

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA
MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI**

**ALISHER NAVOIY NOMIDAGI SAMARQAND
DAVLAT UNIVERSITETI**

TABIIY FANLAR FAKULTETI

**BIOLOGIYA YO'NALISHI
FIZIOLOGIYA, GENETIKA VA BIOKIMYO KAFEDRASI**

Odam va hayvonlar fiziologiyasi fanidan

KURS ISHI

**Qon bosimi va uni yuzaga kelish sabablari hamda oldini
olish choralari**

Bajaruvchi:

Sodiqova Sayyora

Ilmiy rahbar:

ass. D.G`. Hayitov

Samarqand-2015

R E J A

KIRISH.....	3
1. ADABIYOTLAR SHARHI	4
1.1.Arterial gipertoniyaning yuzaga kelishi va tasnifi.....	4
1.2. Gipertoniyaning bosqichlari va klassifikatsiyasi.....	6
1.3. Yoshi katta odamlarda yuzaga keladigan gipertoniyaning xususiyatlari...	8
1.4. Ruhiy-ijtimoiy stresslar va jismoniy faollik.....	11
2. TADQIQOT SHAROITLARI, OB’EKT LARI,USLUBLARI.....	12
2.1.Turli usullarda qon bosimini o‘lchash	12
2.2.Turli yoshdagi odamlarda qon bosimini aniqlash usullari.....	13
3. KURS ISHI MAVZUSINI O`RGANISH NATIJALARI.....	15
3.1. Kurs ishi mavzusini o`rganish natijalar tahlili.....	15
3.1.1. Sog‘lom bolalarning qon bosimi ko‘rsargichlari.....	15
3.1.2. Buyrak kasalligiga chalingan bolalarning qon bosimi ko‘rsargichlari.....	16
3.2. Gipertoniyaning oldini olish yo‘llari	17
3.2.1. Gipertoniya davlatida ovqatlanish qoidalariga oid tahlillar	17
3.2.2. Gipertoniya davlatida xalq tabobatidan foydalanish.....	20
3.2.2.1. Yuqori qon bosimida asal va mo‘miyo bilan davolanish usullari tahlili	20
3.2.2.2. Zuluk bilan davolash-girudoterapiya.....	21
3.2.2.3. O‘zbek xalq tabobatida qon bosimini oldini olishga oid tavsiyalar.....	22
3.3. Gipertoniyaning rivojlanishi sabablariga bog‘liq holda turli tadbirlar yordamida uning oldini olish.....	24
XULOSALAR	26
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI	27

KIRISH

Kurs ishi mavzusining dolzarbligi. Ma'lumki hozirgi kunga kelib butun dunyoda aholi sonining ortib borishi sababli, ko'plab muammolar ham yuzaga kelmoqda. Bunday muammolardan biri dunyo aholisi orasida ko'plab kasalliklar bilan birga, semirib ketish va gipertoniya ya'ni yuqori qon bosimi kasalliklari ko'payib bormoqda. Bunday holat barchani birdek tashvishga solmoqda. Bunga esa asosiy sabab qilib nosog'lom turmush tarzi, noto'g'ri ovqatlanish va shaxsiy gigiyena qoidalariga amal qilmaslik kabi holatlar sabab bo'lmoqda.

Bugungi kunda inson salomatligi va uni asrash muammolari, mamlakatimizda ham eng dolzarb masalalardan biri bo'lib qolmoqda. Mamlakatimiz rahbari tomonidan "Sog'lom avlod" dasturi, "Oila yili", "Mustahkam oila" yili kabilarni amalga oshirilishi mamlakatimizda inson salomatligi bilan bog'liq bir talay muammolarni oldi olinishiga olib keldi. Bunga misol qilib respublikamizda o'rtacha umr ko'rishning bir necha yilga uzayganligini ko'rsatishimiz mumkin. Qolaversa, inson salomatligi uning o'ziga, ya'ni kechirayotgan turmush tarziga ham bevosita bog'liqdir. Butunjahon sog'liqni saqlash tashkilotini (BJSST) ma'lumotlariga ko'ra (2011)–yigirma birinchi asrda butun dunyoda aholi sog'ligini saqlash, uni muhofaza qilish va mustahkamlash hamda faol umrni uzaytirishdagi bosh vazifa –bu aholi o'rtasida sog'lom turmush tarzini shakllantirish va tibbiy, profilaktik ishlarni to'g'ri yo'lga qo'yish hisoblanadi.

Kurs ishi mavzusining maqsadi. Kurs ishining maqsadi–odamlarda gipertoniyaning yuzaga kelishi bilan bog'liq bo'lgan yuqori qon bosimi yuzaga kelgan holatlar sabablarini o'rganish, gipertonik kasalliklarni aniqlash, oldini olish va buning uchun tegishli tadqiqotlarni olib borish va ilmiy asoslangan tavsiyalarni yoritib berishdan iboratdir.

1. ADABIYOTLAR SHARHI

1.1. Arterial gipertoniyani yuzaga kelishi va tasnifi

Qon bosimining oshishi–arterial gipertoniya bu, organizm bosimining patologik oʻzgarishi boʻlib, unda sistolik qon bosimi 140 millimetr simob ustuni yoki undan ham yuqorini, diastolik qon bosimi 90-100 yoki undan ham yuqorini tashkil etadi. Odamda qon bosimining hatto 10 mm. simob ustuniga oshishi ham yurak-qon tomir kasalliklari xavfini 30 foizga koʻpaytiradi. Oxir-oqibatda insult, infarkt, stenokardiya, oyoq tomirlarining ishdan chiqishi kabi kasalliklar kelib chiqishi mumkin.

Arterial gipertoniya koʻpincha yoshi ulgʻaygan va keksa kishilar chalinishi aniqlangan. Bu hol ayniqsa 55 yoshdan oshgan erkaklar va 60-65 yoshdan oshgan ayollar orasida koʻproq uchraydi [10]. Bu kasallikning tarqalganligi yosh oshishiga bogʻliq holda koʻpayib boradi, yaʼni (1 – ilova):

- 50 yoshlilar orasida 20 % ga;
- 60 yoshlilar orasida 30 % ga;
- 70 yoshlilar orasida 40 % ga;
- 50 yoshgacha boʻlganlar esa 10%

Qon bosimini aniqlashning qulay va tezkor usullari paydo boʻlishi tomir faolligi fiziologiyasi va patologiyasini oʻrganishga kuchli ragʻbat bagʻishlaydi. Qon bosimi oshishining koʻplab kasalliklarda uchrashi tasodifiy emas. Biroq oʻtgan asrning 20-yillariga qadar qon bosimining har qanday oshishi buyrak kasalliklari belgisi yoki ateroskleroz koʻrinishi sifatida koʻrib chiqilgan edi.

Keyinchalik qon bosimining oshishi gipertoniyaning boshqa koʻrinishlari – simptomatik belgilariga qaraganda koʻproq uchrashi maʼlum boʻldi. Qon bosimi kasalligining boshlangʻich bosqichlarida buyrak tomonidan organik oʻzgarishlar yoʻqligi belgilandi va gipertoniya buyrakning yashirin kasalligi belgisi sifatida qarashga barham berildi. Zamonaviy tibbiyot hozirda qon bosimi kasalligiga asab tizimi, buyrak, endokrin, va yurak-qon tomir xastaliklari funksiyalarining kompleks buzilishi sifatida qaraydi.

Qon bosimining rivojlanishiga tomirlar, yurak, buyraklarni struktural qayta qurushga olib keluvchi irsiyat, markaziy asab funktsiyalari va endokrin tizimlar kuchli taʼsir etadi. Bu diagnoz birinchi galda koʻproq baʼzi shartli oʻlchamdagi qon bosimi oshishi bilan belgilanadi. Bu oʻlcham doimiy boʻlib qolib ketmaydi. Soʻnggi paytlarda uning kamayishi, yuqori qon bosimi mezonlariga talabchanlik kuzatilmoqda [1, 2].

Gipertonik kasallikning rivojlanishi ham ichki, ham tashqi omillar taʼsiri tufayli roʻy beradi. Ular orasida semizlik, stress, uzoq hissiy-emotsional zoʻriqish va chekishni koʻrsatib oʻtish mumkin. Qon bosimining oshishi yurak-tomir faoliyatini tartibga solishdagi oʻzgarishlar bilan bogʻliq. Natijada organizmning pressor va depressor (qon bosimini qoʻllab-quvvatlab turuvchi) mexanizmlari oʻrtasidagi fiziologik muvozanat buziladi.

Gipertoniya kasalligida qon bosimi oshishida markaziy asab tizimi tomonidan qon aylanishi tartibga solinishining oʻzgarishlariga koʻproq eʼtibor qaratiladi, chunki u endokrin bezlar va buyraklar bilan yaqindan bogʻliq. Biroq arterial gipertoniyaning shakllanishida irsiy moyillik birlamchi omil hisoblanadi, u hujayra transport

funktsiyalari va hujayra membrana tuzilishlarining tarqalgan buzilishlarida namoyon bo'ladi.

Bundan tashqari gipertonik, kasallik qon bosimini tartibga soluvchi bosh miya qobig'ining funksional buzilishlari bilan ham bog'liq. Shunday qilib, gipertoniya tomirlardagi bosimni tartibga solishda qaytariluvchi buzilishlarni yuzaga keltiruvchi kasallik hisoblanadi. Arterial bosim oshishining o'zi bu kasallikning tipik, o'ziga xos belgisi hisoblansa ham, o'z navbatida asab tizimining birlamchi buzilishi oqibati yoki ifodasi hamdir [3, 4, 5, 6].

Qon bosimi oshishi kasalligi o'zining keyingi rivojlanishi davrida tomir devorlarida va muayyan ichki a'zolarida o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Bu a'zolaridagi ikkilamchi o'zgarishlar patologik jarayonni chuqurlashtiradi. Natijada gipertonik kasallik asab tizimini tartibga solishning buzilishi bilan boshlanib, keyinchalik ichki a'zolar va tizimlarning turli kasalliklar bilan og'rishiga olib keladi va o'z navbatida gipertoniya odamlar orasida eng ko'p uchraydigan surunkali kasalliklardandir.

Qon bosimi oshishining diagnostikasi odatda, sistolik bosim oshishini aniqlashga asoslanadi, biroq diastolik bosim darajasi ham yurak-tomir o'zgarishlari xavfi bilan yaqindan bog'liq bo'ladi. Ko'pincha yoshi ulug' kishilarda uning o'ziga xos shakli – alohida (izolyatsiyalangan) sistolik gipertoniyani ajratib ko'rsatishadi. Arterial bosimning me'yoriy ko'rsatkichlarini qon bosimining optimal darajasi bilan bir xil deb qaramaslik kerak, chunki, u bemorlardagi odatdagi bosimdan anchagina farqlanishi mumkin va bir qator omillar bilan belgilanadi [11, 12].

