



Эссенциал артериал гипертензия (гипертония касаллиги) асоратлари ва уларни олдини олиш ва замонавий даволаш усуллари

Тошева Зебунисо Рустам кизи

Тошкент Тиббиёт Академия Термиз филиали

Аннотация: Ушбу мақолада гипертензия касаллиги асоратлари ва бу касалликни вақтида аниқлаб ташхис қилиш ва даво чораларини уз вақтида бошлаш ва беморларни келажакдаги ҳаёт сифатини яхшилаш ногиронлик ва улим қамайтириш каби муаммолар ва уларнинг ечими ҳақида фикр юритилади.

Калит сузлар: Систолик босим, Артериал гипертензия, АГ синдром аорта коарктацияси, пиелонефрит, Эссенциал АГ, Гиперлипидемия стимуляторлар.

Эпидемиология АГ барча ихтисосликдаги врачларнинг амалий фаолиятида тез-тез учрайдиган синдром ҳисобланади. Сўнгги маълумотларга кўра, жаҳонда 20 ёшдан ошган аҳолининг 27% га яқинида АГ кузатилади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) экспертлари хулосаларига кўра, 2025 йилга келиб бу кўрсаткич 29% ни ташкил этиб, беморлар сони 1 млрд. 56 млн. га етади.

ГК катта ёшли аҳоли ўртасида кенг тарқалганлиги кўп сонли эпидемиологик текширишлар натижасида тасдиқланган. Иқтисодий ривожланган мамлакатларда АБ кўрсаткичлари юқори бўлган беморлар сони айти вақтда 20 – 30 % ташкил этади. Россияда АГ эркаклар орасида 39,2%, аёллар орасида эса 41,1% ҳолларда учрайди.

ГК ва бемор ёши ўртасида узвий боғлиқлик мавжуд. Масалан, 65 ёшдан ошган шахслар орасида ГК 50 % ҳолларда учрайди. Навқирон ва ўрта ёшли эркаклар, аёлларга нисбатан кўп касалланади, айти вақтда 50 ёшдан ошган шахслар орасида ГК эркакларга нисбатан аёлларда кўп кузатилади. Ўзбекистонда АБ ошиши барча аҳолининг 13-15% да, 40-59 ёшдагиларда эса 26,6% ҳолларда қайд этилган. 20-60 ёшдаги шахар аҳолисининг 11,3% эркакларида ва 16,6% аёлларида ҚБ кўтарилиши аниқланган. Қишлоқ жойларида бу кўрсаткичлар тегишлича 12,6% ва 14,7% ни ташкил этади.

Мавзунинг долзарблиги : Артериал гипертензия (АГ)- бу артериал босимни (АБ) меъерий кўрсаткичлардан (систолик АБ 140 мм.сим.уст. ва ёки диастолик 90 мм.сим.уст.) юқорига турғун кўтарилиш ҳолати бўлиб, бу ўзгариш камида икки марта турли шароитда (шифокор қабули, уйга чақирув) буморни тинч ҳолатида шифокор томонидан ҳеч бўлмаганда уч марта ўлчангандан кейин аниқланган бўлиши лозим. Айти вақтда бемор қон босим (ҚБ) кўрсаткичига таъсир этувчи дори воситалар қабул қилмаган бўлиши ушбу тарифни асослашнинг асосий шarti ҳисобланади. Меъерда елка артериясида систолик босим 139 мм.сим.уст. дан, диастолик босим эса – 89 мм.сим.уст. дан ошмайди. АҚШ миллий кўмитаси тавстиясига кўра (1993 й.) елка артериясидаги ҚБ нинг меъерий кўрсаткичлари- систолик- 129 мм.сим.уст., диастолик эса – 84 мм.сим.уст. да бўлиши керак. Систолик босим 130 дан 139 мм.сим.уст. гача, диастолик босим эса 85 дан 89 мм.сим.уст. гача бўлганда “юқори меъерий” кўрсаткич деб ҳисобланади. ҚБ ни



ушбу кўрсаткичлардан юқори бўлиши АГ ташхиси қўйишга асос бўлади. АГ синдроми деганда ҚБ нинг барқарор ошиши билан кечадиган барча патологик ҳолатлар назарда тутилади. АГ мавжудлигини тасдиқловчи асосий мезон ҚБ ни тегишли ёшга нисбатан кўтарилиши ҳисобланиб, унинг 18 ёшдан катта бўлган беморлар учун кўрсаткичлари қуйидагича:

- систолик ҚБ >140 мм симоб устуни;

- диастолик > 90 мм симоб устуни.

