

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOGLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**  
**SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

*Qo'lyozma huquqida*

**UDK: 612.12-008.331.1-082:614.88**

**Xalilov Nizomiddin Xamroqulovich**

**TEZ TIBBIY YORDAM SHAROITIDA GIPERTONIK KRIZ**  
**RIVOJLANISHINING ETIOPATOGENETIK XUSUSIYATLARI**

**Mutaxassislik: 5A510105-Kardiologiya**

**Magistrlik ilmiy darajasini olish uchun yozilgan**

**DISSERTATSIYA**

**Ilmiy rahbar:**

**PhD. Xasanjanova F.O.**

**SAMARQAND-2023**

## MUNDARIJA

Qisqartma so'zlar ro'yxati.....	3
<b>Kirish</b> .....	5
<b>I bob. Gipertonik krizlarning rivojlanishi haqida zamonaviy qarashlar (Adabiyotlar sharhi)</b> .....	9
1.1. Gipertonik krizlar rivojlanishi bo'yicha yangicha qarashlar.....	9
1.2. Gipertonik krizlar nazariyasining zamonaviy yo'nalishlari.....	12
1.3. Tadqiqotning metodologik jihatlari hamda gipertonik kriz mexanizmi..	16
1.4. Gipertonik krizda tez tibbiy yordamni tashkil etish, tez tibbiy yordam xizmatining iqtisodiy xususiyatlari.	25
<b>II bob. Materiallar va usullar</b> .....	39
2.1 Tadqiqotga jalb etilgan bemorlarning klinik tavsifi.....	39
2.2 Umumiy laborator tekshiruv usullari.....	42
2.2.1 Umumiy asbobiy tekshiruv usullari.....	44
2.2.2 Raqam ko'rsatkichlarini statistik tahlili.....	48
<b>III bob Xususiy klinik tadqiqotlar natijalari</b> .....	49
3.1 Gipertonik kriz bo'lgan bemorlarda kasallikning klinik kechishi xususiyatlarini baholash.....	49
3.2 Gipertonik kriz bo'lgan bemorlarda klinik-laborator ko'rsatkichlarni qiyosiy baholash.....	55
3.3 Gipertonik kriz kuzatilgan bemorlarda asbobiy ko'rsatkichlarini qiyosiy baholash.....	57
3.4 Gipertonik kriz kuzatilgan bemorlarda davolashning o'ziga xosligini baholash.....	63
<b>XOTIMA</b> .....	64
<b>XULOSALAR</b> .....	72
<b>AMALIY TAVSIYALAR</b> .....	73
<b>FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI</b> .....	74

## QISQARTMA SO'ZLAR RO'YXATI

AB	Aterosklerotik blyashka
AG	Arterial gipertenziya
SGU	Simptomsiz giperurekimiya
DAB	Diastolik arterial bosim
ED	Endoteliy disfunksiyasi
YuIK	Yurak ishemik kasalligi
AK	Aterogen koefitsienti
YTTK	Yurak toj tomir kasalligi
QB	Qon bosimi
ChB	Chap bo`lmacha
NS	Nostabil stenokardiya
O`MI	O`tkir miokard infarkti
O`KS	O`tkir koronar sindrom
IKKS	Infarktdan keyingi kardioskleroz
SAB	Sistolik arterial bosim
SS	Stabil stenokardiya
YQTK	Yurak qon tomir kasalliklari
YQTS	Yurak qon tomir sistemasi
SZ	Situatsion zo`riqish
MT	Muntazam terapiya
SKK	Siydik kislotasi ko`rsatgichi
ChQQOF	Chap qorincha qon otish fraksiyasi
FS	Funksional sinf
SY Y	Surunkali yurak yetishmovchiligi
YQCh	Yurak qisqarish chastotasi
LYZ	Lipoproteinlar yuqori zichligi
LPZ	Lipoproteinlar past zichligi
GK	Gipertonik kriz

AIMK	Ateroskleroz intima-media kompleksi
ExoKG	Exo kardiogramma
EKG	Elektrokardiografiya
ChQG	Chap qorincha gipertrofiyasi
AQBSM	Arterial qon bosiming sutkalik monitoring
SQB	Sistolik qon bosim
DQB	Diastolik qon bosim
YuQS	Yurak qisqarishlar soni
YNQB	Yuqori normal qon bosim
TMI	Tana massa indeksi
PZLP	Past zichlikdagi lipoproteidlar
YZLP	Yuqori zichlikdagi lipoproteidlar
IKKS	Infarktdan keying kardioskleroz
BMQAO`B	Bosh miyada qon aylanishining o`tkir buzilishi
SBY	Surunkali buyrak yetishmovchiligi
QD	Qandli diabet

## **KIRISH (magistrlik dissertatsiyasi annotatsiyasi)**

**Mavzuning dolzarbligi va zarurati:** Hozirda yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, jumladan gipertoniya kasalligi (GK) dunyoning ko'plab mamlakatlarida mehnatga yaroqli aholi o'limning asosiy sababi bo'lib qolmoqda. Yurak-qon tomir tizimi asoratlari, miokard infarkti va miyaning insultlari qon bosimining keskin oshishi fonida rivojlanadi va 80-90% ni tashkil etadi (Oganov R.G., 2017). [89] Arterial gipertoniya (AG) va uning asoratlari haqida aholining kam xabardorligi, qo'zg'atuvchi omillarni yo'q qilish bo'yicha samarali chora-tadbirlar tizimining yo'qligi, ijtimoiy-iqtisodiy ahvolning noqulayligi gipertoniya kasalligining yuqori chastotasiga olib keladi.

Yurak-qon tomir kasalliklari va bir-biri bilan birlashtiruvchi patologiyalar bilan og'rigan bemorlar orasida AG keng tarqalganligini hisobga olsak (40%), xususan, ortiqcha vazn, spirtli ichimliklarni suiste'mol qilish, chekish, obstruktiv surunkali o'pka yetishmovchiligi sindromi va boshqalarda eng ko'p kuzatiladi. [104]

Gipertenziv kriz (GK) kardiologiyada eng keng tarqalgan favqulodda vaziyatlardan biridir. GK ni davolashda yangi yondashuvlarni izlashning dolzarbligi haqida gapirganda, ushbu holatning epidemiologiyasi jamiyatda arterial gipertenziya (AG) tarqalishiga mos kelishini esga olish kerak. O'z navbatida, gipertoniya dunyodagi 1 milliardga yaqin odamga ta'sir qiladigan eng keng tarqalgan kasalliklardan biridir. Bundan tashqari, bu ko'rsatkich yildan-yilga oshib bormoqda va ba'zi prognozlarga ko'ra 2025 yilga qadar gipertoniya bilan kasallanganlar soni 60% ga oshadi [3, 4]. Har yili GK, AG bilan og'rigan bemorlarning 1-5% rivojlanadi [4].

Allaqachon tugallangan tadqiqotlarning ko'pligiga qaramay, yangi ijtimoiy-iqtisodiy sharoitlarda GK ning epidemiologik holatini mintaqaviy xususiyatlarni hisobga olgan holda ifodalovchi ma'lumotlar mavjud emas. [56]

Bosh miya gemodinamikasi GK bilan keskin yomonlashishi isbotlandi (M.M. Lukyanova, M.M. Kontsevaya A.V., 2019). Ehtimol, bu miya funksiyalarining

sustlashishiga sabab bo'ladi. Bunday hodisa nafaqat sog'liqni saqlash uchun xavf tug'diradi, balki ushbu patologiyadan o'lim ehtimolini oshiradi. [66, 72]

Yuqoridagilar shoshilinch tibbiy yordamda arterial gipertenianing etiopatogenetik, psixofiziologik va klinik va laboratoriya xususiyatlarini o'rganish zarurligini belgilaydi.

Shuning uchun GK ning shoshilinch terapiyasi uchun dori-darmonlarni tanlash nafaqat GK rivojlanishining patogenetik mexanizmlariga, nishon organlarga zarar yetkazishiga, balki preparatning psixofiziologik funksiyalar parametrlariga ta'sirining tabiatiga bog'liq holda amalga oshirilishi kerak.

**Mavzuni o'rganish darajasi:** Dissertatsiya tadqiqotining asosini GK lar tashkil etib, u turli organlar va tizimlarning zararlanishini o'rganish maqsadga muvofiqlini va zarurligini taqozo etadi. Iqtisodiy jihatdan rivojlangan turli mamlakatlarda har yili professorlar, akademiklar, doktorantlar GK lar etiologiyasini o'rganadi, xavf omillar, klinikasi, davolash, bu holatning oldini olish bo'yicha jurnallar, kitoblar, maqolalar chop etiladi. Afsuski, Gipertonik kriz uchun ishonchli tasnif yo'q. Bu birinchi navbatda, gipertoniya rivojlanishi mexanizmi Gipertonik kriz mavjudligi bilan tez o'zgarib borayotgan asoratlar bilan bog'liq. Bunga birinchi navbatda gipertoniya rivojlanishi va rivojlanish mexanizmining tez o'zgarishi, shuningdek, gipertoniya mavjudligi sabab bo'ladi.

**Tadqiqotning maqsadi:** Respublika shoshilinch tez yordam ilmiy markazining (RShTYoIM) Samarqand filialiga yotqizilgan bemorlarda gipertonik krizlar kechishi va ularning asoratlari o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish.

**Tadqiqotning vazifalari:**

1. Tez tibbiy yordamda murakkab gipertonik krizlarning paydo bo'lish chastotasini o'rganish.
2. 2020-2022-yillar uchun gipertonik krizning kechishi va uchrash chastotasini klinik va statistik tahlil qilish.
3. Gipertonik krizlar rivojlanishiga olib keladigan xavf omillarini uchrashi chastotasini aniqlash

4. Tez tibbiy yordamda gipertonik krizning favqulodda terapiyasi samaradorligi va xavfsizligini qiyosiy baholashni o'tkazish.

**Tadqiqotning ob'ekti** sifatida Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining (RShTYoIM) Samarqand filiali kardioreanimatsiya, shoshilinch kardiologiya va shoshilinch terapiya bo'limlarida hamda Respublika ixtisoslashgan kardialogiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi Samarqand viloyat mintaqaviy filiali (RIKIATM SF) ning kardioreanimatsiya va arterial gipertenziya bo'limlarida gipertoniya kasalligi asorati gipertonik kriz tashxisi bilan yotib davolangan 112 nafar bemor tanlab olindi.

**Tadqiqotning predmeti** bo'lib bemorlarni umumiy qon va siydik tahlili, biokimyoviy qon tahlili, koagulogramma, EKG, ExoKG, AQB ning sutkalik monitoring, ko'krak qafasi rentgenogrammasi malumotlari hisoblanadi.

**Tadqiqotning usullari:** Dissertatsiya ishida klinik, biokimyoviy (bilirubin, ALT, AST, kreatinin, mochevina, azot qoldig'i, lipidlar spektri) koagulogramma, ko'krak qafasi rentgenogrammasi va kompyuter tomografiya va statistik usullardan foydalanildi.

**Tadqiqotning ilmiy yangiligi:** Gipertoniya bilan og'rigan bemorlarda gipertonik krizning patogenezi va klinik kursining kechishi va xususiyatlariga asoslanib terapevtik va profilaktik algoritmni optimallashtirish zarurati ko'rsatadi. Birinchi marta AG bilan bog'liq epidemiologik vaziyat, ularning rivojlanishiga sabab bo'luvchi omillar, shuningdek hayot uchun xavfli asoratlar o'rganildi. Birinchi marta tez tibbiy yordam sharoitida gipertonik krizlarning klinik ko'rinishi uchrash chastotasi va xususiyatlarini chuqur, klinik va statistik tahlili amalga oshirildi. Birinchi marta gipertonik krizning klinik ko'rinishining xususiyatlari psixofiziologik ko'rsatkichlarga qarab aniqlandi.

**Tadqiqotning amaliy ahamiyati:** Arterial gipertoniya bilan og'rigan bemorlarda gipertonik krizlarni erta diagnostika qilish va davolashda patogenetik yondashuvni o'rganish.

**Muallifning shaxsiy ishtiroki:** Muallif shaxsan tadqiqotni tashkil qildi, bemorlarni jalb qildi, bemorlarning xabardorligiga asoslanib roziligini oldi, tibbiy hujjatni tahlil qildi, bemorlarni ro'yxatga olish varaqalarini shaklini ishlab chiqdi va to'ldirdi, kasalxonada bemorlarni ro'yxatga oldi, shuningdek, mos yozuvlar hodisasidan 6 oy o'tgach, telefon orqali bog'lanib xabarlashib turdi. Muallif shaxsan natijalarni elektron ma'lumotlar bazasiga kiritdi, olingan ma'lumotlarni statistik tahlil qilishda qisman qatnashdi. Tadqiqot mavzusi bo'yicha dolzarb adabiy ma'lumotlar tahlil qilindi, olib borilgan dissertatsiya tadqiqotining asosiy natijalari bo'yicha ilmiy nashrlar (maqolalar va tezislar) tayyorladi.

**Tadqiqot natijalarini oprobatsiyasi. Mazkur tadqiqot natijalari** 3 ta ilmiy anjumanlarda, jumladan 1 ta xalqaro va 3 ta respublika ilmiy-amaliy anjumanlarda muhokamadan o'tkazilgan.

**Tadqiqot natijalarini e'lon qilinganligi.** Dissertatsiya mavzusi bo'yicha jami 9 ta ilmiy ish nashr qilingan bo'lib, jumladan 7 ta maqola xorijiy jurnallarda, 2 ta maqola respublika jurnallaridagi maqolalar bo'lib, maqolalar O'zbekiston respublikasi oliy atestatsiya komissiyasi tomonidan chop etish uchun tavsiya qilingan jurnallarda nashr etilgan.

**Dissertatsiyaning tuzilishi va hajmi.** Dissertatsiya tarkibi kirish, uchta bob, xulosa, amaliy tavsiyalar va foydalanilgan adabiyotlar ro'yxatidan iborat. Dissertatsiyaning hajmi 87 betni tashkil etadi.



## **I BOB. Gipertonik krizlarning rivojlanishi haqida zamonaviy qarashlar**

### **(Adabiyotlar sharhi)**

#### **§1.1. Gipertonik krizlar rivojlanishi bo'yicha yangicha qarashlar**

Arterial gipertoniya (AG) dunyo bo'ylab nihoyatda keng tarqalgan muammodir. Turli manbalarga ko'ra, arterial gipertoniya kasalligi O'zbekiston Respublikasi aholisi soni 30 % [1,2,3] dan 72 mln. gacha, dunyo aholisining 1 mlrd. gacha bo'lgan qismiga ta'sir qiladi [86]. Ushbu bemorlarning aksariyatida zarur arterial gipertoniya mavjud va ularning 30% gacha qismi o'z kasalliklaridan bexabar [77, 104]. O'zbekistondagi gipertoniya bilan og'riqan bemorlarning faqat 14-9% qon bosimini boshqaradi. Arterial gipertoniya rivojlanishi ehtimoli yosh bilan ortadi [83]. Rossiyada gipertoniya kasalligi 2019 yilda 39,5% dan 2017 - 2021 yillarda 33,4% gacha oshdi [88]. Oxirgi 5 - 10 yilda arterial gipertoniya kasalligining og'irroq kechishiga moyillik paydo bo'ldi. Bu holat asoratlarning ko'payishi bilan namoyon bo'ladi. Asosan, bosh miyada insult, Gipertonik ensefalopatiya kabi asoratlarni kuzatiladi [109].

Framinga tadqiqotida qayd qilinishicha, erkaklarda gipertoniya kasalligi 30-39 yoshda 3,3% dan 70-79 yoshda 6,2% gacha oshgan. Bu patologiya erkaklarda bir muncha keng tarqalgan [47]. Gipertonik krizlarning eng yuqori chastotasi 40 yildan 50 yilgacha bo'lgan intervalga tushadi [77]. Yoshlikda rivojlanadigan arterial gipertoniya ko'proq noxush ta'sirga va og'irroq kursga ega, ayniqsa afrikalik amerikaliklarda [104].

Epidemiologik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, gipertoniya bilan og'rilgan bemorlarning 1% gacha qismi hayotining turli nuqtalarida Gipertonik krizlar tarixiga ega [86, 92]. Antihipertenziv terapiya bo'lmaganda bu asoratlarni gipertoniya kasalligidan aziyat chekayotgan bemorlarning 7% da kuzatiladi [72, 99].

Gipertonik krizlar epidemiologiyasi jamiyatda zarur gipertoniyaning tarqalishiga, qariyalarda esa ko'proq darajada o'zaro bir-biridan farq qiladi, erkaklar esa Gipertonik krizlardan ayollarga nisbatan 2 marta aziyat chekadi [57,

58, 77].

Gipertonik krizlar uchun jiddiy xavf omili birlamchi tibbiy yordam shifokorlarining bemor muammosiga etarlicha e'tibor qaratmasliklari, shuningdek, bemorlar uchun dori-darmonlarni asossiz ravishda qo'llanishidir [82]. J. A. Tumlin va ularning tadqiqotdagi hamkasblari Gipertonik kriz bo'yicha tez yordam bo'limiga yotqizilgan 94 nafar (54%) bemordan 51 tasi o'tgan hafta davomida antihipertenziv terapiyani o'tkazmaganligini ko'rsatdi. Shuningdek, Gipertonik krizning patogenezida shifokor bilan maslahatlashmagan holda bemorning dori vositalarini o'z-o'zidan boshqarishida sezilarli rol o'ynaydi [86].

Qon bosimining oshishi yurak-qon tomir kasalliklari va ularning asoratlari - o'tkir bosh miya aylanishi buzilishi va miyokard infarkti rivojlanishi uchun mustaqil xavf omilidir. Bu bemorlarning tez-tez nogironligi va o'limiga sabab bo'ladi [113]. Gipertoniya kasalligining tarqalishining ortishi Gipertonik krizlar sonining ko'payishiga olib keldi. Ayniqsa, so'nggi 5 yil ichida Samarqand viloyatida ularning soni 9% ga oshdi [49].

A.P. Golikov va hamkasblarining fikriga ko'ra, katta ko'p hollarda gipertoniya bilan og'rilgan bemorlarda Gipertonik krizlar takrorlanadi [43].

Sklifosovskiy tadqiqot institutida koronar yurak kasalliklari fonida II-III bosqich gipertenziyasi bilan davolangan bemorlar guruhida 94,4% hollarda (shu jumladan oxirgi oy davomida 42,4%, so'nggi 48 soat davomida 14,1%) takroriy Gipertonik krizlar sodir bo'lgan.

Arterial gipertoniyaning namoyon bo'lish yoki hatto asoratlari shakllaridan biri – bu maqsadli a'zolar (yurak, miya, buyrak va arteriyalar) tez yomonlashuvi xavfi bilan qon bosimining tez, noto'g'ri, intensiv va simptomatik ko'payishi bilan xarakterlanadigan Gipertonik krizdir. Bu esa hayotga zudlik bilan yoki ehtimoliy xavf tug'dirishi mumkin. Gipertonik kriz o'zini favqulodda gipertoniya yoki tez yordam sifatida namoyon qilishi mumkin. Favqulodda gipertoniya nishon a'zolarining tez yomonlashuvi bilan tavsiflanadi va hayotga xavf tug'diradi, bu favqulodda gipertoniya sodir bo'lmaydi [77]. Bir necha daqiqa ichida qon

bosimini tez kamaytirishni talab qiladigan holat ham favqulodda holat sanaladi, shoshilinch vaziyatda esa qon bosimi sekinroq, bir necha soat ichida pasaytirish mumkin.

Tez-tez uchraydigan muhim fakt bu Gipertonik psevdokrioz deb ataladi (Tahririyat, 2017). Psevdo krizni boshdan kechirayotgan bemorlarda, qon bosimi darajasidan qat'i nazar, na maqsadli a'zolarga o'tkir shikastlanish alomatlari, na hayot uchun zudlik bilan tahdid yo'q bo'lib ketadi. Agar bemorga an'anaviy vositalar yordamida baho berilsa (anamnez, jismoniy tekshiruv, fundoskopiya, biokimyoviy testlar, elektrokardiografiya, ko'krak qafasi rentgen va miyaning xisoblangan tomografiyasi). Odatda bu gipertoniya bilan og'rigan bemorlar bo'lib, ular davolanayotgan bo'lsa-da, kuzatuv ostida emaslar, shuning uchun ular shifoxonaning tez yordam bo'limiga ko'rsatiladi. Bu bemorlarda oligosimptomlar bor yoki asemptomatikdir, ammo ularning qon bosimi darajasi juda yuqori. Shunisi e'tiborga loyiqki, ushbu holatlarda yangi tibbiy maslahat va qayta baholash talab etiladi. Gipertoniya bilan og'rilgan bemorlarning yana bir guruhida har qanday hissiy stress tufayli qon bosimi qisqa muddatli oshishi mumkin. [104]

Aholida Gipertonik krizlarning tarqalishi tibbiy adabiyotlarda juda kam muhokama qilinadi, referatlar odatda kam ahamiyatga ega populyatsiyalar orasida o'tkaziladigan eski maqolalar yoki tadqiqotlardan iborat. Gipertoniya kasalligiga chalinganlarning taxminan 1% xavfli gipertoniya ko'rinishida Gipertonik krizga duch kelishi mumkin. Brizio-Molteni va boshq. (2019) Ikkinchi va uchinchi darajali kuyish bilan og'rilgan bemorlarda Gipertonik krizlar kasalligini o'rgandi. Ular 3 oy mobaynida tasodifiy tanlanganlarni 37 kun davomida favqulodda vaziyatlar bo'limida gipertoniya kasalligining tarqalishi, namoyon bo'lishi va davolash usullarini baholadilar. Zampaglione va boshq. (2017) 1 yil davomida tadqiqot o'tkazdi va Italiya maxsus shifoxonasining klinik tez yordam bo'limida davolash usullari 27,5% Gipertonik krizlar ekanligini ma'lum qildi. Favqulodda gipertoniya ko'proq oldin aniqlangan birlamchi arterial gipertoniya

bilan og'rigan bemorlarda sodir bo'ladi. Ular tegishli davo rejasiga rioya qilmaganlarida kuzatildi. [94]

Gipertonik kriz (GK) tez tibbiy yordam chaqirishning eng keng tarqalgan sabablaridan biridir. AG bilan og'rilgan bemorlarning turli mintaqalarda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishga murojaat qilishini tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, ushbu patologiya tarqalishining ko'payishiga qaratilgan umumiy tendentsiya katta metropolitenlarda ham, kichik tuman markazlarida ham kuzatiladi. Shu bilan birga, noxush natijalar, og'ir asoratlar soni ham ortadi. Faqat Samarqand viloyatida qon tomir krizlariga chaqiriqlar soni 3 yilda 34% ga, kasalxonaga yotqizilgan bemorlar soni deyarli 1,5 baravarga oshdi. Kardiologiya sohasida tibbiyotning sezilarli yutuqlariga qaramasdan Gipertonik krizlar muammosi dolzarbligicha qolmoqda va yurak-qon tomir asoratlarning asosiy sabablaridan biri bo'lib, aholining ish qobiliyatining pasayishiga olib kelmoqda. Rivojlangan mamlakatlarda so'nggi 20 yil ichida gipertoniya uchun dori-darmon terapiyasining yaxshilanganligi sababli Gipertonik kriz holatlari kamaygan. Shunday qilib, xorijiy mualliflarga ko'ra, gipertoniya kasalligidan aziyat chekayotgan odamlarda Gipertonik krizlar soni 7 dan 1% gacha kamaygan [104] Bizning mintaqamizda gipertoniyaning og'irroq darajasiga moyillik mavjud bo'lib, asosan asoratlar chastotasining ko'payishi bilan namoyon bo'ladi. Asosan, bosh miya (insultlar) holatlari ko'p uchraydi [77].

Oldingi ta'riflarga qaramay, Gipertonik krizga yondashuv bahsli bo'lib, asosan to'g'ri tashxis qo'yish, tez tibbiy yordam, holatni to'g'ri baholash qiyinchiliklari va tegishli terapiyani tanlash bilan bog'liq. To'g'ri tashxis va tegishli davolanish ushbu kasallik natijasida jiddiy asoratlar paydo bo'lishini oldini oladi. Bundan tashqari, mamlakatimizda arterial gipertoniyaning bunday sezilarli asoratlari keng tarqalganligi to'g'risida ma'lumot yo'q, bu esa ushbu tadqiqotni oqladi.

## **1.2. Gipertonik krizlarning zamonaviy patogenetik nazariyalari**

Arterial gipertoniya va umuman Gipertonik krizlar umumiy

sabablarga ega. Shu bilan birga, oldingi gipertoniya mavjudligi maqsadli a'zolarni yuqori qon bosimi ta'siridan himoya qila oladigan adaptiv mexanizmlarni faollashtirish orqali Gipertonik kriz ehtimolini kamaytirishi mumkin. Aksincha, oldindan gipertoniya bo'lmagan bemorlar, shu jumladan o'tkir glomerulonefrit yoki preeklampsiya tufayli arterial gipertenziya paydo bo'lgan bemorlarda qon bosimining past qiymatlarida Gipertonik krizlar paydo bo'lish tendentsiyasi mavjud [77, 89, 90].

Gipertonik kriz murakkab patogenez bilan kechuvchi holatdir. Uning shakllanishida qon tomirlarining umumiy periferik qarshiligi nisbati muhim rol o'ynaydi. Qon tomirlarining umumiy periferik qarshiligining oshishi vegetativ ta'sirlar va natriy saqlanishi tufayli arteriolalar tonusining oshishi oqibatida yuzaga keladi.

Gipertonik krizda renin-angiotenzin tizimining giperstimulatsiyasi sodir bo'lishi isbotlangan [89,103], Bu esa vasvasali zanjir reaksiyasining ishga tushirilishiga olib keladi, shu jumladan tomir shikastlanishi, to'qimalar ishemiyasi va reninni yanada ko`proq ishlab chiqarish [63]. Aniqlandiki, katexolaminlar, angiotenzin II, aldosteron, vazopressin, tromboksan, endotelin-1 va nitrid oksidi (NO) va prostaglandin <sub>12</sub> kabi endogen vazodilatatorlarning yetishmasligi tufayli, mahalliy periferik qarshilik reaksiyasi buziladi. Natijada, endoteliy shikastlanishidan keyin arteriollarning gipoperfuziya va fibrinoid nekrozi tomir o`tkazuvchanligi oshishi yuzaga keladi [12, 46, 68, 113].

Gipertonik krizning klinik ko'rinishlari va prognozining muhim jihati koagulyatsiya tizimining bir-biriga mos faollashuvidir. Patogenetik ma'noda Gipertonik krizda bosh miya insulti va yurak yetishmovchiligi asoratlari rivojlanish mexanizmlari tubdan farq qilmaydi. Mahalliy autoregulyatsiya mexanizmi tufayli bosh miya qon tomirlarida bosimning oshishi bilan arteriollarning torayishi kuzatiladi, uning maqsadi doimiy qon oqimini saqlab turishdir. Ushbu angiospazm bosh miya to'qimalarining mikrosikulyatsiyasi buzilishi va ishemiyasiga sabab bo'lishi mumkin. Intravaskulyar bosimning oshishi

miyada qon tomirlarining parchalanishiga va qon ketishiga olib keladi. Arteriolalar yuqori bosimni doimiy ravishda saqlab tura olmasligi sababli, spazm dilatatsiyaga aylanadi, bunda qonning suyuq qismi uchun qon tomirlari devorlarining o'tkazuvchanligi oshadi va ensefalopatiya rivojlanishi bilan bosh miya shishining rivojlanishi uchun sharoit yaratiladi [9, 101, 113, 36].

Gipertonik kriz patogenezida markaziy o'rin endoteliy funksiyasiga beriladi. Endoteliy o'tkazuvchanligi NO, Prostaglandinlar, atsetilxolin va noradrenalin ta'sirida o'zgaradi. Gipertonik krizlarning patofiziologik mexanizmlari hozirgi kunda to'liq o'rganilmagan, biroq, allaqachon aytib o'tilganidek, qon tomirlar qarshiligi ortishi va endoteliy o'tkazuvchanligi bilan bog'liq. Qon tomirlarining reaktivligining oshishi angiotenzin II va noradrenalin kabi vazokonstriktorlar yordamida yoki gipovolemiya natijasida amalga oshiriladi [89].

Reninangiotenzinaldosteron tizimining faollashuvi Gipertonik krizning rivojlanishida ham muhim ahamiyatga ega [45, 61, 73]. Bu gap transgen hayvonlar ustida olib borilgan tajribalarda isbotlangan. Renin ishlab chiqarish uchun mas'ul bo'lgan sichqonning mushaklarda ifodalanishi boshqaruvga qaraganda sezilarli gipertoniya berdi. Bundan tashqari, renin va angiotenzin ishlab chiqarish uchun mas'ul bo'lgan inson genlari bilan ko'chirilgan kalamushlar nafaqat gipertoniyani, balki og'ir arterial gipertoniya bilan og'rigan odamlarga o'xshash qon tomirlarida yallig'lanish o'zgarishlarini ham berdi. Ushbu tadqiqot angiotenzin II tomir devoriga to'g'ridan-to'g'ri sitotoksik ta'sir ko'rsatadi degan xulosaga kelishga imkon beradi. Uning ba'zi ta'sirlari angiotenzin II ning yallig'lanish tarafdori sitokain genlarini (masalan, interleukin-6) faollashtirishi va transkripsiyaviy yadro omilining faollashishi tufaylidir [31, 93, 95].

