

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI TA’LIM, FAN VA INNOVATSIYALAR
VAZIRLIGI**

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TIBBIY TA’LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

R.N.YULDASHEV

**YURAK QON-TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI
AMALIY KARDIOLOGIYANING MUAMMOSI
SIFATIDA**

**(davolash fakulteti 5-6 kurs talabalari, magistrlar va klinik ordinatorlar
uchun o‘quv qo‘llanma)**

KAFOLAT-TAFAKKUR

ANDIJON– 2023

UO‘K: 616.1-616.12

KBK: 53.5/ 54.101

Yu31

TUZUVCHI:

R.N.YULDASHEV - Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası dotsenti.t.f.n.
faxriy professor

TAQRIZCHILAR:

M.M.Mirsaydullayev - Namangan “Impuls” tibbiyot instituti terapiya kafedrası
mudiri t.f.d.,professor

Солохиддинов З. С. - ADTI Oila shifokorlari tayyorlash kafedrası mudiri.t.f.d.
professor.

ISBN: 978-9910-9597-1-4

8607



© R.N.YULDASHEV, 2023

© KAFOLAT TAFAKKUR, 2023

ANNOTATSIYA

Yurak-qon tomir kasalliklari dunyoda, ayniqsa rivojlangan mamlakatlarda o'limning yetakchi sabablaridan biridir. Hozirgi prognozlar aholining qarishi va surunkali yuqumli bo'lmagan kasalliklar epidemiyasini hisobga olgan holda ushbu kasalliklar chastotasining doimiy o'sishini ko'rsatadi.

Zamonaviy tibbiyotning ulkan yutuqlariga qaramay, terapiya va kardiologiya sohasiga taalluqli patologiyaning ayrim turlari tibbiy va ijtimoiy muammo bo'lib qolmoqda. Bunday kasalliklarni kompleks davolash bilim va ko'nikmalarini tegishli darajada to'liq egallab borayotgan malakali tibbiyot xodimlariga talab oshib bormoqda.

Zamonaviy klinik tadqiqotlarda paradoksal gender farqlari kuzatiladi, bunda ayollarda koronar arteriya stenoz kamroq aniqlanadi va chap qorincha funktsiyasi nisbatan saqlanib qoladi, ammo miokard ishemiyasi va o'lim darajasi yoshi bilan taqqoslanadigan erkaklarga nisbatan yuqori. Shu munosabat bilan, so'nggi paytlarda ayollarda ushbu patologiyaning xususiyatlarini kam baholash ushbu muammo bo'yicha tadqiqotlarning sezilarli o'sishi kuzatildi.

ANNOTATSIYA

Сердечно-сосудистые заболевания-одна из ведущих причин смерти в мире, особенно в развитых странах. Текущие прогнозы показывают устойчивый рост частоты этих заболеваний с учетом старения населения и эпидемий хронических неинфекционных заболеваний.

Несмотря на огромные достижения современной медицины, некоторые виды патологии, относящиеся к области терапии и кардиологии, остаются медицинской и социальной проблемой. Растет спрос на квалифицированный медицинский персонал, который в должной мере в полной мере владеет знаниями и навыками комплексного лечения таких заболеваний.

В современных клинических исследованиях наблюдаются парадоксальные гендерные различия, при которых у женщин стеноз коронарной артерии менее выражен, а функция левого желудочка относительно сохраняется, но частота ишемии миокарда и смертности выше, чем у мужчин, сопоставимых по возрасту. В связи с этим в последнее время наблюдается значительный рост исследований по этой проблеме, недооценивающих особенности данной патологии у женщин.

ANNOTATION

Cardiovascular diseases are one of the leading causes of death in the world, especially in developed countries. Current forecasts show a steady increase in the frequency of these diseases, taking into account the aging of the population and epidemics of chronic non-communicable diseases.

Despite the enormous achievements of modern medicine, some types of pathology related to the field of therapy and cardiology remain a medical and social problem. There is a growing demand for qualified medical personnel who fully possess the knowledge and skills of complex treatment of such diseases.

In modern clinical studies, paradoxical gender differences are observed, in which women have less pronounced coronary artery stenosis, and left ventricular function is relatively preserved, but the incidence of myocardial ischemia and mortality is higher than in men of comparable age. In this regard, recently there has been a significant increase in research on this problem, underestimating the features of this pathology in women.

SHARTLI QISQARTMALAR:

AG-arterial gipertenziya

ALT-alanin aminotransferaza

AsT-aspartat aminotransferaza

ANS-avtonom asab tizimi

EK - ekstragenital kasalliklar

EKG elektrokardiografiyasi

EXoKG- exokardiyografiya

D -dermatit

DQB-diastolik qon bosimi

DQM-daqiqali qon miqdori

ISI- integral sistolik indeks

ISS-sistoldagi sferiklik indeksi

NX-nisbiy xavf

P - pielonefrit

QB -qon bosimi

QBKMQ-qon bosimini kunlik monitoring qilish

QTH-qon tomir hajmi

O'QB - o'rtacha qon bosimi

REG-reensefalografiya

RC-reografik koeffitsient

SAT-simpatik asab tizimi

SQB-sistolik qon bosimi

T3-triiodotironin

T4-tiroksin

UAQH - umumiy aylanma qon hajmi

YUCHLP - yuqori chastotali lipoproteid

YUQS- Yurak qon tomir kasalliklari

YUTO‘ -Yurak tezligi o‘zgaruvchanligi

UL -uretrolitiaz

XM-Xolter monitoringi

YuUT-yurak urish tezligi

X- xolesterol

Z -zotiljam

ZI-zarb indeksi

MUNDARIJA

KIRISH.....	12
I BOB. ARTERIAL GIPERTENZIYANI	
O‘RGANISHNING NAZARIY ASOSLARI.....	17
1.1. Arterial gipertoniya tibbiyotning dolzarb muammosi sifatida.....	17
1.2. Gipertoniya kasalligini XKT-10 bo‘yicha tasnifi.....	26
1.3. Gipertoniya kasalligining diagnostikasiga umumiy yondoshish QB darajalarini tasnifi.....	27
1.4. AGni stratifikatsiyasini kriteriyalari.....	31
1.5. AGli bemorlarni xavf stratifikatsiyasi.....	33
1.6. Reproduktiv yoshdagi ayollarda Yurak-qon tomir xavfi va arterial gipertenziyasi.....	35
1.7. Yurak-qon tomir kasalliklari va homiladorlik gipertenziyasi uchun xavf omillari.....	37
1.8. Nishon organlarning shikastlanishi va homiladorlik gipertenziyasi...	39
1.9. Gestatsion arterial gipertenziyaga bog‘liq klinik holatlar va homiladorlik gipertenziyasi.....	41
1.10. Yurak-qon tomir xavfi va homiladorlik gipertenziyasi.....	42
II BOB. ARTERIAL GIPERTENZIYAGA CHALINGAN BEMORLARNI	
MAXSUS TEKSHIRUV USULLARI.....	45
2.1. Skrining va gematologik patologiyani aniqlash.....	45
2.2. Tibbiy – genetik maslahat berish.....	48
2.3. Ultratovush tekshirishlari.....	49
2.4. Zardobli alfa-fetoprotein.....	53
2.5. Psixologik holatni o‘rganish.....	53
2.6. Hayot sifatini o‘rganish.....	58
III BOB. ARTERIAL GIPERTENZIYAGA CHALINGAN BEMORLARDA	
GEMATOLOGIK KASALLIKLARNING KECHISHI.....	59
3.1. Anemiya.....	59

3.2. Trombofiliya va homiladorlik.....	64
3.3. Ayollarda arterial gipertenziya patogenezi va davolash xususiyatlari.....	68
3.4. Arterial gipertoniya chalingan ayollarning reabilitatsiyasining umumiy qonuniyatlari.....	76
3.5. Gipertonik krizlarda shifokorgacha bosqichda shoshilinch kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam taktikasi.....	80
3.6. Gipertonik krizlarda shifoxonagacha bo‘lgan bosqichda shoshilinch kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam taktikasi.....	82
3.7. SHifoxonagacha bo‘lgan bosqichda shoshilinch yordam.....	83
3.8. Gipertonik krizlarda shifoxona bosqichida shoshilinch kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam taktikasi.....	86
XULOSALAR.....	93
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI.....	98

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	12
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	17
1.1. Артериальная гипертензия как актуальная проблема медицины.....	17
1.2.Классификация артериальной гипертензии по МКБ-10.....	26
1.3. Общий подход к диагностике артериальной гипертензии Классификация уровней АГ.....	27
1.4. Критерии стратификации АГ.....	31
1.5. Стратификация риска пациентов с АГ.....	33
1.6. Сердечно-сосудистый риск и артериальная гипертензия у женщин репродуктивного возраста.....	35
1.7. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и гестационной гипертензии.....	37
1.8. Повреждение органов-мишеней и гестационная гипертензия.....	39
1.9. Клинические состояния, связанные с гестационной артериальной гипертензией и гестационной гипертензией.....	41
1.10. Сердечно-сосудистый риск и гестационная гипертензия.....	42
ГЛАВА II. СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	45
2.1.Скрининг и выявление гематологической патологии.....	45
2.2. Медико-генетическое консультирование.....	48
2.3. Ультразвуковые исследования.....	49
2.4. Альфа-фетопротеин сыворотки крови.....	53
2.5. Изучение психологического состояния.....	53
2.6. Исследование качества жизни.....	58
ГЛАВА III. ТЕЧЕНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ АГ.....	59
3.1. Анемия.....	59
3.2.Тромбофилия и беременность.....	64

3.3. Особенности патогенеза и лечения артериальной гипертензии у женщин.....	68
3.4. Общие закономерности реабилитации женщин с артериальной гипертензией.....	76
3.5. Тактика неотложной неотложной медицинской помощи на доврачебной стадии при гипертонических кризах.....	80
3.6. Тактика неотложной неотложной медицинской помощи на догоспитальной стадии при гипертонических кризах.....	82
3.7. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.....	83
3.8. Тактика неотложной неотложной медицинской помощи на больничной стадии при гипертонических кризах.....	86
ВЫВОДЫ.....	93
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	98

CONTENTS

INTRODUCTION.....	12
CHAPTER I. THEORETICAL FOUNDATIONS OF THE STUDY OF ARTERIAL HYPERTENSION.....	17
1.1. Arterial hypertension as an actual problem of medicine.....	17
1.2. Classification of arterial hypertension according to ICD-10.....	26
1.3. General approach to the diagnosis of arterial hypertension Classification of AG levels.....	27
1.4. AG stratification criteria.....	31
1.5. Risk stratification of patients with AG.....	33
1.6. Cardiovascular risk and arterial hypertension in women of reproductive age.....	35
1.7. Risk factors for cardiovascular diseases and gestational hypertension....	37
1.8. Target organ damage and gestational hypertension.....	39
1.9. Clinical conditions associated with gestational hypertension and gestational hypertension.....	41
1.10. Cardiovascular risk and gestational hypertension.....	42
CHAPTER II. SPECIAL METHODS OF EXAMINATION OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION.....	45
2.1. Screening and detection of hematological pathology.....	45
2.2. Medical and genetic counseling.....	48
2.3. Ultrasound examinations.....	49
2.4. Alpha-fetoprotein of blood serum.....	53
2.5. Study of the psychological state.....	53
2.6. Quality of life research.....	58
CHAPTER IV. THE COURSE OF HEMATOLOGICAL DISEASES IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION.....	59
3.1. Anemia.....	59
3.2. Thrombophilia and pregnancy.....	64
3.3. Features of the pathogenesis and treatment of hypertension in women...68	

3.4. General patterns of rehabilitation of women with hypertension.....	76
3.5. Tactics of emergency medical care at the pre-medical stage in hypertensive crises.....	80
3.6. Tactics of emergency medical care at the prehospital stage in hypertensive crises.....	82
3.7. Emergency care at the pre-hospital stage.....	83
3.8. Tactics of emergency medical care at the hospital stage in hypertensive crises.....	86
CONCLUSIONS.....	93
LIST OF USED LITERATURE.....	98

KIRISH

Ayollarda arterial gipertenziya muammosini hal qilish yo'lidagi birinchi qadam ayollar uchun Yurak qon tomir kasalliklari (YUQTK) uchun eng muhim xavf omillarini aniqlash va ularni tuzatish usullarini izlashdir. YUQTK rivojlanishi uchun xavf omillarini o'ziga xos bo'lmagan (erkaklar va ayollar uchun umumiy) va o'ziga xos (faqat erkaklar uchun yoki faqat ayollar uchun xos) ajratish mumkin. O'ziga xos bo'lmagan xavf omillari yaxshi ma'lum: yosh (erkaklar >55 yosh, ayollar >65 yosh), chekish, yaqin qarindoshlarda KVH belgilarining erta boshlanishi (ayollar <65 yosh, erkaklar <55?(erkaklarda 1,0 mmol/l va ayollarda <1,2 mmol/l), XL va YUCHLP xolesterinning ko'payishi, qon TG, semirish (erkaklarda 102 sm dan va ayollarda 88 sm dan ortiq), kamharakat turmush tarzi. YUqoridagi xavf omillarining umumiylikiga qaramay, ularning erkaklar va ayollarda YUQTK patologiyasini shakllantirishga ta'sirining o'ziga xos xususiyatlarida farqlar mavjud. Amaliyotchilar ayollar va erkaklar uchun xos bo'lgan YUQTK xavf omillariga kamroq e'tibor berishadi. Biroq, homiladorlik davrida gipertenziya va metabolik kasalliklar ayollarda YUQTK rivojlanishi uchun o'ziga xos xavf omillari, Shuningdek, gormonal kontratsepsiya, menopauza, histerovarietomiya ekanligi yaxshi ma'lum.

