

**Самарканд Давлат Медицина институти**

**УАШ тайерлаш 1 - терапия кафедраси**

**Маъруза мавзуси: «Артериал гипертония»**

**Маъруза 6 курс талабалари учун**

**Маърузачи: к/ук. Н.Н.Ишанкулова**

# Маъруза режаси

1. Кириш
2. АГ хозирги замон классификацияси
3. АГ клиникаси ва диагностикаси
4. АГ диф.диагностикаси
5. АГ даволаш, бирламчи ва иккиламчи профилактикаси

# АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ (АГ)

I. **Кириш** - Артериал кон босимининг баланд булиши билан характерланадиган барча патологик холатлар Артериал гипертония (АГ) термини билан ифодаланиши амалиётга кабул килинган.

II. АГ келиб чиқишига караб бирламчи ва иккиламчи булади.

*Бирламчи АГ га эссенциал гипертония* – гипертония касаллиги киради, унинг келиб чиқиши хозиргача номаълум булиб, бу ерда олдин кон босими кутарилади ва кейинчалик ички аъзолар (мия, юрак, буйрак) томонидан узгаришлар кузатилади. Бирламчи АГ, умумий кон босими кутарилишини 95% ташкил этади.

*Иккиламчи* еки симптоматик гипертония 70 дан ортик, турли орган ва системаларни касаллиги натижасида кон босимини иккиламчи кутарилиши билан характерланади ва умумий АГ холатларини 5% ташкил этади.

## Тарихи:

АГ урганишга катта хисса кушганлар:

- ◆ Брайт (1827), Боткин (1883),
- ◆ Павлов(1877), Тигерштедт ва Бергман (1898), Рива-Роччи (1896),
- ◆ Коротков (1905), Ланг (1940),
- ◆ Мясников (1950), Тареев (1960)

**Артериал  
гипертония  
100%**

```
graph TD; A[Артериал гипертония 100%] --> B[Бирламчи артериал гипертония 95%]; A --> C[Иккиламчи (симптоматик) артериал гипертония 5%];
```

**Бирламчи  
артериал  
гипертония 95%**

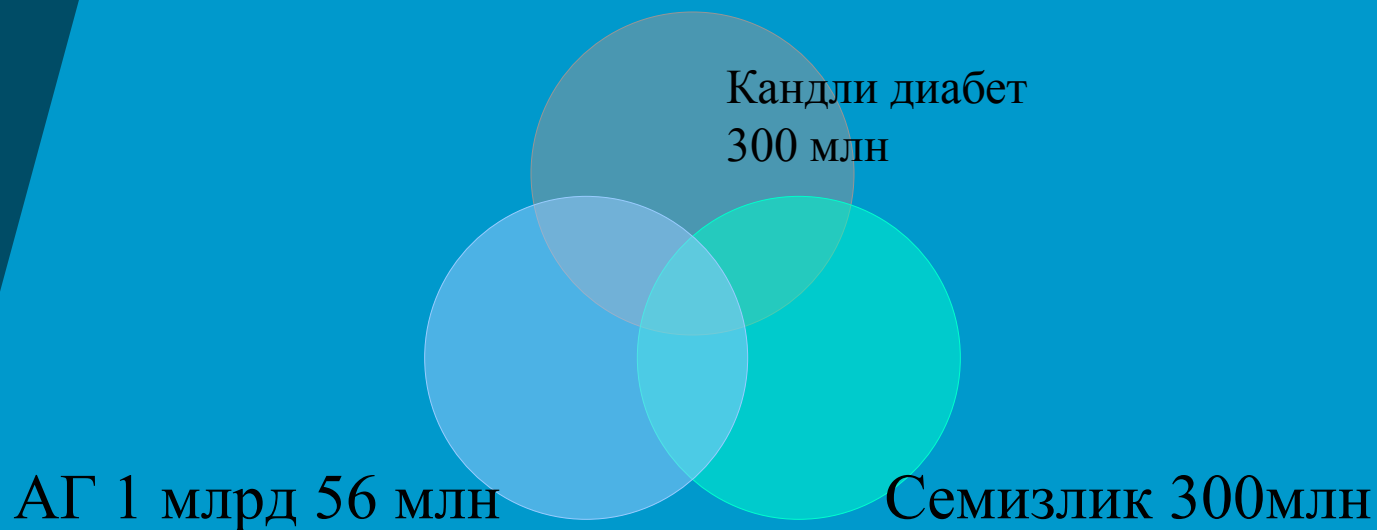
**Иккиламчи  
(симптоматик)  
артериал  
гипертония 5%**

# II. Умумий маълумот

- АГ хозирги кунда ноинфекцион пандемия
- АГ 25% аҳолида учрайди
- 60 ешдан ошган аҳолининг 50% учрайди
- Юрак касаллигидан улим ҳолатининг 45% АГ билан боғлиқ
- Кон босими баланд аҳолида улим курсаткичи 2-5 марта юқори
- Россияда 30 млн. дан ортиқ одам АГ билан касал, ҳар йили 500 минггача янги ҳолатлар аниқланади.
- Ҳар 100000 аҳолидан йилига 80-100 киши АГ натижасида вафот этади

- Хозирги кунда АГ да улим сабаблари:
  - ◆ Инсулт - 40%
  - ◆ ЮИК - 25%
  - ◆ Юрак етишмовчилиги - 15%
  - ◆ СБЕ - 5%
  - ◆ ва бошқалар - 15%
- Хозирги кунда 60% га якин беморлар АКБ ошишини билишмайди, врачга хам уз вақтида мурожаат қилишмайди, факатгина беморларнинг 5% тугри даволанади

