Asosiy fizikal simptomlar-diastolik shovqin (aortal klopan o'tkir etishmovchiligi rivojlanishi sababli, asosan yuqoriga ko'tariluvchi aorta ajralishida bo'ladi, 60-70% xollarda kuzatiladi), qo'llarda AB va pulsni tafovutlanib aniqlanishi (50%) kabilar xam tashxisiy axamiyat kasb etadi. 6.Rentgenologik va ayniqsa ultratovushli (UZI) tekshiruvlar ahamiyatli bo'lishadi, lekin aorta qavatlanishini GK fonida aniq tasdiqlab beradigan usul bo'lib aortografiya xisoblanadi. krizlar muvoffaqiyatli erishishning asosiy garovi bu- uning tashxisiy va shoshilinch tezkor yordam ko'rsatish bosqichlarida shifokorni ongli va jonli ishtirokidir. Ushbu klinik vaziyatda shifokorlik faoliyatini ko'plab tekshiruvlarga jadvallarga, analizlarga, robotlarga va Internetga xech qachon "mixlab, qotirib" qo'ymaslik kerak Ular mutloqa zarur, ammo ularni barchasini faqatgina instrumentlar ekanligini unitmaslik lozim. Mana

shunda tibbiyotni ikkibutunlik yoki ikkibirlik mohiyati ko'rinadi: bir vaqtni o'zida u xam fan va xam san'at, xam tafakkur va xam Yurakdan bo'lmog'i kerak. Go'yoki bu ikki qanot va ikki elka timsolidir. Ular bo'lmasa uchib bo'lmaydi va suv to'la paqirni manzilga etkazib bo'lmaydi. mana shu ikki qanot- aniq va tezkor tashxisoti va unga to'liq mo'ljallanib to'liq mo'ljallanib nuqtalantirilgan shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan sifatli va samarali tibbiy yordam xisoblanadi.

2.2. Gipertonik krizlarda shifokorgacha bosqichda shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam taktikasi

Gipertonik kriz, hox birlamchi va xox takroriy turi bo'lsin, ayniqsa shifokor etib borguncha bosqichda (idishda, ko'chada, yo'lda, uyda, maxallada, teatrd, kinoda, ommoviy yig'in joylarida, kishi yolg'iz paytida, uyqu ichida, samolyotda, poezdda, sayoxatda, xaj safarida, musibat yoki quvonch onlari kabi sharoitlarda), bemor uchun doimo o'zida taxdidni sirli xolda yashirib turadi. U xar qanday paytda insult, tromboz va infarkt yoxud boshqa og'ir asoratlar bilan yakuniga etishi mumkin.

Bu xolatlarda GK maxsus va shoshilinch shifokorgacha yordamni, aralashuvni yoki o'zaro yordamni talab etadi. kriz bilan bemorlarni shifokorgacha bosqichda oddiy axoli yoki o'rta tibbiy ta'limga o'qitilgan shaxslar bilan (o'qituvchilar, raxbar xodimlar, fuqorolar, feldmerlar, MCHS xodimlari, uchuvchilar, styuardessalar, mashinistlar, xaydovchilar, provodniklar, maxalla fuqoro yig'inlari faollari, oila a'zolari, talabalar va maktab o'quvchilari va x.k.) olib borishni (o'zaro birinchi shifokorgacha bo'lgan sifatli tibbiy yordamni-O'zBSHbTB) yanada yaxshilash – ushbu yo'nalishdagi istiqbolli ijobiy siljishlarni garovidir.

Umuman, GKda shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam to'rtta bosqichda bir-birini to'ldirib olib boriladi: **Birinchi bosqich** bu, odatda, o'ziga-o'zi yordam va o'zaroyordamdir. Agar bemorga bu oid bo'lsa, unda u odatda AG bilan axvoli yomonlasha boshlanishi bilanoq davolovchi shifokor tomonidan tuzib berilgan dastur bo'yicha xarakat qila boshlaydi (dori ichish, tez yordam vrachini

chaqirish, atrofdagilarni e'tiborini jalb qilish). Atrofdagilarni roli, sog'lom odamni to'satdan axvoli og'irlashganda, xal qiluvchi axamiyatga ega bo'ladi yoki ularni birinchi yordam ko'rsata olish malakasini tibbiy muvoffaqiyatni ko'pincha belgilaydi: Yurakni yopiq massaj, sun'iy nafas tez yordam shifokorini chaqirish va x.k!

Ikkinchi bosqich- tez tibbiy yordam yoki ambulatoriya- poliklinika muassasalari shifokorlari tomonidan yordam ko'rsatish,

Uchinchi bosqich- shifoxonaning qabulxona bo'limlari shifokorlari (navbatchi shifokorlar) yordam ko'rsatiladi;

To'rtinchi bosqich – ixtisoslashgan bo'lim intensiv terapiya bloklarida yordam ko'rsatiladi.

2.3. Gipertonik krizlarda shifoxonagacha bo'lgan bosqichda shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam taktikasi

Gipertonik krizda 21 turdagi preparatlar qo'llaniladi, ular tibbiy yordam ko'rsatilayotgan sharoitdan kelib chiqib tanlanadi va ishlatiladi. Xususan, shifoxonagacha bo'lgan bosqichda xam shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam uchun (umumiy amaliyot shifokori, tez tibbiy yordam shifokori, oilaviy shifokor, o'smirlar vrachi poliklinika shifokori, feldsher va xamshiralar sharoitida ushbu preparatlardan asosiy dori vositalari sifatida foydalaniladi. GKni to'xtatishda aksariyat qo'llaniladigan preparatlar:¹ nitroglitserin, enaplaprilni in'eksionli shakli, furosemid, magniy sulfat, verapamil, fentolamin, nitroprussid natriy, labetalol gidroxlid, esmolol gidroxlid, nikardipin gidroxlid, fenoldopama mezilat, gidralazin gidroxlid, nimadipin, diazoksid, trimetafan, bendazol (dibazol), klonidin, koptopril, nifedipin, propranolol va furasemid.

Dori tanlovi va davolash taktikasi krizning klinik manzaranish xususiyatlariga, yana uning asoratlanligiga, shubxasiz, asoslangan bo'lishi kerak.

GK masalasida o'ta dolzarb muammo bo'lib davolash taktikasi xisoblanadi. Buni sabablaridan biri- ushbu masalada xam yagona fikr yo'q. Mavjud tavsiyalar tafovutlanishadilar. Ko'pincha quyidagicha tavsiyalarni uchratish mumkin: agarda

bemorda GK I turi bo'lsa, terapiyani sublingval nifedipindan boshlash kerak; krizni II turida bo'lsa – tanlov preparati bo'lib nifedipin bo'lishi kerak. Tushinilmagan xolat, tavsiya etilgan davolash taktikasi bir xil bo'lgan chog'da krizni ikki turga ajratishni zaruriyati nimada? Ayrim klinik vaziyatlarda nifedipinni qo'llash umuman tavsiya etilmaydi [Kobalava J.D., Gudkov K.M.]. Xorijda (uzoqdagi xorijiy davlatlar ko'zda tutilmoqda) qator, dibazol, no-shpa, papaverin kabi va boshqa preparatlar krizlarni to'xtatish uchun foydalanilmaydi. Bizning mamlakatimizda va xamdo'stlik davlatlarida mazkur preparatlar, xamshifoxonagacha bo'lgan va xam shifoxona bosqichlarida, - krizlarni davolashda eng ko'p qo'llaniladigan preparatlar sirasiga kiradilar.

Albatta, bu borada yakdillik strategiyasini yaratish darkor va buning uchun yagona yo'l- oxirgi klinik tavsiyalarni "chapirishi"ni imkoniyati boricha vaqtida qabul qilib borishdir. CHunonchi, professor A.S.Galyavich (2000) tomonidan taklif etilgan, krizlar bilan bemorlarni olib borishni quyidagi taktikasi eng qulay strategiya deb tavsiya etiladi.

2.4. SHifoxonagacha bo'lgan bosqichda shoshilinch yordam

Sifatli va samarali tibbiy yordamni yana bir asosiy mohiyati – davolash tadbirlarining tanlash taktikasini (preparat, kritik yo'li, kutilayotgan ABni pasaytirish tezligi va darajasi) to'g'ridan-to'g'ri GK og'irligi darajasiga va asoratlanishlarni bor yoki yo'qligiga bog'langanligidir yoki uni mazmuni va mohiyati aynan mana shu ko'rsatkichlarga qarab belgilanadi va shakllantiriladi. Bundan tashqari, xal qiluvchi qarorni qabul qilishda ABning mutloq darajasi emas, balki shikoyatlar va simptomlarni aniq sharhlash ahamiyatli bo'ladi.

SHifoxonagacha bosqichda shoshilinch tibbiy yordam va tadbirlar 4 xil yoo'nalishga qaratilgan bo'lishliklari kerak: **1)** zo'riqib ishlayotgan chap qorincha ishini pasaytirish; **2)** periferik (chetki) vazokonstriksiyani va gipervolemiyani bartaraflash, **3)** bosh miyaning ishemiyasi bartaraflash (ayniqsa uning tirishishli variantida), **4)** o'tkir koronar yoki Yurak etishmovchiligini bartaraflash.

Buning uchun aksariyat, quyidagi tartibda krizning davolash variantini olib borish tavsiya qilinadi: ABni o'lchash, bemorning xolatini baholash → qat'iy tartibda ko'rpa-to'shak rejimini tashkil etish, asosiy antigipertenziv preparatlarni til ostiga qo'yib qabul qilishga buyurish → AB monitoringi va bemorning xolatini dinamikada baholash → extiyojga qarab asosiy antigipertenziv preparatlarni vena ichiga bolyus yo'li bilan kiritish → AB monitoringi, EKG, o'tkazilgan terapiyani samaraligini baholash va ularning kelib chiqishi mumkin bo'lgan noxush samaralarini korrektsiyalash, kasalxonaga yotkazish → asosiy antigipertenziv preparatlarni vena ichiga tomchilab kiritish, doimiy uzoq vaqt mobaynida AGni davolab turish uchun individual terapiyani tanlash.

Bunday taktika ilk bosqichda buyurilsa, birinchidan, asosiy antigipertenziv preparatlarni yoki faoliyatlarni muvoffaqiyatli sinergizmi ta'minlangan bo'ladi va ikkinchidan esa, krizning etakchi patogenetik mexanizmlarni bloklash va unga qarshi kuchli vazodilatirlovchi terapiya amaliyoti barvaqt amalga oshirilgan bo'ladi.

Gipertonik krizda shoshilinch ilk tibbiy yordamni asosiy prinsipi- bu, AB ortishiga olib keluvchi turli patogenetik mexanizmlarga ta'sir etishdir. Bu klinik vaziyatda yana bir to'g'ri yo'l. Publimiy Sir ta'kidlanganidek, "Dori vositalaridan oxirgi onlarda emas, kasallikning boshlanishida foydalanmoq ma'quldir" prinsipiga amal qilmoqlik xisoblanadi.

SHifoxonagacha bo'lgan bosqichdagi shoshilinch tibbiy yordamni muvoffaqiyatini beruvchi yoki xal etuvchi strategiyalardan yana biri, bu, GK-ning moyiyatini, uning ko'rinishlarini, davolash va profilaktikasi imkoniyatlarini anglab va "tagiga etib olishdir". Buning uchun qanoat kerak bo'ladi va shunday amaliyotga erishilganda xam GKga nisbatan "yarim ish" ado etilgan bo'ladi. CHunki, "Bilimni o'zi etarli bo'lmaydi, yana qo'llash xam kerak; hoxishni o'zi kamlik qiladi, yana bajarish xam zarur" (I.Gete).

SHifoxonagacha bo'lgan bosqichda antigipertenziv shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordamni "to'ldirish"ni ikkinchi marta faol xarakatlari strategiyasini kechikmay boshlash va davom etdirishdir. Bunday xarakatlar

strategiyasi tarkibida o'tkaziladigan davolash tadbirlari mazmunan va taktik jihatdan ikki turga ajratiladi, lekin xar ikkalasa, bir-birlarini to'ldirib, bir vaqtda amalga oshiriladi.

1. shifoxonagacha bo'lgan bosqichda bajariladigan umumiy **chora – tadbirlar**.

2. shifoxonagacha bo'lgan bosqichda bajariladigan **medikamentozli terapiya**.

Umumiy chora-tadbirlar quyidagilardan iborat bo'ladi: **1.**Bemorni tinchlantirish, osoyishtalik xolatini bemor uchun yaratish va bemorga oyog'ini osiltirib o'tirib olishga yordam berish, ish jarayonida kriz kelib chiqqan taqdirda zudlik bilan jismoniy zo'riqishni to'xtatish.**2.** Qat'iy ko'rpa-to'shak rejimini o'rnatish (agarda GK o'pka shishi bilan asoratlanmagan bo'lsa), Gk o'pka shishi taxdidini solgan bo'lsa- o'tirish xolati (osiltirilgan oyoqlar bilan) ta'minlanadi. **3.** Toza xavoga yo'l ochish yoki uni bemorga etkazish choralari ko'rish (derazani ochish, fortochkani ochish, nafasni og'irlashtiruvchi kiyimini echish). **4.**Kechikmasdan tez yordamni chaqirish (telefon: 03 yoki 112)². **5.**ABni nazorat qilish va bemorning xolatini dinamikada xar 10-15 daqiqada baholash.**6.** EKG qayd qilish.

Medikamentozli terapiya ikki yo'l bilan olib boriladi:• Preparatlarni sublingval buyurish bilan;• In'eksion preparatlarni vena ichiga bolyusli kiritish bilan.

Sublingval terapiyada uchta “K” qoidasi qo'llaniladi va quyidagicha bajariladi: **▲ Tinchlik yaratish, yarim o'tirish xolati ▲ Kaptopril (kapoten) 25-50mg til ostiga yoki Klofelin (klonidin) 0,075-0,15mg til ostiga Korinfar (nifedipin) 10-20mg til ostiga.**

YUqorida ko'rsatib o'tkanimizdek, yana taxkidlab qo'yish kerak bo'ladi-ki, preparatlarni berishda ularga ko'rsatmalar inobatga olinishi shart. Jumladan, karinfar Yurak etishmovchiligida, asoratlangan krizda va o'tkir koronar

etishmovchilikda man etiladi. Aksincha, xomiladorlardagi krizlarni to'xtatishda u "o'z-o'ziga" va "o'zaro yordam" preparati sifatida tavsiya etilgan

Bundan tashqari, sublingval yo'l bilan furosemid (80-120mg) va labetaloldan (100-200mg) xam foydalanishlik mumkin.

Ma'lum-ki, GK kelib chiqishini bosh sababchilaridan biri komorbidlik xisoblanadi. Xususan, u Yurak ishemik kasalligi (YUIK) bilan ko'pincha qo'shilishib uchraydi.

Gipertonik kriz YUIKni qaytalashiga (asosiy simptomlarini, anginoz Yurak xurujini) va asoratlanishiga olib kelishi mumkin. GK bilan bog'lanib rivojlangan, YUIK qaytalanishni oqibatli jiddiy va taxdidli (to o'limgacha) bo'ladi. Uni quyidagicha sxematik ko'rsatish mumkin: AG+YUIK→GK→O'tkir koronar sindrom→Miokard infarkti/ nestabil stenokardiya→Yurak ritmi buzilishlari→o'lim yoki→ miokard infarktining yaqindagi va uzoqdagi yakunlari (o'pka shishi, kardiogen shok, Yurakni mexanik zararlanishi postinfarktlı kardioskleroz, Yurak etishmovchiligi va b.q.lar) sabab bo'lib kelib chiqqan kardiovaskulyar kontinuum (o'lim).

2.5. Gipertonik krizlarda shifoxona boskichida shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam taktikasi

Ma'lum-ki, krizlar bilan bemorlar shifoxonaga ko'pincha ikkita sababga ko'ra yotkiziladilar:yo ungacha bosqichda samara olinmaganligi yoki bo'lmasa, - og'ir va asoratlanib kechayotganligi uchun. SHuning uchun bu boskichda buyuriladigan shoshilinch tibbiy yordam dasturi oldingi bosqichga bog'lanib, to'ldirilib, qiyoslanib sifatlashtirilib va albatta, takomillashtirilib tuzilishi va amalga oshirilishi kerak bo'ladi. Eng avvalo, qaysi preparatlar qo'llanishliligi va qaysi preparatlar qo'llanilmasligiga oydinlik kiritib olinadi.

Preparatlar GK bilan kelib chiqqan klinik vaziyatni xisobga olinib tanlanadi, unga bog'liq xolda tavsiya etiluvchi va tavsiya etilmaydigan preparatlar qo'ldagicha ajratiladi. [A.L.Syrkin]:

- GK tufayli kelib chiqqan gemorragik insultda tavsiya etilmaydigan preparatlar- Beta-blokatorlar, tavsiya etiladigan preparatlar bo‘lib esa –Nikardipin, Nitroprussid va Trimetafanlar xisoblanishadi.
- GK tufayli kelib chiqqan ensefalopatiyada bo‘lsa – Metildopa va Rezerpin tavsiya etilmaydi; Nitroprussid, Labetolol va Diazoksid lar esa tavsiya etila.
- krizlar sabab bo‘lib kelib chiqqan ishemik insultda tavsiya etilmaydigan preparatlar- Beta-blokatorlar va Minoksidil, tavsiya qilinadigan preparatlar esa – Nikardipin, Nitroprussid, Labetolol va Trimetafanlar xisoblanadi.
- GK va bosh miya jaroxatlanishida – Labetolol va Esmolol tavsiya etiladi, tavsiya etilmaydigan preparatlar guruxiga esa – Metildopa, Rezerpin, Nitroprussid, Nitroglitserin va Gidralazin quritiladilar.
- GK va utkir miokard infarktida- Gidralazin va Minoksidil tavsiya etilmaydi. Nitroglitserin, Nikardipin va Labetolol lar tavsiya etiladilar.
- GK va o‘pka shishida – tavsiya etilmaydigan preparatlar bo‘lib – Beta-blokatorlar, Minoksidil va Metildopa xisoblanishadi; Nitroprussid, Nitroglitserin va Tugunli diuretiklar esa tavsiya etiluvchi preparatlar guruxiga kiritiladilar.
- GK va buyraklar funksiyasini buzilishida tavsiya etiluvchi preparatlar ro‘yxatida- Alfa-blokatorlar va kalsiy blokatorlar qayd qilinadi; tavsiya etilmaydigan preparatlar bo‘lib Beta-blokatorlar, APF ingibitorlari va Nitroprussidlar hisoblanishadi.
- GK va eklampsiyada- tavsiya etilmaydigan preparatlarga Trimetafan, Diuretiklar va Diazoksid kiritilgan, tavsiya qilinuvchi preparatlar bo‘lib esa – Gidralazin, Labetolol va Nitroprussid xisoblanishadi.
- GK va u tufayli kelib chiqqan aorta anevrizmasida – tavsiya etilgan preparatlar bo‘lib Nitroprussid, Beta-blokatorlar va Trimetafan xisoblanishadi.
- Feoxromotsitoma+GKda- tavsiya etilmaydigan preparatlar: Metildopa, Minoksidil, Beta-blokatorlar (Alfablokatorlar bulmagan takdirda). Tavsiya etilgan preparatlar: Fentolamin, Nitroprussid.

SHifoxona bosqichida shoshilinch kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam GK bilan bemorlarda ikki yo‘nalishda uzviylashtirib olib boriladi:

1.Umumiy tadbirlar.2. Medikamentozli terapiya

Umumiy tadbirlar doirasida amalga oshiriladigan faoliyatlar quyidagilardan iborat bo'ladi: **1.**Kat'iy ko'rpa- to'shak rejimi. **2.** AB nazorati va dinamikada bemorning umumiy axvolini baxolab turish. **3.**EKG qayd qilish. **4.** Bemorning xar tomonlama chuqur tekshirish va simptomatik arterial gipertenziyalarni istisno qilish.

Medikamentozli terapiyani ko'plab yo'nalishlari, davolash muassasasini (shoshilinch kardiologiya bo'limi, reanimatsiya bo'limi yoki umumiy terapiya bo'limlari) imkoniyatidan kelib chikib (KVP/SHVP tuman va shaxar tibbiyot birlashmalari, viloyat va Respublika qo'lamidagi ixtisoslashgan markazlari qulamida), amaliyotga tavsiya etilgan. SHifoxona bosqichida GKni bartaraf flash uchun, uning qanday turda ifodalanishiga qaramasdan, deyarli barcha buyuriladigan asosiy gipotenziv preparatlar vena ichiga tomchilab kiritiladi (O.P.Alekseev va b.k.): pentamin 5%-1ml 100ml fiziologik eritmada;●enalaprilat 1ml (1,25mg) 100ml fiziologik eritmada;● izoket (perlinganit) 0,1%-10ml 100ml fiziologik eritmada;● trimetafan (arfonad) 5%-5ml 200ml fiziologik eritmada;●nitroprussid natriy (niprid) 50mg mikdori 400ml fiziologik eritmada eritiladi;● labetalol (trandat) 200mg mikdori 200ml fiziologik eritmada eritiladi;● fentolamin 5-10mg/daqiqada 100ml fiziologik eritmada tomchilanadi; ●Magniy sulfat 1-2ch/soatiga 100ml fiziologik eritmada tomchilanadi.

SHoshilinch gipotenziv samara erishilganda so'ng uning ikkinchi majburiy elementi doimiy uzoq vaqt davolash jarayoniga bemorni tayyorlash va eng avvalo, bu borada individual gipotenziv terapiya tanlanadi.

SHifoxona sharoitida zikr etilgan preparatlar mu'ayan klinik vaziyatdan kelib chiqib boshqa sxemalarda xam berilishi mumkin. Ularni ayrimlarini keltirib o'tamiz.

Xususan aorta koarktatsiyasi va arterio- venozli shuntli xolatlar bo'lmaganda nitroprussidni quyidagicha , GKni to'xtatish uchun, beriladi: vena ichiga tomchilab **50-100mg mikdorini 250-500ml** 5%-li glyukoza eritmasiga qo'shib kiritiladi.

Boshqa bir klinik vaziyatda, GK surunkali nefrit negizida kelib chiqmagan bo'lsa yoki elektrolitlarni kuchli yo'qotish bilan kardoshlashib o'tmayotgan bo'lsa, **furosemid 20-40mg dan** vena ichiga bolyus bilan beriladi yoki mushak ichiga kiritiladi.

Gipertonik krizlar Yurak etishmovchiligi va depressiya (mumkinlik) xolatlariga qo'shilmasdan kelib chiqqanda klofelin samarali qo'llaniladi. U uch xil usulda berilishi mumkin: **1) vena ichiga bolyus bilan 0,1-0,2mg dan (1,0-2,0ml 0,001%-li eritmasi) 10-20ml fiziologik eritmada sekin- astalik bilan kiritiladi: 2) Mushak ichiga 0,1mg(1ml 0,01% - li eritmasi); 3 til ostiga tabletkasi 0,075-015mg miqdorda quyiladi.**

Pentaminni o'zgacharoq sxemada qo'llash xam klinik amaliyotga tavsiya etilgan. Bu sxema preparatni qo'llashga mone xolatlar bo'lmagan taqdirda (keksalik, qon ketish, miokard infarkti,tug'rukdan keyingi davr, buyrak etishmovchiligi) krizni to'xtatishda qo'llaniladi: vena ichiga bolyus bilan 0,2-0,75mg 20ml 5%-li glyukoza eritmasida yoki shu miqdordagi fiziologik eritmada kiritiladi; mushak ichiga 0,3mg miqdorda buyurilishi xam mumkin.

Gidralazindan GKda o'zgacha foydalanish sxemasi xam bor. Bu sxema aorta anevrizmasini qavatlanishi, stenokardiya va mitral poraklar bo'lmagan bemorlarda qo'llaniladi. Preparatlar 50mg mikdori 500ml 5%-li glyukoza eritmasiga kushilib vena ichiga sekin-asta dakikasiga 20-30 tomchidan tomchilab kiritiladi.

Gipertonik krizlarda, buyrak arteriyalarini ikkitomonlama stenozli bulmagan bemorlarda, **enalaprilatni tomchilab emas, vena ichiga asta-sekin kiritiladi:** enalaprilat (enap) 1ml miqdorda vena ichiga bolyus (okim) bilan 5 daqiqa davomida asta – sekin beriladi.

Oxirgi yillarda og'ir krizlarda **prazosinni qo'llash (ichish uchun yoki til ostiga, 1mgdan)** xaqida xam ma'lumotlar oqimini ma'lum darajada ko'payganligi e'tiborni tortadi. **Aminozin** esa xozirgacha davolash dasturlaridan chiqib ketmagan klinik tavsiyalarda GK xurujini to'xtatishda ishlatiladigan etakchi gipotenziv preparatlardan biri sifatida tilga olinadi. Berishda extiyot choralarini ko'rish kerak, chunki, uning ancha-muncha nojo'ya ta'sirlari bor: kiritilgan joyda to'qimalarni

ta'sirlanishi, ruxiy tormozlanish, allergik alomatlar, shishlar va ortostatik gipoteniya kabilar.

Qo'llash taktikasi: 0,5-1,0ml 2,5%-li eritmasi vena ichiga bolyus yo'li bilan 20ml fiziologik eritmada asta-sekin kiritiladi. 2,5%-li eritmasi 0,5ml -1,0ml miqdorda mushak orasiga xam kiritilishi mumkin.

Metabolik sindrom negizida kelib chiqqan **GKda moksonidinni 0,2 0,4mg dan** tabletkasi til ostiga qo'yiladi va bu yaxshi natija beradi.

Ma'lum-ki, o'tmish manbalarida qon chiqarish va zulik quyish bilan GKni muvoffaqiyatli davolash mumkinligi xaqida etarlicha isbotiy ma'lumotlar uchraydi (V.G. Vogralik, N.A. Ratne rva M.G. Oспенkova). Zamonaviy klinik tavsiyalarda ushbu usullar ko'rsatilmagan. Bizning fikrimiz-cha, ular ommaviy tarzda qo'llanilmasa-yu yoki majburiy davolash sxemalariga kiritilmasa-yu, lekin favquloddagi klinik vaziyatlarda qo'llanilsa maqsadga muvofiq bo'ladi. Favquloddagi klinik vaziyatlar: davolash muassasidan olis joylarda GKni sodir bo'lishi, dori- darmonlarni qo'l ostiga bo'lmasligi va eng asosiysi- bemorlarda barcha dori vositalariga og'ir allergik reaksiyalarni bo'lib turishi. Klinik amaliyotda xar qanday dori-darmonni, xattoki fitlodorilarni xam ko'tara olmaydigan bemorlarni uchrab turishi orfoxolat bo'lmay qolganligi bugun sir emas. Ana shunday vaziyatlarda krizni samarali davolash vositasi sifatida (vaktincha bo'lsada). Qon chiqarishdan xam foydalanish mumkin deb fikr bildiramiz: GKda, ayniqsa Yurak chap qorinchasini etishmovchiligi bo'lgan taqdirda, 200ml dan kam bo'lmagan qon chiqariladiyu. Aterosklerotik jarayonlarga kuchli berilgan xollarda (Yurak va bosh miya tomirlarini kuchli ifodalangan sklerotik o'zgarishlari) bu xavfli: trom xosil bo'lishi kuchayadi yoki tomir etishmovchiligi kelib chiqadi. Uning o'rniga zudlikdan foydalanilsa maqsadga muvofiq bo'ladi. CHunki zuliklar bemor qoniga xirudin chiqarishib beradi va shu bilan, kuchayib borayotgan qon ivishi jarayonini kamaytiradi. Girudologik markazlar ko'payib borayotgan bir paytda zudlik solish usuli yo'lga qo'yilsa, xech bo'lmaganda shoshilinch tibbiy yordam shifoxonalariga mutaxassis-

girudologlar jalb qilinsa va ulardan foydalanilsa xar tomonlama ma'qul bo'ladi deb biz tavsiya etamiz.