Этиологиясига кўра АГ барча ҳолатлари 2 гуруҳга бўлинади:

1. Бирламчи (эссенциал ёки идиопатик) АГ (гипертония касаллиги- ГК).

2. Иккиламчи (симптоматик) АГ.

Симптоматик (иккиламчи) АГ мустақил касаллик ҳисобланмайди. У бошқа касалликлар, масалан, буйрак (пиелонефрит, гломерулонефрит ва х.о.), эндокрин тизими (гипертиреоз, фиохромацитома ва х.о.), марказий асаб тизими (жароҳатдан сўнгги энцефалопатиялар ва х.о.), қон-томир тизими (аорта коарктацияси, атеросклероз ва х.о.) касалликларининг асосий белгиларидан бири сифатида қаралади.

АГ ривожланишига олиб келувчи бирор аъзо ёки эндокрин тизими хасталиклари билан қон босим кўтарилиши орасида боғлиқлик аниқланмаган ҳолларда касаллик *эссенциал (бирламчи) АГ* (гипертония касаллиги) ҳисобланади. *Эссенциал АГ* (ГК) юрак қон –томир тизимини ёшга боғлиқ ҳолда томирларда кузатиладиган ўзгаришлар, авж олиб борувчи асоратлар ҳисобига кузатиладиган гемодинамик силжишларга мослашиш хусусиятини бузилиши натижасида юзага келадиган касаллик.

ҚБ кўтарилиши симптоматик АГ да кўпгина касалликларнинг асосий симптомларидан бири бўлса, ГК да аксарият ҳолларда касалликнинг ягона клиник белгиси сифатида намоён бўлади. ГК ташхиси айнан шу беморда учраши мумкин бўлган барча симптоматик АГ лар инкор этилгандан кейин қўйилади. ҚБ сурункали кўтарилиши билан кечадиган касалликларнинг 90 – 95% ни эссенциал АГ ташкил этади.

Этиология Аслида эссенциал АГ (ГК) этиологияси номаълум бўлсада, айнаи вақтда уни ривожланишига олиб келувчи баъзи *хавфли омиллар*, ҳамда шакилланишини тامينловчи патогенетик механизмлар тўғрисида етарлича маълумотлар мавжуд. Улардан қуйидагилар ГК ривожланишида муҳим аҳамиятга эга:

1. Наслий мойиллик.

2. Жисмоний фаолликнинг чегараланиши (гиподинамия).

3. Семизлик.

4. Овқатланиш хусусиятлари (ош тузини, хайвон ёғларига ва углеводларга бой маҳсулотларни кўп миқдорда истеъмол қилиниши).

5. Кальций ва магний етишмовчилиги.

6. Кўп миқдорда алкоголь истеъмол қилиш.

7. Гиперлипидемия.

8. Кашандалик.

9. Шахсий хусусиятлар (ёши, жинси, характери ва х.о.).

Наслий мойиллик юқорида санаб ўтилган хавф омиллари орасида энг муҳимларидан бири ҳисобланади. Чунончи, ота-оналаридан бирида ГК мавжуд бўлса, ушбу



хасталикнинг болада пайдо бўлиш эҳтимоли 25%, иккаласи ҳам касал бўлган ҳолда эса, бу кўрсаткич 50% гача етади. Ушбу ҳолатда нафақат ота- онасида ёки яқин қариндошларида ГК мавжудлиги, балки касаллик хусусияти, оғирлик даражаси, АБ кўтарилганлиги аниқланган вақтдаги бемор ёши, ҳамда авлодида ушбу касаллик асоратлари мавжудлиги аҳамиятга эга. Айни вақтда ушбу гуруҳ беморларда касаллик фақат маълум бир хавф омиллар таъсирида замонавий инсон ҳаёт тарзини ўзгартирганда ривожланади.