# XXI асрда кузатилиши мумкин (БССТ- 2025 йилда)





# АГ га мойиллик тугдирувчи сабаблар (факторы риска)

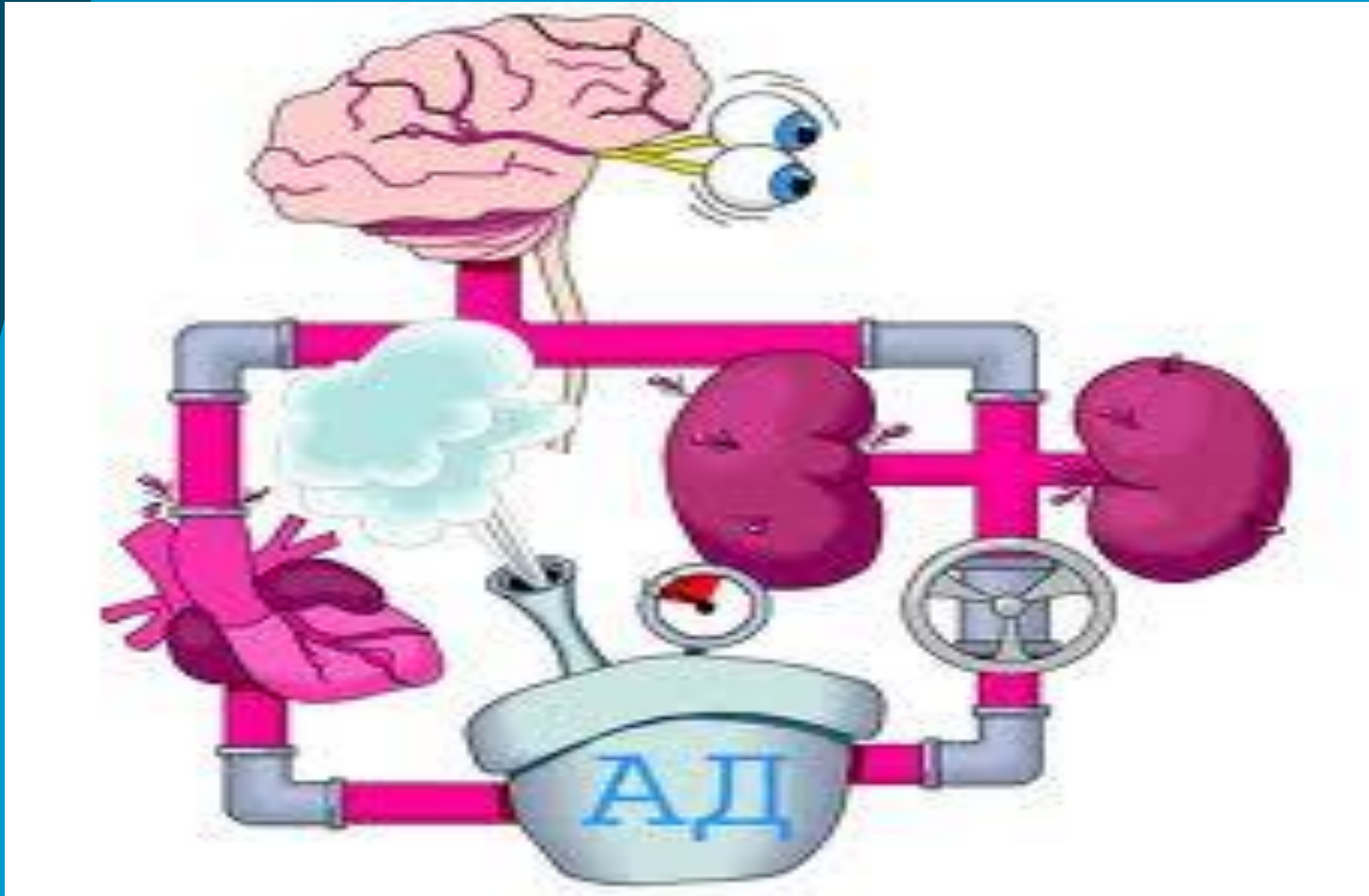
- ◆ Ирсий мойиллик (наследственность)
- ◆ Психик травма
- ◆ Турли хил стресс холатлари
- ◆ Бош мия травмаси
- ◆ Климакс даври
- ◆ Ош тузи ва суюкликларни куп истемол килиш
- ◆ Чекиш, алкоголь куп истемол килиш
- ◆ Юкори калорияли овкат истемол килиши, семириш, тана массасини ошиши
- ◆ Кандли диабет, подагра ва бошка хил модда алмашинувини бузилиши
- ◆ Кам жисмоний харакат (гиподинамия) килиш
- ◆ Холестерин ва ёгга бой овкатларни кенг истемол килиш
- ◆ Шовкин, вибрация, электромагнит майдон таъсири

