

**GIPERTONIK KRIZ. TURLARI. TEZ TIBBIY YORDAM KO‘RSATISH.
HOMILADORLAR GIPERTONIYASI**

Toshmayeva Fariza Bohodir qizi

E.pochta: bahodirovnaf003@gmail.com

Tel. 50 753 71 73

Kattaboyeva Muhayyo Nurmuhammad qizi

Termiz Iqtisodiyot va Servis Universiteti,
Tibbiyot fakulteti, Terapevtik fanlar kafedrası O‘zbekiston

E-mail: muhayyo_kattaboyeva@tues.uz

mnkattaboyeva@gmail.com

ORCID: 0009-0005-7146-1255

Tel.: +998 91 589 93 07

Annotatsiya: Maqolada gipertonik kriz, uning turlari va tez tibbiy yordam ko‘rsatish hamda homiladorlik gipertoniyasi, oddiy homiladorlik davrida qon bosimi o‘zgarishlari, homilador ayollarda qon bosimini o‘lchash qoidalari, homiladorlik davrida arterial gipertenziyaning diagnostik mezonlari haqida, yuqori qon bosimi aniqlangan homilador ayolni tekshirish, homilador ayollarda arterial gipertenziyaning uchraydigan turlari haqida ma’lumot berilgan.

Kalit so‘zlar. Arterial gipertenziya, homiladorlik, diagnoz, tez tibbiy yordam.

Kirish

Hozirgi kunda ko‘pchilik odamlar yuqori qon bosimi kabi muammoga duch kelishmoqda. Tez-tez qon bosimning ortishi gipertonik kasallikning paydo bo‘lishiga olib keladi. Biroq, o‘z-o‘zidan, surunkali shaklga ega bo‘lgan gipertonik kasallik hayotga to‘g‘ridan-to‘g‘ri xavf tug‘dirmaydi, lekin bu birinchi navbatda yurak-qon tomir tizimining a‘zolari bilan bog‘liq jiddiy asoratlar paydo bo‘lishi uchun xavf omilidir. Shunga qaramay, gipertonik kasallikning kuchayish davri ham bor. Tibbiyotda bu gipertonik kriz sifatida tanilgan.

Gipertonik kriz erkaklarga qaraganda ko'proq ayollarda uchraydi. Kriz insonda birinchi marta paydo bo'lgan bo'lsa, kelajakda bu holat yana takrorlanishi mumkin.

Gipertonik kriz yurak-qon tomir tizimining eng keng tarqalgan kasalliklardan biri. Ayni paytda, statistik ma'lumotlarga ko'ra, aholining bu holat haqida xabardorligi juda past. Kishilarning taxminan 40 foizi hayotida kamida bir marta gipertonik inqirozni boshdan kechirgan. Shu bilan birga, bu holatni faqatgina ayollarning 60 foizi va erkaklarning 40 foizigina bilishgan. Ayollarning 45% va erkaklar 20% bu holatni oldini olish uchun zarur bo'lgan dori-darmonlarni qabul qilishadi.

Agar kriz bemorda ilk marotaba yuzaga kelgan bo'lsa yoki undan oldingi holatdan ko'ra og'irroq bo'lsa, shoshilinch tibbiy yordam chaqirish kerak. Shuni ta'kidlash kerakki, tez yordam guruhlari ko'pchilik hollarda gipertonik kriz tufayli chaqiriladi. Boshqa hollarda, bemorga mustaqil ravishda yordam berish mumkin.

Ko'p hollarda, gipertonik krizlar uy sharoitida davolanadi. Biroq, murakkab krizlar yuz berganda, a'zolarga zarar yetishi ehtimolligi yuqori bo'lsa, bemor kasalxonaga yotqizilishi mumkin. Kasalxonada gipertonik krizni davolash kardiologiya bo'limida yoki umumiy terapiya bo'limida olib boriladi. Asoratlanmagan krizlar hollarida tez tibbiy yordam brigadasi kelganidan keyin yoram odatda vena ichiga gipotenziv preparatlarni yuborish bilan cheklanadi. Gipertoniyaning keyini davolanishi ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladi.

Shuning uchun, dorilarning katta dozasini yoki bemorga ta'siri avvaldan ma'lum bo'lmagan preparatlarni qabul qilish mumkin emas. Shunga qaramay, bu holatda kuchsiz preparatlar ham mos kelmaydi.