Ehtimol, Gipertonik krizda muhim organlarning zararlanishi asosan qon tomir devoriga angiotenzin II ta'siri ostida sodir bo'ladi. Bundan tashqari, APF ingibitorlari bilan davolash transgen sichqonlarda renin genini ifoda etuvchi xavfli arterial gipertoniya rivojlanishiga to'sqinlik qiladi [91].

Qon bosimining birlamchi ortishi bilan endoteliy (NO) kabi vazodilatator qiluvchi moddalarning avtokrin - parakrin chiqarilishini ko'paytirish orqali tomir qarshiligining o'zgarishini to'lashga harakat qiladi. Uzoq davom etadigan yoki og'ir gipertoniya endoteliyning kompensatsiyali javobi uning dekompensatsiyasiga olib keladi, bu esa qon bosimining yanada oshishiga va endoteliyga zarar yetkazishiga olib keladi. Bu qon tomir qarshiligi va endotelial disfunktsiyaning progressiv ortishi bilan gomeostaz buzilishlariga olib keladi. Garchi Gipertonik sindromlarda endoteliy faoliyatining buzilishiga olib keluvchi hujayra mexanizmlari o'rganilmagan bo'lsa-da, ular sitokinlar kabi yallig'lanish tarafdori bo'lgan omillarning sekretsiasiga asoslanadi, deb taxmin qilinadi, monositik oqsil 1, endoteliy hujayralari sitoplazmasidagi kaltsiy konsentratsiyasining oshishi, endothelin 1 ning chiqarilishi va endoteliy yopishqoq eritmalar ifodasi [66, 90, 89].

Bunday P-tanlangan, E-tanlangan yoki hujayra ichidagi yopishqoqlik molekulalar, bunday tomir endotelial yopishqoqlik molekulalar oshdi sekretsiasini endotelial disfunktsiyaning rivojiga olib keladi mahalliy yallig'lanish triggerlari. Sanab o'tilgan moddalar endoteliy o'tkazuvchanligining oshishiga olib keladi, mahalliy endotelial fibrinolitik faollikni to'sib qo'yadi va koagulyatsion kaskadni faollashtiradi. Trombotsitlar agregatsiyasi va endoteliy shikastlanishi bilan birgalikda degranulyatsiya yallig'lanish, tromboz va vazokonstriksiyaning rivojiga olib keladi [44].

Qon bosimining keskin oshishi mumkin bo'lgan holatlar: • AG (shu jumladan uning birinchi ko'rinishi); • simptomatik arterial gipertenziya (feoxromotsitoma, renovaskulyar gipertenziya, tirotoksikoz); • o'tkir glomerulonefrit; • homilador ayollarning preeklampsiya va eklampsiya; • buyraklar bilan bog'liq diffuz biriktiruvchi to'qima kasalliklari; • bosh miya shikastlanishi; • kuchli kuyishlar. Qon bosimining keskin o'sishini qo'zg'atuvchi omillar: • antigipertenziv dorilarni to'xtatish (terapiyaga past rioya qilish); • psixo-emotsional stress; • jarrohlik operatsiyalari; • ortiqcha tuz va suyuqlik iste'mol

qilish; • gormonal kontratseptiklarni qabul qilish; • jismoniy faoliyat (ayniqsa, anaerob); • spirtli ichimliklarni iste'mol qilish; • meteorologik tebranishlar; • simpatomimetiklardan foydalanish; • giyohvand moddalarni iste'mol qilish.

Birma-bir qon bosimining keskin oshishi minimal sub'ektiv va ob'ektiv alomatlar bilan yuqori qiymatlar asoratlanmagan GK deb hisoblanadi va xavfli belgilari miya, yurak-qon tomir va vegetativ kasalliklarga murakkab GK deyiladi. Murakkab GK belgilariga o'z ichiga oladi: o'tkir gipertonik ensefalopatiya, insult, o'tkir koronar sindrom (O`KS), o'pka shish bilan o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi, aortaning qavatlanishi, ko`zda o'tkir retinopatiya, o'tkir yoki tez progressiv buyrak yetishmovchiligi. Klinik jihatdan GK sub'ektiv va ob'ektiv belgilar bilan namoyon bo'ladi. Subyektiv belgilarga bosh og'rig'i, tizimli bo'lmagan bosh aylanishi, ko'ngil aynishi va qayt qilish, ko'rishni yomonlashuvi, kardialgiya, yurak tez urishi va yurak ishi faoliyatining buzilishi, nafas qisishlarini o`z ichiga oladi; ob'ektiv holatiga ko`ra qo'zg'alish yoki letargiya, titroq, mushaklarning titrashi, terining namligi va giperemiyasi, subfebril holat, markaziy asab tizimida (MAT) fokal buzilishlar; taxikardiya yoki bradikardiya, ekstrasistoliya; klinik va elektrokardiografik belgilariga ko`ra chap qorincha gipertrofiyasi, sistolik ortiqcha yuklama, aorta ustida II tonning aksenti aniqlanadi.

### **1.3 Tadqiqotning metodologik jihatlari hamda gipertonik kriz mexanizmi**

Qon bosimining sezilarli darajada oshishi de novo sodir bo'lishi yoki allaqachon mavjud zarur yoki ikkilamchi arterial gipertoniyaning asoratlari bo'lishi mumkin. Shunday qilib, AQShda, oq irq vakillarida Gipertonik krizlarning 20 dan 30% gacha bo'lgan holatlar nazoratsiz zarur arterial gipertoniya oqibatida sodir bo'lsa, qorong'u teri populyatsiyasida bu qiymatlar 80% ga yetadi [101, 105].

Gipertonik krizlar shoshilinch tibbiy yordamga murojaat qilishning barcha holatlarining qariyb 27% ni tashkil etadi [63, 113]. Ushbu hodisada muhim rolni periferik vazokonstriksiya o'ynaydi, bu vaskulit bilan bog'liq bo'lishi mumkin, vazodilatuvchi antihipertenziv dori vositalarini bekor qilish, homiladorlik yoki



bosh travmasi bilan bog'liq gormonal buzilishlar yoki dori vositalarining yon ta'siri [108].

Bemorlarning 5% gacha qon bosimi oshishi asosida ma'lum sabablar mavjud, bu bemorlarning aksariyatida Gipertonik kriz xavfi yuqori [78, 79]. Kokain kabi dam olish dori vositalaridan foydalanish Gipertonik krizlarning keng tarqalgan sababi hisoblanadi [14, 23, 47]. Tyramin tarkibidagi tritsiklik antidepressantlar, antihistaminlar yoki oziq-ovqat mahsulotlari bilan birgalikda monoamin oksidaza inhibitörleridan foydalanayotgan bemorlarda ham Gipertonik kriz xavfi yuqori [40, 43, 47].

Gipertonik krizlarning eng ko'p uchraydigan sababi shifokor tomonidan belgilangan antihipertenziv terapiya bemor tomonidan tartibsiz iste'mol qilishdir [32, 66, 88]. Shifokor bilan maslahatlashilmaganda bemor tomonidan noto'g'ri tanlangan antihipertenziv terapiya yoki dori-darmonlarni o'z-o'zidan boshqarish ham Gipertonik krizlar uchun mustaqil xavf omillari hisoblanadi [86, 87].

Yomon arterial gipertoniyaning eng ko'p tarqalgan ikkilamchi sabablari buyrak kasalliklaridir. Taxminlarga ko'ra surunkali glomerulonefrit 20% hollarda yomon arterial gipertenziyaning sababi hisoblanadi. Fibrozli displaziya yoki ateroskleroz tufayli vasorenal arterial gipertenziya ham yomon gipertoniyaning keng tarqalgan sababi hisoblanadi [35, 102].

Arterial gipertoniya ham bosh miya shikastlanishining oqibati bo'lishi mumkin. Bunday hollarda intrakranial patologik pulsatsiya intrakranial qon bosimi oshishi bilan kechadi. Travmatik gipertenziya intrakranial qon ketishi va gematoma shakllanishidan qat'iy nazar sodir bo'ladi. Bundan tashqari, vaskulit (tizimli lupus eritematosus bilan) asosiy kasallikning elementi sifatida Gipertonik krizlarni keltirib chiqarishi mumkin [57].

Endokrin sabablar kamdan-kam hollarda yomon arterial gipertoniya olib keladi. Feoxromotsitoma Gipertonik ensefalopatiya yoki o'tkir yurak yetishmovchiligi rivojlanishi bilan Gipertonik krizlarni keltirib chiqarishi mumkin [33, 47, 109].

Insultni xalqaro miqyosda o'rganish shuni ko'rsatdiki, insultdan so'ng bemorda yuqori qon bosimi mavjudligi birinchi insultdan keyin 14 kun ichida ikkinchi insult rivojlanishi uchun xavf omili hisoblanadi, shuningdek, og'ir nevrologik asoratlar va o'lim xavfi oshadi [74].

Gipertonik krizlarning klinik ko'rinishlari maqsadli organlarning disfunktsiyasi bilan bog'liq. Nishon organlarining disfunktsiyasi 130 mm Hg dan kam diastolik qon bosimi uchun o'ziga xos emas. (bolalar va homilador ayollardan tashqari) [85]. Biroq qon bosimi absolyut diagnostik ko'rsatgich emas. Uzoq muddatli joriy gipertoniya bilan og'rilgan bemorlarda sistolik qon bosimining 200 mm Hg yoki diastolik 150 mm Hg gacha oshishi. Gipertonik ensefalopatiya rivojlanishiga olib kelmasligi mumkin, bolalar va ayollarda esa diastolik qon bosimining sezilarli darajada past qiymatlari bilan ko'rinishi mumkin [11, 34].

Gipertonik kriz belgilari va namoyon bo'lishi turli bemorlarda farqlanadi. Bosh og'rig'i, hushning o'zgarishi yoki mahalliy nevrologik ko'rinishlar Gipertonik ensefalopatiya bilan og'rib bemorlarda kuzatiladi [108, 112, 40, 86]. Jismoniy tekshiruv natijasida arteriollar patologiyasi, qon ketishi va ekssudat mavjudligi, optik diskning shishi deb ataladigan retinopatiya aniqlanishi mumkin. Boshqa bemorlarda Gipertonik krizning namoyon bo'lishi angina og'rig'ining paydo bo'lishi, o'tkir miyokard infarkti yoki o'tkir chap qorincha yetishmovchiligining rivojlanishidan iborat bo'lishi mumkin [108]. Ba'zi bemorlarda o'pkaning og'ir shikastlanishi oliguriya va/yoki gematuriya bilan o'tkir buyrak etishmovchiligi rivojlanishiga olib keladi [86, 80].

Murakkab bo'lmagan Gipertonik krizlar o'tkir boshlanishi bilan tavsiflanadi va og'ir klinik belgilarga qaramay, maqsadli organlar funksiyasining o'tkir klinik jihatdan sezilarli darajada buzilishi bilan birga bo'lmaydi [31]. Bemorlar bosh og'rig'i, bosh aylanishi, holsizlik, ko'p siydigini qayd etishadi; ko'pincha yuzda va tanada yurak urishi, hayajon, qizil dog'lar mavjud bo'lib, uni "vegetativ bo'ron" deb ta'riflash mumkin. Laboratoriya tekshiruvlarida qondagi qand miqdorining ortishi, qon tomirlarining ko'payishi (2-3 kun davom etadi), leyksitoz aniqlanishi mumkin;

krizidan so'ng siydikda o'rtacha proteinuriya, hyalin siydiklari, yagona o'zgargan eritrositlar. Bunday qisqa muddatli Gipertonik krizlar (bir necha daqiqadan 23 soatgacha) odatda asoratlarni keltirib chiqarmaydi [40].

Gipertonik krizlarning asoratlari orasida insult taxminan 24%, 22% da o'pka shishi, 17% da Gipertonik ensefalopatiya, 14% da o'tkir yurak etishmovchiligi, miyokard infarkti yoki 12% da beqaror angina, 4,6% da eklampsiya va 1,9% [44, 92] da aort disseksiya kuzatiladi. Murakkab Gipertonik kriz bilan og'rigan bemorlar orasida buyrak yetishmovchiligi yoki insultdan keyingi 3 yil ichida 40% nobud bo'ladi. O'lim ehtimoli bemorlarning katta yoshi, serum kreatinin darajasining ko'tarilishi, zarur arterial gipertoniyaning davomiyligi va Gipertonik retinopatiya mavjudligi tufayli ko'payadi [82, 96].

Murakkab Gipertonik krizlar uzoq vaqt davomida sodir bo'ladi, og'ir alomatlar mavjud. Sistolik qon bosimi ham, diastolik qon bosimi ham ko'tariladi (120 mm Hg dan ortiq), puls bosimi oshmaydi yoki kamayadi. Miya belgilari ko'payadi - bosh og'rig'i, bosh aylanishi, uyqusizlik, uyqusizlik, uyqusizlik, ko'rish qobiliyatining vaqtinchalik buzilishi, paresteziya, bezovtalanish, qusish. Yurakda kompressiv og'riq, nafas qisilishi, bo'g'ilish bo'lishi mumkin; yuz va barmoqlar pufakcha, diurez kamayadi. Qonda norepinefrinning keskin ko'payishi kuzatiladi, qon to'kilishi, leyksitoz ehtimoli bor; EKGda QRS kompleksining kengayishi va ST segmentining kamayishi. Murakkab Gipertonik kriz 3-4 soatdan 4-5 kungacha davom etadi. Odatda, gipertoniya bosqichi II-III bo'lgan bemorlarda kuzatiladi [40, 63].

### **Gipertonik krizisning yurak-qon tomir ko'rinishlari**

Yurak-qon tomir tizimi namoyon bo'lishining diagnostikasi shovqinni auskultatsiya o'z ichiga oladi. Diastolik shovqin aort yetishmovchiligi bilan kechadi. Mitral yetishmovchilik papillar mushaklarining ishemik shikastlanishi oqibatida rivojlanishi mumkin. Bundan tashqari, yurak etishmovchiligiga shubha qilish imkonini beruvchi belgilar mavjudligini tekshirish kerak: jugullar tomiridagi bosimning oshishi va gallop ritmi. O'pkada xirillash mavjudligi o'pka to'siqlari

yoki o'pka shishi borligiga shubha qilish imkonini beradi. Ateroskleroz tarixiga ega bo'lgan bemorning mavjudligi, ayniqsa chekuvchilarda, buyrak tomirlarining sezilarli stenokardiyasi tufayli ta'mirtalab gipertoniya gumon qilish imkonini beradi. Sistolik-diastolik qorin shovqini gipertoniya sababi buyrak tomirlarining shikastlanishi ekanligini ko'rsatmoqda [81].

Arterial gipertoniya koronar tomirlar va chap qorinchaning tuzilishi va faoliyatiga ta'sir ko'rsatadi. Qon bosimining o'tkir ko'tarilishi natijasida koronar kapillyarlik darajasida endotelij shikastlanishi mumkin [47].

Gipertonik krizda renin-angiotensin-aldosteron tizimini faollashtirish tizimli vazokonstriksiyaga olib keladi va bundan tashqari, chap qorincha devorining kuchlanishini oshirib, kisloroddagi miyokardga bo'lgan ehtiyojni oshiradi [64, 71].

Gipertonik krizning yana bir ko'rinishi - o'tkir o'pka shishi bilan o'tkir chap qorin bo'shligi. Devorlardagi kuchlanishning kuchayishiga qaramay, chap qorincha tizimli tomir qarshiligi keskin o'sishini bartaraf etish uchun etarlicha gipertrofiya qila olmaydi. To'g'ri darajada kompensatsiya qila olmaslik chap qorincha etishmovchiligiga olib keladi, bu esa keyinchalik o'pka shishishiga olib keladi [11, 72]. Bundan tashqari, renin-angiotensin-aldosteron tizimining neyrohormonal faollashuvi natriyni saqlab qolishga va natijada organizmda suyuqlik to'planishiga olib keladi. Bundan tashqari, chap qorincha gipertrofiyasi mahalliy ishemiyaga olib keladi, undan keyin diastolik to'ldirish etarli emas, bu esa qorincha qisqarishi va yengillashishi o'rtasidagi muvozanatsizlik natijasida yuzaga keladi, bu esa o'pka shishishiga olib keladi [85].

Aortal bo'linmasi sifatida Gipertonik krizning bunday asoratlarini rivojlanishiga alohida e'tibor qaratish kerak. Kasallikning taxminan 2019 yangi holati AQShda har yili sodir bo'ladi [112]. Aorta bo'lagi AG ning eng hayotiy asoratlaridir. Aorta anevrizmasi uchun xavf omillari davolanmagan gipertoniya, yosh va aort devorining patologiyasi mavjudligi. Aterosklerotik lezyonlar va yuqori qon bosimi tufayli aortaning suyultirilishi tomirlarning yaqinlashuviga olib

keladi, bu esa jarrohlik aralashuvini talab qiladi [114]. Qon, pulsatsiyalovchi to'liqini yaratish arterial devorni ikki qatlamga ajratadi [113].

Klinik jihatdan bemor ko'krak qafasi yoki to'sh ortidagi og'rig'idan shikoyat qiladi. Anemiya aorta shoxlarining siqilishiga yoki okkluziyaga olib kelishi mumkin, natijada organ ishemiyasi paydo bo'lishi mumkin. Aorta bo'linishning muhim belgilari aortdagi nochor shovqin va nevrologik defitsitlardir [60].

Aorta bo'linmasi maxsus bo'limda o'z vaqtida diagnostika va kasalxonaga yotqizish kerak. Ushbu patologiyaning tashxisi bo'lmagan taqdirda taxminan 3ga! A tipidagi aort anevrizmasi bilan og'rig'an bemorlar keyingi 2 hafta ichida vafot etadilar, terapiyani o'z vaqtida boshlash esa besh yillik tiriklik darajasini 75% ga oshirishi mumkin [69, 61]. Kasallikning o'z vaqtida tashxis qo'yilishi davolanishni boshlash bilan birgalikda ko'p hollarda ijobiy natijaga olib keladi.

### **Gipertonik krizisning nevrologik ko'rinishlari**

Nevrologik belgilarning mavjudligi bemorda ishemik yoki gemorragik insult mavjudligini ko'rsatishi mumkin [47,87,80]. Delirium yoki "fluttering" titroq Gipertonik ensefalopatiya belgilaridir. Gipertonik ensefalopatiya diagnostikasi faqat insult, subarachnoid qon ketishi va katta zararlanishdan so'ng amalga oshiriladi [81].

Bosh miya tomir tarmog'i qon bosimining o'zgarishiga qaramay, miya perfuziyasini to'g'ri darajada saqlab turishi kerak. Bosh miya otoregulyatsiyasi bosh miya vaskulaturasining ajralmas qismi bo'lib, bosh miya qon oqimini doimiy darajada saqlashga qaratilgan [82]. O'rtacha qon bosimining ko'tarilishi bilan miya tomirlarining yaqinlashuvi va gematokerebral to'siqning buzilishi kuzatilmoqda. Tomir to'shagida fibrin konlarini joylashtirish mavjud, bu esa tomirlarning toraytirishga olib keladi. Bosh miya tomir tarmog'i o'z navbatida toraygan tomirlarni kengayib ketgan holatda saqlashga harakat qiladi, natijada bosh miya shishi va mikrogemorragiya ko'rinishiga olib keladi [13, 74, 24].

Normal arteriya qon bosimidagi bemorlarda qon bosimining past qiymatlarida endotelial disfunktsiya rivojlanishi mumkin, surunkali arterial gipertenziya bilan og'rilgan bemorlar esa endoteliy shikastlanmasdan yuqori qon bosimi qiymatlariga toqat qilishi mumkin. Uzoq muddatli gipertoniya bilan og'rilgan bemorlar moslashtirilgan autoregulyatsiya tizimiga ega va shuning uchun ularning bosh miya qon oqimi va kislorod yetkazib berish darajasi normotensiv bemorlarnikiga o'xshaydi [53, 55]. Arterial devor tuzilishining o'zgarishi qattiqlikning oshishiga va natijada miya tomirlarining qarshiligi oshishiga olib keladi. Avtoregulyatsiya tizimi buzilishidan oldin yuqori ko'rsatkichga erishish lozimligiga qaramay, Gipertonik bemorlar, bosh miya tomirlarining qarshiligi oshishi tufayli, qon oqimi kamayishi bilan bosh miya ishemiyasini keltirib chiqarish ehtimoli ko'proq [74, 111].

Gipertonik ensefalopatiya — bosh miya shishi va mikrohemorfagiyaning klinik ko'rinishlaridan biri bo'lib, bosh miya avtoregulyatsiyasining buzilishi tufayli rivojlanadi [15, 16].

Bu hodisa o'tkir organik miya sindromi yoki og'ir gipertoniya bilan bog'liq sanaladi [37]. Alomatlariga kuchli bosh og'rig'i, holsizlik, qusish, ko'rish qobiliyatining buzilishi, chalkashlik, mahalliy yoki umumiy charchoq kiradi. Bundan tashqari, Gipertonik ensefalopatiyaning asosiy belgilari - tebranish, mahalliy nevrologik ko'rinishlar, mahalliy yoki umumiy paroksizmlar. Qon bosimi oshgani va miyaning vazogen shishishi yomonlashgani sababli, bosh og'rig'ining intensivligi, ko'ngil aynishi, qusish, fotofobiya, vestibulyar buzilishlar (bosh aylanishi), fotopsiya ko'rinishidagi ko'rish buzilishlari paydo bo'ladi. Ba'zi hollarda, gipertonik kriz o'tkir ensefalopatiya bilan murakkablashganda, epileptiform hujumlar, o'ralgan alomatlar (okspital mushaklarning qattiqligi, Kernig simptomi) paydo bo'ladi. Aniq fokal belgilar, qoida tariqasida, kuzatilmaydi, ammo diffuz miya nevrologik belgilari paydo bo'lishi mumkin [13, 110, 41].

Yetarli bo'lmagan davo bilan gipertonik ensefalopatiya bosh miya qon ketishiga, koma va o'limga olib kelishi mumkin, ammo to'g'ri va o'z vaqtida davolanish bilan bu ko'rinishlar teskari bo'ladi. Gipertonik ensefalopatiyani tashxislashda subarahnoid qon ketishi, katta zararlanish va vaskulit kabi tashxislarni istisno qilish zarur [77,104].

Ehtiyojlar va kislorod yetkazib berish o'rtasidagi muvozanatsizlik natijasida kelib chiqadigan bosh miya insulti ham qon bosimining o'tkir oshishining nevrologik belgisidir [17, 29,]. Intrakranial yoki subarahnoid qon ketishi AG ning boshqa mumkin bo'lgan asoratlari hisoblanadi. Bu asoratlar xavfi intrakranial anevrizmasi bo'lgan va antikoagulyant terapiya olgan bemorlarda ko'payadi [47]. 2019-2020 yillarda Samarqand viloyatida insultga chaqiriqlar soni mutlaq raqamlarda 51 211 tadan 50 102 ta holatga kamaygan. Samarqand viloyatida 1000 aholiga o'rtacha yillik ko'rsatkich bo'yicha bu ko'rsatkich mos ravishda 5,05 va 4,80 ni tashkil etadi [16].

Insuldda nogironlik 50% ga yetadi [77], o'tkir bosh miya aylanishi buzilishi bilan og'rigan bemorlarning 20% ga yaqini og'ir motor, kognitiv zaiflik va ijtimoiy maladaptatsiya tufayli doimiy parvarishga muhtoj [104, 105].

Kasallikning boshlanishining xususiyatlari, aniq ob'ektiv va subyektiv nevrologik alomatlar bilan bir qatorda, miya shikastlanishining lokalizatsiyasi va uning sababini ko'rsatadi. Aksariyat hollarda fokal nevrologik belgilarning to'satdan o'tkir ko'rinishi, ayniqsa, bu buzilishlar ma'lum bir tomir havzasiga to'g'ri kelsa, ehtimoliy insultni ko'rsatadi [25].

Kasallikning boshida simptomlar o'rtacha yoki kuchli ifodalanadi, o'zgaruvchan xarakterga ega, asta-sekin silliqlashadi yoki ko'payadi. Bu blyashkaning trombotik, embolik yoki gemorragik tabiatini hukm qilish imkonini beruvchi nevrologik alomatlar dinamikasidir. To'satdan chuqur koma asosiy arteriyaning emboliyasi bilan ham, subarahnoid qon ketishi yoki arterial gipertoniya bilan ko'prikning tagida qon ketishi bilan ham sodir bo'lishi mumkin. Komaga olib boruvchi lezyonning mohiyatini bilish uchun tekshirish davomida

aniqlangan nevrologik belgilarni va uning dinamikasini hisobga olish kerak. Biroq, kasallikning dastlabki bosqichlarida ushbu dinamikaning tafsilotlarini aniq belgilash juda qiyin. Bemor ko'pincha ularni so'roq qilmasdan eslay olmaydi; ba'zan bemorning ahvoli, masalan, dominant bo'lmagan yarimsharning lezyonlari hollarda anozognozda bo'lgani kabi, blyashkaning lokalizatsiyasi bilan belgilanadi. Ko'pincha bemorning oila a'zolaridan muhim anamnestik ma'lumotlarga aniqlik kiritilishi mumkin [59, 8]

AG rivojlanishining eng keng tarqalgan sababi etarlicha davolanmagan gipertoniya hisoblanadi. Bir qator tadqiqotlarga ko'ra, MDH mamlakatlarida samarali boshqariladigan gipertoniyaning chastotasi 5-15% dan oshmaydi (Bishkekda - 4,7%). AG rivojlanishining ikkinchi eng muhim sababi antihipertenziv dori vositalari, xususan markaziy  $\alpha$  2-antagonistlar (klonidin) va  $\beta$ -blokatlar (atenolol, metoprolol, bisoprolol). Bu dori vositalarining bekor qilinishi simpatik asab tizimining faollashishiga va AG rivojlanishiga olib keladi. AG ko'pincha gipertoniyaning simptomatik shakllari (feoxromositoma, gipertoniyaning ta'mirlangan shakllari, surunkali glomerulonefrit, Kohn sindromi va boshqalar) simptomatik shakllari kursini murakkablashtiradi. Katta qabul qilish stol tuzi miqdori suyuqlikni saqlashga, qon aylanish hajmining oshishiga va qon bosimining ko'tarilishiga olib keladi. Haddan tashqari yuk, stressli vaziyatlar va bezovtalik buzilishlari. Etarli antigipertonik terapiya olmagan odamlarda meteorologik sharoitlarda aniq o'zgarishlar spirtli ichimliklar va kofeinli ichimliklarni suiiste'mol qilish (kofe, kuchli choy, kola). Intensiv chekish.

Etarli antigipertonik terapiya o'tkazmayotgan bemorlarda ma'lum dori-darmonlarni (glyukokortikoidlar, simpatomimetiklar, tritsiklik antidepressantlar) qabul qilish.

Bugungi kunda mamlakatimizda Gipertonik krizlarning umumiy qabul qilingan klassifikatsiyasi mavjud emas. Zamonaviy monografiyalarda, qo'llanmalarda markaziy gemodinamikaning buzilishiga yoki klinik mezonlarga asoslangan turli klassifikatsiyalarni topish mumkin. Bularning barchasi nafaqat



tashxisda, balki davolash taktikasida ham ma'lum bir chalkashlikni keltirib chiqaradi [107].

Murakkab gipertonik kriz maqsadli organlarga o'tkir klinik ahamiyatga ega va halokatli zarar etkazishi bilan birga keladi, bu esa favqulodda kasalxonaga yotqizishni va parenteral antihipertenziv dori vositalaridan foydalanish bilan qon bosimini zudlik bilan kamaytirishni talab qiladi. Yuqori qon bosimi bilan bog'liq holatlar aniqlanganda murakkab gipertonik kriz - o'tkir gipertonik ensefalopatiya; bosh miya insulti; subarachnoid qon ketishi; o'tkir chap qorincha etishmovchiligi; o'tkir koronar sindrom; aort anorini bo'luvchi; og'ir arterial qon ketishi; eklampsiya [15, 62, 63, 77].

Murakkab bo'lmagan AG qon bosimining mavjud sezilarli darajada oshishi fonida minimal sub'ektiv va ob'ektiv alomatlar bilan davom etadi. Bu maqsadli organlarga zarar etkazishning o'tkir rivojlanishi bilan birga emas, shoshilinch kasalxonaga yotqizishni talab qilmaydi va bir necha soat ichida qon bosimi pasayishi kerak. Murakkab bo'lmagan Gipertonik kriz yuqori qon bosimi bilan bog'liq quyidagi holatlarda past simptomatik gipertenziya bilan namoyon bo'ladi: o'tkir asoratlarsiz og'ir va malign gipertoniya; keng kuyishlar; dori-darmonlar qo'zg'atilgan gipertoniya; perioperativ gipertoniya; og'ir gipertoniya bilan o'tkir glomerulonefrit; sklerodermadagi krizis [49].