# АГ ПАТОГЕНЕЗИ

I – Нейрогуморал факторлар

II – Гемодинамик факторлар

# Артерал гипертензиянинг патогенези



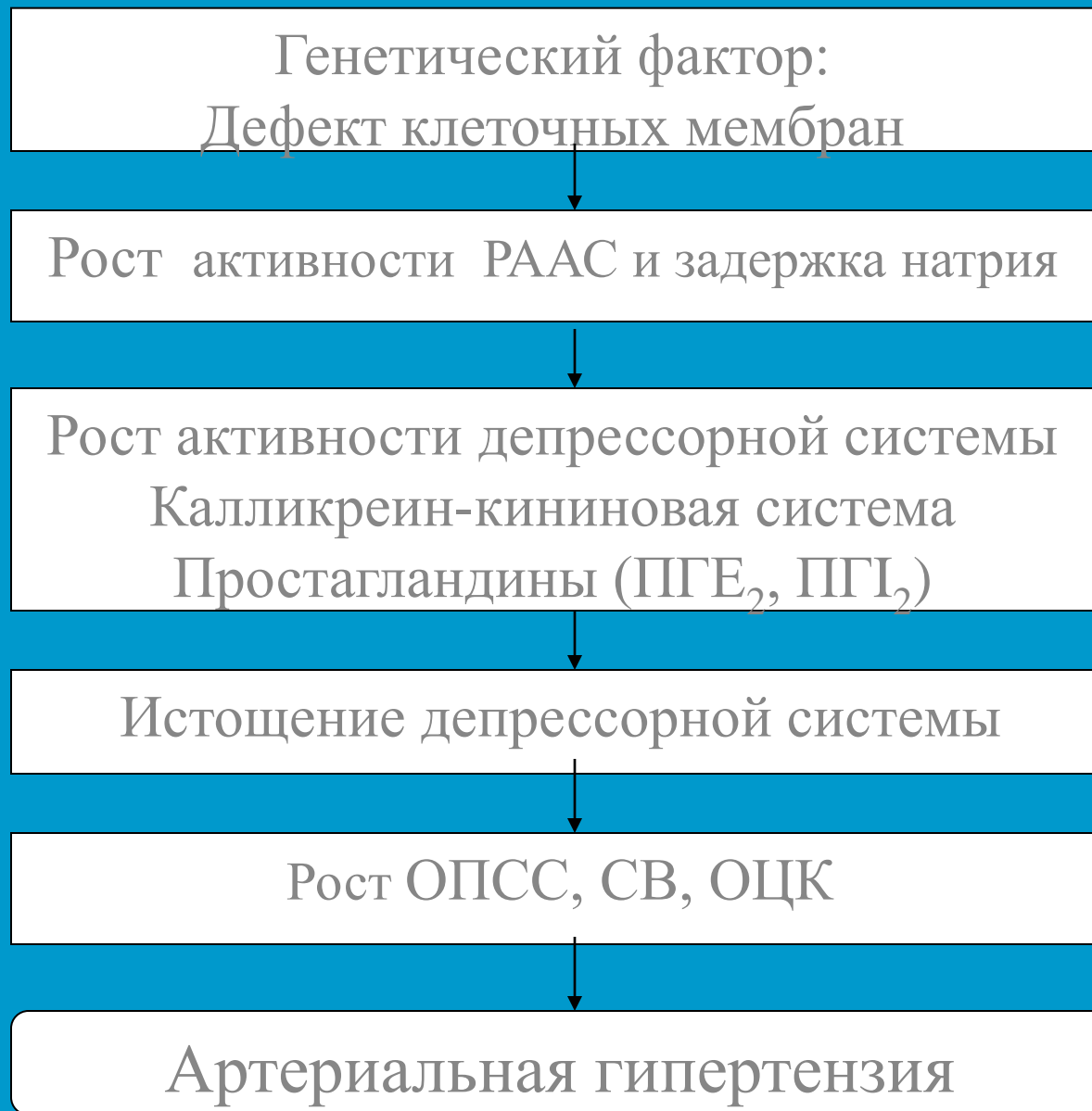
# I – Нейрогуморал факторлар

- ◆ Симпато-адренал системадаги узгаришлар
- ◆ Ренин-Ангиотензин-альдостерон системасидаги узгаришлар
- ◆ Гормонлар, яъни АКТГ, Вазопрессин жинсий гормонлар системасидаги узгаришлар
- ◆ Прессор-депрессор узгаришлар, яъни простогландин, кинин системасидаги узгариш
- ◆ Хужайра мембранасидаги Na ва Ca ионлар нисбатини узгариши

## II – Гемодинамик факторлар

- ◆ Периферик артериолалар тонусини ошиши
- ◆ Периферик томирлар каршилигини ошиши
- ◆ Кон томирларида кон хажмини – массасинининг ошиши
- ◆ Артерия томир деворида ош тузи сувни ушланиб колиши
- ◆ Хужайра ичида Са ионлар микдорининг ошиши
- ◆ Простагландинлар (А, Е, Д), Брадикинин микдорини камайиши

# АГ патогенезининг схемаси (Б.И.Шулутко)



# АГ Патанатомияси.

I боскичида - морфологик узгаришлар йук

II боскичида чап коринчанинг гипертрофияси, томирлар тарангланиши, ички аъзолар ишемияси кузатилади.

III боскичида мия, юрак, буйрак, куз туби томирларида артериосклероз ва шу аъзоларда уткир еки сурункали кон айланиши бузилиши кузатилади

## КЛАССИФИКАЦИЯСИ

АКШ кардиологлари таклиф этган АГ классификацияси (1997)

Тури	Систолик босим	Диастолик босим
Оптималь АД	< 120	< 80
Нормал АД	< 130	< 85
Юкори-нормал АД	130-139	85-89
Артериал гипертензия	140 ва юкори	90 ва юкори
АГ I боскичи (юмшок)	140-159	90-99
АГ II боскичи (урта огирликда)	160-179	100-109
АГ III боскичи (огир)	180 ва юкори	110 ва юкори
Систолик гипертензия	>160 ва куп	< 90 ва кам



## Эссенциал гипертонияни ЖССТ (1993) таклиф этган классификацияси

1 боскич	Кон босими баланд, чап коринча гипертрофияси йук
2 боскич	Кон босими баланд, чап коринча гипертрофияси бор еки сийдикда протеинурия, еки куз туби томирларининг тораиши кузатилади
3 боскич	Кон босими юкори, юрак, мия, буйрак, куз туби зарарланиши билан боглик булган асоратлар кузатилади (стенокардия, миокард инфаркти, инсульт, юрак, буйрак етишмовчилиги)

# Классификация АГ по уровню диастолического А/Д

1	<b>Мягкая гипертония</b>	Диастолическое А/Д в пределах 90-104 мм рт.ст. встречается примерно 80% больных
2	Умеренная гипертония	Диастолическое А/Д в пределах 105-114 мм рт.ст. Встречается примерно у 15% больных
3	Выраженная гипертония	Диастолическое А/Д в пределах 115 мм рт.ст. и более. Встречается примерно у 5% больных
4	Злокачественная гипертония	Диастолическое А/Д в пределах 140 мм рт.ст. и выше сочетается стремительной повреждением сосудов сетчатки, почек, мозга. Встречается примерно в 1% больных