Rossiyada gipertenziya keng tarqalgan va ayollarning 41,1 foizida kuzatiladi. Ushbu kasallikning asoratlari ayollar populyasiyasida o'lim tarkibida birinchi o'rinni egallaydi. Gipertenziya bilan og'rikan ayollarda Yurak tomirlari kasalligi xavfi normal qon bosimi bo'lgan ayollarga qaraganda 3,5 baravar yuqori. Shunga qaramay, Framingham tadqiqotining natijalari Shuni ko'rsatdiki, gipertoniya bilan og'rikan ayollar gipertoniya bilan og'rikan erkaklarga qaraganda yaxshiroq prognozga ega va ular koroner Yurak kasalligiga chalinish ehtimoli kamroq. Nanchanal va boshq. o'z ichiga olgan tadqiqotda Sog'lom ayollarda hayotining keyingi 10 yilida Yurak tomirlari kasalligini rivojlanish xavfi normotenziv chegaralardan boshlab qon bosimi darajasi bilan chambarchas bog'liqligi ko'rsatildi. Oddiy qon bosimi yuqori bo'lgan ayollar uchun xavf normal qon bosimi past bo'lgan ayollarga qaraganda 4 baravar ko'p edi. Gipertenziya bilan

ogʻrigan ayollarda, hatto qoniqli gipotenziv terapiya olganlarda ham Yurak tomirlari kasalligi xavfi 8 baravar yuqori edi. Terapiya etarli boʻlmagan ayollar uchun xavf deyarli 19 baravar yuqori edi.

Albatta, yosh ayollar orasida gipertenziya tarqalishi past. Maʼlumki, menopauzadan keyin u sezilarli darajada oshadi. Biroq, barcha ayollarda qon bosimining oshishi jinsiy involyusiyaning boshlanishiga toʻgʻri kelmaydi. Soʻnggi paytlarda yosh ayollar, Shu jumladan homilador ayollar orasida gipertenziya koʻpaymoqda. Gipertenziv sindrom Mamlakatimizdagi homilador ayollarning 15-30 foizida kuzatiladi, nafaqat homiladorlik va tugʻish paytida jiddiy asoratlarni keltirib chiqaradi, balki onaning uzoq muddatli prognoziga ham salbiy taʼsir koʻrsatadi. Koʻpincha gipertenziya homiladorlik paytida debyut qiladi va tugʻruqdan keyin ham davom etadi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda metabolizm va gemodinamikaning bir qator parametrlarida siklik oʻzgarishlar mavjud. Hayz davrining bosqichiga qarab, qon bosimi (BP), Yurak urishi, psixo–vegetativ holat, lipid darajasi, endotelial funktsiya oʻzgarishi [M. Xashimoto, M. Akishita, M. Eto va boshq., 1995; M. R. I. Uilyams, R. A. Vesterman, B. A. Kingvell va boshq., 2001]. Ushbu siklik oʻzgarishlar muhimmi? Ular klinik sinov protokollarini tayyorlashda, dori terapiyasini tanlashda eʼtiborga olishni talab qiladimi?

Biz yuqori normal qon bosimi bilan reproduktiv yoshdagi ayollarda hayz sikli turli bosqichlarida qon bosimi, Yurak tezligi, vegetativ holati (Yurak tezligi oʻzgaruvchanlik (HRV) dinamikasini baholadi. Tadqiqotga yuqori qon bosimi boʻlgan, fiziologik hayz sikli va normal gormonal fonga (luteinlashtiruvchi, follikulani stimulyasiya qiluvchi, qalqonsimon bezni stimulyasiya qiluvchi gormonlar, prolaktin, estradiol, progesteron, testosteron–normal chegaralarda) ega boʻlgan 28 ayol (oʻrtacha yoshi 38 yosh). Har kuni bir hayz davrida barcha ayollar qon bosimi va Yurak urish tezligini oʻlchashdi. Yurak urish tezligining oʻzgaruvchanligi hayz davrining 12 va 20 kunlarida baholandi. Bemorlarning tana vazni har kuni aniqlandi. 17 ayolda (60,7%) hayz davrining ikkinchi bosqichida vazn 1,5 kg dan ortiq (oʻrtacha 1,8) ga oshgan.0,4 kg). 16 ayolda (57,1%) qon

bosimi 5 mmhg dan oshdi(7,1 xnumx mmhg). 20 ayolda (71,4%) hayz davrining ikkinchi bosqichida 5 dan ortiqmi?bir daqiqada urish Yurak urish tezligini oshirdi(5,7 daqiqada 0,3 zarba). 18 ayolda (64,3%) hayz davrining ikkinchi bosqichida simpatoadrenal faollikning oshishi va parasempatik faollikning pasayishi aniqlandi (anjir . 1, jadval 1).

Shunday qilib, reproduktiv yoshdagi ayollarda qon bosimini yanada samarali nazorat qilish va gipertenziya davolashni optimallashtirish uchun gemodinamik parametrlarni hayz davrida kuzatib borish va buni hisobga olgan holda to'g'ri antihipertenziv terapiya qilish kerak.

Antihipertenziv dorilarni tanlash, ularning dozalari, ayollarda davolanish samaradorligi va xavfsizligini nazorat qilish ham ayol tanasining fiziologik xususiyatlari tufayli farq qiladi. Ular preparatning farmakokinetik parametrlariga, natijada dori terapiyasining samaradorligi va xavfsizligiga ta'sir qiladi.

Ayollarda dori-darmonlarni qo'llashda e'tiborga olinishi kerak bo'lgan quyidagi xususiyatlarni ajratish mumkin:

1. Ayollarda tana massasi indeksi pastroq va ichki organlarning kattaligi, nisbiy yog ' miqdori kattaroq.

2. Ayol tanasidagi suv miqdori hayz davrining fazasiga qarab o'zgaradi. Estradiol natriy va suvni saqlaydi.

3. Ayollarda glomerulyar filtratsiya va kreatinin klirensi pastroq.

4. Hayz sikli, menopauza, homiladorlik jinsiy gormonlar tarkibidagi tebranishlar, tanadagi suv tarkibidagi o'zgarishlar bilan birga keladi.

5. Sitoxrom P 450 fermentlarining faolligida farqlar mavjud (erkaklar CYP1A2, CYP2D6, CYP2E1 fermentlarining faolligi yuqori, ayollar cyp3a4 fermentining faolligi yuqori).

6. Ayol jinsi kiruvchi dori reaksiyalarining rivojlanishi uchun xavf omilidir, bu holda erkaklarnikiga qaraganda 50-70% tez-tez rivojlanadi.

Rossiyada ACE ingibitorlari hozirda erkaklar va ayollarda gipertoniya davolashda "favorites".

Estrogenlar teskari aloqa mexanizmi orqali plazmadagi angiotensin II darajasiga ta'sir qiladi. Shunga ko'ra, preMenopauzaal ayollar postMenopauzaal ayollarga qaraganda kamroq RAAS faolligini namoyish etadilar. Gormonlarni almashtirish terapiyasi paytida bu farq yo'qoladi. Endogen estrogenlarning kardioprotektiv ta'siri qisman RAAS faolligini kamaytirish ta'siri bo'lishi mumkin. Ushbu gormonal ta'sirlar APF ingibitori terapiyasining samaradorligini o'zgartiradimi yoki yo'qmi aniqlanmagan. APF ingibitorlari bilan davolash paytida yo'tal ko'rinishidagi nojo'ya ta'sirlar ayollarda erkaklarnikiga qaraganda tez-tez uchraydi. Angioedema yoki urticaria yuzaga chastotasi Gender-maxsus farqlar [F. J. Mackay, G. L. Pearce, 1999] tasvirlangan qilinmagan.

Ayollarda APF ingibitorlarini qo'llash uchun qo'shimcha asos-bu ayollarning chap qorincha gipertrofiyasini erkaklarnikiga qaraganda tezroq rivojlanishi [M. G. Glezer, 2005] va ma'lumki, ACE ingibitorlaridan foydalanish uning regressiyasiga olib keladi. Bundan tashqari, ayollarda erkaklarnikiga qaraganda tez-tez gipertoniya metabolik sindrom doirasida sodir bo'ladi va APF ingibitorlari metabolik jihatdan ijobiy dorilar hisoblanadi. A. S. Ametov, E. V. Gubina (1999) C-peptid darajasining sezilarli darajada oshganligini, ochlik qon glyukozasining pasayishini, ovqatdan ikki soat o'tgach qon glyukozasining pasayishini va enalapril ta'sirida glikozillangan gemoglobin darajasini ko'rsatdi (Berlipril, Berlin-xemi/Menarini Pharma). Bu jigarning insulin ta'siriga sezgirligining yaxshilanishini va periferik to'qimalar darajasida insulin qarshiligining pasayishini ko'rsatadi.

Biz enalapril (Berlipril) bilan davolash fonida gipertoniya bilan reproduktiv yoshdagi ayollarda hayz davrining turli bosqichlarida qon bosimi dinamikasini baholashga qaratilgan tadqiqot o'tkazdik. Tadqiqotga gipertoniya bilan og'rigan, fiziologik hayz sikli va normal gormonal fonga ega bo'lgan 16 yoshdan 32 yoshgacha bo'lgan 45 ayol (o'rtacha yosh 39 yosh) 4,1 yosh) kiritilgan. Barcha bemorlar enalaprilni (kuniga 5-20 mg) monoterapiya sifatida qabul qilishdi. Qon bosimi har kuni o'lchandi. Enalapril terapiyasi paytida qon bosimining dinamikasi 3-rasmda ko'rsatilgan. Hayz davrining turli bosqichlarida qon bosimida statistik

jihatdan sezilarli o'zgarish bo'lmadi, ya'ni enalapril hayz davrining turli bosqichlarida samarali gipotenziv ta'sir ko'rsatdi.

Tadqiqot natijalari Berliprilning hayz davrining turli bosqichlarida ayollarda samarali antihipertenziv ta'sirga ega ekanligini tasdiqlaydi, ammo turli yoshdagi ayollarda antihipertenziv terapiya ta'sirini yanada kengroq va uzoq muddatli randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar zarur. Bu bizga katta sabablarga ko'ra ayollarda Yurak-qon tomir kasalliklarining birlamchi va ikkilamchi profilaktikasi uchun u yoki bu terapevtik taktikani tavsiya qilish imkonini beradi.

I BOB.

ARTERIAL GIPERTENZIYANI O‘RGANISHNING NAZARIY ASOSLARI.

1.1. Arterial gipertoniya tibbiyotning dolzarb muammosi sifatida.

Arterial gipertenziya kardiologiyaning eng dolzarb muammolaridan biridir (JSST, 1995; DAT I, 2000). Arterial gipertenziya shakllanishida bemorlarning jinsi va yoshi, xususan, tananing gormonal qayta qurish davrlari muhim ahamiyatga ega (Sidorenko B. A., Ugryumova M. O., 2003). Menopauza davrida jinsiy gormonlar etishmovchiligi natijasida arterial gipertenziya tez-tez rivojlanadi, ularning umumiy somatik va kardiogemodinamik ko‘rinishlari ayollarning hayot sifatini pasaytiradi va uning davomiyligini kamaytiradi.

Ko‘plab tadqiqotlar arterial gipertenziya rivojlanishi va menopauzaning boshlanishi o‘rtasidagi bog‘liqlikni isbotladi (Eliseeva N. A., Britov A. N., 1985; Podzolkov V. I., Bragina A. E., 1998; Posner V. M., Coppies M. A., 1993). Shunday qilib, postMenopauzal ayollar nafaqat gipertenziya paydo bo‘lishi va rivojlanishining yuqori chastotasi, balki kasallikning tezroq rivojlanishi bilan ham ajralib turadi.

So‘nggi yillarda arterial gipertenziya bilan og‘rigan bemorlarda qon bosimining kunlik o‘zgaruvchanligini o‘rganishga katta ahamiyat berilmoqda (Gorbunov V. M., 1997; Zelveyan P. A., Buniatyan M. S., 2002). Biroq, menopauza davrida ayollarda kunlik qon bosimi profilidagi o‘zgarishlarning o‘ziga xos xususiyatlari haqida ma‘lumot etarli emas. Ko‘pincha yashirin holda yuzaga keladigan aritmik sindromning xususiyatlari ham o‘rganilgan.