SHifoxona bosqichida o'tkaziladigan shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordamni GK bilan bemorlardagi yana bir aloxida jixati shundan iboratki, u tabakalashtirib va unga monand xolda maqsadlari kengaytirilib amalga oshiriladi. Uning etakchi umumiy maqsadi ABni xar qanday xolatda pasaytirish uchun va rivojlanayotgan nishon a'zolari buzilishlarini qaytarib qolishga qaratilgan tezkor terapevtik strategiya bo'lsada, klinik vaziyatlarda kelib chiqib va chuqurlashib borib ushbu qo'yilgan maqsad yanada, xam «gorizantaliga» (komorbid fon va b.k. nazarda tutilayapti) va xam, «vertikaliga» (patogenetik tomirlari ko'zda tutilayapti) kengaytiriladi. CHunonchi, eng kamida yana 6 maqsadni kuzda tutib

Oshig'ich va tezkor gipotenziv tadbirlar ko'rilsa- terapiya samarasi oshadi va unga bevosita bog'liq bo'lib shuncha “dorili xavf” (jumladan, polipragmaziya va yatrogen komorbidliklar xam) oldi olinadi. Ular quyidagilardan iborat: 1) AB ko'tarilishini miya qon oqimini buzmasdan va miya insulti xavfini oshirmasdan pasaytirish (GK serebral simptomatika zo'riqishi bilan kuchaygan da). 2) Ko'tarilgan ABni koronar etishmovchilikni chuqurlashtirmasdan va o'tkir koronar sindrom kelib chiqishini ogohlab turish bilan pasaytirish (GK koronarnoy simptomatika bilan kecha boshlaganda). 3) Ko'tarilgan ABni pasaytirish va o'pka shishining kelib chiqishini muxofazalash (GK o'tkir Yurak etishmovchiligi bilan kechganda). 4) Ko'tarilgan ABni muloyim tushirish, buyraklar funksiyalarining buzilishlarini chuqurlashtirmagan xolda (GK buyrak etishmovchiligi negizida kelib chiqqan bo'lganda). 5) Ko'tarilgan ABni xomilaning xayoti faoliyatiga salbiy ta'sir etmasdan va xomila gipoksiyasi xavfini oshirmasdan pasaytirish (GK xomiladorlik davrida kelib chiqqan taqdirda): 5) Ko'tarilgan ABni tez tushirish va fatal xamda nofatal asoratlanishlar oldini olish, eng avvalo “adrenalli” miokard nekrozlarini (GK feoxromotsitoma negizida zo'riqqanda).

SHifoxona bosqichida GK bilan bemorlarni olib borish basturi ikkilamchi gipertenziyalarni xam bir vaqtda istisno qilib borishni ko'zda tutadi. Quyida zikr etiladigan xolatlarda bo'lishi mumkinligi va ular bilan GK rivojini bog'langanligi

extimolini borligi ko'rib chiqilishi kerak (David C. Sprigings, John B. CHambers): I senko- Qo'shimcha sindromi, birlamchi giperaldosteronizm, dori vositalarini qabul qilib yurish, aorta kasalliklari, buyraklar arteriyalari, buyraklarni birlamchi kasalliklar va feoxromotsitoma. Buyraklar arteriyalari stenozi tashxisiga kalitlar, misol tariqasida, quyidagilar xisoblanishadi (bularni davolash taktikasiga zalvorli ta'siri bo'lgan kalit – elementlar deb atash mumkin): • plazmada natriy va kaliy miqdorini kam bo'lishi. • YOsh < 50 yosh (yaqin urug'larida AG bo'lmagan xolda). • CHetki arteriyalarni aterosklerotik zararlanish. • AG bilan uzoq muddat davomida yashab yurgan bemorlarda gipotenziv terapiyaga rezistentlikni kelib chiqishi. • APP ingibitorlarini buyurish bilan kelib chiqqan buyraklarni zararlanishi. • O'pka shishi tez rivojlanishi. • Buyraklar o'lchamlarini UZI ma'lumotlari bo'yicha > 1,5 sm dan ziyodga etib farqlanishi.

SHifoxona bosqida shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordamni GKda ko'rsatishni uchta varianti bo'ladi (S.F.Bagnenko):

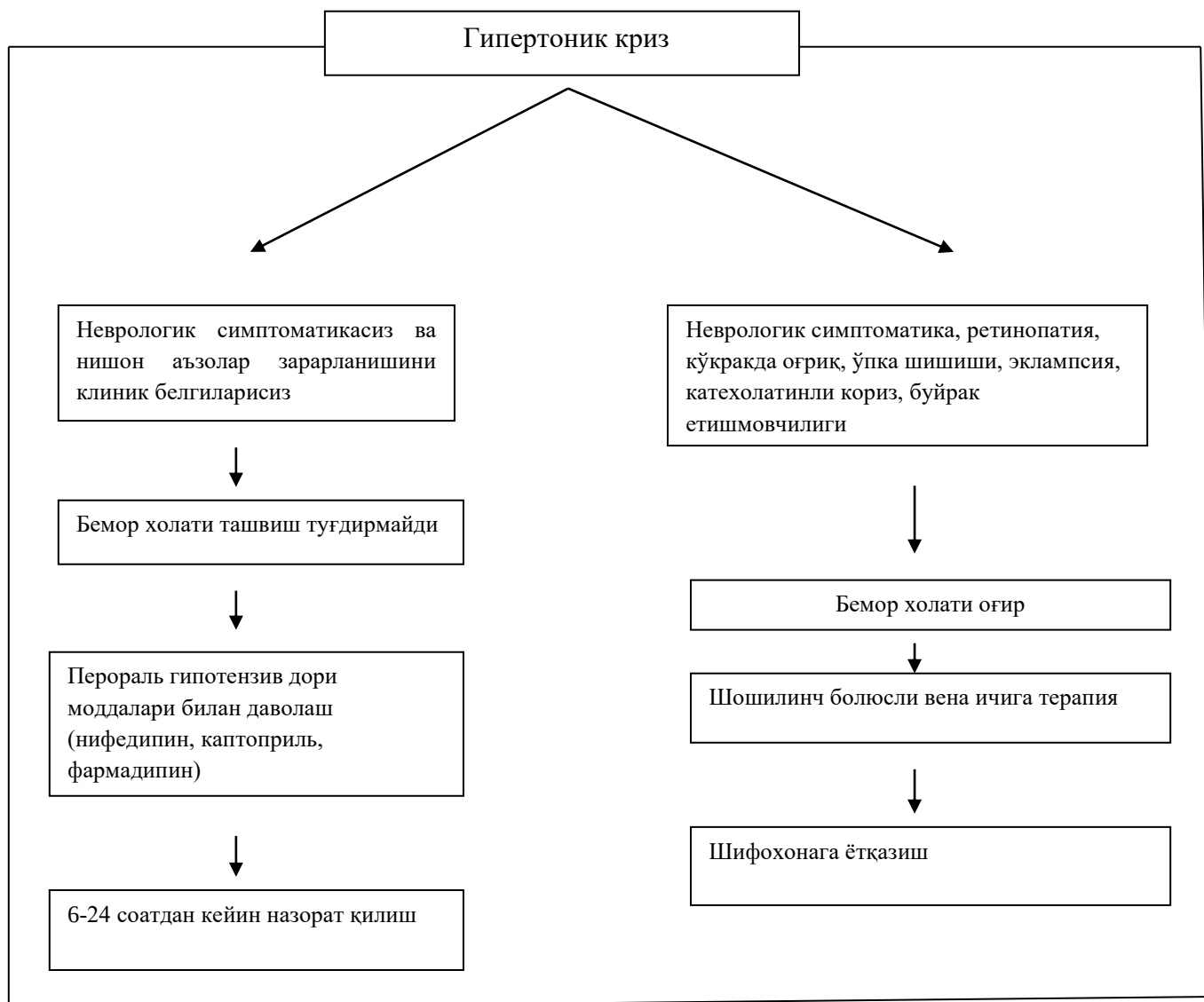
1. SHifoxona bosqichida AB ko'tarilishi davom etsa yoki asoratlanib ulgurgan bo'lsa, ikkala xolat xayot uchun to'g'ridan- to'g'ri taxdid tug'dirgan bo'lsa mijoz reanimatsiya bo'limiga zudlikda o'tkaziladi. Bemor vosita reanimatologga beriladi.

2. AB ko'tarilishi saqlanib qolanayotgan bo'lsa yoki asoratlanish keltirib chiqargan bo'lsa-yu, xayotga taxdidi bo'lmasa, - bemor qisqa muddat bo'lish bo'limiga yo'llanadi (masalan, shoshilinch kardiologiya bo'limiga) va quyidagi ishlar ta'minladi: • AB nazorati ta'minlash, kardiomionitorli va vizual kuzatuv. • EKGni 12 ta ulanishda qayd etish. • Zaruriy tekshiruvlar uchun qon olish. • ABni yana qaytib ko'tarilishiga, masalan, shifoxonagacha bosqichda berilgan dori samarasini tugaganligi xisobiga, yo'l quymaslik. • ABni keskin tushib ketishiga yo'l quymaslik.

3. AB me'yorga tushgan bo'lib asoratlar bo'lmasa 1-2 soat olib qolinib kuzatiladi va tekshiriladi, shu vaqt mobaynida salbiy dinamika bo'lmasa yoki yotqizish uchun biron bir ishorat bo'lmasa- ambulator davolanishga jo'natish (AB

nazorat qilinib turiladi, vizual kuzatuv; 12 ta ulanishda EKG qayd qilish va kerakli tekshiruvlar uchun qon olish ishlari bajariladi).

Umuman, GKda kuzatib borish taktikasi va shoshilinch tibbiy kechiktirib bo‘lmaydigan yordam algoritmini tanlov quyidagicha tasvirlanadi (Vertkin A.L.):



III BOB. ARTERIAL GIPERTONIYA VA KRIZ HOLATINING ASORATLANMAGAN KECHISHIDA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH MASALALARI

3.1. Asoratlanmagan gipertonik krizda davolash masalalari

Asoratlanmagan krizda (AsmGK) shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan yordam strategiyasi ko'p omillarga bog'liq xolda tanlanadi (ular xaqida yuqorida keltirilgan) va va amalga oshiriladi.

Terapiyaning asosiy maqsadi ABni maqsadli darajasigacha etkazib 24 soat ichida (terapiya boshlaganidan boshlab) pasaytirish xisoblanadi. Maqsad ikki xil moxiyatli bo'ladi. Birinchisi, terapiyaning boshlang'ich maqsadi deb ataladi va uning moxiyati-ABni bir necha daqiqadan boshlab to 1 soatgacha bo'lgan vaqt ichida 25%ga tushirish xisoblanadi. Ikkinchisi, uning davomisi bo'lgan maqsadli terapiya bo'lib, moxiyati- kelgusi 2-6 soatda ABni to 160/100mm simob ustunigacha etib tushirishdir yoki shunday qilib erishish kerak-ki-diastolik AB 30daqqa ichida 10-15mm somob ustuniga kamaysin.

Asosan sublingval (kam xollardagi parenteral terapiyadan foydalaniladi): klonidin (0,075mg), nifedipin (10mg), Kaptopril (25mg), Anaprilin (20mg), Moksonidin (0,4mg). Ushbularning ta'sirlarini kuchaytirish uchun 15-20daqqa o'tgach, til ostiga tabletka qabul qilinganidan keyin, qaysi preparat qo'llanilgan bo'lsa o'shaning tabletkasi ichishga buyuriladi. Diastolik-Ani 100mm simob ustunidan pastga tushirilganidan keyin to'lduruvchi miqdoriga preparat o'tkaziladi yoki rejali terapiya umumiy qoidalar bo'yicha tayinlanadi.

Terapiyadan foydalaniladi: klonidin (0,075mg), Nifedipin (70mg), Kaptopril (25mg), Anoprilin (20mg), Maksonidin (0,4mg) ushbularning ta'sirlarini kuchaytirish uchun 25-20 daqiqa o'tgach til ostigi tabletka qabul qilinganidan keyin qaysi preperat qo'llangan bo'lsa o'shaning tabletkasi ichishga buyuriladi. Dipstolik AB ning 100 mm simob ustunidan pastga tushirilgandan keyin to'ldiruvchi miqdoriga preparat o'tkaziladi yoki rejali terapiya umumiy qoidalar bo'yicha tayinlanadi. Extiyot choralari – ko'krak og'riqlari yoki diskomfort bilan

bemorlarga Nifedifin, nevrologik spiptomatika bilan bemorlarga bo'lsa (uyquchanlik) klonidin tavsiya etilmaydi.

Ma'lumki, Asm GK uch turda aksariyat kechadi va shuning uchun shoshilinch terapiyasi xam unga muofiq xolda quyidagicha buyuriladi:

1. Asm GK nevrovegativ shaklida etakchi preparat sifatida klonidin (Klofelin) tanlanadi. Og'ir kechmasa Sublingval buyuriladi: 0.15mg til ostiga, keyin 0.075mg dan xar 30 daqiqada to samaragacha.

Asm GK ushbu turining og'ir kechishida esa – Klonidin 0.1mg vena ichiga bolyus bilan beriladi. O'ta og'ir kechishida – nitroprussid natriy (nanipruss, niprid) 30mg miqdori 5% li Glyukozaning 300ml da vena ichiga tomchilatib kiritiladi; tomchilash tezligi to kerakli AB ga etgunga qadar oshirilib boriladi. 2. Asm GKning shishli turida Kaptopril, Furisemid va natriy nitroprusidlar etakchi preparatlar sifatida tanlanadi va buyuriladi. Uning og'irlashmagan kechishida quyidagicha taktika qo'llaniladi: Kaptopril (Kapoten) ichishga 25mg dan xar 30-40 daqiqada to samaragacha; Furosemid (Laziks) ichishga 40-80mg bir martaga. Asm GK o'ta og'irlashib kechishida esa quyidagi davolash taktikasi amalga oshiriladi; Nitropussid natriy vena ichiga (yuqoridagi tartib bilan); Furasemid 40-80mg vena ichiga bolyus bilan kiritiladiyu. 3. Gipotenziv preparatlarni qabul qilishni birdaniga to'xtatib qo'yish oqibatida kelib chiqqan asoratlanmagan krizda ikki xil moxiyatli davolash taktikasi buyuriladi: qaysi gipotenziv preparat to'xtatilgan bo'lsa aynan shu preparat vena ichiga sublingval yoki ichish uchun qaytadan buyuriladi; o'ta og'ir arterial gipertenziyada esa-nitroprussid natriyning 30mg miqdori 5% li Glyukozaning 300ml da vena ichiga tomchilab kiritiladi.

Umuman asoratlanmagan GK ni davolash uchun rejali davolash uchun ishlatiladigan, ammo samarasi tez boshlanadigan va xavfsizligi yuqori darajada ta'minlangan farmokologik profilga ega bo'lgan guruxlardan olingan preparatlar talab qilinadi, 50 % bemorlarda Asm GK kuchli klinik simptomatik bilan ifodalanmay kechadi, lekin GK tarkibida uchrashi bo'yicha ularning xissasi keyingi 32 yil davomida 46 % to 62 % gacha o'sgan (E.V.Kryukov 2016). Evropa tavsiyalarida (oxirgi redaksiyasi – 2013 y) asoratlanmagan kriz deb

(sinonimishoshilinch xolat) sistolik AB ni ≥ 180 mm.sim.ust. yoki diastolik AB ni ≥ 120 mm.sim.ust. bo'lgan darajasi qabul qilinadi. AB ni zo'rayishi nimjon a'zolari xastalanishlari alomatlari bilan davom etmasa, bunday xolat shoshilinch vaziyat deb qaralmaydi

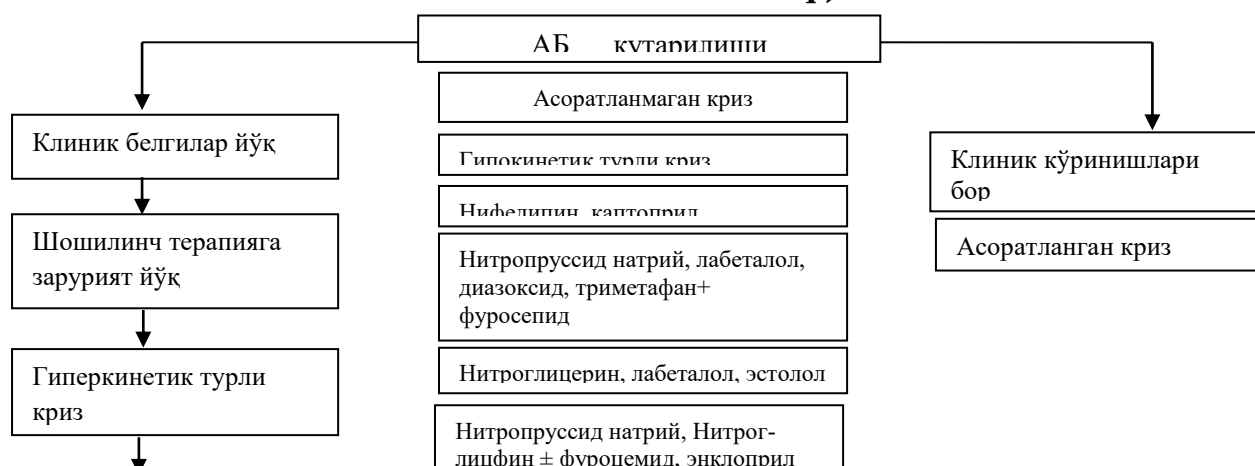
[mancia G.et al 2013].

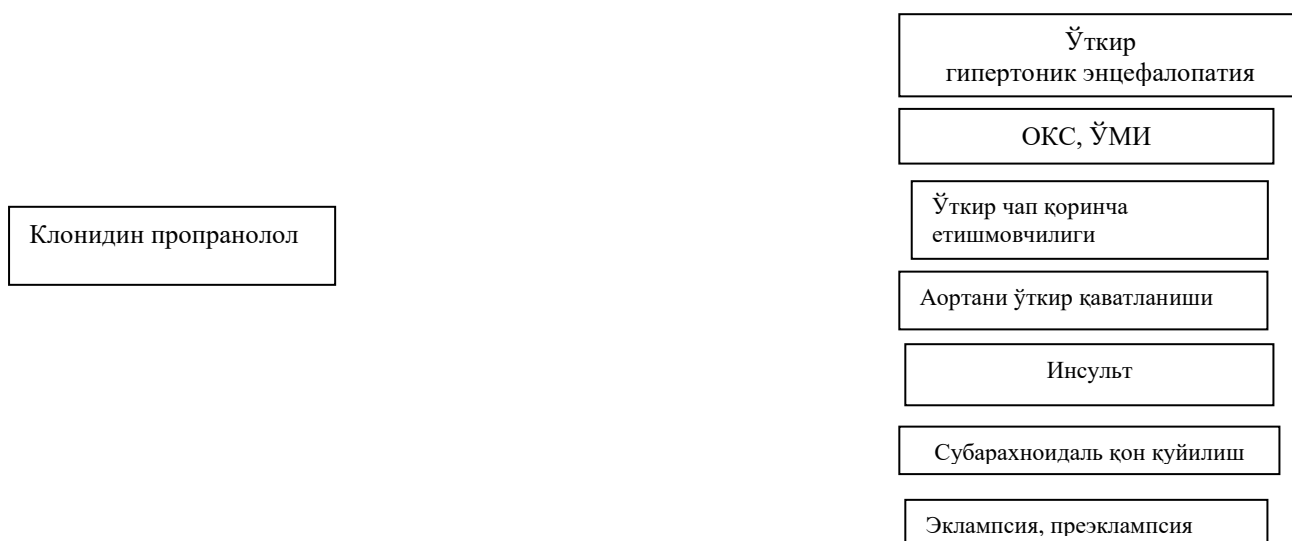
CHekinish qilib shuni ko'rsatib o'tish kerakki ko'p yillik tekshirishlar bo'lishiga qaramasdan AG ni davolash bo'yicha yangi preparatlarni yaratish sura'ti sust deb baholanadi va borlarini sonini xam qiyosan kamligi diqqatni jalb qiladi.

[A.M.Antunes va b.k. 2016]. Boz ustiga nafaqat xozirgi paytda, balki yaqin kelajakda xam – AG muammosi xali-beri saqlanib tadqiqotlarda tilga olinadi. Ma'lumot tarzida Rossiyada 1.9 mln. Kishi yiliga vafot etadilar, ularning 940 mingtasi Yurak-qon tomirlari kasalliklariga to'g'ri keladi. (ya'ni deyarli 50 %). BJSST ni taxlili bundan “yorqinroq”: dunyo miqyosida AG dan xar yili 9,4mln kishi vafot etishadi, ushbu kasallik nogironlikni keltirib chiqarishdagi xissasi 7 % ni tashkil qiladi. AG global omil deb BJSST darajasida etirof etiladi va unga qarshi kurash olib borilish kerak deb ko'rsatiladi. “Salomatlik - 25” dasturining maqsadi AG ni tarqalishini 25 % ga kamaytirish belgilangan [WHO 2015].

SHuning uchun Ag ga bag'ishlangan tadqiqotlarni ko'payib borayotganligini xam aytib o'tish kerak bo'ladi. Mana shunday izlanishlar jarayoni asosatlanmagan krizga xam tegishlidir. Xususan xozirgi davrda GK ni davolash keng qo'llanilib kelinayotgan kaptoprilni sublingval, intronazal va transdermal shakllar yaratila boshladi. Kaptopril “polutabletkalar” tarkibiga kiritildi: kandli diabet plyus AG ni davolvshga muljallangan uchulchovli shunday tabletka yaratildi: “nifedipin +Kaptopril +Glipizid” bitta tabletkada.

Gipertonik kriz bilan bemorlarni kuzatib borish algoritmi (Sidorenko.B.A.; Lutfulin I.A va b.q.)





YUqorida zikr etilganidek, asoratlanmagan GK da o‘ta individulashtirilgan tezkor tnapiya bo‘lishi kerak. Buni ko‘plab turlari bor va asoratlarini keltirib o‘tamiz:

AsmAG gipersimpatokroniyasiz ifodalanib kelganda davolash taktikasi:³•kaptopril (kapoten) 25mg miqdorda til ostiga qo‘yiladi; samara kam bo‘lsa uni kuchaytirish uchun qo‘shimcha qilib furasemid tabletkasi40mg miqdorda ichish uchun berilishi mumkin.

Asoratlanmagan gipertonik kriz plyus gipersimpatikoniya da shishilinch davolash taktikasi: maksonidin (fiziotenz) 0,4mg miqdorda sublingval qo‘llaniladi; samarani kuchaytirish uchun qo‘shimcha 40mg furasemid (ichishga) yoki 10mg nifedipin (til ostiga) berish mumkin.

“O‘ta kuchli ifodalangan Gk plyus shiddatli simptomik faollik”da davolash taktikasi: klonidin 0,1mg miqdorda vena ichiga asta – sekin bolyus bilan (oqim bilan) beriladi.

“Og‘ir GK ni simpatik faolliksiz bilan qo‘shilib kechishi”da shoshilinch terapiya taktikasi: urapidil (ebrantil) vena ichiga oqim bilan 12,5mg miqdorda kiritiladi (uning o‘rniga tevetendan xam foydalanish mumkin, unda ushbu preparatning miqdorini bosqichma-bosqich oshirib borish sxemasi 2,5mg dan to

10ml va undan oshiq miqdorgacha etkazib bniriladi); natija bo‘lmasa mana shu miqdordagi krapidil in’eksiyasi 5 daqiqa o‘tkazilib yana takrorlanadi.

Izolirlangan Gk ni davolash taktikasi: maksonidin 0,2mg miqdorda til ostiga bir marta qo‘yiladi.

Engil va o‘rtacha og‘irlik darajada o‘tuvchi Gk ni davolash taktikasi: kaptori, klofelin yoki nifedipinni sublingval yul bilan buyuriladi; qo‘shimcha samarani kuchaytiri uchun, ayniqsa kuchli taxikardiya qo‘shilib davom etayotgan bo‘lsa, anaprilin tabletkasi 20-40mg ichishga buyuriladi; kuchli veativ simptomatika qo‘shilgan bo‘lsa dropridoldan foydalaniladi yoki qo‘shimcha relanium buyuriladi (ichishga, mushak orasiga yoki vena ichiga); bu maqsadda dibazoldan juda kam foydalaniladi (boshqa imkoniyatlar bo‘lmagan xolatlardagina vaqtincha qo‘llanishligi mumkin); ayrim xollardja o‘jar bemorlar “ineksia osma ukol”larga ruju qo‘yib va kayfiyatlanib oladilar, ularni (ushbu vaziyatda keragi bo‘lmasada) talab qiladilar. Bunda klofelinni (mushak orasiga yoki vena ichiga) yoki verapanilni (vena ichiga) qo‘llash mumkin; Diuretklarga 3gr berishdan tiyilib turish kerak. Sababi ko‘pchilik GK bilan bemorlarda suyuqlikni ushlanib qolishi xolati bo‘lmaydi, aksincha Gipovoliniya “bosimdan bo‘ladigan perediurez” kuzatiladi. SHuning uchun diuretiklar (furesemid) extiyotkorlik choralari ko‘rilib davolash jarayoniga, faqat suyuqlik to‘planib qolayotganligini aniq alomatlari bo‘lgandagina, qo‘shiladi va uni berish juda kichik miqdoridlan boshlanadi.

Asoratlanmagan GK ni davolanganidan keyin “rikoshet” shish krizlarini oldini olishga qaratilgan davolash taktikasi (Sit. A.Gadoev 2010): APF ingitatorlaridan $\frac{1}{2}$ tabletkadan xar yarim soatda 1-2 mobaynida (AB kuzatuvi ostida) berib boriladi; yoki enap 1,25-2,5mg dan fiziologik eritma bilan vena ichiga tomchilab beriladi; yoki kapoten 25-50mg miqdorda sublingval 10mg korinfor tabletkasi (ichishga) bilan birgalikda qzllaniladi; yoki diozoksid 150-300mg miqdorda vena ichiga sekin asta yuboriladi. (AB 5 daqiqa ichida tushadi).

3.2. Asoratlanmagan giperkinetik va gipokinetik kriz holatlarida shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan davolash taktikasi.

Terapiyani maqsadi, eng asosiysi AB ni miqdorlashtirilib pasaytirish. SHoshilinch davolash taktikasi AB orotishi darajasi bo'yicha, simptomatikasi va asoratlarini xaorkteridan kelib chiqib belgilanadi. Taktika: AB ni ilk darajasiga qiyoslab 25% ga tushirish, poliklinika QVP/SHVP shifokoriga qo'llash; shifoxonaga yotqizish- ilk bor kelib chiqqan GK bo'lsa, Gk jamoat joylarida, ko'chada sodir bo'lgan bo'lsa yoki davolashdan samara bermagan taqdirda; nosilkaga solib o'rindan jildirish va kasalxonaga jo'natish. Bevosita shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam taktikasi: EKG; Kardofleks 10mg yoki Korinfor 10mg chaynab ichishga yoki Kaptopril (kapoten) 25mg til ostiga byuriladi; Anaprilin10-40mg ichishga tavsiya qilinadi;Etarlicha samara olinmasaObzidan to 5mg miqdorgacha vena ichiga asta sekinlikda bo'lib-bo'lib bolyus bilan beriladi yoki breviblok 500mkg vena ichiga1 daqiqa davomida kiritiladi⁴; Droperidol 2-3ml vena ichiga bolyus bilan beriladi.

•YUqorida ko'rsatib o'tilgan maqsadlar ko'zlanib va taktik chora-tadbirlar ko'rilib quyidagicha shoshilinch davolash taktikasi bajariladi:

EKG, kardofleks 10mg chaynab ichishga; yoki Korinfor 10mg tabletkasi chaynab yutishga; yki Kapoten (Kaptopril) 25mg tabletkasi til ostiga qo'yishga beriladi; Anaprilinni 10-40mg tabletkasi ichish uchun tavsiya qilinadi. Ushbularni samarasi kutganday bo'lmasa; 1) Enalaprilat (Enap) 1,25mg miqdorida venaichiga bolyus bilan kiritiladi; 2) Furasemid 20-30mg miqdorda vena ichiga asta-sekin bolyus bilan kiritiladi.

Asoratlanmagan gipertonik krizlarni I turida shoshilinch gipotenziv tibbiy yordam taktikasi: 0,5 % - li Dibazol eritmasi 6-10ml vena ichiga bolyus bilan kiritiladi yoki uning 1 % - li eritmasi 3-5ml miqdorda vena ichiga buyuriladi (bolyus bilan); Dibazoldan keyin 2-3 soat o'tib AB yana ortadi va shuning uchun buni oldini olish maqsadida –bir vaqtda siydik xaydovchi preparatlar (Laziks,

Furasemid) beriladi (vena ichiga yoki mushak ostiga yoki ichish uchun); Obzidan (Inderal, propranolol) 5mg miqdorda natriy xloridning 10-15ml ga qo'shib vena ichiga bolyus bilan kiritiladi. (GK plyus taxieardiya yoki eksirasistoliya klinik vaziyatida ayniqsa yaxshi natija beradi); Kriz plyus kuchli emotsional zo'riqish va taxikardiya klinik vaziyatida vena ichiga yoki mushak orasiga Rausedil 0,5-1mg buyurish mumkin.

