



## **GIPERTENZIV INQIROZ TERAPIYASI**

*Istamova Sitora Ne`mat qizi*

*Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti Assistenti*

**Annotatsiya.** Gipertenziya bilan kasallangan bemorlarda gipertonik krizning oldini olish gipertenziya boshqaruvini takomillashtirish bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bemorlar shoshilinch tibbiy yordam bo'limiga yoki vrachlik punktiga qon bosimining keskin ko'tarilishi bilan kelganlarida, samarali terapiyani boshlash kechikishi natijasida Markaziy asab tizimi, yurak va buyraklarga halokatli shikast etkazmaslik uchun to'g'ri boshqarish zarur yoki haddan tashqari og'ir terapiya juda qon bosimining tez pasayishiga gipotonik krizga sabab bo'lishi mumkin.

**Kalit so`zlar:** Gipertenziv inqiroz, Natriy nitroprussid, kaltsiy kanali antagonisti, B-adrenoblokatorlar, alfa adrenoblokatorlar.

Gipertenziv inqiroz qon bosimining keskin ko'tarilishi deb ta'riflanadi, odatda diastolik qon bosimi 120 dan 130 mm Hg gacha. Gipertenziv inqirozlar o'tkir yoki davom etayotgan organlarning shikastlanishi mavjud bo'lganda gipertonik favqulodda vaziyatlar yoki oxirgi organlarning shikastlanishi bo'lmagan taqdirda shoshilinch gipertonik inqirozlar deb tasniflanadi. Tez yoki progressiv Markaziy asab tizimi, miyokard, gematologik yoki buyrakning yomonlashishi haqida dalillar mavjud bo'lsa, qon bosimining keskin ko'tarilishi favqulodda holat hisoblanadi. Gipertenziv favqulodda vaziyat bilan og'riqan bemorlar qon bosimini zudlik bilan pasaytirishni talab qiladilar, odatda intensiv terapiya sharoitida tomir ichiga yuborish orqali amalga oshiriladi. Qon bosimining keskin ko'tarilishi bo'lgan, organlarning progressiv shikastlanishi to'g'risida hech qanday dalil bo'lmagan bemorlar shoshilinch gipertonik inqirozga uchraydi va 24 dan 48 soatgacha qon bosimini asta-sekin kamaytirishni talab qiladi. Qon bosimini pasaytirish shoshilinch tibbiy yordam bo'limida, odatda og'iz agenti bilan boshlanadi va ambulatoriya sharoitida davom etadi. Surunkali gipertoniya bilan og'riqan bemorlar qon bosimining ilgari normotenziv odamlarga qaraganda ancha yuqori ko'tarilishiga toqat qiladilar. Masalan, ensefalopatiya diastolik qon bosimi 150 mm Hg dan oshguncha uzoq muddatli gipertenziya bilan og'riqan bemorlarda kamdan-kam rivojlanadi.3 aksincha, o'tkir glomerulonefritli bolada yoki eklampsiya bo'lgan yosh ayolda diastolik qon bosimi 100 mm Hg yoki undan kam bo'lganda ensefalopatiya bo'lishi mumkin. Gipertonik inqiroz ko'pincha gipertoniya tarixi bo'lgan bemorlarda uchraydi. Ko'pincha bemor buyurilganidek davo uchun doimiy dori-darmonlarni qabul qilmagan yoki yetarli darajada davolanmagan. Bunday sharoitda gipertonik inqiroz norepinefrin, angiotensin II yoki antinatriuretik gormon kabi vazokonstriktor moddalarning aylanma darajasining oshishi natijasida tizimli qon tomir qarshiligining keskin oshishi natijasida yuzaga keladi. Arterioliyar fibrinoid nekrozi qon bosimining keskin ko'tarilishi, endotelial shikastlanish, trombotsitlar va fibrinlarning cho'kishi va avtoregulyatsiya funksiyasining yo'qolishi natijasida yuzaga keladi, natijada oxirgi organ ishemiyasi. Ishemiya, o'z navbatida, vazoaktiv moddalarning keyingi chiqarilishini qo'zg'atadi va shu bilan keyingi vazokonstriksiya va miyointimal proliferatsiyaning ayanchli doirasini boshlaydi. Terapiyaning maqsadi qon tomirlarining tizimli qarshiligini kamaytirish orqali ushbu siklni to'xtatishdir. Aorta anevrizmasi yoki miokard ishemiyasini ajratish holatlaridan tashqari, yurak ishlab



chiqarishining sezilarli darajada pasayishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Dastlabki tarix va fizik tekshiruv gipertonik favqulodda vaziyatlarni shoshilinch gipertonik inqirozlardan tezda ajratib turishi kerak.