Tadqiqotlarga ko‘ra, ayollar menopauzadan oldin va keyin simpatik asab tizimining ohangi va reaktivligida farqlarga ega. Simpatik asab tizimining giperaktivligi hozirgi vaqtda nafaqat gipertoniya shakllanishining eng muhim bo‘g‘ini, balki bir qator jiddiy, ba‘zan halokatli asoratlarning rivojlanishiga hissa qo‘shadigan omil sifatida ham ko‘rib chiqilmoqda (SHlyaxto E. V., Mancina, 2003). Shu munosabat bilan menopauza gipertenziviyasi bo‘lgan ayollarda vegetativ holat holatini batafsil baholash zarurati mavjud.

Menopauzadagi ayollarda gipertenziya shakllanishi va namoyon bo'lishining bir qator klinik va funksional naqshlari, klinik ko'rinishning xususiyatlari ham qarama-qarshi bo'lib qolmoqda.

Bemorlarning klinik holati, menopauza davridagi ayolning hayot sifati darajasi ko'p jihatdan birgalikda psixosomatik kasalliklarning rivojlanish darajasiga bog'liq. Menopauza sindromining klinik ko'rinishida turli darajadagi ruhiy kasalliklar mavjud bo'lib, ayrim hollarda ustunlik qiladi (Tyuvina N. A., 1993; Ostroumova O. D., Mamaev V. I., 2002; Kopina O. S., 1996). Bundan tashqari, so'nggi tadqiqotlar Shuni ko'rsatadiki, depressiya Yurak-qon tomir kasalliklarining rivojlanishi va prognozini belgilovchi eng muhim omillardan biridir. Adabiyotga ko'ra, gipertoniya bilan og'rikan bemorlarda tashvish-depressiv kasalliklarning tarqalishi 55-70% ga etadi (Pogosova G. V., 2004; Kirichenko A. A., Ebzeeva E. YU ., 2002). Shu bilan birga, menopauzadagi ayollarda arterial gipertenziyada psixosomatik kasalliklarning namoyon bo'lish xususiyatlari va naqshlari qo'shimcha o'rganishni talab qiladi.

YAqinda arterial gipertenziya bilan og'rikan bemorlarning hayot sifatini o'rganish alohida ahamiyatga ega bo'ldi (Ayvazyan T. A., Zaysev V. P., 1988; Andreeva G. F., Oganov R. G., 2002). Shunisi e'tiborga loyiqki, gipertenziya bilan og'rikan menopauza davridagi ayollarning hayot sifati haqidagi ma'lumotlar etarli darajada o'rganilmagan.

Shu munosabat bilan, menopauza davridagi ayollarda arterial gipertenziya klinik kursining xususiyatlarini yanada o'rganish, uning rivojlanish naqshlariga ham, turli, ba'zan o'limga olib keladigan asoratlarni rivojlanish ehtimoliga ta'sir qiluvchi bir qator tashqi omillarni aniqlash kerak. YUqorida aytilganlarning barchasi klinik ko'rinishlarning xususiyatlarini, qon bosimining kunlik profilini va menopauzadagi ayollarda miya qon aylanishining holatini, Yurak urish tezligining o'zgaruvchanligini va ularning psixologik holatini, xususan, shaxsiy o'zgarishlarni, psixososyal stressning zo'ravonligini o'rganishning dolzarbligini tasdiqlaydi. va tashvish-depressiv kasalliklar, bu nafaqat qon bosimini yomonlashtiradi. Menopauza davrida ayollarning hayot sifati, Shuningdek, AG shakllanishi va

rivojlanishiga sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bu ushbu murakkab toifadagi bemorlarda arterial gipertenziyaning oldini olish va davolashning kuzatuv taktikasi va tamoyillarini ishlab chiqish imkonini beradi.

Akusherlik va ginekologiya - ajralmas klinik tibbiyot bilan bog'liq tuShuncha. Homiladorlik va tug'ruqlar asoratidan har kuni dunyoda 1500 ayol olamdan ko'z yumib, tark etadi.

Epidemiologik tadqiqotlar Shuni ko'rsatadiki, arterial gipertenziya (AG) kattalar aholisi orasida eng keng tarqalgan kasalliklardan biridir. Framingham tadqiqotida bemorlarning 30 yillik kuzatuv natijalari gipertoniya ko'pincha o'lim bilan tugaydigan serebrovaskulyar asoratlar uchun eng muhim xavf omili ekanligini isbotladi. Aholi orasida gipertenziya tarqalishi yoshga qarab sezilarli darajada oshadi. Gipertenziya tarqalishidagi jins va yosh farqlari aniqlandi. Shunday qilib, 50 yoshgacha gipertenziya erkaklarda ko'proq uchraydi va 50 yildan keyin ayollarda ustunlik qiladi [223]. JSST Monika tadqiqotlari Shuni ko'rsatadiki, Evropada 35 yoshli ayollarda gipertenziya chastotasi 13,1%, 64 yoshli ayollarda esa 36,2% ni tashkil qiladi.

Keksa ayollar va erkaklarda gipertenziya tarqalishidagi statistik farqlar uzoq vaqtdan beri klinitistlarning e'tiborini tortdi. Ayollarda gipertenziya chastotasi 50 yildan keyin keskin oshadi. Menopauza bu davrda ko'pchilik ayollarda sodir bo'lganligi sababli [223], bu hodisalar bilan bog'liq deb taxmin qilingan. Hozirgi vaqtda qon bosimining oshishi va menopauzaning boshlanishi o'rtasida xronologik va patogenetik bog'liqlik borligi odatda tan olingan. J. Staessen va boshq. (1989, 1994) ko'p o'zgaruvchan statistik tahlillardan foydalanib, menopauzaning boshlanishi yoshidan qat'i nazar, qon bosimining oshishi uchun xavf omili ekanligini ishonchli ko'rsatdi. Mualliflar postMenopauzaal ayollar nafaqat gipertenziyaning yuqori chastotasi bilan, balki preMenopauzaal ayollarga qaraganda kasallikning tezroq rivojlanishi bilan ham ajralib turishini isbotladilar [477]. Shunga o'xshash o'zgarishlar boshqa tadqiqotchilar tomonidan tasdiqlangan[15, 90, 113, 201, 287, 300, 301, 366, 383, 484].

Menopauza davri gipotalamus markazlarining yoshga bog‘liq involyutiv qayta tuzilishi bilan tavsiflanadi, bu gonadotropinlarning siklik va miqdoriy ishlab chiqarilishining buzilishiga, follikulaning pishib etishining buzilishiga, tuxumdon gormonlarining siklik va miqdoriy ishlab chiqarilishiga, ovulyasiyaning tugashiga olib keladi.va ayolning reproduktiv qobiliyati (V. G. Baranov).

Jadval 1

Ayollarda AGning hayoz sikli fazalariga bog‘liq holdagi ko‘rsatlichlari

KO'RSATKICHLAR	ME'YOR	SIKLNING I FAZASI	SIKLNING II FAZASI
TP, MC ²	3466±1018	2988±56,76	2669±43,28
LF, MC ²	1170±416	911±78,93	1365±49,36*
HF, MC ²	975±410	788±14,05	421±28,17*
VLF, MC ²	975±410	711±46,07	669±55,33
LF/HF	1,5–1,0	1,1–0,12	3,2–0,08

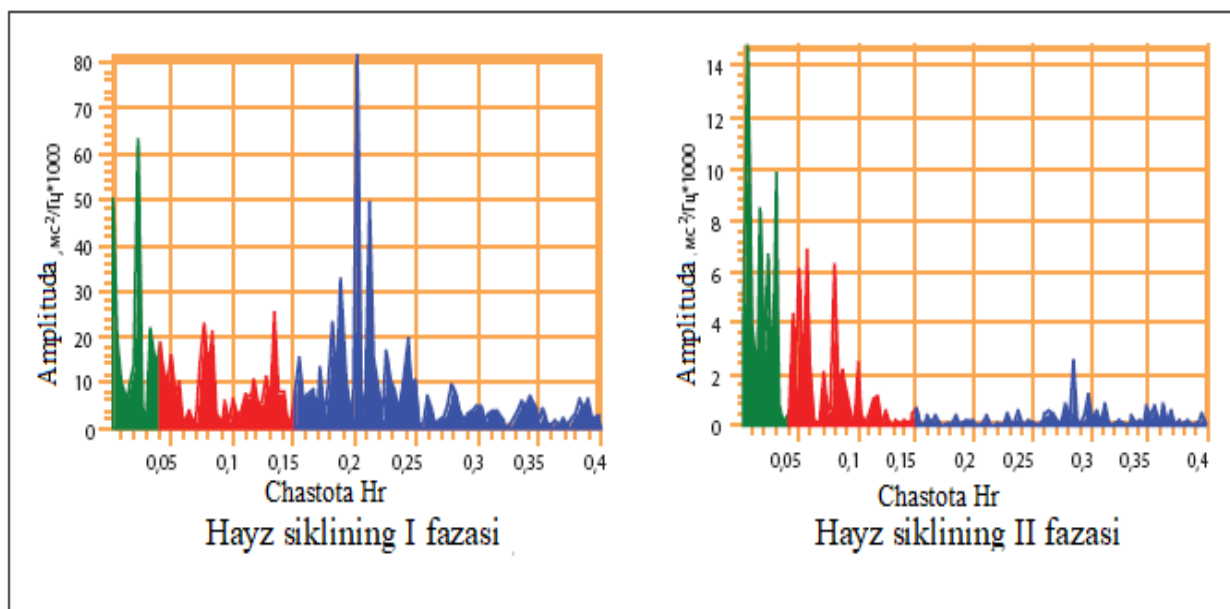
Xalqaro ginekologiya va akusherlik Federatsiyasi (1990) nomenklatura qo‘mitasining ta‘rifiga ko‘ra, menopauza-bu ayol asta-sekin reproduktiv davrdan samarasiz davrga o‘tadigan hayot davri.

Reproduktiv qarish-bu quyidagi bosqichlarni ajratib turadigan uzoq jarayon [242]:

- preMenopauzaa: tartibsiz hayz davrlarining paydo bo‘lishidan boshlab - estrogen etishmovchiligining birinchi alomati - menopauzagacha bo‘lgan davr.
- postMenopauzaa: menopauza bilan boshlanadi va 65-69 yoshda tugaydi.
- menopauza: bu oxirgi mustaqil hayz. Uning sanasi retrospektiv ravishda, 12 oylik hayz ko‘rmaganidan keyin belgilanadi. Menopauzaning o‘rtacha yoshi taxminan 50 yil [242]. Ko‘pgina tadqiqotchilar erta postMenopauzada endometrium va tuxumdonlarda patologik jarayonlar rivojlanmasdan hayz ko‘rishga o‘xshash qon ketish va davriy sikllikning tiklanishi holatlari bo‘lishi mumkinligini aniqladilar. Ushbu o‘zgarishlar sog‘lom ayollarning 10,7 foizida sodir bo‘lishini hisobga olsak, ba‘zi mualliflar menopauzani oxirgi mustaqil hayzdan bir emas, balki ikki yil o‘tgach belgilash kerakligini taklif qilishadi [316].

- periMenopauzaa: tartibsiz sikllar paydo bo'lishi bilan boshlanadi va oxirgi mustaqil hayzdan 12 oy o'tgach tugaydi.

Ushbu fazalarning vaqt parametrlari ma'lum darajada shartli va individualdir, ammo ular reproduktiv tizimning turli qismlarida morfo-funksional o'zgarishlarni aks ettiradi.



Rasm 1. Ayollarda AGning hayoz sikli fazalariga bog'liq holdagi dinamikasi

Menopauza davrida quyidagi gormonal o'zgarishlar yuz beradi. PreMenopauzada estrogen va progesteron ishlab chiqarishning umumiy darajasi pasayadi, qondagi lyuteinlashtiruvchi va follikulani stimulyasiya qiluvchi gormonlar darajasi oshadi. Tufayli follikullar tartibsizlik kamolotga, preMenopauzal davri diagnostik uninformative tuxumdonlarning endokrin funksiyasi o'rganish qiladi qon plazmasida gormonlar konsentratsiyasi, o'zgaruvchanlik bilan xarakterlanadi [223]. Tuxumdonlardagi follikullar sonining progressiv kamayishi, ularning sezuvchanligining o'zgarishi va jinsiy gormonlar sekretsiasining pasayishi tufayli menopauzadan keyin doimiy o'zgarishlar sodir bo'ladi [68, 222]. Yoshi bilan gonadotropin retseptorlari soni kamayadi, bu tuxumdonlar sezgirligining pasayishiga va ovulyasiya hayz davrining pasayishiga olib keladi [240]. Tuxumdon follikulyar apparati atrofiyasi estradiol konsentratsiyasining pasayishiga olib keladi, bu teskari aloqa mexanizmi orqali

gipotalamus-gipofiz tizimiga estrogenlarning inhibitiv ta'sirini istisno qiladi va gonadotropinlar konsentratsiyasining oshishiga olib keladi: FSH va LG [73]. FSH sintezi ikki tomonlama nazorat ostida: ozod qiluvchi gormonning ogohlantiruvchi ta'siri va tuxumdonlarda ishlab chiqariladigan inhibinning inhibitiv ta'siri. Follikulalar sonining kamayishi natijasida inhibin darajasining pasayishi va natijada FSH ning ko'payishi kuzatiladi [4].