Жисмоний фаолликнинг чегараланиши (гиподинамия) замонавий ҳаёт тарзининг муҳим хусусияти бўлиб, иқтисодий ривожланган мамлакатларнинг аксарият аҳолиси яхши жисмоний тайёргарликка эга бўлмаганлиги сабабли нафақат мушак тизими, балки қон айланиш ва нафас олиш тизимларининг мослашиш хусусияти кескин пасайиши ҳос. Ушбу ҳолатда ҳар кунлик ҳаётий вазиятлар (бир оз жисмоний ва психоэмоционал зўриқиш, х.о.) тизим ва аъзоларда хужайра даражасида кечадиган жараёнларни, яъни тахикардия, АБ ни кўтарилиши каби чуқур ўзгаршларни юзага келтиради. Бундай дезадаптация (мослашолмаслик) ГК шакилланишининг бошланғич сабаби бўлиши мумкин. Семизлик, АГ ривожланиш хавфини сезиларли даражада (2 – 6 марта) оширади. Семизлик мавжуд бўлган аҳоли орасида метаболик синдром кўп учрашиши тана вазни оғирлиги билан АБ кўрсаткичи орасида тўғридан - тўғри боғлиқлик мавжудлигидан далолат беради. Ушбу синдром асосида эндотелиал фаолиятни бузилиши ётган бўлиб, томир тонусини маҳаллий мувозанат қилувчи механизми пренсор стимуляторлар (кўзгатувчилар) дан устунлик қила бошлайди ва бу АБ ни кескин кўтарилишига олиб келади. Бундан ташқари ортикча тана вазнига эга бўлган беморларда кузатиладиган гиперлипидемия артерияларни эрта атеросклеротик шикастланишига олиб келади ва қон томир деворлари регидлигини ошириб ташқи физиологик таъсирларга жавобан (вазоконстрикция) қон томирларни торайтиради.

Ош тузи (NaCl) кўп миқдорда истеъмол қилиниши баъзан ҳал этувчи аҳамиятга эга бўлади (масалан, АГ “тузли” шаклида). Катта ёшдаги соғлом одам учун ош тузига бўлган кунлик талаб 3,5-4,0 г (ёки тахминан 60-70 мэкв натрий) ни ташкил қилиши маълум. Лекин ҳозирги вақтда АГ билан оғриш эҳтимоли юқори бўлган иқтисодий ривожланган мамлакатларда ош тузи кунига 6-18 г гача қабул қилинади. Айни вақтда айрим халқлар ва қабилалар (янги Гвинея ва Полинезия оролларидаги аборигенлар, Алякадаги эскимослар, Внесуэладаги индейцлар ва х.о.) кунига қабул қиладиган ош тузи миқдори 4 г дан ошмайди ва уларда жуда камдан кам ҳолларда АБ ни кўтарилиши кузатилади.

Озиқ- овқат билан организмга тушган *натрий* (литий ҳам) осмотик босимни, хужайрадан ташқари суюқлик миқдорини ва айланиб юрган қон ҳажмини оширади. Натижада юрак отиб бераётган қон ҳажми кўпаяди ва АБ ни кўтарилишига олиб келади. Бундан ташқари хужайра ичида Na^+ концентрациясини ошиши Na^+ - Ca^{2+} алмашинуви механизмига кўра хужайра ичида Ca^+ ионлари миқдорини кўпайиши билан кечиб қон томир деворидаги силлиқ мушаклар тонусини кучайишига ва натижада АБ ни кўтарилишига сабаб бўлади. Бу организмда K^+ ионлари миқдорини камайтиради ва Na^+/K^+ нисбат кўрсаткичинини кўпайтиради.



Кальций ва магний этишмовчилиги ҳам АГ ривожланишига олиб келиши мумкин. Таркибида туз миқдори кам бўлган “юмшоқ” сув истеъмол қиладиган аҳоли орасида ГК ва ЮИК билан касалланиш юқори бўлиб, айти вақтда юқори минералланган (“каттик”) сувдан фойдаланадиганларда ушбу касалликлар кам учраши аниқланган.

Кўп миқдорда алкоголь истеъмол қиладигандарда биринчи навбатда аорта ва синокаротид соха барорецепторлари сезувчанлиги камаяди ва шу сабабли АБ ни марказий назорати бузилади.

Гиперлипидемия катта қон айланиш доирасидаги қон томирларда таркибий – функционал ўзгаришлар (атеросклероз) ривожланишини кучайтириб АБ кўрсаткичини турғун кўтарилишига олиб келади.

Кашандалик ҳам маълум бир даражада АБ га таъсир этади. Аввалам бор эндотелий фаолияти бузилиши ва қон томирларни торайтирувчи омилларни (тўқимали АП, эндотелин ва х.о.) фалоллашиши ҳисобига АБ кўтарилишига сабаб бўлади.