Bemor bilan suhbat va fizik tekshiruv qon bosimining ko'tarilishining qo'zg'atuvchi sabablarini aniqlashi kerak. Qon bosimining jiddiy ko'tarilishi tufayli o'tkir so'nggi organlarning shikastlanishi yoki ikkalasi ham. Shifokor har qanday gipertenziya tarixi (davomiyligi, zo'ravonligi va nazorat darajasi), oldindan mavjud bo'lgan organlarning shikastlanish darajasi, dori-darmonlarni qo'llash (retsept bo'yicha, retseptsiz va noqonuniy dorilar), birgalikda mavjud bo'lgan o'tkir yoki surunkali kasalliklar va og'ir kasallik bilan bog'liq har qanday alomatlar haqida ma'lumot olishi kerak. qon bosimining ko'tarilishi. Bemor yotgan va tik holatda qon bosimini aniqlashdan tashqari, retinopatiya, yurak yetishmovchiligi, aorta diseksiyasi yoki nevrologik disfunktsiya dalillariga e'tibor qaratib, yo'naltirilgan fizik tekshiruv o'tkazilishi kerak. Elektrokardiogramma, ko'krak qafasi rentgen plyonkasi, siydik tahlili, qon miqdori va qonda karbamid azot va kreatinin darajasi va sarum elektrolitlarini o'lchash kerak. Anamnezda o'tkir yoki tez progressiv end-organ yomonlashuvining har qanday dalillari (ko'krak og'rig'i, nevrologik o'zgarishlar yoki nafas qisilishi), fizik tekshiruv (yangi retinopatiya, shu jumladan qon ketish, ekssudatlar yoki papilledema, nevrologik yetishmovchilik, rales, S3 yoki puls yetishmovchiligi) yoki laboratoriya baholash (ishemik o'zgarishlar). elektrokardiogramma, ko'krak qafasi rentgen plyonkasida o'pka shishi, qonda karbamid azot yoki kreatinin darajasining oshishi, gematuriya yoki qon smearidagi gemoliz) gipertenziv favqulodda vaziyatni shoshilinch gipertonik inqirozdan ajratib turadi. Gipertonik inqirozning sabablari. Progressiv endoorgan jarohati dalillari bo'lmagan bemorlar, agar mavjud bo'lsa, qorong'i va sokin joyda joylashtirilishi kerak va qon bosimini 30 daqiqada yana o'lchash kerak agar qon bosimi keskin ko'tarilsa, og'iz terapiyasini boshlash kerak. Agar qon bosimi endi keskin ko'tarilmasa, bemorni tezkor kuzatuvga yuborish kerak. Gipertenziv favqulodda vaziyatda terapiyaning maqsadi qon bosimining tez, ammo asta-sekin pasayishini amalga oshirishdir. Ko'pgina gipertonik favqulodda vaziyatlar uchun oqilona maqsad klinik holatga qarab bir necha daqiqadan bir necha soatgacha o'rtacha arterial bosimni taxminan 25 foizga tushirish (yoki diastolik qon bosimini 100 dan 110 mm Hg gacha kamaytirish). qon bosimining keskin pasayishi va normotenziv yoki gipotenziv darajaga tushishining oldini olish kerak, chunki ular oxirgi organ ishemiyasi yoki infarktini qo'zg'atishi mumkin, qon bosimi ushbu boshlang'ich maqsad darajasida bir necha kun davomida saqlanib turishi va keyingi haftalarda normotenziv darajaga tushirilishi kerak.