LG va FSH darajalari nisbati indeksi katta ahamiyatga ega: u qanchalik past bo'lsa, menopauza sindromi Shunchalik aniq bo'ladi. FSH darajasining LG dan sezilarli darajada oshishi estradiol ishlab chiqarishga qaraganda ko'proq inhibin sintezining pasayishi bilan bog'liq deb ishoniladi. Kuchli menopauza sindromi bo'lgan ayollarda LH tarkibi sezilarli darajada past bo'ladi, bu LG/FSH indeksining pasayishiga olib keladi [223]

Postmenopauzada estrogenlarning (estron, estradiol, estriol) sintezi kamayadi, ammo menopauzadan keyingi dastlabki ikki yil ichida ularning darajasining qisqa muddatli o'sishi vaqti-vaqti bilan kuzatilishi mumkin. Tuxumdon funksiyasi yo'q bo'lib ketgandan va estradiol sekretsiyasining sezilarli pasayishi (kamayishi) dan keyin estron asosiy estrogenga aylanadi. Estradiol (E2) darajasining pasayishi estron (E1) ga qaraganda ancha aniq, Shuning uchun menopauzadan keyin E2/E1 nisbati qiymati birdan kam [223]. Estron estradioldan, Shuningdek buyrak usti korteksida va tuxumdonlarda sintez qilinadigan va qorin yog ' to'qimalarida, sut bezlarida, jigarda, buyraklarda va gipotalamusning ayrim yadrolarida aromatizatsiya orqali estrogenlarga aylanadigan androtsenedionning periferik konversiyasi natijasida hosil bo'ladi. PostMenopauzada estron shakllanishining ko'payishi uning prekursorlari sekretsiyasining oshishiga va/yoki jigar funksiyasining buzilishi, semirish tufayli ularning periferik konversiyasining oshishiga yordam berishi mumkin [242].

PostMenopauzada qon plazmasidagi progesteron miqdori erta follikulyar bosqichdagi yosh ayollarga nisbatan tuxumdonlar tomonidan sekretsiyasini to'xtatishi sababli 2 baravar kamayadi [275]. Ushbu davrda oz miqdordagi progesteronning manbai buyrak usti bezlari hisoblanadi. [242].

Menopauza davridagi tuxumdonlar katta miqdordagi androgenlarni ishlab chiqarishni davom ettiradi: testosteron va androstenedion. Nisbiy giperandrogenizm androgenlarga nisbatan estradiol tarkibidagi aniqroq pasayish tufayli yuzaga keladi, bu androgenlar/estrogenlar indeksining oshishi bilan namoyon bo'ladi [223].

Jinsiy gormonlarning umumiy biologik roli ayol tanasining reproduktiv sohasini shakllantirish va tartibga solishni nazorat qilish bilan cheklanmaydi, ularning ta'siri barcha inson tizimlariga taalluqlidir. Ularning Yurak-qon tomir tizimiga ko'p tomonlama ta'siri qon tomir devorida (arteriyalar, tomirlar, kapillyarlar), miyokarda, miyaning turli qismlarida jinsiy gormonlar retseptorlari mavjudligi bilan bog'liq. Estrogenlar qon tomirlariga bevosita va bilvosita ta'sir ko'rsatadi, Shuningdek, bir qator metabolik xususiyatlarni keltirib chiqaradi:

- to'g'ridan-to'g'ri ta'sir-qon tomir endoteliy va kardiyomiyositlarga
- bilvosita-lipid profilida, glyukoza va insulin metabolizmida, gemostaz tizimida [239].

So'nggi yillarda qon bosimini tartibga solishda va gipertenziya patogenezida qon tomir endotelial disfunktsiyaga muhim rol berildi. Estrogenlarning qon tomir tonusini va mahalliy qon oqimini aniqlaydigan endotelial omillarga ta'siriga ko'plab tadqiqotchilar katta e'tibor berishadi[82, 139, 185, 192, 328].

Bu reproduktiv davrda ayollarda endoteliy bog'liq tasalli omil relizlar qondagi estrogenlarning konsentratsiyasi bog'liq, deb isbotlangan-eng yuqori hech qadriyatlar (ovulyasiya bosqichida) estrogenlarning cho'qqisiga davomida kuzatiladi [19]. PostMenopauzaal ayollarga estrogenlar yuborilganda, endoteliy-tasalli beruvchi omilning tarkibi oshadi [19, 116, 435, 464]. Shu bilan birga, postMenopauzaal ayollar vazokonstriktor ta'siriga ega endotelin darajasining oshishi bilan ajralib turadi [19, 406].

Estrogenlarning koronar va periferik arteriyalarga vazodilatatsion ta'siri boshqa eksperimental va klinik tadqiqotlarda ham aniqlangan [338, 434, 503].

Kalsiy kanallarining bloklanishi tufayli endoteliydan mustaqil vazodilatatsiya haqida dalillar ham mavjud [343]. Qon tomir silliq mushak hujayralarining

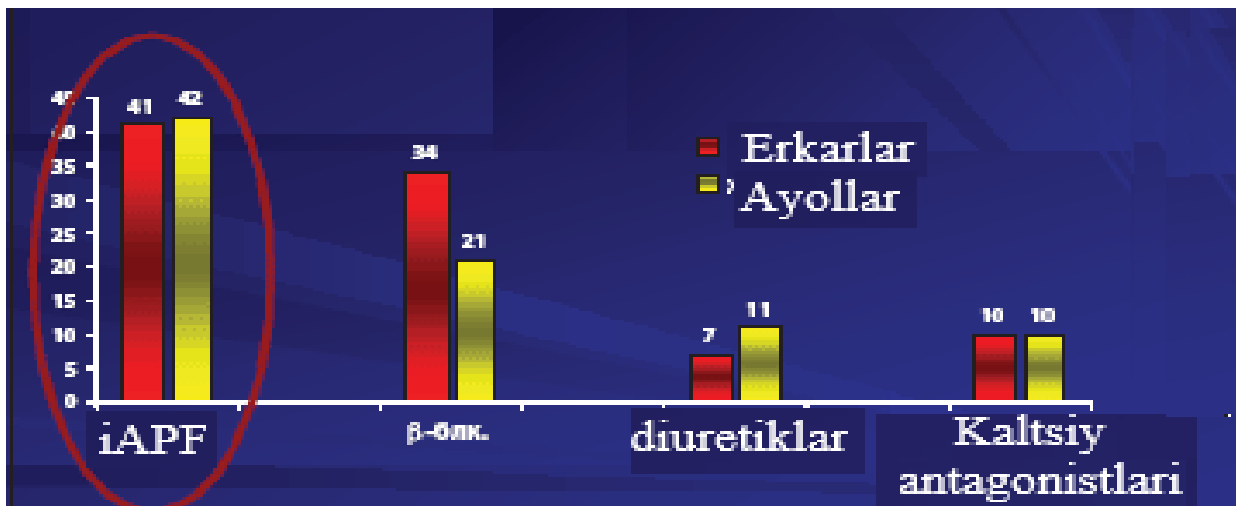
potensialga bog'liq kalsiy kanallari orqali kalsiy oqimini bostirish orqali estrogenlar kalsiy antagonistlari kabi harakat qiladi va qon tomir devorining turli bosim vositalariga sezgirligini pasaytiradi. Boshqa jinsiy gormonlar ham xuddi Shunday ta'sirga ega: Shuning uchun progesteron kalsiy ionlarining qon tomir silliq mushak hujayralariga kirishini inhibe qiladi va b-kalsiy kanallarini bloklaydi. [94].

Estrogenlarning qon tomir devorining silliq mushak hujayralariga to'g'ridan-to'g'ri antiproliferativ ta'siri va estradiolning bu hujayralar tomonidan kollagen sekretsiyasini bostirish qobiliyati o'ziga xos retseptorlari orqali isbotlangan [19].

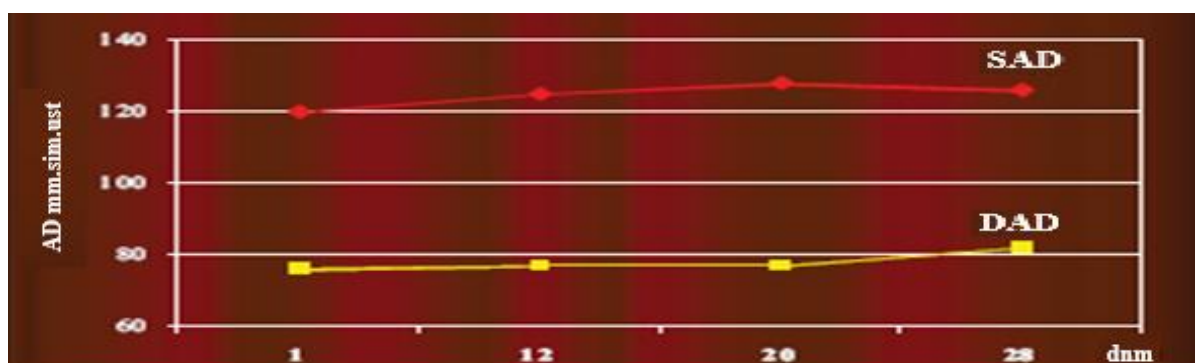
Progestogenlarning Yurak-qon tomir tizimiga ta'siri kamroq darajada o'rganilgan. Progesteron-bu antimineralkortikoid faolligi tufayli umumiy periferik qarshilik va qon bosimini pasaytirish qobiliyatiga ega bo'lgan depressiv gormon. Menopauza davrida progesteron tarkibining pasayishi prohipertenziv omil sifatida qaraladi. Progesteronning gipotenziv ta'sirining asosiy mexanizmlaridan biri bu aldosteron ta'sirining raqobatbardosh inhibatsiyasi (progesteronning buyrak tubulalaridagi aldosteron retseptorlari bilan bog'lanishi tufayli) va natijada natriy reabsorbsiyasining pasayishi va suvning ko'payishi [19].

PostMenopauzaal gipertenziya rivojlanishida androgenlarning roli etarlicha o'rganilmagan [309, 408]. Tadqiqotlarda androgenlarning qon bosimi darajasiga ta'sir qilish qobiliyati, testosteron buyraklardagi angiotensin sintezini rag'batlantirishi, renin sintezi uchun substrat, natijada RAS [336] faolligi oshishi mumkinligi aniqlandi. Androgenlar buyurilganda plazma endotelin darajasining oshishi haqida dalillar mavjud [500].

Ba'zi tadqiqotchilar estrogenlarning simpatik asab tizimiga ta'sirini ko'rsatadi [14]. Estrogenlar katekolaminlarning sintezida ishtirok etadi, periferik asab tugunlaridan norepinefrinning chiqarilishini kamaytiradi [436, 485], qonda norepinefrin va adrenalini darajasini pasaytiradi va Yurak urish tezligini pasaytiradi [384].



Rasm 2. Bemorlarda AGning davolash dinamikasi



Rasm 3. Ayollarda AGning davolash samaradorligi dinamikasi

Plazma renin faolligi ayollarda erkaklarnikiga qaraganda pastroq, ammo menopauzadan keyin ortadi [458], simpatik faollik ham ortadi. Arterial gipertenziya bilan ogʻrigan ayollar normal qon bosimi bilan solishtirganda norepinefrinning yuqori sekretsiyasiga ega va menopauzadan keyin bu farq yanada aniqroq boʻldi [502]. Psixoemotsional stress paytida qon bosimining oshishi menopauzaning boshlanishi bilan ham aniqroq boʻladi [445].

Hozirgi vaqtda bir tomondan tuxumdonlar va gipotalamus gormonlari konsentratsiyasining oshishi va boshqa tomondan Yurak-qon tomir tizimining avtonom asab tizimini boshqarish oʻrtasida aniq bogʻliqlik aniqlandi. Menopauza boshlanganidan keyin simpatik ohangi [463] ortishi shaklida Yurak-qon tomir tizimi avtonom nazorat alohida oʻzgarish bor esa hayz sikli davomida, katekolamin sekretiya davriy tebranishlari, ayollarda kuzatiladi. Simpatik ohangning estrogen etishmovchiligiga qatʼiy bogʻliqligining dalili jarrohlik ooferektomiya qilinganidan

keyingi dastlabki kunlarda ayollarda gipersimpatikotoniya paydo bo'lishi va uni gormonlarni almashtirish terapiyasi bilan yo'q qilishdir [463].