# Гипертония касаллигини А.Л.Мясников таклиф этган классификацияси (1954 й.)

1 боскич – функционал	А. даври – латент (гипертония олди)
	Б. даври – утувчи (транзитор)
2 боскич - гипертрофик	А. даври – бекарор (лабил)
	Б. даври – баркарор (стабил)
3 боскич – склеротик	А. даври – компенсацияланган
	Б. даври - декомпенсацияланган

# Клиникаси

- ◆ Касалликни боскичи ва асоратларига боғлиқ
- ◆ 55-60% беморларда яширин (латент) холда кечади
- ◆ Асосий шикоятлари
  - бош огриги
  - Бош айланиши
  - Юрак сохасида огрик
  - Юрак уриши, ритм бузилиши
  - Нафас кисиши
  - Кулокда шовкин
  - Куришни сусайиши
  - Уйкунинг бузилиши

# Объектив маълумотлар

- ◆ Терини рангига караб ок, кизил гипертония фарк килинади
- ◆ Кон босими кутарилган
- ◆ Пульс каттик, юкори
- ◆ Юрак чуққиси чапга ва пастга силжиган
- ◆ Пальпатор, перкутор чап коринча гипертрофияси
- ◆ Аускультацияда II тон аортада акцент беради, баъзан систолик шовкин эшитилади

# Асосий узгариш куз туби томонидан кузатилади – гипертоник ангиоретинопатия

- 1 боскич** - Куз туби артерия ва артериолалари биров кисилган, вена лар кенгайган
- 2 боскич** - Артерия томирлари кисилган яккол куришиб улар веналар билан кесишган жойда вена томирларини босиб колади (Гунна-салюса симптоми)
- 3 боскич** - Артериосклероз ва томирлар кисилиши зурайиб, куриш пардасига кон куйилиши кузатилади
- 4 боскич** - 3 боскич белгилари зурайиб куриш нервнинг шиши ва дегенерацияси куриш пардасини шиши ва дегенерацияси кузатилади, куриш сусайиб еки йуколиб колиши мумкин.

# Лаборатор текширишлар

Аксарият холларда (бирламчи бугимда – КВП, ОП)

- ◆ Кон умумий тахлили
- ◆ Гемокрит сони
- ◆ Холестерин микдори
- ◆ Креатинин микдори
- ◆ Сийдик кислотаси
- ◆ Канд, К, Са микдори
- ◆ Сийдик умумий тахлили
- ◆ Зимницкий, Нечипоренко синамаси
- ◆ ЭКГ
- ◆ Кукрак кафаси рентген текшириш кифоя килади

**АГ диагностикаси учун кушимча текшириш усуллари ихтисослашган кардиологик булимларда куйидаги холатларда амалга оширилади:**

1. АГ даволашни яхши натижаси булмаган холатда
2. Даволашга булган тургунлик, яъни гипотензив давога кон босими тушмаган холатлар (рефрактерность)
3. АГ ни хавфли тури (злокачественная АГ)
4. Ешлардаги АГ
5. Симптоматик гипертонияга гумон килинганда



# АГ даги кушимча текширишлар

1. Кон босимини кун давомида мониторинги
2. ЭЭГ, мия реографияси
3. Эхокардиография
4. Буйрак ва буйрак усти безини сканир килиш
5. Аортография
6. Буйракни КТ, МРТ утказиш
7. Буйрак биопсияси
8. Конда Ренин, Адреналин, Норадреналин, альдостерон, простогландин, АКТГ, Na, K, Ca микдорини аниклаш
9. Сийдикда 17 КС, 17 ОКС аниклаш
10. Экскретор урография

# АГ дифференциал диагностикаси

Аввало АГ га тугри диагноз куйиш учун иккиламчи/симптоматик гипертонияни истисно килиш керак. Хозирги кунда 70 дан ортик касаллик ва холатларда кон босимини иккиламчи кутарилиши, яъни симптоматик АГ учрайди.

Симптоматик АГ классификацияси. У еки бу аъзо ва системаларнинг зарарланиши натижасида КБ иккиламчи кутарилишига караб симптоматик гипертония куйидаги грухларга булинади:

I. Симптоматик гипертонияни буйрак (нефроген) тури (нефрит, пиелонефрит, буйрак амилоидози, гидронафрози, поликистози, диабетик гломерулосклероз, хомила нефропатияси, реноваскуляр гипертония, сийдик-тош касаллиги ва х.к.)

II. Симптоматик гипертонияни эндокрин тури (феохроцитома, Кон синдроми, цинко-кушимча синдроми, токсик зоб, климакс, акромегалия)

III. Симптоматик гипертонияни юрак ва йирик кон томир патологиясида юзага келадиган – гемодинамик тури (аорта коарктацияси, аорта атеросклерози, аортали порок, юрак етишмовчилиги)

IV. Симптоматик гипертонияни церебрал тури (энцефалит. Мия усмаси, диэнцефалит, бош мия травмаси)

V. Симптоматик гипертонияни турли-хил дори-дармонлар (гармонлар, контроцевтик воситалар) таъсиридаги медикаментоз тури.

1. Иккиламчи буйрак гипертонияси патогенези асосида буйрак ишемияси ренин-ангиотензин-альдостерон системасидаги узгаришлар асосида кон босими кутарилиши етади. Касалликни хар бирини узига хос клиник белгиси булиб, диагноз кон ва сийдикни текшириш, рентген, УЗИ, КТ, МРТ, радиоизотоп текширишлар асосида амалга оширилади
2. Иккиламчи эндокрин гипертонияларда адреналин, альдостерон, кортикостероидлар ва бошка гормонларни гипер ва гипопродукцияси асосида кон босими кутарилиб узига хос клиник белгилар пайдо булади – буйрак усти беши рентген текшириш, конда гормонларни текшириш УЗИ, КТ асосида диагноз куйилиб аксарият холда хирургик усулда беморлар даво топади

3. Иккиламчи гемодинамик гипертонация асосий сабаби артериал турли жойлардан тугма кийлиши – аорта коарктацияси шаклида учраб уни диагностикаси ва клиникаси яхши урганилган, давоси хирургик усул билан

4. Иккиламчи церебрал гипертонация бош мия жарохати, усмаси ва менингоэнцефалит вақтида кузатилади. Касалликни клиникаси КТ, МРТ асосида диагноз осонликча куйилади

Доривор моддалар таъсиридаги иккиламчи гипертонация хозирги кунда хомилага карши дориларни ва турли хил гормонларни касалликларда ишлатилиши натижасида юзага келиб уткинчи характерга эга булади

# Симптоматик гипертония

- ◆ АГ тусатдан келиб чикиши ва авж олиб бориши;
- ◆ Гипотензив терапиянинг натижа бермаганлиги;
- ◆ Касаллик 20 ёшгача ва 60 ёшдан кейин кузатилса;
- ◆ Ёмон сифатли ва тез авж олиб бориши;
- ◆ Беморни бирламчи текшириш касалликни гумон қилиши мумкин.