Asoratlanmagan gipertoni krizlarni II turida shoshilinch gipotenziv tibbiy yordam taktikasi: Klofelin (Gemiton, Katopresan) 0,05-0,15mg miqdorda Glyukozaning 5-20 % - li eritmasiga qo'shib vena ichiga bolyus bilan sekin-asta kiritiladi (kuchli gipoteziv samara bo'ladi va shuning uchun in'eksiyadan keyin bemor 1-2 soatga qimirlatmay yotib turishi kerak bo'ladi); keksa bemorlarda ushbu preparat tomchilash yo'li bilan 20-30 daqiqa ichida beriladi; giperstat (diazoksid) 20ml miqdorda vena ichiga bolyus bilan asta-sekin kiritiladi, samarasi 5 daqiqa ichida bilinadi (ammo lekin uni bergandan keyin kollaptoid xolat kelib chiqishi mumkin; bunday vaziyatda darhol 0,5ml 1 % - li Mezaton vena ichiga berilsa kollaps tez o'tib ketadi)⁵.

Ko'pchilik tadqiqotchi – klinitsistlar tomonidan asoratlanmagan gipertonik krizlarni davolash uchun faqat peroral preparatlardangina foydalanish tavsiya etiladi, ular AB ni asta-sekin 24-48 soat mobaynida pasayib borishini ta'minlab beradilar. XXI asrni ikkinchidekasida aynan mazkur yo'nalishni tarafdorlari ko'pchilikni tashkil etishadi va oxirgi klinik tavsiyalar xam asosan shu xaqda "gapiradilar" xulosa tarzida, biz xam peroral shoshilinch gipotenziv tibbiy yordam taktikasini asoratlanmagan GK da iloji boricha amalga oshirishni

(bunda yuqorida bayon etilgan ayrim klinik vaziyatlar istisno) maqsadga muvofiq deb tavsiya etamiz.

Ulardan quyidagicha foydalaniladi:¹

Preparat	Miqdor, mg	Ta'sirni boshlanishi	Izoxlar
Klonidin	0,075-0,15	30-60 daq. til ostiga	Zaruriyatga qarab- takroriy qabul qilish xar soatda to 0,6mg summar

			miqdorigacha
Kaptopril	12,5-25	15-60 daq. (per os) 15-30 daq (til ostiga)	Gipovolemiyada AB ni keskin tushirib yuboradi, buyraklar arteriyalarini ikki tomonlama stenozida buyrak etishmovchiligini kelib chiqishi mumkin.
Egilak (Metopril)	25-50mg	30-60 daq. (per os, til otiga)	AV-qamal va bronxoobsiruksiyalar kelib chiqishi mumkin
Karvedilol	12,5-25mg		
yoki propranolol	10-20mg		

Sanab o‘tilgan peroral gipotenziv preparatlar AsmGK da arterial bosimni keskin tushirib yubormaydilar, ularni o‘zaro qo‘shib ishlatish mumkin va ambulator (QVP/SHVP) sharoitlarida bemalol qo‘llaniladilar.

Va nixoyat xulosa tarzida yana bir bora takidlash kerak bo‘ladi-ki, AsmGk bilan bemorlar ikki xolatdagina kassalxonaga o‘tqaziladilar xolos (tashxisni noaniqligida va dorili terapiyani tanlab olishning qiyin kechishida), boshqa paytlarda shifoxonagacha bosqichda (poliklinika, QVP/SHVP, kardiodyspanser) kuzailadilar va davolanadilar. Bueda quyidagicha tavsiya filinsa yoki amal qilinsa maqsadga muvofiq bo‘ladi o‘ylaymiz “Ishga shoshilmay kirish, lekin ishga kirishdingmi unga qattiq yopish” (Blas)

3.3. Asoratlangan gipertonik krizda shoshilinch kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam taktikasi

Asoratlangan gipertonik krizlarda uchta narsada aniq tasavvurga ega bo‘lib olish lozim va shundan keyin, shoshilinch kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam taktikasi go‘yoki “Jonli ovozga” ega bo‘lib muvaffaqiyat keltiradi⁶:

1. AGK ni shoshilinch terapiyasida qaysi umumiy qoidalarga xar qanday xolatda amal qilish kerak?

2. AGK bilan mijozlarni davolashda qaysi maxsus dori vositalari qo‘llaniladilar?

3. AGK bilan bog‘liq kelib chiqqan ayrim klinik vaziyatlarda qulay va ma’qul deb tasdiqlangan antigipertenziv preparatlar mavjudmi?

Birinchi qo‘yilgan savol bo‘yicha quyidagilarni **eslab qolish lozim**:

1. JNC-7 xisobotida qat’ian tavsiya etiladi-AGK bilan bemorlar davoni faqat intesiv terapiyaning shifoxonani bo‘limlarida olishlari shart. 2. bunda terapiyaning asosiy maqsadi bo‘lib AB ni birinchi soati ichida 10-25 % ga (25 % oshirmasdan) ilk darajasiga qiyosan tushirish, so‘ngra esa kelgusi 2-6 soat davomida, agarda-ki bemor axvoli turg‘un xolatda qolayotgan bo‘lsa, to maqsadli me’yorgacha – 160/100-110 mm. Sim. Ust. Gacha etib pasaytirish bo‘lib xisoblanadi. 3. Bunday paytlarda antigipertenziv vositalarni parenteralo yo‘l bilan buyurishgina tez va yuqori samara beradi. SHuning uchun ikkinchi zaruriy umumiy qoida shuki, AGK nidavolashdapreparatlarni faqat parenteral yo‘l bilan talab etiladi 4. AGK bilan bir paytdaaortani qavatlanishi yuz bersa, buni alohida favqulotda xavfli klinik vaziyat deb baholash kerak: bu vaqtda 20 daqiqa ichida xech bo‘lmaganda sistolik AB nito 120mm.sim.ustunigacha tushirish talabi qo‘yiladi. 5. Ko‘pchilik antigipertenziv dori vositalari AGK ni to‘xtatish uchun qo‘llanilganda reflektorli taxikardiyaning chaqirishadi va bu xolat taxdidli asoratlanishlar xavfini keskin ooshiradi. Unga jiddiy urgent xolat deb boqish vanivelirlash strategiyasini o‘tkazish tavsiya qilinadi. 6. AGKni ishemik insult va miyaga qon quyilishiga qo‘shilib kelishi aloxida jiddiy klinik vaziyat deb baholanadi; bunday urgent xolatlarda o‘tkir yuqori gipertenziyani davolash ASA/ANA,VNOK (2014) ekspertlari tomonidan tuzib chiqilgan tavsiyalar bo‘yicha olib boriladi. Bu ko‘rsatkichlarda ta’kidlab ko‘satiladi: “ishemik insult bilan shaxslarda AB ni juda tez tushirish foydali ekanligini tasdiqlovchi ilmiy isbotlar xozirda yo‘q”. Xatto-ki tasdiqlanganki, bosh miyaga qon quyilgan AGK bilan bemorlarda AB jadal pasaytirilganda sutkalik (bemorni shifoxonaga tushgandagi birinchi sutkasi) o‘lim sur’ati ortadi. Barcha tavsiyalar “Gapiradi-ki” ishemik yoki gemorragik insult bilan asoratlanib kechadigan gipertonik krizlaroda

antigipertenziv preparatlarni berish xavf choralari sinchkovlik bilan ko'rish lozim.

Yuqorida ko'rsatilgan ikkinchi savolga javob shunday: AGK ni davolash uchun 10 ta preparatlar uzoq, xorijiy mamlakatlarda qo'llaniladi (nitroprussid natriy, klavedipin, fenoldopam, nikardipin, nitroglicerol, enalaprilat, gidrolazin, esmalol, labetamol va fentalamin). Xamdo'stlik mamlakatlarida va jumladan, O'zbekistonda AGK ni davolashda buyurilgan dori moddalarini bir muncha chegaralangan, bo'sqori vositalarini ko'plari mamlakatimizda ro'yxatdan o'tmagan. Lekin mahalliy imkoniyatlarodan foydalanib to'liq samaradorlikka erishish kafolati juda yuqoriligini eslatib o'tish kerak bo'ladi.

Va nixoyat AGK bilan bog'liq zikr etib o'tilgan uchinchi savolga javob tariqasida: 1) AGK bilan bog'lanib kelib chiqqan turli klinik vaziyatlarni shoshilinch davolash uchun tavsiya qilingan spetsifik antigipertenziv vositalar mavjud va qo'llash ancha keng (kelgusi bayonlaorimizda ularga batafsil to'xtalamiz);

2) Eng kamida 8 ta mana shunday urgent klinik vaziyatlarda qo'llanish uchun spetsifik dorilar va ularni qo'llash sxemalari ishlab chiqilgan (ular bo'yicha alohida ma'lumotlarni taqdim etganmiz).

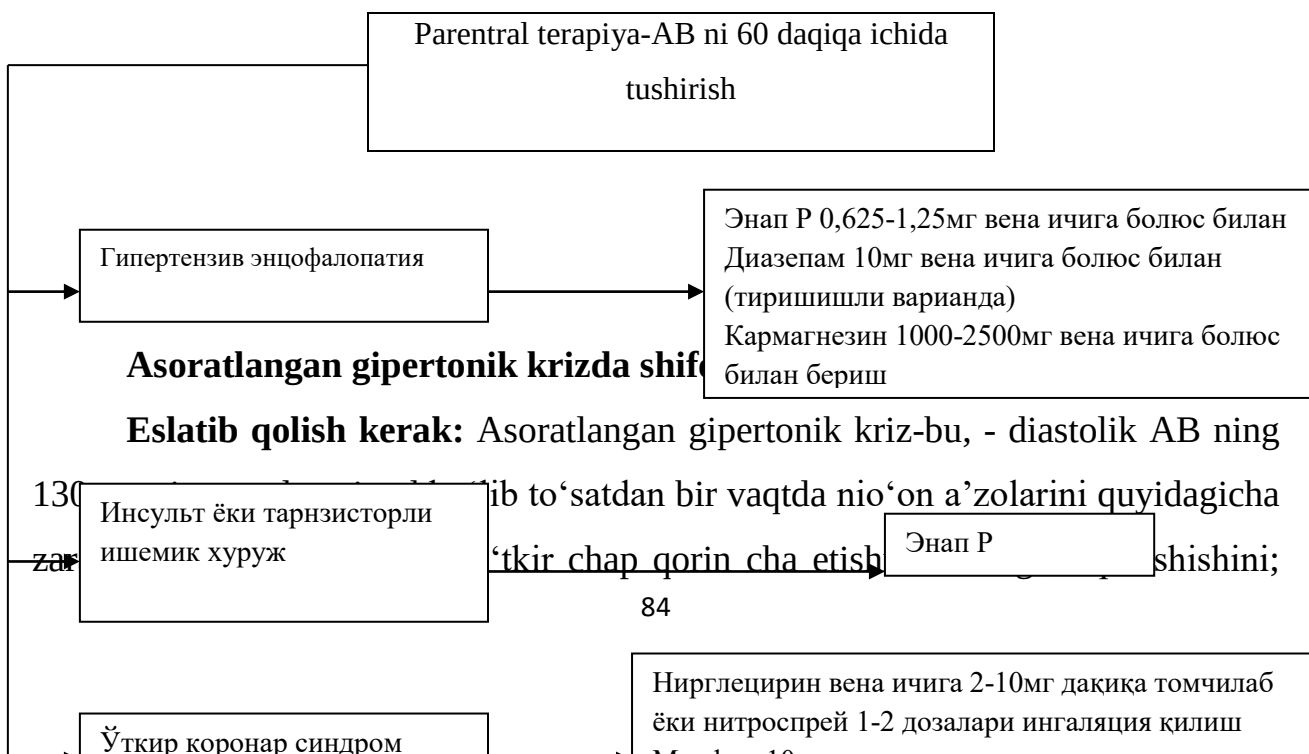
AGK da doimo xayot uchun xavf va asoratlanishlar bo'ladi: nazorat qilinmaydigan arterial gipertoniya bo'lishi samarali va natijaviy tusda AB ni tushirilishi davomida xam u yoki bu kardial yoki nevrologik simptomatikalarini paydo bo'lib qolishi, ortostatik arterial gipotenzini kelib chiqishi kabilar ko'p bemorlarda kuzatiladi. SHunday og'ir xolatlardagina qo'llash uchun ixtisoslangan reanimatsiya brigadalarida zaxira preparat sifatida (ular faqat xayotiy ko'rsatma bilan ishlatiladi) niprid (nitroprussid natriy) ushlab turiladi: kerak paytda uning 500mg miqdori 500ml 5 %-li dekstrozaning eritmasida vena ichiga tomchilab kiritiladi.

Asoratlangan GK ni davolash uchun qo'llaniladigan pareteral preparatlar, yuqoridagilardan kelib chiqib quyidagitalablarga javob berishlari kerak (yoki

mundagina sodir bo‘lib ulgurgan GK ni asoratlardan qutulib ketish mumkin; A.L.Vertkin):

- EVM mezonlariga muvofiq kelishi;
- Farmokodinamik samarani qisqa vaqtda blshlanishi va uni to‘xtatilgandan keyin xam ta’sirini 3-4 soat davomida aniqlab turish;
- Miokard qisqaruvchanligiga, miya va buyraklar qon oqimiga minimal darajada ta’sir qilish;
- Ko‘pchilik bemorlarda samara berishligi;
- Ko‘pchilik bemorlarda uni qo‘llash uchun man xolatlarni deyarli bo‘lmasligi;
- Nojo‘ya ta’sirlarini optimal spektri.

AGK medikamentozi shoshilinch terapiyani o‘zgartirib borish uning patogenetik mexanizmlarga asoslangan bo‘lsa maqsadga muvofiq bo‘ladi. Xususan, bu yo‘nalishda medikamentozli korreksiya ikkita asosiy yo‘li bo‘ladi: birinchisi tomirli yo‘li (vazomotorli va bazal AGK- umumiy chetki qarshilikni ooshishi negizida kelib chiqadi) bo‘lib – bu erda etakchi preparatlar sifatida vazoodilatatorlar qo‘llaniladi; ikkinchisi, AGK kardial sabablarga ko‘ra kelib chiqadi (Yurak tashlamasini qon aylanuvchi xajmini va miokarda qisqaoruvchanligini ortishi natijasida) va uning shoshilinch terapiyasida “Etakchilik roli” beta-adrenablokatorlar va kalsiy antagonistlariga (Veropamil) beriladi.



nostabil stenokardiya, o'tkir miokard infarkti; aorta pnevrizmasini qavatlanishi; ishemik\gemorragik insult miya shishi. Eklomasiya; gipertonik ensofalopatiya; gemoturiya, O'tkir buyrak etishmovchiligi.

AGK bu o'tkir tarzda nishon a'zolarini potensial fatil tusli shikastlanishi

- AGK-bu, bemorni zudlik bilan intensiv terapiya blokiga yotqizish demakdir.
- AGK-bu, AB ni zudlik bilan tushirish demakdir.
- AGK-bu, doimo preparatlarni parenteral yo'l bilan kiritishni talab qiladigan klinik vaziyat demakdir.

-
- AGK-bu, AB ni 30-120 daqiqada 15-25 % ga tushirish taktikasini, so'zsiz amalga oshirish demakdir uning yana bir asosiy va bosh moxiyati 2-6 soat ichida AB ni 160/100mm.sim.ust. gacha tushirguncha parenteral terapiyani davom ettirib so'ngra peroral preparatlarni tanlab va buyurib berishni ta'minlab berish demakdir.

Aksariyat xollarda asoratlangan gipertonik krizlarda, klinik amaliyotda quyidagicha davolash taktikasi o'tkaziladi. Asosiy maqsad iloji boricha qisqa vaqt orasida AB ni pasaytirish Ab diastolik AB ni to 100-110mm.sim.ust. gacha yoki o'rta arterial bosimdan (Sr AD) 25-40 % gacha etkazilib qiyosan pasaytiriladi. Bu 30 daqiqa ichida bajarilishi kerak. Ab xar 5-10daqiqada o'lchab turilishi kerak. Quyidagi preparatlardan foydalanib GK to'xtatiladi⁷:

- Nitroprussid natriy 0,25-10mkg/daqiq vena ichiga tomchilatib beriladi.
- Nitroglitserin 5-100mkg/ml/daqiq tomchilatib kiritiladi.
- Pronranolol 0,1 %-5ml vena ichiga bolyus bilano
- Esmalol 250-500 mkg/kg/daqiq tezlikda 1 daqiqa ichida so'ngra 50-100mkg/kg/daqiq tezlik bilan 4 daqiqa davomida vena ichiga beriladi.
- Furatsemid 40-120mg venaichiga bolyus bilan.
- Klofelin 0,075-1,150mg vena ichiga bolyus bilan.
- Diazoksid 50-100mg vena ichiga bolyus bilan yoki 15-30 mg/daqiq miqdordavena ichiga tomchilanadi.
- Enalaprilat 1,25-5mg vena ichiga bolyus bilan.

- Giperka texoloaminemiyada (Feoxromotsitima, kokain bilan zaxarlanish) Fentalomin 5-15mg vena ichiga bolyus bilan.
- Kriz bartaraflanganidan keyin 1-chi chiziq antigipertenziv preparatlar bilan davolashga o'tiladi va AB ning maqsadli darajasi ta'minlanib beriladi.

AGK rezistent AE (RAG) bilan bemorlarda kelib chiqqan bo'lsa, Amerika Yurak assotsiatsiyasi tavsiyalari bo'yicha (2008), ziv terapiyasiga quyidagicha o'zgarishlar kiritiladi:

1. Diuretiklar bilan terapiya xajmini maksimalizatsiyalash:
 - ✓ Insapamidga ustuvorlik beriladi.
 - ✓ Surunkali buyrak etishmovchiligida Furatsemid etakchilik roli ajratiladi va u sutkasiga eng kamida 2 marta beriladi.
2. Imkoniyat darajasida qo'shimcha terapiya aldosteran aktogonistlar bilan olib boriladi.
3. ta'sir mexanizmlari bilan dori vositalarini qo'shibberish; samarali va yaxshi qabul qilinuvchi kombinatsiya "APF ingibitori/Sartan + kalsiy antagonistlari+tiazidli diuretik", Karvedilol qiyosan samarali AB ni tushiradi.
4. Simpotolitiklar nisbatan etarlicha samarali natija beradilar, ammo ular qo'llanilganda preeklampsiya chastotasi keskin oshadi.
5. kuchli ta'sir qiluvchi vazodilatatorlar: giuralazin yoki minoksidil, yuqori miqdorlarda samarali, ammo preeklampsiya xavfi chastotasi keskin oshib ketadi.
6. Sababli gumoni bo'lganda yoki vniqlanganda davolash kerakli mutaxassis nazoroatiga o'tkaziladi.

Asoratlangan KG ni ko'plab shoshilinch davolash sxemalari bor, ulardan mu'ayan asoratlangan klinik vaziyatlarga muqobillashtirilib yoki "burilib" foydalaniladi. Asoratlarini keltirib o'tamiz:

1. GK va o'tkir og'ir gipatenziv ensefalopatiyada (AGK tirishili shakli) shoshilinch tibbiy yordam taktikasi: SHoshilinch terapiya 3 ta yo'nalishga qaratiladi: Ab ni nazoratli tushirishga, tirishish sindromini bartaraflashga va bosh miya shishini kamaytirishga:

- AB ni nazoratli tushirish uchun **urapidil** (ebrantil) qo'llaniladi; avval 25mg miqdori vena ichiga maydalanib-maydalanib kiritiladi, keyintomchilatib 0,6 1,0 mg/da tezlik bilan qo'yiladi tomchilash tezligi kerakli AB darajasiga etilmaguncha tezlashtirilib boriladi
- Tirishish sindromini bartaraflash uchun **diazepam (Sedukse, relanium)** qo'llaniladi. Preparat 5mg dan vena ichiga bolyus bilan kiritiladi.
- Miya shishini kamaytirish uchun Furatsemid qo'llaniladi. Furatsemid (Laziks)

40-80mg miqdorda vena ichiga bolyus bilan beriladi.

2. *Gipertonik kriz va o'pka shishini shoshilinch davolash taktikasi:* 1) nitroglitserin (nitrosprint sprej) 0,4mg miqdor bilan til ostiga va 10mg gacha nitroglitserinni (izoket, perlinganitni) vena ichiga tomchilab kiritish yoki infuzion nasos yordamida AB nazorati bilan kiritish tezligi to samara olgunga qadar oshirib borish yo'li bilan preparatni berishni davom ettirish; 2) Furatsemid 40-80mg miqdorda vena ichiga bolyus bilan kiritiladi.

3. *Gipertonik kriz va o'tkir koronar sindromda shoshilinch davolash taktiksi:*

-
- Nitroglitserin 0,4mg miqdorda til ostiga va to 10mg gacha nitroglitserinni vena ichiga tomchilab kiritish yoki to samaraga etguncha infuzin nasos yordami bilan kiritish tezligini oshiramiz.

4. *Gipertonik kriz va insultda shoshilinch davolash taktikasi:*

1) Antigipertenziv terapiya faqat bir xolatda, qachonki distolik AB 120 simo ustunidan oshgan bo'lgandagina buyuriladi va uni 10-15 % ga pasaytirishga intilinadi;

2) Antigipertenziv vosita sifatida Urapidildan foydalaniladi, Preparatning 12,5mg miqdori vena ichiga kiritiladi, etarlicha samara bo'lmaganda in'eksiya 5 daqiqa o'tib takrorlanadi;

3) AB pasaysa-yu, mabodo unga javob tariqasida nevrologik simptomatika kuchaygan taqdirda-darhol antigipertenziv terapiya to'xtatiladi.

Ko'pchilik klinistlar tomonidan mazkur tavsiyalar mohiyati va sifat jihatdan takomillashtirilgan. Ularni xam, shubxasiz, e'tiborga olinishi kerak. Uni infuziyalash bilan AB ni xoxlagan darajaga tushirib nazorat qilish mumkin. Buni imkoniyati yo'q sharoitda-nitrglitserinni, Labetamolni, Droperidolni va Verapamilni qo'llash mumkin⁸. Ularga qo'shimcha qilib Furatsemid (Laziks) 20-80 miqdorda vena ichiga bolyus bilan berilishi mumkin. Bu urgent xolatda Klofelin va Aminazindan foydalanish mumkin emas (sedativ ta'sirlari borligi uchun ensefalopatiyaning sub'ektiv ko'rinishlarini muqobil baxolash qiyinlashadi).

Gipertonik kriz bosh miyada qon aylanishini o'tkir buzilishi bilan asoratlanganda (gemorragik yoki ishemik insult qiyofasida o'tadi), ko'pchilik ekspertlar yakdillik bilan buni tasdiqlashadi, AB ni tez tushirish ma'qul emas. Asosan nitroprussid natriy qo'l keladi (u xam faqat AB 120 sim.ust. ga etganda qo'llaniladi xolos!). GK ga o'pka shishini qo'shilgan paytda xarakterlar izchil va tartibli bo'lgandagina medikamentozli shoshilinch terapiyadan "tez orqaga qaytarish" samarasi bo'ladi. Buni quyidagicha sxemada ifodalash mumkin: oksigenoterapiya+ortqcha ko'piklanishda ko'pikni so'ndirish tadbirlari (etanol orqali kislorodni ingalyasiya qilish)+oyoqlarini osiltirib bemorni o'tqazib qo'yish va oyoqlarga bog'lanma (jgut) qo'yish+nitrglitserin (tabletkalari, nafliroq aerosol)-bir martaga+laziks 40-80mg vena ichiga+nitrglitserin vena ichiga bolyus bilan+samara ko'rilmaganda-nitroprussid natriy+morfin vena ichiga (inginozli og'riq bo'lganda).

SHaroitdan kelib chiqib AGK mu'ayyan turlarida shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan davolash taktikasini quyidagicha o'zgartirib olib borilishi xam mumkin (A.L.Vertkin). Gipertenziv ensefalopatiyada extiyotkorlik bilan, lekin tezda AB pasaytiriladi. Enalaprilat 0,625-1,25 vena ichiga bolyusli kiritiladi, tirishish sindromida diazepam 10mg vena ichiga va magniy sulfat 1000-2500mg vena ichiga bolyus bilan 7-10 daqiqa davomida kiritiladi. GK Yurak ishemik kasalligini qaytalanishi yoki surunkali dimlanishi Yurak etishmovchiligi bilan asoratlanib kechayotgan bo'lsa-enalaprilatni 0,625-1,25 vena ichiga bolyus bilan

5daqqa davomida berish maqsadga muvofiq bo'ladi. Ag kuchli vegetativ va ruhiy emotsional rang bilan asoratlani b o'tgan taqdirda-propranalol 20mg yoki ietoprolol 25-50mg sublingval va diazepam 5-10mg ichishga beriladi (demak ma'lum xillarda AGKni parenteral davolashdan tashqari peroral teroapiyasidan xam foydalanish mumkinligi ko'rsatiladi). GK o'tkir koronar sindrom asoratlanib kelganda-nitroglitserin vena ichiga tomchilanadi; narkotik, analgetiklar beriladi; metoprolol vena ichiga bolyus bilan 5 daqiqa davomida kiritiladi. GK o'tkir glomerunefrit bilan uchraganda-nifedipin 10-40mg ichishga, tugunli diuretiklar (furatsemid 80-100mg); gemodializ yoki qon ultrafiltratsiyasi buyuriladilar⁹. QVP va SHVP sharoitida AGK ni davolash dasturlarida xam ma'lum darajada o'ziga xoslik bo'ladi. CHunonchi, bu sohada yirik mutaxassis professor A.Gadoev tomonidan bayon etilgan davolash sxemalarini keltirib o'tish mumkin (olingan manba yuqorida ko'rsatib o'tilgan).

O'tkir koronar sindrom bilan asoratlangan gipertonik krizda dori vositalari quyidagicha buyuriladi: 0,5mg nitroglitserin aereozol ko'rinishida yoki sublingval; 10ml izoket yoki perminganit 100ml izotonik eritmada vena ichiga tomchilab; 0,005 %-1ml fentanil, 0,25 %-2-4ml droperidol bilan 20ml izotonik eritmada asta-sekin vena ichiga; AB ni yuqoriligi saqlanib qolganda, afniqsa, taxikardiya va ekstrasistoliyalalar bo'lgan bemorlarga 0,01 %-0,5-1ml klofelin yoki 0,1 %-5ml inderalni 15-20ml izotonik eritmada asta-sekin vena ichiga kiritiladi.

O'tkir chap qorincha etishmovchiligi bilan asoratlangan gipertonik krizda: 0,5mg nitroglitserin aereozol ko'rinishida yoki sublingval; 10ml izoket yoki perlinganit 100ml izotonik eritmada vena ichiga tomchilab; laziks – 40-80-120mg vena ichiga oqim bilan; 2-4ml diazepam mushak orasiga yoki vena ichiga (giperkatekoolaminemiyaga qarshi); droperidol 0,25 %-1-2ml mushak orasiga yoki tomir ichiga; o'pka shishida – 1 %-1,0ml morfinni 0,5ml dan bo'lib (2-3 marta) tomir ichiga yuborish; samara bulardan bo'lmaganda – 30mg nitroprussid natriy 400ml izotonik eritmada vena ichiga tomchilab yuboriladi.

Bosh miya shishi belgilarini yo'qotish uchun AGKda quyidagilar tavsiya etiladi: 1) 80-120mg laziks tomir ichiga tomchilab; 2) 25 %-10-20ml magniy sulfat izotonik eritmada tomir ichiga; 3) AB ni pasaytirish uchun, nitroglitserin, nitroprussid natriy, arfonad yoki labetamollardan birortasini vena ichiga tomchilab.

Qariyalarda gipertonik krizni bartarf qilish uchun: 5-10mg korinfar sublingval; 0,1 %-1ml klofelin 15-20ml izotonik eritmada vena ichiga sekinlik bilan; zaruriya bo'lganda 20-40mg laziks vena ichiga oqim bilan; 4ml kavinton 100ml izotonik vena ichiga tomchilab xamda 2,4 %-10ml euflinni izoootonik eritmada vena ichiga asta-sekin yuborish.

O'ylamiz-ki, shoshilinch tibbiy yordam turli sharoitlarda amalga oshirilishini xisobga olinadigan bo'lsa, demak-ki shuncha turlicha mazmun va GK ga oid tezkor terapevtik dasturlar kerak bo'ladi xaqiqatan xam, eski-yu yangi manbalarga qaralsa bunga ishonch xosil qilinadi. SHundan kelib chiqib biz xam, imkoni boricha, yanada ko'lamliroq mavzuga oid "strategik va taktik qarashlarni" keltirib ko'rsatishna maqsadga muofiq deb xisobladik.

Ma'lum-ki, o'tkir yomon sifatli muddatlanib avfjlanuvchi AG da rivoj olgan GK da ko'ruv buzilishi yoki buyraklar funksiyasini buzilishi qayd etiladi. Unda quyidagicha tez yordam taktikasi xam qo'llaniladi: 1) nitroprussid natriy 30mg 300ml 5%-li glyukoza eritmasida vena ichiga tomchilab beriladi; 2) furatsemid 40-80mg vena ichiga bolyusli kiritiladi.