Бемор ёши ГК ни бошқариб бўлмайдиган асосий хавф омилларидан бири ҳисобланади. Ёш ўтиши билан қон босимини бир меъёрда ушлаб турувчи аксарият тизимлар фаоллиги сустлашади. Бу ўзгаришлар юқорида санаб ўтилган таъсир этувчи хавф омиллар мавжуд бўлганда янада яққолроқ намоён бўлади.

Артериал гипертензиянинг гемодинамик оқибатлари ва мўлжал аъзоларни шикастланиши

ГК мўлжал аъзоларда (юрак, бош мия, буйрак, томирлар (жумладан кўзтубидаги ва бошқа сохалардаги қон томирлар)) таркибий ва функционал бузилишлар билан намоён бўлади. Ушбу аъзолар шикастланиши асосида уларни қон билан таминловчи артериал қон томирлардаги ўзгаришлар ётади. Мўлжал аъзолар шикастланишининг мавжуд белгилари ГК ни қиёсий ташхислашда, даволаш тамоилларини танлашда ва касаллик оқибатини башорат қилишда муҳим аҳамиятга эга.

Қон томирлар. АГ да артериал қон томирлар касалликнинг илк босқичлариданок таркибий ва функционал ўзгаришларга учрайди. Патологик ўзгаришлар барча периферик, бош мия, коронар ва висцерал қон томирларни қамраб олади. ГК да аксарият ҳолларда қуйидаги ўзгаришлар кузатилади:

1. Мушак туридаги артериялар девори гипертрофияси қон томирлар тирқишини торайишига, улар девори ригидлигини ва УПТҚ ни ошишига олиб келади. Керноген индекси, яъни қон томир девори қалинлигини унинг диаметрига нисбати ошиши кузатилади. Артериялар деворидаги силлиқ мушаклар гипертрофияси асосан тўқима РАТ ва эндотелинлар таъсири билан боғлиқ.

2. Қон баланд гидростатик босим таъсирида (артериосклероз) плазма оқсилларини томирлар деворига инфильтрацияси кўринишидаги (*гиалиноз*) дегенератив ўзгаришлар.

3. Эндотелий пролиферацияси, силлиқ мушак ҳужайралари гипертрофияси, қон томир деворидаги дегенератив ўзгаришлар ва микротромбозлар ҳисобига фаолият кўрсатаётган артериолалар сонини камайиши. Бу ўзгаришлар эндотелийга боғлиқ ёки қонда айланиб юрган бирикмалар (АП, ўсиш омили, катехоламинлар, инсулин ва бошқалар) таъсирида янада чуқурлашади.

4. Йирик артериялар атеросклерози, атеросклеротик пиллакчалари ҳосил бўлиши, томир тирқишини торайиши ҳисобига регионар қон айланишини бузилиши.



Атеросклеротик пилакчалар сохасида девор олди ёки томир тирқишини бекитувчи тромблар хоси бўлиши мумкин.

Юрак ГК да юракни шикастланиши қўйидагича намоён бўлади:

- чап қоринча миокарди гипертрофияси;
- ЧҚ ни систолик ва/ёки диастолик дисфункцияси мавжуд бўлганда юрак етишмовчилиги ривожланиши (ЧҚ ёки бивентрикуляр);
- тож томирлар атеросклерозини (ЮИК) клиник ва асбобий белгилари;
- тўсатдан юракдан ўлим хавфини ўта юқорилиги.

Айрим холларда ГК асосида ривожланган ушбу ўзгаришларни акс эттиришда “*гипертоник юрак*” термини қўлланилади

ГК да кўпинча кузатиладиган шикоятлар

Бош оғриғи ГК нинг илк белгиси бўлиб, кейинчалик касаллик авжланиб борган сари у асосий субъектив симптомларидан бирига айланади. Ҳар бир беморда, касалликнинг турли босқичларида бош оғриғи хусусияти ва механизми турлича бўлади.