# Артериал гипертониянинг асоратлари (нишон аъзоларининг зарарланиши)

1. Юрак томонидан: стенокардия, миокард инфаркти, уткир ва сурункали чап коринча етишмовчилиги, аорта аневризмаси
2. Мия томонидан: инсулт, тромбоз шахс хусусиятини пасайиши
3. Буйрак томонидан – сурункали буйрак етишмовчилиги (ХПН)
4. Куришни сусайиши еки бутунлай йук булиши
5. Гипертоник кризлар

# ДАВОЛАШ

**ГК (нофармокологик)** – дори-дармонсиз (немедикаментозное) даволаш усули

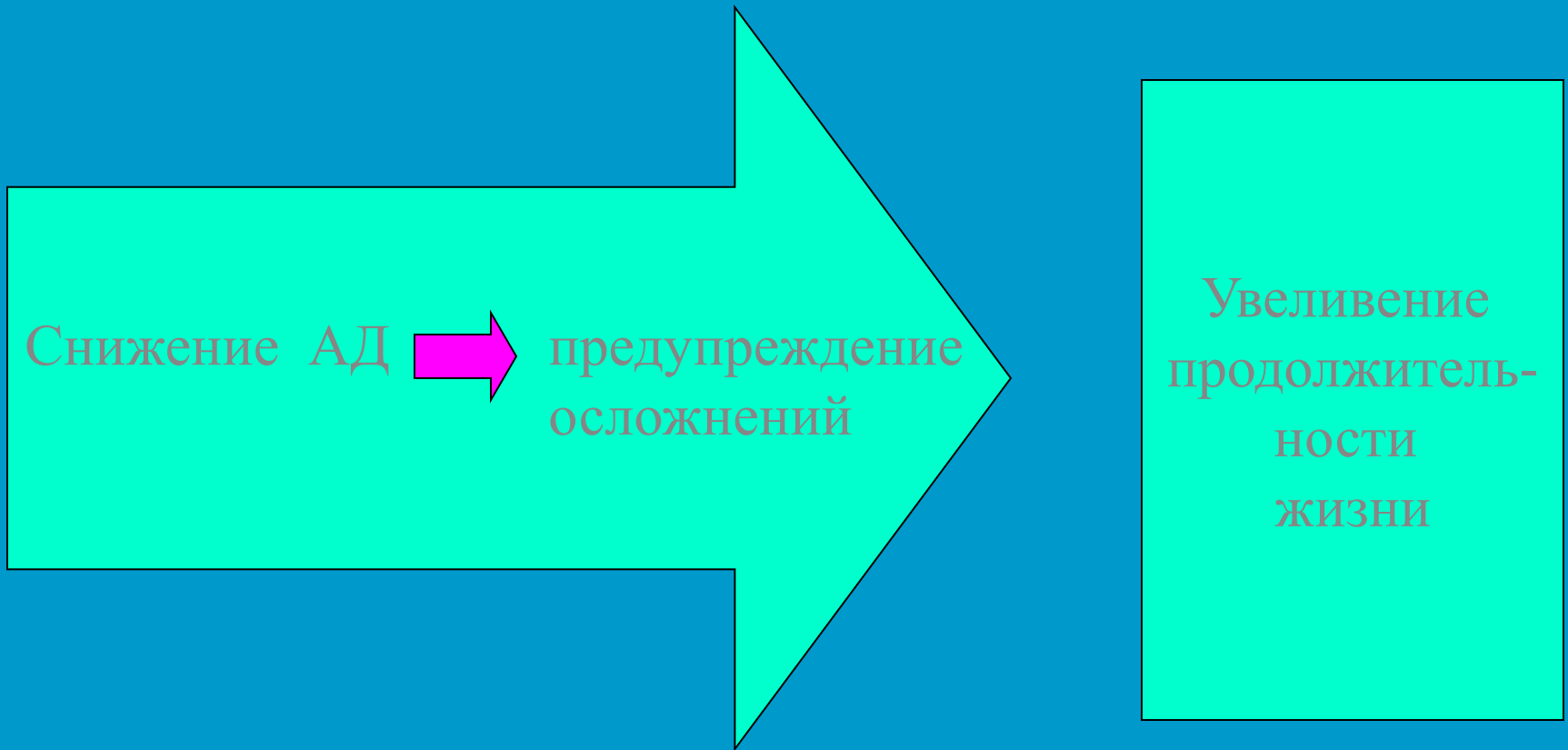
- ◆ **Пархез** (Диета) – юкори калорияли, тузлик, мойлик овкатларни суюклик микдори камайтириш, суткалик ош тузининг микдори 10 баъзан эса 5,0 гр. гача камайтириш
- ◆ **Озиш.** Агар беморда семизлик аломатлари булса уни идеал огирлик холатига олиб келувчи пархез, даволашни мукадимасини ташкил этиши керак
- ◆ **Чекиш ва алкоголь** исътемом килишни тухтатиш, воз кечиш
- ◆ **Пиеда юриш, жисмоний меҳнат** билан шугулланиш, сузиш каби оддий тавсияларни бажариш
- ◆ **Кунига нормал уйкуни** таъминлаш лозим
- ◆ **Нофармакологик даволаш** усулларига физиотерапия, массаж, жисмоний даволаш, сауна, курортларда, санаторияларда даволаш усуллари хам киради. Алохида уринда гидротерапия яъни сув билан даволаш яъни циркуляр душ, ванналар урин олиши керак.