Shunisi e'tiborga loyiqki, barcha gipotonik preparatlar ham yuqori bosim ko'rsatkichlarini tezda pasayishi uchun to'g'ri kelmaydi. Xususan, hozirda ko'pincha surunkali gipertoniyaning davolash uchun qo'llaniladigan sartan yoki angiotenzin retseptorlari antagonistlari guruhidagi preparatlar qonga bir necha soat davomida singadi va gipertonik kriz holatlarida bunday preparatlar to'g'ri kelmaydi.

Agar kriz bemorda ilk marotaba yuzaga kelgan bo'lsa yoki undan oldingi holatdan ko'ra og'irroq bo'lsa, shoshilinch tibbiy yordam chaqirish kerak. Shuni ta'kidlash kerakki, tez yordam guruhlari ko'pchilik hollarda gipertonik kriz tufayli chaqiriladi. Boshqa hollarda, bemorga mustaqil ravishda yordam berish mumkin.

Ko'p hollarda, gipertonik krizlar uy sharoitida davolanadi. Biroq, murakkab krizlar yuz berganda, a'zolarga zarar yetishi ehtimolligi yuqori bo'lsa, bemor kasalxonaga

yotqizilishi mumkin. Kasalxonada gipertonik krizni davolash kardiologiya bo'limida yoki umumiy terapiya bo'limida olib boriladi. Asoratlanmagan krizlar hollarida tez tibbiy yordam brigadasi kelganidan keyin yoram odatda vena ichiga gipotenziv preparatlarni yuborish bilan cheklanadi. Gipertoniyaning keyini davolanishi ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladi.

Gipertonik krizlarda eng yuqori ta'sir tezligi va samaradorlik Kaptopril (Kapoten) tomonidan ko'rsatildi. Bundan tashqari, u nisbatan eng xavfsiz dori hisoblanadi va minimal nojo'ya ta'sirga ega. Xususan, u miya qon aylanishiga kam ta'sir qiladi, shuning uchun ishemik insult rivojlanishi xavfi bo'lmaydi. Preparat ta'siri 15 daqiqadan keyin boshlanadi. Odatdagi doza — 25-50 mg. Dori ta'sirini tezlashtirish uchun til ostiga qo'yish tavsiya etiladi.

Bundan tashqari, ko'plab shifokorlar Nifedipin (Korinfar) dan foydalanishni tavsiya etadilar. Bir martalik doza 10-20 mg ni tashkil qiladi. 5 daqiqali oraliq bilan ikkita tabletka qabul qilish mumkin. Biroq, ushbu preparatni doimiy foydalanish uchun qo'llash mumkin emas, chunki u kaptoprilga qaraganda ko'proq nojo'ya ta'sirga ega.

Bezovtalik va titroq holatlarini bartaraf qilish uchun relanium, aminazin qo'llanilishi mumkin. Mushaklar va arteriyalar spazmini bartaraf qilish uchun spazmolitiklar ishlatiladi, masalan, drotaverin. Miya qon aylanishini yaxshilash uchun eufillin ishlatiladi. Gipertonik krizlarda shuningdek diuretiklar ham samaralidir.

Statsionar sharoitida ishlatiladigan ko'plab dorilar aniq dozalashni talab qiladi va faqatgina malakali shifokorlar tomonidan berilishi mumkinligini yodda tutish kerak. Bunday preparatlarni uy sharoitida, mustaqil qabul qilish fojiali oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Jiddiy krizdan so'ng qayta tiklash davri xuruj salbiy oqibatlarini, shuningdek, qaytalanish ehtimolini kamaytirish uchun talab qilinadi. To'g'ri ovqatlanish tanani tiklashda muhim ahamiyat kasb etadi. Ratsionida hayvon yog'lari va uglevodlar ulushini, tuzni kamaytirish tavsiya etiladi. Kundalik tartibga muntazam amal qilib borish, nizoli vaziyatlardan qochish kerak. Dastlabki vaqtlarda jismoniy zo'riqishlardan qochish tavsiya etiladi, ammo bemor ahvoli yaxshilanishi bilan muntazam sayohat qilish, shifobaxsh jismoniy mashqlar bajarish kerak. Va albatta, muntazam ravishda shifkor buyurgan dorilarni qabul qilish kerak.