Qon bosimining darajasi jiddiy ko'rsatkich bo'lsa ham, gipertoniyani baholash uchun yetarli emas, chunki u kasallikning kelib chiqishi, nishon a'zolar shikastlanishiga doir axborot bilan ta'minlanmaydi va terapevtik aralashuvlar tezkorligini doimo ham belgilab bermaydi. To'g'ri davolash uchun qon bosimi oshishining ehtimoliy sabablari, darajasini (umumiy qabul qilingan tasnif bo'yicha) to'g'ri aniqlab olish lozim.

Arterial gipertoniya mayda periferik qon tomirchalari –arteriolalarning tonik qisqarishi oqibatidir. Mayda qon tomirchalarini tegishli quvurlar tizimida bosimni belgilab beruvchi vodoprovd jo'mragiga qiyoslash mumkin. Arteriolalarning biror bir torayish darajasi diastolik bosim darajasini belgilab berishi lozim.

XIX asrda nemis shifokori, gipertoniya haqidagi ta'limot asoschilaridan biri Folgard ikki xil –qizil va oq gipertoniya mavjudligini ta'kidlaydi. Qizil gipertoniya (yonoqlar qizilligi, butun tanaga taraluvchi hissiyotlar natijasidagi qizil dog'lar) teri ostidagi tomirlarda keskin torayish kuzatilmaydi. Oq gipertoniya esa teri, qo'l-oyoqlar oqarishi kuzatiladi. Albatta, gipertoniyaning kelib chiqishini faqat asab kasalliklari bilan bog'lash to'g'ri emas. Uning kelib chiqishida bir nechta omillar sabab bo'ladi.

A. Moyillik omillari. Irsiy-oilaviy moyillik; yosh jihatlari; kishi hayoti davomida orttirgan miya tomondan birinchi galda funksional, trofik, ba'zan organik xarakterdagi buzilishlar; buyrak, endokrin bezlar va tomir tizimlari tomonidan yuzaga kelgan o'zgarishlar.

B. Qo'zg'atuvchi omillar. O'tkir ruhiy shikastlanish; tez-tez yuz beradigan va uzoq davom etadigan asabiy zo'riqishlar, yoki miya to'qimalarini zo'riqtiruvchi doimiy ruhiy horg'inlik; miya shikastlanishi; klimaksdagi asabiylik.

V. Patogenetik omillar. Pressor gormonlar –bosimni tartibga soluvchi moddalar (vasopressin, noradrenalin) faolligining kuchayishi; buyrak ishemiyasi (qon aylashining pasayishini ta'minlovchi moddalar va kislorod etkazib berishning kamayishi), rennin – gipertenzin (buyrakda ishlab chiqariluvchi va bosimni oshiruvchi faol modda) hosil bo'lishining kuchayishi [13, 14, 15].

Gipertoniyaning tasnifi. Qon bosimi oshishi bilan yurak-tomir tizimida muammolarning yuzaga kelishi xavfi tobora ortib bormoqdaki, bu hol umumiy qabul qilingan “yumshoq”, “mo'tadil” va “og'ir” arterial gipertoniya atamalarida o'z aksini topgan.

Shuni aytish kerakki, bu atamalar, ayniqsa, “yumshoq” gipertoniya faqat bu kasallik darajasini bildirib, bemor ahvolining og'irligi holatini tavsiflamaydi.

“Yumshoq” gipertoniya –yengil o'tuvchi qon bosimining oshishi bo'lib, dori-darmon bilan davolashni talab etmaydi. Bosimning ko'rsatkichi har safar individual belgilanadi, biroq ko'p hollarda sistolik bosim 140 mm.sim.ustuni va diastolik bosim 90 mm.sim.ust.dan oshmaydi.

Gipertoniyaning “mo'tadil” shakli deganda uning 1-2 –darajalari tushuniladi. “Og'ir” shakli deganda -3 –darajasi anglashiladi, chunki uni dori-darmon bilan davolash qiyin kechadi va og'ir asoratlari qoldiradi. Yuqori qon bosimiga ega bemorlarning qariyb 90 % gipertoniyaning “yumshoq” va “mo'tadil” shakllariga tegishlidir. Bu guruhlardagi kasallarda miyada qon aylanishi buzilishi va boshqa belgilar uchraydi.

Gipertoniyani boshida aniqlash va davolash a'zolar ishdan chiqishi rivojlanishining oldini olish yoki sekinlashtirishga imkon beradiki, bu bemorning bundan keyingi ahvolini belgilab beradi. Qon bosimining darajasi, o'zgarishlarining davomiyligi va a'zolar ishdan chiqishi orasidagi aloqalar doimiy emas. Qon bosimining ko'tarilishi ichki a'zolar ishdan chiqmaganda ham qayd etilishi mumkin. Boshqa bemorlarda ular qon bosimi yuqori bo'lmagan raqamlar bo'yicha ham aniqlanadi. Ichki a'zolarida patologik o'zgarishlarning mavjudligi istalgan darajadagi qon bosimida yurak-tomir mushkulotlari xavfini oshiradi. A'zolar ishdan chiqishi darajasiga asoslangan arterial gipertoniya klassifikatsiyasida “kasallik bosqichi” atamasi ishlatiladi. A'zolarining ishdan chiqishi va ularning asosiy klinik ko'rinishlarini aniqlash bemorlarni to'laqonli tekshirishga va davolash muassasasining diagnostik imkoniyatlariga bevosita bog'liqdir [11].

1.2. Gipertoniyaning bosqichlari va klassifikatsiyasi

Birinchi bosqich. Yurak, buyrak, bosh miya, normal ko'z tubi ishdan chiqishi ko'rinishlari ro'y bermaydi. Bu bosqichda qon bosimining oshishi aholini yoki jamoani ommaviy tekshirish, dispanser kuzatuv, tibbiyot komissiyasi tekshiruvda tasodifan aniqlanadi. Qon bosimi bunda beqaror bo'ladi, uning oshishi odatda vaqti-vaqti bilan hissiyotlar kuchayishi ta'siri ostida paydo bo'lishi mumkin. Ba'zan qon bosimi ancha yuqori ko'rsatkichlarga chiqishi mumkin, biroq uzoq davom etmaydi. Tinchlik, rejim, davolanish sharoitida, ba'zan o'z-o'zidan me'yorgacha pasayadi, shu holatda noma'lum vaqt saqlanadi [18].

Odatda, qon bosimi pasayishi uxlayotgan chog‘da, uyqudan so‘ng oshishi kechki paytlar hissiy va boshqa omillar bilan bog‘liq holda kuzatiladi. Bu o‘zgarishlar normal qon bosimli odamlarda 5-10 mm, sim.ust. atrofida bo‘ladi.

Bu kasallikka uchragan bemorlar yurak tomonidan noxushlik sezishlaridan shikoyat qilishadi. Hatto, yoshlar ham kasallikning dastlabki bosqichlaridayoq yurak sohasidagi og‘riqlardan shikoyat qilishadi, bu hol yurakda qon aylanishi buzilishi holatlari bilan ifodalanadi. Bunday holatda og‘riqlar yoki lahzalik, sanchiqli yoki doimiy, bir necha kunlab, ba‘zan haftalab davom etuvchi bo‘lishi mumkin. Og‘riqlar jismoniy zo‘riqish, sovuq yoki ovqatlanishga bog‘liq emas, ular bemorlarni ko‘p yillar davomida bezovta qiladi, kasallik oldi holatining belgilari hisoblanadi.

Ikkinchi bosqich hech bo‘lmaganda quyidagi a‘zoldan biri ishdan chiqishining mavjudligi bilan tavsiflanadi:

- chap yurak qorinchasi gipertrofiyasi (roentgen, EKG tekshirishlari);
- ko‘z to‘r pardasi tomirlarining tarqalgan yoki lokal torayishi;
- qonning biokimyoviy tahlilida proteinuriya (siydikda oqsil mavjudligi) yoki plazma kreatinini kontsentratsiyasining biroz oshishi (1,2-2,0 mg/100ml);
- tomirlar (uyqu arteriyalari, aorta, qovurg‘a bilan qorin orasidagi va bel arteriyalari) aterosklerotik ishdan chiqishining ultratovush yoki rentgen belgilari.

Ahvolning yomonlashishi bemorlarni tibbiy yordamga faol murojaat qilishga undaydi, ba‘zan vaqtinchalik mehnatga yaroqsizlik zarurati tug‘uladi. Qon bosimi doimiy oshadi. Ba‘zi hollarda gipertoniya beqaror bo‘ladi, ya‘ni bunda qon bosimi pasayishi mumkin, lekin me‘yoriga kelmaydi, rejim ta‘sirida shunday bo‘ladi. Boshqa hollarda esa gipertoniya rejim va dori-darmonlarning kombinatsiyalashgan holda ta‘sir etishi tufayli barqaror bo‘ladi va pasayadi. Qon bosimi darajasi juda yuqoriga ko‘tarilishi ham mumkin, u ba‘zida 180/110 mm.sim.ust.ga etishi mumkin [19].

Qon bosimi darajasining progressiv oshib borishiga muvofiq holda yurak to‘qimalarida o‘zgarishlar paydo bo‘ladi. Bu o‘zgarishlar yurak gipertrofiyasi (yurak mushagi devorining ortishi), asosan chap qorincha gipertrofiyasida ifodalanadi. Gipertoniya kasalligining ikkinchi bosqichida bemorlar yurak sohasida og‘riqlardan a‘ziyat cekishadi. Bu og‘riqlar odatdagi yurak og‘riqlaridan aniq farqlanadi vz yaqqol nevrotik xususiyat kasb etadi. Gipertoniyaning 2-3 bosqichlari uchun ko‘z tubi tomonidan o‘zgarishlar deyarli qonuniyatga aylandi: ular tez-tez kuzatiladi, egri-bugrilik yorqin ifodalangan va tomirlar qalinligi bir xil bo‘lmaydi.

Bazan kasallik ko‘rish qobiliyatini yo‘qotishdek holat bilan yakunlanadi. Bu og‘ir mushkulot spazm yoki tromboz natijasida bo‘lishi mumkin. Ko‘z tomiri spazmi odatda oldi olinadigan hodisa, bunday hollarda ko‘rish qobiliyatining yo‘qolishi agar spazm uzoq cho‘zilmasa, o‘tib ketadigan hodisadir.

Uchinchi bosqich a‘zo-nishonlar ishdan chiqishining belgilari va klinik namoyon bo‘lishi bilan xarakterlanadi.

Yurak-stenokardiya, miokard infarkti, yurak yetishmovchiligi.

Miya –insult, miya qon aylanishining buzilishi.

Ko‘z tubi –ko‘rish nervi xalqasining shishishi yoki qon quyilishi. o‘zgarishlar va yurak muskuli ishdan chiqqani haqida guvohlik beradi.

Buyraklar –kreatinin plazmasi kontsentratsiyasi(2mg/100ml), buyrak yetishmovchiligi [21].