Murakkab va murakkab bo'lmagan gipertonik krizlarni farqlash etarli davolashni tayinlash uchun nihoyatda muhimdir. Masalan, murakkab bo'lmagan gipertonik krizlar bilan og'rilgan bemorlar 24-48 soat ichida qon bosimini pasaytirishlari kerak, murakkab Gipertonik krizlar bilan og'rilgan bemorlar esa qon bosimini zudlik bilan kamaytirishi kerak, ammo "normal" qiymatlarga emas [92, 93].

#### **1.4 Gipertonik krizda tez tibbiy yordamni tashkil etish, tez tibbiy yordam xizmatining iqtisodiy xususiyatlari.**

Tibbiyot olimlarimiz iqtisodiy potentsial va sog'liqni saqlashning o'sishi o'zaro bog'liqlik va o'zaro ta'sirda ekanligini ko'rsatmoqda. Nafaqat yashash

sharoitlarining aholi salomatligiga ta'siri, balki aholining sanitariya holatining jamiyat taraqqiyotiga teskari ta'siri haqida gapiradigan ko'plab ishonchli bahslar mavjud. Mamlakat iqtisodiyotini rivojlantirishning ko'plab masalalarini tibbiyot fanlari va amaliyotining ishtirokisiz hal qilib bo'lmaydi va sog'liqni saqlash muammolarini faqat ma'lum bir bilan hal qilish mumkin sog'liqni saqlash nazariyasining darajasi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti yalpi ichki mahsulotning kamida 6-6,5% ni aholi salomatligini muhofaza qilishga sarflashni tavsiya qiladi. O'zbekiston yalpi ichki mahsulotning 5% dan kamrog'ini sog'liqni saqlashga, G'arbiy Yevropa mamlakatlarini 8-10%, AQShni - 13% dan ko'prog'ini sarflaydi [111].

Sog'liqni saqlash aholi salomatligi darajasini saqlash va yaxshilashga yo'naltirilgan ijtimoiy-iqtisodiy va tibbiy chora-tadbirlar tizimi sifatida ko'rib chiqiladi, uning faoliyat ko'rsatishi personal, moddiy-texnik baza, ma'lum tashkiliy tuzilma, tegishli texnologiyalar va tibbiyot ilmini rivojlantirish bilan ta'minlanadi [70]. Zamonaviy jamiyatdagi har qanday faoliyat, jumladan, tibbiyot bilan bog'liq hamma narsaga iqtisodiy nuqtai nazardan yondashish kerak. Sog'liqni saqlash nazariyasi ijtimoiy tibbiyot va sog'liqni saqlash tashkilotining bo'limlaridan biri bo'lib, uning sub'ektlari xalq salomatligini muhofaza qilish jarayonida sohada rivojlanadigan iqtisodiy aloqalarning rivojlanishi uchun ob'ektiv qonunlarni o'rganish va ulardan foydalanish hisoblanadi. G'oliblik yo'nalishlari bo'yicha tibbiy, ijtimoiy va iqtisodiy samaradorlik ajralib turadi. Tibbiy samaradorlik sharoitida kasalliklarning oldini olish, tashxislash va davolash sohasida belgilangan vazifalarga erishish darajasining sifat va miqdoriy xususiyatlarini tushunish odatiy holdir. Sog'liqni saqlashning ijtimoiy samaradorligi aholi salomatligining yaxshilanishi, morbidlikning pasayishi, muddatidan oldin o'lim holati, demografik ko'rsatkichlarning o'zgarishi, aholining tibbiy xizmat va sanitariya-epidemiologiya xizmatlaridan doimo qoniqishi bilan tavsiflanadi. Iqtisodiy samaradorlik sog'liqni saqlash tomonidan mehnat unumdorligining o'sishiga, milliy daromadning oshishiga, ishlab chiqarishning rivojlanishiga qo'shilgan to'g'ridan-to'g'ri va

bilvosita (bilvosita) hissasini xarakterlaydi. Tibbiyot muassasalari faoliyatini iqtisodiy tahlil qilish asosiy vositalardan foydalanish, yotoq fondlari va tibbiy asbob-uskunalardan foydalanish samaradorligi, moliyaviy xarajatlarni baholash va turli xil tibbiy yordam ko'rsatish xarajatlari, tibbiy va boshqa xodimlardan foydalanish bo'yicha amalga oshiriladi. Bundan tashqari, asosiy iqtisodiy ko'rsatkichlar, masalan, morbidlik, nogironlik va o'lim bilan bog'liq umumiy iqtisodiy zarar, oldini olingan iqtisodiy zarar va tibbiy yordamning iqtisodiy samaradorligi mezoni [105] hisoblab chiqiladi.

E.V. Roshkova [96] sog'liqni saqlash tizimida amalga oshirilgan xizmatlar inson hayoti va sog'lig'i bilan bevosita bog'liqligini, sog'liqni saqlash dastlab davlat tomonidan eng qat'iy tartibga solinadigan faoliyat sohasi bo'lganligini ta'kidlaydi. Agar biz tibbiy xizmat haqida gapirayotgan bo'lsak, unda ushbu atama tibbiy mehnatning ishlab chiqaruvchi va iste'molchi o'rtasida iqtisodiy aloqalar mavjudligi bilan bog'liq bo'lgan qismini xarakterlaydi. Tibbiy faoliyatning ijtimoiy ahamiyati tufayli birinchi navbatda ijtimoiy samaradorlikni, ikkinchi o'rinda tibbiy - ikkinchi, iqtisodiy - uchinchi o'rinda qo'yish kerak. E.M. Orlova va O.N. Sokolovanning ta'kidlashicha, milliy iqtisodiyotning boshqa tarmoqlaridan farqli o'laroq, sog'liqni saqlash chora-tadbirlari natijalari, uning xizmatlari va dasturlari ijtimoiy, tibbiy va iqtisodiy samaradorlik nuqtai nazaridan tahlil qilinadi, ular orasida tibbiy va ijtimoiy samaradorlik ustuvor yo'nalishlar hisoblanadi [86]. Tibbiy va ijtimoiy samaradorlik natijalariga baho bermasdan, iqtisodiy samaradorlikni aniqlab bo'lmaydi. Tibbiy, ijtimoiy va iqtisodiy samaradorlik o'rtasida o'zaro bog'liqlik va o'zaro bog'liqlik mavjud.

Bozor munosabatlari doirasidagi kasalliklarning oldini olish bo'yicha tibbiy tadbirlarni tibbiy xizmatlarni ishlab chiqarish va sotishda iqtisodiy imkoniyat bilan birlashtirish qiyin: qancha sog'lom odamlar bo'lsa - tibbiy yordamga bo'lgan klassik ehtiyojlar shunchalik kam bo'ladi [103]. Bu muammoni yanada mustahkamlash – xizmat ko'rsatish jarayonining davomiyligi boshqacha bo'lishi, ayrim hollarda esa insonning butun hayotini qamrab olishidir. Shu bilan birga, o'rta

natijaga erishish uchun harakatlarni cheklash mumkin. Shunga ko'ra, tibbiy xizmatni ishlab chiqaruvchi birinchi navbatda iqtisodiy samaradorlikni qo'ygan hollarda, ishlab chiqaruvchining tashabbusi bilan xizmat ko'rsatishni rad etish (yoki ko'rsatilgan xizmat hajmi va/ yoki muddatining kamayishi) bilan ifodalangan holda, ishlab chiqaruvchi va xizmatning iste'molchisi o'rtasidagi o'zaro ta'sirda mos kelmaydi. Tadqiqotchi tibbiy yordam kabi narsa uchun marketing sog'liqni saqlash tizimlarida joy yo'qligini aniq qabul qilish zarurligini ta'kidlaydi va bozorning elementi - tibbiy xizmat mavjud. Tibbiy yordam - shifokor va bemor o'rtasidagi bozor bo'lmagan aloqalar turkumi. Eng yaxshi holatda ma'lum bir tibbiy xizmatlar to'plami va ularga yetarli bo'lgan marketing tizimining boshqa elementlari umuman tibbiy xizmat sifatida namoyon bo'lishi mumkin, deb hisoblaydi I. A. To'g'unov [106].

Tibbiy xizmatning keyingi xususiyati shundaki, tibbiyot xodimlarining mehnat xarajatlari bilan uning yakuniy natijalari o'rtasida har doim ham aniq munosabatlar mavjud emas. Shunday qilib, tibbiy xizmat to'liq qiymatga va ma'lum bir xarajatga ega bo'lgan kasalliklarning oldini olish, ularni tashxislash va davolashga qaratilgan chora-tadbirlar to'plamini o'z ichiga oladi. Shu bilan birga, resurs xarajatlarini har doim ham oldindan aniqlab bo'lmaydi.

Ayniqsa, tibbiy xizmat va tibbiy yordamni ajratish zarurligiga e'tibor bering. Yuqorida isbotlanganidek, xizmat ko'rsatish sohasining xizmat ko'rsatish sohasining xizmat ko'rsatish ob'ekti xususiyatlarini uzoq muddat davomida o'zgartirish va saqlash bo'yicha tizimli ishlar bilan tavsiflanadigan qismidir. Shunga ko'ra, tibbiy yordam tashkilotning nisbatan barqaror shakliga ega bo'lgan faoliyat birliklari sifatida xizmatlar to'plamini o'z ichiga oladi. Shu bilan birga, tibbiy yordam sifati bemorning talablariga javob berishi kerak, so'rovnoma o'tkazilgan fuqarolarning 91% ichki sog'liqni saqlash darajasidan noroziligini bildiradi [77].

Ayrim muammolar tibbiy xizmatlar sifatini standartlashtirishni ta'minlash zarurati bilan bog'liq. Tibbiy xizmat ko'rsatish bo'yicha kadrlarni ishlab chiqish

yo'nalishlari mavjud. Xizmatlar sifatiga alohida e'tibor qaratilmoqda, bunga tizim-strukturaviy yondashuv asosida erishiladi. Bunday yondashuv bu xizmatlarning yuqori sifatini ta'minlovchi bir qator o'zaro bog'liq tarkibiy qismlarning soddalashuvi va yaqin o'zaro ta'sirini o'z ichiga oladi. Avvalo, malakali tibbiyot xodimlari, tibbiyot tashkilotlarining zamonaviy uskunalari bo'lishi zarur. Protsessual yondashuv bunday sharoitlarni yaratadigan printsiplarga asoslangan bo'lib, unda ma'lum bir pudratchining xatosi xizmatlar sifatini yomonlashtirmaydi. Masalan, klinik va diagnostika tekshiruv standartida tor mutaxassislarning diagnostik tadqiqotlari va konsultatsiyalari ro'yxati bo'lishi kerak.

Sog'liqni saqlash sohasida tibbiy kadrlar, ko'chmas mulk va tibbiyot tashkilotlarining jihozlari, ishlatiladigan dori vositalari va materiallarini tayyorlash darajasiga qo'yiladigan talablarni o'z ichiga olgan sog'liqni saqlash resurslari standartlari keng qo'llaniladi; tashkiliy standartlar sog'liqni saqlash resurslaridan samarali va xavfsiz foydalanish uchun tizimlarga qo'yiladigan talablarni ta'minlaydi; texnologik standartlar tibbiy, sanitariya-gigiena va profilaktik yordam ko'rsatish jarayonini tartibga soladi; tibbiy yordam dasturlari standartlari klinik va diagnostik tadqiqotlar va terapevtik chora-tadbirlarni o'tkazishni tartibga solish uchun mo'ljallangan; kompleks standartlarga tuzilmaviy, tashkiliy, texnologik standartlar to'plami, shuningdek alohida xizmatlar va mutaxassislar faoliyatini tartibga soluvchi aniq dasturlarni amalga oshirish normalari kiradi.

Har bir kasallik uchun tekshirish va davolash standartlari joriy etiladi. Hozirda kasalliklarning klinik va statistik guruhlari (SG) katalogi ishlab chiqilgan bo'lib, bunda kasalliklarning har bir guruhi uchun to'shakda turish muddati va sifat standartlari joriy etilgan.

Tibbiy xizmatlarni standartlashtirish natijasida quyidagilarga erishiladi: ma'lum bir tibbiy xizmatni ishlab chiqarishda moliyaviy, mehnat va moddiy resurslarni maksimal darajada tejash; iste'molchilar manfaatlarini zarur bo'lgan xizmat ko'rsatish, sog'liqni saqlashni ta'minlashni barqaror ta'minlash asosida himoya qilish; me'yoriy hujjatlarni yaratish.

E.M. Orlov va O.N. Sokolova [86] iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda sog'liqni saqlash tizimlarini rivojlantirishning eng muhim tendentsiyasi tibbiy yordam ko'rsatishda maksimal xarajatlarni tejashdan bu bilan bog'liq resurslardan foydalanishning maksimal samaradorligiga o'tishdir.

Tibbiy yordamning oldini olish, davolash, tashkiliy shakllarini tanlashda sog'liqni saqlash sohasida iqtisodiy samaradorlik hal qiluvchi bo'la olmaydi. Biroq, narx-navo mezonlari, tibbiy va ijtimoiy samaradorlik bilan bir qatorda, resurslardan kam bo'lgan sharoitlarga aralashuvlarni birinchi o'ringa qo'yishga yordam beradi.

Iqtisodiy samaradorlikni tibbiy dastur bilan bog'liq iqtisodiy xarajatlar bo'yicha bo'lingan iqtisodiy ta'sir sifatida hisoblash mumkin. Tibbiy samaradorlik baholangan holatlar soni bo'yicha erishilgan tibbiy natijalar sonini bo'lish kvotasi sifatida hisoblab chiqiladi. Ijtimoiy samaradorlik bemorning tibbiy yordamdan qoniqish holatlari sonini baholangan holatlar soni bo'yicha bo'lish orqali hisoblab chiqiladi. Olingan ijro ko'rsatkichlarini baholashda quyidagi mezonlardan foydalanish mumkin: 1) sog'liqni saqlash xodimlari orzu qilishi kerak bo'lgan mezon; tibbiy va profilaktika muassasasi, bo'lim, umuman mintaqa uchun o'rtacha ko'rsatkich; 2) ushbu ko'rsatkichning muayyan shifokorda, bo'limda, tibbiy va profilaktik tashkilotda dinamikasi.

Bir kasallik holatidan kelib chiqqan iqtisodiy zarar (bemorlar kontingentlari bo'yicha) tibbiy chora-tadbirlar xarajatlari (bevosita yo'qotishlar) va bemorlarning nogironligidan zararlanishdan (bilvosita yo'qotishlar) [104] iborat. Tibbiy chora-tadbirlarning iqtisodiy xarajatlarini hisoblash bir hodisaning narxini uning amalga oshirilishining ko'pligi bo'yicha ko'paytirishdan iborat. Birinchi komponent - har 1 holatda hodisaning ko'pligi - hodisaning umumiy hajmini (misol uchun, kasalxonaga yotqizilganlarning hammasi sonini) bemorlar soniga bo'lish orqali aniqlanadi. Har 1 ta holatda iqtisodiy zararining ikkinchi tarkibiy qismi - nogironlik zarari - ikki qismdan iborat: ijtimoiy sug'urta xarajatlari (mehnatga qobiliyatsizlikning 1 kuni uchun foyda miqdori, 1 ta nogironlik holatining

davomiyligi bilan ko'payadi) va milliy daromad xarajatlari. F.N.Kadyrov, bevosita tibbiyot muassasasida ishlash bo'yicha katta tajribaga asoslanib, tahlilning tamoyillarini moliyalashtirish manbalari bo'yicha ko'rsatdi, xarajatlarni taqsimlashning ishlab chiqilgan yo'nalishlari, ularning bo'linmalar bo'yicha taqsimlanishiga [61].

Yu.K. Laorionov [57] tibbiyot tashkilotlarini resurslar bilan ta'minlashning muhimligini u tomonidan olingan zarur resurs talablarini hisoblash modeli asosida qayd etadi, R.A. Isadibirov [45] fikricha, davlat tibbiyot muassasalarini boshqarishning iqtisodiy prinsiplarining asosiy vazifalari ular uchun mavjud mablag'larning optimal sarflanishi va tijorat faoliyati samaradorligini byudjet asosida ko'rsatilayotgan tibbiy xizmatlarga zarar yetkazmasdan ko'paytirishga qisqartiriladi.

G.V. Artamonova va hammualliflar [3] qayd etishlaricha, morbidlik, o'lim va h.k. larni kamaytirish ko'rinishida o'lchovli sog'liqqa ta'sir ko'rsatadigan chora-tadbirlar to'plamining iqtisodiy samaradorligini aniqlashda, barcha alohida faoliyatning xarajatlari hisobga olinishi va xulosa qilinishi va natijada mamlakat milliy iqtisodiyotiga zarar yetkazishning oldini olish ko'rinishida iqtisodiy jihatdan ifodalangan qaytarish va "foyda" bilan solishtirilishi kerak.

Shunday qilib, har qanday tibbiy faoliyatni iqtisodiy nuqtai nazardan baholash kerak, ammo ambulatoriya xizmati samaradorligini boshqa turdagi tibbiy yordamga qaraganda sezilarli darajada oshirish ushbu faoliyat turining yuqori narxi va favqulodda xususiyati tufayli iqtisodiy yondashuvga asoslangan bo'lishi kerak.

Ambulatoriya xizmati samaradorligini oshirish bo'yicha tashkiliy chora-tadbirlar to'g'risida

O.A. Bamatgiriev [6] aholining federal tumanlarda tibbiy xizmatlardan qoniqish darajasi pastligini qayd etadi, bu esa, uning fikriga ko'ra, mavjud sog'liqni saqlashni boshqarish tizimining samaradorligi pastligidan darak beradi.

S.S. Bakiyev [4] ambulatoriya xizmatini tashkillashtirish va jo'natishni tavsiflaydi, uning maqsadi aholini o'z vaqtida malakali va maxsus tez tibbiy

yordam ko'rsatish sohasida zamonaviy darajada tashkil etish va tez tibbiy yordam xizmatini tashkillashtirishdan iborat.

Uning maqsadlari boshqaruvni markazlashtirish, mantiqsiz qo'ng'iroqlar sonini kamaytirish, ko'rsatilayotgan g'amxo'rlik sifatini yaxshilash, jamoalarning kelish vaqtini qisqartirish, bemorlarni davolashda davomiylikni ta'minlash, barcha darajadagi barcha qo'ng'iroqlarni avtomatlashtirish va qayta ishlashdir. Muvofiqlashtirish va jo'natish xizmati faoliyatini takomillashtirish uchun viloyatdagi tibbiy-demografik vaziyatni inobatga olgan holda NSR xizmatining holati va samaradorligini chuqur tahlil qilish zarur; Shimoliy dengiz yo'lidagi muassasalar va bo'linmalarining tarmoq va moddiy-texnik bazasini rivojlantirish bo'yicha yo'nalishlarga ega bo'lgan NSR xizmatini rivojlantirish hududiy dasturlari, havo ambulatoriyasi; NSR xizmati uchun tibbiyot xodimlarini tayyorlash; yo'l harakati xavfsizligi, yong'indan himoya qilish, politsiya, transportning barcha turlari haydovchilari va aholining boshqa toifalari uchun davlat yo'l harakati polisi xodimlariga birinchi tibbiy o'zini-o'zi va o'zaro yordam ko'rsatish asoslari bo'yicha malaka oshirish; NSRni o'ziga xos bo'lmagan funksiyalardan ozod qilish maqsadida ambulatoriya poliklinikalarining mavjud resurslaridan foydalanishni optimallashtirish; tibbiy yordam guruhlarini reanimatsiya guruhlari va zarur bo'lgan boshqa yuqori malakali guruhlar sifatida saqlash bilan davolash guruhlari tomonidan taqdim etiladigan TTB hajmini bosqichma-bosqich kengaytirish; ish yuritishning avtomatlashtirilgan tizimlarini, shu jumladan operatsion va statistik bo'limlarni TTB muassislari va birlashmalari amaliyotiga joriy etish; NSR xizmatining shifokorlar va tibbiyot xodimlari uchun tasdiqlangan me'yor, qoida va standartlardan foydalangan holda NSR bilan ta'minlash.

Shuningdek, tez yordam NSR uchun sifat standartini ishlab chiqish, tibbiy-statistik xizmatni takomillashtirish, barcha toifadagi tez va tez tibbiy yordam xodimlari uchun yangi ish tavsiflarini tayyorlash, ambulatoriya va tez tibbiy yordam xizmati xodimlarini tayyorlash va malakasini oshirish tizimini yaratish, katta shahar (KAFU) aholisi uchun shoshilinch tibbiy yordamni boshqarishning



integratsiyalashgan avtomatlashtirilgan tizimini joriy etish, uzoq muddatli ishlab chiqish zarur tez va tez tibbiy yordamni rivojlantirishning maqsadli dasturi.

Operativ jo'natish xizmatini muvofiqlashtirish va jo'natish xizmatida tashkil etilishini takomillashtirish imkoniyatlarini tahlil qildi. Ishni takomillashtirish uchun «qo'ng'iroq matritsa»dan foydalaniladi. Kerakli ma'lumotlarni to'plagandan so'ng, voqea joyiga ma'lum bir maxsus guruh zudlik bilan yuboriladi. Ayni paytda ushbu brigada bo'lmaganda, uni ushbu qo'ng'iroq matritsasi bo'yicha boshqa brigadaga almashtirishga majbur bo'ladi. Ushbu matritsa dispatcher uchun eng yaxshi qaror qabul qilish uchun ishchi vosita hisoblanadi. Dispatcherning matritsa bilan tajribasi brigadalar yo'nalishining to'g'riligini oshiradi. Iqtisodiy jihatdan kam ta'minlangan tashkiliy chora-tadbirlar ambulatoriya xizmati samaradorligini oshiradi. [77]

Tibbiy xizmat sifatini ta'minlash ko'plab omillar bilan belgilanadi, ular orasida eng muhimi zamonaviy mashina va uskunalari, yangi va yangi yuqori texnologiyalar, tegishli professional sohalarda axborot asosiy ma'lumotlardan foydalanishning haqiqiy imkoniyatidir [71].

Tibbiy tadqiqotlarda keng qo'llaniladigan usullardan biri bu so'rovnomalardir, chunki bu usul sodda va tushunarli bo'lsa-da, u uslubiy xatolarga duchor bo'ladi. Tadqiqot metodologiyasining bir qator manbalarda juda to'g'ri taqdim etilganiga qaramay, muammoli so'rovnomalari va shunga mos ravishda tadqiqot natijalari mavjud [71, 99]. Masalan, Samarqand viloyatining majburiy tibbiy sug'urtasi hududiy fondini o'rganishda bemorlarning tibbiy xizmatlarga munosabatini aniqlash uchun 6-7 savoldan foydalanildi. Savollarning bunday hajmi so'rovnoma kompilyatorlarining maqsadlarini shaffof qilib qo'yadi va respondentlarni yaxshi aniqlangan javoblarni berishga majbur qiladi. So'rov mualliflari g'oyasi bemorlar uchun tushunarli bo'lganligi sababli, ular intuitiv ravishda tashkilotchilarning ehtiyojlarini qondirishga harakat qilishadi [1].

Viloyat kasalxonasining so'rovnomasi [2] savollar arizasi ko'proq hajmda ekanligi nuqtai nazaridan yanada to'g'ri qurilgan. Bundan tashqari, bemorlarga

mualliflar asosiy deb hisoblaydigan savollarga javob berishning turli xil variantlari, ya'ni shifoxonada tibbiy yordam ko'rsatish sifati va bemorning sog'lig'iga ta'sir etuvchi omillar taqdim etiladi.

T.E. Podsvirova [89] morbidlik darajasini baholash uchun so'rovnomadan foydalangan va so'roq usuli va real ko'rsatkichlar bo'yicha olingan ma'lumotlarni solishtirgan. Metodologik jihatdan to'g'ri tadqiqotlar anketa va aniq ma'lumotlarning yaxshi xatlarini berishi aniqlangan.

Shunga o'xshash natijalar O.V. Skorikov va hammualliflar tomonidan iqtisodiy ma'lumotlar uchun olingan [103]. Ish haqi anketasi statistik organlarning ma'lumotlari bilan yaxshi mos keldi.

Tibbiyotda tasodifiy sinovlar ishonchini oshirish uchun tobora ko'proq qo'llanilmoqda. N.V. Ganushkina, N.V. Lebedova yaxshi rejalashtirilgan eksperimental tadqiqotning sharti tasodifiylashtirish, ya'ni tanlangan tadqiqot ob'ektlarining tasodifiyligini ta'minlash ekanligini ta'kidlaydi [36]. O'z ma'lumotlariga ko'ra, dunyoning etakchi tibbiyot jurnallarida chop etilgan maqolalarning 20% ga yaqini tasodifiy sinovlar natijalarini o'z ichiga oladi. Randomizatsiya bemorlarning tajriba va boshqaruv guruhlariga tasodifiy taqsimlanishini ta'minlovchi jarrohlik usuli sifatida tushuniladi. Ba'zan bunday hollarda tasodifiy sonlar jadvali ishlatiladi [24], bu jadval uning ishida.

Shunday qilib, zaruriy uslubiy talablarga muvofiq o'tkazilgan so'rovnoma o'rganilgan hodisalarning namunalari to'g'risida ma'lumot olish uchun zarur darajada aniqlik bilan ta'minlanadi [35]. Insult holatlarining shakllanishiga ta'sir etuvchi omillarni o'rganish.

S.R. Gilyarskiy omillar ro'yxatini tuzdi, ulardan qochish insult ehtimolini kamaytirishi mumkin. Xususan, u surunkali jismoniy mashqlar etishmovchiligi, tuzni ortiqcha iste'mol qilish, bolalikdan oziqlanish muvozanati, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, chekish, stress, ma'lum dori-darmonlarning ta'siri, atrof-muhitga ta'sir qilish, kasbga ta'sir qilish kabi omillarni aniqlaydi [39].

Saytda "Yurak va qon tomirlari. Yurak-qon tomir kasalliklari va ularning oldini olish" insult ehtimolining ortishiga sabab bo'ladigan omillarning boshqa ro'yxatini taqdim etadi: irsiylik, gipertoniya, yosh va jinsiy aloqaning ta'siri, tana vaznining ortiqchaligi, chekish va spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, jismoniy mashqlarning yo'qligi, stress va hissiyotlar [77].

"Mening shifokorim" saytida muhimlik, yuqori qon bosimi, yuqori xolesterin, tuzni iste'mol qilish, yashash tarzi, stress va ijobiy hissiyotlarning etishmasligi [77] omillar ro'yxati keltirilgan.

S.R. Gilyarskiy insultning asosiy sabablarini gipertoniya va qandli diabet, ayrim vitaminlarning yo'qligi deb hisoblaydi [42].

MediNFRA tibbiyot ensiklopediyasida yuqori qon bosimi, yurak xastaligi, diabet, hemimikulyatsiya buzilishi, chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, jismoniy harakatsizlik, ortiqcha vazn, stress, og'irlikdagi o'pkaning sabablari sifatida ko'rsatiladi [78,69].

Manvelov gipertoniya eng muhimlaridan biri ekanligini qayd etishadi, ammo insult, ateroskleroz va qandli diabetning yagona sababi ham muhim emas [75]. Ikkinchi insultni keltirib chiqaradigan asosiy omil samarasiz antihipertenziv terapiya ekanligini ta'kidlaydi [75]. E.A.Gromova insultning paydo bo'lishiga ta'sir etuvchi asosiy omillarni psixososial, xususan, tashvish, depressiv buzilishlar, hayotdan charchash, dushmanlik, uyqu buzilishi, oilada va ishda stress deb hisoblaydi [48]. D. K. Santrapinskiy chekishdan tashqari gipodinamiya, noto'g'ri ovqatlanish, tashvish, depressiya, holdan toyish va uyqu buzilishining keng tarqalganligi ham ijobiy ta'sir ko'rsatishini ko'rsatdi [103]. V.N. Butikov o'zi tomonidan o'rganilgan Komi Respublikasining hududiy aholisi ichida arterial gipertoniya (91,4%), chekish (89,1%), kardiologik kasalliklar (43,1%), dislipidemiya, qandli diabet, stress, alkogol zo'riqishi insultning sababi sifatida asosiy o'rinni egallashini aniqladi [28]. F. E. Gorbacheva va Y.B. Telysheva ikkinchi turdagi qandli diabet bilan og'rilgan bemorlarda insult 98% bemorlarda

arterial gipertenziya mavjudligida rivojlanishini ko'rsatdi. Bu 64% hollarda qandli diabetning paydo bo'lishidan oldin bo'ladi [47].