# ГК фармокологик яъни дори-дармон билан даволаш усуллари

1. Аввало узок мудатга, баъни холларда беморни умри давомида даволаш зарур
2. Хар бир беморни узига мос (индивидуальный подбор) дорини топиб тавсия этиш лозим, чунки бир беморга яхши таъсир килган дори, иккинчи бир кишига таъсир этмаслиги мумкин
3. Бир вақтнинг узида кон босимини бошкарувчи турли марказлар занжирига таъсир килувчи (комбинированность) дориларни ишлатиш керак
4. Даволашда беморни еши, касалликни боскичи, бошка касалликлар (ИБС, диабет) ни бирлиги ва гипотензив дориларга урганиш холатлари инобатга олиниши лозим
5. Хозирги кунда ГК ни даволашда боскичма-боскич (ступенчатый) (погона) даволаш тавсия этилади, яъни кетма-кет беморга ахволига караб бир, икки еки уч асосий гипотензив дориларни тавсия этилиб, кон босими меъёрига келгандан кейин битта еки иккита асосий дорини доимий кабул килишга утказилади



# Цель антигипертензивной терапии



# Гипертензив дориларни хозирги замон классификацияси

Касалликни даволашда ишлатиладиган асосий (биринчи каторда турувчи) гипотензив дорилар хозирги кунда куйидаги гурухларга булинади:

## ДИУРЕТИКЛАР

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Фуросемид (фуросемид, Лазикс)	40-80 мг	Кунига 1 марта
Хлорталидон (хлорталидон)	25-50 мг	Кунига 1 марта
Гидрохлортиазид (гипотиазид)	25-50 мг	Кунига 1 марта
Индапамид (арифон, индап)	2,5-5 мг	Кунига 1 марта
Спироннолактон (верошпирон)	25-125 мг	Кунига 1 марта
Триамтирен (триампур)	150 мг	Кунига 1 марта

# Таъсир механизми

Диуретиклар:

- ◆ Суюклик ва  $\text{Na}$  тузи микдорини умумий кон массаси микдорини томир ичида камайтиради
- ◆ Юрак систолик хажмини камайтиради
- ◆ Томирлар тонусини камайтиради
- ◆ Артериоллар деворида  $\text{Ca}$  микдорини камайтиради
- ◆ Кинин система активлигини оширади

# Бета-блокаторлар

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Пропраналол (анаприлин, обзидан, индерал)	20-40 мг/сут	Кунига 2-3 марта
Нодалол (коргард)	80 мг	Кунига 1-2 марта
Атеналол (атеносан, новатен)	25-50 мг	Кунига 1-2 марта
Бисопролол (конкор)	5-10 мг	Кунига 1-2 марта
Метапролол (лопрессор, корвитол, беталок, эгилор)	25-50 мг	Кунига 1-2 марта
Небивалол (небилет)	2,5-5 мг	Кунига 1-2 марта
Карведилол (дилатрен)	6,25-12,5 мг	Кунига 1-2 марта

# Таъсир механизми

## $\beta$ -адреноблокаторлар

- ◆ Юрак ишини секинлаштиради, систолик хажмни камайтиради
- ◆ Юрак кузгаланувчилигини камайтиради
- ◆ Юракни кислородга булган эҳтиежини камайтиради
- ◆ Ренин ишлаб чиқаришини камайтиради
- ◆ Юракга катехоламинлар ва симпатик таъсирни камайтиради
- ◆ Антиаритмик, антиагинал таъсир курсатади

## Кальций антагонистлари

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Нифедипин (коринфар, кордафен)	5-10 мг	Кунига 2-3 марта
Нифедипин ретард (коринфар ретард, адалат)	10-20 мг	Кунига 2 марта
Исрадипин (ломир)	5-10 мг	Кунига 2 марта
Нитрендипин (байтензин, унипресс)	10-20 мг	Кунига 2 марта
Амлодипин (норваск)	2,5-5 мг	Кунига 1 марта
Верапамил (изоптин, финоптин)	40-80 мг	Кунига 1-2 марта
Дилтиазем (кардил, дильрен)	90-120 мг	Кунига 2 марта
Лацидипин (лаципил)	2 мг	Кунига 1 марта

# Таъсир механизми

## Са антогонистлари

Са ионларини кардиомиоцитлар хужайраси ичига киришига йул куймайди, натижада артерия ва артериолалар тонуси, томирлар умумий каршилиги камаяди ва гипотензив таъсир юзага келди

- Буйракда клубочкалар филтрациясини яхшилайти натижада буйракда кон айланиши яхшиланади
- ◆ Нефропротектор таъсир курсатади
- ◆ На реабсорбциясини камайтиради, натижада На экскрецияси ошади – сийдик хайдаш таъсири юзага келади
- ◆ Чап коринча гипертрофиясини камайтиради натижада тусатдан буладиган аритмия хавфи камаяди



# АПФ ингибиторлари

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Каптоприл (капотен)	25-50 мг	Кунига 2-3 марта
Беназеприл (лотензин)	10-20 мг	Кунига 1-2 марта
Моэксиприл (моэкс)	3,75-7,5 мг	Кунига 1 марта
Эналаприл (ренитек, берлиприл, Энап, энам)	5-10 мг	Кунига 2 марта
Периндоприл (престариум, коверекс)	2 мг	Кунига 1-2 марта
Рамиприл (тритаце)	2,5 мг	Кунига 1-2 марта
Фозиноприл (фозиноприл)	10 мг	Кунига 1-2 марта
Цилазаприл (инхибейс)	2,5 мг	Кунига 1-2 марта