Gipertoniya kasalligining uchinchi bosqichida qon bosimi odatda barqaror, uning darajasi ko‘pincha yuqori, biroq ba‘zan 2-bosqichga qaraganda bir qadar quyiyoq bo‘ladi. Qon bosimining bunday nisbiy pasayishi yaxshi ko‘rsatkich emas, u tomirlar tuzilishidagi o‘zgarishlar va yurak muskuli ishdan chiqqani haqida guvohlik beradi. Gipertoniyaning uchinchi bosqichida yurak to‘qimalarida o‘zgarishlarning bundan keyingi ortishi kuzatiladi: yurak muskullarida qon aylanishining buzilishi nafaqat uning gipertrofiyasi, balki shoh tomirlar sklerozi bilan ham bog‘liq. Ko‘rsatilgan sabablar bir tomonga –klinik namoyon qiluvchi ishemik miokard tomon yetaklaydi. Shuni ham ta’kidlash joizki, aynan uchinchi bosqichda gipertrofik kasallik ta’sirida miokard infarkti, insult, buyrak yetishmovchiligi kabi mushkulotlar yuzaga keladi va ular fojeali yakun topishi mumkin [29, 30].

Gipertonik kasallikning bu bosqichida buyrak to‘qimalarida qo‘pol o‘zgarishlar belgilari, buyrakning ishdan chiqishi namoyon bo‘ladi. Bu hollarda siydikda ko‘p miqdorda albumin oqsili, eritrosit, leykosit aniqlanadi. Buyraklar qonni ancha yomon filtrlaydi. Bu surunkali buyrak yetishmovchiligiga olib keladi.

Arterial gipertoniya kelib chiqishiga ko‘ra quyidagicha klassifikatsiyalanadi:

1. *Boshlang‘ich (essentsial) gipertoniya.* “Gipertonik” kasallik atamasi G‘arbda foydalaniladigan “essentsial gipertoniya” atamasiga aynan mos keladi. Kelib chiqishi noma’lum bo‘lgan gipertoniyaning bu shakli kasallikka chalingan bemorlarning 95% da uchraydi. “Gipertonik kasallik” tashxisini qo‘yish uchun qon bosimi oshishining barcha ehtimoliy sabablarini rad etish talab qilinadi.

2. *Ikkilamchi (simtomatik) gipertoniya.* Atiga 1-5 % hollardagina qon bosimi oshishi sababini aniqlashga erishiladi. Ikkilamchi gipertoniyaning ehtimoliy sabablari quyidagilardir:

1. Dori-darmon vositalari:

- gormonal homiladorlikka qarshi vositalar;
- buyrakusti qobig‘i gormonlari;
- tiamin saqllovchi oziq-ovqat mahsulotlari(konservalar, kofe, shokolad);

2. Buyrak kasalliklari:

- o‘tkir glomerulonefritlar, pilonefritlar, surunkali nefritlar;

3. Endokrin kasalliklar:

- akromegaliya, gipotireoz, gipertireoz, giperkalsiemiya;

4. Tomirlarning shamollashi.

5. Nevrologik kasalliklar:

- bosh suyak ichida qon bosimi oshishi, miya shishi, ensefalit;

Gipertoniya kasalligi davomiyligi va tezligi xususiyatlariga bog‘liq holda barqaror bo‘lmagan va barqaror gipertoniya ajraladi. “Oq xalat gipertoniyasi” atamasi keng tarqalgan, ya’ni bunda qon bosimi oshishi raqamlari faqat tibbiyot xodimi o‘lchagandan so‘ng aniqlanadi. Bunday bemorlarda tashxisni aniqlash, uy sharoitida qon bosimini o‘lchash yoki qon bosimi darajasi ustidan sutkalik kuzatish o‘tkazishdan so‘ng aniqlash mumkin [22, 23, 24, 25].

1.3. Yoshi katta odamlarda yuzaga keladigan gipertoniyaning xususiyatlari

Faqat sistolik qon bosimining oshishi izolyatsiyalashgan gipertoniya ancha tez uchraydi. Bu holat rivojlanishining asosiy sababi –yosh o'tishi bilan yirik tomirlar mayinligi kamayishi, elastik xususiyatlarini yo'qotishidir. Mazkur jarayon shunga olib keladiki, qonning qorinchalardan otilib chiqishi vaqtida hosil bo'ladigan bosim silliqqlanmay qoladi va natijada sistolik qon bosimi oshadi. Ayni paytda tomirlar elastik xususiyatining yo'qolishi arteriyalarda qonning elastik uzatilishi kamayishiga, demakki, diastolik qon bosimining ham pasayishiga olib keladi.

Izolyatsiyalashgan sistolik gipertoniya yosh paytda ancha kam rivojlanadi, biroq 60 yoshdan so'ng 8 % holatda uchraydi. 70 yoshdan oshgan kishilarda uning tarqalishi 14-19 % ko'payadi, 80 va undan yuqori yoshda 30 % kishilar sistolik gipertoniya azob chekishadi. Ko'pincha sistolik gipertoniya organizm keksayishi yoki ateroskleroz oqibatida tomirlar ishdan chiqishiga javob sifatida rivojlanadi. Sistolik gipertoniya tez-tez miokard infarkti, yurakning ishemik kasalligi va chap qorincha gipertrofiyasi rivojlanishi bilan birga keladi. Shuningdek, arterial gipertoniyaning asosiy mushkuloti – bu miya insultidir.

60 yoshdan oshgan bemorlar uchun izolyatsiyalashgan sistolik gipertoniya –yurak-tomir kasalliklari rivojlanishi xavfining asosiy omilidir. Bunday bemorlarda sistolik va diastolik qon bosimini bir necha bor o'lchash lozim. Agar izolyatsiyalashgan sistolik gipertoniya tashxisdan o'tgan bo'lsa, yurak-tomir kasalliklari xavfining boshqa omillari bor-yoki yo'qligidan qat'iy nazar, dori-darmon bilan davolashni boshlash zarur. Dorilar dozasi sistolik qon bosimini 150 mm./sim.ust.dan oshmaydigan miqdorda kamaytirish uchun tanlab olinishi lozim. Davolanish boshlarida bemor shifokor ko'rigiga har 2-3 oyda yoki undan ham oldinroq kelishi kerak. Faqat shunday chora tadbirlargina insultlar va boshqa yurak-tomir mushkulotlari sonini kamaytirishga yordam beradi. Shu borada yana bir savolga *ya'ni "gipertonik krizlar nima"* degan savolga javob berib o'tish joizdir [26, 27, 28, 29, 30].

Gipertonik krizlar eng avval, qon bosimi kasalligining o'ziga xosliklariga tegishlidir. Shu bois ham u gipertoniyaning alohida og'ir ko'rinishi hisoblanadi. To'satdan yuz beradigan qisqa muddatli paralichlar, nutq yoki ko'rish qobiliyatini yo'qotish yirik tomirlar mayda tarmoqlarining bekilib qolishi bilan izohlanadi. Gipertonik krizlar uchun ular yuzaga kelishining keskinligi xarakterlidir.

Bunday krizlar bir qator umumiy ko'rinishlarda namoyon bo'ladi. Birinchi galda bosh og'rig'i paydo bo'lishi yoki kuchayishi qayd etiladi. Agar bosh og'rig'i gipertoniya kasalligida turli mexanizmlar bilan izohlansa, gipertonik krizlarda u, shubhasiz, tomirlar spazmi bilan bog'liq kechadi. Qon bosimi keskin oshishida ancha og'ir belgilar –ko'ngil aynishi, qusish, ko'rish qobiliyatining buzilishi, aqlning xiralashishi paydo bo'ladi. Bunday hollarda bosh miya ichidagi qon bosimi oshishi va miya shishi rivojlanishi ro'y beradi.

Yurak shox tomirlari spazmi bilan bog'liq kechuvchi yurak faoliyati buzilishlari, miokard infarkti bilan tugashi mumkin bo'lgan stenokardiyaning tiniq xurujlari yuzaga keladi.

Gipertonik krizlarning asosiy belgisi qon bosimining keskin oshishi bo'lib, ham sistolik, ham diastolik qon bosimi 100 mm.sim.ust. va undan ham oshib ketishi mumkin [13, 17].

Shu qisqa asosiy belgilarning o'zi gipertonik krizlarni shoshilinch chora-tadbirlar ko'rishni talab etuvchi xavfli sindrom deb hisoblashni taqozo etadi.

Gipertonik krizlar gipertonik kasallik kechishi uchun xos bo'lgan barcha belgilarning "qaymog'i"dir. Yaxshi ma'lumki, gipertonik kasallik bemorlarda yuz beradigan turli-tuman holatlar, sabablar –ruhiy shikastlanish, jismoniy zo'riqish, ob-havo omillari, ayollarda hayz ko'rish sikli va klimaks davridagi keskin o'zgarishlar va hokazolarga bog'liq. Bu sabablar chinakkam gipertonik krizlar yuzaga kelishiga imkon yaratadi. Krizlar to'satdan sovuq tushishi yoki barometrik bosimning pasayishi munosabati bilan ham sodir bo'lishi mumkin.

Gipertonik krizlar ayollarga ancha ko'proq xos, hayz ko'rish sikli va hayz davriga tez-tez to'g'ri kelib qoladi. Hozirda ikki xil gipertonik krizlar uchraydi.

Birinchi xil gipertonik krizlar ancha yengil va qisqa vaqt kechishi bilan xarakterlanadi. Odatda, ular qoniqarli holat paytida to'satdan rivojlanadi. Garchi ular gipertoniya kasalligining ikkinchi va uchinchi bosqichlariga xos bo'lsa ham, birinchi bosqichdayoq kuzatilish mumkin. Bemorlar shifokor huzuriga kelganda, odatda hayajonlanish holatida bo'ladi, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, yurak urishi, a'zoi badandagi titroqdan shikoyat qilishadi, gohida yurak sohasida og'riq yuzaga keladi. Yuz, bo'yin, ko'krak terisi qizil dog'lar, ter bilan qoplanadi. Krizlar paytida siydikda uncha ko'p bo'lmagan miqdorda oqsillar, eritrotsitlar paydo bo'lishi mumkin. Bunda qon bosimi oshadi. Krizlar paytida olingan (EKG) elektrokardiogrammalarni o'rganish yurak faoliyatidagi muayyan o'zgarishlarni ko'rsatadi.

Qonda adrenalin oshishi munosabati bilan qand moddasining ham aniq oshishi va keyinchalik (krizdan so'ng) uning boshlang'ich holatgacha, normal darajaga qadar pasayishi qayd etiladi. Xolesterinning qondagi miqdori bir qadar oshadi. Qon oqsil tarkibining gipertonik krizlarda jiddiy o'zgarishlarga uchrashi kuzatilmaydi. Qariyb barcha hollarda qonda leykotsitlar soni o'rtacha 50 foizga oshadi.