N.Butikovning ta'kidlashicha, eng asosiy vazifalardan biri insultdan so'ng erta diagnostika, tiklanish va funktsional tiklanishga sabab bo'luvchi tizim va omillarni o'rganish, shuningdek, uning natijasini bashorat qiluvchilarni aniqlashdir [28]. Bosh miya kasalliklarini davolash natijalarini yaxshilash, asoratlarni sonini kamaytirish, shuningdek, ishemiyaning eng muhim rivojlanish mexanizmlariga ta'sir ko'rsatadigan farmakologik dori vositalaridan foydalanish orqali terapiya potentsialini kengaytirish mumkin.

Shunday qilib, insultni paydo bo'lishiga ta'sir qiluvchi omillar qo'shimcha o'rganishni talab qiladi va dori-darmonlarni davolashni qo'llash insult xavfini kamaytirishi mumkin.

Shunday qilib, Gipertonik krizlar muammosidagi eng muhim masala davolash taktikasidir. Bugungi kunga qadar GA ni davolash uchun "oltin standarti" yo'q, shuningdek, ko'p qavatli placebo - krizislarni to'xtatishda dori vositalarining samaradorligini baholash bo'yicha boshqariladigan tadqiqotlar. Avvalo, bunga Gipertonik krizlar hayot uchun xavfli sharoitlar ekanligi va bu holatda platsbodan foydalanish qabul qilinishi mumkin emasligi sabab bo'ladi. Shu munosabat bilan Gipertonik krizlarni davolashda eng samarali dori taktikasini aniqlash mumkin emas.

Vaziyat zamonaviy gipertoniya dasturlarini ishlab chiqishni, shuningdek, Gipertonik inqirozlarni engillashtirish uchun samarali va xavfsiz dori-darmonlarni qidirish va faol amalga oshirishni talab qiladi. Shuningdek, Samarqand viloyatining barcha mintaqalari uchun deyarli tipik bo'lgan Gipertonik krizislarga chaqiriqlar soni ko'payib borayotgani vaziyatni murakkablashtiradi.

Gipertoniya kasalligiga chalingan bemorlarda Gipertonik krizni davolash va oldini olish ishlarini tashkil etish muammosi, ayanchli ilmiy va amaliy yutuqlarga qaramay, hali hal qilinishdan yiroq. Albatta, Gipertonik krizlarni, yangi dori vositalarini ishlab chiqish va kiritishni to'xtatish uchun differentsiatsiyalangan

dori terapiyasining samaradorligini oshirish muhimdir. Muammoni hal qilishning asosiy yo'li dinamik tibbiy nazorat ostida differentsiatsiyalangan antihipertenziv terapiyani individual tanlash va bemorning faol ishtiroki, pregospital, kasalxonada va kasalxonadan keyingi bosqichlarda davomiylikka rioya qilish orqali ularning oldini olishdir. Shu bilan birga, ushbu patologiyaning asosiy sabablaridan biri gipertoniya bilan og'riqan bemorlar tomonidan shifokor retseptlariga rioya qilmaslik bo'lganligi sababli, davolanmagan gipertoniyaning mumkin bo'lgan asoratlari paydo bo'lishi to'g'risida bemorlarga ma'lumot etkazish muhimdir. Bundan tashqari, ha ni davolash standartlarini o'z vaqtida tuzatish uchun muntazam tadqiqotlar o'tkazish kerak, bu patologiyadagi asoratlari va o'lim sonini kamaytiradi.

Birlamchi tibbiy yordamni va uning tarkibiy qismlarini isloh qilish: ambulatoriya, poliklinika, tez tibbiy yordam va tez tibbiy yordam shoshilinch tibbiy yordam va statsionar almashtirish texnologiyalarining tashkiliy va funktsional modellarini ko'rsatadi [106]. Mamlakatimizda sog'liqni saqlash tizimidagi ijobiy transformatsiyalar tibbiy xizmat samaradorligini oshiruvchi tashkiliy modellar va texnologiyalarni ishlab chiqish va amaliyotga joriy etishga hissa qo'shadi [104].

Tibbiyot rivojlanishining hozirgi bosqichida, GK bilan kasallangan bemorlarni samarali davolash uchun prehospital bosqichdan boshlab Gipertonik krizlar bilan og'rilgan bemorlarga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish tizimini takomillashtirish zarur. TTB jamoalari AG ni differentsial davolash uchun zamonaviy antigipertenziv dorilar bilan jihozlangan bo'lishi kerak, bunday bemorlarni davolash uchun o'qitilgan xodimlar bilan ta'minlangan va, albatta, shoshilinch kardiologiyaning ixtisoslashgan, kun bo'yi tashxis va davolanishga qodir bo'lgan ko'proq ixtisoslashgan markazlari, shu jumladan yuqori texnologiyali usullar.

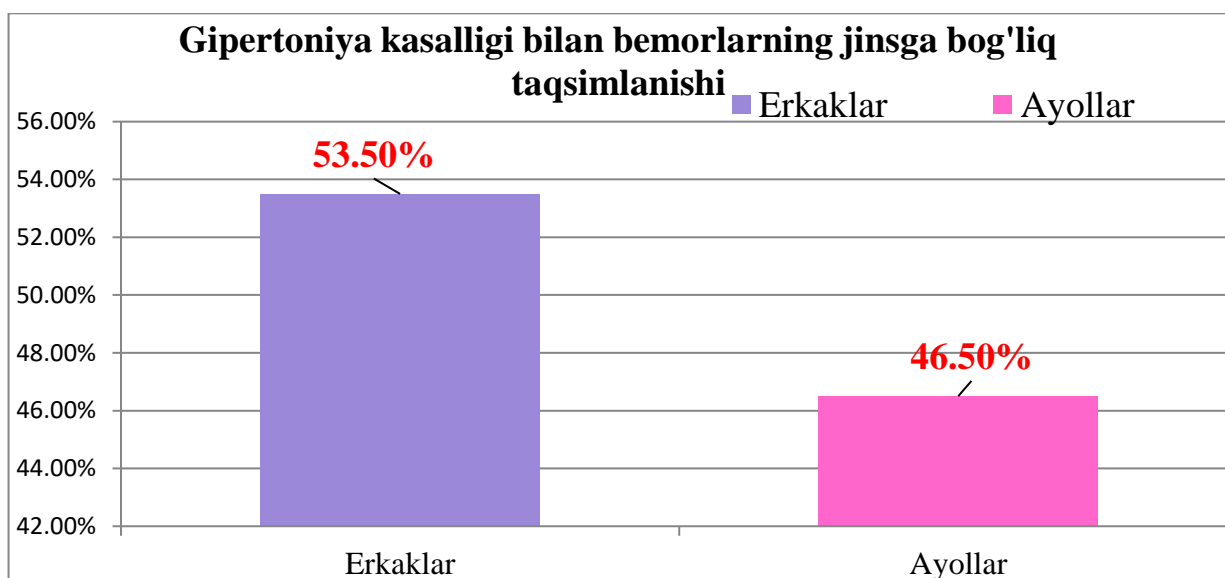
Pregospital va kasalxonada bosqichlarida AG bilan kasallangan bemorlarni diagnostika qilish va davolash uchun zamonaviy kardiologiya va sog'liqni saqlash tashkilotining yutuqlariga asoslangan yagona model (tartib) qo'llanilishi kerak.

Tavsiyalar respublika bo'yicha bajarilishi majburiy bo'lgan va tibbiy yordamning barcha bosqichlarida AG bilan og'rigan bemorlarni davolashning davomiyligini ta'minlaydigan rasmiy hujjat bo'lishi kerak.

## 2 BOB. MATERIALLAR VA USULLAR.

### 2.1. Tekshiruvdan o'tgan bemorlarning klinik xususiyatlari

Tadqiqotlar 2020 yildan 2022 yilgacha Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining (RShTYoIM) Samarqand filialining shoshilinch terapiya, shoshilinch kardiologiya, kardioreanimatsiya bo'limlari va Respublika ixtisoslashgan kardiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi Samarqand viloyat mintaqaviy filialining (RIKIATM SMF) kardioreanimatsiya hamda arterial gipertenziya bo'limlarida olib borildi. Tadqiqotda gipertoniya kasalligi asorati gipertonik kriz tashxisi qo'yilgan 112 nafar bemor ishtirok etib, ularning o'rtacha yoshi  $56,82 \pm 8,01$  yoshni tashkil etdi. Shulardan erkaklar 61 (53,51%) nafarni, ayollar esa 51 (46,49%) nafarni tashkil etdi (2.1-rasm). Nazorat guruhini 75 nafar sog'lom insonlar tashkil etdi.



**2.1-rasm. Gipertoniya kasalligi bilan bemorlarning jinsga bog'liq taqsimlanishi**

### 2.2. Klinik tadqiqot

Yurak urishi a. radialisda 60 soniya davomida palpatsiya yo'li bilan o'lchandi. Qon bosimini o'lchash JSST usuli bo'yicha o'n daqiqalik dam olishdan so'ng ikki qo'lda ikki marta besh daqiqalik interval bilan amalga oshirildi. Little Doctor qon bosimi monitorlari ishlatilgan, 22 sm x 35 sm o'lchamdagi standart manjet, agar kerak bo'lsa, to'liq va ingichka qo'llar uchun qo'shimcha manjetlar

ishlatilgan. Tahlil ikkita o'lchovning o'rtacha qiymatini o'z ichiga oladi. 5 mm Hg dan ortiq farq bilan ikki o'lchov o'rtasida uchinchi o'lchov amalga oshirildi va keyin o'rtacha hisoblab chiqildi. Gipertenziya darajasini baholash uchun VNOK milliy klinik ko'rsatmalari (2010) va ESH / ESC (2013) tavsiyalari ishlatilgan. - optimal qon bosimi 180/110 mm Hg. Ust. Qon bosimini o'lchash stolda erkin yotgan holda o'ng qo'lning radial arteriyasida amalga oshirildi, 5 daqiqalik dam olishdan keyin o'tirgan holatda avtomatik tonometr M3 Expert (Yaponiya) bilan tekshiriladi. O'lchovda ishlatiladigan manjet yelkaning aylanasi kamida 80% ni qoplaydigan mos o'lcham (kengligi 12-13 sm va uzunligi 30-35 sm (o'rta o'lcham), to'liq qo'llar uchun - katta manjetlar) ishlatiladi.

Qon bosimini o'lchash Yevropa Gipertenziya Assotsiatsiyasining xalqaro talablari va mezonlari (Yevropa Gipertenziya Jamiyati, ESH) / Evropa Kardiologiya Jamiyati (Yevropa Kardiologiya Jamiyati, ESC) 2013 yil bo'yicha amalga oshirildi. 5 daqiqa dam olgandan keyin bemor orqa tayanch bilan o'tirgan holatda, 2 daqiqa oraliqda uch marta o'ng qo'lda o'lchandi. AQB Korotkov usuli bilan o'lchandi. sfigmomanometr VA UA-787.  $BP \geq 140/90$  mmHg Art., ambulatoriyadagi ko'rsatmadan keyingi 2 hafta yoki undan ko'proq vaqt ichida kuzatilsa AG deb hisoblanadi. Bularga AG 1 va 2 darajali bemorlar ham kiritilgan.

### **2.2.1. Antropometrik usul**

Antropometrik usul tibbiy elektron tarozilar VEM 150 AZ No 77928 2012 yil, mutaxassis tomonidan tekshirilgan. Tana massasini aniqlash tibbiy elektron tarozilar yordamida amalga oshirilib: tik turgan holda og'irlikni o'lchash uchun tashqi kiyimlar va poyabzal yechib olindi va tarozida tekshirildi. Tana vaznini o'lchashning aniqligi 0,1 gacha yetdi.

Stadiometr yordamida bo'y uzunligi tik turgan holatda o'lchandi. Bo'y uzunligi o'lchovi olib borilganda poyabzal yechildi; quloq suprasi yuqori qirradi orbitaning pastki qirradi bilan bir xil darajada tenglashtirildi, ko'z o'qi joylashuvi gorizontal holatda o'lchandi, to'piqlar, elkalar va boshning orqa qismi stadiometrغا



tegdi. Devorga perpendikulyar ravishda stadiometrning plankasi o`rnatildi bo`y uzunligi eng yuqori nuqtasi deb belgilandi. Aniqlik tana uzunligini o`lchaganda 0,5 sm tashkil etdi. Balandlik o`lchovi stadiometer yordamida amalga oshirildi, o`lchov aniqligi 0,5 smga yetdi. Poyabzal yechib olingandan keyin; tovonlari, elkalari va boshning orqa qismi stadiometrغا tegdi va ko`z o`qi tashqi yuqori qirrasida esa gorizontal joylashgan edi, eshitish teshigi orbitaning pastki cheti bilan bir xil darajada edi. Taxta stadiometer perpendikulyar ravishda boshning eng yuqori nuqtasi darajasida o`rnatildi, devor.

Tana massasi indeksi quyidagi formula bo`yicha JSST tasnifi (1997) bo`yicha aniqlandi:

$$TMI = \text{vazni kg/bo`y uzunligi m}^2$$

18,5 kg/m<sup>2</sup> kam vazn kam TMI bilan aniqlanadi; 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> normal tana vazni (NTV); 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup> ortiqcha (TMI); 30,0 kg/m<sup>2</sup> va undan yuqori semizlik - TMI. 1-darajali semizlik BMI 30,0-34,9 kg/m<sup>2</sup> bo`lgan holda hisoblanadi; 2 daraja - BMI bilan 35,0-39,9 kg/m<sup>2</sup>; 3 daraja - BMI 40,0 kg / m<sup>2</sup> va undan yuqori. Tana vaznini o`lchash aniqligi  $\pm 0,1$  kg teng.

### **Biokimyoviy tadqiqot**

Qonning biokimyoviy ko`rsatkichlarini aniqlash avtomatik ravishda amalga oshirildi ISB bilan KonelabPrime 60I analizatori: glyukoza, xolesterin, xolesterin past zichlikdagi lipoprotein xolesterin, yuqori zichlikdagi lipoprotein, xolesterin, triglitseridlar tahlili uchun qon ertalab teri osti venadan olingan, och qoringa

Bel atrofi erkaklar uchun  $\geq 102$  sm 2) Yuqori TG  $\geq 1,7$  mmol/l 3) HDL darajasining pasayishi ( $\leq 1,0$  mmol/l) 4) glyukoza darajasining oshishi ( $\geq 6,1$  mmol/l) Tahlil qilish uchun ko`rsatilgan har qanday 2 va 3 kombinatsiyasi MS komponentlari. AG guruhlarga bo`linish belgisi edi.

Bemorlar tasodifiy ravishda uch guruhga bo`lingan. Qon bosimi darajasini pasaytirish uchun birinchi guruh bemorlari (n=21) bir marta 25 mg dozada

ichkarida kaptopril, ikkinchi guruh bemorlari (n=22) - 40 mg dozada albeter, uchinchi guruhning bemorlari (n=20) - bir marta 10 mg dozada ichidagi amlodipin buyurildi. Bemorlarda samaradorlik mezonlari sifatida qon bosimining bazal darajadan 15% dan ko'proq, ammo 25% dan oshmasligi, to'liq yo'q bo'lib ketishi yoki inqirozning klinik belgilari sezilarli darajada kamayishi hisobga olindi.

Qon bosimini dinamik o'lchash, yurak urishi boshlang'ich holatda, so'ngra o'rganish dori vositalari tayinlanganidan 15, 30, 45, 60 daqiqa o'tgach amalga oshirildi. EKGni yozib olishda atrioventrikulyar o'tkazuvchanlik dinamikasiga (ST> interval) va ventrikllarning elektr systole (ST interval) davriga alohida e'tibor berildi [87].

Qon bosimi darajasini pasaytirish uchun birinchi guruh bemorlari (n = 113) dori moxonidini, ichkarida 0,4 mg dozada, ikkinchi guruhning bemorlari (n = 112) - dori kaptopril, bir marta 25 mg dozada ichga buyurildi. [93].

### **2.2.1 Laboratoriya tadqiqotlari**

Qon tirsak venadan och qoringa, 12 soatlik ochlikdan keyin olindi. Qon zardobi 20 daqiqa davomida 900 g past tezlikda santrifujlash orqali olingan. +4°S da. Biologik materialning namunalari muzlatilgan va tahlil qilish uchun federal markazga yuborilgunga qadar -20° C dan yuqori bo'lmagan haroratda saqlangan. Yetkazib berish ixtisoslashtirilgan xizmat tomonidan amalga oshirildi. Aniqlash Abbot Architect c8000 avtoanalizatorida Abbot Diagnostic (AQSh) kompaniyasining 83 diagnostika to'plamidan foydalangan holda amalga oshirildi. Lipid spektrining ko'rsatkichlari, jumladan, umumiy xolesterin (UX), triglitseridlar (TG), past zichlikdagi lipoprotein xolesterin (PZLPX) va yuqori zichlikdagi lipoprotein xolesterin (YZLPX).

#### **§ 2.2.1. Umumiy klinik tadqiqot usullari**

Bemorlarning klinik holatini baholash dastlab va dinamik ravishda umumlashtirilgan usullar (so'rov, tekshirish, jismoniy tekshiruv) yordamida amalga

oshirildi. Tadqiqotga qo'shilishdan oldin, kasallikning to'liq tarixi, shikoyatlar va alomatlar to'plandi, xavf omillari, demografik ko'rsatkichlar (jins, yosh, vazn, balandlik) hisobga olindi. Jismoniy tadqiqotda tana vazni va balandligi o'lchandi, kelajakda kg / m da tana massasi indeksining hisoblanishi bilan yurak urishi, puls, qon bosimi, NDD, ta'qib kabi hayotiy funktsiyalarning asosiy ko'rsatkichlarini dinamik o'lchash ishlari ham amalga oshirildi, auskultatsiya, palpatsiya. Qon bosimi darajasi braxial arteriyada N.S. Korotkov usuliga ko'ra, o'rganilgan dori vositalarini tayinlashdan uch marta oldin, shuningdek, o'rganilgan dori vositalarining birinchi dozasi aniqlangandan keyin va dinamikada sphygmomanometr bilan o'lchangani aniqlangan. Qon bosimi supine pozitsiyasida, ikkala qo'lda o'lchandi. Qo'llardagi qon bosimi qiymatlarining farqi bilan qon bosimi qiymati uchun yuqori qiymat olindi. Chaqiruv kartasi to'ldirildi. Shifoxonada umumiy qabul qilingan tibbiy tarix qayd etildi. Unda bemorni tekshirish davomida aniqlangan barcha shikoyat va alomatlar qayd etildi. Shikoyatlar to'plami standart metodologiyaga muvofiq amalga oshirildi, agar kerak bo'lsa, bemorga patologik hissiyotlarning mohiyatini aniqlash uchun qo'shimcha savollar berildi.

### **§ 2.2.2. Tekshirishning laboratoriya usullari**

Leykotsit formulasi, leykotsitlar, eritrositlar soni, trombositlar soni, gemoglobin tarkibi va eritrotsitlar sedimentatsiyasi darajasi bo'lgan tibbiy muassasaning mahalliy laboratoriyasida klinik qon tahlili va biokimyoviy qon tahlili o'tkazilgan. Glyukoza, kreatinin, jami protein, karbamid, bilirubin, ALT, AKT, xolesterin, triglitseridlar, kaliy ionlari, kaltsiy, natriy darajasi ham dastlab va 24 soat kuzatuvdan keyin aniqlandi.

Laboratoriya tekshiruvi quyidagilardan iborat:

- to'liq qon sayin,
- siydikning umumiy analizi,
- mikroalbuminurani aniqlash,
- biokimyoviy tadqiqotlar:

Gepatic parametrlari (fraksiyalar bilan bilirubin, transaminaza, kreatinin, kariya, qoldiq azot);

Lipid spektri (umumiy xolesterin, LDL xoletsistit, HDL xolesterol, TG);

- glyukemiya darajasini aniqlash, glikatlangan gemoglobin (diabet bilan og'rigan shaxslar uchun),

- miyokard nekrozining biologik belgilari (kreatin fosfokinaza, MB fraksiyasi, troponin I ni miqdoriy aniqlash),

- qarorhoi koagulogramā,

-qon plazmasining elektrolitlari,

Qon serumidagi gepatik transaminazalar- ALT va AST darajasi biokimyoviy avtomatik analizatorida Reitman-Frenkel usuli bilan aniqlangan.

**Puls oksimetriyasi** - bu arterial qondagi gemoglobinning kislorod to'yinganligini aniqlash (SaO<sub>2</sub>), to'qimalarning perfuzionini (puls amplitudasi bo'yicha) baholash va puls tezligini o'lchash imkonini beruvchi invaziv bo'lmagan usuldir. Biz puls oksimetr sensorini qo'lning barmog'iga joylashtirdik. puls oksimetri bilan olingan ma'lumot (503 DX, CRITICARE, USA) kislorodni tezda baholash va ma'lum darajada puls tezligining gemodinamikasi va uning amplitudasi, to'qimalarning xushbo'y hidini aks ettiruvchi kislorodni tez baholash uchun etarli bo'ldi. Kislorod olish darajasi 96-100% ni tashkil qiladi. SaO<sub>2</sub> oralig'ida qurilmaning aniqligi juda yuqori 100 dan 89% gacha.

### **§ 2.3. EKG va Ekokardiografiya tadqiqotlari**

Elektrokardiografik tekshiruv kuzatuv ostidagi barcha bemorlarga, dastlab va dinamik ravishda turli turdagi dori-darmonlarni davolash fonida o'tkazildi. EGC O'zbekiston bo'yicha ZT-12-03 "Alton-03" avtomatik rejimli uch kanalli qurilmada qabul qilingan 12 ta qo'rg'oni bilan dam olishda ro'yxatdan o'tkazildi. AKGni yozishda atrioventrikulyar o'tkazuvchanlik dinamikasiga va qorinchalarning elektr sitolining davomiyligiga alohida e'tibor qaratildi. Atrioventrikulyar o'tkazish muddati PQ intervalining davomiyligi bo'yicha baholandi. Qorinchalarning elektr

systole davomiyligi dinamikasi QT intervali bilan baholandi. QT intervalining davomiyligi QRS kompleksi boshidan T to'liqning oxirigacha bo'lgan vaqtga qarab - Izoelektrik chiziq T-R ni kesib o'tish yo'li bilan aniqlandi. U to'liq mavjud bo'lganda T to'liqning oxiri T va U orasidagi nadir nuqta hisoblangan.

QT intervalini yurak urishini hisobga olgan holda tuzatish Bazett formulasi yordamida amalga oshirildi:

$$QT_c = QT / \sqrt{RR}$$

qaerda  $QT_c$  to'g'rilangan QT interval.

Ekardiografiya Mindray mashinasida M- va B- modda amerika ekardiografiya assotsiatsiyasi tavsiyalariga muvofiq bajarilgan. M usulida Penn konvetsiya usulining tavsiyalariga muvofiq LV o'qi bo'ylab parasternal kirish orqali o'lchovlar amalga oshirildi. Intrakardiak gemodinamikaning quyidagi parametrlari o'rganildi: diastole da CDR va DAC LV, TMFJP va TZSLZH. CSR va CSR Teichholtz L. E. va boshq. formulasi yordamida hisoblangan:

$$V = D^3 \times 7 / (2,4 + D),$$

qaerda V – LVning hajmi (KDO yoki CSR) bo'lib,

D – LVning hajmi (finit-diastolik yoki finit-sistolik).

LV FV formulaga ko'ra baholandi:

$$FV = (MLC - CSR) / MLC \times 100 \text{ foiz},$$

qaerda FV chiqarib tashlash fraktsiyasi, % ;

KDO - albatta- chap qorinchaning diastolik hajmi, ml;

CSR - chap qorinchaning cheklangan-sistolik hajmlari, ml [.....].

Ao ildizining kattaligi (mm da) va yurak bo'shliqlari -LP (mm da) o'lchandi. MDL (gr.da) Devereux R.B. va boshqalar formulasi yordamida hisoblangan. al.:

$$MLJ = 1,04 \times [(CDR + TWP + TLTL)^3 - KDR^3] - 13,6 \text{ (grammatikada)},$$

bu erda MLJ – chap ventrikulyar miyokardning massasi, gr;

CDR - chap qorinchaning cheklangan-diastolik o'lchami, sm;

TMJP - interventrikulyar septumning qalinligi, sm;

TZLSJ - chap qorinchaning posterior devorining qalinligi, sm.

Diskineziya va akineziya, miyokard gipertrofiyasi, MZPning siqilishi, papilyar mushaklarning disfunktsiyasi, mitral vananing prolapsi, qo'shimcha chordlarning mavjudligi, LV bo'shlig'ida qon quyqalari mavjudligi ham qayd etildi. LVH mavjudligi imMLJ bilan og'rigan  $>115 \text{ g / m}^2$  erkaklar uchun va ayollar uchun  $>95 \text{ g / m}^2$ .

### **§ 2. 3. 1. Kundalik qon bosimi monitoringi (SMAD)**

Kun davomida qon bosimi darajasi va uning o'zgarishi haqida eng to'liq ma'lumot olish uchun, shuningdek, tergov dori samaradorligini baholash uchun, tadqiqot dori boshqaruvi oldin randomizasyon tashrifi boshida qon bosimi va yurak urishi har kuni monitoringi qo'llanildi. Qon bosimini kundalik monitoring qilish "Meditech" kompaniyasining "AVRO-02" avtomatik qon bosimini nazorat qilish tizimi yordamida amalga oshirildi. "Meditech" kompaniyasi (VNR) bilan olingan natijalarni kompyuterda ishlash.

Dastlabki 6 soat davomida AKG monitoringi bilan qon bosimini avtomatik o'lchash tizimi qon bosimini 15 daqiqalik oraliqda, keyingi 6 soat esa - 30 daqiqalik intervallarda, keyin 60 daqiqadan so'ng o'lchash uchun dasturlashtirilgan.

### **§ 2. 3. 2. Nevrologik defitsitni baholash**

No31 shahar klinik shifoxonasida qabul bo'limini chetlab o'tayotgan kasalxonaga yotqizilgan bemorlarda nevrologik defitsit darajasini ob'ektiv baholash uchun O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi NIHSSning (3-ilova) insult shkalasi qo'llanildi. NIHSS shkalasi nevrologik defitsitning og'irligini baholash imkonini beradi, unga ko'ra engil insult 1 dan 7 pog'onagacha natijaga, o'rtacha og'irlikdagi insultga - 8 pog'onadan 16 pog'onagacha, og'ir insult - 16 pog'onadan ko'proqqa to'g'ri keladi. Klinik rasmning ma'lumotlari, hisoblash tomografi natijalari, Texnos qurilmasida bosh miyaning asosiy arteriyalarini dupleks skanerlash va Echo-KG, insultning patogenetik varianti TOAST mezonlariga muvofiq o'rnatildi.

#### **§ 2. 4. Miyaning xisoblangan tomografiyasi**

Bosh miya insulti bilan murakkablashgan Gipertonik krizisda miya shikastlanishining diqqat-e'tiborining mohiyatini aniqlash uchun bemorlar Toshiba Akvilion 64 skanerida miyaning xushbo'y hisoblash tomografiyasidan o'tishdi.

Lezyonning dinamikasini o'rganish, shuningdek, gemorragik transformatsiyaning yuzaga kelishi mumkinligini aniqlash maqsadida trombolitik terapiyadan o'tgan bemorlar kasallikning 4-6-kunida miyaning CT tekshiruvini qayta-qayta o'tkazishdi. Olingan tasvirlar bo'yicha sm<sup>3</sup> miya shikastlanishining fokus hajmi hisoblab chiqilgan.

Perfuzion xisoblangan tomografiyani amalga oshirish uchun kontrast agenti iodixanol 320 mg yod / ml konsentratsiyasi bilan, 50 ml dozada ishlatilgan bo'lib, u injektor yordamida kubik kateter orqali qo'llanilgan. Bemor va nevrologik holatni klinik baholash natijalariga ko'ra, miya sohasi CT perfuziyasi uchun aniqlangan (bazal gangliyaning sohasi va karotid insultdagi ichki kapsula yoki vertebral-basilar insultida posterior kranial fossaning tuzilishi). Perfuzion xaritalar qurilishidan so'ng, lezyon va miya moddasining kontralateral simmetrik qismi uchun quyidagi ko'rsatkichlar hisoblangan:

-CBF (bosh miya qon oqimi, bosh miya qon oqimi darajasi, ml / 100 g / min) - ma'lum hajmdagi qonning daqiqasiga ma'lum hajmdagi miya materiyasi orqali o'tish tezligi;

- CBV (bosh miya qon hajmi, ml / 100 g) - miya moddasining tanlangan sohasidagi qonning umumiy hajmi;

- TTR (cho'qqiga chiqish vaqti, kontrast agentining eng yuqori konsentratsiyasiga erishish vaqti, sekundlarda o'lchanadi) - kontrast agentining in'ektsiyasi boshidan maksimal konsentratsiyasiga erishish vaqti;

-MTT (o'rtacha tranzit vaqti, kontrastning o'rtacha o'tish vaqti, sekundlarda o'lchanadi) - kontrast agenti bo'lgan qon miya moddasining tanlangan sohasining qon tomir to'shagidan o'tadigan o'rtacha vaqt.