Arterial gipertenziya homilador ayollarda patologiyaning eng keng tarqalgan shakllaridan biridir. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, onalar

o'limi tarkibida gipertonik sindromning ulushi 20-30% ni tashkil qiladi. Perinatal o'lim (30-100%) va erta tug'ilish (10-12%) fiziologik normal homiladorlikdagi tegishli ko'rsatkichlardan sezilarli darajada oshadi.

Homilador ayollardagi arterial gipertenziya qon bosimining ko'tarilishining turli shakllarini birlashtirgan tushunchadir. Ba'zi ayollar homiladorlikdan oldin surunkali buyrak kasalligiga ega bo'lishi mumkin, bu esa yuqori qon bosimi bilan birga keladi; boshqalarda arterial gipertenziya homiladorlikdan oldin mavjud bo'lib, boshqalar uchun qon bosimining oshishi homiladorlikning o'zidan kelib chiqadi.

Yaqin vaqtgacha arterial gipertenziya yoshlarda nisbatan kam uchraydi, deb hisoblar edi. Biroq, so'nggi yillarda aholi o'rtasida o'tkazilgan so'rovlar 17-29 yoshdagi odamlarning 23,1 foizida qon bosimining ko'tarilganligini aniqladi. Bundan tashqari, arterial gipertenziyaning erta rivojlanishi kelajakda kasallikning salbiy oqibatlarini belgilaydigan omillardan biridir. Shuningdek, tashriflar asosida arterial gipertenziya bilan og'rigan bemorlarni aniqlanishi aholining ommaviy skriningiga qaraganda ancha past bo'lishi muhimdir. Buning sababi shundaki, odamlarning aksariyat qismi, asosan kasallikning dastlabki belgilari bo'lganlar, o'zlarini yaxshi his qilishadi va shifokorga tashrif buyurishmaydi. Xuddi shu sababga ko'ra, ko'plab ayollar faqat homiladorlik davrida yuqori qon bosimi borligini bilishlari mumkin, bu esa bunday bemorlarni tashxislash va davolashni sezilarli darajada murakkablashtiradi. Homiladorlik davrida onaning yurak-qon tomir tizimida bir qancha o'zgarishlar ro'y beradi, bu homilaga kislorod va homila uchun zarur bo'lgan turli xil oziq moddalarni intensiv etkazib berish va metabolik moddalarni chiqarishga qaratilgan.

Homiladorlik paytida yurak-qon tomir tizimi zo'riqib ishlaydi. Bu metabolizmning kuchayishi, qon hajmining ko'payishi, uteroplasentar qon aylanishining rivojlanishi, homilador ayolning tana vaznining tobora ortib borishi va boshqa bir qator omillar bilan bog'liq. Bachadon kattalashgani sari diafragmaning harakatchanligi chegaralanadi, qorin bo'shlig'i bosimi ortadi, yurakning ko'krak qafasidagi holati o'zgaradi (u gorizontalroq joylashadi), ayrim ayollarda yurak cho'qqisida yengil funktsional sistolik shovqin paydo bo'lishi mumkin.

Fiziologik davom etayotgan homiladorlikka xos bo'lgan yurak-qon tomir tizimidagi ko'plab o'zgarishlar orasida birinchi navbatda qon hajmining boshlang'ich darajadan (homiladorlikdan oldin) 30-50% ga oshishini ta'kidlash kerak. Plazma hajmining eritrositlar hajmidan oshib ketganligi sababli, homiladorlikning fiziologik

anemiyasi paydo bo‘ladi. Gemoglobin konsentratsiyasining 135- 140 dan 100-120 g / l gacha pasayishi bilan tavsiflanadi. Aniq moslashuvchan xususiyatga ega bo‘lgan bu o‘zgarishlarning barchasi homiladorlik va tug‘ish paytida platsenta va onaning hayotiy organlarida kislorodni tashish uchun maqbul sharoitlarni ta‘minlaydi. Oddiy homiladorlikda homiladorlik davrida sistolik qon bosimi deyarli o‘zgarmaydi , ammo homiladorlikning dastlabki 20 haftasida diastolik qon bosimi 5-15 mm s/ustuniga kamayadi, lekin uchinchi trimestrda u boshlang‘ich darajaga ko‘tariladi. Ushbu o‘zgarishlarning sabablari homiladorlikning ushbu bosqichlarida platsenta qon aylanishining shakllanishi va bir qator gormonlarning vazodilatatsion ta'siridandir.