Ikkinchi xil gipertonik krizlar ancha sekin-asta rivojlanishi, og'ir kechishi va bir necha kunlik davomiyligi bilan namoyon bo'ladi. Bu xil krizlar ikkinchi va uchinchi bosqichdagi gipertonik kasallikka uchragan bemorlarda va uning xavfli ko'rinishida yuzaga keladi. Deyarli barcha hollarda bemorlar kuchli bosh og'rig'idan shikoyat qiladi, o'tib ketuvchi ko'rish qobiliyatlari buzilishlari, ko'ngil aynishlari, qusish, yurak sohasida g'ijimlovchi og'riqlar, yurak urib ketishi tez-tez sodir bo'ladi. Bu holatda, birinchi xil krizlardan farqli ravishda, umumiy titroq, tomir urushining kuchayishi, qon bosimining oshishi, poliuriya (siydik miqdorining ko'p miqdordaligi, sutkasiga ikki litrdan ortiq, normada 1-1,5 litr) kuzatiladi. Tomir urishi ba'zan sekinlashadi. Kriz sistolik va diastolik qon bosimining keskin oshishi bilan davom etadi. Qon bosimining bu tariqa oshishi, krizning davomiyligi yurak astmasi, o'pka shishi, miokard infarkti, insult kabi mushkulotlarga olib keladi. Qonda qand miqdori oshmaydi. Xolesterin miqdori ikkinchi xil kriz chog'ida ancha oshadi.

Ayrim hollarda, og'ir kechuvchi uzoq davom etadigan krizlarda qonda oqsil kamayishi kuzatiladi. Qon tarkibidagi o'zgarishlar leykotsitlar sonining ko'payishida ham ifodalanadi.

1.4. Ruhiy-ijtimoiy stresslar va jismoniy faollik

Stress qon bosimi keskin ko'tarilishiga sabab bo'ladi. Uzoq vaqt surunkali kechgan stress boshqa sabablardan qat'i nazar, gipertoniya rivojlanishi omillaridan bo'lishi mumkin. O'tirib ishlaydigan kishilarda jismoniy faol kishilarga nisbatan gipertoniya rivojlanishi ehtimoli 20-50 % yuqori bo'ladi. Yuqori qon bosimiga ega kishilar davolovchi jismoniy tarbiya bilan mustaqil shug'ullanishni boshlash oldidan bemor yoshiga bog'liq holda tibbiy tekshirishdan o'tkazilishi lozim:

- 30 yoshgacha odatdagi shifokor ko'rigi yetarli hisoblanadi;
- 30-40 yoshgacha ko'rikka elektrokardiogrammani qo'shish lozim;
- 40 dan yuqori yoshda davolash jismoniy tarbiya yo'riqchisi nazorati ostida oldindan jismoniy yuklamani belgilagan holda mashqlarni boshlash tavsiya etiladi.

Yuklama bemor tomonidan o'z-o'zini nazorat qilish orqali amalga oshiriladi. Bu yuklama tufayli tomir yoshga xos chegaradan ortiq urmasligi lozim. Harsillab qolishning boshlanishi yuklama tezligini kamaytirish belgisidir. Shuni takidlash joizki, ko'pgina tavsiya etilayotgan profilaktik chora-tadbirlargipertoniya dan bo'lak holatlarga ham dahldordir. Gipertoniya rivojlanishi bilan bog'liq xavf-xatarning yuqorida sanab o'tilgan omillarini bilish juda muhim hisoblanadi, chunki ular ko'p jihatdan modifikatsiyalangan ya'ni o'zgartirilgan omillardir.

O'rni kelganda Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti (JSST) mezonlariga e'tiborni qaratish maqsadga muvofiqdir. Quyida sanab o'tiladigan bir yoki bir nechta omillarning mavjudligi qon-tomir kasalliklari (gipertoniya) rivojlanishi xavf-xatari uchun qon bosimi biroz oshishiga qaraganda ko'proq ahamiyat kasb etishi mumkin. Ular:

- oilada qon-tomir kasalliklari barvaqt rivojlanishining ko'rsatishi;
- sistolik qon bosimining oshganligi;
- diastolik qon bosimining oshganligi;
- chekish;
- umumiy xolesterin darajasining oshganligi;
- chap yurak qorinchasining gipertrofiyasi;
- bosh miyaning tomir kasalliklari;
- qandli diabet;
- buyrak kasalliklari;
- semirish;
- kam harakatli yashash tarzi.

2. KURS ISHI MAVZUSINI O'RGANISH USULLARI

Tadqiqotlar yuqori qon bosimini aniqlash uchun mo'ljallangan *Karotkov usulida* va Riva-Rochchi usulida zamonaviy tanometrlar va sfigmamometrlar yordamida olib borildi.

2.1. Turli usullarda qon bosimini o'lchash

Yurakning ishlashi tufayli tomirlarga otilib chiqadigan qonning tomir devoriga bergan bosimiga qon bosimi deyiladi. U asosan yurak ishiga va tomirlar devorining tonusiga bog'lig' bo'ladi. Qorinchadan tomirga o'tgan qon zarrachalari yurakdan uzoqlashib borgan sari, ularning tomir devoriga ko'rsatadigan bosimi ham shuncha kamayib boradi. Tomir tarmoqlanib, diametri torayib borgan sari, uning oqayotgan qonga ko'rsatadigan qarshiligi ham shuncha ortib boradi. Tomir diametri qancha kichik bo'lsa, qonning bosimi ham shuncha past bo'ladi. Binobarin, eng baland bosim aortada kuzatiladi, arteriyalar, arteriolalar va kapillyarlarga o'tilgan sayin bosim muntazam ravishda so'na boradi. Kichik diametrli venalarda bosim juda past bo'lib, yirik venalarda yanada kamayadi. Oqibatda kovak venalarda bosim hatto manfiy bo'lib qoladi (2.1-rasm).

Qon tomirlaridagi qonning o'zgaruvchan bosimi qon bosimi deb ataladi. Bosimning ko'lamini yurakning ishi, tomirlar tizimiga tushuvchi qonning miqdori, uning periferiyaga oqish tezligi, tomirlar devorining qarshiligi, qonning yopishqoqligi, tomirlarning elastikligi bilan aniqlanadi. Eng yuqori bosim aortada bo'ladi. Qonning tomirlari bo'ylab harakatlanishi natijasida uning bosimi ham pasaya boradi.

Yirik arteriyalar va venalarda qon oqimiga ko'rsatilayotgan qarshiliklar unchalik katta emas, shu sababli ularda qon bosimi sekin-asta pasayib boradi. Qon bosimining sezilarli kamayishi arteriolalar va kapillyarlarda kuzatiladi, chunki ularda qon oqimiga ko'rsatilayotgan qarshilik eng katta.

Qon aylanish tizimida qon bosimi o'zgaradi. Qorinchalar sistolasi paytida qon aortaga kuch bilan haydaladi, bu paytda qon bosimi eng yuqori bo'ladi. Bu eng yuqori bosim sistolik yoki *maksimal* bosim deyiladi. Bu holat yurakdan yirik tomirlarga sistola paytida undan periferiyaga oqib ketayotgan qondan ko'p va katta miqdordagi qon kiritiladi va natijada yuqoridagi yuzaga keladi. Yurakning bo'shashish fazasida (diastola) arterial bosim pasayadi va diastolik yoki *minimal* bosim yuzaga keladi. Sistolik va diastolik bosimlar orasidagi farq *puls bosimi* deb ataladi. Puls bosimini o'lchami qanchalik kam bo'lsa, sistola paytida yurak qorinchasidan aortaga shuncha qon haydaladi.

Odamning yelka arteriyasida sistolik bosim 110-125 mm.sim.ust.teng bo'lsa, diastolik bosim esa 60-85 mm.sim.ust.teng bo'ladi. Yosh bolalarda qon bosimi voyaga yetgan odamlardagiga nisbatan jiddiy darajada past. Bola qancha yosh bo'lsa, undagi kapillyarlar turi shuncha katta bo'ladi va qon tomirlarini yuzasi shuncha katta bo'ladi, demak qon bosimi ham shuncha past bo'ladi. Yangi tug'ilgan bolaning maksimal bosimi 76 mm.sim.ust.ga yaqin, minimal bosim esa 40-50 mm.sim.ust.teng, yosh ulg'ayishi bilan arteriya tomirlarining ko'ndalang kesimi yuzasini nisbatan torayishi tufayli qon bosimini oshishi kuzatiladi.

Shunga ko'ra, yurakning qorinchalar sistolasi paytidagi bosimga **maksimal yoki sistolik** bosim, diastolasi paytidagi bosimiga esa **minimal yoki diastolik** bosim

deyiladi. Sistolik bosim bilan diastolik bosim oralig'ida bosimning o'zgarish amplitudasi **puls bosimi** yoki **puls ayirmasi** deyiladi.

Qon bosimining oshishiga - **gipertoniya**, pasayishiga esa - **gipotoniya** deyiladi. Qon bosimiga turli omillar ta'sir qiladi.

Qon bosimi ko'rsatkichiga yurakning sistolik va daqiqalik hajmi, arteriola va kapillyarlarning qonga ko'rsatadigan qarshiligi, qonning yopishqoqligi, nerv sistemasi va umuman organizmning holati, tomirlarda aylanayotgan qonning miqdori, tashqi muhit harotati, sutkaning davri, hayvonning turi, zoti, yoshi, mahsuldorligi kabi omillar ta'sir qiladi.

Qon depolaridan qonning tomirlarga ko'p chiqarilishi oqibatida tomirlarda aylanayotgan qonning ko'payishi, qon bosimining oshishiga sabab bo'ladi. Tomirlardan talaygina qon yuqolishi qon bosimining pasayishiga olib keladi. Yurak ishining tezlashishi, tomirlar diametrining torayishi, qon bosimining oshishiga sabab bo'ladi va aksincha.

Jismoniy ish vaqtida venalardan yurakka ko'proq qon kelib, yurakning daqiqalik hajmi oshadi, depo qonining ma'lum qismi tomirlarga chiqariladi, shunga ko'ra jismoniy ish vaqtida ham qon bosimi ko'tariladi.

Adashgan nerv ta'sirlanganda yurak ishi sekinlashib, qisqarish kuchi kamayadi, oqibatda qon bosimi pasayadi. Qon bosimi kechalari kunduzgiga qaraganda pastroq bo'ladi.

Qon bosimini o'lchashning ikki xil usuli bor:

1. Qonli usul (K.Lyudvig usuli) 2. Qonsiz usul.

Qon bosimini qonli usul bilan aniqlash ancha mushkul. Buning uchun agar tajriba hayvonlarda olib borilayotgan bo'lsa, hayvonga narkoz berish, uni harakatsizlantirish, qimirlamaydigan qilib bog'lab qo'yish va shularga o'xshash boshqa choralarni ko'rish kerak.

Qon bosimini aniqlashda qonsiz usul keng qo'llaniladi. Buning uchun tanometrlar yoki sfigmomanometrda foydalaniladi.

Odamlarda qon bosimi 2 xil usul bilan aniqlanadi:

1. Korotkov usuli 2. Riva-Rochchi usuli

Korotkov usuli qon tomirlarda paydo bo'ladigan tovushni eshitishga, Riva-Rochchi usuli esa qon tomirlarda pulsni yo'qolishiga yoki paydo bo'lishiga asoslangan. Hozirda ko'proq korotkov usuli qo'llaniladi.