Perfuzion xisoblangan tomografiyadan oldin qon bosimi darajasi o'lchanadi. Lezyonning dinamikasini o'rganish, shuningdek, gemorragik transformatsiyaning yuzaga kelishi mumkinligini aniqlash maqsadida trombolitik terapiyadan o'tgan bemorlar kasallikning 4-6-kunida miyaning CT skanerini amalga oshirdilar.

Olingan tasvirlar bo'yicha  $\text{sm}^3$  miya shikastlanishining fokus hajmi hisoblab chiqilgan.

#### **§ 2.4.1. Tadqiqot natijalariga statistik ishlov berish**

Ish Samarqand davlat tibbiyot institutining 2-sonli ichki kasalliklar kafedrasida va Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining Samarqand filiali 1,2-sonli shoshilinch terapiya bo'limlarida, shuningdek, Samarqand viloyat kardiologiya dispanserida. Oddiy, ochiq, qiyosiy, istiqbolli tadqiqot o'tkazildi. Gipertoik kriz tashxisi qo'yilgan jami 120 nafar bemor o'rganildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi  $58,9 \pm 11,78$ . Bemorlar orasida erkak jinsi ustunlik qildi. (2.1-rasm).

Ma'lumotlarni saqlash va birlamchi ishlov berish Microsoft Excel 2019 ma'lumotlar bazasida Statistica 10 dasturi yordamida amalga oshirildi. Ma'lumotlar quyidagicha ifodalanadi: o'rtacha qiymat ( $M$ )  $\pm$  standart sapma ( $SD$ ). Taqsimot turiga qarab uzluksiz qiymatlardagi farqlarning statistik ahamiyatini aniqlash uchun talabning T-mezoni (parametrik taqsimot bilan) qo'llanildi.

Uzluksiz miqdoriy ma'lumotlarning tavsifli statistikasi o'rtacha *qiymat* ( $M$ ), standart burilish ( $\pm SD$ ) va normal taqsimotda o'rtacha qiymatning ( $t$ ) standart xatosi, shuningdek, odatdagidan boshqa taqsimotda o'rta ( $Mf$  va yuqori (75%) va pastki (25%) kvartillar sifatida keltiriladi.

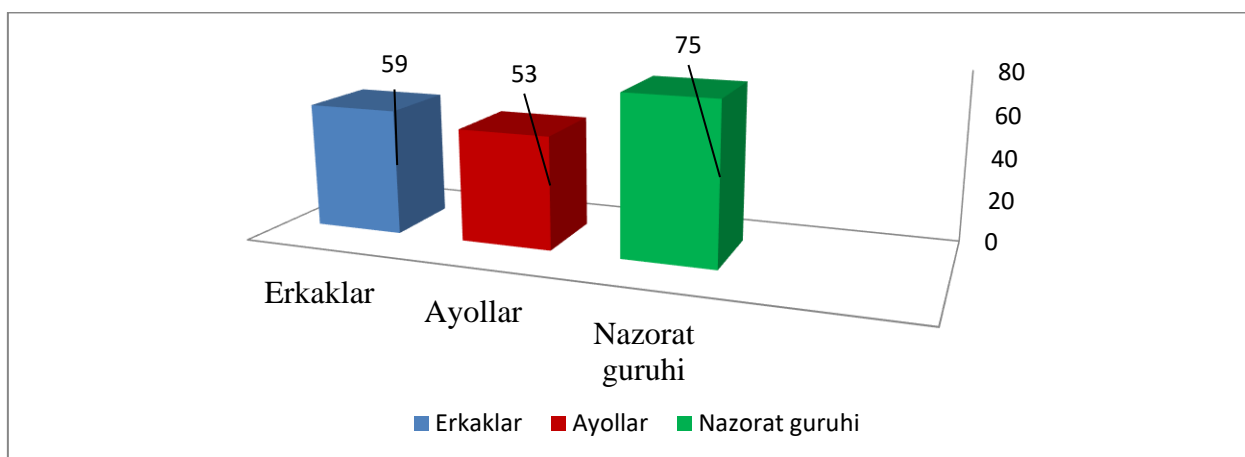
Normal taqsimot olindi, bunda Kolmogorov-Smirnovni nazariy jihatdan normal taqsimotdan farqlash mezonini 0,05 dan ortiq bo'ldi. Analitik statistika o'zgarish tahlili, Talabning odatiy taqsimotga ega bo'lgan miqdoriy ma'lumotlar uchun t-testini yoki daromadlar uchun Ranks /Wilcoxon belgilar yig'indisi mezonini yordamida amalga oshirildi.



### III BOB. XUSUSIY KLINIK TADQIQOTLAR NATIJALARI

#### 3.1 Bemorlarning gipertoniya kasalligining klinik kechish xususiyatlari

Tadqiqotlar 2020 yildan 2022 yilgacha Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining Samarqand filiali (RShTYoIM SF) va Respublika ixtisoslashgan kardiologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi Samarqand viloyat mintaqaviy filialining (RIKIATM SMF) gipertoniya kasalligi va kardioreanimatsiya bo'limlarida olib borildi. Tadqiqotda 112 nafar bemor ishtirok etib, ularning o'rtacha yoshi  $50,82 \pm 7,01$  yoshni tashkil etib, shundan erkaklar 61 (53,51%) nafarni, ayollar esa 53 (46,49%) nafarni tashkil etdi (3.1-rasm). Nazorat guruhini 75 nafar sog'lom insonlar tashkil etdi.



**3.1-rasm. Bemorlarning jinsga bog'liq taqsimlanishi**

Bemorlarni klinik anamnestik ma'lumotlarni o'rganganimizda yo'ldosh kasalliklardan eng ko'p uchragani, Qandli diabet, yurak ishemik kasalligi, infarktdan keyingi kardioskleroz, o'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari va boshqalar (3.1-jadval).

**3.1-jadval**

#### Bemorlarning klinik anamnestik ma'lumotlariga ko'ra taqsimlanishi

Ko'rsatkichlar	Erkaklar(n=59)	Ayollar (n=53)	P
Yoshi	$50,9 \pm 3,8$	$52,1 \pm 3,9$	0,03
Qandli diabet	10(16,9%)	15(28,3%)	0,085
Yurak ishemik kasalligi	21(35,5%)	19(35,8%)	<0,001
Infarktdan keyingi kardioskleroz	11(18,6%)	8(15,0%)	0,002
O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi	5(8,4%)	3(5,6%)	0,008

Surunkali xolesistit	7(11,8%)	5(9,4%)	0,02
----------------------	----------	---------	------

Xavf omillarini o`rganganimizda quydagi xavf omillari aniqlandi, erkak jinsiga mansub bemorlarda stress ayollarga nisbatan 2% ga, gipodinamiya 6% ga, chekish 65.8 % ga, spirtli ichimliklar ichish 12% ga ko`proq uchradi. Noto`g`ri ovqatlanish, osh tuzini ko`p istemol qilish ikkala jinsda ham deyarli bir xil uchradi 3.2-jadval.

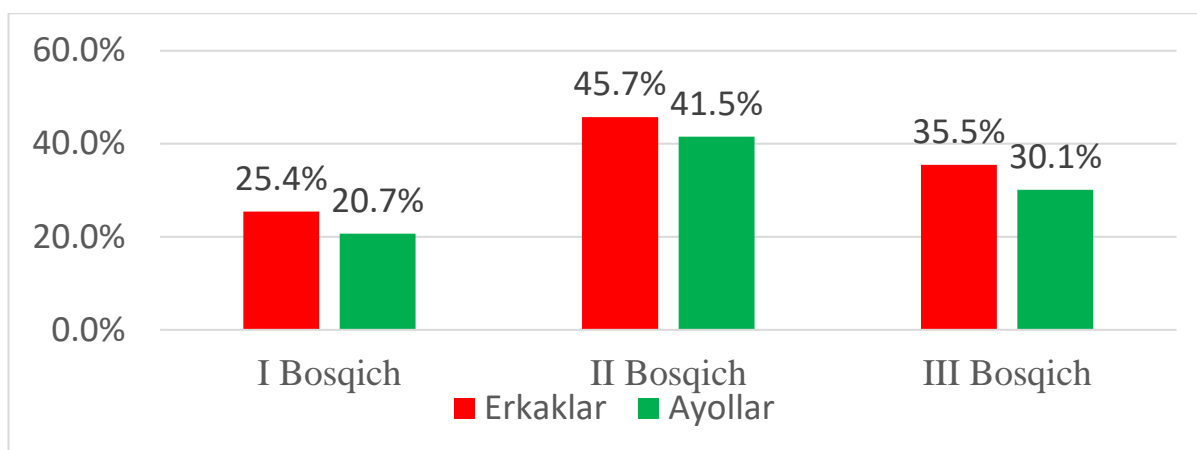
### 3.2-jadval

#### Bemorlarda xavf omillarining uchrash chastotasiga ko`ra taqsimlanishi

Xavf omillari	Erkaklar (n=59)	Ayollar (n=53)	p-value
Stress	22(37,2%)	19(35,8%)	0,86
Gipodinamiya	27(45,7%)	21(39,6%)	0,12
Chekish	41(69,5%)	2(3,7%)	0,02
Noto`g`ri ovqatlanish	45(76,2%)	39(73,5%)	0,27
Osh tuzi	39(66,1%)	29(54,7%)	0,21
Spirtli ichimliklar qabul qilishi	15(25,4%)	7(13,2%)	0,03
Kasb	21(35,5%)	17(32,0%)	0,20
Ijtimoiy - iqtisodiy muhit	12(20,3%)	9(16,9%)	0,04
Tashqi muhit	25(42,3%)	11(20,7%)	0,95

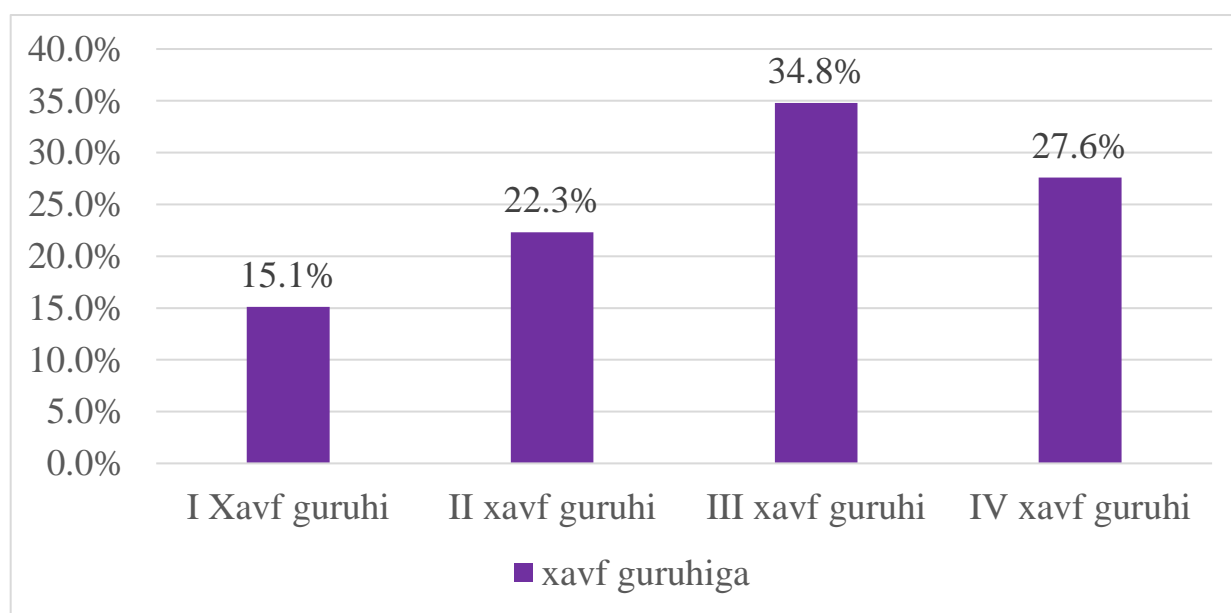
Gipertoniya kasalligining bosqichlariga ko`ra bemorlarimizni o`rganganimizda bemorlarni asosiy qismini gipertoniya kasalligining 2 va 3 chi bosqichlari tashkil qildi. Bunda xar ikkala bosqichda ham erkak jinsiga mansub bemorlar ayol jinsiga mansub bemorlardan ustunlik qildi (3.2-rasm).

#### Gipertoniya kasalligining boshqichlariga ko`ra jinsga bog`liq holda taqsimlanishi



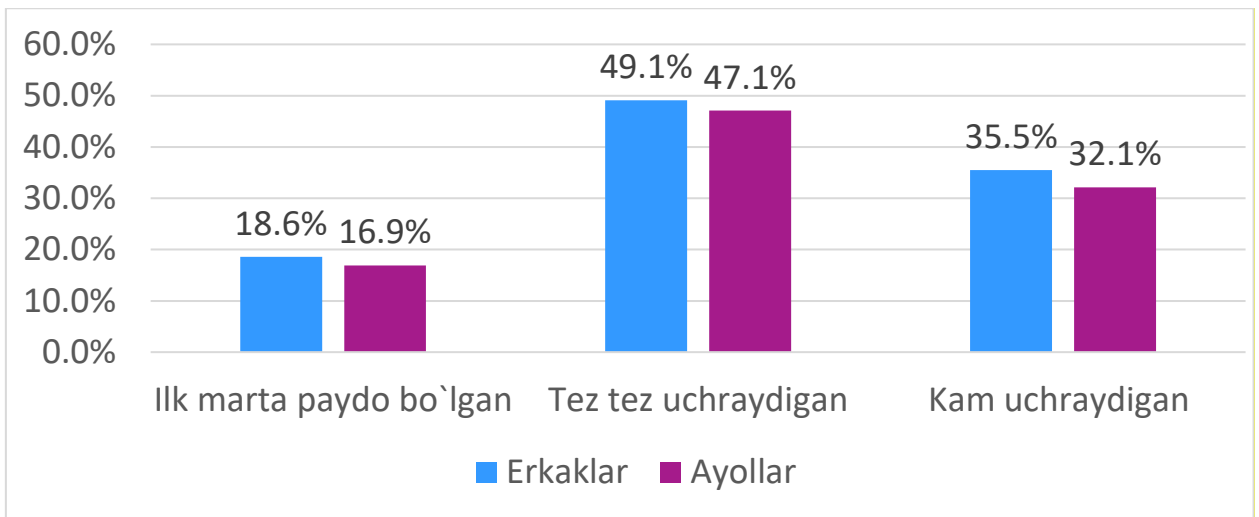
**3.2-rasm. Bemorlarning gipertoniya kasalligining bosqichiga bog'liq taqsimlanishi**

Gipertoniya kasalligining guruhlariga ko'ra o'rganganimizda bemorlarni asosiy qismini 2-3 va 4 chi xavf guruhlarini tashkil qildi, lekin shulardan eng ko'p uchragan xavf guruhi 3 chi xavf guruhi 34.8 foizni tashkil qildi (3.3-rasm).



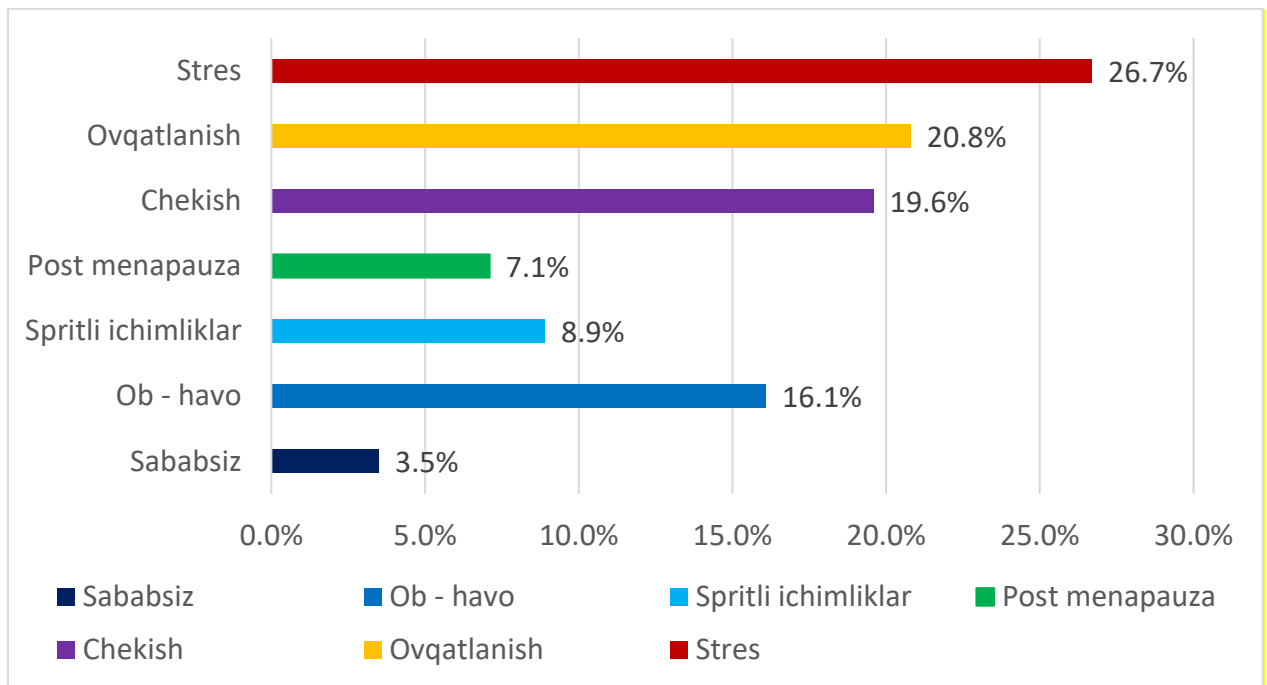
**3.3-rasm. Gipertoniya kasalligining xavf guruhiga ko'ra taqsimlanishi**

Gipertonik krizning uchrash chastotasini jinsga bog'liq xolda o'rganganimizda bemorlarning aksariyatida gipertonik kriz tez-tez uchrashi aniqlandi va gipertonik kriz erkaklarda 49% va ayollarda 47.1% tez-tez uchrashi aniqlandi (3.3-rasm).



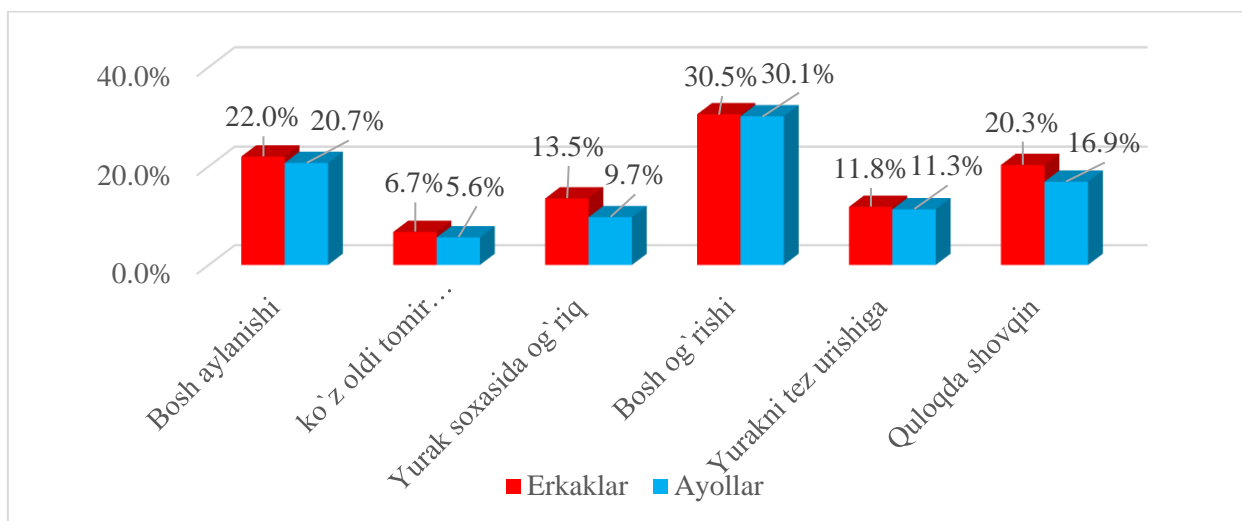
**3.4-rasm. Gipertonik krizning uchrash chastotasiga ko'ra jinsga bog'liq holda taqsimlanishi**

Gipertonik krizni qo'zg'atuvchi omillarini o'rganganimizda stress 26.7%, noto'g'ri ovqatlanish 17.8%, chekish 19.6%, ob-havo 16.1%, spirtli ichimliklar istemol qilish 8.9% eng ko'p gipertonik krizlarni qo'zg'atishiga olib kelishi aniqlandi (3.5-rasm).



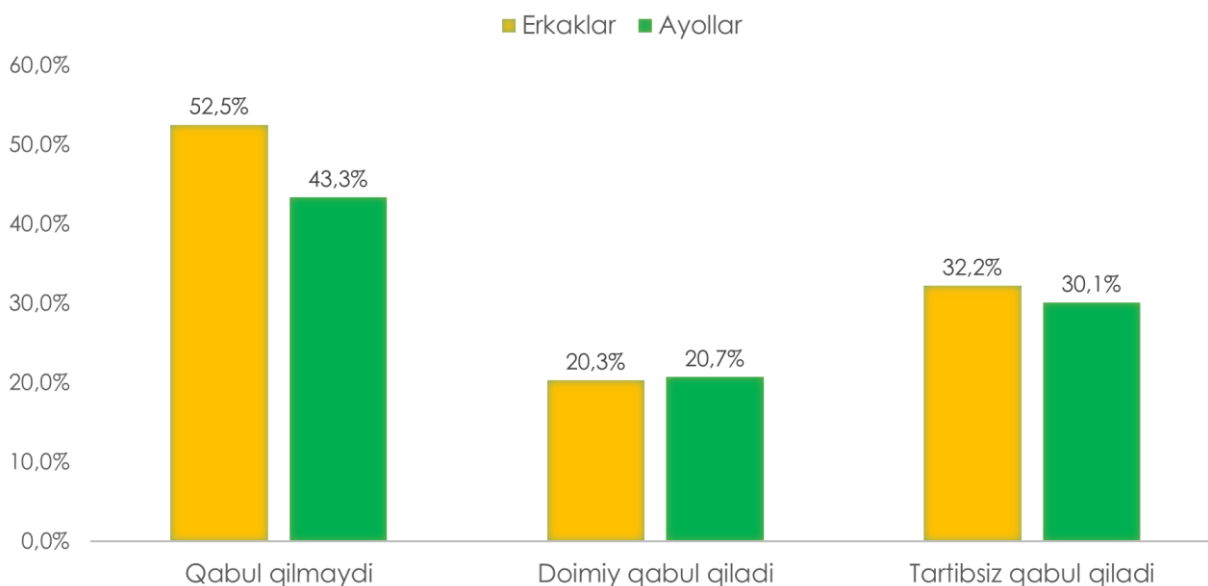
**3.5-rasm. Gipertonik krizni qo'zg'atuvchi omillar**

Gipertonik kriz bilan kelgan bemorlarni shikoyatlarini taxlil qilganimizda quyidagi shikoyatlar aniqlandi va bularning ichi eng ko`p uchragan shikoyatlar bosh og`rig`i, bosh aylanishi va quloqlarda shovqinni tashkil qildi (3.6-rasm).



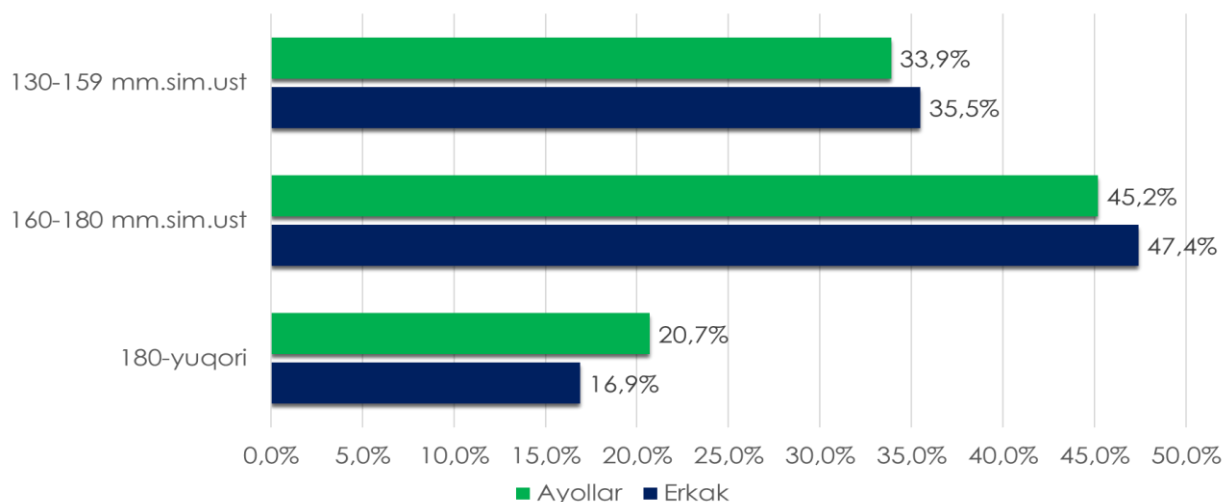
**3.6-rasm. Bemorlarning shikoyatlariga ko`ra taqsimlanishi**

Bemorlarda gipertoniya kasalligini davolashda dorilarni qabul qilish darajasini o`rganimizda quyidagi natijalarni aniqladik. Bemorlarni aksariyat qismi yani erkaklar 52.5% ayollar 43.3% da dorilarni muntazam qabul qilmaydi, shundan 20.3% erkaklar va 20.7% ayollar dorilarni muntazam qabul qiladi va 32.2% erkaklar 30.1% ayollar dorilarni tartibsiz qabul qiladi (3.7-rasm).



**3.7-rasm. Bemorlar muntazam dori qabul qilishiga qarab taqsimlanishi**

Gipertonik kriz vaqtida qon bosimining ko`tarilish darajasiga ko`ra o`rganganimizda bemorlarni aksariyat qismida arterial qon bosimi 160 mm sim ust dan yuqori darajalarga ko`tarilgani aniqlandi. Shundan erkaklarda 47.4% ayollarda 45.2% ida 160-180 mm sim ust gacha ko`tarilgani aniqlandi (3.8-rasm).



**3.8-rasm.** Bemorlarning AQB ko`tarilish darajasiga ko`ra taqsimlanishi

### Xulosa

Bemorlarni klinik anamnestik ma'lumotlarni o`rganganimizda yo`ldosh kasalliklardan eng ko`p uchragani, qandli diabet, yurak ishemik kasalligi, infarktdan keying kardioskleroz, o`pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari va boshqalar aniqlandi. Xavf omillarini o`rganganimizda quydagi xavf omillari aniqlandi, erkak jinsiga mansub bemorlarda stress ayollarga nisbatan 2% ga, gipodinamiya 6% ga, chekish 65.8 % ga, spirtli ichimliklar ichish 12% ga ko`proq uchradi. Noto`g`ri ovqatlanish, osh tuzini ko`p istemol qilish ikkala jinsda ham deyarli bir xil uchradi. Gipertonik kriz vaqtida qon bosimining ko`tarilish darajasiga ko`ra o`rganganimizda bemorlarni aksariyat qismida arterial qon bosimi 160 mm sim ust dan yuqori darajalarga ko`tarilgani aniqlandi. Shundan erkaklarda 47.4% ayollarda 45.2% ida 160-180 mm sim ust gacha ko`tarilgani aniqlandi. Bemorlarda gipertoniya kasalligini davolashda dorilarni qabul qilish darajasini o`rganganimizda bemorlarning aksariyat qismi yani erkaklar 52.5% ayollar 43.3% da dorilarni muntazam qabul qilmaydi, shundan 20.3% erkaklar va 20.7% ayollar

dorilarni muntazam qabul qiladi va 32.2% erkaklar 30.1% ayollar dorilarni tartibsiz qabul qilishi aniqlandi.

### 3.2. Gipertonik kriz bo`lgan bemorlarda laborator tahlil natijalarini qiyosiy baholash

AG rivojlangan vaqtda qon umumiy tahlili klinik tahlil qilinganda, har ikkala guruhda ko`rsatkichlar statistik jihatdan sezilarli farq qilinmadi va quyidagi natijalar aniqlandi (3.3-jadval).