Arterial gipertenziya va natriy xloridni oziq-ovqat bilan iste'mol qilish o'rtasidagi bog'liqlik ehtimoli muhokama qilinadi. Ikkala jinsdagi yoshga bog'liq o'zgarishlar tufayli natriyga yuqori sezuvchanlik postMenopauzal ayollarda yanada aniqroq bo'lishi mumkin deb taxmin qilinadi [464].

Perimenopauzal davrda ayollarda oksidlovchi stressning faolligi oshadi, bu uning plazmadagi P2-izoprostan yoki malondialdegidning yuqori darajalari bilan tasdiqlanadi [385, 471]. Menopauzadagi ayollarda plazmadagi glutation peroksidaza darajasi kamayishi va superoksid dismutaza darajasi o'zgarmagan yoki sezilarli darajada oshganligi aniqlandi [471]. Bundan tashqari, menopauza boshlanganidan beri ko'proq vaqt o'tdi, oksidlovchi stressning faolligi Shunchalik yuqori bo'ladi [471]. Tadqiqotlar Shuni ko'rsatdiki, P2-izoprostan buyrak vazokonstriktori [524], Shuningdek angiotensin-2 [465] ning vazokonstriktiv ta'sirini kuchaytiradi. Ushbu moddalar NADP(H) oksidaza subbirliklarini rag'batlantirish orqali superoksid sintezini oshiradi [358, 375]. Superoksid azot oksidi (NO) bilan birlashadi, bu uning biologik faolligini bostirishga olib keladi (vazodilatatsiya) va Shuning uchun NO ning bioavailability pasayishi vazokonstriksiyaga va qon bosimining oshishiga olib kelishi mumkin [454].

1.2.Gipertoniya kasalligini XKT-10 bo'yicha tasnifi

I.10 Essensial (birlamchi) gipertoniya

I.11 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak shikastlanishi ustunligi bilan

I.11.0 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak shikastlanishi ustunligi bilan,
Yurak etishmovchiligi bilan

I.11.9 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak shikastlanishi ustunligi bilan,
Yurak etishmovchiligisiz

I.12 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi buyrak shikastlanishi ustunligi bilan

I.12.0 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi buyrak shikastlanishi ustunligi bilan,
buyrak etishmovchiligi bilan

I.12.9 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi buyrak shikastlanishi ustunligi bilan, buyrak etishmovchiligisiz

I.13 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak va buyrak shikastlanishi ustunligi bilan

I.13.0 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak va buyrak shikastlanishi ustunligi bilan, Yurak etishmovchiligi bilan

I.13.1 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak va buyrak shikastlanishi ustunligi bilan, buyrak etishmovchiligi bilan

I.13.2 Gipertenziya (gipertoniya) kasalligi Yurak va buyrak shikastlanishi ustunligi bilan, Yurak va buyrak etishmovchiligi bilan

I.15 Ikkilamchi gipertenziya

I.15.0 Renovaskulyar gipertenziya

I.15.1 Buyrakning boshqa shikastlanishiga nisbatan ikkilamchi gipertenziya

I.15.2 Endokrin buzilishlarga nisbatan ikkilamchi gipertenziya

I.15.8 Boshqa ikkilamchi gipertenziya

I.15.9 Aniqlanmagan ikkilamchi gipertenziya

1.3. Gipertoniya kasalligining diagnostikasiga umumiy yondoshish

QB darajalarini tasnifi

AB toifasi	SAB (mm s. u.)		DAB (mm s. u.)
Optimalv	<120	va	<80
Normal	120-129	va/yoki	80-84
YUqori normal	130-139	va/yoki	85-89
1 darajali AG	140-159	va/yoki	90-99
2 darajali AG	160-179	va/yoki	100-109
3 darajali AG	≥180	va/yoki	≥110
Alohida sistolik AG	≥140	va	<90

Birlamichi diagnostika etapida arterial gipertoniya boshqa Yurak-qon tomir kasalliklarini xavf omillarini borligini, nishon a'zolarini shikastlanishi va uning darajasini baholash, arterial gipertoniya asoratlarini va Yurak-qon tomir sistemasini boshqa yondosh kasalliklarini aniqlash. Bundan tashqari arterial gipertoniya oilaviy xarakterini, qandli diabetni, lipid almashinuvini buzilishlari, Yurak ishemik kasalligi, insult va buyrak kasalliklari mavjudligini aniqlash zarur.

Arterial gipertoniya kechishiga, keyinchalik esa davolash samaradorligiga ta'sir qiluvchi shaxsiy va psixologik o'ziga xoslikni aniqlash lozim.

Qon bosimini o'lchash Korotkov bo'yicha bilvosita auskultativ usulda o'tkaziladi. Olingan ko'rsatkichlar asosida qon bosimini oshish darajasi aniqlanadi.

Qon bosimini ikki qo'lda turli ko'rsatkichlari olinganda yuqori ko'rsatkichlar hisobga olinadi va keyinchalik nazorat bosim yuqori darajali qo'lda olib boriladi.

Fizikal tekshirish qon bosimini oshishi ikkilamchi bo'lgan kasalliklarni borligini ko'rsatuvchi belgilarni, hamda nishon a'zolarini shikastlanishi va arterial gipertoniya kasalligi bilan yondosh keluvchikasalliklarni aniqlashga yo'naltirilgan bo'lishi kerak.

Instrumental diagnostika.

Qon bosimini o'lchash. QBni to'g'ri o'lchash uchun quyidagi shartlarga rioya qilish kerak: 5 daqiqalik dam olishdan keyin tinch holatda o'lchash zarur; agar QBni o'lchashdan avval emotsional yoki jismoniy zo'riqish bo'lgan bo'lsa dam olish vaqtini 15-30daqiqagacha cho'zish mumkin; bemorni qulay holatiga, o'lchash vaqtida qo'lda taranglikni yo'qligiga e'tibor berish kerak; QBni o'lchashgacha 30 daqiqa chekmaslik zarur;60daqiqagacha kofein tutuvchi ichimliklarni (kofe, achchiq choy) iste'mol qilmaslik;

QBni oshishini birinchi aniqlanganda uni darajasini aniq baholash uchun har bir qo'lda 1-2 daqiqa oralig'i bilan 3 marta o'lchash zarur. Agar farq 8 mm s.u. va undan ko'proq bo'lsa qo'shimcha ulchov o'tkaziladi. Oxirgi ko'rsatkich sifatida oxirgi 2 o'lchashni o'rtacha ko'rsatkichi olinadi.

QBni sutkalik monitorlash QBni sutka davomida tebranishlarini – QBni sirkad (sutkalik) ritmini aniqlash uchun o‘tkaziladi. QBni sutkalik monitorlash AGli bemorlarni majburiy tekshirish usuli emas, lekin noto‘g‘ri qo‘yilgan AG tashhisini soni bu usulni qo‘llaganda “oq xalat” gipertoniyasini aniqlash hisobiga ancha kamayadi.

Elektrokardiografik tekshirish Yurak ritmini, miokard gipertrofiyasi va ishemiyasi, infarktdan keyingi o‘zgarishlar, qorinchalar o‘tqazuvchanligi va qo‘zg‘aluvchanligini buzilishlari borligini baholash uchun o‘tkaziladi. O‘zgarishlarni yo‘qligi AG tashhisini istisno qilmaydi. CHap qorincha gipertrofiyasi (CHQG) belgilari: Sokolov-Layon indeksi ($SV1 + RV5 > 3,5 \text{ mV}$), Kornel voltaj indeksi (QRS kompleksini amplitudasi va davomiyligini hosilasi $> 244 \text{ mV} \times \text{msek}$).

Exokardiografik tekshirish Yurakning struktura-funksional holatini baholash uchun o‘tkaziladi. CHQG, chap qorinchani diastolik yoki sistolik disfunktsiyasini aniqlanishi bemorda nishon a‘zolarini shikastlanishi, disfunktsiyani Yurak etishmovchiligining klinik belgilari bilan birga kelishi esa gipertoniya bilan assotsirlashgan holat borligi bildiradi.

Arteriyalarni ultratovush dupleks sknirlash yirik arteriyalarni struktur-funksioanl o‘zgarishlarini aniqlash maqsadida o‘tkaziladi. Tekshirish braxiotsefal va yonbosh-son arteriyalarida o‘tkaziladi. Uyqu arteriyasining intima-media kompleksini qalinligi normda 0.9 mm dan oshmaydi, 1.0 mm dan to 1.3 mm gacha qalinlikni yug‘onlashishi, 1.3mm dan yuqori qalinlikda aterosklerotik pilakchalar mavjud deb aytiladi.

Tomirlarni holatini baholash uchun to‘piq-elka indeksi aniqlanadi. Indeksni 0.9dan kamligi tomirlar aterosklerozi borligini ko‘rsatadi.

Puls to‘lqinining tarqalish tezligini 10 m/s dan kamayishi tomirlarni qattiqligi oshganligini ko‘rsatadi va salbiy prognostik belgi bo‘lib hisoblanadi.

Oftalmoskopiya. To‘r parda tomirlarini o‘zgarishini aniqlash yosh bemorlarda yoki og‘ir AGli bemorlarda katta diagnostik ahamiyatga ega, chunki boshqa

kategoriyadagi bemorlardagi ozgina o'zgarishlar nospetsifik bo'lib, AGga bog'liq bo'lmagan ravishda ham kuzatilishi mumkin. Ifodalangan o'zgarishlar esa – qon quyilishlar, ekssudatlar va ko'ruv nervi so'rg'ichini shishi AGli bemorlarda assotsirlashgan klinik holatlarni borligini ko'rsatadi.

Laborator diagnostika.

Qondagi glyukoza miqdorini aniqlash nahorga o'tkaziladi. Qandli diabet AGda prognozni aniqlovchi xavf omillaridan biri bo'lib hisoblanadi (isbotlanish darajasi A), bunda uning ta'siri Yurak ishemik kasalligini ta'siri bilan bir xil.

Qondagi xolesterin va lipoproteinlar miqdorini tekshirish dislipidemiyaning aniqlash maqsadida o'tkaziladi. Giperoxolesterinemiya ($>5.0\text{mmol/l}$) yuqori zichlikdagi lipoproteinlar xolesterinini miqdorini kamayishi (erkaklarda $<1.0\text{mmol/l}$, ayollarda $<1.2\text{mmol/l}$) va kam zichlikdagi lipoproteinlar xolesterinini oshishi ($>3.0\text{mmol/l}$) AGda prognozni aniqlovchi xavf omillari hisoblanadi (isbotlanish darajasi A)

Qondagi kreatinin miqdorini aniqlash buyraklar faoliyatini baholash uchun o'tkaziladi. Kreatinin miqdorini oshishi buyraklar faoliyatini pasayishidan darak beradi, bu esa AGli bemorlarda prognozni yomonlashtiradi. AGda buyraklar holatini baholash uchun ko'ptokchalar filtratsiyasi tezligi (KFT) MDRD yoki EPI formulalari yordamida hisoblanadi. Buning uchun bemorni yoshi, jinsi, irqi va kreatinin miqdorini bilish kerak.

MDRD bo'yicha $KFT=86x(\text{kreatini}/88) -1.154x(\text{bemor yoshi}) -0.263$
 $\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$

Ayollar uchun natija 0.742 ga ko'paytiriladi.

Siydikda oqsil miqdorini aniqlash buyraklar faoliyatini baholash uchun o'tkaziladi. Ertalabki siydikda mikroalbuminuriyani (30–300 mg sutkada) yoki albuminni kreatiniga nisbatini (30–300 mg/g; 3,4–34 mg/mmol) aniqlash nishon a'zolarini shikastlanishini ko'rsatadi va AGli bemorlarda prognozni ancha yomonlashtiradi. (isbotlanish darajasi A).

Gipertoniya kasalligi tashhisini qo'yish uchun XKT-10 bo'yicha kodlashni, QB darajasini tasnifini, AG darajasini, nishon a'zolarini shikastlanishi, assotsirlashgan klinik holatlar mavjudligini hisobga olgan holda kasallikni xavf stratifikatsiyasini, gipertoniya kasalligini bosqichlar bo'yicha tasnifini bilish zarur.

QBni darajasi, xavf omillarini, nishon a'zolarini shikastlanishi borligi va Yurak, tomirlar, buyrak kasalliklari va qandli diabetni aniqlanishiga qarab AG xavf stratifikatsiyasi o'tkaziladi. Bu QBni nazorat qilish va nishon a'zolari tomonidan asoratlarni kamaytirish uchun davolash taktikasini to'g'ri tanlashga imkon beradi. AG darajasini oshishi bilan Yurak-qon tomir asoratlarini xavfi ham oshadi. Shunday qilib 3-chi darajali AGli bemorda Yurak-qon tomir asoratlarini xavfi juda yuqori. Yana Yurak, tomirlar, buyrak kasalliklari va qandli diabetni bo'lishi Yurak-qon tomir asoratlarini xavfini AG darajasidan qat'iy nazar juda yuqorigacha oshiradi.