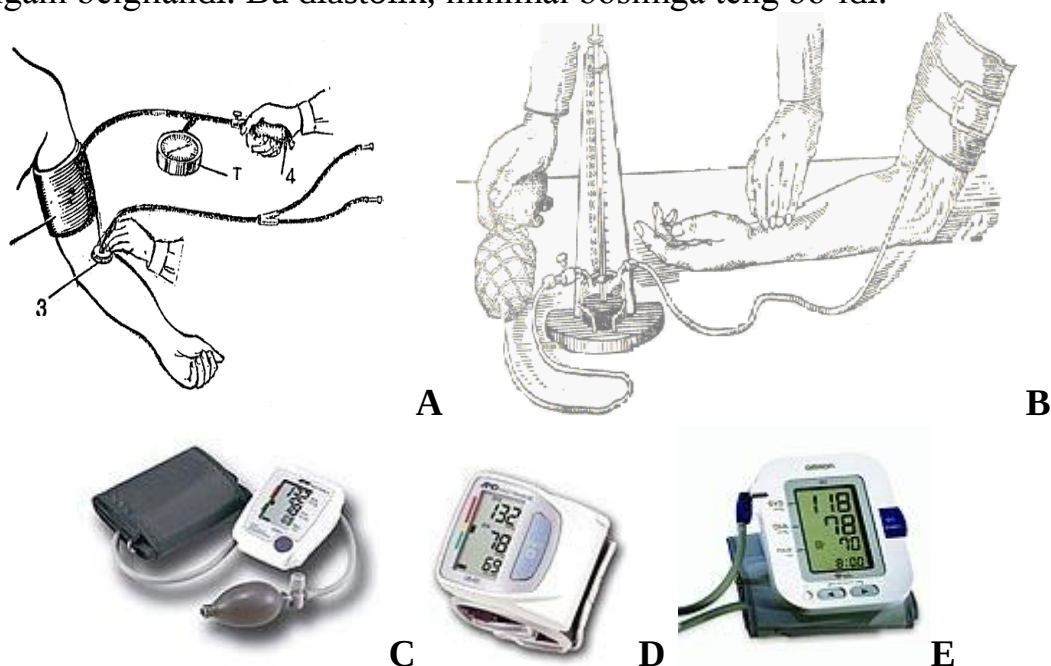
Arteriyalarda qon bosimi aniqlanayotganda simobli, venalarda bosim past bo'lganligi uchun suvli manometrlardan foydalaniladi.

Kapillyarlardagi qon bosimi Krog usuli bilan o'lchanadi. Buning uchun kapillyarlarni mikroskop ostida kuzatib turib (kapillyaroskopiya), maxsus kamerada kapillyarlarda oqayotgan qonni to'xtashi uchun zarur bo'lgan bosim hosil qilinadi. Kapillyarlarda oqayotgan qonni to'xtatish uchun hosil qilingan bosim ulardagi qon bosimiga teng bo'ladi.

2.2. Turli yoshdagi odamlarda qon bosimini aniqlash usullari

Katta yoshli gipertoniya chalingan tekshirilayotgan odamda sfigmomanometr yordamida qon bosimini aniqlash uchun uning manjetasi bilak arteriyasiga bog'landi. Manjeta ichidagi rezina kamera naycha orqali simobli manometrda tutashirildi.

Qon bosimi aniqlanayotgan arteriyaga fonendoskop qo'yilib, quloq solindi. So'ngra sfigmomanometrning rezina grushasi yordamida dam berib, manjetasiga havo haydaldi, shu havo bosimi arteriyani qisib, qon oqishini to'xtatadigan darajaga etkazildi. So'ng maxsus klapan yordamida havo kameradan asta-sekin chiqarildi. Manjetadagi havo bosimi tekshirilayotgan arteriyadagi qonning sistolik bosimiga tenglashganda, arteriyaning qisilgan joyidan katta tezlik bilan kelayotgan qonning tomir devoriga urilishi oqibatida maxsus tovush hosil bo'lib, bu tovush fonendoskopdan eshitildi. Bu vaqtda manjetadagi havo bosimi qonning maksimal, sistolik bosimiga baravarlashganini manometrning simob ustunidan ko'rib, tekshirilayotgan qonning arteriyadagi sistolik bosimi to'g'risida fikr yuritiladi. So'ngra manjetadagi havo yana chiqarila boshlandi. Bosim arteriyadagi qonning diastolik bosimiga tenglashganida, fonendoskopda tovush eshitilmaydi. Tovushning yuo'qolish payti manometr simob ustunining qaysi darajasiga to'g'ri kelgani belgilandi. Bu diastolik, minimal bosimga teng bo'ldi.



2.1-rasm. Odamlarda qon bosimini o'lchash. A Korotkov usuli, B-Riva-Rochchi usuli, 1-monometr, 2-rezinali manjeta, 3-fonendoskop, 4-havolagich (nasos). C,D,E-zamonoviy qon bosimini aniqlash asboblari.

3. KURS ISHI MAVZUSINI O'RGANISH NATIJALARI

3.1. Kurs ishi mavzusini organish natijalari tahlili

Tadqiqotlarimiz natijasida gipertoniyaning yuzaga kelishi borasida bir qator ilmiy asoslangan ma'lumotlarga ega bo'ldik. Olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, yuqori qon bosimi (90-130) dan boshlanib bir necha darajalarga bo'linadi. Gipertoniya ko'pincha nasliy xususiyatlarga ham ega bo'ladi [10]. Uning yuzaga kelishi ko'pincha notog'ri ovqatlanish, ya'ni o'ta kuchli xolisteringa boy ovqatlarni muntazam iste'mol qilish oqibatida, alkogolizm, tamaki mahsulotlarini ko'p iste'mol qilish, kuchli qo'rquvlar oqibatida, doimiy ravishda asabiylashishlar natijasida amalga oshadi. Bunday holatlar tadqiqotlar natijasida ham aniqlandi va tegishli profilaktik usullar tavsiya qilindi.

3.1.-jadval

Odamlar qon bosimining me'yoriy va gipertonik holatlardagi ko'rsatkichlari
(S.Xo'jayev bo'yicha, 2008)

Kategoriya	Sistolik (yuqori) bosim mm.s/ust.	Diastolik (quyi) bosim mm.s/ust.
Eng mosi	120	80
Me'yorida	130	85
Yuqori	140	90
Gipertoniya		
1-bosqich	140-160	85-100
2-bosqich	160-180	100-109
3-bosqich	180 dan yuqori	110 dan yuqori

3.1.1. Sog'lom bolalarning qon bosimi ko'rsargichlari

Qon bosimini jismoniy yuklama yoki boshqa usullar yordamida faqat bu kasallik funktsional xarakterga ega bo'lgandagina pasaytirish mumkin. Agar gipertoniya ikkilamchi bo'lsa, ya'ni boshqa kasallik oqibatida yuzaga kelsa, unda oldin asosiy xastalikni davolash zarur. Quyida qon bosimini pasaytirish uchun maxsus jismoniy mashqlardan namunalar keltiramiz.

Biz bolalarda qon bosimini Korotkov usuli bilan tanometr yordamida bilak artriylarida o'rganish jarayonida jami 16 yoshgacha bo'lgan 76 nafar bolalarda tadqiqotlar olib bordik. Shunda 8 nafarini 1-10 kunlik chaqaloqlar tashkil etadi. Bu chaqaloqlarda sistolik bosim ya'ni yuqori qon bosimini 70 mm simob ustini tashkil etdi, pastgi bosim diastolik bosim 39 mm simob ustini ekanligi aniqlandi. 1-5 oylik bolalardan 14 nafarini qon bosimi o'rganilganda sistolik bosim 87, diastolik bosim esa 47 mm simob ustini ekanligi aniqlandi. 1-3 yosh bolalardan 19 nafarini qon bosimi

aniqlandi. Bular da sistolik bosim 99 mm simob ustini, diastolik bosim esa 59 mm simob ustini ekanligi aniqlandi. Xuddi shunday 5-10 yoshli bolalardan 25 nafari o'rganilganda sistolik bosim 105 mm simob ustini, diastolik bosim esa 60 mm simob ustini ekanligi aniqlandi. Voyaga yetgan 14-16 yoshdagi 20 nafarini arterial qon bosimi o'lchanganda sistolik bosim 110, diastolik bosim esa 70 mm simob ustini ekanligi ko'rastadi (3.2-jadval, 2-ilova).

3.2-jadval

Turli yoshdagi sog'lom bolalar arterial qon bosimining yoshga bog'liq holda o'zgarishlari

Yosh	n	Sistolik bosim	Diastolik bosim
1-10 kunlik	8	70	39
1-5 oylik	14	87	47
1-3 yosh	19	99	59
5-10 yosh	25	105	60
14-16	20	110	70

Bolalarning yoshga bog'liq holda qon bosimining o'zgaruvchanligi bajarilgan tadqiqotlarimizda yoshi ulg'aygan sari qon bosimi ham organizmga mos holda ortishini guvohi bo'ldik.

3.1.2. Buyrak kasalligiga chalingan bolalarning qon bosimi ko'rsargichlari

Surunkali glomerulonefritni davolash muammosi nefrologik amaliyotdagi eng dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Hozirgi vaqtda surunkali glomerulonefrit potogeneza membrandestruktiv jarayonlarning ahamiyati haqida yetarli ma'lumotlar to'plangan. Bu patologiyada membranalar struktur-funksional tashkil etilishining buzilishi lepidlarning perikisli oksidlanishi va antioksidant sistemalardagi disbalans bilan endogen fosfolipazalarning faollashuvi, fosfolipid spektridagi siljishlar bilan bog'liq.

Surunkali glomerulonefrit xastaligida buyrak to'qimalari yallig'lanishi oqibatida qon aylanish va siydikning feltirlanishi izdan chiqadi buning natijasida qon bosimi o'zgarishi to'liq holatga keladi.

Buyrakning piyelonefrit yallig'lanishi o'tkir va surunkali kechadi. O'tkir piyelonefrit buyrak parinximasi va jomining infeksiya yallig'lanish kasalligi bo'lib bitta yoki ikkiala buyrakni egallashi.

Surunkali to'siqsiz atrofik piyelonefrit bir necha marotaba o'tkir piyelonefritning xurijlariniqaytalinish oqibatida bo'lishi mumkin.

Shundan kelib chiqqan xolda bizlar bir qator shaxsiy tadqiqotlar olib bordik. Tadqiqotlarda turli yoshdagi bolalarda gipertoniyaning o'zgarish dinamikasi va o'rtacha ko'rsatkichlari aniqlandi (3.3-jadval, 3 – ilova).

3.3-jadval.

Bolalar buyrak kasalliklarida qon bosimini o'zgaruvchanligi.

№	Buyrak kasalliklari turlari	n	Sistolik bosim mm.sim.ust.	Diastolik bosim mm.sim.ustuni
1	Surunkali glomerulonefrit	4	108	60
2	O'tkir glomerulonefrit	8	103	61
3	Surunkali buyrak Yetishmovchiligi	2	170	105

3.2. Gipertoniyaning oldini olish yo'llari

Qon bosimi oshgan vaqtda uni oldini olish tibbiy va mahalliy usullar yordamida amalga oshiriladi. Tibbiy usullarda asosan organizm va organlarning patologik holatlarida dori – darmonlar vositasida normaga keltiriladi. Qo'llanilgan yoki iste'mol qilingan dori – darmonlar qon bosimini tez normal holtaga keltiriladi. Agar patologik holatlar jumladan buyrak yetishmovchiligida qon bosimi beqaror bo'lib hisoblanadi, chunki buyrak asosiy siydik va qon dializ jarayonida ishtirok etuvchi organ bo'lib, hisoblanganligi tufayli buyrakni davolamasdan qon bosimini normallashtirgan holatda ham keyinchalik takrorlanishi mumkin.