#### 3.3-jadval

#### GK bilan bemorlarning umumiy qon tahlili natijalari

Ko`rsatkichlar	Umumiy (n=112)	Erkaklar (n=59)	Ayollar (n=53)	p-value
Eritrotsitlar, $10^{12}/l$	4,40 [4,23; 4,80]	4,4 [4,2; 4,7]	4,4 [4,2; 4,9]	0,82
Gematokrit, %	41,8 [38,7; 45,2]	40,8 [37,8; 45,3]	42,4 [38,3; 45,2]	0,27
Gemoglobin, g/l	126,0 [115,0; 138,0]	124,0 [113,0; 135,0]	126,5 [117,8; 140,0]	0,30
Trombotsitlar, $10^9/l$	245,0 [210,5; 303,0]	247,0 [214,0; 305,0]	243,0 [210,0; 301,0]	0,64
Leykotsitlar, $10^9/l$	9,2 [7,3; 10,6]	9,5 [7,5; 11,0]	9,1 [7,3; 10,3]	0,78
T/y neytrofillar, %	4,5 [2,0; 5,0]	6,0 [2,0; 5,0]	3,0 [2,0; 5,0]	0,86
S/y neytrofillar, %	66,0 [59,0; 71,0]	67 [59,7; 70,0]	65,0 [58,0; 74,0]	0,67
Eozonofillar, %	1,2 [1,0; 2,5]	1,7 [1,0; 2,5]	1,1 [1,0; 2,1]	0,1
Bazofillar, %	0,5 [0,0; 0,5]	0,5 [0,0; 0,6]	0,0 [0,0; 0,0]	0,01
Monotsitlar, %	8,0 [4,9; 8,30]	7,0 [4,3; 7,8]	8,50 [5,5; 8,9]	0,28
Limfotsitlar, %	17,6 [11,0; 26,1]	16,3 [17,6; 25,6]	16,7 [13,0; 26,1]	0,08

Biokimyoviy qon tahliliga ko'ra, o'rganilayotgan guruhlarda bir qator muhim farqlar aniqlandi. Qon bioximyaviy taxliliga ko`ra erkaklarda kreatinin 12 mmol/l ga, mochevina 1 mmol/l ga yuqoriligi aniqlandi (3.3-jadval).

### 3.4-jadval

#### O'rganilayotgan guruhlarda biokimyoviy qon tekshiruvi natijalari

Ko'rsatkichlar	Umumiy (n=112)	Erkaklar (n=59)	Ayollar (n=53)	p-value
Umumiy oqsil, g/l	73,0 [68,8; 76,5]	72,3 [68,4; 75,6]	74,2 [70,2; 77,3]	0,11
Kreatinin, mmol/l	94,4 [77,6; 109,7]	96,2 [82,9; 123,0]	84,4 [72,5; 102,2]	< 0,02
Mochevina, mmol/l	7,0 [4,9; 8,7]	7,4 [6,5; 8,0]	6,4 [4,3; 7,4]	< 0,01
Umumiy birubin, mkmol/l	15,9 [8,3; 18,2]	15,6 [7,8; 16,9]	16,0 [8,4; 19,2]	0,8
Glukoza, mmol/l	6,0 [5,8; 10,0]	5,8 [6,1; 10,0]	6,2 [5,7; 9,4]	0,69
ALT, ME/l	33,0 [26,0; 46,0]	32,0 [26,1; 45,50]	32,6 [25,40; 46,2]	0,8
AST, ME/l	43,4 [34,0; 60,3]	44,1 [35,7; 55,4]	42,7 [33,3; 63,7]	0,73

Bemorlarni qon analizida lipid spektrini aniqlaganimizda har ikkala jinsga mansub bemorlarda atterogenlik koefisenti erkaklarda ayollarga nisbatan 2.1 ga yuqoriligi aniqlandi. Ayollarda yuqori zichlikdagi lipoproteidlar 0.12 mmol/l ga yuqoriligi aniqlandi (3.5-jadval).

### 3.5-jadval

#### Gipertonik kriz bilan kasallangan bemorlarda lipid ko'rsatkichlari

Ko'rsatkichlar	Erkaklar (n=59)	Ayollar (n=53)	p-value
Umumiy xolestirin	6,6±0,3	5,5±0,2	<0,01
Yuqori zichlikdagi lipoproteidlar	0,84±0,06	0,96±0,08	>0,5
Past zichlikdagi lipoproteidlar	4,2±0,2	3,7±0,2	>0,2
Trigiletserid	3.1±0,4	2,9±0,3	<0,001
Aterogenlik koefisenti	6,8±0,3	4,7±0,2	<0,001

Shunday qilib qon bioximyaviy taxliliga ko'ra erkaklarda kreatinin 12 mmol/l ga, mochevina 1 mmol/l ga yuqoriligi, lipid spektrini aniqlaganimizda har ikkala jinsga mansub bemorlarda atterogenlik koefisenti erkaklarda ayollarga nisbatan 2.1 ga yuqoriligi aniqlandi. Ayollarda yuqori zichlikdagi lipoproteidlar 0.12 mmol/l ga yuqoriligianiqlandi va bu gipertonik kriz rivojlanishida xavf omillaridan biri hisoblanadi.



### 3.3. Gipertonik kriz bo'lgan bemorlarda instrumental tekshiruv natijalarini qiyosiy baholash

Arterial qon bosimining sutkalik monitor qilganimizda erkak jinsida ayol jinsiga nisbatan qon bosimining barcha ko'rsatkichlari yuqoriligi aniqlandi. Bunda barcha ko'rsatkichlar erkak jinsiga mansub bemorlarda ayol jinsiga mansublardan yuqoriligi aniqlandi (3.6-jadval).

**3.6-jadval**

#### Arterial qon bosimining sutkalik monitoringi

Ko'rsatkichlar	Erkak (n=59)	Ayol (n=53)	P
O'rtacha sutkalik SQB, mm. sim. ust	166,3±18,4	162,9±17,1	0,717
O'rtacha sutkalik DQB, mm. sim. ust	91,9± 11,8	89,4±9,7	0,244
O'rtacha kunduzgi SQB, mm. sim. ust	158,5±19,4	155,5±18,4	0,733
O'rtacha kunduzgi DQB, mm. sim. ust	98,5±12,3	94,1±10,6	0,427
O'rtacha tungi SQB, mm. sim. ust	148,8±15,2	143,8±18,5	0,542
O'rtacha tungi DQB, mm. sim. ust	94,1+ 10,1	90,7± 10,03	0,881
O'rtacha kunduzgi YuQS, (daq)	91,8± 10,2	84,2±7,9	0,629
O'rtacha tungi YuQS, (daq)	86,7±7,2	83,9±6,9	0,439

Tekshirilgan bemorlarni EKG malumotlarini taxlil qilganimizda barcha bemorlarda chap qorincha gipertrofiyasi yoki chap qorincha zo'riqishi belgilari aniqlandi. Erkak jinsida paroksizmal taxikardiya 5 % , ekstrasistolialar 3 % , blokadalar 2 % , bo'lmachalar fibrilyatsiyasi 3 % xolatlarda ayollarga nisbatan ko'proq uchradi (3.7-jadval).

**3.7-jadval**

#### Tadqiqot guruhlaridagi bemorlarda birlamchi EKG da qayd etilgan o'zgarishlar

Ko'rsatkichlar	Erkak n=59	Ayollar n=53	p-value
Chap qorincha gipertrofiyasi	52(88,1%)	48(90,5%)	0,27
Supraventrikulyar paraksizmal	16(27,1%)	12(22,6%)	0,02

taxikardiya			
Ventrikulyar paraksizmal taxikardiya	9(15,2%)	6(11,3%)	0,17
Ekstrosistoliyalar	15(25,4%)	12(22,6%)	0,24
Blokadalar	8(13,5%)	6(11,3%)	0,30
Bo`lmachalar fibrilatsiyalar	14(23,7%)	11(20,7%)	0,01
Chandiqlik	11(18,6%)	8(15,0%)	0,02
Ishemik o`zgarishlar	18(30,5%)	16(30,1%)	0,13
Gipoksik o`zgarishlar	21(35,5%)	17(32,0%)	0,32
Chap qismi zo`riqlik belgilari	22(37,2%)	19(35,8%)	0,10

ExoKG malumotlarida ayollarda erkaklarga nisbatan chap qorinchaning qon otish fraksiyasi 1 % xolatlarda yuqoriligi aniqlandi. Erkaklarda gipokinez 10 %, akinez 3.7 % ayollarga nisbatan ko`proq uchradi (3.8-jadval).

### 3.8-jadval

#### AG bilan og'rigan va semirib ketgan bemorlarning ExoKG ko`rsatkichlari

Ko`rsatkichlar	Umumiy, n=112	Erkaklar (n=59)	Ayollar (n=53)	P
ODH,ml	103,5 [83,7; 139,0]	102,0 [85,0; 135,0]	105,0 [83,0; 144,0]	0,27
OSH,ml	48,9 [39,4; 68,2]	48,0 [38,7;61,1]	56,0 [42,0; 79,0]	0,02
CHQ OF, %	50,0 [42,0; 56,0]	55,0 [42,0; 56,0]	56,0 [42,0; 56,0]	0,17
ODO', mm	48,0 [43,2; 49,0]	46,0 [41,0; 48,5]	48,0 [45,0; 54,0]	0,09
OSO', mm	32,0 [25,5; 40,0]	28,5 [23,0; 35,5]	40,0 [29,0; 40,0]	< 0,01
Gipokineziya, n(%)	27 (24,1%)	17 (28,8)	10 (18,8)	0,01
Akineziya, n(%)	17 (15,1)	10 (16,9)	7 (13,2)	
Diskeniziya, n(%)	15 (13,3)	8 (13,5)	7 (13,2)	

Gipertenziya va semizligi bor barcha bemorlarda ChQG mavjudligi diqqatga sazovordir.

ChQB mavjudligida o'rtacha kunlik DQB statistik jihatdan sezilarli darajada yuqori bo'lib, bu semirish bilan 85,12,5 mm Hg va semizliksiz 79,4 ± 8,8 mm Hg edi. (p=0,039), shuningdek, o'rtacha kecha SQB yuqori darajasiga tomon

tendentsiya: semizlik bilan -  $123,2 \pm 19,6$  mm Hg, semizlik holda -  $114,6 \pm 7,4$  mm Hg . ( $P=0,072$ ).

Shunday qilib tana vazni indeksi yuqori chastotasiga va aterosklerotik pilakchalar mavjudligi aniqlandi

Semizligi bo'lgan va bo'lmagan bemorlar qon bosimining sutkalik monitor ko'rsatkichining barcha ko'rsatkichlari bo'yicha solishtirish mumkin edi, ammo tungi QB ning ko'payishi tendentsiyasi mavjud edi. Semizlik bilan og'rigan odamlarda QB ning tungi kamayishi non - dipper va night - peaker semizliksiz bo'lganlarga qaraganda statistik jihatdan ahamiyatsizroq.

Ushbu ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, AG bemorlarining taxminan 2/3 qismi ortiqcha vaznga ega. Har bir guruhdagi bemorlarning taxminan to'rttdan bir qismi semizlik bor. GK bilan kasallangan erkaklarda atigi 9,64%, ayollarda esa 6,14% normal vazn ko'rsatkichlariga ega.

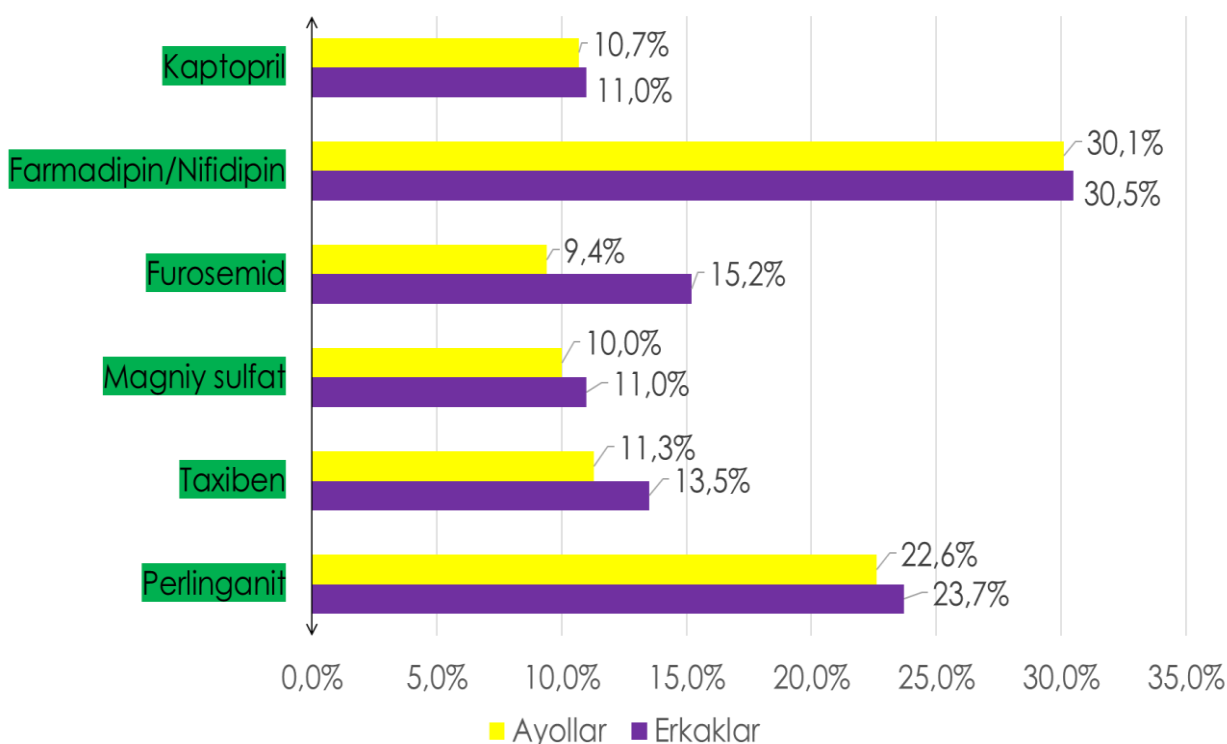
Ba'zi hollarda GK bilan og'rigan bemorlarda boshqa klinik ko'rinishlar paydo bo'ldi: yurak ritmining buzilishi, yurak yetishmovchiligi belgilarining paydo bo'lishi yoki kuchayishi (nafas qisilishi, yurak astmasi, o'pka shishi), umumiy xolsizlik, har xil darajada terlash kabi bir qator klinik kechishlar bilan o'tdi.. Holsizlik ko'rinishidagi vegetativ alomatlar, har xil darajadagi terlash faqat GK bemorlarida, aksariyat hollarda miokard infarkti bilan og'rigan bemorlarda kuzatilgan.

Shunday qilib, ushbu bo'limda o'tkazilgan tadqiqot zamonaviy ambulatoriya amaliyotida kuzatilgan haqiqiy klinik vaziyatni aks ettiradi. GK va turli xil ko'tarilgan qon bosimining paydo bo'lishini tahlil qilinib GK bo'lmagan shaxslarga nisbatan, AG 55,9% da, yashirin GK - 20,4% da ambulatoriya holatida bo'lgan. GK bilan og'rigan o'rta yoshli bemorlarda (o'rtacha 52,3 yosh) ko'proq semirish (72,6%), oilada yoshlikdagi yurak xuruji (62,9%), qo'shma kasalliklar (46,5%), yurak xuruji (46,5%) bo'lgan. 48,4%, subklinik ateroskleroz (47,5%), jismoniy harakatsizlik (48,4%) va yuqori yurak-qon tomir xavfi (27,4%).

Yuqori va juda yuqori yurak-qon tomir xavfi bo'lgan o'rta yoshdagi bemorlarning zaif guruhi aniqlanib ko'proq erkaklarda arterial gipertenziya bilan kasallangan bemorlar, chap qorincha gipertrofiyasi va toj tomirlar aterosklerotik pilakchalar mavjudligi aniqlandi.

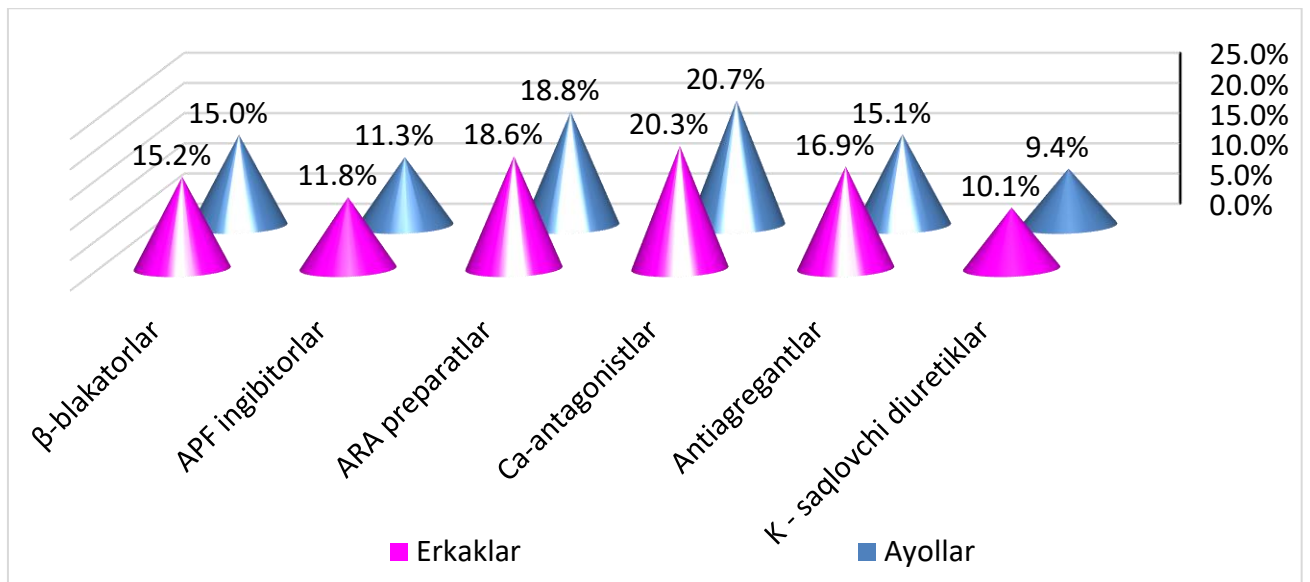
### 3.4. Gipertoniya kasalligini davolash samaradorligi

Gipertonik krizni bartaraf etishda quyidagi dorilardan foydalaniladi, kaptopril, farmadipin, furosimid, magniy sulfat, taxiben, perlinganet kabi vositalardan foydalaniladi (3.9-rasm).



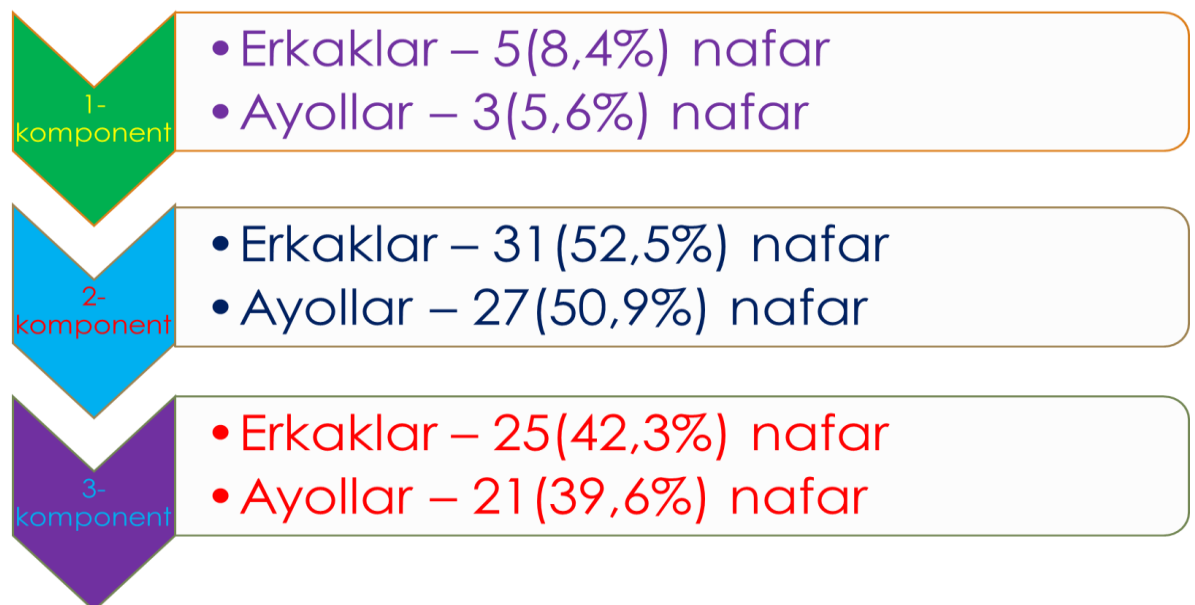
**3.9-rasm. Gipertonik krizni bartaraf etishda ishlatiladigan dorilar**

Gipertyonik krizni rejali davolashda quyidagi dorilardan ishlatildi va eng samarali natijaga ega bo'lgan dorilar qatoriga ARA preparatlari, Ca antagonistlari, betta-adreno blokatorlar hisoblanadi (3.10-rasm).



### 3.10-rasm. Gipertonik krizlarni rejali davolashda ishlatiladigan dorilar

Quyidagi slaydda gipotenziv vositalarni ishlatilishiga qarab bemorlar taqsimlandi bemorlarning aksariyati 2-komponentli va 3-komponentli davo o`tkazildi, bizlar bunda ko`pincha kombinerlangan dorilardan 2-komponentli dorilardan amlessa, ekvator, valadip, lartenziya kabi vositalardan. 3-komponentli vositalardan Co-amlessa, Co-valodip, Tripliksam kabi dorilardan foydalanildi (3.11-rasm).



### 3.11-rasm. Bemorlarning olib borilgan davolash usullariga ko`ra taqsimlanishi

Antigipertenziv dori vositalarni qabul qilgandan keyin arterial qon bosim ko`rsatkichlari 2 va 3 komponentli dori vositalari qabul qilganlarda 1-komponentli

dori qabul qilganlaqrga nisbatan yuqori samaradorlikga ega ekanligi aniqlandi (3.12-rasm).

Dori komponenti	Oldingi	Keying
<b>1 komponentli</b>	140 – 180 mm.sim.ust	150 – 160 mm.sim.ust
<b>2 komponentli</b>	140 – 180 mm.sim.ust	140 – 150 mm.sim.ust
<b>3 komponentli</b>	140 – 180 mm.sim.ust	120 – 130 mm.sim.ust
<i>Eslatma – 2 va 3 komponentli dori vositalari 1 komponentli dori vositalariga qaraganda samaradorligi yuqoriroqligi aniqlandi.</i>		

***3.12-rasm. Antigipertenziv dori vositalarni qabul qilgandan keyingi AQB ko`rsatkichlari***

Gipertonik krizni bartaraf etishda eng ko`p ishlatilgan dorilardan kaptopril, farmadipin, furosimid, magniy sulfat, taxiben, perlinganet kabilar hisoblanib, eng samarali natijaga ega bo`lgan dorilar qatoriga ARA preparatlari, Ca antagonistlari, betta-adreno blokatorlar hisoblanadi. Davolashda bemorlarning aksariyatiga 2-komponentli va 3-komponentli davo o`tkazildi, bizlar bunda ko`pincha kombinerlangan dorilardan 2-komponentli dorilardan amlessa, ekvator, valadip, lartenziya kabi vositalardan. 3-komponentli vositalardan Co-amlessa, Co-valodip, Tripliksam kabi dorilardan foydalanildi. Antigipertenziv dori vositalarni qabul qilgandan keyin arterial qon bosim ko`rsatkichlari 2 va 3 komponentli dori vositalari qabul qilganlarda 1-komponentli dori qabul qilganlaqrga nisbatan yuqori samaradorlikga ega ekanligi aniqlandi.

## XOTIMA

Gipertoniya kasalligi (essensial gipertoniya) - yurak–qon tomirlar sistemasi patologiyasi bo‘lib, arterial bosimning barqaror va avj olib oshishi, hamda organlarda morfologik o‘zgarishlar bilan kechadigan murakkab kasallikdir. GK mustaqil nozologik birlik hisoblanadi va arterial gipertenziyalarning 78-95% ushbu kasallikka to‘g‘ri keladi. Essensial gipertoniyaning gipertenziyalarning boshqa turlaridan farq qildiradigan bir necha tomonlari bo‘lib, arterial bosim oshishining turg‘unligi borgan sari ortib boradi va kasallikning boshqa belgilari qon bosimining oshuvi tufayli yuzaga keladi.

AG – ko‘p omilli patologiya bo‘lib: irsiy, ichki va tashqi muhitning yomon ta’sirining birgalikda kelishi oqibatidir (Gogin E.E, 2003; CHazova I.E., 2002; Eliseeva M.R., 2004; Kobalava J.D., 2005; Dzau VJ., 2006).

Gipertoniya kasalligining rivojlanishiga imqoniyat tug‘dirishi mumkin bo‘lgan xavfli omillar sifatida tana og‘irligining haddan ortiqligi (ortiqcha tana vaznli kishilarning 1/3 qismida gipertenziya qayd qilingan), qandli diabet (qandli diabetda 30-40% katta yoshdagi bemorlarda gipertenziya uchraydi), muntazam ravishda osh tuzini ko‘plab iste’mol qilish va gipodinamiya tan olingan.

Ananaviy xavf omillari bilan birgalikda kasallikning rivojlanishida irsiyat muhim ahamiyatga ega. Adabiyotlardagi ma’lumotlarga ko‘ra, irsiy fonda an’nanaviy xavf omillarining ta’siri yanada kuchayadi. Gipertoniya kasalligini rivojlanishida muhim o‘rin tutuvchi genotipik (irsiy) omillarning ta’sirini yuzaga chiqishida ruhiy hissiyotlarning surunkali ravishda kuchayishi, stress holatlari, salbiy hissiyotlarning tez-tez takrorlanishlari ham muhim hisoblanadi. Nerv-asabiy omillar xissiyotlarga ko‘p beriluvchan xarakterologik tipdagi kishilarda ko‘p kuzatiladi. Kuchli tabiiy (er qimirlashlari, suv toshqini, yong‘inlar, ko‘chqilar), iqtisodiy-ijtimoiy va oilaviy (kam ta’minlanganlik, ishsizlik, yaqin kishilar o‘rtasidagi kelishmovchiliklar, yaqinlarini yo‘qotish) noxushliklar kasallikni rivojlanishi va avj olishida mustaqil omil bo‘lishi isbotlangan.

Ishning maqsadi. Nasliy gipertoniya kasalligi aniqlangan bemorlarda kasallikning premorbid xolatini xamda klinik xususiyatlarini o'rganish va effektiv davo muolajalarini tanlash.

Samarqand davlat tibbiyot instituti 1-klinikasi terapiya bo'limida va Samarqand viloyati kardiologik dispanserida gipertoniya kasalligi bilan kasallangan 35 yoshdan 75 yoshgacha bo'lgan 95 nafar bemor (40,0%-ayol, 60,0%-erkak) klinik tekshiruvlardan o'tkazildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi  $53,8 \pm 6,8$  yilni tashkil etdi. Gipertoniya kasalligi 35-55 yoshlar oralig'ida erkakalar orasida, katta yoshlilar orasida esa ayollar orasida ko'p uchradi (60 yoshdan katta). 55-60 yoshlar orasida erkaklar va ayollarda kasallik bir xil uchradi.

Ayollarning yoshi o'rtacha  $59,2 \pm 5,2$  yilni tashkil etdi. Tekshiruv vaqtida erkaklarning yoshi esa  $50,2 \pm 6,8$  yil bo'lib, ayollar yoshidan statistik ishonchli kam bo'ldi ( $R < 0,05$ ). Kasallik davomiyligi erkaklarda - 6,1 yilni, ayollarda esa - 9,3 yilni tashkil etdi.

Bemorlar Respublikamizda qabul qilingan standartlar asosida tekshiruvlardan o'tkazildi. Barcha bemorlarda bo'y uzunligi, tana vaznini o'lchash va tana vazni indeksini hisoblash olib borildi. AG diagnostikasi AB ni o'lchash talablarining to'g'ri bajarilishi bilan aniqlandi (o'lchash bemor bir necha daqiqa tinch holatda bo'lgandan so'ng simobli yoki yangi kalibrlangan aneroid sfigmomanometr yordamida kamida 2 marta 1-2 minut oralig'ida o'tkazildi). Birinchi tekshiruvda o'lchash ikkala qo'lda, keyingi o'lchashlar qaysi qo'lda yuqori ko'rsatkichlar bo'lsa, shu tomonda bajarildi. 65 yoshdan yuqoridagilarda, QD li va antigipertenziv dori vositalari qabul qiladigan bemorlarda bosimni tik turgan holatda o'lchandi (ortostatik gipotenziyani aniqlash uchun). «Oq holat» li AB (ofis AB) bo'lishi imkoniyati borligini ham hisobga olindi.

Tekshiruvlarimizda gipertoniya kasalligi bilan kasallanganlarning 3 (3,2%) nafarida (barchasi erkaklar) gipertoniya kasalligining birinchi bosqichi, 67 (70,5%) nafarida (41 erkak, 26 ayol) ikkinchi bosqichi, 25 (26,3%) nafarida (13 erkak, 12 ayol) uchinchi bosqichi aniqlandi. Gipertoniya kasalligi bilan kasallangan



bemorlarning 48 (50,5%) nafarida YUIK: 23 (24,2%) nafar (11 ayol, 12-erkak) bemorda zo‘riqish stenokardiyasi II funksional sinfi, 13 (13,7%) nafar (5 ayol, 8 erkak) bemorda zo‘riqish stenokardiyasi III funksional sinfi, 12 (12,6%) nafar (4 ayol, 8 erkak) bemorda infarktdan keyingi kardioskleroz aniqlandi.