AGK ni talvasali turida esa ketma-ket yoki bir vaqtda diazepam (seduksen, relanium) 5mg dan vena ichiga bolyus bilan, nitroprussid natriy (yuqoridagi sxema bilan) va furatsemid 40-80mg vena ichiga asta-sekin kiritiladi.

Gipertonik kriz angioz sindrom bilan asoroatlanganda 4 turdagi urgent terapiya taktikasi bir-birlarini to'ldirgan xolda qo'llaniladi: nitroglitserin 0,4-0,5mg til ostiga va to 10mg gacha vena ichiga tomchilanadi; propranolol (obzidan, inderol) 20-40mg yoki metoprolol (spesikor, metoprolol) 25-50 mg ichishga; atsetilsalitsilat kislotasi (aspirin) 0,25g chaynaladi; angioz og'riqli davom etishida – morfin to 10mg gacha, yoki metamizol natriy (analgin) 1-2g vena ichiga maydalanib, yoki 5mg diazepam vena ichiga bolyus bilan buyuriladi.

To'satdan kelib chiqqan bradiaritmialarda kompensator reaksiya sifatida o'tkir kompensatorli AG kelib chiqib AGK sabab bo'ladi va ushbu shoshilinch klinik vaziyatda quyidagi davolash taktikasi buyuriladi: 1) atropin 1mg vena ichiga bolyus bilan; 2) samara bo'lmaganda – 240mg aminofillin vena ichiga asta-seki bilan; 3) ijobiy natija linmasa – EKS (v.v.Ruksin).

Doimo AGK II - turida bemorlarga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish ancha qiyin vazifa bo'lib xisoblanadi. ASK II – turi bosh miya yoki koronar qon oqimining buzilishini minimal belgilari bo'lganda xurujni to'xtatish uchun quyidagicha yo'l tutiladi: 0,25 % -li droperidol eritmasini 1-3ml miqdori (2,5-7,5mg) 20ml 5-20 %-li glyukoza eritmasida vena ichiga asta sekin bolyus bilan beriladi. (ijobiy ta'siri 2-4 daqiqada bilinadi va 1 soat davometadi, umumiy xolat tez yaxshilanadi va AB tushadi);•droperidolning samarasini oshirish uchun “diuretik plyus rejali gipotenziv preparat” ichishga beriladi.

Og'ir kechuvchi GK chap qorinchasini o'tkir etishmovchiligi alomatlari bilan qo'shib zo'rayganda quyidagi tezkor davolash taktikasi tavsiya qilinadi: 5 %-li pentamin eritmasini 2ml miqdorda 100-150ml 5-20 % glyukozani yoki natriy xloridning izotopik eritmasida daqiqasiga 15-30 tomchitezlikda vena ichiga tomchilanadi. Samara 10-15 daqiqadaboshlanadi va bir soat davom etadi. Bemorni gorizontal vaziyati ta'minlanadi, birinchi 10-20daqiqa ichida sistolik AB ni ilk darajasiga qiyosan 25-30 % ga pasaytirishga xarakat qilish kerak. Ab xar 5-10 daqiqa ichida o'lchanib turiladi; pentaminni tomchilanib berish iloji bo'lmaganda uni vena ichiga bolyusli berish mumkin (7-10daqiqa ichida) – 0,5-1ml miqdorda 5 %-li eritmasidan olib 20ml 5-20 %-li glyukoza eritmasi qo'shiladi va jo'natiladi (faqat to'xtovsi AB ni o'lchab turish kerak bo'ladi).

Boshqa bir klinik vaziyatda, ya'ni Gk o'tkir koronar etishmovchilik bilan asoratlanib kelgan paytda o'zgacharoq tartibda analgetiklar va nitratlarni berish sxemasi qo'llaniladi:¹⁰ 1) Analgin 50 %-li eritmasi 2-4ml vena ichiga bolyus bilan; 2) promedol yoki amnopol 1-2ml yoki morfin 1ml plyus 0,3-0,5ml 0,1 %-li atropin-natriy xloridning izotonik eritmasining 20ml qo'shib (eritilib) vena ichiga

bolyus yo‘li bilan beriladi; 3) Ushbu xolatlarda GK ni to‘xtatishda tanlov preparati sifatida neyrolentoanalgeziya ishlatiladi (5-40 %-li glyukozaning 20ml ga fetolamin 0,005 %-li eritmasidan 1-2ml va dropridolning 0,25 %-li eritmasidan 1-2ml qo‘shib vena ichiga asta-sekin bolyusli kiritiladi). Samara 2-3 daqiqa o‘tib seziladi; 4) bir vaqtning o‘zida nitratlar (nitrglitserin, erinit, izosorbid-5-mononitrat, izosorbid, rininit trakt) buyuriladi.

Juda-juda kam uchraydigan GK lar bo‘ladi, ular mutaxassis-shifokor bor-u, lekin kerakli dori-darmonlar yo‘q, sharoitda kelib chiqadilar (sayoxat yoki tog‘u-toshlarga uyushtirilgan qisqa muddatli yurishlar va x.k.). Davolashni tezkor usuli: boldirlarga gorchichniklarni qo‘yish (moneliklar bo‘lmaganda); quloqlar orqalariga zuluk qo‘yish; qon chiqarish; issiq gorchichli oyoq vannalari (E.I.Gaoreev 1951)

YOmon tusli gipertonik va gipertonik kriz qo‘shilib kelganda Tinsli R.Xarrisoncha davolash taktikasi qo‘llansa yaxshi natija beradi.

GK va yomon tusli gipertoniyani davolash vositalari ta’siri

Preparat	Kiritish yo‘li	Ilk miqdori	Pik	Davomiyligi	Ichish uchun shakli
Zudlik bilan AB ni tushirish uchun preparatlar					
Nitroprussid natriy	v\i infuziya	0,25mg/kg\daq	1-2 daq.	2-5 daq.	Yo‘q
Trimetofan kamsilat	v\i infuziya	0,5mg\daq.	1-2 daq.	2-5 daq.	Yo‘q
Nitroglitserin	v\i infuziya	5mg\daq.	2-6 daq.	3-10 daq.	Yo‘q
Diazoksid	v\i bolyus	50mg xar 5-10 daq.(to 600mg)	2-4 daq.	4-12 soat	Yo‘q
AB ni bir necha soat davomida tushirish uchun preparatlar					
Enalaprilat	v\i bolyus	1,25mg xar 6 soatda	3-4 soat	6-24 soat	Bor

Gidrolazin	v/i bolyus, m/o	5-10mg xar 20 daq. (to 3 martagacha)	20-40 daq.	4-12 soat	Bor
Labetamol	v/i bolyus	20-80mg xar 10 daq (to 300mg gacha)	20-30 daq.	3-6 soat	Bor
Nifedipin	Til ostiga	10-20mg	30-60 daq.	3-6 soat	Bor

YOmon tusli gipertoniya va krizni davolash uchun foydalaniladigan preperatlar ikki guruhga, ta'siroini tez chiqishiga ko'ra, bo'linadilar: zudlikda AB ni tushirish uchun preparatlar (nitroprussid natiriy, trimetafan, kamsilat, nitrglitserin, diazoksid) va AB ni bir necha soat davomida tushirish uchun preparatlar (enalaprilat, gidrolazin, labetamol, nifedipin). Ushbu preparatlar birin- ketin va bir-birlarini to'ldirib ishlatiladi, shunga qaramasdan

GK zo'rayishi davom etsa va buyrak etishmovchiligi avjlanib borsa- pnritoneal dializ yoki gemodializga murojaat qilinadi (aylanayotgan qon xajmini kamaytirish ba'zida AB ni tushirishga va buyraklar faoliyatini yaxshilanishiga olib keladi). Agarda ushbu muolaja xam QB ni tushira olmasa yoki o'tkazilgan gipotenziv terapiyaga ijobiy reaksiya bo'lmasa – ikki tomonlama nefrektomiya o'tkaziladi (albatta bu eng oxirgi noilajlik xolatda) va doimiy gemodializ yoxud buyraklar transplantatsiyasi amaliyoti qo'llaniladi.

Xozirgi paytda mamlakatimizda ro'y berayotgan isloxiy jarayonlar ayniqsa shishilinch tibbiy yordam bo'yicha tezkor taktikani amalga oshirish uchun mamlakatimizda katta yo'l ochib berganini ta'kidlab qo'yamiz.

Eslab qolish kerak:¹¹ xar bir preparat o'rinli, mo'ljalli va nazorat ostida buyurilishi kerak. Aks xolda ularning nojo'ya ta'sirlari tuqayli katta ta'lofatlar bo'lishi mumkin. Xususan AQSH la xar 4-6-chi o'lim dorilarning nojo'ya ta'siridan bo'ladi va ular tdavlat uchun yiliga 19-27mlrd. Dollarga tushadi yoki

dorilarning nojo'ya ta'sirlari sababli kasalxonaga tushishlari qiyosan 2-3 %-ni tashkil qiladi.

2. shuning uchun doroili shoshilinch terapiyaning asosiy masalasi "xatar VS foyda" bo'lishi kerak (ya'ni kutilayotgan foyda extimoli bo'lgan xavfdan ulkan bo'lishi darkor) (Peter hibby va b.q.).

Asoratlangan gipertonik krizlar xar bir kechishi variantlarida ozgina bo'lsa-da "sirooi" bo'ladailar va aynan shular asosida davlat strategiyasida o'zgarishlar bo'lib turadi. Ularni bayon etishda davom etamiz.

Xomiladorlikda gipertonik krizlar: SHoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy tashxisot va yordam texnikasi:

Xomiladorlik davrida GK ning taktikasini va patogenetik asoslangan samarali shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan davlat usulini ishlab chiqish tibbiyotda eng aktual vazifalaridan biri bo'lib xisoblanadi. Bu erda ikkita vazifa ado etilishi kerak; birinchisi, dori preparatlarin to'g'ri tanlash va ikkinchisi medikamentozli tezkor terapiyani boshlash muddatini aniq belgilash. Avolash ma'suliyatini yuqoroiligi yana shunda-ki, shifoeor GK bilan xomiladorni olib borayotganida bir vaqttni o'zida ikkita mijoz – ona va xomila bilan ishlaydi, va ularni qiziqishlari doimo xam bir-biriga mos kelmaydi.

Eslab qolish kerak: 1. deyarli barcha gipertenziv preparatlar yo'ldosh orqali kirishadi va avval xomilaga, keyinroq choqaloqqa va\yoki keyinchalik esa bolaning rivojlanishiga xosiyatsiz ta'sir etish xususiyatiga ega bo'ladilar. Demak shoshilinch farmakoterapiyani tanlashda, mo'neliklarni baholashda xar uchchala tomon diqqatda bo'ladi. 2. shoshilnch tibbiy yordamning maqsadi, xomiladorlik davrida yuz bergan Gk da, bu, - xomiladorlikni saqlab qolish va uning xavfini xomilaga, chaqaoloqqa va ona uchun kamaytirish xisoblanadi. 3. Gestatsiya davrida GK nidavolash uchun ideal preparat – ona va xomila uchun xavf tug'dirmaydi. AB ni dramatik tus bilan tez tushib ketishiga olib kelmaydi va foydalanish uchun qulay bo'ladi. Bunday preparat faqat bitta,-bu, metildopadir. 4. boshqa dori preparatlarini xomiladorlikdagi AG da qo'llash u yoki bu daroajada chegaranlangan. 5. SHoshilinch farmakoterapiya uchun preparat tanlashni yagona

yo‘li bo‘lib AQO‘ da qabul qilingan FDA mezonlariga asoslanib ish ko‘rishdir. [FDA – food ana Drug Administration] uni keltirib o‘tamiz: Xomila uchun xavfsizligi bo‘yicha dori preparatlarin tasnifi mezonlari [FDA, AQSH].

A	Xomiladorlikda xomila uchun xavf aniqlanmagan
V	Eksperemaent tekshiruvlarda xayvonlarda o‘tkazilgan va ularda xomila uchun xavf aniqlanmagan, xomilarda tekshiruv o‘tkazilmagan nazorat tekshiruvida ekspremental ma‘lumotlar tasdiqlanmagan: I-chi primetrda xavf tug‘dirmaydi II chi, III-chi primetrlarda aniq xatar yo‘q.
S	Preparatlar buyurilishi mumkin, qachon-ki kutilayotgan terapevtik samara xomila uchun potensial xavfdan yuqori bo‘lsa, ekspremental tekshiruvlarda xomila uchun xavf (terotogenli, embrigotoksik t’sirlari) aniqlangan xomiladorlarda ekspremental va klinik tekshiruvlar o‘tkazilmagan.
D	Ekspremental va klinik tekshiruvlarda xomiladarlik uchun xavf isbotlangan. Preparat xavfli deb ba’xolanadi, ammo xayotiy ko‘rsatmalar bilan va yana, A, V va S guruhi preperatlaridan foydalanish iloji bo‘lmagan xolatlarda xam – xomiladorlarga buyurilishi mumkin.
X	Xomila uchun xavfli preparat, ushbu dori vositasining xomilaga negativ ta’siri bo‘lajak ona uchun potensial xavfdan yuqori bo‘ladi.

Jamiki manbalarda xulosa qilingan-ki, A guruhiga ta’luqli antigipertenziv dori vositalari xomiladorlarda AG ni davolash uchun bugungi kunda yo‘q. Alohida ta’kidlash lozim bo‘ladi, xomiladorlikning ilk bosqichlarida yuz protsentli xavfsiz deb topilgan bitta xam preparat yo‘q va shuning uchun, imkoniyat darajasida gestatsiyaning I trimestrida “farmokoterapiyadan qochi” darkor (O.G.Tkacheva - 2009). Zamonaviy tavsiyalarda [JMC 7, 2003; ESN – ESH, 2003; VNOK, 2004 va 2010] xomiladorlarodagi AG ni davolash uchun (xomiladorlik davridagi farmokoterapiya talablariga javob bera oladigan) asosiy preparatlar sifatida quyidagilar aaytilgan: metildopa, beta-aurenoblokatorlar, A,V-adrenoblokatorlar, labetalol, kalsiy kanali blokatorlari va miatrop ta’siriga ega bo‘lgan ayrim vazodilatorlar¹².

Bu preparatlardan tashqari dori vositalari xam xomiladorlik davridagi AG farmakoterapiyasida qo‘llaniladi, lekin juda kam va bunda aksariyat quyidagilarni xisobga olish kerak bo‘ladi.

Diuretiklar: **1)** diuretiklar birinchi qator preparatlar sifatida qo'llanishliklari kerak emas, preeklampsiyada qo'llanishlikk tavsiya qilinmaydi va bachadon-yo'ldoshli qon oqimi buzilish xolatlarida va xomila rivoji kech qolishda esa mutlaqo man qilinadi. **2)** Aldosteron antagonistlari, xususan verishperon. Xomiladorlikda man qilinadi (erkak jinsli xomilada feminizatsiyani chaqiradi). **3)** Diuretiklar (gipotenziv FDA tasnifi bo'yicha S guruhiga kiritiladi) surunkali AG bilan xomiladorlarda AB ni nazorat qilish uchun foydalanishliklar mumkin.

Klonidin: **1)** FDA bo'yicha S sinfiga kiradi, xomiladorlikni III trimetrida qo'llanish mumkin. **2)** xomiladorlikni ilk bosqichlarida embriotoksik ta'sir ko'rsatadi. **3)** Klonidin olgan onalardan tug'ilgan bolalarda uyquni buzilishi kuzatiladi.

Magniya sulfat: **1)** FDA tasnificha A sinfga kiradi, antigipertenziv preparatlar guruhiga kiritilmaydi va u tirishishga qarshi vosita bo'lib xisoblanadi. **2)** Gestatsiya davrida AG ni davomli (rejali) davolash uchun qo'llanilmaydi, undan pareteral yo'l bilan preeklampsiya va eklampsiyada tirishish sindromini profilaktikasi maqsadida, xamda GK da (yoki o'tkir og'ir AG da) kompleks terapiyada tarkibida foydalaniladi. **3)** Magniy sulfat qo'llanilganda kalsiya antagonistlari qo'llanilmaydi (nazorat qilib bo'lmaydigan gipotenziya xavfi keskin oshadi).

APF ingibitorolari va sartanlar: **1)** ular D sinfiga kiritilishadi va xomiladorlikni II va III trimetrlarida mutlaqo man etiladilar. **2)** Preparatlarining xavflari juda yuqori va jiddiy bo'ladi. **3)** Xomilani rivojlanmay qolishi xavfi; **4)** Suyakli displaziyalar – kalla suyagi ossifikatsiyasining buzilishlari va oyoqlarni katta bzlib qolishlari xavfi; **5)** Respirator distress xavfi; **6)** gipotenziya xavfi; **7)** O'pkalar gipoplaziyasi xavfi; **8)** Buyraklar dizgenezlari; **9)** Xomilada yoki chaqaloqda o'tkir buyrak etishmovchiligi; **9)** Xomila yoki chaqaloqni o'limlari xavfi.

Rauvalfiya preparatlari bo'yicha Xomiladorlik davrida AG ni davolash uchun ushbu dori vositalari qo'llaniladi: D sinfiga mansub va embriotoksik ta'sir

ko'rsatishadi. Tug'ruq oldidan qo'llanilgudek bo'linsa xomilani nafas yo'llarini obstruksiyasi, anoreksiyasiga va letargiyasiga olib keladi.

SHoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan gipotenziv terapiya xomiladorlik davrida eng avvalo to'g'ri tashxisga asoslanadi va uning samarasi bunga bevosita bog'liq bo'ladi. Oxirgi yillarda AG ni shoshilinch tashxisoti bobida qator o'zgarishlar sodir bo'ldi, xususan xomiladorlik davrida uning tavsifi, tasnifi, tashxisi, olib boroish taktikasi va profilaktikasi bo'yicha yangi amaliyotlar faoliyat uchun tavsiya qilinadi. Ular quyidagilardan iborat: eng avvalo – **AG ni xomiladorlarda tashxislash mezonlari bo'yicha:** 4 soat interval bilan ikki marta o'lchanganda xomiladorlarda sistolik $AB \geq 140$ mm.sim.ust. dan va/yoki diastolik $AB \geq 90$ mm.sim.ust. dan yuqori bo'lib aniqlanganda arterial gipertenziya deb tashxis qo'yiladi; eski adabiyotlarda xomiladorlarda AG tashxisi boshqa mezonlar bo'yicha berilgan: agarda ilk AB darajasiga (xomiladorlikni birinchi yarmidagi AB darajasi nazarda tutilyapti) qiyosan olingan sistolik Ab ni 30 mm.sim.ust. ga va/yoki diastolik ABni 15 mm.sim.ust. ga etib oshishishi kuzatilganda AG deb tashxis qo'yilgan. Xozirgi paytda ushbu tashxisiy mezondan foydalanish to'xtatilgan yoki barcha xalqaro klinik tavsiyalardan tashxisga bunday yondashuv chiqarib tashlangan.

3.4. Aorta qavatlanishi bilan asoratlangan gipertoniya krizida shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam taktikasi

Aorta qavatlanishi (AQ)-GKda kam uchraydigan, ammo uning o'ta og'ir asoratidir. Uning mohiyati – aortal devorining o'rta qavati qavatlanadi va ikkita (chin va yolg'on) qon oqadigan ariq shakllanadi, ular o'zaro devorlar qavati qavatlanadi va ikki (chin va yolg'on) qon oqadigan ariq shakllanadi, ular o'zaro devorlar qavati paydo bo'lgan nuqsonlar vositasi ila (ularni fenestratsiyalar deb ataladi) aloqalanib turishadi. U doimo intramural gematoma va aortani penetrirlanuvchi yarasi bilan qo'shilishib kechadi yoki shakllanib boradi. Bu uchlik simptomlar majmuasini o'tkir aortal sindrom deb ataladi.¹³

AQ joylashuvi (S tenford funksional tasnifi) xamda qavatlanish davomiyligi bo'yicha (M.Debeyka tasnifi) quyidagi turlarga ajratiladi: 1. AQ A turi (Stanford A turi)- aorta ajralishi qaysi darajaga etib tarqalishidan qat'iy nazar unga albatta aortani ko'tariluvchan qismi va aorta yoyi qamrab olingan bo'ladi. 2.AQ V turi- aorta barcha qolgan distal qismlarini qavatlanishi bilan o'tadi.

M.Debeyki ni YU.V. Belov, R.N. Komarovlar (2010) tomonidan to'lg'ozilgan tasnifi shoshilinch amaliyot uchun o'ng'ay va qulay tasnif deb tavsiya o'tiladi: 1. Stanford A turi- fenestratsiyalarni joylashuv xududi bo'yicha va qavatlanish davomiyligiga ko'ra I va II turga ajratiladi. 2. Stanford V turi esa uchta turga – Stanford V turi –IIIa, IIIb va IV turlariga tasniflanadi.

Bundan tashqari kelib chiqish muddatiga qarab tafovutlantiriladi:

1. O'tkir AQ: birinchi 2 hafta davomidagi kasallik davri, o'ta kuchli klinik alomatlar bilan ifodalanadi- va bemorlarning -90%-ti aynan shu davrda vafot etishadi (40%-ti ilk soatlarda, 50%ti, birinchi 2 sutkada).

2.Nimo'tkir AQ: 2 haftadan 3 oygacha bo'lgan davri, klinik alomatlari bo'lmasligi mumkin, instrumental tekshiruvlar ma'lumotlari asosida tashxislanadi yoki topiladi.

3. Surunkali AQ: kasallikni 3 oy muddatdan o'tib kechishi , bu xam xech qanday klinik ko'rinishlar bermasligi mumkin va instrumental tekshiruvlar ma'lumotlar bo'yicha tashxislanadi.

AQ uchun 14 ta o'ta xos simptomlar ajratiladi (shundan 6 tasi V turi uchun va 8 tasi AQ A turi uchun ko'proq patognomik alomat bo'lib xisoblanadi):

AQ uchu o'ta xos simptomlar (sit.: Ostrovskiy YU.P.Johnston J.L.; S.F. Bagnenko va b.q.).

Simptomlar	AQ A turi	AQ V turi
Tumorti og'riqlar	+++	+
Bel og'riqlari	+	+++
Qorin sohasi og'riqlar	+	++

Obmorok	+	+/-
Taxikardiya	+++	+
Gipertenziya (SAB>149mm sim.ust.)	+	+++
Gipotenziya (SAB>100mm sim.ust.)	++	-
SHok	++	+
Taxikard tamponadasi	+++	-
Aortal etishmovchilik	++	+/-
Puls defitsiti/ oyoqlar ishemiyasi	Qo'llar va oyoqlar	Oyoqlar, goxida chap qo'l
Insult	+	-
Tranzitor ishemik xuruj	++	+/-
Yurak etishmovchiligi	+	-

Tezkor tashxisot va davolash qaysi bosqichda o'tkazilayotgan bo'lishiga qaramasdan aortani o'tkir qavatlanishi aniqlashtirilishi lozi. CHunonchi bu,-o'tkir va xavfli-GK bilan aloqador bo'lib kelib chiqqan klinik vaziyatda maxsus tekshiruvlar mo'ljallanib quyidagicha olib borilishi kerak bo'ladi:

1. Trantorakal ExoKG va undan keyin esa yozilungach orqali ExoKG-doimo e'tiborga olinishi kerak va zarur.

2. MSKT- zarur tekshiruv xisoblanadi, ayniqsa xal qiluvchi omil bo'lib yorilish borligini tasdiqlash kerak bo'lganda.

3. Angiografiya:√ endovaskulya aralashuvga zaruriyatni aniqlash va uni o'tkazish uchun zarur;√ xolati turg'unlashgan bemorga albatta tavsiya qilinadi;

ritmli perijarroxiy koronarografiya- tavsiya etilmaydi;

gemodinamik noto'g'ri mijozlarda- tavsiya qilinishi mumkin.

4. MTR- agarda-ki mijozda gemodinamik nostabillik bo'lsa buyurilmaydi-,yu boshqa xolatlarda tavsiya qilinadi.

5. Tomir ichki –doimo tavsiya etiladi, endovaskulyar aralashuvni o'tkazish uchun esa – tavsiya etilishi mumkin.

AQ 16 ta kasallik va /yoki patologik xolatlar bilan qislanadi, tavofutlantirilsada yoki ulardan ajralib olinadi: **1** “O'KS+O'pka arteriyasi tormbo-emboliyasi+ spontan pnevmotoraks+ Qizilo'ngach yorilishi” guruh kasalliklari bilan, qiyosiy baholash uchun ob'ekt- **ko'krak og'riqlari bo'ladi**; **2.** “Buyraklar / jigar sanchig'i+ ichak o'tkir tutilishi/ juft a'zolari perforayiyasi+ mezenterial tromboz” guruhi kasalliklari bilan, baholash va o'rganish ob'ekti- qorindagi og'riqlar bo'ladi; **3.** “ Buyraklar sanchig'i+ O'tkir pielonefrit+ Mushak – gavnani xar qanday tabiatli og'rig'i+ Tutamli og'riq sindromi” gurux kasalliklari qiyoslash va baholash ob'ekti- beldagi og'riqlar bo'ladi; **4.** “Tromboz va Periferik arteriyalar emboliyasi+ Arteriyalarni okklyuzirlovchi xastalanishlari” gurux kasalliklari bilan va baxolash ob'ekti – puls defitsiti bo'ladi; **5.** “Miya qon aylanishi o'tkir buzilishi +ot dumi sindromi” guruh kasalliklari bilan, qiyoslash tavoqutlash va ajratib olish ob'ekti – **o'choqli nevrologik defitsit bo'ladi**. **6.** “Ko'krak va qorin aortalari anevrizmasi asoratlari + Pnevmoniya+ Plevrit+ belbog'simon temiratka” gurux kasalliklari bilan, qiyoslash ob'ekti – **og'riq sindromi va isitmalash bo'ladi**.

GK negizida rivoj olgan AQda shoshilinch tashxisot uchun quyidagilar axamiyat kasb etishadi va ularga etakchi “ tashxisiy kalitlar” deb qarash lozim:

1. Aorta qavatlanishni 2 ta asosiy varianiti bo'ladi: proksimal, unda ko'taruvchi aorta (yoki jami aorta) jarayoniga jalb qilinadi, va distal, unda faqat quyi aorta qavatlanadi. Proksimal variant taxminan ikki marta ko'p uchraydi (Djanamiya P.X. va b.q.).

2. Aorta qavatlanishining asosiy alomati- qo'qqisdan kelib chiqqankuchli va davomli ko'krak soxasi og'rig'i, og'riq bo'yincha, ko'kraklar orasiga va belga irradiatsiyalanadi / tarqaliib ketadi. **3.** Og'riq turlanish va ranglanish o'ta o'ziga xos bo'ladi: og'riq kuchli qo'rquv va o'lim talvasasini tutishi qo'shilib davom etadi; unga xansirash, bosh og'rig'i, bosh aylanish, xushning yo'qolishi, ko'ruvni buzilishi, o'choqli nevrologik simptomlar, ko'ngil aynishi, qayd qilish, qon

tupurish, gematuriya va anuriya kabilar “yo‘ldoshlik” qilishadilar. **4.** 50% bemorlarda puls va AB (puls to‘liqliligi, AB darajasi) ikkala qo‘lda tafovut bilan aniqlanadilar. **5.** 60-70% bemorlarda ertaki diastolik shovqin aorta xududida paydo bo‘ladi va eshitiladi (aortal klapani o‘tkir etishmovchiligi kelib chiqqanligi sababli). **6.** Tashxisda yuqorida zikr etilgan tekshiruvlvr, ayniqsa rentgenologik va ultratovushli tekshiruvlvr katta yordam berishadi. Lekin xal qiluvchi va aniq tashxisch beruvchi usul bo‘lib aorta qavatlanishini tez aniqlashda, aortografiya xisoblanadi.

3.5. Feoxromotsitoma, feoxromotsitar kriz va gipertonik krizlar: shoshilinch tibbiy tashxisot va sifatli yordam taktikasi

Feoxromotsitoma- gormonal – faol o‘sma,u buyrak usti bezining xromaffinli to‘qimasidan, paragangliylaridan yoki simpatik tugunidan paydo bo‘ladilar. Uni an’anaviy va etakchi ko‘rinish bo‘lib – feoxromotsitar kriz (FK) xisoblanadi, FK doimo og‘ir xolatni anglatadi va bemor xayotiga taxdid solib turadi.

Qiyosan doimiy simptom bo‘lib feoxromotsitoma uchun AG xisoblanadi, FK deyarli doimo gipertonik kriz negizida kelib chiqadi va davom etadi- xam sistolik va diastolik AB keskin ko‘tariladi, sistolik AB to 250-300mm sim.ustunigacha etib oshadi (juda kam follarda FK normotoniya negizida kelib chiqadi).