Homiladorlik davrida fiziologik taxikardiya kuzatiladi. Odatda, kech homiladorlik davrida ayollarning yurak urishi bir daqiqada 80-95 marta urishga ko‘tarilishi mumkin. Haqiqiy raqamlarni olish uchun homilador ayollarda qon bosimini o‘lchash uchun quyidagi qoidalarga rioya qilish kerak:

- a) qon bosimini 10-15 daqiqa dam olgandan keyin o‘lchash kerak;
- b) o‘lchov ikki qo‘lda olinishi kerak. O‘ng va chap qo‘llardagi bosim odatda farq qiladi. Shuning uchun siz yuqori qon bosimi qiymatiga ega bo‘lgan qo‘lni tanlashingiz va keyinchalik bu qo‘lda qon bosimini o‘lchashingiz kerak;
- v) qon bosimini o‘tirgan holatda o‘lchash afzaldir. Yotgan holatda o‘lchanganda pastki kavak venani siqish qon bosimi ko‘rsatkichlarini buzishi mumkin;
- d) tegishli o‘lchamdagi manjetdan foydalaning. Juda katta yoki juda kichik manjetlardan foydalanish noto‘g‘ri natijalar beradi;
- d) olingan raqamlar 0 yoki 5 ga yaxlitlanmasligi kerak. O‘lchov 2 mm s/ustuni aniqlik bilan amalga oshirilishi kerak, buning uchun manjetdan havoni asta-sekin chiqarish kerak.

Shuni yodda tutish kerakki, qon bosimining bir marta $> 140/90$ mm s/ustunidan ortishi ayollarning taxminan 40-50 foizida qayd etilgan. Shuning uchun qon bosimining yagona o‘lchovi arterial gipertenziya tashxisi uchun asos bo‘lmaydi. Bundan tashqari, oq xalat gipertenziyasi deb ataladigan hodisa ma‘lum, ya'ni ambulatoriya sharoitida o‘lchangan normal qiymatlarga nisbatan tibbiy xodimlar tomonidan o‘lchanganida yuqori qon bosimi aniqlanadi. Homilador ayollarda bu hodisaning ahamiyati hali aniqlanmagan. Ma'lumki, homiladorlik davrida uning uchrasini umumiy aholiga qaraganda 2 baravar yuqori. Homilador ayollarda arterial gipertenziyaning asosiy turlarining tarqalishi, turli manbalarga ko‘ra, 5 dan 20% gacha.

Homiladorlikdan oldin arterial gipertenziya tashxisi qo'yilgan ayol sog'lig'ining holatini aniqlashga va ikkilamchi arterial gipertenziyaning mumkin bo'lgan sabablarini topishga qaratilgan keng qamrovli tekshiruvdan o'tishi kerak. Avvalo, sog'lom turmush tarziga oid umumiy tavsiyalarga amal qilish kerak (chekishni to'xtatish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilmaslik va hokazo). Homiladorlikni rejalashtirishda ayol o'z sog'lig'iga ayniqsa ehtiyot bo'lishi kerak, agar bu: birinchi homiladorligi; ko'p homiladorlik; oilada preeklampsiya holatlari mavjud; 20 yoshdan kichik va 35 yoshdan oshgan; ortiqcha vazn yoki semizlik; kelajakdagi bolaning otasining yoshi 35 yoshdan oshgan, shuningdek, agar homilador ayol quyidagi kasalliklardan aziyat cheksa: qandli diabet; tizimli kasalliklar (tizimli qizil yuguruk, sarkoidoz, revmatoid artrit); surunkali buyrak kasalligi; yurak kasalliklari, shu jumladan tug'ma yurak nuqsonlari; surunkali anemiya; homiladorlikdan oldin aniqlanmagan arterial gipertenziya kabi holatlar bo'lsa. Homiladorlikning boshidanoq, ilgari antihipertenziv dori-darmonlarni qabul qilgan arterial gipertenziyasi bo'lgan ayollar, tug'ilmagan bola uchun xavfsizligi isbotlanmagan dorilarni qo'llamagan holda, qon bosimi darajasini normallashtirishga erishish uchun uni sozlashlari kerak. Arterial gipertenziya bilan og'rigan homilador ayollarga antenatal bo'limda rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish taklif qilinishi mumkin.