Gipertoniya kasalligida yurak ritmi buzilishlari – xavfli aritmiyalardan korinchalar ekstrasistoliyasi (8 nafar bemor, 8,4%), titroq aritmiya (8 nafar bemor, 8,4%) va paroksizmal taxikardiya (3 nafar bemor, 3,2%) bemorda qayd etildi. Surunkali yurak etishmovchiligi kuzatuvimizdagi bemorlardan 19 nafarida (14 nafar erkakda, 5 nafar ayolda) aniqlandi, bu 20,0% ni tashkil etadi. Surunkali yurak etishmovchiligi aniqlangan bemorlarning o‘rtacha yoshi –  $58,6 \pm 5,9$  yilni, kasallikning davomiyligi  $8,8 \pm 0,9$  yilni tashkil etdi. Jinsga ko‘ra qon aylanishi etishmovchiligi ayollarda o‘rtacha  $62,0 \pm 6,2$  yoshda, erkaklarda esa 5 yil oldinoq –  $57,5 \pm 5,7$  yoshda boshlanganligi qayd etildi.

**Maxsus tekshiruv usullaridan** bemorlar irsiyati genealogik usulda aniqlandi (N.P. Bochkov, 2004). **Tana massasi indeksini aniqlashda** tana massasi indeksi (TMI) quyidagi formulada chiqariladi:  $TMI = \frac{\text{bemor massasi (m)}}{\text{bemor bo‘yi uzunligi metrda (h)}^2} = \text{kg/m}^2$ . VOZ tomonidan taklif etilgan jadval asosida tana massasining o‘zgarishlari aniqlandi. **Bemorlar psixologik tipini aniqlash** YUng mezonlari bo‘yicha olib borildi. YUng tomonidan barcha insonlar 2 psixologik tipga bo‘lingan: A tip – ekstravert tip, B tip – introvert tip. **Bek shkalasi bo‘yicha depressiya darajasini aniqlandi** (Beck Depression Inventory). Bemorlarning ovqatlanish xususiyatlari va ularning buzilishlari S.A. Maksimov va xammualiflari tomonidan (2012 y) taklif etilgan faktoral analizga asoslanib o‘tkazildi.

Bizning tekshiruvlarimiz GK bemorlar irsiyati aniqlashda N.P. Bochkov tomonidan tavsiya etilgan genealogik usulini ko‘llash mumkinligini ko‘rsatdi. Bemorlarni shajara darxatidagi simvollarni jadvalga almashirish bemorlarning qon-qarindoshlari sog‘lig‘i holatini aniqroq ifodalash imkonini berdi. GK bilan kasallangan bemorlarning qarindoshlar orasida 57,1% xolatda ichki a‘zolar kasalliklari: 37,8% - GK va YUIK, 19,3% - qarindoshlarda yurakka aloqador

bo'lmagan kasalliklar aniqlandi. Bemorlarning 6,6% qon-qarindoshlarining o'limi GK va YUIK bilan bog'liq bo'ldi.

YAqin qon qarindoshlarida GK va YUIK bo'lgan bemorlar orasida erkaklar ko'pchilikni tashkil etadi, ularda kasallik erta rivojlanadi, AG darajasi yuqori bo'ldi. Irsiy gipertoniya uchun YUUS oshishi, kunduzi sistolik va diastologik arterial bosimningkechqurunga nisbatan ko'proq oshuvi xarakterli bo'ladi, kasallikning asoratlari – PIKS, ritm buzilishlari va bosh miyada qon aylanishi buzilishlari ko'p uchraydi.

Gipertoniya bilan kasallangan 52,6% bemorda sigaret, nos chekishi va spirtli ichimliklarni ko'p ichish kabi zararli odatlar qayd etilib, ushbu guruxda erkaklar ko'pchilikni tashkil etishi va kasallikni o'rtacha 6,3 yil oldin rivojlanishi kuzatildi. Zararli odatlarga ega bemorlarda zararli odatlarga ega emas bemorlarga nisbatan GKning asoratlaridan PIKS (16% ga 8,9%) ko'p uchraydi.

Gipertoniya kasalligining 11,6% bemorda I darajadagi, 22,1% bemorda – II darajadagi va 7,4% nafar bemorda III darajadagi semizlik fonida kechuvi aniqlandi. Semizlikning birinchi darajasi ikkala jinsda bir xil, ikkinchi va uchinchi daraja semizlik esa ayollar orasida ko'p uchraydi. Gipertoniya kasalligining ogir kechuvi ko'rsatkichlari semizlik darajasiga mos ravishda oshib bordi va kasalligining III bosqichida II va III darajali semizlik mos ravishda 71,4%ni tashkil etdi. Semizlik darajalarini ortishi yurak urishlari sonini mos ravishda oshib borishiga va barcha o'lchangan vaqtlarda sistolik va diastolik bosimning turg'un va doimiy oshuviga sabab bo'ladi. Gemodinamikani o'zgarishlarisababli II-III darajali semizlikda yo'ldosh kasalliklar (YUIK: zurikish stenokardiyasi II-III funksional sinf va PIKS), kasallikning og'ir asorati - yurak etishmovchiligi ko'payib boradi. III darajali semizlikda yurak ritmi buzilishlari va insultlar eng ko'p uchraydi.

Anketa tekshiruvda YUng tavsiya etgan belgilar 65,3% bemorlarning A tipga, 34,7% bemorlarning B tipga mansub ekanligi topildi. Erkaklar orasida A tip (67,7%), ayollar orasida B tipdagi (56,2%) kishilar ko'pchilikni tashkil etdi.A

tipdagikishilar, asosan ekstravert bo'lib, ular uchun tashqi muhitdan tez informatsiya qabul qilish, tashqi muhitga ta'sir etish yoki tashqi muhit ichida bo'lish, atrofdagilarga ta'sir etish va tayanish, shovqin va shov-shuv chaqirishni yaxshi ko'rish, boshqalarni diqqat markazida turish kabilar xos bo'ldi. Bu bemorlar doimo o'z so'zini o'tkazishga xarakat qildi. Doimiy shoshilish, ko'p ovqat iste'mol qilish va spirtli ichimliklar ichish, chekishga moyillik xarakterli bo'ldi. PIKS va insultlar faqat A tipdagi kishilarda aniqlandi, SYUE, yurak ritmi buzilishlari, dissirkulyator ensefalopatiya esa A tipdagi kishilarda B tipdagilarga nisbatan kishilarda ko'p uchradi.

Gipertoniya kasalligida Bek shkalasi bo'yicha depressiya darajasi aniqlanganda 79,0% bemorda turli darajada ifodalangan depressiya xarakterli bo'lib, 27,4% - engil depressiya (subdepressiya), 27,4% - o'rtacha depressiya, 24,2% - kuchli depressiya aniqlandi. Engil va o'rta darajadagi depressiya ayollar orasida, kuchli depressiya esa erkaklar orasida ko'p uchradi. Yo'ldosh kasalliklar va kasallikning asoratlarini bo'lishi depressiya darajasini va depressiya aniqlangan kasallar sonining oshuviga sabab bo'ldi. Urtacha va kuchli ifodalangan depressiyada 60,0 va 43,5% bemorlarda stenokardiya uchradi. SHuningdek, yurak etishmovchiligi, infarktdan keyingi kardioskleroz, ritm buzilishlari faqat o'rtacha va kuchli ifodalangan depressiyada aniqlandi. Depressiya darajasining oshuvi bemorlarning yurak urishlar sonini oshuviga sabab bo'ldi. Depressiya aniqlanmagan bemorlarda YUUS o'rtacha 79 ta bo'lsa, engil, o'rtacha va kuchli depressiyada mos ravishda 83,0; 89,0 va 96 tagacha oshib bordi. Sutkaning turli vaqtlarida aniqlangan SAB va DAB ko'rsatkichlari engil va o'rtacha depressiyaga nisbatan kuchli ifodalangan depressiyada eng baland bo'ldi.

Bizning kuzatuvimizda erta (45 yoshgacha) rivojlangan gipertoniya kasalligi 24 nafar bemorda aniqlandi, bu barcha bemorlarning 25,0%ni tashkil etadi. Gipertoniya kasalligi erta (45 yoshgacha) boshlangan bemorlarda kasallikning xavf omillari taxlil etildi. Taxlilarda bemorlarning irsiyati, zararli odatlari, psixologik tipi, depressiya darajasi, ovkatlanish xususiyati va buzilishlari o'rganib chiqildi.

Erta rivojlangan gipertoniya kasalligi ayollarga nisbatan erkaklarda 5,0 marta ko'p kuzatildi. Erta gipertoniyaning xavf omillariga zararli odatlar – spirtli ichimliklarni ko'p ichish, sigaret yoki nos chekish, yog'li go'sht va go'sht mahsulotlarini, hayvon yog'larini, kofeni ko'p iste'mol qilish xarakterli bo'ldi. Xar uch bemordan bittasida birinchi yoki ikkinchi darajali semizlik aniqlandi.

Erta gipertoniya bilan kasallanganlar A tipdagi xarakterologik belgilarga ega bo'ladilar (79,2%). Depressiv buzilishlar, asosan engil va o'rtacha darajada (38,5%) qayd etiladi. 45 yoshgacha bemorlar uchun taxikardiya xarakterli bo'ladi, sistolik va diastolik AB ko'tarilishlari kechki vaqtga nisbatan kunduz vaqti ko'p kuzatiladi. Erta rivojlangan gipertoniya kasalligida bemorlarda kasallikning ikkinchi bosqichi va gipertenziyaning ikkinchi darajasi ko'p qayd etiladi. YOsh bemorlarda 37,5% xolatda dissirkulyator ensefalopatiya aniqlanib, aksariyat bemorlarni bosh aylanishi, ensa sohasidagi og'riq, kam-kam muddatda joyga bo'lgan dezorientatsiya, xotira susayishi bezovta qiladi.

Gipertoniya kasalligini davolash dorilarsiz vadorilar bilanolib borildi. Dorilarsiz davolash tamoyillari tana vaznini kamaytirishga, jismoniy faollikni oshirishga, chekishdan voz kechishga, tuz va alkogol iste'mol qilishni cheklashga, autotreninglarga qaratildi. Bemorlarga parxez tavsiya qilishda kabul kilinayotgan ovkat maxsulotlarining energetik qiymati sarflanayotgan energiyaga mos kelishi, vaqti-vaqti bilan magniy tuzlariga boy taomlar iste'mol qilishga, lipotrop boy moddalarni va dengiz maxsulotlarini qo'shish e'tiborga olindi. Tarkibida osh tuzi kam bulgan mahsulotlar iste'mol qilish tavsiya qilindi. Bemorlar uchun eslatma ishlab chiqildi.

Dori-darmon terapiyasini tayinlash masalasini ko'rib chiqishda, QD va yurak-qon tomir kasalliklari (miokard infarkti, stenokardiya, yurak etishmovchiligi), serebrovaskulyar kasalliklar (ishemik va gemorragik insult, tranzitor ishemik hujum), buyrak kasalliklari (diabetik nefropatiya, buyrak etishmovchiligi), periferik tomirlarning kasalliklari (aortaning qatlamlanuvchi anevrizmasi, periferik arteriyalarning shikastlanishi), gipertonik retinopatiya aniqlangan barcha bemorlar hisobga olinib, ularning barchasiga medikamentoz davo berildi.

Antigipertenziv preparatlar berishda bemorning yoshi 55 yoshgacha bo'lsa, diuretiklar, APF ingibitorlari tavsiya qilindi. Bemorlar tomonidan ushbu preparatlarga qarshi ko'rsatmalar yoki ularni ko'tara olmaslik holatlari mavjud bo'lganida angiotenzin II retseptorlarining antagonistlari tavsiya qilindi.

Bemorlarni medikamentoz davolashda  $\beta$ -adrenoblokatorlardan qon tomirni kengaytiruvchi faollikka ega bulgan: nebivalol (nebilet) 5 -10 mg/sut, diuretiklardan - xlorbenzamidlar - indapamid (indap) 2,5-5 mg-sut, Genli kovuzlogiga ta'sir etuvchi diuretiklar - furosemid (laziks) - 20-80 mg/sut, torasemid - 2,5-5,0 mg/sut, APF ingibitorlarining 2-avlodi - enalapril, berlipril 5-10 mg-sut, 3-avlodi - lizinopril 5-10-20 mg/sut, kalsiy antogansitlaridan digidropiridin unumlari - nifedipin (korinfar) 10 mg/sut, angiotenzin II retseptorlarining antagonistlari - valsartan (diovan) 80-160 mg/sut, lazartan (kozaar, lozap, lorista) - 50-100 mg/sut buyurildi.

Depressiya aniqlangan bemorlarni davolashda depressiya darajasi hisobga olindi. Bek shkalasi bo'yicha depressiya aniqlanmagan bemorlarga gipotenziv dori vositalari bilan birgalikda DJT, elektr uyqu, Darsalvan toklari, ensa sohasini engil uqalash muolajalari buyurildi. Engil depressiya aniqlangan bemorlar sedativ davo DJT, fizioterpevtik muolajalar bilan birgalikda sedativ ta'sirga ega aminokislota - glitsin tabletkasi 0,1-0,3 mg/sut dozada berildi. O'rtacha ifodalangan deperssiyada esa sedativ davo shifobaxsh o'tlardan tayyorlangan passiflora tabletkasi, sedavit kapsulalari tavsiya etildi. Bek shkalasida yuqori ball ko'rsatkichlariga ega bo'lgan, kuchli ifodalanangan bemorlar serotonin selektiv ingibitori – prozak 20 mg/sut dozada qabul qildilar. SHuningdek, o'rtacha va kuchli depressiyani davolash nevropatologlar konsultatsiyalari asosida olib borilib, bu guruxdagi bemorlarga nootrop vositalar, aktovegin, bosh miya metabolizmini yaxshilovchi preparatlar ham berildi. Statsionar davo o'rtacha  $12,0 \pm 0,4$  kun davom etdi.

Gipotenziv va sedativ davo muolajalarini kompleks ravishda o'tkazish gipertoniya kasalligida bemorlar umumiy ahvolini yaxshilanuviga, asab buzilishlarining kamayishiga, qon bosimi ko'rsatkichlarini kamayishiga olib keldi. Davoning dastlabki kunlari astenovegetativ belgilarning kamayishi kuzatildi. 3-4

kundan boshlab bemorlar uyqusi yaxshilandi (63 bemorda, 66,7%): uyquga ketish vaqti qiskardi, uyqu muddati uzaydi va uyquning chuqurligi yaxshilandi. 5-6 kundan bemorlar kayfiyati ko'tarilib, charchash, bezovtalik, asabiylashish belgilari yo'qola bordi (70 bemorda, 74,0%). Barcha bemorlarda kuzatilgan bosh og'rishi, bosh aylanishi, ko'p terlash va dispesiya belgilari davoning 8-10 kunida bartaraf bo'ldi.

6-7 kundan bemorlar faollashib, engil darajada ifodalangan depressiya bedgilari yo'qolishi kuzatildi. O'rtacha darajali depressiya kuzatilgan bemorlarni o'ziga bo'lgan bezovtalik belgilari keskin kamaydi. Kuchli darajadagi depressiya kuzatilgan bemorlardagi kasallikka bog'lanish, yashashga bo'lgan qiziqishni kamayishi fiklari kamayib, ularni davo muolajalariga bo'lgan ishonchi yanada ortib bordi. 9-10 kundan boshlab sedativ terapiya o'tkazilayotgan 52 bemordan 38 (74,0%) nafarida sedativ davoni ko'llashga ehtiyoj sezilmadi.

Davo kursidan keyin asab buzilishlari va depressiya kuzatilgan 75 nafar bemordan 48 (64,0%) nafarida nevroitik buzilishlarni to'liq yo'qoldi (yaxshi natija). 16(21,3%) nafar bemorda nevroitik buzilishlarni qisman yo'qolishi (qoniqarli natija) va 9(12,0%) bemorda – saqlanib qolganligi qayd etildi (qoniqarsiz natija). Davo natijalarining yaxshi ko'rsatkichlari engil darajadagi depreesiyada, qoniqarli ko'rsatkichlari – o'rtacha depressiyada, qoniqarsiz natijalar – kuchli depressiyada kuzatildi.

Davo kursidan keyin bemorlar nevroitik holatning yaxshilanishi gipertoniya kasalligining asosiy ko'rsatkichlari – sutkalik sistolik va diastolik bosim ko'rsatkichlarining pasayishi, yurak urishlar sonining kamayishi, EKG va ExoKG ko'rsatkichlarining ham yaxshilanuvi bilan birgalikda kechdi.

Davolashdan keyin barcha bemorlarda yurak urishlar sonini me'eriylar ko'rsatkichlarga kelganligi, sutkalik sistolik va diastolik bosim ko'rsatkichlarini pasayganligi qayd etildi. Eng yaxshi somatik ko'rsatkichlar davolashdan oldin depressiya kuzatilmagan, engil va o'rtacha depressiya kuzatilgan bemorlarda xarakterli bo'ldi. Og'ir darajali depressiya kuzatilgan aksariyat bemorlarda

nevrotik buzilishlarni to'liq yo'qolmaganligi tufayli bu guruxdagi bemorlarda sistolik va diastolik bosim kechki vaqt o'lchanganda "gipertoniya oldi holti" ko'rsatkichlari darajasida saqlanib qoldi.

Bizning teshiruvlarimiz gipertoniya kasalligini davolshada sedativ terapiya vositalarini ko'llash patogentik terapiya bo'la olishini ko'rsatdi. Chunki, arterial gipertoniya rivojlanishi asosida asab buzilishlari muhim rol o'ynaydi va asabiy holatni yaxshilash somatik ko'rsatkichlarni ham yaxshilanishiga olib keladi. Yaxshi kayfiyat bemorlarda keyingi davo muolajalarini ham davom ettirish istagini tug'diradi. Sedativ vositalar og'ir bemorlarga tavsiya etilganligi va qisqa vaqt ichida ijobiy natijalarni ko'payganligi bu usullarni ahamiyatini yanada ko'taradi. Sedativ vositalar gipotenziv vositalar bilan yaxshi klinik samara berishi, nojo'ya ta'sir etmasligi bu preparatlarni gipertoniya kasalligini barcha bosqichlariga berish imkoniyatini kengaytiradi.

## XULOSALAR

1. Gipertonik krizlar Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining (RSHTYOIM) Samarqand filialida erkak jinsida ayol jinsiga nisbatan ko`proq holatda uchrashi aniqlandi. Shulardan erkaklarda 52,6% ni, ayollarda 47,3%ni tashkil etadi.

2. Anamnestik ma`lumotlarni o`rganganimizda Gipertonik kriz bilan og`rigan bemorlarga yo`ldosh kasalliklarning (YuIK, qandli diabet, IKKS va O`SOK) borligi gipertonik krizlarni tez – tez uchrashiga bevosita tasir qiladi.

3. Zararli odatlar, noto`g`ri ovqatlanish, gipodinamiya, stress, osh tuzini kunlik miqdoridan ko`p istemol qilish, tashqi muhit, gipertonik krizlarni qo`zg`atuvchi xavf omillar bo`lib hisoblanadi.

4. Bemorlar orasida yuqori arterial qon bosimini bartaraf etishda gipotenziv dori vositalarni qabul qilmaslik yoki tartibsiz qabul qilish oqibatida gipertonik krizlarni tez – tez uchrashiga va asoratlarini rivojlanishi sabab bo`lishi mumkin.

5. Gipertonik krizlarni kombinerlangan II komponentli yoki III komponentli dori vositalar bilan davolash I komponentli dori vositalari bilan davolashga qaraganda yuqori samarali ekanligi aniqlandi.



## AMALIY TAVSIYALAR

Gipertonik kriz bilan bemorlarni o`z vaqtida aniqlab, xavfli omillarni samarli bartaraf etish hamda arterial qon bosimini muntazam nazorat ostida olish va gipotenziv dori vositalarni doimiy qabul qilish, gipertonik kriz asoratlarni (insult, infarkt, o`lim, nogironlik va h.k.) oldini olishda muhim ahamiyat kasb etadi.

Aholi o'rtasida arterial gipertenziyaga qarshi profilaktika ishlarini rejalashtirishda bemorlar va tekshirilayotgan shaxslar ijtimoiy-demografik va ijtimoiy-iqtisodiy xususiyatlarning xususiyatlarini hisobga olish kerak. AGga nisbatan profilaktika tadbirlarini rejalashtirish va amalga oshirishda mehnatga layoqatli yoshdagi erkaklarga AG uchun eng aniq xavf omillariga ega bo'lgan va shu bilan birga tibbiyot tashkilotlariga kamdan-kam murojaat qiladigan shaxslar toifasi sifatida alohida e'tibor qaratish lozim.

Sog'liqni saqlash holatini mustaqil nazorat qilish uchun mavjud bo'lgan jamoat joylarining keng tarmog'ini tashkil etish, ularni qon bosimini o'lchash moslamalari, sanitariya-ma'rifiy materiallar va tavsiyalar, eng yaqin poliklinikalar, shifoxonalar va boshqa tibbiyot tashkilotlarining telefon raqamlari bilan jihozlash maqsadga muvofiqdir. Arterial gipertenziyani erta aniqlash va tuzatish bo'yicha eng muhim chora sifatida tashkilotlar va muassasalardagi ish joylarida qon bosimini o'lchash va nazorat qilish joylarini tashkil etish ko'rib chiqilishi kerak.

## ADABIYOTLAR RO`YXATI

1. Багдулина Е.Н. Диагностическая значимость суточного мониторирования у молодых женщин (до 40 лет) с артериальной гипертонией / Е.Н. Багдулина, О.В. Цыганкова, З.Г. Бондарева, А.А. Старичков, Л.Д. Латынцева // *Фундаментальные исследования*. — 2015. — № 1 (часть 10) — С. 2009-2014.
2. Андрианова О.Л. Коррекция факторов риска артериальной гипертензии / О.Л. Андрианова, Г.Х. Мирсаева, Л.А. Ибрагимова, Г.Ф. Амирова // *Артериальная гипертензия*. — 2015. — Т. 21, приложение № 1. — С. 9
3. Бойцов С.А. Артериальная гипертензия среди лиц 25-64 лет: Распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ / С.А. Бойцов, Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова, А.Д. Деев, Г.В. Артамонова, Т.М. Гатагонова, Д.В. Дупляков, А.Ю. Ефанов, Ю.В. Жернакова, А.О. Конради, Р.А. Либис, А.В. Минаков, С.В. Недогода, Е.В. Ощепкова, С.В. Романчук, О.П. Ротарь, И.А. Трубачева, И.Е. Чазова, Е.В. Шляхто, Р.С. Карпов // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. — 2014. — №13 (4). — С. 4-14.
4. Давыдова С.С. Комбинация или монотерапия? Лечение артериальной гипертензии у пациентов с разной степенью развития сердечно-сосудистых осложнений // *РМЖ*. — 2017. — № 4 (30.03.2017). С. 302-306.
5. Жернакова Ю.В. Артериальная гипертензия у больных с метаболическими нарушениями: особенности и тактика лечения / Ю.В. Жернакова, Г. Х. Шарипова, И.Е. Чазова // *Системные Гипертензии*. — 2015. — Т. 12, №1. — С. 52-57.
6. Закирова Н.Э. Особенности ремоделирования левого желудочка у пациенток с артериальной гипертонией и ожирением / Н.Э. Закирова, И.Е. Николаева, А.Н. Закирова, Е.З. Фаткуллина, О.А. Филлипова // XIII Всероссийский форум «Артериальная гипертензия 2017 как междисциплинарная проблема». — Уфа, 22-24 марта 2017 г. — С. 16.
7. Задорожная М.П. Непропорционально высокая масса миокарда левого желудочка у лиц с артериальной гипертонией / М.П. Задорожная, В.В. Разумов // *Медицина в Кузбассе*. — 2016. — Т.40, №3. — С. 50-55
8. Кобалава Ж.Д. Систолическое артериальное давление у людей молодого и среднего возраста: особенности патофизиологии, клиническое и прогностическое значение / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская // *Артериальная гипертензия в 21 веке: достижения, проблемы, перспективы*. — 2015. — С. 228.

- 9.** Кобалава Ж.Д., Сосудистое старение и артериальная гипертония. Артериальная гипертония в 21 веке: достижения, проблемы, перспективы / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, М.А. Маркова, А. Алам, А.Ю. Доронина // Системные Гипертензии . — 2015. — Т. 12, № 2. — С. 91.
- 10.** Кобалава Ж.Д. Дисфункция эндотелия и артериальная гипертония / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, Е.А. Троицкий, А.М. Богдель // Артериальная гипертония в 21 веке: достижения, проблемы, перспективы 2015. — С. 70-77
- 11.** Кобалава Ж.Д. Центральная пульсовая волна: патофизиологическое и клиническое значение / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, Е.А. Троицкая // Артериальная гипертония в 21 веке: достижения, проблемы, перспективы. — 2015. — С. 124.
- 12.** Кобалава Ж.Д. Новые методы оценки субклинических изменений сердечно-сосудистой системы при артериальной гипертонии / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, А.В. Богомаз // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2016. — №12. — С. 317.
- 13.** Колесник Э.Л. Упруго-эластические свойства сосудистой стенки у больных артериальной гипертензией в молодом возрасте / Э.Л. Колесник // Медицинские перспективы. — 2014. — Т. XIX, №4.— С. 25-32.
- 14.** Мангилева Т.А. Артериальная гипертензия первой степени и ожирение / Т. А. Мангилева, Н.Х. Гафарова, Д.И. Митрушкин // XIII Всероссийский форум «Артериальная гипертония 2017 как междисциплинарная проблема». — Уфа, 22-24 марта 2017 г. — С. 11.
- 15.** Николаева И.Е. Распространенность поражений органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний у пациентов с гипертонической болезнью / И.Е. Николаев, А.Н. Закирова, Е.Р. Фахретдинова, Н.Э. Закирова,
- 16.** А.Р. Мухамедрахимова, Н.А. Мамлеева, Д.И. Фахретдинова // XIII Всероссийский форум «Артериальная гипертония 2017 как междисциплинарная проблема». — Уфа, 22-24 марта 2017 г.
- 17.** Огарков М.Ю. Практические аспекты применения фиксированных комбинаций в лечении артериальной гипертензии / М.Ю. Огарков, М.Н. Баранов, А.Е. Скрипченко // Системные гипертензии. — 2014. — Т. 11, № 1. — С. 22-25.
- 18.** Остроумова О.Д. Жесткость сосудистой стенки у пациентов с артериальной гипертонией / О.Д. Остроумова, А.И. Кочетков, И.И. Копченков, Т.Ф. Гусева, О.В. Бондарец // Системные гипертензии. — 2015. — Т. 12, № 2. — С. 43-48.
- 19.** Остроумова О.Д. Значение вариабельности артериального давления в клинической практике. Возможности амлодипина в снижении

- внутривизитной вариабельности артериального давления по результатам российской программы «Вариация» / О.Д. Остроумова, О.В. Бондарец, Т.Ф. Гусева // Системные гипертензии. — 2014. — № 1. — С. 11-16.
- 20.** Павлова Т.В. Возможности кандесартана в лечении артериальной гипертензии / Т.В. Павлова // Кардиология. — 2017. — №3. — С. 70-74.
- 21.** Панченкова Л.А. Артериальная гипертензия, ассоциированная с метаболическим синдромом: фокус на суточные профили центрального аортального давления и сосудистой жесткости / Л.А. Панченкова, Л.А. Андреева, Х.А. Хамидова, Т.Е. Юркова, А.И. Мартынов // Евразийский кардиологический журнал. — 2016. — № 3. — С. 6-12.
- 22.** Рекомендации по лечению артериальной гипертензии ESH/ESC 2013 // Российский кардиологический журнал. — 2014. — №1 (105). — С. 7-94.
- 23.** Ройтберг Г.Е. Контроль эффективности гипотензивной терапии: сопоставление офисных измерений и показателей суточного мониторирования артериального давления / Г.Е. Ройтберг, И.Д. Сластникова, О.Е. Платонова // Архивъ внутренней медицины. — 2014. — №6 (20) — С. 14-18.
- 24.** Савина Н.М. Профилактика сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ с помощью антагонистов рецепторов ангиотензина II. Возможности кандесартана / Н.М. Савина // Кардиология. — 2016. — №6 — С. 56.
- 25.** Складная Е.В. Роль патологического стрессового повышения артериального давления как фактора риска возникновения гипертонического ремоделирования левого желудочка у молодых лиц с различным исходным уровнем артериального давления / Е.В. Складная // Пермский медицинский журнал. — 2017. — № 5. — С. 35-40.
- 26.** Стаценко М.Е. Состояние крупных сосудов и микроциркуляции — новая мишень антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа / М.Е. Стаценко, М.В. Деревянченко // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2016. — №12 (1). — С. 21-25.
- 27.** Стражеско И.Д. Взаимосвязь между различными структурно-функциональными характеристиками состояния артериальной стенки и традиционными факторами кардиоваскулярного риска у здоровых людей разного возраста. Часть 1 / И.Д. Стражеско, О.Н. Ткачева, Д.У. Акашева, Е.Н. Дудинская // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2016. — №12
- 28.** Срождинова Н.З. Ремоделирование левого желудочка у больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом / Н.З.