Feoxromotsitomada AG uch xil ifodalanadi: **1)** paroksizmal tusli (normal AB negizida kelib chiqadi), **2)** doimiy yuqori AB gipertonik kriz epizodlari bilan, **3)** doimiy yuqori AB, krizsiz ifodalanib yurish bilan.

FKda 4 xil kechish bosqichi ajratiladi va unga mos xolda GK xususiyatlanadi: **1)** ilk boshlanish bosqichi, **4)** to‘liq rivojlanish bosqichi, **5)** orqaga qaytish bosqichi, **5)** xurujdan keyingi bosqich.

Feoxromotsitoma va feoxromatsitar kriz xamda ularning doimiy asorati va “yo‘ldosh-soyasi”- gipertonik krizlar xavfli shoshilinch xolat bo‘lib xisoblanadi, ushbu yo‘l bilan kelib chiqqan kriz –“FKplyus GK” individuallashtirilgan shoshilinch tashxisot va tez tibbiy yordamni talab qiladi (QVP/SHVP, poliklinika,

shoshilinch tibbiy yordam markazlari, viloyat va respublika darajasidagi ixtisoslashgan ilmiy markazlari qo‘lamida).

2. “FK plyus GK” feoxromotsitomani boshlang‘ich bosqichida qiyosan noyob xolat bo‘lib uchraydi: oylar yoki yillarda bir marta kelib chiqadi.

3. Feoxromotsitomani keyingi bosqichlarida yoki uni avjlanib borishi bilan esa “FKplyus GK” epizodlari tezlashadi va xatto-ki kuniga bir necha marta takrorlanib turadi.

4. “FK plyus GK” (biz bu iborani ishlatishni mantiqan to‘g‘ri deb topamiz, chunki qeoxromotsitar kriz deyarli xamma vaqt ABni kriz darajasiga etib ko‘tarilishi va kechishi bilan o‘tadi-ki, ushbu ikkilik (egizakli)-ka bir paytda ta’sir etuvchi shoshilinch tibbiy yordam strategiyasi qo‘llanilsa maqsadli va samarali bo‘ladi) ayrim xolatlarda xayot uchun taxdidli klinik vaziyat-“ boshqarib bo‘lmaydigan gemodinamika”ni keltirib chiqaradi. Bu, tartibsiz giper-va gipoteniya epizodlari bilan ifodalanadi, yoki o‘ta yuqori AGni saqlanib turishi tendensiyasi bilan kechadi va xech qanday preparat, jumladan, alfaadrenoblokatorlar xam GK “ololmaydi”. SHoshilinch yordamni faqat bitta yo‘li kor qiladi xolos: bu, feoxromotsitomani olib tashlash bo‘yicha. Aks xolda Yurak etishmovchiligi kuchayib boradi va “boshqarib bo‘lmaydigan gemodinamika” bemorni o‘limi bilan yakuniga etadi.

Feoxromotsitomani gipertonik krizsiz, lekin doimiy yuqori gipertoniya bilan kechuvchi shakli kam uchraydi, yomon sifatli AGga xos alomatlari bilan ifodalanib kechadi (nefroskleroz; ateroskleroz bilan xastalanish, ayniqsa toj va bosh miya arteriyalarini, miokar infarkti va x.k.) va 10% bemorlarda qandli diabet kelib chiqadi.

Feoxromotsitomaning simptomsiz shakli kam uchraydi, uning uchun GK xos bo‘lmaydi va aksincha, unda o‘sma gormonal faollik ko‘rsatmaganligi uchun bemorlarda, stressli xolatlar bo‘lgan paytda (operatsiya, tug‘ruqlar, shikastlanishlar va x.k.) shok rivojlanadi yoki o‘tkir buyrak usti etishmovchiligi kelib chiqadi.

Feoxromotsitarpli kriz, AG bilan bemorlardada, qonda adrenalin va noradrenadin miqdorini to‘satdan va keskin ortib ketishi natijasida va katexolaminlar va ularning miqdorlarini fiziologik ta’sirlarini boshqaruvchi kompensator mexanizmlarining “sillasi qurishi” oqibati bo‘lib kelib chiqadi.

“FKplyus+GK”xavfli asoratlari qoldiriladi: bosh miyaga qon quyilishi, miokard infarktini, o‘pka shishi, to‘rpardaga qon quyilish va x.k. “FKplyus+GK” tashxisini oldindan feoxromotsitoma tashxisini qo‘ymasdan turib quyish juda murakkab jarayon yoki deyarli mumkin emas.

SHu bilan birga kelib chiqqan “FKplyus+GK”da tezkor patogenetik aniq terapiya xayotiy ko‘rsatmalar bilan o‘tkaziladi. Demak, FK bilan qo‘shilishib kechayotgan og‘ir AG-gipertonik krizni samarali tezkor terapiyasini o‘tkazishni va ta‘minlashni asosiy sharti-bu, feoxromotsitomani barvaqt aniqlashdir.

Umumiy tashxisiy kalitlar (feoxromotsitoma negizida kelib chiqqan “FKplyus+GK”uchun):• feoxromotsitoma 10000 bemorga 1ta to‘g‘ri kelib uchraydi;• AG bilan shaxslarda u 2-3 marotaba ko‘payib aniqlanadi;•eng ko‘p uchraydigan yosh diapazoni-20-50yosh, lekin 5 oydan to 72 yoshgacha intervalda xam qayd qilinadi;• ayollar va erkaklarda bir xil uchraydi, bolalarda esa- o‘g‘il bolalarda ikki marta ko‘proq uchraydi;• 10-15% xollarda o‘sma buyrak usti bezi xududida emas, boshqa ikki a‘zolarida (qorin bo‘shlig‘ida- qorin aortasi bo‘ylab joylashgan simpatik paragangmiylar xududlarida va bufurkatsiyalanish joyida; kamroq ko‘qs bo‘shlig‘ida, ba‘zan- miyada, bo‘yinda, siydik pufagi devorida va x.k.) joylashadi;•10% xollarda feoxromotsitomalar ikki tomonlama yoki ko‘psonli bo‘ladilar;•50% xollarda oilaviy feoxromotsitomalar uchraydi;• bir tomonlama joylashib o‘tuvchi feoxromotsitomalar ko‘proq yaxshi sifatli kechish bilan ifodalanishadi, ikki tomonlama joylashgan feoxromotsitomalar emas yoki buyrak usti bezidan tashqarida joylashib kechuvchi feoxromotsitolar-yomon sifatli kechish bilan ifodalanadi;• yomon sifatli o‘sma (feoxromoblastoma) odatda qorinparda orti limfatik tugunlariga, jigar, suyak va o‘pkalarga metastazlanadi.

Feoxromotsitarkrizga qo‘shilib keluvchi gipertonik kriz (“FKplyus+GK”) kelib chiqishiga quyidagilar ko‘pincha sabab bo‘lishadi: og‘ir ish, ruhiy zo‘riqish, uzoq vaqt och qolish, gavgani keskin yoki noqulayni o‘zgartirish, o‘smanni palpasiya qilish, kulish, chuchkirish, siyish va siydik pufagini to‘liqliligini (ayniqsa feoxromotsitomani uning devorigacha joylashib o‘tishda);• “FKplyus+GK” aksariyat 6ta sindrom bilan ifodalanadi: gipertonik sindrom, ruhiy- psixik

sindrom (bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, qo‘rquv- o‘lim talvasasi, ruhiy buzilishlar chetki nerv sistemasi buzilishlari, ko‘ruvini yomonlashuvi, paresteziyalar), neyrovegetativ sindrom (teri rangparligi, qo‘l-oyoqlarni ko‘karinqirashi va sovuq qotishi, qaltirash, bezgak tutish, qo‘l titrashi, terlash), endokrin- modda almashinuvi buzilishi sindromi, oshqozon- ichak sindromi va gematologik sindrom:• asosan xuruj qo‘qqisidan tutadi: bemor o‘ta bezovta xolatga tushadi, bezgakka sababsiz talvasalanish xisiga, “chumoli o‘rmalishi” kabilarga shikoyat qiladi. Xuruj yuqorisida ko‘ngil aynishi, qayd qilish, diplopiya, keskin bosh og‘rig‘i, epileptisimon trishishlar aksariyat kuzatiladi.;• “FKplyus+GK” uchun xos belgilar sifatida quyidagilar topiladi: teri rangparligi, sovqotish negizida isitmani 40⁰S danda ortishi (adrenalin produtsirlovchi o‘smalarda), kardial sitmptomlar (xansirash, Yurak sohasi og‘riqlari, sianoz, taxikardiya, kamroq bradikardiya), Yurak ritmi buzilishlari (ekstrasistoliya, xilpillovchi aritmiyani paroksizmal shakli) va ABni keskin ko‘tarilishi;• “FKplyus+GK” ayrim xollarda (feoxromotsitoma buyrak usti bezidan tashqarida joylashgan) atipik kechadi: o‘tkir ichak tutilishi, oshqozon ichak yarasini teshilishi, o‘tkir xoletsistit, akusher-ginekologik yoki urologik patologiyalar qiyofasida o‘tadi.

“FKplyus+GK”da shoshilinch tashxisot uchun quyidagi tekshiruvlardan foydalaniladi: •Laborator tekshiruvlar (“FK uchun xos belgilar-leykotsitoz, tranzitor limfitsitoz va eozinofiliya, sababi giperkatexolaminemiya ta’sirida qora toloq mushaklarini qisqarishi kuchayadi; eritrotsitoz, tranzitor limfotsitoz va eozinofiliya, sababi giperkatexolaminemiya ta’sirida qora taloq mushaklarini qisqarishi kuchayadi;• eritrotsitoz, ECHTni ortishi, giperglikemiya, giperkaliemiya, qonni fibrinolitik faolligini va uning ivuvchanligini ortishi, NEJK konsentratsiyasini ortishi, tranzitor proteinnuriya, glyukozouriya, silindriya, adrenalin, noradrenalin va ularning metabolitlarini siydikda ortishi). Xurujdan tashqari paytda siydik o‘zgarishsiz qoladi.

■EKGda – odatda taxikardiya va ekstrasistoliyalar aksariyat aniqlanadi.

Maxsus sinamalar:1) gistaminli sinama (0,025-0,05mg gistaminni 1-2ml natriy xloridni izotonik eritmasi bilan vena ichiga 2-3 daqiqada kiritiladi va bunda

ABni keskin ko'tarilishi ilk darajasiga qiyosan kuzatiladi. Sog'lomlarda ABni zo'rayishi juda sust bo'ladi. Ikkinchidan, feoxromotsitomada gistamindan so'ng siydik bilan katexolaminlar va vanililmindal kislotasini ajralishi keskin ortadi). 2) Tropafenli yoki regitinli sinama: feoxromotsitoma bilan bemorlarda tropafenning 1%-li

■ eritmasidan 10ml miqdori 5-10 soniyada vena ichiga kiritiladi (bolalarda 5mg)¹⁴.

Feoxromotsitar kriz bo'lsa, AB eng kamida 50/30mm sim. ust.ga etib pasayadi.

□ Pielografiya va tomografiya (buyraklar xududida); qiyin xolatlarda, bemor xolatidan kelib chiqib, adrenoblokatorlarni qo'llab turib pnevmosuparentgenografiya tomografiya bilan va angiografik tekshiruvlar (selektiv arteriografiya, quyi kavografiya) o'tkaziladi.

Psevdofeoxromotsitomada KK ko'pincha kista, gormonal- nafaol buyrak usti bezi o'smasi yoki uning boshqa biron-bir xajmi xosilasi yoki qorinlarda orti bo'shlig'i a'zolarini o'sma kasalliklari tufayli kelib

(sabab- buyrak usti bezlarini miyali qatlami mexanik ta'sirlanadi).

Feoxromotsitar krizdan farqli o'laroq- AG yuqori darajalargacha ko'tarilmaydi, siydik bilan katexolaminlarni va vanililmindal kislotasini ekskretsiyasi past darajada kuzatiladi. "FKplyus+GK", yani feoxromotsitar krizda shoshilinch davolash taktikasi bir necha yo'nalishda o'tkaziladi. Aksariyat quyidagi sxema qo'llaniladi ¹:

1. Krovatning bosh tomoni ko'tarib qo'yiladi: bunda ABni ortostatik pasayishi uchun sharoit paydo bo'ladi.

2. SHundan keyin tezlikda vena ichiga alfa- adrenoblokatorlar bolyus bilan kiritiladi: a) fentolamin gidroxloridni 2-4mg miqdori yoki 1-2ml 2% -li tropafen eritmasi natriy xloridni izotonik eritmasi bilan vena ichiga bolyus bilan beriladi; b) so'ngra preparat xar 5 daqiqada to AB pasayguniga qadar vena ichiga berib turiladi, uni tushishi va turg'unlashuvida esa mushak orasiga 2-4mgdan xar 2-4

soat berib turiladi; v)AB tushib, turg'un turib olganda – fentolamin (regitin) ichishga o'tkaziladi: 25-50mgdan xar 3-6 soatda ichiladi;•AB muntazam turg'unlashganda ortostatik gipotoniyaning oldini olish uchun yoki krizni takrorlanishini oldini olish uchun alfaadrenoblokatorlar birdaniga emas, sekin-astalik bilan to'xtatiladi.

3. Alfa- adrenoblokatorlar 3 soat ichida natija bermasa, QFK davom etsa – zudlikda operatsiya qilinadi: bo'lmasa, Yurak etishmovchiligi zo'radi, “ boshqarib bo'lmaydigan gemiodinamika” avjlanib bemor xalok bo'ladi.

4. Taxikardiyaning (daqiqasiga 120tadan ortiq bo'lganda) to'xtatish uchun yoki artmiyani bartaraf qilish uchun vena ichiga yoki ichishga beta-adrenoblokatorlar buyuriladi (obzidan, inderal). Beta-adrenoblokatorlar vena ichiga bolyus bilan sekin asta 5-10daqiqa davomida beriladi (iloji bo'lsa elektrokardiografik monitor nazorati ostida): •vena ichiga inderalni 0,1%li eritmasi 1-2ml (1-2mg) bolyus y o'li bilan kiritiladi; •zaruriyat bo'yicha shu miqdorni berish qaytariladi, lekin umumiy beriladigan miqdori 5-10mgdan (5-10ml) oshmasligi kerak;•keyin preparat ichishga o'tkaziladi:20-40mgdan xar 6soatda preparat ichib turiladi.

5.Kallaps kelib chiqqunday bo'lsa (o'sma tomonidan ko'plab adrenalini ishlab chiqarilganda, vena ichiga tomchilab naradrenalin beriladi (2-4mg, glyukozaning 5%-li eritmasini 1000ml da eritiladi) va Yurak preparatlari buyuriladi.

6.Butun davolash taktikasi o'tkazilishi davolashda bemorga to'liq tinchlik yaratiladi (jismonitsy va ruhiy zo'riqlashlarni istisnolash, sovuqqotish va tanani qizib ketishi va x.k.dan saqlanish kabilar).

Feoxromotsitar krizda tanlov preparati bo'lib £-adrenoblokator fentolamin xisoblanadi.5mg quruq preparat ampulada saqlanadi. Ushbu miqdor in'eksiy uchun suvni 1ml da eritiladi va vena ichiga bolyusli yo'l bilan kiritiladi (dastlabki bolyus 0,5mg-1mg-preparatga sezgirlikni bilib olish uchun). Takroriy berish-shu miqdorda xar 5 daqiqada to AB tushkuniga qadar. Vena ichiga berilganda preparatning ta'siri bir daqiqada boshlanadi, 5-10 daqiqa davom etadi. Ichilganda (50mg bir marotaba berilganda) ta'siri 25-30daqiqadan so'ng boshlanadi va 5-6

soat davom etadi. Nojo'ya ta'sirlari quyidagicha ifodalanadi: ortostatik gipotenziya (yokikollaps), taxikardiya, aritmiyalar, Yurak ishemik kasalligini qaytalanishi to o'tkir miokard infarqtigacha etib chunki, β_2 - adrenoretseptorlarni blokadasini tufayli noradrenalinni tashlamasi kuchayadi), bosh og'rig'i, bosh aylanishi, terini qizarib ketish va qichishishi, burun bitishi, ko'ngil aynishi, qayd qilish, qorin og'riqlari, diareya, yara kasalligini kaytalanishi (A.L. Vertkin). Fentolamin quyidagicha xolatlarida man etiladi: utkir miokard infarkti, stenokardiya, postinfarktlilik kardioskleroz, bosh arteriyalari kuchli ateroskleroz, buyraklarni ogir xastalanishi, gastrit, oshkozon yara kasalligi va preparatga sezgirlikni ortishi.

«Fkplyus GK»da yana boshqa medikamentozli taktikalari xam qo'llaniladi:

1) kriz paytida o'tirish vaziyatini egallash (Abni ortostatik tutishi bu vaziyatda boshladi); **2)** kriz uchta preparatdan birini vena ichiga berib to'xtatiladi: fentolaminni, tropafenni yoki labetalolni. **3)** prazosinninng tabletkasini sublingval berish mumkin; **4)** labetolol tabletkasidan ichirish xam mumkin; **5)** imkoniyatdan kelib chiqib kriz feoxromotsitomada, pratsiol bilan xam to'xtatiriladi: preparat til ostiga quyiladi; **6)** ikkinchi qator preparati sifatida natriy nitroprussid va magniy sulfat ishlatiladi; **7)** Ayrim klinik vaziyatlarda klofelin 0,15-0,3mgdan beriladi (so'riladi).

FK to'xtatilganidan keyin shifoxona sharoitida chuqurlashtirilgan tekshiruv (kardiologiya bo'limida) o'tkaziladi va undan kelib chiqib davolash dasturlari o'zgartiriladi, bemor doimiy kuzatuv va terapevtik nazoratda ushlab turiladi. Davolash dasturlari to'g'ri o'tkazilganda bemorlarga xayot taqdim qilinadi.

3.6. Arterial gipertoniya bilan bemorlarni gipertonik krizlardan muxofaza qilish

Xozirgi paytda 75ta dan ziyod, 9ta sinfga mansub antigipertenziv agentlar mavjud, lekin Abni kerakli darajada ushlab turish va Gkdan bemorni muxofaza qilish ancha qiyin kechadi =, ammo bunga erishish tavsiya etiladi.

Xar qanday xolatda bemor shifokor bilan uni qiziktiruvchi barcha savollarni muxokama qilishi kerak va birgalikda eng muvofiq qarorni qabul qilib olish lozim. Bo'lmasa AG yana qaytib xavfi GK bilan asoratlanadi.

Gkdan AG bilan bemorni muxofaza qilish 4ta yo‘nalishda olib boriladi: Yurak-qon tomir kasalliklari xavfini kamaytirish, Abni muvofiq darajasiga tushirish (SAB<sim.ust., DAB <90mm sim. ust.), nishon- a‘zolari saqlab qolish va umrni uzaytirish, bemorni o‘z kasbiga qaytarish va xayot zavqini surishga nasib etdirish.

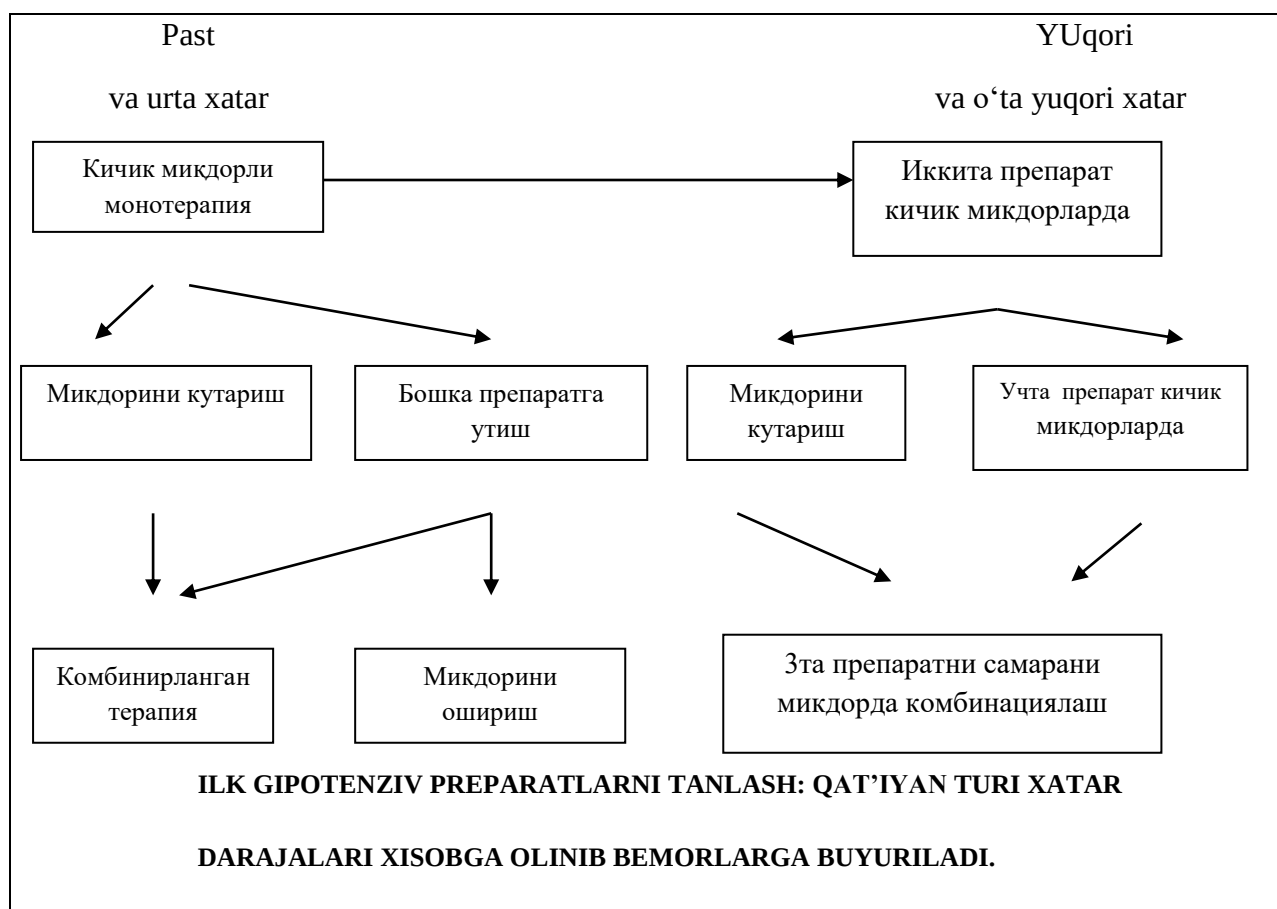
Bu ishlar quyidagi ketma-ketlikda va muntazam bir-biriga bog‘lanib olib boriladi: antigipertenziv preparatni tanlab olish va gipotenziv terapiyani uzluksiz ta‘minlash—sog‘liqni saqlash tizimi imkoniyatlaridan to‘liq foydalanish —AGT muvofiq tanlanganidan so‘ng o‘z-o‘zini nazorat qoidasini xayot tarzi elementi darajasida amaliyotlash — bemorlarni o‘qitish tizimini tashkil etish.

Agni davolash uchun qo‘llaniladigan preparatlar ikki guruxga ajratiladilar:

1. Asosiy antigipertenziv preparatlar: APF igibitorlari, sartanlar, kalsiy antagonistlari, beta-adrenoblokatorlar va diuretiklar.
2. Antigipertenziv preparatlarni qo‘shimcha sinflari (ular kombinirlangan terapiya uchun foydalanishliklari mumkin): alfa-adrenoblokatorlar, imidazon retseptorlarini agonistlari va reninni bevosita ingibitorlari.

AG bilan bemorlarni davolashda uni maqsadli darajasi 140/90mm.sim. ustunidan past bo‘lishi kerak AGPni tanlashda shifokorni an‘anaviy 4ta xatoga yo‘l qo‘yish extimoli yoki ularning tuzog‘iga ilinib qolish xavfi yuqori bo‘ladi. Ular quyidagilardan iborat: **1. Izlanishlari natijalaridan qanoatlanib qolish** («tajribaliroq» xamkasblarining fikrlariga qo‘shilmaslik); **2. Topilmagan inkor qilish tendensiyasi**, qaysiki shifokor qo‘ygan tashxisning klinik ko‘rinishiga tushmaydi (bu degani, xar bir shifokor uning tor profiliga mos keluvchi kasalliklarnigina aksariyat davolaydi); **3. Nimanidir, xech bo‘lmaganda qilishga intilish**, qachonki kutish va kuzatish uchun ob‘ektiv imkoniyatlar bo‘lgan taqdirda xam; **4. Faqat intuitsiyaga asoslangan qarorlarni qabul qilishga intilish**, qaysilarki ilmiy isbotlanmagan ma‘lumotlarga yoki xech bo‘lmaganda oddiy mantiqqa xam to‘g‘ri kelmaydigan natijalarga asoslangan bo‘ladilar (Djer Grupmen).

Ko‘plab tekshiruvlarda va klinik tavsiyalardan AGTni quyidagicha yo‘l bilan tanlab olishni maqsadga muvofiqligi ko‘rsatiladi **(D.G.)**



Monoterapiya 30-40% samara bera va boshqa xollarda kombinirlangan terapiyaga o'tish kerak bo'ladi, xatto-ki kombinirlangan preparatlar qo'llanilganda xam AG bilan bemorlar gipotenziv terapiyaga chidamli bo'lib qolishadi. Bunday xollarda, terapiyani murakkablashtirishga emas balki rezistentlikni sabablarini topishga yoki bartaraflashga davolash-profilaktika dasturlarini burish kerak bo'ladi: aks xolda preparatlar mijozga ta'sir qilmaydi, bemorlar esa ularni qabul qilmaydi. YOki bunga e'tiborsizlik qilib dori sonini va miqdorini ortdirib borishga davom etilsa (ABni me'yorgacha tushirish uchun) bemorlarni AG yoki uning asoratidan emas, dori vositalaridan uqubat tortib qilish xavfi (o'lim, nogironlik, kasbini yo'qotish va x.k.) oshadi.

AG bilan davolanib yurgan bemorlarni GKdan muxofazalanishini birinchi va etakchi omili-bu, shifokor omilidir.

SHifokor bemordagi Agni mutloq individualliklari bilan «tanib oladi», uning bemor uchun yaqin 10yillardagi xavfini¹⁵ (past, oʻrta, yuqori va oʻta yuqori) xisobga olib uzoq yillik davolash strategiyasini ishlab chiqaradi va amalga oshirib boradi. 2. GKdan muxofazalanishni ikkinchi sharti antigipertenziv strategiyani qatʼiyan isbotlanganlik darajasini yuqori boʻlishni taʼminlash va oylar, yillar yoki bir umr davomida mavjud klinik tavsiyalar yoki standartlar boʻyicha uni evolyusionirlanib borilishiga erishishdir. SCORE jadvali boʻyicha oʻta yuqori, va oʻrta xatar guruxiga tushgan mijozlar umrbod aktiv davolash va profilaktikaga muxtoj boʻladilar. Bu jarayonga bemor xar tomonlama (tibbiy savodxonlik, madaniyatlik, iqtisodiy, ijtimoiy, ruxiy, oilaviy qirralar boʻyicha) tayyorlanishi kerak va AGva qarshi «ikkilik»

(«bemor plyus shifokor- UAV, kardiolog, terapevt, oʻrta tibbiyot xodimi, poliklinika dispanser, ixtisoslashgan davolash markazlari») xalqasi» shakllantirilishi lozim: «2/1=sogʻayish prinsipi» (Ibn Sino), Agni yolgizlatadi va uni bemordan uzoqlashtiradi yoki Gkdan muxofaza qilib turadi.

Gipertenziv rezistentlik manbalari bor, ular shifokor va bemorning birgalikdagi xarakatlari bilan yil davomida, oy va hafta xamda kunning tuni va yorugʻligi paytlarida, uyquda yoki faol ish davrida, quvonch va musibat onlarida doimo eliminatsiyalanib (sundirilib) borilishi kerak.

SHu ruxda bemor yoki uni nazoratchisi- shifokor shakllanishlari kerak. Agarda-ki, mana shunday tibbiy saviyani bir vaqtda bemorning oilasi, maxallasi yoki ish joyida xam yaratishga erishilsa (birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktika elementlari AGga nisbatan jonli kiritilsa) «nur ustiga yorugʻ nur» boʻladi.