Natriy nitroprussid—bu gipertenziv favqulodda vaziyatlarni davolash uchun tanlangan dori, chunki u qon bosimini nazorat ostida kamaytirishga imkon beradi. U doimiy infuziya bilan yuborilganligi sababli, natriy nitroprussiddan foydalanish doimiy kuzatuvni talab qiladi, Tercihen intraarterial monitoring bilan. Bunday intensiv kuzatuv ushbu agentni ko'plab favqulodda yordam bo'limlarida ishlatishga to'sqinlik qilishi mumkin. Samarali alternativlarga labetalol. yoki diazoksidni vena ichiga yuborish kiradi, kichik klinik sinovlarda va'da bergan yangi agent nikardipin, kaltsiy kanali antagonistidir. Fentolamin, nitrogliserin, gidralazin va trimetafan quyida muhokama qilinganidek, muayyan vaziyatlarda ko'rsatiladi. Sublingual nifedipin vena ichiga kirish kechiktirilganda yoki erishib bo'lmaydigan bo'lsa, qon bosimining darhol pasayishiga olib kelishi mumkin. Angiotensinga aylantiruvchi—og'iz orqali yoki til ostiga berilgan kaptopril va vena ichiga yuborilgan enalaprilat kabi ferment ingibitorlari reninga bog'liq gipertenziya bilan og'rigan bemorlarda qon bosimini tezda pasaytirishi mumkin. Ushbu vositalar ko'pincha reninga bog'liq bo'lmagan gipertenziya bilan og'rigan bemorlarda samarasizdir, shuning uchun gipertonik inqirozli bemorlarga ulardan foydalanish tavsiya etilmaydi. Gipertonik inqirozga uchragan bemorlarning aksariyati, ehtimol bosim bilan bog'liq diurez natijasida hajmning pasayishiga ega. Bunday hollarda hajmning pasayishi gipertenziyani yomonlashtirishi mumkin. Shunga ko'ra, diuretik vositalardan foydalanish va suyuqlikni cheklash klinik jihatdan suyuqlik bilan ortiqcha yuklangan bemorlar uchun saqlanishi kerak va muntazam ravishda buyurilmasligi kerak. Belgilangan ortostaz (tik turgan holda qon bosimining pasayishi),



Markaziy venoz bosimning pasayishi yoki o'pka kapillyar xanjar bosimi yoki prerrenal azotemiya, natriy va suyuqlikni izotonik fiziologik eritma bilan almashtirish qon bosimini nazorat qilish va buyrak faoliyatini yaxshilash uchun zarur bo'lishi mumkin. Natriy nitroprussid gipertenziv ensefalopatiyani davolash uchun tanlangan dori hisoblanadi. Muqobil variantlarga labetalol, Diazoksid va nifedipin kiradi. Klonidin va metildopa kabi vosita Markaziy asab tizimini susaytiradi, bu esa Markaziy asab tizimining yanada yomonlashishi bilan aralashishi mumkin; shuning uchun ulardan qochish kerak. Qon bosimining keskin ko'tarilishi miya infarktining umumiy sababi va umumiy natijasidir. Ikkala holatda ham qon tomiridan keyin qon bosimini tartibga solish xavfli bo'lib qoladi va hatto minimal aralashuv ham qon bosimining pasayishiga olib kelishi mumkin bu xavf infarkt sohasida miya qon oqimi regulatsiyasining yo'qolishi bilan kuchayadi. Kaltsiy-kanal blokerlari ham samarali va yaxshi o'zlashtiriladi foyda qilinadi. b-adrenergik—retseptorlari antagonistlari buyrak plazmasi oqimini va glomerulyar filtratsiya tezligini pasaytiradi va shuning uchun buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda oldini olish kerak. Kokain gidroxloridi yoki "yoriq" dan foydalanish tufayli gipertonik inqiroz tobora ko'payib bormoqda. Amfetaminlar, fensiklidin gidroxloridi (PCP), lizergik kislota dietilamid (LSD) va parhez tabletkalari kabi boshqa sempatomimetik dorilar ham gipertonik inqirozni keltirib chiqarishi mumkin. Ko'pincha inqiroz dori-darmonli soqchilik, insult, miokard infarkti yoki ensefalopatiya bilan murakkablashadi. Simpatomimetik vositalarni suiiste'mol qilish natijasida kelib chiqqan gipertonik inqiroz odatda labetalolga javob beradi, fentolamin va natriy nitroprussid muqobil ravishda ishlatilishi mumkin.