1.4. AGni stratifikatsiyasini kriteriyalari

Xavf omillari

- Erkak jinsi
- YOsh (erkaklar >55yosh, ayollar >65yosh)
- CHekish
- Dislipidemiya:

-Umumiy xolesterin >4.9 mmol/l (190 mg/dl) yoki

-Kam zichlikdagi lipiprotlenlar xolesterini >3.0 mmol/l (115 mg/dl) yoki

-YUqori zichlikdagi lipoproteinlar xolesterini erkaklar<1.0 mmol/l (40 mg/dl), ayollar <1.2mmol/l (46mg/dl) yoki

-Triglitsridlar >1.7mmol/l (150mg/dl)

- Nahorgi plazmadagi glyukoza 5.6-6.9 mmol/l (102-125mg/dl)
- Glyukozaga tolerantlikning buzilishi
- Semizlik (TVI \geq 30kg/m²)
- Abdominal semizlik (erkaklarda bel aylanasi \geq 102sm, ayollarda - \geq 88sm)

- Erta Yurak-qon tomir kasalliklari bo'yicha oilaviy anamnez (erkaklarda <55yosh, ayollarda <65yosh)

Nishon a'zolarini simptomsiz shikastlanishi

- Puls bosim darajasi (qariyalarda) ≥ 60 mm s.u.
- CHQGning elektrokardiografik belgilari (Sokolov-Layon belgisi $>3,5$ mV; Kornell indeksi >244 mVxms)
- CHQGning exokardiografik belgilari (CHQMMI ≥ 115 g/m² erkaklar uchun va ≥ 95 g/m² ayollar uchun)
- Uyqu arteriyasi devorining qalinlashishi (IMQ >0.9 mm) yoki magistral tomirlarda aterosklerotik pilakchalar
- Puls to'liqining uyqu arteriyasidan son arteriyasigacha bo'lgan tezligi >10 m/s
- To'piq-elka indeksi <0.9
- Surunkali buyrak kasalligi KFT 30-60 ml/min/1.73 m²
- Ertalabki siydikda mikroalbuminuriya (30-300 mg/sut) yoki siydikdagi albumin/kreatinin nisbati (30-300 mg/g; 3,4-34 mg/mmol)

Aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari

- Serebrovaskulyar kasalliklar: ishemik yoki gemorragik insult, tranzitor ishemik ataka.
- Yurak kasalliklari: miokard infarkti, stenokardiya, koronar revaskulyarizatsiya, stentlash yoki AKSH
- Surunkali Yurak etishmovchiligi, saqlangan otish fraksiyasili Yurak etishmovchiligini qo'shgan holda.
- Periferik arteriyalar kasalligi.
- Surunkali buyrak kasalligi KFT <30 ml/min/1.73 m²
- Og'ir retinopatiya: qon quyilishlar yoki ekssudatlar, ko'ruv nervi so'rg'ichining shishi.

Qandli diabet

Qandli diabet mustaqil ravishda AGli bemorlar prognoziga ta'sir qiladi. Qandli diabetni mavjudligi xavfni juda yuqorigacha oshirishi mumkin. Qandli diabet kriteriyalari:

- Plazmadagi nahorgi qand miqdori ≥ 7.0 mmol/l (126mg/dl) 2 ta ketma-ket o'lchashda yoki
- Glikirlangan gemoglobin HbA1C >7%
- yuklamadan keyingi qand miqdori >11.0mmol/l (198mg/dl)

1.5. AGli bemorlarni xavf stratifikatsiyasi

	Qon bosim darajasi (mm s.u.)			
	YUqori normal SAB 130-139 yoki DAB 85-89	1-darajali AG SAB 140-159 yoki DAB 90-99	2-darajali AG SAB 160-179 yoki DAB 100-109	3-darajali AG SAB >180 yoki DAB >110
XO, NASH, AK				
XO yo'q		past xavf	o'rtacha xavf	yuqori xavf
1-2 XO	past xavf	o'rtacha xavf	o'rtachadan to yuqori xavfgacha	yuqori xavf
3 va undan ko'p XO	pastdan to o'rtacha xavfgacha	o'rtachadan to yuqori xavfgacha	yuqori xavf	yuqori xavf
NASH, SBK 3 bosqich yoki QD	o'rtachadan to yuqori xavfgacha	yuqori xavf	yuqori xavf	yuqoridan to juda yuqori xavfgacha
AK	juda yuqori xavf	juda yuqori xavf	juda yuqori xavf	juda yuqori xavf

XO-xavf omillari, NASH-nishon a'zolarini shikastlanishi, QD-qandli diabet, SBK - surunkali buyrak kasalligi, AK - aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari

Gipertoniya kasalligi (essensial arterial gipertoniya) tashxisini tuzish kasallikni bosqichlarini: I – nishon a'zolarini shikastlanishi va aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari yo'qligida, II – nishon a'zolarini shikastlanishi bo'lganda, lekin aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari bo'lmaganda, III- aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari bo'lganda, hamda AG darajasini va Yurak-qon tomir asoratlari xavf darajasini o'z ichiga oladi.

Gipertoniya kasalligi I bosqich - nishon a'zolarini shikastlanishi va aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari yo'qligi.

Gipertoniya kasalligi II bosqich – bitta yoki bir nechta nishon a'zolarini shikastlanishi:

- CHQG (EKG, ExoKG)
- Surunkali buyrak kasalligi KFT 30-60ml/min/1.73m²
- Ertalabki siydikda mikroalbuminuriya (30-300mg/sut) yoki siydikdagi albumin/kreatinin nisbati (30–300 mg/g; 3,4–34 mg/mmol)
- Aorta, uyqu, koronar, yon bosh yoki son arteriyalarini aterosklerotik shikastlanishi

Gipertoniya kasalligi III bosqich - aniqlangan Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklarini mavjudligi

- Bosh miya: ishemik yoki gemorragik insult, tranzitor ishemik ataka.
- Yurak: miokard infarkti, stenokardiya, koronar revaskulyarizatsiya, stentlash yoki AKSH, surunkali Yurak etishmovchiligi.
- Tomir kasalliklari: aortaning qavatlanib boruchi anevrizmasi, periferik arteriyalarni okklyuzion shikastlanishi.
- Buyraklar: Surunkali buyrak kasalligi KFT <30ml/min/1.73m²
- To'r parda: qon quyilishlar yoki eksudatlar, ko'ruv nervi so'rg'ichining shishi.

1.6. Reproduktiv yoshdagi ayollarda Yurak-qon tomir xavfi va arterial gipertenziyasi

So'nggi yillarda Evropa kardiologiya jamiyati (2011) tasnifiga muvofiq proteinuriya bilan yoki bo'lmagan yuzaga keladigan, homiladorlikning 20 xaftaligidan keyin rivojlanadigan va tug'ruqdan keyingi 42 kundan oldin yo'qoladigan homiladorlik gipertenziyasi sifatida belgilangan homiladorlik gipertenziyasi hisoblanadi. rivojlanish bilan bog'liq prognostik jihatdan noqulay omil sifatida. ulardan keyingi va o'limida Yurak-qon tomir kasalliklari.

Arterial gipertenziasining Yurak-qon tomir kasalliklari, maqsadli organlarning shikastlanishi, ayollarda, Shu jumladan reproduktiv yoshdagi klinik holatlar va Yurak-qon tomir xavfining xavf omillari bilan bog'liqligi bo'yicha turli tadqiqotlar natijalarini taqdim etadi. Ayollarda, ayniqsa yosh ayollarda individual Yurak-qon tomir xavfini aniqlash ushbu toifadagi bemorlarda testlarning past sezgirligi va o'ziga xosligi tufayli qiyin.

Homiladorlik davrida arterial gipertenziasining Yurak-qon tomir xavfi bilan bog'liqligini o'rganish muammosi bo'yicha olib borilgan tadqiqotlar va etarli darajada to'plangan tajribaga qaramay, homiladorlik davrida gipertenziv kasalliklarning turli shakllarining, Shu jumladan homiladorlik arterial gipertenziasining kelib chiqishi va kelajakdagi Yurak-qon tomir kasalliklarining rivojlanishiga qo'shgan hissasi hali ham to'liq noaniq bo'lib qolmoqda. O'tkazilgan homiladorlik arterial gipertenziasini aniqlash individual Yurak-qon tomir xavfini aniqroq baholash va ayollarga, Shu jumladan reproduktiv yoshdagi ayollarga tegishli terapevtik va profilaktika choralarini belgilash imkonini beradi

So'nggi yillarda, bir qator tadqiqotlar natijalariga ko'ra [8, 11, 12, 15, 20-22, 31-33, 44, 50, 51, 56] Evropa kardiologiya jamiyati (2011) tasnifiga muvofiq homiladorlik tufayli aniqlangan homiladorlik arterial gipertenziyasi (AH) gipertenziya, proteinuriya yoki usiz, homiladorlikning 20 xaftaligidan keyin rivojlanadi va tug'ruqdan keyingi 42 kundan oldin yo'qoladi [18], Bu kelajakda Yurak-qon tomir kasalliklari (KVH) rivojlanishi va ulardan o'limga nisbatan prognostik jihatdan noqulay omil sifatida qaraladi. Biroq, homiladorlik paytida

gipertoniya bilan ogʻrigan bemorlarni keyingi monitoring qilish boʻyicha tibbiy taktika Rossiyada va xorijda koʻp jihatdan farq qiladi.

Shunday qilib, rus mualliflarining fikriga koʻra, homiladorlik paytida gipertoniya bilan ogʻrigan bemorlar faqat 34% hollarda tugʻruqdan keyin kardiolog bilan kuzatuvni davom ettirish boʻyicha tavsiyalar olishgan. Ulardan faqat 5% ayollar kelajakda kardiolog nazorati ostida edi [2]. Dastlabki mualliflarning maʼlumotlariga koʻra [44], homiladorlik gipertenziyasi boʻlgan ayollar 93% hollarda gipertenziya uchun tekshiruvdan oʻtish uchun tavsiya oldilar. Koʻpgina mualliflar gipertenziya shaklini aniqlashtirish va keyingi prognozni tuShunish uchun tugʻilgandan keyin kamida 12 hafta davomida bemorni kuzatishni tavsiya qiladi [14, 36, 45]. 2017 shamkina va boshq.

Baʼzi tadqiqotlarda oʻtkazilgan homiladorlik gipertenziasining maʼlum KVH xavf omillari bilan aloqasi oʻrganilgan [4, 7, 19, 23, 37, 38, 40, 44, 46, 48, 58], maqsadli organlarning shikastlanishi [4, 7, 38, 48] va tegishli klinik sharoitlar [4, 7, 44, 48, 50], Shuningdek, Yurak-qon tomir xavfini baholash homiladorlik gipertenziyasi mavjudligiga qarab amalga oshirildi [4, 7, 28, 53, 57] ayollarda, asosan, keng yosh oraligʻida yoki postMenopauzaal davrda. Biroq, reproduktiv yoshdagi ayollarda bu munosabatlarga oid adabiyotlar soni kam [4, 7, 12, 16, 28, 38]. Reprodukativ yoshdagi ayollarning katta tadqiqotlarida vakillik etarli emasligi sababli, ularni davolashda dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan yondaShuylarni qoʻllash ham cheklangan. Ga binoan S. E. MacDonald va boshq. (2007), homiladorlik gipertenziyasi yoki preeklampsi boʻlgan ayollar 36% hollarda keyingi Yurak-qon tomir xavfini aniqlash uchun birlamchi tibbiy yordam olishdi [35].L. Uilkins-Haug va boshq. (2015), Yurak-qon tomir xavfini baholashda, ginekologlar kamroq tez-tez homiladorlik tarixi (75% va boshqalar 90%) [55] maʼlumot kiritilgan, deb koʻrsatdi. Biroq, ularni aniqlagandan soʻng, ginekologlar terapevtlarga qaraganda KVH rivojlanish xavfini kamaytirish uchun kerakli davolanishni buyurish ehtimoli kamroq edi [55]. C. L. Robbins va boshq. (2011) ges tational AG deb hisoblang — CVD rivojlanish xavfi unutilgan marker [44].Ayollarda, ayniqsa yosh ayollarda individual Yurak-qon tomir xavfini

aniqlash ushbu toifadagi shaxslar uchun past sezuvchanlik va testlarning past o'ziga xosligi tufayli qiyin [28]. So'nggi paytlarda adabiyotda "ayollar salomatligining gormonal davomiyligi" atamasi tez-tez qo'llanilib kelinmoqda, bu nafaqat menarxdan menopauzagacha bo'lgan jinsiy gormonlarni davolash strategiyasini, balki xavf omillarining rivojlanishini baholashni ham nazarda tutadi, ayolning hayotining turli davrlarida uning gormonal holatiga va jinsiy sohaning holatiga qarab KVH diagnostikasi va oldini olish [3]. Gormonal davomiylik nuqtai nazaridan, homiladorlik tarixini uzoq vaqt davomida ayollarda Yurak-qon tomir xavfining ko'rsatkichi deb ham atash mumkin term. In yuqoridagilar bilan bog'liq holda, homiladorlik gipertenziasining KVH xavf omillari bilan bog'liqligi muammosini katamnestic o'rganish zarur va qiziqarli ko'rinadi, reproduktiv yoshdagi ayollarda maqsadli organlarning shikastlanishi, ular bilan bog'liq klinik holatlar va Yurak-qon tomir xavfini oshiradi.