Eng gipotenziv terapiyaga gipertoniya kasalligi bilan bemorning rezistentligini, asosiy sabablari quyidagilar: psevdorezistentlik («okxalat gipertenziyasi»-izolirlangan ofisli AG, noraso manjetadan ABni oʻlchashda foydalanish), aniqlanmagan simptomatik AG (buyraklarni parenximatoz kasalliklari, birlamchi aldosteronizm, buyraklar arteriyalarini stenozi, feoxromotsitoma, qushing kasalligi va sindromi giperparatireodizm, giper-

,gipotireoz, aorta koarktatsiyasi, qalpaichi o'smalari), uyqu paytidagi ostruktiv apnoe sindromi, turmush tarzini o'zgartirish bo'yicha tavsiyalarni bajarmaslik (alkogolni suistimol qilish osh tuzini ortiqcha istemol qilish, kashandalik), semizlik (sindrom), keksalik yoshida bo'lgan bemor, ayol jinsi, negroidli irq, buyraklarni va tosh miya xamda Yurakni zararlanishi, dorilarni nomuvoxlik miqdorlarda

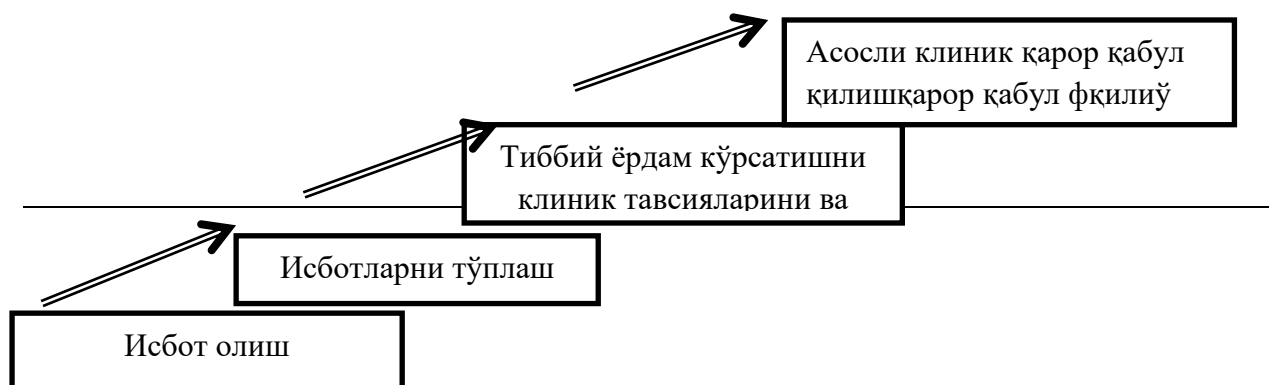
buyurish, dorilarni nomuntazam qabul qilish, gepotenziv preparatlarni nosamarali kambinatsiyalash va Abni ko'taruvchi preparatlarni qabul qilib yurish: antidepressantlarni, garomonlarni, nonarkotik analgetiklarni, nosteroidli yallig'lanishlarga qarshi preparatlarni (jumladan aspirinni xam), selektiv SOF2 angibitorlarini, simptomatik agentlarni (dekongestantlarni, dietik qo'shimchalarni, kokain), psixostimulyatorlarni (anfetamin va b.k.), oral kontratsevtivlarni siklosporingni eritropoetinni, lakrikli ildizni va o't – ulanlarni (efedra, MA-xuang).¹⁶

Ikkinchidan, gipotenziv preparatlarni berishda (xatto-ki instruksiyalarda "jimlik ruxi" yoki "xotirjamlikka chaqiruv" tendensiyasi bo'lganda xam dori visitasini bexavfligini kafolatlanmaydi!) zamonaviy sifatli klinik amaliyot konsepsiyasini moxiyati – klinik tajriba va tib ilmining eng isbotlangan ma'lumotlarini qo'shib foydalanishdir, u xech qachon xar ikkilasini bo'linib qolishini oqlamaydi va unga qarshi chiqadi. Xech qachon "isbotiylining o'zigina tibbiy qaror qabul qilish uchun etarli bo'lmaydi, eng yomoni, mana shu isbotlangan tibbiyotga asoslangan tibbiyotning kuchli kuroli xam isbotsiz o'yinchilar" (bilimi etarli bo'lmagan shifokorlar ma'nosida) qo'liga tushib qolgudek bo'lsa foyda emas, balki katta zarar keltirishi mumkin.

Sifatli zamonaviy sifatli klinik amaliyot konsepsiyasini ikkita ajralmas qanoti bo'ladi: birinchisi, bu – isbotlangan tibbiyot (DM), ertaki konsepsiyasi (1-rasmda batafsil sharxlangan) va ikkinchisi, isbotiy ma'lumotlarni 4 ta boskichda sinab olinish yo'lidir (moxiyati va yo'li 2 rasmda ifodalantirilgan).¹



Rasm1.DM- ertaki konsepsiya.



AGP bilan davolash natijasida obektiv baxolanib turadi va uning samaraliligi darajasi “Efficacy Effectiveness Efficiency”prinsipi baxolanadi: 1) iqtisodiy jixatdan ma’qulmi yoki yo’qmi?

3)Tanlangan yondashev klinik tekshiruvlarda ishlayaptimi yoki yo’qmi? Demak xar qanday yangi davlat texnologiyasini olib kirish uchun, jumladan , antigipertenziv dasturlarni xam (preparatni , mono yoki kontinurlangan terapiyani, dori yoki dorisiz gipotenziv terapiyani)bemorga qo’llash davomida aynan shunday baxolash jarayoni yo’lga qo’yilsa maqsadga muvofiq bo’ladi yoki obektiv mezonli GKga karshi “devor” qo’yilgan bo’ladi. Buni “uchta E” prinsipi deb ataladi.

Davolash jarayoni olib borishda kliik tafakkur an’naviy qirg’oqdan “intuitivli” aniq diagnoz qo’ya olish ko’nikmasidan, chetga chiqarilib va kengaytirilib asosiy tashxisiy “ o’zak xujayra “ sifatida foydalanishlik lozim. zamonaviy klinik tafakkurlash integrativ tushuncha bo’lib u o’zig shifokorni qobiliyati va **orzularini** ifodalaydi: anamnez fizikal va laborotor- instrumental tekshiruv usullari ma’lumotlari asosida mijozning ob’ektiv xolatini baxolash; olingan ma’lumotlarni sharxlash va AGni sinchiklab qiyosiy tashxislashni o’tkazish; mavjud AGga oid ishlayotgan yokm “yashayotgan”, isbotlangan, asoslangan klinik tavsiyalarni topish (!) va chuqur taxlil qilibchiqish; ushbular mazkur AG bilan bemorga (GK bartaraflangandan keyingi davrda) qanchalik qollab olish mumkinligini baxolash (tavsiyalarni "personalizatsiyalash" zaruratibormi va bo’lsa qay darajada?); 2) Mavjud klmnmk tavsiyalardan chekish chuqur asoslangan bo’lishi lozim;

3) Isbotlangan tibbiyot xech qachon klinik tafakkurlash o’rnini bosolmaydi. Bunday fikrni bo’lishi yoki muximmi, xususan, AG masalasida xam chuqur anglashilmovchilikdir. Qiyoslash uchun quyidagi latifani keltirish mumkin (petrovV.I.). isbotlangan tibbiyot (IT) markaziga qo’ng’iroq qilib so’rashibdi: “ Falokatga uchragan samalyotdan qutqarishda parashutlar qanchalik samarali”? IT markazida uzok muxokamadan keyin shunday javob qaytarishibdi: “ Biz

bilmaymiz” parashut bilan va parashutsiz sakrashni qiyoslashga bag‘ishlangan randozimirlangan klinik tadqiqotlar (RKT) xozirgacha o‘tkazilgan emas!”... .

AG bilan bemorni olib borish bo‘yicha (Extimol butun xayot davomida), davolash qaysi darajada yoki shakllarda yoki sharoitlarda olib borishiga qaramasdan, iloji boricha, mavjud imkoniyatlardan , eng yuqori maqbul oqibatga etishish uchun mo‘ljal olinadi yoki unga bemorni olib borishni, ifodalash bo‘lsa, “iqtisodiy” , “ klinik” va “gumanistik” yo‘llari tutiladi. Buning uchun ESNO oqibatlari konsepsiyasidan foydalaniladi va gipotenziv davo o‘zgartiriladi yoki takomilliashtirilib davom ettiriladi. va/ yoki to‘xtatiladi. Klinik oqibat yoki qabul qilingan qaror yakuni(gipotezv terapiyani natijasi) ESNO (E= economic: iqtisodiy oqibatlar:S= Clinicas; klinik oqibatlari:NO=humanistic outcomes: gumanistik oqibatlar)oqibatlarini baxolash konsepsiyasi bo‘yicha baxolanadi:.

•**Iqtisodiy oqibatlar** – davolash taktikasi atrofidagi materialli va nomateriallli sarf-xarajatlar majmuasini anglatadi;. •**Klinik oqibatlar** – davolovchi shifokor tomonidan mijoz xolatida qayd qilingan ob‘ektiv o‘zgarishlar, qaysilari davolash jarayoni natijasi bo‘lib etishiladi va samarali xamda xavfsizlik ko‘rsatkichi bo‘lib xisoblanadi;. •**Gumanistik oqibatilari** – davolash jarayonini bemorning funksional xolati va xayoti sifatisifatiga ta’siri. Bemorni o‘zi-o‘zidagi “subektiv xissiyotlari bo‘yicha baxolaydi yoki bu ko‘rsatkich bemor bergan ma’lumotlar asosida baholanadi. U bir necha mezonlar bilan o‘lchanadi: jismoniy faollikni oshishi, og‘riq va azoblanishlarni kamayishi; «gipertonik bemor roli»dan ozod bo‘lish umumiy xolatni yaxshilanishi, qon bosimini ko‘tarilmay qolishi va x.k.

Xar qanday davolash algoritmi chuqur nazariy bilimlarga asoslanib foydalanilgandagina «fakel»ga aylanadi, u va /yoki IT “ko‘r” shifokorga (nazariy biliga ega bo‘lmagan shifokor nazarga tutilyapti) o‘sha yo‘l boshlovchi alangani berolmaydi.

Xulosadan xissa shuki, gipertonik bemorlarni olib borishda it va klinik tavsiyalar majburan kerak, lekin bu erdaongli anglangan yongdashuv kerak, chunki klinik qarorlar odamlar (shifokorlar) qabul qiladilar, isbotlar emas.

XXI asr kombinirlashgan antigipertenziv terapiya (AGT) asri deb ataladi, sababi- aksariyat xollarda zamonaviy AG 83 xususiyatlari bilan (komorbidfon asosida aksariyat uchrashi, rezistentli AGni ortganligi ko‘p omilli kasallik bo‘lib qolganligi va xakazo.) davolashni 2 ta, 3 ta va undan ortiq preparat bilan o‘tkazishni talab qiladi. To‘g‘ri mazmunli va yo‘nalishli kombinirlashgan preparatlar amaliyotga tavsiya etilgan.

Bunday kombinatsiyalarning ko‘pchilik klinistlar tomonidan, quyidagilarni qabul qildirilgan: noniprel (perindopril 2 mg + indapamid 0.635 mg), noliprel forte (perendopril 4 mg + indapamid 1.5 mg), Ko-Renitek(enalapril maleat 20 mg + gidroxlortiazid 12.5 mg) Ko-diovan (valsartan 80 mg + gidroxlortiazid 12.5 mg), Mikardis – Plyus (telmisartan + gidloxlortiazid 12.5 mg), Eksforj (amlodipin + valorsan, tabletkalar – 5/80 mg, 5 / 160 mg, 10/160 mg), Narka (verapamil 8YA1 180 mg + trandolapril 2 mg), Ekvator (amlodipin 5 mg + lizinopril 10 mg) va logitoks (metoprolol suksinat 47.5 mg + felodipin 5 mg).

Oxirgi paytlarda yangi yo‘nalish – “Polipill strategiyasi” gipertenziologiyada paydo bo‘ldi, uni ijobiy va salbiy tomonlari borligi uchun xali amaliy tibbiyotda to‘liq o‘z o‘rnini topganicha yo‘q. 1 ta kapsulada uchta AGP – Salisipat kislotasi kombinatsiyalangan: 1 kunda 1 tabletkasi ichishga bubriladi, tarti – faqat 55 yoshdan o‘tganlarda qo‘llaniladi va nafaqat ANda, balki xar qanday Yurak-qon tomir kasalliklarida buyuriladi. Samaraliligi – Yurak-kon tomir kasalliklari xavfini 80%ga etib kamaytiradi. Salbiy tomonlari- tarkibidagi aspirin individual xolatlar xisobga olinmasdan butin tarzda berilganligi uchun – uning foydasidan zarari ustunlik qila boshlaydi yoki etalinlar jiddiy nojuya ta’sirlari xam ko‘rsatiladi va/yoki “Yurak – qon tomir xatari”ni davolash konsepsiyasi etarlicha aks ettirilmagan. O‘ylaymiz-ki bunday davolash taktikasi – AGTning ertasidir (“Gopinill-1“ – (aspirin 100 mg + atenol 50 mg + ramiprill 5 mg + tiaoidli diuretik – 12,5 mg + spivastalin – 20 mg) jami 1 mg kapsulada va xar kuni 1 tadan 12 xafta gipertaniya ichiladi; “Polipill-2 : “” aspirin – 75 mg + simvastatin – 2 mg + lizinopril – 10 mg + gidroxlortiazid – 12.5 mg” – jami bitta kapsulada va kunda bitta ichiladi), xozirda polipilli davolash O‘zbekistonga kirib kelmagan.

IV BOB. ARTERIAL GIPERTENZIYA BILAN AMBULATOR BEMORlarni BOSHQARUV TAKTIKASI

4.1. Arterial gipertenziya sindromi

Arterial gipertenziya (ah) - sistolik qon bosimi 140 mm HG bo'lgan holat.va undan ko'p va / yoki diastolik qon bosimi 90 mm simob ustuniva boshqalar. Shu bilan birga, ushbu qiymatlar kun davomida tinch holatda olingan uch baravar ko'p o'lchovlar natijasida olinadi va bemor qon bosimini o'zgartirishi mumkin bo'lgan dori-darmonlarni qabul qilmadi. Agar ushbu gipertenziyaning sababi aniqlanmasa, u birlamchi, muhim, idiopatik deb ataladi. Agar AG ning asosiy sababini aniqlash mumkin bo'lsa, u ikkinchi darajali (simptomatik) hisoblanadi. Manbalarga ko'ra, kattalar aholisining 30-40 foizi bunday kasallikdan aziyat chekmoqda.

Yoshi bilan, 65 yoshdan oshgan odamlarda progressiv tarmoq 60-70% ga etadi. 50 yoshgacha AG erkaklarda, 50 yoshdan keyin ayollarda tez-tez uchraydi. AG ning barcha shakllari orasida yumshoq va o'rtacha darajadagi AG taxminan 70-80% ni tashkil qiladi, boshqa hollarda aniq AG kuzatiladi. The qaramligipr arterial darajaga bog'liqqipertenziyapervichnagipertoniya turli yo'llar bilan sodir bo'lishi mumkin. Ba'zilar bosh og'rig'idan azob chekishadi, boshqalarida kasallik hech qanday tarzda o'zini namoyon qilmaydi va shifokor tomonidan tekshirilganda tasodifan topiladi.

Arterial gipertenziya sindromi-bemorda uzoq vaqt davomida yuqori qon bosimi bo'lgan buzilgan holat. Tonometr yordamida ushbu holatni o'zingiz kuzatishingiz mumkin. Gipertenziya yurak xuruji va qon tomirlarining rivojlanishiga olib kelishi mumkin, ammo agar siz davolanishni o'z vaqtida boshlasangiz, qon bosimini normallashtirish va asoratlari xavfini kamaytirish mumkin bo'ladi. Arterial gipertenziya atama sifatida qon bosimining oshishi hisoblanadi.

Agar ma'lum bir nozologiya ushbu sindromni shakllantirsa, gipertenziyaning miqdoriy parametrlari farq qilishi mumkin. Ma'lumki, agda tashxis qo'yishning aniqligi, dori terapiyasining etarliligi va xavfsizligi asosan qon bosimi (BP) darajasini o'lchashning ob'ektivligi bilan belgilanadi. Klinik amaliyotda ahamiyati

yaxshilanishda davom etayotgan istiqbolli tadqiqot usullaridan biri qon bosimini kunlik monitoring qilish (SMAD) edi. Ushbu tadqiqotni o'tkazish uchun ko'rsatmalar AG mavjudligini aniqlashtirish va antihipertenziv terapiyaning ta'sirini baholashdir. SMADNI o'rganish bo'yicha ishlarning asosiy yo'nalishlari ko'rsatkichlar uchun norma chegaralarini belgilash; an'anaviy ravishda o'lchanadigan qon bosimi va SMAD parametrlari o'rtasidagi munosabatlarni o'rnatish; SMADning prognostik qiymatini aniqlash.

Arterial gipertenziyani differentsial tashxislashda qon bosimini kunlik monitoring qilish usuli etarli darajada qo'llanilmaydi. "Rossiya Federatsiyasida arterial gipertenziyaning oldini olish va davolash" federal maqsadli dasturida (2001) arterial gipertenziyani tashxislashning yangi samarali usullarini yaratish bo'yicha ilmiy-tadqiqot ishlarini olib borish vazifalardan biridir [6]. Shuni inobatga olgan holda, biz turli xil kelib chiqadigan arterial gipertenzialarni differentsial diagnostikasida qon bosimini kunlik monitoringini qo'llash imkoniyatini baholashni maqsadga muvofiq deb topdik.

Arterial gipertenziya mustaqil nozologik birlik sifatida (muhim yoki birlamchi gipertenziya) — bu ma'lum bir etiologiya va patogenezga ega bo'lgan kasallik bo'lib, unda qon bosimining boshidanoq ko'tarilishi asosiy va etakchi belgi bo'lib, u boshqa organlar va tizimlarning patologiyasi bilan bog'liq emas. Bundan farqli o'laroq, simptomatik (ikkilamchi) gipertenziya - bu boshqa (asosiy) kasallikning simptomlaridan biri sifatida qon bosimining ko'tarilishi (Gloma — rulonefrit, buyrak arteriyasi stenozi, aorta etishmovchiligi va boshqalar).

Arterial gipertenziya sindromining asosiy shikoyatlari: bosh og'rig'i-ko'pincha oksipital yoki parietal mintaqalarda, kunning ikkinchi yarmida qayd etilgan, tabiatan-pulsatsiyalanuvchi yoki siqish; bosh aylanishi; ko'rishning o'zgarishi (ko'zlar oldida "chivinlarning uchishi", ko'zlar oldida dog'lar va doiralar paydo bo'lishi, ko'rishning pasayishi); chap prekardial mintaq. Ushbu shikoyatlar qon bosimi pasayganidan keyin to'xtatiladi.

Ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari:

1. Tekshirish va palpatsiya: bemorlar ko'pincha giperstenik tuzilishga ega, yuqori ovqatlanish, yuz giperemik; apikal surish to'kilgan, chidamli, chapga, ba'zan esa VI interkostalgacha pastga siljiydi; arterial puls to'ldirishda - to'liq, kuchlanishda — qattiq.

2. Perkussiya: yurakning nisbiy xiraligining chap chegarasi chap qorincha kengayishi tufayli v yoki VI interkostal bo'shliqlarda chapga siljiydi — yurakning aorta konfiguratsiyasi hosil bo'ladi.

3. Auskultatsiya: tepadagi i ohang zaiflashadi, aor - toy ustidagi II ohang aksenti. Yurakning aorta konfiguratsiyasi hosil bo'lganda, mitral qopqoqning haddan tashqari etishmovchiligi tufayli funktsional sistolik shovqin tepada eshitilishi mumkin.

4.2. Maqsadli organlarning shikastlanishini aniqlashning instrumental usullari:

1. Rentgenologik: aorta siqilgan va kengaytirilishi mumkin. Yurak-LV bo'shlig'ining kengayishi tufayli aorta konfiguratsiyasi.

2. EKG: LV gipertrofiyasi uchun ma'lumotlar va lv ning sistolik ortiqcha yuklanishining belgilari mavjud.

3. Ekokardiyografi: LV gipertrofiyasi va kengayishi uchun ma'lumotlar; LV ning dia - stolik va sistolik funktsiyalarining buzilishi.

4. Fundus: retinal arteriyalar va arteriolalar toraygan, odatdagidan ko'ra tekisroq yo'lga ega; tomirlar kengaygan, burishgan (ularning makula sohasidagi burishishi Gvistning simptomidir). Arteriya devori siqilgan bo'lib, u asosiy tomirni bosadi va xoch joyida uning torayishiga olib keladi ("xoch" yoki I darajali Gunn–Salus simptomi). Kelajakda xoch sohasidagi tomirning shishishi (II daraja) paydo bo'ladi, so'ngra retinaning chuqurligiga botganligi sababli (III bosqichda) xoch joyida yo'qoladi. Arteriolaning juda aniq torayishi bilan u oqarib ketadi va kumush simga o'xshaydi ("kumush simning simptomi"). Kamroq tez-tez "mis simning simptomi" mavjud.

5. Qon bosimini tonometr yordamida Korotkov usuli bilan o'lchash (jadval. 2).

Ishchi qon bosimi darajalarining tasnifi (EOAT/EOK mutaxassislari, 2003)

QB kategoriyadi	Sistolik QB (mm sim. ust.)	Diastolik QB (mm sim. ust.)
Optimal	120 dan past	80 dan past
Oddiy	120–129	80–84
Yuqori normal	130–139	85–89
I darajali arterial gipertenziya	140–159	90–99
II darajali arterial gipertenziya	160–179	100–109
III darajali arterial gipertenziya	180 dan baland yoki teng	110 dan baland yoki teng
Izolyatsiya qilingan sistolik arterial gipertenziya	140 dan baland yoki teng	90 dan past

6. Qon bosimini kunlik monitoring qilish (QBKMQ) arterial gi — pertensiyani o'rnatish usullaridan biridir. Yevropaning yetakchi tadqiqotchilarining (E. O'Brien, J. Staessen, 1996) ma'lumotlariga ko'ra, QBKMQ davomida olingan qon bosimi darajasining normal qiymatlari:

- kuniga - 130/80 mm HG dan kam. san'at;
- kuniga - 140/90 mm HG dan kam. san'at;
- bir kechada-120/70 mm HG dan kam. san'at

Arterial gipertenziyani tashxislash uchun QBKMQ ko'rsatkichlaridan biri bu" gipertenziya vaqti indeksi " — bu qon bosimi darajasi alohida vaqt davri uchun kritik darajadan yuqori bo'lgan vaqt foizi. Sog'lom odamlarda gipertenziya vaqti

indeksi 10-25 %, chegara holati 26-49 %, barqaror arterial gipertenziya bilan - kunduzi va kechasi 50% va undan ko'p.

7. Buyraklarning funktsional holatini aniqlash-glomerulyar filtratsiyaning (BGFA) o'sishi Kokroft formulasi bo'yicha hisoblanadi: $GFR \approx 88 \times (140 - \text{yillardagi yosh}) \times \text{tana vazni kg}$

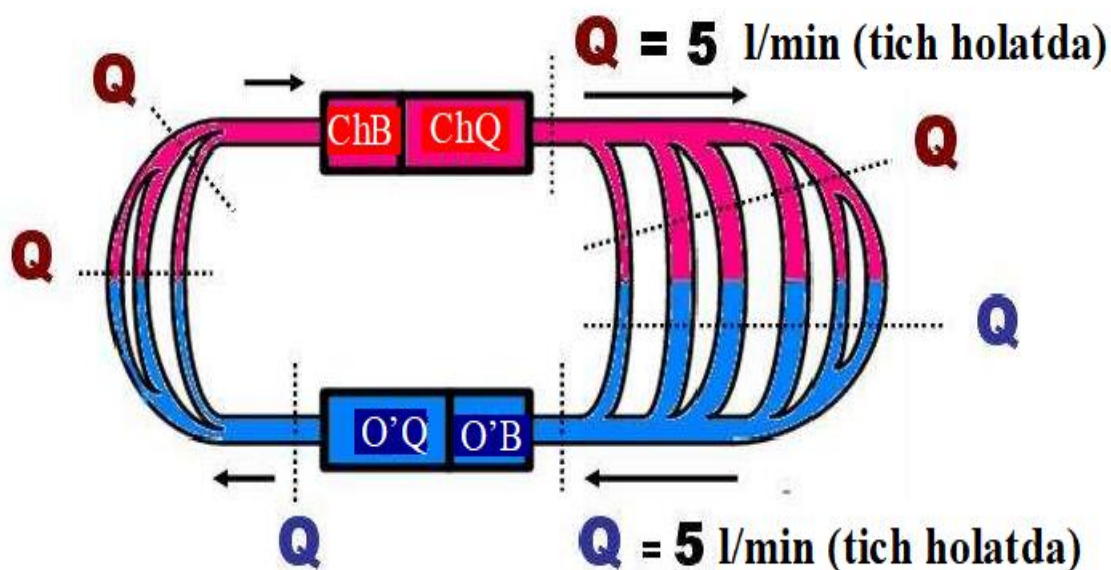
$\text{Mmol/l} \times 72$ sarum kreatinin darajasi

- arteriyalarni ultratovush tekshiruvi-karotid arteriyaning "intima-media" kompleksining qalinligini aniqlash kerak (odatda 0,9 mm dan kam);

- aterosklerotik blyashka mavjudligi uchun asosiy arterial so'rg'ichlarni ultratovush tekshiruvi;

- miya tomirlari (arteriyalar va tomirlar) qon bilan to'ldirilishini baholash uchun reoensefalografiya;

- Markaziy gemodinamikaning o'rganish (jadval. 3) ta'rifi bilan impe-Dance pletismografiya usuli bilan: Serd - CA ning zarba hajmi (UO) — normal 65-100 ml; qonning minut hajmi (mo) — normal 4,5–6,5 l/min; sistolik indeks (si) — normal 2,2–3,7 l/min/m²; umumiy periferik qon tomir qarshiligi (oo) - normal Opss) normal 11001900 din/s/sm 5; lv (LV) to'ldirish bosimi normal 1218 mm rt. san'at



Rasm.8. Markaziy gemodinamikaning sxemasi

Markaziy gemodinamikaning turlari

Gemodinamika tipi	Ko'rsatgichlar		
	SI (л/min/m2)	OPSS (din/c/cm-5)	DNJL (mm. sim.ust)
Normokinetik	2,2–3,7	1100–1900	12–18
Giperkinetik	Baland 3,7	Past 1100	12–18
Gipokinetik	Past 2,2	Baland 1900	12–18
Gipokinetik turg'unlik	Past 2,2	Baland 1900	Baland 18
Gipokinetik gipovolemik	Past 2,2	Baland 1900	Past 12

Arterial gipertenziya uchun bemorlarning shifokorga ketma - ket ikki tashrifi davomida aniqlangan qon bosimi 140/90 mm sim.ustga teng yoki undan yuqori bo'lgan holatlar qabul qilinadi.

Gipertenziya bosqichlari: I bosqich muhim arterial gipertenziya bilan og'rigan bemorlarning 70-75 foizida qayd etiladi. Ko'pgina bemorlarda shikoyatlar yo'q yoki ular mavjudasosan psixo-emotsional holat bilan bog'liq. Darajasi taxminan mos keladigan qon bosimining ko'tarilishi arterial gipertenziyaning engil shakli, maqsadli organlarning shikastlanishining ob'ektiv belgilari bilan birga kelmaydi. Gemodinamikadagi o'zgarishlarning tabiati ko'p hollarda giperkinetik turga to'g'ri keladi. Mumkin pontannayanormalizatsiya qon bosimi.

Bemorlarning katta qismida kasallik 15-20 yil yoki undan ko'proq vaqt davomida i bosqichda barqaror stabilizatsiya bilan ozgina progressiv kursga ega. Shunga qaramay, bunday prognozlar uchun bashorat qilish mumkin emas. O'tkazilgan tadqiqotlar natijasida bunday bemorlarda yurak etishmovchiligining rivojlanish xavfi 6 baravar, insult — 3-5 baravar, o'linga olib keladigan miokard

infarkti — 2-3 baravar ko'payganligi aniqlandi. Umuman olganda, o'lim darajasi normal qon bosimi bo'lgan odamlarga qaraganda 5 baravar yuqori edi. Qon bosimining II bosqichi taxminan o'rtacha arterial gipertenziyaga to'g'ri keladi. Kasallik ba'zi bir bemorlarda asemptomatikdir, ammo tekshiruvda chap qorincha gipertrofiyasi tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'lgan organlarning shikastlanish belgilari aniqlanadi va gipertonik inqirozlar ham xarakterlidir. Smoky tahlillarida o'zgarishlar kuzatilmaydi, ammo inqirozdan keyin 1-2 kun ichida kichik vaqtinchalik proteinuriya va eritrotsituriya qayd etilishi mumkin. Glomerulyar filtratsiyaning o'lchovli pasayishi va ikkala buyrak funktsiyasining nosimmetrik pasayishi belgilari mumkin.