Mahalliy usullarga ovqatlanish qoidalari, zulkdan foydalanish va xalq tabobatidan foydalanish kiradi. Ovqatlanish qoidalariga ko'ra kun davomida 1-nonushta, 2-nonushta, tushlik, 2-tushlik, kechki ovqat va tungi ovqatlanishda yengil va uglevodlarga boy bo'lgan mahsulotlarni iste'mol qilish tavsiya etiladi.

Zulkdan foydalanishga ko'ra zulkning so'lagi tarkibida girudin moddasi qonning aylanishini normallashtiradi.

Xalq tabobatida esa har xil dorivor o'simliklar va hayvon mahsulotlari (asal kam miqdorda, qattiq) iste'mol qilish orqali amalga oshiriladi.

3.2.1. Gipertoniya davolashda ovqatlanish qoidalariga oid tahlillar

Gipertonik kasallikni davolash va uning profilaktikasida shifobaxsh ovqatlanish jiddiy rol o'ynaydi. Bu kasallik patogenezini chuqur o'rganish dietik davolanish jarayonida bemorlarni hatto qisqa muddatga ham "yarim och" rejimga o'tkazish zarurati yo'qligini ko'rsatdi. Aksincha, tadqiqotlardan ma'lum bo'lishicha, gipertoniklarni davolashda giponatryli (tuzsiz) 10 g sonli dieta fiziologik mos va patogenetik asoslangandir, u o'z tarkibida 100 g o'sil, 80 g yog' va 400 g uglevodlarga (C, PP vitaminlari, magniy tuzlari va lipotrop moddalar) ega, 2730 kilokalloriyani tashkil etadi (3.4-jadval).

Bu parhezning tuzilishiga ko'rsatiladigan asosiy talablar:

- 1) organizmning sarflayotgan quvvatini hisobga olgan holda ratsionning energetik qimmatini kamaytirish;
- 2) osh tuzini jiddiy cheklash (3-5 g kifoya), kasallik vaqtinchalik kuchaygan paytda butunlay to'xtatish, tabiiy mahsulotlardagi tuz bilan kifoyalanish;
- 3) xolesterin va to'yintirilmagan yog' kislotalarini parhezga kiritishni cheklash;
- 4) parhezda askorbin kislota, tiamin, riboflavin, nikotin kislota, pirodaksin, P vitamini miqdorini oshirish;

- 5) ratsionni magniy va kaliy tuzlari bilan boyitish, chunki giponatriyli parhezda ular organizmdan tezroq chiqadi.

Bu parhezdan maqsad markaziy asab tizmi yuqori qo'zg'alishini pasaytirish, buyraklar, buyrakusti qobig'i funktsional holatini yaxshilash yo'li bilan qon bosimini pasaytirish uchun qulay sharoit tayyorlashdir.

Giponatriyli ushbu parhezni magniyli parhez bilan 3-4 kunda 3 ratsion ko'rinishida oralatib o'tkazish tavsiya etiladi. Bu ratsionlardan osh tuzi olib tashlanadi, erkin syuqlik iste'moli cheklanadi. Ikkinchi ovqatlar qaynatilgan, bug'langan holda beriladi.

Gipertoniya chalingan semiz kishilarga giponatriyli parhezni sabzavot yoki sabzavot-mevali parhez bilan almashtirish mumkin (haftada 1-2 marta). Sabzavotlarning umumiy miqdorini kuniga 1500 g. ga etkazish mumkin, tuzsiz non-100 g, shaker-40 g (choyga).

Meva-sabzavotli parhezning taxminiy menyusi.

Birinchi nonushta: na'matak yoki quritilgan smorodina issiq qaynatmasi (1 stakan), karam yoki sabzi va olma yoki ravoch salati (o'simlik moyi bilan, 150 g).

Ikkinchi nonushta: sabzili yoki mevali sharbat (1/2 stakan), sabzavot pyuresi (150g). Tushlik: issiq behi sho'rva bug'doy unli qotgan non bilan yoki vegetarian sho'rva (250 ml), smetana yoki o'simlik moyidan sabzavot salati (180g).

Ikkinchi tushlik: qirg'ichdan o'tgan sabzi yoki karam, qizil lavlagi, baqlajon yoki bodring (150 g), 20 g shakarli issiq namatak yoki qora smorodina qaynatmasi (1stakan).

Kechki ovqat. O'simlik moyli vinegret (200 g), quruq mevali kompot (1stakan).

Yozda quruq mevalarni yangi pishgani bilan almashtirish va turli sabzavotlardan (bodring, pomidor, karam, baqlajon kabi) taom tayyorlash lozim.

Gipertonik kasallikni parhez bilan davolashda quyidagi asosiy tamoyillar hisobga olinadi:

- 1) ratsion quvvatining organism quvvat sarflashiga qat'iy mos kelishi, semizlikda tana og'irligini kamaytirish uchun ratsion quvvatini albatta pasaytirish;
- 2) ovqatlanishning aterosklerozga qarshi yo'naltirilishi;
- 3) natriy xloridning (tuz) ancha cheklanishi, kasallik kuchayganda ratsiondan olib tashlanishi;
- 4) markaziy asab va yurak-tomir tizimini qo'zg'atuvchi mahsulot va taomlarni (go'shtli, baliqli, qo'ziqorinli bulyonlar, achchiq choy, kofe) ratsiondan chiqarib tashlash;
- 5) ratsionni kaliy, magniy, C, P va B guruhdagi vitaminlar bilan boyitilishi;
- 6) kuchli gaz hosil bo'lishiga sababchi va dam qiluvchi mahsulotlarni (dukkaklilar, gazli ichimliklar) cheklash;
- 7) ekstraktiv moddalar –go'sht, baliq, qo'ziqorin, efir moyi, shovul kislotasi, ziravorlarni cheklash yo'li bilan buyraklarni mo'tadil holda avaylanishi;
- 8) erkin ichiladigan suyuqliklarni mo'tadil cheklanishi;
- 9) 4-5 marta ovqatlanish rejimiga rioya qilinishi orqali taomlarni mo'l iste'mol etilishiga yo'l qo'yilmasligi.

**Gipertoniya kasalligi uchun №10 sonli giponatriyli dietaning taxminiy
bir kunlik menyusi (2730 kkal),**

(S.Xo'jayev, 2008)

Taomlarning nomi	Chiqishi (g)	Oqsillar (g)	Yog'lar (g)	Uglevodlar (g)
BIRINCHI NONUSHTA				
Sutli grechka bo'tqasi	100	3,6	4,1	15,1
9 % yog'li sutli tvorog	125	12,4	9,4	4,4
Sutli kofe (kunduzgi me'yordan)	100	0,8	0,9	1,2
IKKINCHI NONUSHTA				
Olma pyuresi	100	0,4	-	15,7
Na'matak qaynatmasi	150	-	-	-
TUSHLIK				
Qirqilgan sabzili sho'rva	250	1,4	6,8	35,0
Qaynatilgan tovuq	100	19,0	4,5	-
Smetana sousli dimlangan qizil lavlagi	125	0,2	-	28,3
IKKINCHI TUSHLIK				
Yangi archilgan olma	100	0,4	-	10,0
Na'matak qaynatmasi	100	-	-	-
KECHKI OVQAT				
Kartoshka pyureli qaynatma baliq	100/150	1,9	5,6	16,3
Shirin tvorog	50	7,2	5,6	16,3
Limonli choy	200	-	8,5	5,3
TUNDA				
Qora olxo'ri	50	1,1	-	32,8
KUN BO'YI				
Oq non	150	11,8	3,6	80,1
Qora non	100	6,5	1,0	40,1
Shakar	50	-	-	49,9
Sariyog'	10	0,6	6,2	0,09
Jami		74,3	64,7	325,0

Ko'rsatilgan prinsiplarni bajarish darajasi va tegishli ravishda parhezning tanlanishi gipertonik kasallik, unga yondosh xastaliklar, xususan, ateroskleroz va semizlik, qon aylanishi yetishmovchiligi darajasiga bog'liq.

Gipertoniya kasalligining I bosqichidagi xurujda (xastalikning boshlang'ich davri) giponatriyli parhez buyurilgan. Taomlar umumiy stol xarakteristikasi va menyusiga muvofiq tayyorlanadi. Gipertonik kasallikning ateroskleroz bilan uyg'unlikda kelishida ham №10 stol parhez tavsiya etiladiki, unda tuz miqdori

kasallikning bosqichiga bog‘liq bo‘ladi. Buyrak yetishmovchiligi yondosh holda kelganda parhezda oqsil cheklanadi, semirishda uglevodlar miqdori un, makaron mahsulotlari, shakar, shuningdek, 70-80 g yog‘ hisobiga 200-250g ga kamaytiriladi. Semirish bilan bog‘liq gipertonik kasalliklarda haftasiga 2-3 marta, yengillashtirilgan ovqatlanish kunlari o‘tkaziladi.

3.2.2. Gipertoniya xalq tabobatidan foydalanish

3.2.2.1. Yuqori qon bosimida asal va mo‘miyo bilan davolanish usullari tahlili

Asaldan ko‘pincha qon bosimini tartibga soluvchi qoshimcha vosita sifatida foydalaniladi. Bu vosita sedativ (tinchlantiruvchi) ta’sirga ega bo‘lib, gipertoniya kasalligining birinchi bosqichida tavsiya etiladi. Asalning organizmga ta’sirini kuchaytirish uchun undan turli komponent –qo‘shimchalar bilan foydalanish kerak bo‘ladi. Quyida bir necha eng keng tarqalgan usullarni keltiramiz.

1stakandan qizil sabzi sharbati, erqalampir sharbati, asal qo‘shilgan 1 ta limon sharbati aralashtiriladi. Mustahkam qopqoqli shisha idishda qorong‘u joyda saqlanadi. 1-2 choy qoshiqda kuniga 3 marta ovqatlanishdan 1 soat oldin yoki 2-3 soat keyin iste’mol qilinadi.

1 osh qoshiq asal, 1 osh qoshiq qizil lavlagi, 1 osh qoshiq qizil sabzi, 1 stakan erqalampir sharbati (qirg‘ichdan o‘tkazilgan erqalampir oldindan suvda 36 soat damlanadi), bitta limon sharbati aralashtiriladi. 1 osh qoshiqdan kuniga 3 marta ovqatlanishdan bir soat oldin iste’mol qilinadi. Davolanish kursi -1,5-2 oy.

Teng miqdorda qizil lavlagi, qizil sabzi, turp va asal sharbati aralashtiriladi. 1-2 osh qoshiqdan kuniga 3 marta, ovqatlanishdan yarim soat oldin iste’mol qilinadi. Davolanish kursi -2-3 oy.