1.7. Yurak-qon tomir kasalliklari va homiladorlik gipertenziyasi uchun xavf omillari

Yurak-qon tomir kasalliklari uchun xavf omillari va o'tkazilgan homiladorlik arterial gipertenziyasi ko'plab tadqiqotlarda homiladorlik paytida yuzaga kelgan gipertenziya, Shu jumladan homiladorlik gipertenziyasi, KVH uchun ma'lum xavf omillari bilan bog'liqligi o'rganilgan [4, 7, 19, 23, 25, 28, 34, 37, 38, 40, 44, 46, 48, 49, 52, 54, 58]. 217 postMenopauzaal ayollarni o'z ichiga olgan tadqiqot natijalariga ko'ra (o'rtacha yosh 60,9 yosh) 9,2 yosh), homiladorlik paytida gipertenziya tarixi bo'lgan ayollarda KVHNING irsiy yuki sezilarli darajada keng tarqalgan ($p < 0,05$), ayollar bilan solishtirganda, normotenziv homiladorlik tarixi bo'lgan [52]. Gipertenziya bilan og'rikan bemorlar orasida menopauza davridagi 167 ayolni o'z ichiga olgan yana bir tadqiqot natijalariga ko'ra, oldindan mavjud bo'lgan homiladorlik gipertenziyasi ham KVH uchun irsiy yukning sezilarli darajada yuqori chastotasi, Shu jumladan gipertenziya bilan bog'liq edi. ona tomonida [7]. Reproduktiv yoshdagi 135 ayolni o'z ichiga olgan yana bir tadqiqot mualliflari Shunga o'xshash natijalarga erishdilar [4, 7]. Ammo Shuni ta'kidlash kerakki, homiladorlik davrida gipertoniya bilan og'rikan bemorlarda irsiy omilning

roli normotenziv homiladorlik tarixi bo'lgan gipertoniya bilan og'rigan bemorlarga nisbatan hali ham kamroq ahamiyatga ega edi [4, 7]. Reproduktiv yoshdagi ayollar orasida anamnezda homiladorlik gipertenziyasi mavjudligiga qarab chekish, osh tuzi va spirtli ichimliklarni ortiqcha iste'mol qilish, neyropsikiyatrik yuk, harakatsizlik kabi o'zgaruvchan KVH xavf omillarining aksariyati statistik jihatdan farq qilmadi ($p > 0.05$) [4, 7]. Shunga o'xshash natijalar postMenopauzaal ayollar [52] va menopausal ayollar [7] ishtirokidagi tadqiqotlarda olingan. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, semirish homiladorlik gipertenziyasi bo'lgan ayollar orasida normotenziv homiladorlik tarixi bo'lgan ayollarga nisbatan ko'proq uchraydi [4, 7, 19, 44], Shuningdek, ular tana massasi indeksining o'rtacha o'rtacha qiymatlariga ega [4, 7, 38, 40, 46], bel atrofi [4, 7, 38] va hip atrofi uchun bel atrofi nisbati, gipertoniya bilan reproduktiv yoshdagi bemorlar guruhida, Shu jumladan, [4, 7]. Biroq, ba'zi mualliflar anamnezda gipertenziv va normotenziv homilador bo'lgan ayollar guruhlarida tana massasi indeksining o'rtacha qiymatlarida statistik farqlarni aniqlamadilar [52]. Bir qator tadqiqotlar homiladorlik paytida yuzaga kelgan gipertenziya va keyinchalik ayollarda dislipidemiya rivojlanishi o'rtasidagi o'zaro bog'liqlikni aniqladi [4, 7, 23, 25, 37, 38, 46, 52, 58]. Tehron Lipid va glyukoza tadqiqotining 10 yillik istiqbolli kohort tadqiqotida mualliflar homiladorlik davrida gipertoniya bilan og'rigan ayollarda dislipidemiya xavfi asoratlanmagan homiladorlik tarixi bo'lgan ayollarga qaraganda 1,3 baravar yuqori ekanligini aniqladilar [25]. Ba'zi mualliflar [52] ko'ra, hiperkolesterolemi sezilarli darajada ko'proq tarqalgan edi ($p < 0.05$) normotenziv homiladorlik edi ayollar bilan solishtirganda homiladorlik davrida gipertoniya bilan ayollarda. Shu bilan birga, reproduktiv yoshdagi ayollarni o'z ichiga olgan tadqiqot natijalariga ko'ra, umumiy xolesterin miqdori 5,0 mmol/l dan ortiq bo'lgan KVH uchun bunday xavf omiliga ega bo'lgan odamlarning sezilarli darajada katta qismi gipertoniya bilan og'rigan bemorlar orasida bo'lgan. normotenziv homiladorlik tarixi bo'lgan odamlar bilan solishtirganda. gipertenziv homiladorlik tarixi bo'lgan normal qon bosimi (BP) (48,3% va 4,8%) [4, 7]. homiladorlik gipertenziyasi yoki preeklampsi bo'lgan ayollar guruhida normotenziv homilador bo'lgan ayollar guruhiga nisbatan

anamnezda umumiy xolesterinning o'rtacha o'rtacha ko'rsatkichlari sezilarli darajada ($p < 0,05$) aniqlandi [23, 37, 46, 58], past zichlikdagi lipoproteinlar va triglitseridlar [37, 38 54, 58].

Anamnezida homiladorlik gipertenziyasi bo'lgan gipertoniya bilan og'riqan bemorlar guruhida, normotenziv homiladorlik tarixi bo'lgan normal qon bosimi bo'lgan odamlar guruhi bilan taqqoslaganda, reproduktiv yoshdagi ayollar orasida umumiy xolesterinning o'rtacha o'rtacha ko'rsatkichlari statistik jihatdan ancha yuqori bo'lgan [7].CHastotasi va kardiologiya (10) Butunrossiya ilmiy jamiyati tavsiyalariga muvofiq keyingi 2010 yil ichida gipertoniya asoratlarni xavfini tabaqalashtirish uchun ishlatiladigan KVH xavf omillar umumiy sonining o'rtacha qiymatlari [6], gipertoniya bilan og'riqan bemorlarda bir guruhda, Menopauza davri [48] va reproduktiv yoshi [4, 7] ayollar orasida normotenziv homiladorlik tarixi bor edi, yuqori normal qon bosimi bilan bemorlarning guruhi bilan solishtirganda statistik ($p > 0.05$) farq qilmadi.Hozirgi vaqtda homiladorlik paytida gipertenziya ayollarda metabolik sindromning debyuti degan tuShuncha muhokama qilinmoqda. Homiladorlik paytida qon bosimining oshishi va keyinchalik ayollarda metabolik sindrom rivojlanish xavfi o'rtasida ishonchli ijobiy bog'liqlik borligi ko'rsatilgan[16, 19, 25, 28, 38, 40, 53], reproduktiv yoshni o'z ichiga oladi[16, 19, 25, 38, 40].Homiladorlik davrida gipertenziya mavjudligi metabolik sindromning erta shakllanishi uchun zarur shart-sharoitlarni yaratishi, hatto yosh ayollarda ham Yurak-qon tomir asoratlari xavfini oshirishi aniqlandi [5, 40]. Turli mualliflar ko'ra, homiladorlik gipertoniya [19] bilan, Shu jumladan, gipertoniya ogohlantirgandan homiladorlik [58] bilan ayollar guruhida glikemiya o'rtacha qiymatlari, anamnez asoratlanmagan homiladorlik bilan ayollar guruhiga nisbatan ancha yuqori ($p < 19$) edi. Ammo reproduktiv yoshdagi ayollarda anamnezda homiladorlik gipertenziyasi mavjudligiga qarab glikemiyaning o'rtacha qiymatlari statistik jihatdan farq qilmadi ($p > 0,05$) [4, 7].

1.8. Nishon organlarning shikastlanishi va homiladorlik gipertenziyasi

Bir qator kohort va istiqbolli tadqiqotlarda homiladorlik paytida yuzaga kelgan gipertenziya, Shu jumladan homiladorlik gipertenziyasi, maqsadli

organlarning (Yurak, qon tomirlari va buyraklar) shikastlanishi bilan bog'liqligi uzoq davrdagi ayollar uchun o'rganildi [1, 2, 4, 5, 7, 10, 26, 29, 34, 38, 42, 43, 47, 48]. Shunday qilib, ko'p markazli retro-spektiv epidemiologik tadqiqot natijalari, 398 yoshdan 30 yoshgacha bo'lgan 51 ayolni (o'rtacha yosh 45,5 yosh) o'z ichiga olgan, maqsadli organlar lezyonlarining (Le gipertrofiyasi kabi) sezilarli darajada oldinroq ($p < 0,001$) rivojlanishini ko'rsatadi. -retinaning qorincha gipertonik angiopatiyasi) gipertoniya bilan og'rikan ayollarda, gipertoniya bilan og'rikan bemorlarda normotenziv homiladorlik tarixi bo'lgan ayollar bilan taqqoslaganda (76% va 46,9%). Shu bilan birga, maqsadli organlarning shikastlanishlarini rivojlanish ehtimoli 2,9 baravar yuqori edi [1]. Shunga o'xshash natijalar mualliflar tomonidan 405-40 yoshida tug'ilgan 50 ayol ishtirokidagi oldingi tadqiqotda olingan [2]. Tug'ilgandan keyin doimiy gipertenziya bo'lgan ayollarda maqsadli organlarning (Yurak, qon tomirlari, buyraklar) shikastlanishining dastlabki belgilari, xususan, chap qorincha miokardining massa indeksining oshishi, endoteliyga bog'liq vazodilatatsiyaning pasayishi, intrarenal gemodinamika va mikroalbuminuriyaning buzilishi aniqlandi. [5]. Homiladorlik paytida gipertoniya bilan og'rikan ayollarda koronar arteriya kalsifikatsiyasi xavfi oshgan (nisbiy xavf o'rtacha 1,57) [47]. o'zaro tekshiruv mualliflari tomonidan, homiladorlik gipertenziviyasi bo'lgan 61 ayol va preeklampsi tarixi bo'lgan 35 ayolni o'z ichiga olgan holda, preeklampsi aniqlandi, ammo homiladorlik gipertenziviyasi emas, — uzoq muddatli davrda karotis arteriyalarning aterosklerotik plakalarini rivojlanishi uchun mustaqil xavf omili [26]. 155 ishtirokchi ishtirok etgan istiqbolli tadqiqotda (o'rtacha yosh 43 yosh) 1 yil), homiladorlik tarixi bo'lgan ayollarda mikroalbuminuriya bilan kasallanish ancha yuqori ($p=0,004$) topilgan gipertenziviyasi normotenziv homilador bo'lgan ayollar bilan taqqoslaganda [38]. klinik davr ayollari ishtirokidagi tadqiqotda, homiladorlik gipertenziviyasi bo'lgan gipertoniya bilan og'rikan bemorlar orasida, normotenziv homiladorlik tarixi bo'lgan normal qon bosimi yuqori bo'lgan bemorlar bilan taqqoslaganda, maqsadli organlarning sezilarli darajada yuqori chastotasi ($p < 0,001$) topildi (100% va 16.7%) [7, 48]. Biroq, reproduktiv yoshdagi ayollarni o'z ichiga olgan boshqa tadqiqotda

mualliflar qarama-qarshi natijalarga erishdilar [4]. Shuningdek, 768 ishtirokchini o'z ichiga olgan o'zaro tekshiruv natijalariga ko'ra (o'rtacha yoshi 51,6, 12,7 yosh), homiladorlik paytida gipertoniya chap qorincha gipertrofiyasi, buyrak disfunksiyasi va ayollarda retinal qon tomirlarining shikastlanishi kabi maqsadli organlarning kasalliklari bilan bog'liq emas. kech davrda [43]. reproduktiv yoshdagi ayollarni o'z ichiga olgan tadqiqot [7], mualliflar gipertoniya bilan og'rikan bemorlar orasida, normotenziv homiladorlik tarixi bo'lgan normal qon bosimi bo'lgan ayollarga nisbatan elektrokardiografik belgilar sezilarli darajada ko'proq (42,9% va 0%; $p < 0,01$), Shu jumladan Ravl to'liqining amplitudasi $> 7,5$ mm (25,7% va 0%; $p < 0,01$). $< 0,05$), va elektrokardiografik va ekokardiyografik (chap qorincha ommaviy indeksini bir birlikka) 110 g/m²) chap qorincha gipertrofiyasi belgilari (54,1% va boshqalar 0%; $p < 0,02$) [7]. Xuddi Shu guruhda Sokolov-Lion, Kornelskiy va Gubner-Ungerleider qiymatlarining sezilarli darajada yuqori o'rtacha qiymatlari, Ravl va RV5, 6 tishlarining amplitudalari qayd etilgan [7].