Kasallikning III bosqichinafaqat arterial gipertenziya bilan, balki birgalikda aterosklerozning jadal rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan qon tomir asoratlari bilan bog'liq. Buni o'qish kerakpr miyokard infarkti va qon tomirlari rivojlanishi bilan qon bosimi, ayniqsa sistolik qon bosimi, UOSNING pasayishi tufayli tez-tez doimiy ravishda pasayib borishi bilan tavsiflangan "boshi kesilgan" gipertenziya mavjudligi. JSST ta'kidlashicha, bemorda muhim arterial gipertenziya rivojlanishi bilan miokard infarkti, kardioskleroz, angina pektoris va konjestif yurak etishmovchiligi, tashxisda birinchi o'ringa chiqadigan asosiy kasallik YuIK hisoblanadi. Shunday qilib, III bosqichda muhim arterial gipertenziya klinik tashxisda qayd etilmaydi.

4.3. Arterial gipertonoya bilan og'rigan bemorlarni davolash.

Ah bilan og'rigan bemorlarni davolashning asosiy maqsadi ah asoratlari rivojlanish xavfini maksimal darajada kamaytirishdir: o'limga olib keladigan va o'limga olib kelmaydigan CVD, CVB va KKD. Ushbu maqsadga erishish uchun quyidagilar talab qilinadi: qon bosimini maqsadli darajaga tushirish, barcha o'zgartirilishi mumkin bo'lgan xavf omillarini tuzatish (chekish, dislipidemiya, giperglikemiya, semirish va boshqalar), oldini olish, rivojlanish tezligini sekinlashtirish va/yoki maqsadli organlarning shikastlanishining og'irligini (regressiyasini) kamaytirish, mavjud yurak-qon tomir, serebrovaskulyar va buyrak

kasalliklarini davolash. Ah bilan og'rigan bemorlar uchun maqsadli qon bosimi darajasi

20-asrning oxirida tibbiyotda ikkita muhim voqea yuz berdi, bu ko'p yillar davomida ko'plab bemorlarning taqdirini belgilab berdi. Aslida, arterial gipertenziya haqidagi g'oyalarimizda to'ntarish sodir bo'ldi. Birinchidan, biz "ish" bosimi yo'qligini bilib oldik; ikkinchidan, qon bosimining ko'tarilishi har doim ham boshning orqa qismidagi bosh og'rig'i bilan namoyon bo'lmasligi aniq bo'ldi. Ma'lum bo'lishicha, qon bosimining ko'tarilishining aksariyat holatlari asemptomatikdir. Bu shuni anglatadiki, arterial gipertenziyaning tarqalishi avvalgiga qaraganda ancha yuqori. Bu, shuningdek, arterial gipertenziyani erta aniqlash uchun hech narsadan shikoyat qilmaydigan sog'lom odamlar uchun qon bosimini tez-tez o'lchash zarurligini anglatardi.

Arterial gipertenziya bilan og'rigan bemorlarni tashxislash, davolash va boshqarishga zamonaviy yondashuvlar ko'plab istiqbolli tadqiqotlarni tahlil qilish natijasida shakllandi. Shu tarzda olingan ma'lumotlar ushbu kasallikka bo'lgan nuqtai nazarni butunlay o'zgartirdi. Asosida ushbu ma'lumotlar arterial gipertenziyaning yangi tasnifini ishlab chiqdi, an-tigipertenziv terapiyada "qon bosimini pasaytirishning maqsadli darajalari" va ah bilan og'rigan bemorlarda "yurak-qon tomir asoratlari rivojlanish xavfining tabaqalanishi" tushunchalarini aniqladi; dori preparatisiz bo'lmagan va dori preparatisiz moddalarni davolash tamoyillari, shu jumladan turli xil xususiyatlarga ega bemorlarda shakllantirildi. Shu asosda jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) va arterial gipertenziya muammolari bo'yicha xalqaro jamiyat (MOAG) mutaxassislari arterial gipertenziyani tashxislash, oldini olish va davolash bo'yicha qo'llanma tayyorladilar [1].

Afsuski, bu diagnostik xatolarga olib keladi. Bruce va boshqalar qiziq bir misol keltirdilar. [7] British Heart Study ma'lumotlariga ko'ra. Qon bosimini o'lchash ko'nikmalarini o'rgatish bo'yicha o'quv seminaridan so'ng darhol hamshiralar bir xil bemorlarda deyarli bir xil natijalarga erishdilar. Biroq, 6 oydan so'ng, uch xil opa-singillar tomonidan olingan standart va ko'rsatkichlar o'rtasidagi

farq deyarli 20 mmHg ni tashkil etdi. san'at.! Bunday xato noto'g'ri dori-darmonlarga olib kelishi aniq. Qon bosimini o'lchashda harakatlar ketma-ketligi refleks darajasida ishlab chiqilishi kerak. Va manjetning to'g'ri joylashishi, uning kattaligi, bemorning bo'shashgan holati, har qanday jismoniy mashqlardan keyin dam olish (hatto uchinchi qavatdagi shifokor xonasiga etib borgan bo'lsa ham) yoki chekish kabi majburiy shartlarni e'tiborsiz qoldirmang.

AG tashxisi qo'yilgandan so'ng, uning tabiati aniqlanadi — ya'ni ikkilamchi yoki simptomatik gipertenziya chiqarib tashlanadi. Keyin kasallikning og'irligi baholanadi yoki boshqacha qilib aytganda, xavf tabaqalanishi amalga oshiriladi: biologik va turmush tarzi bilan bog'liq yurak-qon tomir kasalliklari (KVH) uchun xavf omillari mavjudligini aniqlang; maqsadli organlarning holatini baholang; gipertenziya bilan bog'liq klinik holatlar aniqlanadi. Shunday qilib, barcha zarur anamnestik ma'lumotlar, fizik, laboratoriya va qo'shimcha tadqiqotlar kerak yo'l-yo'riq arterial gipertenziyani tashxislash, oldini olish va davolash bo'yicha milliy ko'rsatmalarga muvofiq, to'liq qon va siydik tekshiruvi majburiydir; qon plazmasidagi glyukoza (och qoringa), kreatinin, siydik kislotasi, kaliy; lipidogramma; elektrokardiogramma (EKG); tadqiqot fundus; ekokardiyogram (uni amalga oshirish mumkin bo'lgan joyda). Bundan tashqari, agar resurslar mavjud bo'lsa, ko'krak qafasi rentgenografiyasi o'tkazilishi mumkin; Buyrak va buyrak usti bezlarining ultratovush tekshiruvi; brakioyosefalik va buyrak arteriyalarining ultratovush tekshiruvi; qon zardobidagi C-reaktiv oqsil (CRP) miqdori miqdoriy usulda; bakteriuriya uchun siydikni tahlil qilish, protein-RIA miqdorini aniqlash; mikroalbuminuriyani (MAU) aniqlash (diabet mavjud bo'lganda majburiydir). O'rtacha, ah bilan og'rigan bemorlarda MAU tarqalishi 19,8% ni tashkil qiladi [8].

Ikkilamchi gipertenziyaning eng keng tarqalgan sabablari qon tomir kasalliklari va buyrak parenximasi, Itenko — Kushing sindromi (kasalligi), feoxromotsitoma, birlamchi giperal-dosteronizm (Konn sindromi), aorta koarktatsiyasi. Parenximal renal gipertenziyaning keng tarqalgan sabablari polikistik, burishgan buyrak, gidronefroz, qon tomir — tug'ma qon tomir

anomalialari, fibromuskulyar displazi, buyrak arteriyalarining aterosklerozi. Agar anamnez va fizik ma'lumotlarni to'plash jarayonida gipertenziyaning ikkilamchi tabiati haqida shubha tug'lsa, unda ko'proq tadqiqotlar o'tkazish kerak. Ko'pincha, agar kasallik yoshligida boshlangan bo'lsa, kasallikning boshida qon bosimi 180 mm HG dan oshsa, bu haqda o'ylashingiz kerak. , shuningdek, AG ning terapiyaga chidamliligi bilan. Gipertenziya itoat qilishni to'xtatganda, keksa odamlarda holatning dekompensatsiyasiga e'tibor berish kerak ilgari tanlangan terapiya-ko'pincha tomirning torayishi muhimlashganda buyrak arteriyasining aterosklerozi sabab bo'lishi mumkin.

Endokrin gipertenziya kortizol, katekolaminlar, aldosteron sekretsiasining buzilishi bilan bog'liq va buyrak usti bezlari yoki gipofiz bezining shikastlanishi bilan bog'liq. Tashxis qo'shimcha tadqiqot usullari yordamida aniqlanadi: katexolaminlar va ularning metabolitlari plazmasidagi tarkibni aniqlash; kunlik siydikda katekolaminlar metabolitlarini aniqlash; sarum natriy, kaliy, plazma renin faolligi, plazma Aldo-steron konsentratsiyasi, aldosteron, natriy miqdori kunlik siydikda; natriy tarkibidagi uch kunlik dietadan so'ng plazma renin faolligi 200 meq; kundalik siydikda erkin Kortizolni aniqlash.

Arterial gipertenziya bilan og'rigan har qanday bemorni davolashning maqsadi yurak — qon tomir asoratlari va ulardan o'lim xavfini maksimal darajada kamaytirishdir. Bu dorilarni tanlashni belgilaydigan strategiya. Maqsadli qon bosimiga erishish kerak, ya'ni. va xavf omillarini yo'q qilish. Qandli diabet, buyrak kasalligi bilan og'rigan bemorlarda maqsadli qon bosimi 130 va 80 mm HG dan kam bo'lishi kerak. AG bilan og'rigan bemorlarni davolash taktikasi individual ravishda belgilanadi va hayot sifatini yaxshilashga, kasallik alomatlarini yo'q qilishga qaratilgan. Shuni ta'kidlash kerakki, hozirgi vaqtda barcha yurak-qon tomir kasalliklarini davolashda shunga o'xshash terapevtik yondashuv qo'llaniladi: strategiya — omon qolish va o'limni yaxshilash, taktika — simptomlarni yo'q qilish. Har qanday xavf darajasiga ega bo'lgan bemorni boshqarish uchun zaruriy shart-bu turmush tarzi va odatlarini doimiy va intensiv ravishda dori preparatisiz bo'lmagan tuzatish. Agar u samarasiz bo'lsa, xavf omillarini dorilar yordamida yo'q

qilish kerak. Antihipertenziv terapiya xavfni baholash, maqsadli organlarning shikastlanishi, qo'shma kasalliklarni hisobga olgan holda buyuriladi va qoida tariqasida ikkita, uchta preparatni o'z ichiga oladi. Ushbu holat, ayniqsa, Rossiya uchun juda muhimdir, bu erda bemorlar shifokorga kech kelishadi va birinchi tashriflarda ular yuqori xavf, qo'shma kasalliklar va qon bosimining yuqori darajasiga ega.

Gipertenziyani davolashda "qattiq" va "yumshoq" yondashuvlarning samaradorligini aniqlagan eng mashhur tadqiqotlardan biri bu HOT ("gipertenziyani Optimal davolash" yoki "gipertenziyani optimal davolash"). Unda 26 mamlakatdan 50-80 yoshdagi 18790 erkak va ayol ishtirok etdi. O'rtacha kuzatuv muddati 3,8 yilni tashkil etdi. Bemorlar maqsadli darajaga qarab 3 guruhga bo'lingan diastolik-kim (dad) qon bosimi: 90 mm HG dan kam. , 85 mm HG dan kam. , 80 mm HG dan kam. maqsadli qon bosimi 85 mm HG dan kam bo'lgan bemorlarda. va 80 mm HG dan kam. san'at dad 90 mmHg dan kam bo'lgan guruhga nisbatan hayot sifatining sezilarli yaxshilanishi qayd etildi. davolanishdan keyin qon bosimi qanchalik past bo'lsa, tadqiqot ishtirokchilari hayot sifati shunchalik yuqori bo'ladi. Barcha yurak-qon tomir asoratlari (o'limga olib keladigan va o'limga olib kelmaydigan qon tomirlari va miokard infarktlari) xavfining optimal pasayishi diastolik qon bosimi 83 mm simob ustuni darajasida qayd etildi. shunday qilib, "ishlaydigan qon bosimi" yoki "yoshga bog'liq" qon bosimi tushunchalari tibbiy tushunchalardan chiqarib tashlandi. Arterial gipertenziya bilan har qanday yoshdagi bemorni davolashning maqsadi qon bosimining maqsadli darajasiga erishishdir — 140 va 90 mm HG dan kam. 65 yoshdan oshgan deyarli barcha odamlarda uchraydigan izolyatsiya qilingan sistolik gi-pertenziya ham davolanishi kerak [2].

Davolash ushbu patologiyani davolash uchun turmush tarzini diqqat bilan kuzatib borish kerak. Birlamchi gipertenziyani bartaraf etish dori preparatisiz bo'lmagan va dori terapiyasidan iborat. Dori-darmonsiz davolash usullari ko'rsatilgan AG sindromining dastlabki bosqichlarida. Agar yaxshilanish bo'lmasa, dorilar buyuriladi. Dori preparatisiz bo'lmagan terapiya turmush tarzini

o'zgartirish: 1.Chekish va spirtli ichimliklardan voz kechish. 2. To'g'ri ovqatlanish. Zararli oziq-ovqat mahsulotlarini chiqarib tashlaydigan ma'lum bir parhez tuziladi: shirin ,sho'r, qovurilgan va boshqalar..

Ratsionda yangi meva, sabzavot, don, don va sut mahsulotlari ustunlik qilishi kerak.Oziq-ovqat fraksiyonel bo'lishi kerak,ya'ni mavjud kuniga 4 dan 6 martagacha. 3.Jismoniy faollikni oshirish. Ertalab mashq qilish,yoga,Pilates va Shimoliy yurish kabi engil jismoniy mashqlar buyuriladi.Har qanday mashqlarni bajarishga hech qanday kontrendikatsiyalar bo'lmasa, yotoq rejimiga rioya qilish bo'yicha ko'rsatma bo'lmasa ruxsat beriladi. 4. Tinch psixo-emotsional holatni saqlash. Agar kerak bo'lsa, psixolog va psixoterapevt bilan terapiya buyuriladi . Dori preparatisiz moddalarni davolash Ace inhibitörleri (kaptopril, enalapril, lisinopril) eng ko'p ishlatiladigan dorilar. Ular asorat ehtimolini kamaytiradi, bemorlar tomonidan tinchgina muhosaba qilinadi va uzoq vaqt davomida qabul qilinishi mumkin.

Ular, ayniqsa, yurak va buyrak patologiyasi uchun ko'rsatiladi, qarilikda, homiladorlik paytida, uglevod va yog ' almashinuvining buzilishlarida foydalanish uchun xavfsizdir. Angiotensin II retseptorlari blokerlari (losartan, valsartan) birlamchi gipertenziya uchun eng zamonaviy dorilar guruhlaridan biridir. Ularning ta'siri tanlangan, shuning uchun ular yon ta'sirga ega emaslar diuretiklar (gidroxlorotiyazid, veroshpiron, furosemid, torasemid)diuretiklar uzoq muddatli qabul qilish uchun ham, gipertenziv inqirozni to'xtatish uchun ham ko'rsatiladi. Ular boshqa guruhlardagi dorilar bilan birgalikda antihipertenziv dorilarning bir qismi bo'lishi mumkin. Kaltsiy antagonistlari (amlodipin, diltiazem, verapamil) qon tomir devorlarining bo'shashishiga yordam beradi, chunki spazm AG patogenezing asosiy bo'g'ini hisoblanadi.

Ularda borfoydalanishlaryurak tomirlari kasalligi, ritm buzilishi, og'ir miokard gipertrofiyasi bo'lgan bemorlar uchun. Beta-blokerlar (atenolol, metoprolol) bosimni pasaytiradi, miyokarddagi yukni kamaytiradi, angina pektorisida analjezik ta'sirga ega, yurak ritmini normallashtiradi, shuning uchun ular odatda SAPR,taxyaritmiya, kardioskleroz uchun buyuriladi. Biroq, ular diabet,

semirish va boshqa metabolik kasalliklar uchun mos kelmasligi mumkin. 14 ro'yxatda keltirilgan guruhlar qo'shimcha ravishda, nootro-ni tayinlash mumkin ro'yxatda keltirilgan guruhlar qo'shimcha ravishda, nootropik dorilarni diskirkulyatsion gipertenziv ensefalopatiya belgilari, miyokarddagi o'zgarishlar bilan vitaminlar va mikroelementlar, yuqori darajadagi stress va hissiy qobiliyat bilan Sedativlar uchun buyurish mumkin.

O'simlik ekstraktlarini, antihipertenziv xususiyatlarga ega choylarni qabul qilishga ruxsat beriladi, ammo siz an'anaviy tibbiyot bilan shug'ullanmasligingiz kerak – o'simliklarni davolash shifokor tomonidan tayinlangan dori terapiyasini almashtirmaydi.

Epidemiologik tadqiqotlar asosida shakllangan arterial gipertenziya haqidagi zamonaviy g'oyalar "maqsadli" qon bosimi kabi tushunchalarni o'z ichiga oladi, bu barcha yoshdagi bemorlar uchun bir xil — 140 va 90 mm simob ustuni. qandli diabet bilan og'rigan bemorlar uchun maqsadli qon bosimi 130 va 80 mm HG dan kam bo'lishi kerak. va "xavfni kamaytirish", "KVH rivojlanish xavfini va ularning asoratlarni baholash".

AGning tarqalishi juda katta, bu qisman aholining sog'lom turmush tarzi tamoyillari to'g'risida xabardor emasligi va ularga yomon rioya qilinishi bilan izohlanadi. Aseptomatik AG kursi, uning yuqori tarqalishi va asoratlarning tez rivojlanishi birlamchi tibbiy yordam bosqichida ikkilamchi (erta aniqlash) va uchinchi darajali profilaktika choralarini muntazam ravishda amalga oshirishni talab qiladi. AG bilan og'rigan bemorni umumiy amaliyot shifokori bilan davolash va davolash bo'yicha chora-tadbirlar majmui yurak-qon tomir kasalliklari asoratlari rivojlanish xavfini baholashni, qon bosimi 140/90 mm HG dan pastgacha davolanishni o'z ichiga oladi. san'at yoki 130/80 mm HG dan kam. ; turmush tarzini o'zgartirish; dori terapiyasi; bemorni o'qitish orqali shifokor tavsiyalarining bajarilishini ta'minlash. Tibbiy tavsiyalarining qoniqarsiz bajarilishining sabablarini aniqlash kerak va ularni bartaraf etish uchun direktiv bo'lmagan maslahat, bemorlarni individual va guruhli o'qitish usullaridan foydalanish kerak.

4.4. Arterial gipertoniya bilan og'rigan dori-darmon va dori preparatisiz davolash

AG bilan og'rigan barcha bemorlarda qon bosimini maqsadli darajaga bosqichma-bosqich kamaytirishga erishish kerak. Ayniqsa, keksa odamlarda va miyokard infarkti va miya qon tomirlari bo'lgan bemorlarda qon bosimini kamaytirish kerak. Belgilangan dori-darmonlarni tanlash va miqdori qon bosimining boshlang'ich darajasiga, organlarning shikastlanishiga, xavf omillariga va qo'shma kasalliklar va sharoitlarga bog'liq. Agar qon bosimining 1–darajali ko'tarilishi bilan va xavf omillari bo'lmagan taqdirda, monoterapiya fonida bemorlarning deyarli yarmida maqsadli qon bosimiga erishish mumkin bo'lsa, u holda 2 va 3-darajali AG va maqsadli organlarning shikastlanishi, bog'liq klinik holatlar, diabet va metabolik sindrom ko'p hollarda 2 yoki hatto 3 kombinatsiyasi talab qilinishi mumkin dorilar. AG boshlang'ich terapiyasining 2 strategiyasidan foydalanish tavsiya etiladi (2-jadvalga qarang): monoterapiya va past dozali kombinatsiyalangan terapiya, so'ngra kerak bo'lganda dori miqdori va/yoki dozalarini oshirish. Davolash boshlanishida monoterapiya qon bosimi biroz ko'tarilgan va past yoki o'rta xavfli bemorlar uchun tanlanishi mumkin. Yurak–qon tomir asoratlari xavfi yuqori yoki juda yuqori bo'lgan 2-3 darajali ah bilan og'rigan bemorlarda ikkita past dozali dorilarning kombinatsiyasi afzalroq bo'lishi kerak. Monoterapiya bemor uchun maqbul dori topishga asoslangan; kombinatsiyalangan terapiyaga o'tish faqat ikkinchisining ta'siri bo'lmagan taqdirda maqsadga muvofiqdir. Davolashning boshida past dozali kombinatsiyalangan terapiya turli xil ta'sir mexanizmlari bilan dorilarning samarali kombinatsiyasini tanlashni o'z ichiga oladi. Ushbu yondashuvlarning har biri o'zining afzalliklari va kamchiliklariga ega. Past dozali monoterapiyaning afzalligi shundaki, agar dori muvaffaqiyatli tanlangan bo'lsa, bemor boshqa dori ichmaydi. Shu bilan birga, monoterapiya strategiyasi shifokordan dori-darmonlarni va ularning dozalarini tez-tez o'zgartirib turadigan bemor uchun optimal antihipertenziv vositani sinchkovlik bilan izlashni talab qiladi, bu esa shifokor va bemorni muvaffaqiyatga bo'lgan ishonchidan mahrum qiladi va natijada bemorlarning davolanishga bo'lgan

sadoqatining pasayishiga olib keladi. Bu, ayniqsa, 1 va 2 darajali ah bilan og'rigan bemorlar uchun to'g'ri keladi, ularning aksariyati qon bosimining ko'tarilishida noqulaylik sezmaydi va davolanishga undamaydi.

Kombinatsiyalangan terapiya bilan, aksariyat hollarda, turli xil ta'sir mexanizmlariga ega dori – darmonlarni tayinlash, bir tomondan, maqsadli qon bosimiga tez-tez erishishga imkon beradi, boshqa tomondan, kiruvchi ta'sirlar sonini kamaytiradi. Antihipertenziv dorilarning qat'iy birikmalarini bitta tabletkada qo'llash ayniqsa foydalidir, bu bemorlarning davolanishga bo'lgan sadoqatini sezilarli darajada oshiradi. Kombinatsiyalangan terapiyaning salbiy tomoni shundaki, ba'zida bemorlar kerak bo'lmagan dori-darmonlarni qabul qilishlari kerak. Qon bosimi $\geq 160/100$ mm HG bo'lgan bemorlar uchun CSO xavfi yuqori va juda yuqori bo'lgan, davolanish boshlanishida to'liq dozali kombinatsiyalangan terapiyani buyurish afzaldir. Agar 2 ta preparatni qo'llash bilan qon bosimini nazorat qilish imkoni bo'lmasa, bu holatlarda 3 yoki undan ortiq dorilarning kombinatsiyasi buyuriladi. Uzoq muddatli antihipertenziv terapiya uchun bitta dozada 24 soatlik qon bosimini nazorat qilishni ta'minlaydigan uzoq muddatli dorilarni qo'llash kerak. Bunday dorilarning afzalliklari bemorlarning davolanishga ko'proq rioya qilishlari, qon bosimining kamroq o'zgaruvchanligi va natijada qon bosimini barqaror nazorat qilishdir. Kelajakda AG terapiyasiga bunday yondashuv xavfni yanada samarali ravishda kamaytirishi kerak asoratlarni rivojlanishi va maqsadli organlarga zarar etkazilishining oldini olish.

AG uchun dori-darmon va dori preparatisiz bo'lmagan terapiya ah bilan og'rigan bemorlarni davolashning asosiy maqsadi ah asoratlari rivojlanish xavfini maksimal darajada kamaytirishdir: o'limga olib keladigan va o'limga olib kelmaydigan CVD, CVB va CKD.

Ushbu maqsadga erishish uchun qon bosimini maqsadli darajaga tushirish, barcha o'zgartirilgan FR (chekish, dislipidemiya, giperglikemiya, semirish va boshqalar) ni tuzatish, rivojlanish tezligini oldini olish/sekinlashtirish va/yoki pom zo'ravonligini (regressiyasini) kamaytirish, shuningdek 10 mavjud yurak-qon tomir, serebrovaskulyar va buyrak kasalliklarini davolash. Davolash taktikasi

to'g'risida qaror qon bosimining boshlang'ich darajasiga va umumiy yurak-qon tomir xavfiga qarab qabul qilinishi tavsiya etiladi. Antihipertenziv terapiya uchun ko'rsatmalar algoritmda umumlashtiriladi.

Dori preparatisiz bo'lmagan terapiya ah bilan og'rigan barcha bemorlarga qon bosimini normallashtirish va xavf omillarini tuzatish maqsadida turmush tarzini o'zgartirish (sog'lomlashtirish) choralari ko'rish tavsiya etiladi [21, 95, 96].

Dori preparatisiz bo'lmagan AG davolash usullari qon bosimini pasaytirishga yordam beradi, antihipertenziv dorilarga (AGP) bo'lgan ehtiyojni kamaytiradi va ularning samaradorligini oshiradi, FRNI tuzatishga imkon beradi, yuqori normal qon bosimi bo'lgan va FR bo'lgan bemorlarda AHNing birlamchi profilaktikasini amalga oshiradi [114, 115]. Tuzni ortiqcha iste'mol qilish refrakter AG rivojlanishida muhim salbiy rol o'ynashi mumkin.

Ko'pgina mamlakatlarda tuzning standart iste'moli kuniga 9 dan 12 g gacha (iste'mol qilingan tuzning 80% "yashirin tuz" deb ataladi), AG bemorlarida uning iste'molini kuniga 5 g gacha kamaytirish Sadning 4-5 mm HG ga pasayishiga olib keladi. natriyni cheklashning ta'siri keksa va keksa bemorlarda, diabet, MS va KKD bilan og'rigan bemorlarda ko'proq namoyon bo'ladi. Shunday qilib, kasallikni nazorat qilishni yaxshilash uchun barcha ah bemorlariga semirish rivojlanishining oldini olish uchun tuz iste'mol qilishni cheklash tavsiya etiladi (tana massasi indeksi (BMI) ≥ 30 kg / m² yoki erkaklarda bel atrofi >102 sm va ayollarda >88 sm) va BMIga erishish 20-25 kg/m²; bel atrofi dori terapiyasi

Yuqori normal qon bosimi bo'lgan bemorlar (130-139/85-89 mm simob ustuni). (ayniqsa, CHD) mavjudligi sababli SS xavfining juda yuqori darajasida AGTNI boshlash tavsiya etiladi [21, 22, 99]. Pom belgilari bo'lmagan past/o'rtacha xavfli toifalarga kiruvchi 1-darajali ah bilan og'rigan bemorlarga, agar ular 3 oy davomida turmush tarzini o'zgartirish choralari qaramay, qon bosimi ko'tarilsa, antihipertenziv dori terapiyasini boshlash tavsiya etiladi [21, 22, 97].

Ammo, agar bemor 1-darajali AG bo'lsa, asoratlanmagan AG yoki pom mavjud bo'lganda yuqori xavf toifasiga kirsam, turmush tarzini o'zgartirish bo'yicha tavsiyalar bilan bir vaqtda antihipertenziv dori terapiyasini darhol boshlash tavsiya

etiladi [21, 22, 97]. 2-darajali yoki 3-darajali ah bilan og'rigan bemorlarga har qanday SS xavfi darajasida yurak-qon tomir asoratlari, SS o'lim xavfini kamaytirish uchun antihipertenziv dori terapiyasini darhol boshlash tavsiya etiladi. turmush tarzini o'zgartirish bo'yicha tavsiyalar bilan bir vaqtda [59, 110].

Qoniqarli jismoniy holatga ega bo'lgan keksa ah bemorlariga (hatto >80 yoshda) $\text{sad} \geq 160 \text{ mm HG}$ darajasida turmush tarzini o'zgartirish va AGT tavsiya etiladi. san'at [21, 22, 100]. Keksa bemorlar (>65 yoshda, lekin >80 yoshda emas), agar ularning bog'i 1-darajali (140-159 mm HG) AG ko'rsatkichlariga mos keladigan bo'lsa, qoniqarli jismoniy holatda (qarilik asteniya sindromisiz).), yaxshi bardoshlik bilan turmush tarzini o'zgartirish va AGT tavsiya etiladi [21, 22, 100, 101, 102, 235]. 80 yoshdan oshgan bemorlarda antihipertenziv dori terapiyasini bekor qilish tavsiya etilmaydi, agar bu terapiya yaxshi muhosaba qilingan bo'lsa, ortostatik gipotenziya, geriatric sindromlarning rivojlanishi/kuchayishi va funktsional holatning pasayishi bilan birga bo'lmaydi.[21, 22, 101, 103, 104].