Срождинова // XIII Всероссийский форум «Артериальная гипертония 2017 как междисциплинарная проблема». — Уфа, 22-24 марта 2017 г. — С. 17.

**29.** Фендрикова А.В. Гендерные особенности суточного профиля артериального давления и показателей жесткости сосудистой стенки у пациентов с артериальной гипертонией и абдоминальным ожирением / А.В. Фендрикова, В.В. Скибицкий, Т.Б. Заболотских // XIII Всероссийский форум «Артериальная гипертония 2017 как междисциплинарная проблема». — Уфа, 22-24 марта 2017 г. — С. 13-14.

**30.** Чазова И.Е. Артериальная гипертония: от А.Л. Мясникова до наших дней [Текст] / Чазова И.Е. // *Consilium Medicum*. — 2014. — № 12. — С. 5-9.

**31.** Шальнова С.А. Динамика артериальной гипертонии в России: есть ли прогресс в назначении антигипертензивной терапии? (результаты исследований 1993-2013 гг.). / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, Ю.А. Баланова, А.В. Капустина, В.В. Константинов, Г.А. Муромцев, С.А. Бойцов // *Сердце*. — 2015. — №6 (14). — С. 389-396.

**32.** Шупина М.И. Ранняя диагностика артериальной гипертензии у лиц молодого возраста / М.И. Шупина, Г.И. Нечаева, А.Н. Повстяная, А.А. Семенкин // *Лечащий врач*. — 2015. — № 2. — С. 22-29.

**33.** Khasanjanova, F. O., Tashkenbaeva, E. N., Sunnatova, G. I., Khaydarova, D. D., & Mirzayev, R. Z. (2021). Evaluation of the effectiveness of thrombolytic therapy in men with acute coronary myocardial infarction in young age. *CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES*, 2(1), 144-149.

**34.** Togaeva, B., Tashkenbaeva, E., Pulatov, Z., & Xaydarova, D. (2021). Occurrence Of Sars-Cov-2 Disease (Covid-19) And In Patients With Cardiovascular diseases. *Interconf*.

**35.** Odilovna, K. F., Davronovna, K. D., Rustamovna, M. R., Matyakubovna, N. R., & Akbarovna, N. D. (2021). Clinical, Hemodynamic And Genetic Aspects Of The Development Of Unstable Variants Angina In Young Men. *European Journal of molecular & clinical medicine*, 7(09), 2017.

**36.** Khasanjanova, F. O., Khaydarova, D. D., & Togayeva, B. M. To study the frequency of the risk factors of smoking in patients with acute coronary syndrome in young age. *Science, Research, Development*, 33, 29-30.

**37.** Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф. О., Хайдарова, Д. Д., Тогаева, Б. М., & Насырова, З. А. (2018). Связь тяжести хронической сердечной недостаточности от локализации острого инфаркта миокарда. *Наука и современное общество: взаимодействие и развитие*, 2(1), 36-38.

- 38.** Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф. О., Хайдарова, Д. Д., & Абдуллаев, К. З. (2019). Неблагоприятные Факторы Риска, Влияющие На Прогрессирование Ишемической Болезни Сердца. *Евразийский кардиологический журнал*, (S1).
- 39.** Хасанжанова, Ф. О., Ташкенбаева, Э. Н., & Хайдарова, Д. Д. (2019). Особенности Клиники И Частота Встречаемости Инфаркта Миокарда У Женщин Молодого И Среднего Возраста В Условиях Экстренной Медицинской Помощи. *Актуальные научные исследования в современном мире*, (10-7), 83-86.
- 40.** Ташкенбаева, Э. Н., Мухиддинов, А. И., & Тогаева, Б. М. (2019). Особенности Клинического Течения Бронхиальной Астмы У Лиц Молодого Возраста. *ТОМ-III*, 359
- 41.** Мухиддинов, А. И., Ташкенбаева, Э. Н., Суннатова, Г. И., Курбонова, З., Хошимов, Д., & Орипов, С. (2016). Гипотензивная Терапия У Больных Артериальной Гипертонией С Метаболическими Факторами Риска. In *Молодежь и медицинская наука в XXI веке* (pp. 228-229).
- 42.** Хасанжанова, Ф. О., Суннатова, Г. И., Ашрапов, Х. А., Мирзаев, Р. З., & Абдинова, Э. А. (2018). Факторы Влияющие На Дилатацию Левого Желудочка У Больных С Нестабильной Стенокардией Напряжения. In *Молодежь и медицинская наука в XXI веке* (pp. 175-176)..
- 43.** Алексеенко, С. Н. Сердечно-сосудистые заболевания: эпидемиология, факторы риска, профилактика [Электронный ресурс] / С. Н. Алексеенко, Е. В. Дробот // Алексеенко, С. Н. Профилактика заболеваний / С. Н. Алексеенко, Е. В. Дробот. - Самарканд, 2019. - Гл. 9. - Режим доступа: <https://monographies.ru/ru/book/section?id=9649> (дата обращения: 05.10.2018).
- 44.** Афанасьева, О. И. Маркеры воспаления у больных хронической ишемической болезнью сердца со стенозом аортального клапана / О. И. Афанасьева, Н. А. Тмоян, Е. А. Клесарева [и др.] // *Рос. кардиологический жури.* - 2018. - Т. 23, № 9. - С. 17-22.
- 45.** Балева, Е. С. Перспективы исследования качества жизни больных ишемической болезнью сердца / Е. С. Балева, О. Ю. Алешкина // *Бюл. мед. интернет-конференций.* - 2018. - Т. 1, № 7. - С. 43-44.
- 46.** Бокерия, Л. А. Российские клинические рекомендации. Коронарное шунтирование больных ишемической болезнью сердца: реабилитация и вторичная профилактика / Л. А. Бокерия, Д. М. Аронов // *КардиоСоматика.* - 2017. - Т. 7, № 3-4. - С. 5-71.
- 47.** Болдина, М. В. Участие провоспалительных цитокинов IL-17, IL-18 и TNF-А в развитии нарушений легочной и внутрисердечной гемодинамики

- при хронической обструктивной болезни легких / М. В. Болдина, Л. Б. Постникова, Н. И. Кубышева [и др.] // Пульмонология. - 2016. - № 1. - С.32-37.
- 48.** Брико, Н. И. Оценка качества и эффективности иммунопрофилактики / Н. И. Брико // Лечащий врач. - 2017. - № 10. - С. 57.
- 49.** Брико, Н. И. Оценка эффективности вакцинации: основные подходы и спорные вопросы / Н. И. Брико, Ю. В. Лобзин, А. А. Баранова [и др.] // Педиатрическая фармакология. - 2016. - Т. 11, № 4. - С. 8-15.
- 50.** Будневский, А. В. Диагностическое значение биомаркеров при обострении хронической обструктивной болезни легких / А. В. Будневский, Е. С. Овсянников, А. В. Чернов [и др.] // Пульмонология. - 2016. - № 4. - С.100-104.
- 51.** Дворецкий, Л. И. Ишемическая болезнь сердца у женщин / Л. И. Дворецкий, Н. Т. Гибрадзе, Н. А. Черкасова // Русский мед. жури. - 2018. - № 2. - С. 79-84.
- 52.** Кардиоваскулярная профилактика 2021 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://scardio.ru/content/Guidelines/Cardiovascular-prof-2021.pdf> (дата обращения: 08.10.2018).
- 53.** Кароли, Н. А. Эндотелиальная дисфункция и ее клиническое значение у больных хронической обструктивной болезнью легких / Н. А. Кароли,
- 54.** А.П. Ребров // Клиническая медицина. - 2016. - Т. 83, № 9. - С. 10-16.
- 55.** Кароли, Н. А. Современные подходы к лечению хронической сердечной недостаточности у больных хронической обструктивной болезнью легких / Н. А. Кароли, А. П. Ребров // Consilium Medicum. - 2016. - №3. - С.13-22.
- 56.** Карпов, Ю. А. Атеросклероз и факторы воспаления: нелипидные механизмы действия статинов / Ю. А. Карпов, Е. В. Сорокин // Русский мед. жури. - 2021. - № 10. - С. 418-423.
- 57.** Карпов, Ю. А. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия тактика лечения / Ю. А. Карпов, Е. В. Сорокин. - Самарканд : Реафарм, 2018. - 244 с.
- 58.** Кваша, Е. А. Курение и сердечно-сосудистые заболевания [Электронный ресурс] / Е. А. Кваша // Украинский кардиологический журнал. - 2017. - № 6. - Режим доступа: [http://www.rql.ua/cardio\\_j/2017/6/kvasha.htm](http://www.rql.ua/cardio_j/2017/6/kvasha.htm) (дата обращения: 01.06.2021).
- 59.** Баматгириев, О.А. Приоритетные организационно-экономические инструменты модернизации здравоохранения // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. <http://www.uecs.ru/uecs-33-332019/item/6> 19-2019-09-20-12-10-25.

- 60.** Бутиков, В. Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика, факторы риска и диагностическая информативность некоторых биохимических показателей в острый период ишемического инсульта (на примере республики Коми) [Текст]: автореф. дис.... канд. мед. наук / В.Н. Бутиков. - Санкт-Петербург, 2019. - 22 с.
- 61.** Верещагин, Н.В. Принципы диагностики и лечения больных в остром периоде инсульта [Текст] / Н.В. Верещагин, М.А. Пирадов, З.А. Суслина // *Consilium Medicum*. - 2015, №5. - С. 41- 44.
- 62.** Верещагин, Н.В. Острая гипертоническая энцефалопатия [Текст] / Н.В. Верещагин, З.А. Суслина, Л.А. Гераскина // *Топ-Медицина*. - 2015, №1 - С. 11 - 13.
- 63.** Ю.Верткин, А. Л. Гипертонический криз: тактика ведения на догоспитальном этапе [Текст] / Н.В. Верещагин, О.Б. Полосьянц, М.И. Лукашов // *Consilium Medicum*. - 2017, № 12. - С. 31 - 34.
- 64.** П.Верткин, А. Л. Гипертонический криз: от традиционных представлений до современных клинических рекомендаций [Текст] / А.Л. Верткин, М.И. Лукашов, О.Б. Полосьянц [и др.] // *Лечащий врач*. - 2016, №6. - С. 27 - 31.
- 65.** Верткин, А.Л. Помощь при неосложненном гипертоническом кризе в поликлинике [Текст] / А.Л. Верткин, О.Б. Полосьянц, А.В. Тополянский // *Consilium Medicum*. - 2018, №3. - С. 17-19.
- 66.** Визир, В.А. Оптимизация терапевтической тактики купирования церебральных гипертонических кризов [Текст] / В.А. Визир, И.Н. Волошина, И.В. Визир // *Медицина неотложных состояний*. - 2016, № 2. - С. 43 - 47.
- 67.** Всероссийское научное общество кардиологов. Рекомендации по рациональной фармакотерапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. - М., 2017. - 72 с.
- 68.** Ганнушкина, И.В. Гипертоническая энцефалопатия [Текст] / И.В. Ганнушкина, Н.В. Лебедева. - М., Медицина, 2016. - 224 с.
- 69.** Гапонова, Н.И. Клинико-статистический анализ артериальной гипертензии, осложненной гипертоническим кризом, в Москве за 2017-2018гг. [Текст] / Н.И. Гапонова, Н.Ф. Плавунов, С.Н. Терещенко [и др.] // *Кардиология*. - 2019, №2. - С. 40 - 44.
- 70.** Геморрагический инсульт: Практическое руководство [Текст] // Под ред. В.И. Скворцовой, В.В. Крылова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 160 с.
- 71.** Гиляревский, С.Р. Три жизни» каптоприла в эпоху доказательной медицины [Текст] / С.Р. Гиляревский // *Кардиология*. - 2016, №1. - С. 22-26.
- 72.** Гиляревский, С.Р. Современные подходы к лечению гипертонических



- кризов [Текст] / С. Р. Гиляровский // Сердце. - 2018, №3 - С. 171-182.
- 73.** Гиляревский, С.Р. Современные возможности блокады ренин-ангиотензиновой системы: остаются ли ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента препаратами первого ряда [Текст] / С.Р. Гиляровский // Consilium Medicum. - 2019, №5 - С. 31 -35.
- 74.** Гиляревский, С.Р. Современные подходы к лечению больных с острым выраженным повышением артериального давления и гипертоническими кризами [Текст] / С.Р. Гиляревский, И.М. Кузьмина // Кардиология. - 2019, №9. - С.71 - 90.
- 75.** Голиков, А.П. Гипертонические кризы [Текст] / А.П. Голиков // Неотложные состояния в клинике внутренних болезней. - К.: Здоров'я, 2017. - С. 143 - 157.
- 76.** Голиков, А.П. Новые возможности дифференцированной терапии гипертонических кризов под мониторным контролем [Текст] / А.П. Голиков, Е.В. Семенова, М.М. Лукьянов [и др.]. - Топ-Медицина, 2018, №5.-С. 4-8.
- 77.** Голиков, А.П. Влияние урапидила на окислительный стресс при гипертонических кризах [Текст] / А.П. Голиков, Е.В. Семенова, М.М. Лукьянов [и др.] // Клиническая медицина. - 2015, № 78. - С. 42 - 45.
- 78.** Голиков, А.П. Тактика лечения и профилактика кризов у больных гипертонической болезнью на фоне ишемической болезни сердца [Текст] / А.П. Голиков, М.М. Лукьянов, Д.В. Руднев [и др] // Методические рекомендации. - М., 2017. - 79 с.
- 79.** Горбачева, Ф. Е. Церебральный инсульт у больных сахарным диабетом 2-го типа. [Текст] / Ф.Е. Горбачева, Ю.Б. Телышева. - Неврологический журнал, 2018, № 1. - С. 19 - 23.
- 80.** Громова, Е.А. Влияние психосоциальных факторов на риск возникновения инсульта [Текст]: дис.... докт. мед. наук / Е.А. Громова. - Новосибирск, 2017. - 133 с.
- 81.** Гусев, Е.И. Современные представления о лечении острого церебрального инсульта [Текст] / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова // Неврологический журнал. - 2015, №2. - С. 34 - 38.
- 82.** Гусев, Е.И. Регистр инсульта [Текст] / Е.И. Гусев, Н.В. Верещагин,
- 83.** В.И. Скворцова [и др.] // Методические рекомендации по проведению исследования. - М., 2015 - 49 с.
- 84.** Дедов, И.И. Феохромоцитома [Текст] / И.И. Дедов, Д.Г. Бельцевич, Н.С. Кузнецов Н.С. [и др.] - М., Практическая медицина, 2017. - 216 с.
- 85.** Дедов, И.И. Эндокринология: национальное руководство [Текст] / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. - ГЭОТАР - Медиа, М., 2018. - 1072 с.

- 86.** Диагностика и лечение артериальной гипертензии // Национальные клинические рекомендации: Всероссийское национальное общество кардиологов. - М: Меди Эксмо, 2017. - С. 5 - 34.
- 87.** Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности // Российские рекомендации (третий пересмотр). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2019, №6. - приложение 3.
- 88.** Домашенко, М.А. Системный медикаментозный тромболизис в лечении пациентов с ишемическим инсультом [Текст] / М.А. Домашенко, М.Ю. Максимова, М.А. Лоскутников [и др.] // Неврология. -2019, №2. - С. 15-19
- 89.** Емельяненко, Е.Б. Особенности инвестирования в медицину. <http://medmore.ru/medical.php?id = 2928>.
- 90.** Жиров, И.В. Осложненные гипертонические кризы: место внутривенных блокаторов кальциевых каналов [Текст] / И.В. Жиров // Consilium Medicum. - 2017, №4 - С. 19-23.
- 91.** Жиров, И.В. Гипертонические кризы [Текст] / И.В. Жиров. - М.: МЕДпресс-информ, 2019.- 208 с.
- 92.** Зелвеян П.А. Показатели статистической и динамической прессорной нагрузки (по данным суточного мониторирования АД) и функциональное состояние почек у больных гипертонической болезнью [Текст] / П.А. Зелвеян, М.С. Буниатян, Е.В. Ощепкова Е.В. [и др.] // Кардиология. - 2019, № 4. - С. 31 - 37.
- 93.** Исадибиров, Р.А. Формирование экономических механизмов управления функционированием медицинских учреждений [Текст]: автореф. дис.... канд. мед. наук / Р.А. Исадибиров. - Махачкала, 2018,21 с.
- 94.** Кадыров, Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений [Текст] / Ф.Н. Кадыров. - 2019.-496 с.
- 95.** Кобалава, Ж.Д. Артериальная гипертония 2015: ключевые аспекты диагностики, дифференциальной диагностики, профилактики, клиники и лечения [Текст] / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская. - М., 2015.-208 с.
- 96.** Кобалава, Ж.Д. Артериальная гипертония, ассоциированные расстройства при беременности [Текст] / Ж.Д. Кобалава, К.Г. Серебрянникова // Сердце. - 2018, №5. - С.224 - 250.
- 97.** Кобалава, Ж.Д. Гипертонические кризы: существуют ли реальные противоречия в классификации и лечении? [Текст] / Ж.Д. Кобалава, К.М. Гудков // Сердце. - 2018, № 2. - С. 116 - 127.
- 98.** Кобалава, Ж.Д. Артериальная гипертония. Ключи диагностике и лечению [Текст] / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, В.С. Моисеев. - М., ГЭОТАР -

Медиа, 2019 - 864 с.

**99.** Концевая, А. В. Оценка экономической эффективности медицинских технологий. Заместитель главного врача [Текст] / А.В. Концевая, А. М. Калинина. - 2019, № 2. - С. 90 - 94.

**100.** Кротенкова, М.В. Диагностика острого инсульта: нейровизуализационные алгоритмы [Текст]: автореф. дис.... докт. мед. наук / М.В. Кротенкова // НЦН РАМН. - М., 2019. - 45 с.

**101.** Колос, И.П. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с частыми гипертоническими кризами. Предварительные результаты многоцентрового ретроспективного исследования случай - контроль ОСАДА [Текст] / И.П. Колос, И.Е. Чазова, С.Н. Терещенко [и др.] // Тер. архив. - 2017, №9. - С. 9. - 12.

**102.** Лаорионов Ю. К. Влияние демографических и экономических факторов на совершенствование организации медицинской помощи населению региона Российской Федерации [Текст]: автореф. дис.... докт. мед. наук / Ю.К. Лаорионов // ГУ Национальный научноисследовательский институт общественного здоровья РАМН. - Москва, 2018. - 296 с.

**103.** Левин, О.С. Контроль артериального давления в остром периоде инсульта [Текст] О.С. Левин, Н.И. Угольцева, М.А. Дударова // Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. - 2019, №1. - С. 28 -34.

**104.** Леонова, М.В. Фармакоэкономический анализ антигипертензивной терапии: Преимущества фиксированных комбинаций [Текст] / М.В. Леонова, С.Б. Ерофеева, А.В. Быков // Кардиология. - 2018, №1. - С. 43-50.

**105.** Лукьянов, М.М. Гипертонические кризы: основные положения диагностики, лечения и профилактики [Текст] / М.М. Лукьянов, А.П. Голиков // Consilium-Medicum. - 2019, №3. - С. 37 - 41.

**106.** Лукьянов, М.М. Гипертонические кризы: основные положения диагностики, лечения и профилактики [Текст] /. //. Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов [Текст] / М.М. Лукьянов, А.П. Голиков. - 2019, №3 - С. 2 - 5.

**107.** Люсов, В.А. Этиологические и патогенетические факторы в развитии гипертонических кризов у больных с первичной артериальной гипертензией [Текст] / В.А. Люсов, Е.М. Евсиков, Ю.М. Машукова [и др.] // Рос. кард. журн. - 2018, 4. - С. 5 - 15.

**108.** Манвелов, А. Инсульт - проблема социальная и медицинская [Текст] / А. Манвелов, П. Кадыков // Наука и жизнь - 2018, №5. - С. 32 - 39.

**109.** Машковский, М.Д. Лекарственные средства: пособие для врачей. [Текст] / М.Д. Машковский. - М., Новая Волна, 2019. - 1200 с.

- 110.** Медицинская энциклопедия Zelenka. Международный медицинский портал, <http://medical-encyclopedia.zelenka.ru>.
- 111.** Методы квалиметрии в здравоохранении. «Островок здоровья». Сайт «записная книжка врача акушера-гинеколога Маркун Татьяны Андреевны». [http://bono-esse.ru/blizzard/DM/ebm\\_y8\\_2.html](http://bono-esse.ru/blizzard/DM/ebm_y8_2.html).
- 112.** Михайлова Ю.В. Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации [Текст] / Ю. В. Михайлова, Р. Ф. Хальфин, С.Т. Сохов [и др.] // Пособие для руководителей органов и учреждений здравоохранения. - М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2016. - 104 с.
- 113.** Моисеев, В.С. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией [Текст] / В.С. Моисеев, Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 832 с.
- 114.** Некрасова И. Ю. Разработка методических основ оценки системы управленческого контроля строительного предприятия и возможности ее совершенствования [Текст]: автореф. дис.... канд. мед. наук / И.Ю. Некрасова. - Тюмень, 2017. - 175 с.
- 115.** Оганов, Р. Г. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России [Текст] / Р.Г. Оганов, Г. Я. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2018, № 1. - С. 5 - 10.
- 116.** Оганов, Р.Г. Эпидемиология артериальной гипертензии в России. Результаты федерального мониторинга 2018-2019гг. [Текст] / Р.Г. Оганов, Т.Н. Тимофеева, И.Е. Колтунов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. -2019, №1-С. 9-13.
- 117.** Основные причины инсульта. Сайт «Свой лекарь». <http://www.svoylekar.ru/zabolevaniva-serdechno-sosudistoi-sistemv/161-insult/1174-osnovnye-prichiny-insulta>,
- 118.** Острое нарушение мозгового кровообращения - проблема социальная и медицинская. Сайт МЕДИНФРА. Медицинская энциклопедия, <http://medinfa.ru/article/16/2395>.
- 119.** Орлов, Е.М. Категории эффективности в системе здравоохранения. Успехи современного естествознания [Текст] / Е.М. Орлов, О.Н. Соколова // Медицинские науки. - 2016. - С. 70 - 75.
- 120.** Парфенов, В.А. Повышение артериального давления и гипотензивная терапия при инсульте [Текст] / В.А. Парфенов // Consilium-Medicum. - 2017, № 1 - С. 29 - 33.
- 121.** Подсвинова, Т.Е. Сопоставление данных о заболеваемости, полученных методом опроса, с объективными данными. Электронный

научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»  
<http://vestnik.mednet.rU/content/view/261/27/.28.02.2019>.

**122.** Полосьянц, О.Б. Лечение осложненного гипертонического криза энапом на догоспитальном этапе [Текст] / О.Б. Полосьянц О.Б., А.А. Веракса, Т.Б. Буклов [и др.] // Неотложная терапия. - 2017, №1. - С. 16-17.

**123.** Полосьянц, О.Б. Лечение осложненного гипертонического криза на догоспитальном этапе [Текст] / О.Б. Полосьянц О.Б., А.А. Веракса // Артериальная гипертензия. - 2017, №2. - С. 122 - 126.

**124.** Полосьянц, О.Б. Обзор лекарственных препаратов, рекомендуемых и применяемых для лечения гипертонического криза [Текст] / О.Б. Полосьянц О.Б., А.Л. Верткин, О.В. Лукьянчикова // Врач скорой помощи. - 2019, №10 - С. 52 - 57.

**125.** Постановление Правительства Москвы от 06 апреля 2019г.№290-ПП «О территориальной программе государственных гарантий оказания населению города Москвы бесплатной медицинской помощи на 2019 год.

**126.** Потемкин, В.В. Неотложная эндокринология [Текст] / В.В. Потемкин, Е.Г. Старостина // Руководство для врачей. - М., ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. - 400 с.

**127.** Путилина, М.В. Церебральные инсульты в старческом возрасте: особенности клинической картины, течение, лечение [Текст] / М.В. Путилина, А.М. Солдатов // Международный неврологический журнал. - 2017, №3. - С. 11 - 17.

**128.** Результаты второго этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии в Российской Федерации (2017-2016г.г.) [Текст] / под ред. Н.В. Киселевой // Информационно-статистический сборник. - 2018. - С. 224

**129.** Рожкова, Е. В. Медицинские услуги: понятие и особенности. Современные исследования социальных проблем / 2019, № 3. URL: <http://sisp.nkras.ru/issues/2019/3/rozhkova.pdf>.

**130.** Российское медицинское общество по артериальной гипертензии (РМОАГ), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр [Текст] // Прил. 2 к журн. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2018, №7 - С. 32.

**131.** Руксин, В.В. Сравнение эффективности и безопасности клонидина и моксонидина для оказания неотложной помощи при повышении артериального давления [Текст] / В.В. Руксин, О.В. Гришин, А.В. Кузнецов [и др.] // Скорая мед. помощь. - 2017, № 4. - С. 13 - 20.

- 132.** Руксин В.В. Экстренная помощь при артериальной гипертензии: краткое руководство для врачей [Текст] / В.В. Руксин. - М. МЕДпресс - информ, 2017. - 48 с.
- 133.** Руксин, В.В. Дифференцированная терапия неотложных состояний, связанных с повышением артериального давления [Текст] / В.В. Руксин, О.В. Гришин // Артериальная гипертензия. - 2019, Т. 16, №3.-С. 292-298.
- 134.** Руксин, В.В. Неотложная помощь при повышении артериального давления, не угрожающем жизни [Текст] /В.В. Руксин, О.В. Гришин // Кардиология. - 2019 - №2 - Р.45 -51.
- 135.** Рычков, А.Ю. Место бета-адреноблокатора коргарда в лечении пароксизмальных наджелудочковых тахикардий [Текст] / А.Ю. Рычков, М.С. Шурин, Г.Г. Шахов [и др.] // Кардиология. - 2018, №9. -С. 19-22.
- 136.** Сантрапинский, Д. К. Неконвенционные факторы, их тренды, влияние на риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в открытой мужской популяции [Текст]: автореф. дис.... канд. мед. наук / Д.К. Сантрапинский. - Кемерово 2019. - 133 с.
- 137.** Статистика. <http://statistiks.uz/medicinskava-statistika/175-effektivnost-zdravooxraneniya-i-ee-vidy>
- 138.** Тогунов, И.А. Маркетинговая сущность профилактической Медицинской деятельности [Электронный ресурс]. URL :[http://www.rusmedserv.com/zdrav/market/article\\_33.html](http://www.rusmedserv.com/zdrav/market/article_33.html).
- 139.** Тогунов, И.А. К вопросу сегментирования рынка здоровья [Электронный ресурс]. URL:[http://www.rusmedserv.com/zdrav/market/article\\_35.html](http://www.rusmedserv.com/zdrav/market/article_35.html).
- 140.** Тогунов, И.А. Специфика категории «прибыль» на рынке медицинских услуг в условиях совершенной конкуренции. <http://medmore.ru/medical.php?id=2939>.
- 141.** Факторы риска при инсульте. Сайт «Сердце и сосуды. Сердечно-сосудистые заболевания и их профилактика». <http://serdce-sosudv.m/insult/factory-riska-pri-insulte.html>.
- 142.** European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2018 [Text] // Cerebrovasc Dis. - 2018, Vol. 25.- P.457-507.
- 143.** Fang, J. Hypertension control at physicians' offices in the United States [Text] / J. Fang, M.H. Alderman, N.L. Keenan [et al.] // Am J Hypertens. - 2018, Vol. 21. - P. 136 - 142.
- 144.** Global Health risk. Mortality and burden of disease attributable to

selected major risks [Text] - Geneva: World Health Organization, 2017.

**145.** Hassan , A.E. A comparison of Computed Tomography perfusion-guided and time-guided endovascular treatments for patients with acute ischemic stroke [Text] / A. E. Hassan et al. // Stroke. - 2019, Vol.41 (№8). - P. 1673- 1678.

**146.** Hypertension Guideline Committee and approved by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SCOG) [Text] // Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. - 2018, №206.

**147.** Hiren, P.P. Mitsnefes M Advances in the pathogenesis and management of hypertensive crisis [Text] / P.P. Hiren // Current Opinion in Pediatrics. - 2017, Vol. 17. - P. 210 - 214.

**148.** Ko, Y. The significance of blood pressure variability for the development of hemorrhagic transformation in acute ischemic stroke [Text] / Y. Ko [et al.] // Stroke. - 2019, Vol.4 (4). - P. 2512 - 2518.