“*Типик*” (*касалликка хос бўлган*) бош оғриғи. Аксарият беморларда бош оғриғи тунда ёки эрта сахарда (у бош оғриғи билан уйғонади) пайдо бўлиши хос. Оғриқ унча кучли бўлмай, беморлар бошини энса, пешона қисмида ёки хамма сохасида оғирлик ёки тикилиш хисига (“тўмтоқ” бош оғриғи) шикоят қиладилар. Айрим холларда бош оғриғи йўталганда, олдинга эгилганда ва горизонтал холатда кучаяди. Оғриқ қовоқларда ва юз сохасида бир оз шиш билан бирга кечиши мумкин. Айрим холларда (ҳар доим эмас) ушбу турдаги бош оғриғи АБ кўтарилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Ушбу бош оғриқлари асосан интракраниал веналар тонусини пасайиши ва бош суяклари бўшлиғидан қонни оқиб чиқишини бузилиши ҳисобига юзага келади. Натижада веналар кенгайиб қон билан тўлади ва бош мия ичида функционал гипертензия ривожланади. Ушбу холатда кенгайган бош мия веналари деворида жойлашган тасирчан рецепторларни кўзғалиши бошдаги оғриқларни тўғридан – тўғри сабаби ҳисобланади. Веналарда қон оқишини яхшилаш (вертикал холатда бўлиш, массаж- уқалаш, мушакларни ҳаракатга келтириш ва х.о.) оғриқ интенсивлигини камайишига ёки ўтиб кетишига олиб келади.

“*Ликворли*” ли (“суюқлик” ли) бош оғриғи –АБ ошган вақтда бош мияга кўп миқдорда қон оқиб келаганда артериялар етарли даражада компенсатор (спазми) қаршилиқ кўрсата олмаслиги (бош мия артерияларида нисбий гипотония), ҳамда веналарда қонни оқиб кетиши қийинлашиши натижасида бош мияда босимни ошириши сабабли юзага келади. Ушбу турдаги бош оғриғи ГК нинг кечки босқичларида, ёмон сифатли АГ да ёки гипертоник кризлар вақтида кузатилади. Ушбу холатда бошдаги кучли оғриқ тарқалган, лўққилловчи (“бошга кўрғошин қўйилгандек”) хусусиятга эга бўлади. Ҳар қандай ҳаракат (йўтал, тана ва бош холатини ўзгартириш) оғриқни кучайишига олиб келади. Оғир холатларда бош мия шиши кузатилиб, бош оғриши бош мияда қон айланиши бузилишининг умумий белгилари (ҳаракатни сустлашиши, кўнгил айнаши, кайт қилиш, кўришни бузилиши, кўз олмасини нистагмсимон ҳаракати ва бошқа белгилар) билан бирга кечади.

“*Ишемик*” бош оғриғи АБ ни кескин ошишига (масалан гипертоник кризларда) жавобан бош мия артериялари тонусини ўта ошиб кетиши натижасида унда қон



айланишини ёмонлашиши, мияда ишемия юзага келиши ва периваскуляр шиш хисобига юзага келади. Ушбу холатда босувчи, тикилувчи, қахшатувчи тўмтоқ оғриқ билан бирга бош мияда қон айланиши бузилишининг умумий ва махаллий (кўнгил айниши, Ю вақти вақти билан бош айланиши, кўз олди жимирлаши) симптомлари кузатилади.

ГК билан оғриган беморларда *юрак соҳасида оғриқлар* аксарият холларда функционал характерга эга бўлади ва стенокардияга хос бўлган оғриқлардан қуйидаги белгилар билан фарқ қилади:

- асосан юрак чўққиси соҳасида ёки тўш суягидан чапда жойлашади;
- тинч холатда, эмоционал зўриқишда ёки АБ кўтарилганда пайдо бўлади;
- жисмоний зўриқишга боғлиқ эмас;
- айрим холатларда узок вақт давом этади (дақиқа, соатлар);
- нитроглицерин самара бермайди.

Айни вақтда ГК ни маълум бир босқичларида стенокардияга хос оғриқ хуружлари кузатилиши мумкин. Бу тож томирлар атеросклерози ҳамда ЧҚ ни яққол намоён бўлган гипертрофияси хисобига нисбий коронар қон айланиши етишмовчилиги ривожланиши билан боғлиқ.

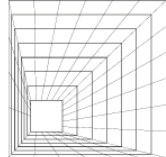
ГК билан оғриган беморларда аввал жисмоний зўриқишда кейинчалик тинч холатда *хансираш* кузатилиши юрак мушаклари шикастланиб ЧҚ етишмовчилиги ривожланганлигидан далолат беради. Айни вақтда хансираш билан номоён бўладиган СДБ ни, ЧҚ тўлиш босимини ошиши ва ўпкада бир оз қон димланиши нафақат юрак мушаклари қисқарувчанлигини бузилиши билан, балки гипертрофияланган ЧҚ миокардини яққол намоён бўлган диастолик дисфункцияси билан ҳам боғлиқлигини такидлаб ўтиш лозим.