4.5. Arterial gipertoniya bilan og'rigan bemorlarning oldini olish va dispanser nazorati

Dinamik kuzatuv-bu AG bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordamning juda muhim tarkibiy qismi bo'lib, uning vazifalari quyidagilardan iborat: qon bosimining maqsadli darajasini saqlab turish, FRNI tuzatish bo'yicha tibbiy tavsiyalarining bajarilishini nazorat qilish, AGPNI qabul qilish rejimiga rioya etilishini nazorat qilish, maqsadli organlarning holatini baholash. AG ning barqaror kursi bilan tibbiy muassasaga tashrif buyurish uchun maqbul alternativa dmad bo'lishi mumkin [292, 294-296]. Bemorga berilgan barcha tavsiyalar aniq, 78 ta aniq va ularning intellektual darajasiga mos kelishi kerak. Bemorning terapevtik profilaktika jarayonida ongli ravishda ishtirok etishini ta'minlash va davolash samaradorligini oshirish uchun og'zaki tavsiyalar etarli bo'lmagan bir qator bemorlar uchun ularni yozma ravishda takrorlash tavsiya etiladi. Dispanser kuzatuvi doirasida ah bilan kasallangan barcha bemorlarga yiliga kamida 1 marta xavf omillari va pom baholarini o'tkazish tavsiya etiladi [21]. Oddiy qon bosimi yoki "oq xalat" AG darajasi yuqori bo'lgan bemorlarda qo'shimcha xavf omillari,

pom va barqaror ah rivojlanish xavfi yuqori bo'lishi odatiy hol emas [282-286], shuning uchun davolanmasa ham, klinik qon bosimini baholash uchun bemorlarni muntazam ravishda (hech bo'lmaganda har yili) kuzatib borish kerak. sog'liqni saqlash muassasasidan tashqarida o'lchangan qon bosimi va SS xavf. Yillik tashriflarda turmush tarzini o'zgartirish bo'yicha tavsiyalarga e'tibor qaratish lozim, bu esa bunday bemorlar uchun etarli terapiya usuli hisoblanadi. AGT buyurilgan barcha ah bemorlariga davolanishning tolerantligi, samaradorligi va xavfsizligini baholash va tibbiy tavsiyalarning bajarilishini nazorat qilish uchun muntazam ravishda shifokor tashriflarini o'tkazish tavsiya etiladi [21, 289, 290].

Tashriflar maqsadli qon bosimi darajasiga etgunga qadar 3-4 hafta oralig'ida amalga oshiriladi (tez-tez tashrif buyurishning boshqa sabablari bo'lmasa). Maqsadli qon bosimiga 3 oy ichida erishish kerak. Agtni qabul qiladigan AG bo'lgan barcha bemorlarga, agar uning samaradorligi etarli bo'lmasa, ilgari tayinlangan AGPNI almashtirish yoki boshqa AGPNI biriktirish tavsiya etiladi. 2 komponentli terapiya fonida qon bosimining samarali pasayishi bo'lmasa, kombinatsiyalangan terapiyaning samaradorligi, xavfsizligi va bardoshlilikini majburiy nazorat qilish bilan uchinchi 79 dorini (uchta doridan biri, qoida tariqasida, diuretik bo'lishi kerak) qo'shish tavsiya etiladi [21].

Maqsadli qon bosimi darajasi bemorlarning har bir kichik guruhida erishish uchun tavsiya etiladi, ammo ularga erishishning eng muhim printsipi bemorning xavfsizligi va hayot sifatini saqlashdir.

Shuning uchun maqsadli qiymatlarga erishish tezligi va qon bosimining pasayishi darajasi ma'lum bir bemorda ma'lum bir klinik vaziyatga qarab sozlanishi mumkin. Shu bilan birga, qon bosimining pasayishiga yomon bardoshlik buyurilgan dorilarning dozalari va sonini sekinroq titrlash uchun asos bo'lishi mumkin, shuningdek, yaxshi bardoshlik bilan qon bosimini o'rtacha tavsiya etilganidan pastroq qiymatlarga kamaytirish mumkin. Belgilangan vaqt ichida maqsadli qon bosimiga erishmaslik, agar bu klinik zarurat bilan belgilanadigan bo'lsa, noto'g'ri emas. Agar shifokor maqsadli qon bosimiga erishish uchun to'siq bemorning yomon majburiyati deb hisoblasa, bu tibbiy hujjatlarda aks ettirilishi

kerak va majburiyatni oshirish uchun choralar ko'rish va qayd etish kerak. Bunday hollarda, maqsad darajasiga erishmaslik yordam ko'rsatishda nuqson deb hisoblanmasligi kerak. Yurak-qon tomir xavfi yuqori va juda yuqori bo'lgan bemorlar (P10 jadvali, G2 ilovasi va p12 jadvali, G2 ilovasi), shuningdek, faqat dori-darmonsiz davolanayotgan bemorlar va davolanishga sodiqligi past bo'lganlar uchun. terapiya fonida qon bosimining maqsadli darajasiga erishgandan so'ng, shifokorga keyingi tashriflarni kamida, 3 oyda bir marta; uyda qon bosimini muntazam ravishda o'lchaydigan o'rta va past xavfli bemorlarga tashriflar 4 oydan 6 oygacha tavsiya etiladi [288].

AG bilan og'rigan bemorlarga, qabul qilingan dorilarning dozalari va qon bosimi darajasi ko'rsatilgan dmad va kundaliklarni o'tkazish tavsiya etiladi [21, 289, 290]. 80 nafar ah bilan og'rigan bemorlarga AGT samaradorligi va majburiyatini oshirish uchun tizimli gemodinamika ko'rsatkichlarini telemonitoring qilish tavsiya etiladi, bunda qon bosimini o'lchash natijalarini telemetriya orqali to'g'ridan-to'g'ri tibbiy muassasaga tezkor axborotni qayta ishlash va tezkor qaror qabul qilish uchun o'tkazish tavsiya etiladi [291-293].

Dinamik kuzatuvda tungi soatlarda (ayniqsa metabolik sindrom (MS), qandli diabet (SD), obstruktiv uyqu apnesi (osa), surunkali buyrak kasalligi (CKD) 3-5-darajali bemorlarda) qon bosimi ko'rsatkichlariga alohida e'tibor berish tavsiya etiladi.) va erta tongda bunday asoratlar xavfini kamaytirish maqsadida, ularga o'xshab, insult [21, 34, 35].

XULOSA

Bizning davrimizning o'ziga xos xususiyati-bu umr ko'rish davomiyligining oshishi va natijada keksa va keksa yoshdagi bemorlar soni ortib bormoqda, ularning kasallanish tarkibida yurak-qon tomir kasalliklari va birinchi navbatda arterial gipertenziya (ah) va koronar arteriya kasalligi (SAPR) etakchi o'rinni egallaydi [1,2]. Bundan tashqari, qoida tariqasida, keksa bemorlarda AGga qo'shimcha ravishda ko'plab kombinatsiyalangan patologiyalar mavjud bo'lib, bu ko'plab dori-darmonlarni buyurish zarurligini dolzarb qiladi. Tez-tez uchraydigan kasalliklar SAPR, surunkali obstruktiv o'pka kasalligi, qalqonsimon bez patologiyasi bilan oshqozon-ichak trakti kasalliklari, metabolik sindrom va boshqalar bo'lib, bu kasalliklar umumiy va yurak-qon tomir o'lim xavfini sezilarli darajada oshiradi, bu esa bemorlarni, ayniqsa qariyalarni boshqarish taktikasini takomillashtirishni talab qiladi.

Farmakoterapiyani oqilona tanlash, shuningdek, ma'lum bir dorilar sinfiga bog'liq bo'lgan ba'zi omillarni hisobga olishni talab qiladi. Keks va keksa odamlarda, birinchi navbatda, qarilikda yuqori qon bosimi (BP) shakllanishi va patogenezi o'ziga xos xususiyatlarini va qariyalarda dori vositalarining farmakokinetikasi va farmakodinamikasining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olish kerak [3]. Zamonaviy kardiologiyada ko'plab zamonaviy antihipertenziv dorilar mavjud bo'lib, ulardan oqilona foydalanish, albatta, salbiy natijalar chastotasining pasayishiga olib keladi. Dori-darmonlarni optimal va oqilona tanlash masalalari, ularning ta'sirining xususiyatlarini hisobga olgan holda, sog'liqni saqlashning birlamchi bo'g'ini tizimida alohida ahamiyatga ega, chunki bemor uchun keyingi prognoz ambulatoriya sharoitida yaxshi tanlangan antihipertenziv terapiyaga bog'liq.

Gipertoniya kasalligi – surunkali kasallik bo'lib, uning asosiy belgisi doimiy qon bosimining ko'tarilishi hisoblanadi. Tomir distoniyasi kasalliklari qatoriga kiradi.

Gipertonik kriz qon bosimining to'satdan yuqori ko'rsatkichlargacha ko'tarilishi bilan kechadigan holat hisoblanadi. Qon bosimining ko'tarilishi tufayli

miyada bir qator o'zgarishlar yuzaga keladi. Gipertonik kriz gipertoniya kasalligining asoratidir. Turli asabbuzarliklar, uzoq vaqt dam olmasdan mehnat qilish va jismoniy zo'riqishlar, tuz va suvni ko'p miqdorda iste'mol qilish, ob-havo o'zgarishlari (havoning sovib ketishi, namlik ko'payishi, kuchli shamol, magnit quyunlari), spirtli ichimliklarni ko'p ichish, kashandalik, kuchli shovqin, shifokor buyurgan dorilarni ichishni to'xtatib qo'yish, turli allergik reaksiyalar, prostata bezining xavfsiz o'smasi (adenoma), juda chuqur kuyishlar, bosh miya ishining vaqtinchalik buzilishi va xolesteringa boy yog'li taomlarni ko'p iste'mol qilish bu kasallikka olib keluvchi omillardir.

Gipertonik krizda bemorning taqdiri bir necha soat ichida hal bo'lishi mumkin. Bu holat asoratlari bilan ham hayot uchun xavf soladi. Ishemik yoki gemorragik insult, buyrak ishining buzilishi, ko'rish qobiliyatining pasayishi va hatto ko'rlik, Yurakning kuchli darajada notekis urishi, miokard infarkti gipertonik krizning asosiy asoratlaridan sanaladi.

Zamonaviy tibbiyotda arterial gipertoniyaning 3 bosqichini farqlanadi:

1 bosqich — Qon bosimi 140-159 / 90-99 mm sim.ust oralig'ida bo'ladi. Qon bosimi vaqti-vaqti bilan me'yorga kelishi va yana ko'tarilishi mumkin;

2-bosqich — Qon bosimi 160-179 / 100-109 mm sim.ust oralig'ida. Arterial qon bosimi tez-tez ko'tarilib turadi va kam hollarda me'yorga tushadi.

3 bosqich — bosim 180/110 mm sim.ust. dan yuqori ko'tariladi. Bosim doimiy ravishda yuqori bo'ladi va uning pasayishi Yurak kasalliklari tufayli yuzaga keladi.

Gipertonik krizda Yurak shikastlanishining eng og'ir varianti bu miokard infarktidir. Bemorda bosimning oshishi fonida, o'tkir siqilgan ko'krak og'rig'i xuruji bor, uni nitrogliserin to'xtata olmaydi, u 15-20 daqiqa davomida yo'qolmaydi, chap qo'l, kurak va jag tomonga cho'ziladi. Bu "klassik" anginal infarktning alomatlari, ammo atipik variantni, ayniqsa keksa yoshdagi odamlarni hisobga olish kerak.

Yana bir og'ir asorat - bu aortani ajratuvchi anevrizmadir. Ushbu asoratda uzoq vaqt qon bosimining ko'tarilishi natijasida, aterosklerotik shikastlanishlar va

boshqa sabablarga ko'ra bu qatlamlar bir-biridan "uzoqlasha" boshlaydi. Ularning o'rtasida bir xil qabariq paydo bo'ladi.

Bosim ko'tarilgach, ichki qatlam buzilishi mumkin va qon "pufakchaga" kirib, uni yanada tabaqalashtira boshlaydi. Kriz paytida, odam tomir nuqsoni darajasida nihoyatda qattiq og'riqni his qiladi, keyin refleksli hushidan ketish mumkin. Og'riq to'xtamaydi, nosimmetrik tarzda qo'llarga, bo'yinga va elkaga tarqaladi, havo etishmasligi va qo'rquv hissi bilan birga keladi.

AG ratsional farmakoterapiyasining hozirgi tendentsiyasi bitta dori bilan monoterapiya o'rniga birinchi darajali antihipertenziv dorilarning past dozali birikmalaridan foydalanishdir. So'nggi yillardagi klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, turli sinflarga mansub antihipertenziv dorilarning kichik dozalarining qat'iy birikmalarini buyurish monoterapiyada bir xil dorilarni qo'llashdan ko'ra samaraliroqdir. Ratsional davolash uchun barqaror kombinatsiyalangan dorilar qimmatlidir, ularni yaratish uchun takomillashtirilgan dozalash shakllari qo'llaniladi

Ah bilan og'rigan bemorlarni davolashning asosiy maqsadi ah asoratlari rivojlanish xavfini maksimal darajada kamaytirishdir: o'limga olib keladigan va o'limga olib kelmaydigan CVD, CVB va KKD. Ushbu maqsadga erishish uchun quyidagilar talab qilinadi: qon bosimini maqsadli darajaga tushirish, barcha o'zgartirilishi mumkin bo'lgan xavf omillarini tuzatish (chekish, dislipidemiya, giperglikemiya, semirish va boshqalar), oldini olish, rivojlanish tezligini sekinlashtirish va/yoki maqsadli organlarning shikastlanishining og'irligini (regressiyasini) kamaytirish, mavjud yurak-qon tomir, serebrovaskulyar va buyrak kasalliklarini davolash. Ah bilan og'rigan bemorlar uchun maqsadli qon bosimi darajasi

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Баланова Ю.А. Динамика артериальной гипертензии и ее влияние на смертность в российской популяции / Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова, А.Д. Деев, В.В. Константинов // Системные гипертензии. - 2014. - №4. - С. 17-21.
2. Бойцов С.А. Артериальная гипертензия среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ / С.А. Бойцов, Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2014. - 14(4). - С. 4-14.
3. Бойцов С.А. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний: методические рекомендации / С.А. Бойцов, А. Г. Чучалин - М.: МЗ РФ, 2013. - 128 с.
4. Васюк Ю.А. Функциональная диагностика в кардиологии. Клиническая интерпретация / Ю.А. Васюк // Учебное пособие. - Практическая медицина, 2009. - 310 с.
5. Дегтярёв В. А. К вопросу об определении артериального давления аускультативным методом / В.А. Дегтярев // Функциональная диагностика. - 2007.-№ 2. - С. 6-11.
6. Дегтярев В.А. Возможности комплексного исследования системы кровообращения у населения методом объемной компрессионной осциллометрии / В.А. Дегтярев // Российские медицинские вести. - 2003. - № 4. - С. 18-29.
7. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: Российские рекомендации (четвертый пересмотр) // Системные гипертензии. - 2010. - №3. - С. 5-26.
8. Емельянов И.В. Причины резистентности к терапии пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией: анализ работы специализированного центра / И.В. Емельянов, Н.Г. Авдоница, А.О. Конради // Артериальная гипертензия. - 2012.- Т.18. - №2. - С. 96-101.
9. Кобалава Ж.Д. Проблема взаимодействия врача и пациента и контроль артериальной гипертензии в России. Основные результаты научно-

практической программы АРГУС-2 / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, Е.Г. Старостина // Кардиология. - 2007. - № 3. - С. 38-47.

10. Кобалава Ж.Д. Резистентная артериальная гипертензия: новое и неизменно значимое / Ж.Д. Кобалава, Е.К. Шаварова // Сердце: журнал для практикующих врачей. - 2013. - Т. 12. - №2 (70). - С. 123-132.

11. Козиолова Н.А. Стратегия, тактические подходы и выбор комбинированной терапии в лечении больных артериальной гипертензией / Н.А. Козиолова, И.М. Шатунова // Кардиология. - 2013. - Т. 53. - № 10. - С. 71-81.

12. Конради А.О. Варианты ремоделирования сердца при гипертонической болезни - распространенность и детерминанты / А.О. Конради // Тер. архив. - 2005.-№9 .- С.8-16.

13. Конради А.О. Консервативная лекарственная терапия при резистентной артериальной гипертензии: время компромисса / А. О. Конради // Медицинский совет. - 2013. - С. 17 - 25.

14. Косарев В.В. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых при сердечно-сосудистых заболеваниях / В.В. Косарев, С.А. Бабанов // - Самара: Офорт, 2010. - 140 с.

15. Крюков Н.Н. Справочник терапевта / Н.Н. Крюков, М.А. Качковский // Справочник терапевта. Ростов-на-Дону: Феникс, 2011.- 446 с.

16. Новые возможности оценки артериальной ригидности - раннего маркёра развития сердечно-сосудистых заболеваний. Материалы симпозиума / Под ред. А.И. Мартынова.- М.: Издательский дом «Русский врач», 2007. 48 с

17. Оганов Р.Г. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации / Р.Г. Оганов, А.В. Концевая , А.М. Калинина // Кардиоваскулярная профилактика и терапия. - 2011. - Т.10. - № 4. - С. 4-9.

18. Оганов Р.Г. Эпидемиология артериальной гипертензии в России. Результаты федерального мониторинга 2003-2010 гг / Р.Г. Оганов, Т.Н. Тимофеева,

И.Е. Колтунов и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2011. - № 1. -С. 9-13.

19. Остроумова А.И. Жесткость сосудистой стенки у пациентов с артериальной гипертензией / А.И. Остроумова, И.И. Кочетков и др. // Системные гипертензии. - 2015. - Т. 12. - №2. - С.43-48.

20. Панченко Е.П. Характеристика и исходы атеротромбоза у амбулаторных больных в Российской Федерации (по материалам международного регистра REACH) / Е.П. Панченко, Ю.Н. Беленков // Кардиология. - 2008. - № 2.-С. 17-24.

21. Рагозин В.Н. Способ измерения артериального давления / В.Н. Рагозин, В.А. Дегтярев // Патент РФ № 2088140 от 27.08.1997г.

22. Рекомендации по количественной оценке структуры и функции камер сердца. // Российский кардиологический журнал. - 2012 - №3 (95). - С. 1 -28.

23. Сайгитов Р.Т. Сердечно-сосудистые заболевания в контексте социально-экономических приоритетов долгосрочного развития России / Р.Т. Сайгитов, А.А. Чулок // Вестник РАМН. - 2015. - № 70 (3). - С. 286-299.

24. Самойлова И. В. Нарушение микроциркуляции у больных сахарным диабетом 2 типа с начальными проявлениями хронической сердечной недостаточности / И.В. Самойлова, Ю.А. Ипполитова, А.П. Васильев // Медицинская наука и образование Урала. - 2011. - №3. - С.81-83.

25. Чазов Е.И. Лечение артериальной гипертензии: современные представления / Е.И. Чазов // Терапевтический архив. - 2007. - №9. - С.5-8.

26. Чазова И.Е. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации 2013 г. / Е.И. Чазова, Е.В. Ощепкова, Ю.В. Жернакова // Кардиологический вестник. - 2015. - №1. - С. 3-30.

27. Чазова И.Е. Распространенность факторов риска и сердечнососудистых заболеваний в Российской популяции больных артериальной гипертонией / И.Е. Чазова, Ю.В. Жернакова, Е.В. Ощепкова, С.А. Шальнова, Е.Б. Яровая, А.О. Конради, С.А. Бойцов // Кардиология. - 2014. - Т.54. - №10. - С. 4-12.

28. Чазова И.Е. Результаты реализации программы по борьбе с артериальной гипертонией в России в 2002-2012 годах / Е.И. Чазова, Е.В. Ощепкова Е.В. // Терапевтический архив. - 2013. - №1. - С. 4-10.

29. Чазова И.Е. Эпидемиологическая характеристика резистентной и неконтролируемой артериальной гипертензии в Российской Федерации (Российский регистр неконтролируемой и резистентной артериальной гипертензии РЕГАТАПРИМА «резистентная Гипертония артериальная - Причины И Механизмы развития») // И.Е. Чазова, В.В. Фомин, М.А. Разуваева, А.В. Вигдорчик // Системные гипертензии. - 2010. - № 3. - С. 34-41.

30. Чукаева И.И. Применений тройной фиксированной комбинации как возможность повышения приверженности к антигипертензивной терапии / И.И. Чукаева И.И., Я.Г. Спирякина // Лечебное дело. - 2015. - С. 70-77.

31. Шальнова С. А. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации / С.А. Шальнова, Ю.А. Баланова, В.В. Константинов и др. // Российский кардиологический журнал. - 2006. - № 4. - С. 4550.

32. Шальнова С.А. Артериальная гипертензия и приверженность терапии / С.А. Шальнова, С.К. Кукушкин, Е.М. Маношкина, Т.Н. Тимофеева // Врач. - 2009. - № 12. - С. 39-42.

33. Шальнова С.А. Проблемы лечения артериальной гипертонии / С.А. Шальнова // Кардиоваск. тер. и проф. - 2003. - № 3. - С. 17-21

34. Шпак Л.В. Преимущества объемной компрессионной осциллометрии в оценке кардиогемодинамике при артериальной гипертензии / Л.В. Шпак,

Е.С. Галошина // Верхневолжский медицинский журнал. - 2016. - № 15. - С. 11-17.

35. Щукин Ю.В. Хроническая ишемическая болезнь сердца в пожилом и старческом возрасте / Ю.В. Щукин, А.Е. Рябов // Пособие для врачей. Самара: Волга-Бизнес, 2008. - 44 с.

36. Якутина Н.В. Коррекция эндотелиальной дисфункции и микроциркуляторных нарушений у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа / Н.В. Якутина // Российский кардиологический журнал. - 2007- № 6. - С. 27-30.

38. Aderson T.J. Close relation of endothelial function in the human coronary and peripheral circulation / T.J. Aderson , A. Uehata, M.D. Gerhard et al. // J Am Coll Cardiol. - 1995. - Vol. 26. - P. 1235-1241.

39. Blacher J. Aortic pulse wave velocity as a marker of cardiovascular risk in hypertensive patients / R. Asmar, S. Djane // Hypertension. - 2001. - V.33. - P. 1111— 1117

40. Black HR. CONVINCE Research Group. Principal results of the Controlled Onset Verapamil Investigation of Cardiovascular End Points (CONVINCE) trial / H.R. Black, W.J. Elliott WJ, G. Grandits et al. // JAMA. - 2003. - Vol. 289. - P. 2073-2082.

41. Bobrie G. Cardiovascular prognosis of "masked hypertension" detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients /G. Bobrie, G. Chatellier, N. Genes // JAMA. - 2004. - Vol. 291. -P. 1342 - 1349.

42. Brent M. Egan. Prevalence of Optimal TreatmentRegimens in Patients With Apparent Treatment-Resistant Hypertension Based on Office Blood Pressure in a Community-Based Practice Network / Brent M. Egan, Yumin Zhao, Jiexiang Li et al. // Hypertension. - 2013.- Vol. 62. - P. 691-697.

43. Brown J.J. Comparison of surgery and prolonged spironolactone therapy in patients with hypertension, aldosterone excess, and low plasma renin / J.J. Brown, D.L. Davies, J.B. Ferriss, R. Fraser, E. Haywood, A.F. Lever, J.L. Robertson // BMJ. - 1972. -Vol. 2. P. 729-734.

44. Brown MA. Is resistant hypertension really resistant? / M.A. Brown, M.L. Buddle, A. Martin // *Am J Hypertens.* - 2001. - Vol. 14 (12). - P. 1263-9.
45. Bruno R.M. Sympathetic regulation of vascular function in health and disease /R.M. Bruno [et al.] // *Front Physiol.* - 2012. - Vol. 61(2). - P. 284.
46. Bunker J. True Resistant Hypertension Following Observed Drug Ingestion: A Systematic Evaluation / J. Bunker , C.L. Chang, N. Chapman, N. Poulter et al. // *J Clin Hypertens (Greenwich).* - 2017. - . doi: 10.1111/jch.12896. [Epub 2016 Aug 20]
47. Calhoun D.A. Hyperaldosteronism among black and white subjects with resistant hypertension / D.A. Calhoun, M.K. Nishizaka, M.A. Zaman et al. // *Hypertension.* - 2002.- Vol. 40.- P. 892-896.
48. Calhoun D.A. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment: a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research / D.A. Calhoun, D. Jones, S. Textor et al. // *Circulation.* - 2008. - Vol. 117. - e510-e526.
49. Chapman N. Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial Investigators. Effect of spironolactone on blood pressure in subjects with resistant hypertension / N. Chapman, J. Dobson, S. Wilson et al // *Hypertension.* - 2007. - Vol. 49. - P. 839-45.
50. Chapman N. Effect of Spironolactone on Blood Pressure in Subjects With Resistant Hypertension / N. Chapman, J Dobson, S. Wilson et al. // *Hypertension.* - 2007. - Vol. 49. - P. 839-845.
51. Chobanian A.V. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention ,Detection, Evaluation, and Treatment of High blood Pressure / A.V. Chobanian, G.L. Bakris, H.R. Black et al. // *Hypertension.* - 2003. - Vol. 42. - P. 12061252.
52. Cicala S. Are coronary revascularization and myocardial infarction a homogeneous combined endpoint in hypertension trials? The Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study / S. Cicala [et al.] // *Journal of Hypertension.* -2010. - Vol. 28 - P. 1134-1140.

53. Clement D.L. Circulatory changes in muscle and skin arteries in primary hypertension / D.L. Clement , D. Duprez // Hypertension. - 1984; V.6 (2)/ - III-122-III-127.

54. Crane M.G. Effect of spironolactone in hypertensive patients / M.G. Crane, J.J. Harris // Am J Med Sci. - 1970. - Vol. 260.- P. 311-330.

55. Cushman W.C. Success and predictors of blood pressure control in diverse North American settings: the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT) / W.C. Cushman, C.E. Ford, J.A. Cutler et al. // J Clin Hypertens. - 2002. - Vol. 4, N 6. - P. 393- 404.

56. Cuspidi C. High prevalence of cardiac and extracardiac target organ damage in refractory hypertension / C. Cuspidi [et al.] // J Hypertens. - 2001. - Vol. 19, N 11. -P. 2063-2070.

57. Daugherty S. L. Incidence and Prognosis of Resistant Hypertension in Hypertensive Patients // S.L. Daugherty, J. D. Powers, D. J. Magid et al. // Circulation. -2012. - Vol. 125. - P.1635-1642.

58. Hermida R. C. 2013 Ambulatory Blood Pressure Monitoring Recommendations for the Diagnosis of Adult Hypertension, Assessment of Cardiovascular and other Hypertension-associated Risk, and Attainment of Therapeutic Goals / R.C. Hermida, M. H. Smolensky, D.E. Ayala, F. Portaluppi // Chronobiology International. - 2013. - doi: 10.3109/07420528.2013.750490.

59. Lloyd-Jones D. Differential control of systolic and diastolic blood pressure: factors associated with lack of blood pressure control in the community / D. Lloyd-Jones, J. C. Evans, M. G. Larson, C. J. O'Donnell // Hypertension.- 2000. - Vol. 36. - P. 594-599.

60. Maddox T. M. Blood pressure trajectories and associations with treatment intensification, medication adherence, and outcomes among newly diagnosed coronary artery disease patients / T. M. Maddox, C. Ross, H. M. Tavel et al. // Circ Cardiovasc Qual Outcomes. - 2010. - Vol. 3. - P. 347-357.

61. Posokhov I.N. Day-to-day repeatability of the 'pulse time index of norm / I. N. Posokhov , A. O. Konradi, E. V. Shlyakhto, Mamontov et al. // Med Devices (Auckl). - 2014. - Vol.7. - P. 29-33.
62. Ramsey L.E. Diuretic treatment of resistant hypertension / L. E. Ramsey, J. E. Silas, S. Freestone // Br. Med J. - 1980. - Vol. 281. - P. 1101-3
63. Yugar-Toledo J. C. Uncontrolled hypertension, uncompensated type II diabetes, and smoking have different patterns of vascular dysfunction / J. C. Yugar-Toledo, J. E. Tanus-Santos, M. Sabha et al. // Chest.-2004. - Vol. 125. - P. 823-830.
64. Zatz R. Chronic nitric oxide inhibition model six years on / R. Zatz, C. Saylis // Hypertension. - 1998. - Vol. 32. - P. 958-964.
65. Zhang Y. Characteristics and future cardiovascular risk of patients with notat-goal hypertension in general practice in France: the AVANT'AGE study / Y. Zhang, H. Lelong, S. Kretz et al. // J Clin Hypertens (Greenwich). - 2013.- Vol. 15(4). - P. 291-5