Teng miqdorda yangi qizil lavlagi sharbati va asal aralashtiriladi. 1-2 osh qoshiqdan kuniga 3-5 marta iste’mol qilinadi.

Limon yoki apelsin po‘stlog‘i asal bilan istalgan miqdorda aralashtiriladi. 1 choy qoshiqda kuniga uch marta ovqatlanishgacha iste’mol qilinadi.

250 g mineral suvga 1 osh qoshiq asal, yarimta limon sharbati qo‘shiladi va yaxshilab aralashtiriladi. Ertalab och qoringa bir marta ichiladi. Davolanish kursi -2 oy.

1 stakan piyoz sharbati bir stakan asal bilan aralashtiriladi. Zich yopilgan qopqoqli idishda salqin joyda saqlanadi. 1 osh qoshiqda kuniga uch marta ovqatlanishgacha yoki 2-3 soatdan keyin iste’mol qilinadi.

“Apilak” (asal suti preparati) tabletkasini qabul qilish. Miqdori: 0,5 tabletk (5ml) kuniga 1-2 marta. Tabletkani og‘izda erib ketguncha ushlab turish.

100 g yong‘oq talqoni va 60 g asal aralashtiriladi. Kuniga 3-4 marta qabul qilinadi. Davolash kursi -45 kun.

Qizil lavlagi sharbati va asal teng miqdorda aralashtirilib, kuniga 4-5 marta 1 osh qoshig‘ida qabul qilinadi.

Mo‘miyoi asl (xalq tilida shunday aytiladi) –ko‘pgina kasalliklardan asrovchi panohdir. Bu bebaho ne‘mat tarkibida insonni turfa kasalliklardan asrovchi juda ko‘plab foydali moddalar bor, arterial gipertoniya ham shifo hisoblanadi, uni barqaror holga keltirishda muhim ahamiyatga ega.

Mo'miyoi asl dengiz sathidan 2000-3000 ming metr balandlikka ega tog'lardagi g'orlardan olinadi. Uning tashqi ko'rinishi qora tusga ega bo'lib, achchiqroq ta'mi bor. Qon bosimi oshganda mo'miyo ichiladi va u me'yorga keltiruvchi ta'sir ko'rsatadi, uni pasaytiradi, gaz almashinuvi bir qadar oshadi, bemor ahvoli yaxshilanadi.

Mo'miyoni ko'pgina adabiyotlarda turfa kasalliklarda erta tongda, uyg'ongandan so'ng darhol qabul qilish tavsiya etiladi. Qabul qilingandan so'ng 20-30 daqiqa yotgan ma'qul. Mo'miyo bilan davolanayotganda spirtli ichimliklar iste'mol qilish mumkin emas. Uni quruq jovda saqlash zarur va 40 gradusdan yuqori haroratda eritish mumkin emas.

Gipertoniyada mo'miyo eritmasi kuniga uyqu oldidan bir marta qabul qilinadi. Uni bir marta ichishni kichik miqdorlardan qabul qilinib, 0,3 g ga qadar oshirib boriladi. Buning uchun 0,2 g mo'miyoni iliq mineral suv, shirin choy, sut, sharbat, asalli suvga solib eritish mumkin. Davolanish kursi -10 kun, 5 kun dam olinib yana takrorlanadi. Imkon qadar 4 davolanish kursi o'tkazilgani ma'qul.

3.2.2.2. Zuluk bilan davolash-girudoterapiya

Jonivorlar olaminig yoqimsiz mavjudotlaridan biri bo'lgan zuluk yana insoniyat salomatligi bobida muhim ahamiyat kasb etaganiga ko'p vaqt bo'lgani yo'q. Zulukdan davolash maqsadlarida foydalanishning eng dastlabki guvohi miloddan bir yarim ming yil avval barpo etilgan Misr maqbarasidagi rasmdir. Bu haqda miloddan avvalgi birinchi ming yillik o'rtalarida sanskritda yozilgan hind tibbiy qomusida ham ma'lumot berilgan.

Rim imperatori Mark Avreliyning tabibi Galen qon olish uchun zulukdan keng foydalangan. Uning fikricha, bunda kishi organizmi kasallik keltirib chiqaradigan zararli moddalardan forig' bo'ladi.

Zuluk qo'yish –ular so'lagining mahalliy anesteziya ta'siri tufayli og'riqsiz jarayondir. Zuluk teriga mahkam yopishib, o'z og'irligidan 8-10 baravar ortiq miqdordagi qonni so'radi, uzayib, keyin tushib ketmaguncha davom etadi.

Zuluk uchun boshlang'ich quvvat manbai eritrotsitlar og'irligining 30 foizini tashkil etuvchi gemoglobindir. Zulukning bo'qog'ida eritrotsitlar sekin-asta gemolizga aylanadi. Zuluklarning so'lak bezlari biologik faol moddalarni ajratadi, aynan ular qon bosimini pasaytiradi. Zulukning boshidan *girudin* degan ferment olingan. Bir zulukdan olingan uning miqdori 100 ml gacha qon ivishini oldini olishga qodir.

Gialuronidaza –zuluk ishlab chiqaradigan yana bir farmakologik faol moddadir. U zuluk so'rishi natijasida hosil qilgan sohada (joyda) qon o'tishini oshiradi, aftidan girudin bilan birga tiqinli tomirlarda qon o'tishi tiklanishini ta'minlaydi.

Gipertonik kasallikni davolash uchun bittadan o'n ikkitagacha zulukdan foydalanish tavsiya etiladi (shifokor maslahati bilan). Ular quloq chanog'i ortiga, jigar va kurakning umurtqadan ikki santimetr burchagi sathi sohasiga qo'yiladi. Vaqt bo'yicha bu jarayon o'n-o'n besh daqiqani o'z ichiga oladi. Zuluk qonni so'rib bo'lib, o'zi tushib ketadi.

Zuluklar bilan davolash kursining davomiyligi: kasallikning bosqichlariga bog'liq holda bir oy davomida 15 tadbir o'tkaziladi.

3.2.2.3. O'zbek xalq tabobatida qon bosimini oldini olishga oid tavsiyalar

Qon bosimi, yani gipertoniya keng tarqalgan kasalliklardan biri bo'lib, agar uning vaqtida oldi olinmasa, davolanilmasa, asoratlari boshqa kasalliklarning kelib chiqishiga ham sabab bo'ladi. Masalan, ko'zning hiralashishi, qo'l yoki oyoqning falaj bo'lib qolishi, tildan qolish kabi salbiy asoratlar shular jumlasidandir. Mabodo asorat qoldirmagan taqdirda ham bemorning hayoti doimo xavf ostida qoladi. Bu xastalikka yoshlar ham, keksalar ham birdek chalinishi mumkin.

Ma'lumki qon bosimi kasalligi kelib chiqishiga bir qancha omillar sabab bo'ladi. Bu omillarni xalq tabobati uslubiyati nuqtai nazaridan birma-bir ko'rib chiqish lozim. Noto'g'ri ovqatlanish, tartibsiz ishlash va dam olish, ko'p asabiylashish, ortiqcha ruhiy holatlarga berilish –kasallikning sababchilari hisoblanadi. O'z ishini yaxshi tashkil qilgan, jismoniy mehnat yoki badantarbiya bilan doimiy ravishda shug'ullanuvchi insonlar ham bu kasallikdan ancha uzoqda bo'lishadi.

Eng muhimi –iste'mol qilinadigan ovqatlar quvvati, ya'ni kaloriyasini qanday sarflash zarurligini bilishdir. Ovqat quvvati kam sarflansa, yilma-yil to'planib borishi oqibatida asta-sekin qon bosimi xastaligi yuzaga kelishi mumkin.

Xalq tabobati sohasida gipertoniya kasalligini ancha-muncha osonroq va moddiy jihatdan bir qadar arzonroq davolash usullaridan foydalanish mumkin.

Muolaja muddati 1-1,5 yilgacha cho'ziladi. Sababi –qon bosimini asta-sekin tushirib borish kerak, birdan tushirish esa hayot uchun xavflidir.

Quyida ota-bobolarimizdan, ajdodlarimizdan avlodlarga yetib kelgan ayrim, ba'zi muolaja usullari misolida to'xtalsak.

1. Eskichasiga javzo oyi asosan yoz chillasida har kuni 4 soat mobaynida bosh kiyim va yengil kiyimlarda oftobga chiqib yotish kerak. Taxtada yotish, oftobga chiqish oldidan to'yib qatiq ichish kerak. Quyosh nuri toblantirayotgan joylarga dog'langan moy surtish lozim. Ikki soat osmonga qarab, ikki soat yerga qarab yotiladi. Oraliqdagi soatda salqinda dam olish, suyuq ovqat, choy ichish mumkin. Bu paytda ko'proq qaynatilgan o'rik suvini issiq-issiq ichish kerak. oftobda toblanayotganda ovqat, ayniqsa suyuqlik ichish mutlaqo mumkin emas. Muolaja chog'ida o'qish, yozish, musiqa eshitish mumkin.

Toblanishga birinchi, ikkinchi, hatto uchinchi chiqishda qon bosimi biroz oshishi ehtimoli bor. Lekin u tezda pasayadi va bundan cho'chimagan ma'qul. Dam olish chog'ida kiyinib olish kerak. Yotqizilgan taxta oyoq tomonga qiyaroq bo'lgani ma'qul. Bosh ostiga pishiq g'isht o'ralgan sochiq solib yotish kerak. yengil poyabzal kiyib yotilsa, oyoq tagiga oftob tegmaydi.

2. Iyul-avgust oylarida har kuni oftobda toblanish o'sha tartibda davom etadi. Oldingisii.dan farqi shuki, har kuni yarim soatdan to'rt marta toblaniladi. Badanga moy surtmasa ham bo'ladi.

3. Kuz oylarida oftobda ko'proq vaqt bo'lgan ma'qul. "Kuz oftobi –qizimga, bahor oftobi –kelinimga" deb bekorga aytilmaydi. Garchi quvvati oldingi oylarga qaraganda kamroq bo'lsa ham, kuzgi oftob eng foydali va shifobaxshdir.

4. Haftada bir marta hammomga tushib, uzoq vaqt terlash kerak. Shunda ter-g'ubor oqib, qon bosimi kasalligining kuchi pasayadi. Yangi qon tanachalari miqdori oshishi, ularning yangilanishi tomirda qon harakatini barqarorlashtiradi.

Hammomda badanni uqalash gipertoniyani oldini olishda katta foyda beradi. Bu o'ziga xos fizioterapiyadir. Kasallikka xos xususiyat shuki, unda tomir devorlari qotib qoladi, uqalash esa ularning faoliyatini yaxshilaydi. Yumshatadi, egiluvchan qiladi. Qon bosimi kasalligida alohida uqalash muolaja usullari ham bor, ularni hamma ham bilavermaydi.

5. Qon bosimini davolash davrida ichiladigan asosiy suyuqlik qatiq zardobi bo'lishi zarur. Shuningdek miyani yengillashtiradigan ko'k choy muhim, tog' rayhoni, kiyik o't, yalpiz mumkin. Sut iste'mol qilish mumkin emas. Sut –issiqlik hisoblanadi va u qon bosimida tavsiya etilmaydi.