Оёқларда ишиш пайдо бўлиши бивентрикуляр юрак етишмовчилигидан далолат беради. ГК билан оғриган беморларда бир оз периферик шиш буйракни экскретор фаолияти бузилиши, РААТ фаоллашиши хисобига Na^+ ва сувни кўп ушланиб қолиниши ёки айрим дори воситалар таъсирида пайдо бўлиши мумкин.

Ушбу гуруҳ беморларга *кўриш фаолиятини бузилиши* ҳам хос. АБ кўтарилганда кўз олдида туман, парда ёки жимирлашиши пайдо бўлади. Бу шикоятлар асосан кўз пардасида қон айланишини бузилиши билан боғлиқ. ГК билан оғриган беморларни хаёт сифати бир мунча пасайган бўлиб, бу аёлларда эркакларга нисбадан кучлироқ намоён бўлади. Улар кўпинча бош оғриши, бош айланиши, тунги уйқуни бузилиши, кундуз кунги уйқучанлик, брак соҳасида оғриққа, эслаш қобилятини пасайиши, тез толиқиш ва тушкунликка тушишга шикоят қиладилар.

Касалликнинг клиник кўриниши - АБ даражасига боғлиқ бўлиб, беморларнинг тахминан 50% да шикоятлар бўлмаслиги мумкин. Қолган қисмида эса бош оғриши ва айланиши, қулоқ шанғиллаши, юрак соҳасидаги оғриқ, турли ритм бузилишлари, тез чарчаш, иш қобиляти пасайиши, уйқу бузилиши, хотира сусайиши, метеопатик ўзгаришларга сезувчанлик каби белгилар ёки уларнинг айримлари кузатилади. Шу билан бир қаторда эссенциал гипертензия билан оғриган беморлар анамнези сўраб суриштириш жараёнида симптоматик АГ ларни инкор этиш лозим.

Артериал босимни кун давомида мониторинглаш Автоматик мониторинг узок вақт давомида АБ ни ўзгариш динимикасини аниқлаш учун қўлланилади



АГ ни этиологияси ва патогенезини аниқлаш мақсадида; 2) Оғир ҳолатларда гемодинамикани асосий кўрсаткичларини назорат қилиш учун; 3) АГ билан оғриган беморларга дори воситаларини индивидуал дозасини танлашда.

Кунлик АБ профили бир нечта микдорий кўрсаткичга асосан баҳоланади ю

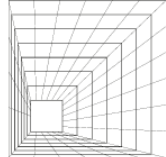
- ўртача кунлик систолик босим;
- ўртача кунлик диастолик босим;
- кунлик максимал систолик босим;
- кунлик максимал диастолик босим;
- тунги ва кундузги вақтдаги ўртача систолик ва диастолик босим;
- “кунлик зўриқиш босими”- АБ ни 140/90 мм.сим.уст. дан юқорига кўтарилишларини умумий ўлчашлар сонига нисбатан олинган проценти;
- АБ ва касалликнинг бошқа белгиларини кун давомида ўзгариши.

Кунлик АБ профили таҳлил қилганда, соғлом одамда ҳам систолик ва диастолик босим кун давомида ўзгариб туришини унитмаслик лозим. У жисмоний, психоэмоционал ва ақлий зўриқишда, ҳамда кунлик биологик (циркадли) ритм натижасида ўзгариб туради. Кундуз куни иккита АБ ни кўтарилиш пики кузатилади: эрталаб соат 9 ва 11 оралиғида ҳамда кечқурин соат 18 ларда. Кечки ва тунги вақтларда АБ пасаяди. Соат тунги 2-5 оралиғида минимал кўрсаткичда бўлади ва эрталаб босим яна кўтарилиди. АД ни кунлик профели соғлом одамларда ҳам, ГК билан оғриганларда ҳам кузатилади. Фақат беморларда АБ кўрсаткичи юқори бўлади. Айрим беморларда АБ ни максимал кўрсаткичи кечки пайтда кузатилиб, уни тунги пасайиши суст намоён бўлади. АБ ни 24 соат давомида мониторинг натижалари гипотензив воситаларни индивидуал танлаш учун қўлланилади.