12 hafta ichida birinchi kasalxonaga yotqizish kasallikning og'irligini va har qanday asoratlarni baholash uchun talab qilinadi. Arterial gipertenziyaning III bosqichida onaning ham, homilaning ham asoratlari rivojlanish xavfi juda yuqori, shuning uchun og'ir holatlarda homilador ayolga abort qilish taklif etiladi. Shundan so'ng 28-32 xaftada kasalxonaga yotqiziladi, chunki yurak-qon tomir tizimida zo'riqish bo'ladi, antihipertenziv dorilarning dozalarini moslash amalga oshiriladi. Oxirgi rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish ayolni tug'ishga tayyorlash uchun belgilangan tug'ish kunidan 2 hafta oldin amalga oshiriladi.

Asosiy zamonaviy tavsiyalarga ko'ra, homilador ayollarda sistolik qon bosimi > 140 mm s/ustunidan oshishi, diastolik qon bosimi > 90 mm s/ustunidan baland ko'tarilishi arterial gipertenziyaga tekshirish uchun sabab bo'ladi va har 4 soatda ikki yoki undan ortiq ketma-ket o'lchovlarda nazorat qilinadi. Hozirgi vaqtda boshqa mezonlardan foydalanmaslik kerak. "Surunkali arterial gipertenziya" atamasi homiladorlik boshlanishidan oldin yuqori qon bosimiga ega bo'lgan ayollarga nisbatan qo'llaniladi. Preeklampsiya - bu homiladorlikning 20-haftasidan keyin birinchi marta paydo bo'ladigan gipertenziya va proteinuriyaning kombinatsiyasidir. Bu ona va homila uchun xavfli xisoblanadi va jiddiy asoratlar berishi mumkin.

"Gestatsion gipertenziya" homiladorlikning ikkinchi yarmida qon bosimining o'sishini anglatadi. Agar homilador ayolda yuqori qon bosimi bo'lsa, shifokorning barcha tavsiyalariga amal qilish kerak. Eng muhimi, uyda qon bosimini nazorat qilish va davriy siydik sinovlari. 20 haftadan so'ng qon bosimining oshishi homilador ayolni preeklampsianing mumkin bo'lgan rivojlanishi haqida ogohlantirishi kerak. Bunday hollarda siz shifokorni ko'rishingiz va qo'shimcha tekshiruvlardan o'tishingiz kerak. Bundan tashqari, homilaning holatini diqqat bilan kuzatib borish kerak, chunki u platsenta qon bilan ta'minlanmaganligi va gipoksiyadan aziyat chekishi mumkin, bu rivojlanishning kechikishida namoyon bo'ladi.

Agar topilgan o'zgarishlar juda jiddiy bo'lsa, homiladorlikning to'xtatilishi ko'rsatilishi mumkin. Homilador ayollarda arterial gipertenziyaning klinik ko'rinishi bo'lmasligi mumkin. Shuni ham unutmaslik kerakki, homiladorlikning birinchi yarmida qon bosimi biroz pasayadi, shuning uchun arterial gipertenziya darhol aniqlanmasligi mumkin. Ammo, agar ayol bosh og'rig'i, bosh aylanishi, tinnitus, uyqu buzilishi, zaiflik, burundan qon ketish, yurak sohasidagi og'riqni boshdan kechira boshlarsa, u qon bosimini o'lchashi kerak va agar qiymatlar ko'tarilsa, shifokor bilan maslahatlashing.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Арипов Ш.Х., Эрматов Ш.Э. Ichki kasalliklar propedeutikasi. – Toshkent: "O'zbekiston" nashriyoti, 2020.
2. Qodirov O.X., Ergashov M.H. Klinik terapiya. – Toshkent: "Ilm Ziyo", 2019.
3. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi. Arterial gipertoniya bo'yicha klinik protokol. – Toshkent, 2022.
4. O'zbekiston Respublikasi SSV. Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha yo'riqnoma. – Toshkent, 2021.
5. World Health Organization (WHO). Hypertension guidelines. – 2021.
6. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
7. American Heart Association (AHA). Hypertensive Crisis: Emergency Evaluation and Treatment. – AHA Journals, 2020.
8. Kaplan N.M. Kaplan's Clinical Hypertension. – 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2020.

9. Messerli F.H., Williams B. Hypertensive Crises: Clinical Management. *The Lancet*, 2020; 396(10261): 411–421.
10. Whelton P.K., Carey R.M., et al. 2017 ACC/AHA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 2018.