# Таъсир механизми

## АПФ ингибиторлари

- ◆ Ангиотензин I, ангиотензин II га айланишини секинлаштиради
- ◆ Альдостерон ишлаб чиқишни камайтиради, натижада натритурез купаяди
- ◆ Ренин-ангиотензин системаси тукима ва томирлар деворида тургунлашади (торможение)
- ◆ Чап коринча гипертрофиясини камайтиради
- ◆ Антидиуреттик гормон-вазопрессин ишлаб чиқарилишини камайтиради
- ◆ Томирлар қаршилигини камайтиради

# Ангиотензин II рецептори антагонистлари

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Лозартан (козаар)	50-100 мг	Кунига 1 марта
Валсартан (диован)	80-160 мг	Кунига 1 марта
Ирбесартан (апровель)	150-300 мг	Кунига 1 марта
Кандисартан (атаканд)	8-16 мг	Кунига 1 марта
Эпросартан (теветен)	600-1200 мг	Кунига 1 марта

# Таъсир механизми

## Ангиотензин II рецепторларини антагонистлари

- ◆ Ангиотензин II рецепторларига таъсир этиб уни ноактив ҳолатга келтиради
- ◆ АПФ ингибиторларидан фаркли уларок кинин системасига таъсир қилмайди, шунинг учун салбий таъсир (курук йутал) га эга эмас.

# Альфа-адреноблокаторлар

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Празозин (празозин, прапиол, минипресс, адверзутен)	1-3 мг	Кунига 2-3 марта
Доксазозин (кардура)	2-4 мг	Кунига 1-2 марта

# Марказга таъсир этувчи дорилар

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Клонидин (клофелин)	0,15-0,75 мг	Кунига 2-3 марта
Метилдопа (допегит)	250-500 мг	Кунига 2 марта
Моксонидин (физиотенз)	200-400 мг	Кунига 1-2 марта
Рилменидин (тенаксум)	1 мг	Кунига 1-2 марта
Раувольфи дори- воситалари		

## АГ даволаш буйича хулосалар

- ◆ Хозирги кунда АГ даволашда боскичма-боскич даволаш усули кабул килинган (яъни олдин 1 та базис препарат, таъсир етарли булмаса) кейинчалик 2-3 базис препарат комбинацияси ишлатилади
- ◆ Самарали гипотензив таъсир куйидаги дорилар кушилиб берилса кузатилади
  - Диуретиклар +  $\beta$  блокаторлар
  - Диуретиклар + АПФ ингибиторлари
  - В блокаторлар + Са антогибиторлари
  - В блокаторлар + L адреноблокаторлар
  - Са антогонистлари + АПФ ингибиторлари
  - Ангиотензин II антог + диуретиклар
- ◆ 50% беморларда монотерапия, 85% беморларда (комбинированная терапия) 2 та дори ва 10% ортик беморларда 3-4 гипотензив дори ишлатиб кон босимини нормал холда ушлаб туриш мумкин

- ◆ Агар бемор 4 ва ундан ортик гипотензив дорини 6 хафтадан зиед вақт қабул қилиб, қон босими 150/95 ва ундан зиед бўлиб қолса демак гипотензив дориларга рефрактерлиги юзага келган бўлади
- ◆ Гипотензив давога танаффус бериш фақат айрим ҳолларда (парҳез ва тиртибга риоя қилганда) юмшққ гипертонияда қиска муддатга руҳсат этилади
- ◆ Ҳозирга келиб АГ даволашда  $\beta$  блокатор, Са антогонистлари, АПФ ингибиторлари ва диуретиклар асосий уринда туришини, клофелин (гомитон, клонидин), раувольфин препаратлари (раунатин) иккинчи даражага утганини қайд этиш лозим
- ◆ Ҳозирги кунда гипотензив даво утқазишда беморни иқтисодий аҳволи инобатга олиниши лозим. Гипотензив дорилар нархи буйича қуйидагича: диуретиклар энг арзон,  $\beta$  адреноблокаторлар 1,5 марта қиммат, АПФ ингибиторлари 2,5 марта, Са антагонистлари 3-5 марта қиммат
- ◆ Ешларда гипотензив терапия бўлигича қон босими нормаллашга, қарияларда 140/90-155/95 бўлишига эришиш лозим
- ◆ Юмшққ гипертонияда 1 кунда 1 таблетка гипотензив дори, урта ва оғир АГ да қунига 2-4 гипотензив дори берилиши лозим
- ◆ Дуне амалиети шуни қурсатадики узок ва тугри гипотензив даво утқазилиши инсультларни 2 мартага инфарктларни 25% қамайтириш имқонини беради
- ◆ АГ оғирлиги ва гипотензив давони натижаси диастолик босим билан аниқланади



# Гипертоник кризлар:

АГ асорати булиб кон босимини тусатдан юкори даражага кутарилиши ва тез ердам берилмаса нишон аъзолар (мия, юрак, буйрак) томонидан ассоратларга олиб келиши мумкин.

## Сабаблари

- ◆ психик травма, стресс
- ◆ Метеофакторлар
- ◆ Алкоголь
- ◆ куп микдорда туз истемол килиш

# КЛАССИФИКАЦИЯСИ

I гипертоник кризларни зудлик (экстренная) билан кон босимини туширилиши лозим булган тури. Бу холда тугридан-тугри нишон аъзоларни зарарланиши (инсульт, инфаркт, аневриза ерилиши) белгилари булади, КБ жуда хам юкори (240/150). Бу холда кон босимини зудлик билан тушириш чоралари курилади. Кон босими 1 соат ичида дастлабки микдордан 25-30% туширилиши лозим.

II гипертоник кризларни тезлик (срочный) билан кон босимини туширилиши лозим булган тури. Бу холда кон босими юкори, лекин нишон аъзоларини тугридан-тугри зарарланиш белгилари хозирликга йук. Бу пайтда 2-3 соат ичида кон босими дастлабки микдордан 25-30% туширилиши лозим.