Дориларсиз даволаш Агар систолик ҚБ 140-159, диастолик 90-99 мм сим.уст.да бўлиб, нишон аъзолар шикастланмаган бўлса, хавф омиллари бўлмаса 6-12 ой, 1-2 та хавф омиллари бўлганда эса (ҚД бундан мустасно) 3-6 ой давомида дориларсиз даво олиб борилади. Унинг самарадорлиги ҳақида 3 ойдан кейин хулоса чиқариш мумкин. Бемор ҚБни оширадиган дори воситаларини (НЯҚВ, ГКС, комбинацияланган перорал контрацептивлар, эстрогенлар) қабул қилаётган бўлса, даволаш уларни бекор қилишдан, агарда унинг иложи бўлмаса, бевосита гипотензив препаратларни тавсия этишдан бошланади. Дориларсиз даволашга тана вазнини камайтириш, спорт билан шуғулланиш, чекишдан воз кечиш, аутотренинг, ош тузи ва алкоголь истеъмол қилишни чегаралаш киради.

Семизлик: ортикча тана вазни ҚБ кўтарилишига олиб келувчи асосий сабаблардан биридир. Тана вазнини 1 кг га камайтириш систолик ҚБни симоб устуни ҳисобида ўртача 2,5 мм га, диастолик босимни эса 1,5 мм га пасайтиради. Тана вазни индекси: H/W^2 формула (бу ерда H-оғирлик (кг), W-бўй (м)) ёрдамида ҳисобланади ва бу кўрсаткич 20-25 кг/м² дан юқори бўлса, тана вазнини камайтириш тавсия этилади.

Жисмоний фаоллик: ҚБ ни пасайтириш учун мунтазам равишда жисмоний машқларни бажариб бориш лозим. Қисқа вақтли динамик жисмоний юкламалар, статик зўриқиш (оғир юк кўтариш) ёки кучли психоэмоционал кўзғалиш (спорт мусобақасига қатнашиш) билан боғлиқ бўлмаган ҳаракатлар, масалан юриш тавсия этилади. Жисмоний юклама ҳажмини секин –аста гемодинамик кўрсаткичларни (АБ, пульс ва



бошқа) назорат қилган холда ошириб бориш тавсия этилади. Бемор кўпи билан хафтада 2-3 марта 30-60 дақиқадан кўп бўлмаган вақт давомида, иложи бўлса реабилитация марказларида, шифокор назорати остида шуғилланиши лозим. У тана вазнини назорат қилиш, юрак қон –томир ва нафас олиш тизимларининг мослашиш хусусиятларини ошириш имконини беради, ҳамда стресс ҳолатларида симпато адреналин тизими фаоллашишини, юракни отиб бериши ва периферик қон томирларни умумий қаршилиги ошишини олдини олади. Натижада нафақат АБ балки ГК ни асоратланиш хавфи ҳам камаяди.

Жисмоний юклама тури ва ҳажмини кўрсатма ва қарси кўрсатмаларни инобатга олган холда танлаш лозим.

Аутотренинг: ўта толиқиб қолишдан эҳтиёт бўлиш зарур. Агар бунинг иложи бўлмаса, аутотренинг тавсия этилади.

Артериал гипертензияни парҳез ёрдамида даволашнинг асосий тамойиллари:

- тавсия қилинаётган таомларнинг энергетик қиймати организм сарфлаётган энергияга мос келиши лозим. Беморда семизлик мавжуд бўлган тақдирда эса кундалик қабул қилинаётган таомлар калорияси чегараланади;
- парҳез овқатлар тромбоцитлар агрегациясини камайтирувчи, антисклеротик хусусиятларга бой маҳсулотлардан ташкил топган бўлиши керак;
- кундалик қабул қилинаётган эркин суюқлик миқдори 1,0-1,5 л гача камайтирилади;
- рациондан марказий асаб ва юрак қон-томир тизимини кўзғатувчи (гўштли, балиқли қуюқ шўрвалар, аччиқ чой, қаҳва, шоколад, дудланган маҳсулотлар) ва ичакларда газ ҳосил бўлиш жараёнини кучайтириб, уларни кенгайишига олиб келувчи (нўхат, ловия, газли ичимликлар ва бошқалар) маҳсулотларни истисно қилиш лозим;
- кундалик овқатга липотроп, клетчаткага бой моддаларни ва денгиз маҳсулотларини кўшиш мақсадга мувофиқ;
- вақти - вақти билан гипонатрийли парҳезни магний тузларига бой таомлар билан алмаштириб туриш керак;
- ичкилик ичишни чеклаш - алкоголь вазопрессор таъсирга эга бўлганлиги сабабли уни кунига тоза спирт ҳисобида 20 мл миқдордан ортиқ истеъмол қилиш ҚБ ни оширади ва беморни даволашни қийинлаштиради. Уни истеъмол қилишни тоза спирт ҳисобида кунда 10-20 мл гача чегаралаш ҚБ ни 5-10 мм сим. уст. га пасайишига олиб келади;
- кунига эркаклар 23-30 г, аёллар 10- 20 г тоза спирт миқдorigа эквивалент бўлган ароқ,(ёки 200-250 мл қуруқ вино ёки 200-500 мл пиво), хафтада эса эркаклар 168 мл гача, аёллар 112 мл гача спиртли ичимлик истемол қилиши мумкин.
- беморларга таркибида ош тузи кам бўлган маҳсулотларни истеъмол қилиш тавсия этилади. Кунлик рационда ош тузи миқдори 5 г дан ошмаслиги, лекин гипохлоремия ҳолатига тушмаслик учун 2 г дан кам бўлмаслиги керак. Озиқ-овқатларга туз ўрнига унинг мазасини берувчи, лекин таркибида натрий хлорид бўлмаган санасолдан кунига 1,5-3,0 г гача фойдаланиш мумкин. Магний тузлари билан тўйинтирилган сут, ўсимлик маҳсулотларидан ташкил топган парҳез ҚБни пасайтиради.



Беморлар учун кальций миқдори юқори, ёғ ва кофеин миқдори кам маҳсулотлар фойдалидир. Таркибида кизил мия (солодка) илдизи мавжуд маҳсулотларни истеъмол қилиш мумкин эмас.

Дорилар билан даволаш

Ҳозирги замон тиббиёти таъсир механизми турли-туман бўлган кўп сонли гипотензив дориларга эга. Уларни таъсир механизмлари, дозалари, тавсия этишга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар ҳамда кузатилиши мумкин бўлган ножўя таъсирлари ҳисобга олган ҳолда беморга тавсия этиш мумкин. Гипотензив дориларни танлашда ножўя таъсирларини ҳисобга олган ҳолда, ҚБ ни жуда пастга тушириб юбормасликка ва ортостатик гипотензияга йўл қўймасликка ҳаракат қилиш лозим. Шу билан бирга даволаш самарадорлигини камайтирадиган омилларни ҳам бартараф этиш керак.

Антигипертензив давонинг мақсади:

1. Айнан даволанаётган бемор учун мақсадли ёки оптимал АБ кўрсаткичига эришиши (7- жадвал);
2. Мўлжал аъзоларни шикастланиши ва уни кучайиб кетишини олдини олиш;
3. Юрак қон- томир тизими томондан асоратлар ривожланишини олдини олиш;
4. АГ билан боғлиқ бўлган ўлимлар сонини камайтириш;
5. Бошқа сабаблардан ўлишни олдини олиш.

Ҳозирги вақтда АБ ни мақсадли кўрсаткичи тўғрисидаги маълумотларга бир мунча ўзгартиришлар критилган бўлиб, улар қуйидагилар:

- ХО даражасига боғлиқ бўлмаган ҳолда барча популяциялар учун **АБ ни мақсадли кўрсаткичи** $< 140/90$ мм.сим.уст. АБ ни хавфсиз пасайтиришнинг **қўйи чегараси** $-110/70$ мм.сим.уст. Шундай қилиб АБ ни $140/90 -130/80$ мм.сим.уст. оралиғида ушлаб туриш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.
- Катта ёшдаги беморларда систолик АБ < 150 мм.сим.ст. бўлиши;
- Яққол намоён бўлган протеинурия кузатилганда АБ $125/75$ мм.сим.уст. да бўлиши керак.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Gadaev A. Ichkikasalliklar, T.: —TuronZaminZiyo, 2019.
2. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. Перевод с английского. М.: Практика, 1998.
3. Нобель Дж. Общая врачебная практика. М.: Практика, 2005.
4. Остряков Е.К. Ревматические заболевания: диагностика и профилактика, Ми: Польша, 2007.