#### Adabiyotlar ro'yxati:

1. Calhoun D. A., Oparil S. Treatment of hypertensive crisis //New England Journal of Medicine. – 1990. – T. 323. – №. 17. – C. 1177-1183.Абрикосов И. А. Импульсное электрическое поле ультравысокой частоты: новый фактор физиотерапии. – Медгиз, 1958.
2. Rush D. R., Hamburger S. Hypertensive crisis //Advanced Emergency Nursing Journal. – 1983. – T. 5. – №. 2. – C. 58-74.
3. Rutsaert R. J., De Broe M. E. The Management Of Hypertensive Emergencies //Acta Clinica Belgica. – 1980. – T. 35. – №. 6. – C. 354-364.
4. Vaughan C. J., Delanty N. Hypertensive emergencies //The Lancet. – 2000. – T. 356. – №. 9227. – C. 411-417.
5. Murodovna J. D. et al. Allergic Rhinitis in Pregnant People and Its Treatment //Web of Semantics: Journal of Interdisciplinary Science. – 2024. – T. 2. – №. 5. – C. 1-5.
6. Jalilova D. M., Djorayeva S. Z. The Use of Natural Remedies in the Treatment of Kidney Stone Classicism //Best Journal of Innovation in Science, Research and Development. – 2024. – T. 3. – №. 3. – C. 943-946.
7. Istamova S. N. Bronchial Asthma and New Ways to treat it //International Journal of Integrative and Modern Medicine. – 2024. – T. 2. – №. 8. – C. 1-5.
8. Mulximovna M. S. COMPLICATIONS OF RHEUMATOID ARTHRITIS AND MEASURES TO REDUCE IT //International Journal of Cognitive Neuroscience and Psychology. – 2024. – T. 2. – №. 8. – C. 7-10.
9. Istamova S. N. Dissirculatory Encephalopathy //World of Semantics: Journal of Philosophy and Linguistics. – 2024. – T. 2. – №. 8. – C. 1-3.
10. Istamova S. N. Bronchial Asthma and New Ways to treat it //International Journal of Integrative and Modern Medicine. – 2024. – T. 2. – №. 8. – C. 1-5.



11. Nematovna I. S. The Plantain and its Importance in Modern Medicine //International Journal of Integrative and Modern Medicine. – 2024. – T. 2. – №. 7. – C. 78-83.
12. Murot J. D., Nuralieva S. N. Assessment of Fetoplasentar Deficiency in Pregnant Women Who Have Preterm Obstetric Care //International Journal of Integrative and Modern Medicine. – 2024. – T. 2. – №. 5. – C. 14-18.
13. Jalilova D. M., Shavazi N. N. Prognosis of Fetoplasentar Insufficiency in Pregnant Women with Preterm Obstetric Care and Optimize Preventive Measures //International Journal of Integrative and Modern Medicine. – 2024. – T. 2. – №. 5. – C. 323-327.
14. Sirojiddinova X. N., Yo'ldosheva G. B., Rahmatov H. X. TUG'MA PNEVMONIYANING KLINIK KECHISH XUSUSIYATLARI //Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 2022. – Т. 2. – №. 5. – С. 109-114.
15. Nuriddinova S. X., Baxriddinova Y. G., Shavkatovich T. I. YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLAR INFEKSION-YALLIGLANISH KASALLIKLARIDA ULTRATOVUSH MARKERLARINING AHAMIYATI //World of Science. – 2023. – Т. 6. – №. 4. – С. 490-497.
16. Jiyanboyevich Y. S. et al. Ventricular Arrhythmias with Congenital Heart Disease Causing Sudden Death //NVEO-NATURAL VOLATILES & ESSENTIAL OILS Journal| NVEO. – 2021. – С. 2055-2063.
17. Tosharova M. A., Mardiyeva J. S., Jalilova D. M. Use of Fluticasone Propionate in the Treatment of Allergic Rhinitis in Pregnant Women //Research Journal of Trauma and Disability Studies. – 2024. – Т. 3. – №. 2. – С. 1-3.
18. Murodovna J. D., Narzikulovna I. D. Use of Beclometasone Dipropionate in the Treatment of Allergic Rhinitis in Pregnant Women //Web of Synergy: International Interdisciplinary Research Journal. – 2023. – Т. 2. – №. 4. – С. 367-369.
19. Murodovna J. D. et al. Abu-the role of the teachings of Ali Ibn Sina in the upbringing of a harmoniously developed generation. – 2022.