# Гипертоник кризларнинг белгилари

- ◆ Тусатдан бошланиши
  - ◆ Кон босими, айникса диастолик кон босими жуда юкори (120) булиши
  - ◆ Церебрал белгилар (бош огриги, бош айланиши, кунгил айнаиб кушиш, куришни бузилиши, мия зарарланишини неврологик белгилари)
  - ◆ Кардиологик белгилар (огрик, нафас кисиши, аритмия)
  - ◆ Вегетатив белгилар (калтираш, куркув, вахима, терлаш, тез-тез сийиш)
- Ушбу даврда тезлик билан ердам килинмаса нишон аъзоларни зарарланиши кузатилади

# Гипертоник кризлардаги муолажа турлари

1 турида

- ◆ Натрий нитропруссид (нанипрус) 50 мг 5% глюкозада в/и, минутига 3-4 томчи
- ◆ Иприд 100 мг в/и томчилаб
- ◆ Нитроглицерин 4,0 1% эритма в/и минутига 3-4 томчи
- ◆ Лабеталол (20 мг), диазоксид (75 мг), гидралазин (25 мг) в/и томчилаб
- ◆ Арфонад 250 мг в/и, томчилаб
- ◆ Пентамин 1,0 5% в/и
- ◆ Клофеллин 0,01% эритма в/и  
Эхтиежга караб строфантин, эуфиллин, сульфат магний, реланиум, сийдик хайдовчи (лазикс в/и) дорилар берилади.

## 2 турида

- ◆ Арфонад, клофеллин, пентамин, дибазол, лазикс в/и
- ◆ Нифедепин, каптоприл, клофелин бир неча марта сублингвал такрор-такрор берилиши мумкин
- ◆ Эуфиллин, реланиум, строфантин берилиши мумкин

# ПРОФИЛАКТИКАСИ

1. Бирламчи профилактикаси

2. Иккиламчи профилактикаси

Бирламчи профилактикага АГ келиб чиқишини олдини олишга қаратилган бўлиб:

- ◆ Иш ва дам олишни режалаштириш, жадвал асосида олиб бориш;
- ◆ Стресс, неврозларни олдини олиш;
- ◆ Бемор оғирлиги массасини камайтириш, овқатланишни тартибга солиш;
- ◆ Овқатда туз миқдори чеклаб суткалик миқдори 5 гр. тушириш;
- ◆ Жисмоний ҳаракатни тартибга солиш;
- ◆ Невроз ва гипертонияни олди ҳолатида санатор-курортли даволаш, физиотерапия кенг соғломлаштириш.

Иккиламчи профилактика АГ авж олиши ва асоратларини олдини олишга каратилган булиб:

- ◆ Беморларни диспансер назорати ва даволашни яхшилаш;
- ◆ АГ 1 боскичида беморни йилига 1 марта, 2 боскичида йиллига 2 марта терапевт, кардиолог, невропатолог, окулист иштирокида курикдан утказиш ва керакли лаборатор-инструментал текширишларни утказиш;
- ◆ Интенсив гипотензив даволанаётган беморларни хар икки хафтада назоратда булиб туришини таъминлаш;
- ◆ Санатор-курорт шароитида даволанишга курсатмани белгилаш;
- ◆ Беморни ишга яроклигини аниклаш.

## Назорат учун саволлар

### # **Гипертоноя касаллигини огирлаштирувчи белги хисобланмайди:**

@чап коринча катталашиши

@диастолик босимнинг тургун 110 мм симоб уст. Баланд булиши

@димланган юрак етишмовчилиги

@буйраклар функцияси етишмовчилиги

### # **Гипертония касаллигининг I боскичидан II боскичнинг асосий фарки:**

@АКБ юкори булиши

@II, III уланишларда ST интервалининг изолиниядан пастга силжиши

@Конда холестерин, бета липопропротеидлар ва канднинг куп булиши

@Чап коринча гипертрофияси (рентгеноскопия, ЭКГ маълумотлари), артериал деворларнинг узгариши ( офтальмоскопия буйича)



**# Гипертония касаллигининг стабилизация даврида АКБ ошишига келтириб чиқарувчи асосий омил:**

@симпатоадренал тизим активлигини ошиши

@конда гистомин, серотонин, брадикинин микдорини ошиши

@конда холестерин, глюкоза, сийдик кислота микдоирининг ошиши

@конда Na, Cl, Ca микдорининг ошиши

**# Яхши сифатли гипертония касалигига характерли белги:**

@бугилиш хуружининг нафас олганда кийиндлашиши

@касаллик бошланиши билан АКБ тургун баланд булади

@касалликнинг кечиши боскичли булиши

@касаллик боскичсиз кечиши

## Клиник вазият.

48 ёшли бемор охирги хафтада энса сохасининг огриётганидан шикоят килиб врачга келган.

Шундай белгилар бир йил илгари хам пайдо булиб, унда гипертония касаллиги борлиги аникланган эди. АКБи 170/100мм.сим.уст да булган системали даволанмай,

дуч келган дориларни (номини эслай олмайди) ичиб юрган. Огрик аста-секин йуколган. Охирги ойда дори ичмай куйган. Артериал босими 190/110 мм сим уст га тенг. Томир уриши минутига

56 марта, ритмик. Кон айланишининг бузилиши аломатлари йук. ЭКГда чап коринча гипертрофияси.

Тахминий ташхисингиз

# АДАБИЕТЛАР

1. Шарапов У. - Ички касалликлар. Т. 2007 й.
2. Рябов С.И. – Внутренние болезни. 2006 г.
3. Курбанов Р.Д. – Руководство по клинической кардиологии. Т., 2007 г.
4. Комаров Ф.И. – Дифференциал диагностика и лечение внутренних болезней. М. 2003 г., том 1
5. Окороков А.Н. – Лечение болезней внутренних органов. М. 2003 г., том 3
6. Носыров Ш.Н., Собиров Д.М. – Артериальная гипертензия. Тошкент, 2002 г.
7. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в РФ. Доклад экспертов научного общества по изучению АГ. Русский мед.журнал. 2002 г., том 8, № 8
8. Мартынов - Внутренние болезни. 2006 г.

Этиборингиз

учун

рахмат !