6. Davolanish davrida qovurilgan ovqatlarni iste'mol qilish qat'iyan mumkin emas. Kabob, qazi, qo'y yog'i, norin kabi kuchli, quvvatli mahsulotlar, spirtli ichimliklar, sho'r narsalardan tiyilish lozim.

7. Qandolatchilik mahsulotlari taqiqlanadi. Asalni me'yorida, salqi paytlarda (kuz, qish, erta bahor) iste'mol qilsa bo'ladi.

8. Brcha ho'l meva, sabzavot va poliz mahsulotlarini iste'mol qilish mumkin. Har qanday ovqatga ko'k qo'shib iste'mol qilish ayni muddao bo'ladi. Ayniqsa, ko'k piyoz, katta oq piyoz, shuningdek zira, zirk kabilar muhim o'rin tutadi.

9. Faqat suvi qochgan (bir kun oldingi) non, qotgan non, talqon mumkin.

10. Jismoniy mehnat, piyoda tez-tez yurish, badantarbiya muhim ahamiyatga ega. Kuch-quvvati, imkoniyatiga qarab gipertonik odam har kun jismoniy toliqishi kerak, kunduzi uxlamaslikka harakat qilan ma'qul, aks holda kechasi uyqu qochadi, bu esa davolanishga xalaqit beradi.

11. Bir kosa suyultirilgan xamirturush ichish, iste'mol qilish shart. Tuzni juda oz ishlatish, bora-bora tuzsiz ovqatlanishga o'rganish zarur.

12. Uyqu paytida iloji boricha yerga qarab yotgan ma'qul.

13. Ko'proq sabzavotli suyuq ovqatlarni ichish kerak.

14. Har kuni 20-25 ta shaftoli mag'zini iste'mol qilish zarur.

3.3. Gipertoniyaning rivojlanishi sabablariga bog'liq holda turli tadbirlar yordamida uning oldini olish

Ko'p hollarda turli vositalar yordamida qon bosimini normal xolatga keltirish jarayoni va qon bosimini kelib chiqishi va moyilligiga bog'liq ularga ularga qulay bo'lgan tadbirlarni tavsiya etishimiz mumkin.

3.5-jadval

Gipertoniyaning rivojlanishi sabablariga va oldini olish tadbirlari

Xavf-xatar omillari	Ularni bartaraf etish
----------------------------	------------------------------

Kam harakatli turmush tarzi	Aerobik mashqlarni uzoq vaqt mobaynida mutassil bajarish –haftasiga 3-4 marta 40-60 daqiqadan (tez yurish, yugurish, suzish, velosiped uchish va h.k.) bunday yuklama qonda noradrenalin miqdorini kamaytiradi. Bu gormonning ortiqchaligi tomirlar spazmi va qon bosimi oshishiga olib keladi.
Tana vaznining ortiqchaligi. Har bir “ortiqcha” kilogramm qon bosimini 2 mm.sim.ust. oshiradi, 20 foizga oshishi amalda gipertoniya kafolatlaydi.	“Qon bosimi va parhez” bo‘limiga qarang.
Tuz miqdori ko‘p bo‘lgan mahsulotlarni iste’mol qilish (sho‘r baliq, tuzlangan bodring va pomidor, tuzlangan qo‘ziqorin). Ovqatda tuz miqdori ortiqcha bo‘lishi gipertoniya xavfini 7-11 marta oshiradi.	Osh tuzi iste’mol qilishni kamaytirish. Sutkasiga 5 g osh tuzidan ortig‘i buyraklarga to‘g‘ri kelmaydi. Shu sababdan bu me’yordan oshgan holatda terining ter ajratuvchanlik vazifasini bug‘li hammom va jismoniy mashqlar yordamida o‘ta faollashtirish lozim.
Konservalar, dudlamalar, kolbasa, kofe, o‘tkir pishloq iste’mol qilish. Hayvon mahsulotlaridagi oqsillarni ortiqcha miqdorda iste’mol qilish.	Hayvon mahsulotlari ulushini kamaytirish, juda zarur bo‘lgan sabzavot va ho‘l mevalar iste’mol qilishni ko‘paytirish.
Asabiy va jismoniy toliqishlar.	Ko‘proq dam olishga harakat qilish.
Kuchli shovqin-suronlar.	Dam olish va mehnat ta‘tilini osoyishta, tinchroq joylarda o‘tkazish.
Erkaklarda juda quyi yoki uzun bo‘yning mavjudligi gipertoniya paydo bo‘lishi xavfini 60-100 foizga oshiradi.	Bunday xavf-xatar guruhidagi kishilarga profilaktik chora-tadbirlar ancha oldin qo‘llanilishi kerak.

Jismoniy mashqlardan foydalanish. Qon bosimini normal holatga keltrishda yengil jismoniy mashqlardan ham foydalaniladi. Jismoniy yuklamaning shifobaxsh miqdori yuqori arterial qon bosimi 200 mm.s/u , quyisi -110 mm.s/u dan oshmagan taqdirda qo‘llaniladi. Bu raqamlardan oshganda, avvalo medikamentoz vositalar yordamida qon bosimini ko‘rsatilgan miqdorgacha pasaytirish va shundan keyingina mashg‘ulotlarga kirishish mumkin. Kompleks mashqlarda yuklamani kuch, tezlik, chaqqonlikni rivojlantirishga qollamaslik, gavda holatini keskin o‘zgartirish bilan bog‘liq mashqlarni bajarmaslik kerak.

Meditatsiya. Chordana qurub o‘tiriladi, qo‘llar erkin holatda tizzaga qo‘yiladi. Nigohni oldidagi cheksizlikka qaratiladi. Butun diqqat nafas olish va chiqarishga qaratiladi. Qad rostlangan holda, yelkalar biroz tushurilgan. Meditatsiya vaqti 5-10 daqiqa.

Orqa bilan yotiladi, qo'llar gavda bo'ylab joylashgan. Har bir oyoqni galma-gal 10 martadan tog'ri burchakkacha ko'tarish va tushirish. Oyoqni ko'targanda nafas olinadi, tushurganda chiqariladi.

Turnikda 10-20 lahzadan 3-4 daqiqagacha ertalab va kechqurun uyqu oldidan osilish. Mashq umurtqalararo disk zo'riqishini me'yoriga keltiradi.

X U L O S A L A R

1. Arterial gipertoniya qon bosimi kasalligi hisoblanib, hozirgi kunda yosh va qarilarda turlicha ko'rinishlarda uchramoqda.
2. Gipertoniyaning vaqtida oldi olinmasa miokard infarkti, insult, falajlik kabi og'ir kasalliklarga olib keladi.
3. Arterial gipertoniyaning kelib chiqishiga noto'g'ri ovqatlanish, semirib ketish, o'ta kuchli asabiylashish, buyrak, jigar xastaliklari sabab bo'ladi.
4. Bu xastalikni oldini olishda va davolashda xalq tabobati usullaridan keng foydalanish ijobiy samara berishi aniqlangan.
5. Yuqori qon bosimidan aziyat chekayotgan insonlar albatta, yog'li, kaloriyali, qovirilgan go'sht va go'sht mahsulotlarini oziq ratsionida cheklashlari zarurdir.
6. Gipertoniklar albatta parhez taomlarni ko'proq iste'mol qilishlari va asosan giponatriyli ya'ni tuzsiz yoki juda tuzi past ovqatlarni doimiy ravishda iste'mol qilishlari kasallikni oldini olishga katta yordam beradi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Алматов К.Т., Алламуротов Ш.И. Одам ва ҳайвонлар физиологияси. Тошкент, «ЎЗМУ», 2004.
2. Алматов К.Т. Қон айланиш тизими физиологияси. Тошкент, «ЎЗМУ» нашри, 2011.
3. Абдулходжаева М.С. Основы патологии Человека. Тошкент, «Ибн Сино» нашриёти, 1997.
4. Абу Али ибн Сино. Тиб қонунлари. Тошкент, «Ибн Сино» нашриёти, 1999.
5. Абдулазиз Саиднуриддин ўғли. Ўзбек халқ табобатидан. –ТошКент: «Камалак», 1997.
6. Баҳодиров Н. Соғлигингиз ўз қўлингизда. ТошКент, «Тиббиёт нашриёти», 1998.
7. Бабский Е.Б. Одам физиологияси. ТошКент, Медицина, 1972.
8. КоНева Л.С. Целебное мумик. –Москва: «АСТ». –Минск: «ХарВест», 2005.
9. Книга здоровья. Под ред. Каримова А.Н. Тошкент, «Ёзувчи», 1995.
10. Клемешева Л.С., Алматов К.Т. Улғайиш физиологияси. Тошкент, «ЎЗМУ», 2004.
11. Костюк М.Г. Физиология кровообращения. М.: «Наука», 1987.
12. Маркосян А. Физиология. ТошКент, «Медицина», 1972.
13. Нуритдинов Э.Н. Одам физиологияси. Тошкент, «Алоқачи», 2005.
14. Наздрачёв А.Ф. Физиология Человека. Л., Наука, 1991.
15. Наздрачёв А.Д. Общий курс физиология человека и животных. М.: «Наука» 1991.
16. Обидов А.О. Соғлигимиз ўз қўлимизда. ТошКент, «Медицина», 1989.
17. Очанов Р. Гипертония –не фатальная Неизбежность. Саломатлик журнали, ТошКент, 2006 йил, №6 сон, 23-27 б.
18. Rajamurodov Z.T. Odam va hayvonlar fiziologiyasi. Toshkent, “FAN” nashriyoti, 2010.
19. «Саломатлик» оммабоп энциклопедия. Ўзбек энциклопедияси бош редакцияси. –Т.: 1995.
20. Справочник по диетологии. М.: «Медицина», 1999.
21. Семёнов Л.М. Ҳаракат ва саломатлик. ТошКент, «Тиббиёт» нашриёти, 2000.
22. Собирова О.А. Соғлом бўлай десангиз. ТошКент, «Медицина», 1989.
23. Турсунов Б.С. Беморларнинг умумий парвариши. Тошкент, «Абу Али ибн Сино» нашриёти, 2003.
24. Tursunov S.T. Sogʻlom turmush tarzi. Toshkent, “Ijod dunyosi”, 2003.
25. Тиловов Т. Одам ва унинг саломатлиги. Т.: Ибн Сино, 2001.
26. Хўжаев С. Артериал гипертония қон босими касаллиги. ТошКент, «Янги аср авлоди» нашриёти, 2008.
27. Қодиров У.З. Болалар физиологияси. Тошкент, «Абу Али Ибн Сино» нашриёти, 1999.
28. Қодиров У.З. Одам физиологияси. ТошКент, «Абу Али Ибн Сино» нашриёти, 1996.
29. Қурбонов Ш. Тўғри овқатланиш муаммолари. Тошкент, 2005.

30. Қобулов А.А. Гипертонияда парҳез таомлар истеъмоли. Тошкент, «Фан», 2011.
31. www.fiziology.ru
32. www.gematology.ru