1.9. Gestatsion arterial gipertenziyaga bog'liq klinik holatlar va homiladorlik gipertenziyasi

Retrospektiv, istiqbolli va aralash tadqiqotlarda homiladorlik paytida yuzaga kelgan gipertenziyaning bog'liq klinik holatlar bilan aloqasi o'rganilgan [1, 2, 4, 7, 11, 13, 17, 39, 44, 48, 50, 56]. Shunday qilib, homiladorlik paytida gipertoniya bilan og'rikan ayollarda, normotenziv homilador bo'lgan ayollar bilan taqqoslaganda, gipertoniya bilan og'rikan bemorlarda ($p < 0,05$) bog'liq klinik holatlarning sezilarli darajada oldinroq rivojlanishi aniqlandi [1, 2]. Xuddi Shu guruhda serebrovaskulyar kasalliklar (ishemik va gemorragik qon tomirlari, vaqtinchalik ishemik hujum; $p < 0,02$), surunkali buyrak etishmovchiligi ($p < 0,05$) statistik jihatdan ancha keng tarqalgan. Shu bilan birga, ularda serebrovaskulyar kasalliklarning rivojlanish ehtimoli 4,2 baravar, surunkali buyrak etishmovchiligi - 7,5 baravar yuqori edi [1], ammo Yurak-qon tomir kasalliklari (miokard infarkti, angina pektoris) chastotasi statistik jihatdan farq qilmadi [1, 2]. 11.970 ishtirokchilari, jumladan, Milliy Sog'liqni saqlash intervyu so'rov natijalariga

ko'ra, homiladorlik gipertoniya tarixi bilan ayollar u holda ayollarga nisbatan KVH (18% va 8%) yuqori chastotasi edi [44]. (Homiladorlik keltirib gipertoniya va preeklampsi jumladan) homiladorlik asoratlari sezilarli ($p < 0.05$) yosh 50 yoshdagi preMenopauzaal ayollarda (masalan, miokard infarkti, miya insult va periferik ishemik arterial voqealar kabi) asosiy aterotrombotik okklyuziv tomir voqealar rivojlanishi bilan bog'liq edi [11]. Retrospektiv kohort tadqiqotining natijalari [39] Shuningdek, homiladorlik paytida yuzaga kelgan gipertenziya kelajakda KVH rivojlanishi uchun eng noqulay prognostik omil ekanligini tasdiqlaydi. Normal homiladorlik tarixi bor edi, yuqori normal qon bosimi bilan bemorlar bilan solishtirganda, homiladorlik gipertoniya tarixi bor edi gipertoniya bilan bemorlar orasida Menopauzaal ayollar, Shu jumladan o'rganish [7, 48], natijalariga ko'ra, bir sezilarli darajada katta ($p < 0.05$ aniq ko'ra Fisher usuli) bog'liq klinik sharoitlarga ega bo'lgan odamlarning ulushi (19% va 0%). Biroq, reproduktiv yoshdagi ayollarda gipertoniya bilan og'rikan bemorlar orasida anamnezda homiladorlik gipertenziviyasi mavjudligiga qarab bog'liq klinik holatlarning umumiy sonining chastotasi va o'rtacha qiymatlari statistik jihatdan farq qilmadi ($p > 0,05$) [4, 7]. Gipertenziv homiladorlik surunkali kasalliklarning uzoq muddatli xavfini bashorat qiluvchi bo'lishiga qaramay, klinik hodisalarning kamligi tufayli uning qisqa muddatli ta'siri haqida hali ham kam narsa ma'lum. Shunday bo'lsa-da, u tug'ruqdan keyingi 1 yil keyin, homiladorlik gipertoniya bilan ayollar Yurak etishmovchiligi [2,6] rivojlanayotgan bir 50 barobar xavfi bor edi, deb ko'rsatilgan edi.

1.10. Yurak-qon tomir xavfi va homiladorlik gipertenziviyasi

Turli tadqiqotlar natijalari [4, 7, 9, 12, 16, 20-22, 24, 27, 28, 30, 31, 39, 41, 48, 50, 52, 53, 57, 58] homiladorlik oh, Shu jumladan, homiladorlik davrida azob gipertoniya bilan ayollar, bir oshdi Yurak-qon tomir ega ekanligini dalillar uzoq muddatli davrda xavf. Shunday qilib, homiladorlik paytida gipertoniya bilan og'rikan ayollarda statistik jihatdan sezilarli darajada ($p < 0.05$) Yurak tomirlari kasalligi (1.65 marta), Shu jumladan miokard infarkti (2.24 marta) xavfi yuqori bo'lgan [24]. Oilaviy qon bosimi dasturini o'rganish natijalariga ko'ra,

homiladorlik paytida gipertoniya bilan ogʻrigan ayollarda kelajakda koronar kasalliklar va miya insultini rivojlanish xavfi ham oshgan [22]. Istiqbolli oʻrganish mualliflari gipertoniya, ogohlantirgandan homiladorlik bilan ayollarda, miokard infarkti xavfi 3.91 marta yuqori, miya falaj ekanligini koʻrsatdi - 3.96 marta, jami Yurak — qon tomir voqealar-2.99 marta [58]. Bir koʻndalang kesimi ishda, mualliflar miya insult anʼanaviy xavf omillar huzurida, uning rivojlanish xavfi sezilarli hipertansif kasalliklar [30] bilan homilador ayollar kasalxonada davomida ortadi, deb topildi.

Ikki istiqbolli tadqiqotlar natijalariga koʻra, ulardan biri 18 yil 3416 ayollarda tugʻilgandan keyin amalga oshirildi (Yurak-qon tomir voqealar rivojlanishi bilan oʻrtacha yoshi 48 yil) [20], boshqa-3-8 yil 631 ayollarda bola tugʻilgandan keyin (oʻrtacha yoshi 33 xnumx yil xnumx xnumx yil) [12] — mualliflar Shunga oʻxshash natijalarga erishdilar: homiladorlik paytida gipertenziv kasalliklar mustaqil ravishda KVH rivojlanishining 10 yillik xavfi bilan bogʻliq edi. Tugʻilgandan keyin 17 oy oʻtgach oʻtkazilgan tadqiqot natijalariga koʻra, KVH rivojlanishining 30 yillik xavfi ham homiladorlik davrida asoratlari boʻlgan ayollar guruhida statistik jihatdan ancha yuqori ($p < 0.001$) boʻlib chiqdi (preeklampsi, homiladorlik gipertenziyasi, oldindan muddatli mehnat), nazorat bilan solishtirganda. guruh [16]. aholi tadqiqotida, homiladorlik gipertoniya bilan va oldingi KVH holda 1260 ayollar, normotenziv homiladorlik bilan 5040 ayollar, Shu jumladan, mualliflar bir vaqtning oʻzida post-homiladorlik homiladorlik va gipertoniya davomida homiladorlik gipertoniya azob edi ayollarda Yurak-qon tomir xavfi muhim ortish ($p < 0.05$) namoyish, homiladorlik gipertoniya oh yoki oh bilan ayollar bilan solishtirganda kelajakda [57]. Reproduktiv yoshdagi ayollarni oʻz ichiga olgan tadqiqot natijalariga koʻra, mualliflar gipertoniya bilan ogʻrigan bemorlar guruhida homiladorlik gipertenziyasi tarixi borligini aniqladilar, anamnezida homiladorlik gipertenziyasi boʻlgan normal qon bosimi yuqori boʻlgan bemorlar guruhi bilan taqqoslaganda, gipertoniya (miokard infarkti va/yoki miya qon tomirlari) asoratlarini rivojlanish xavfi juda yuqori boʻlgan ayollarning statistik jihatdan sezilarli darajada katta (aniq Fischer usuli boʻyicha $p < 0,01$)

ulushi mavjud. keyingi 10 yil (37,5% qarshi 0%) [4, 7]. Shunga o'xshash natijalar mualliflar tomonidan menopauza davridagi ayollarni o'z ichiga olgan tadqiqotda olingan [7, 48]. Biroq, boshqa tadqiqotchilar teskari ma'lumotlarni keltirmoqdalar. Shunday qilib, ko'p o'zgaruvchan tahlil natijalariga ko'ra, gipertenziv homiladorlik uzoq muddatli davrda ayollarda koronar kasalliklarning rivojlanishi uchun muhim xavf omili emasligi aniqlandi ($p > 0.05$) [52]. Ba'zi tadqiqotlar homiladorlik paytida gipertenziv kasalliklar turiga va metabolik sindromning mavjudligiga qarab Yurak-qon tomir xavfidagi farqlarni ko'rsatdi [53]. Shunga qaramay, olib borilgan tadqiqotlar va homiladorlik paytida Yurak-qon tomir xavfi bilan bog'liq bo'lgan gipertenziya munosabatlarini o'rganish bo'yicha to'plangan tajribaga qaramay, hozirgacha homiladorlik davrida gipertenziv kasalliklarning turli shakllarining, Shu jumladan homiladorlik gipertenziyasining kelib chiqishi va kelajakdagi KVH rivojlanishiga qo'shgan hissasi mutlaqo noaniq bo'lib qolmoqda. YOshligida KVH profilaktikasining asosiy muammosi individual Yurak-qon tomir xavfini baholashning murakkabligi bo'lganligi sababli, ba'zi ginekologik anamnezni, xususan, homiladorlik gipertenziyasini aniqlash ayollarda, Shu jumladan reproduktiv yoshda terapevtik va profilaktika choralarini ko'rishga imkon beradi., oldingi bosqichda.

II BOB.

ARTERIAL GIPERTENZIYAGA CHALINGAN BEMORLARNI MAXSUS TEKSHIRUV USULLARI

2.1.Skrining va gematologik patologiyani aniqlash

Butun dunyodagi ayollarda uchraydigan kamqonlikning keng tarqalgan turi, temir etishmovchilik kamqonligi hisoblanadi. Homiladorlik davrida, yo'ldosh rivojlanishi, homila o'sishi Shuningdek homilador ayolning eritrotsitlar massasi ortishi to'fayli, bu mikroelementga bo'lgan talab ortadi. Talab oshgan sari, temirning so'rilishi ham ortadi. Homiladorlik davrida zardob hajmi me'yorda 50% gacha, eritrotsitlar miqdori -20% gacha ortadi.

Shunday qilib gemoglobin konsentratsiyasi pasayadi. Tananing bunaqa me'yoriy o'zgarishi natijasida, temir etishmovchilik kamqonligi rivojlanadi.

Sog'lom homiladorda, me'yoriy gemoglobin miqdori 110-120 g/l kam bo'lmasligi kerak deb qabul qilingan. Gemoglobin miqdori juda ko'p yoki kam bo'lganda homiladorlik va tug'ruq natijalarining salbiy tugash xavfi ortishi kuzatilishi mumkin.

Kamqonlikning etiologik faktorlarining turi har xil (o'roqsimon- hujayrali kamqonlik, talassemiya, temir etishmovchiligi) bo'lganligi sababli, faqat gemoglobin miqdoriga asoslangan tashxis, haqiqiy hisoblanmasligini bilish lozim. Biroq, amaliyotda aynan Shu yonda Shuv qo'llaniladi, garchi maxsus holatlar uchun, kamqonlik sababini aniqlashda, ishonchli bo'lgan ko'rsatkich – zardob ferritinining miqdorini aniqlash maqsadga muvofiqdir.

Antenatal parvarish davomida, iloji boricha homiladorlikning erta davrlarda skrining o'tkazish va kamqonlikni aniqlash lozim. Gemoglobin miqdorini aniqlashning eng qulay vaqti, birinchi antenatal tashrif vaqtida, Shuningdek, homiladorlikning 28 xaftasi hisoblanadi. Agar, gemoglobin miqdori birinchi antenatal tashrif vaqtida 110 g/l va homiladorlikning 28 xaftaligida 105 g/l dan kam bo'lsa, temir tutuvchi dori darmonlar tavsiya qilinishi lozim. Shuni ta'kidlab o'tish lozimki, bizning mamlakatimizda amal qiladigan bo'yruqlarga asosan, kamqonlik

bo'yicha skrining birinchi antenatal tashrif vaqtida, Shuningdek homiladorlikning 36 xaftaligida o'tkaziladi.

Ona va bola o'rtasidagi immunologik nomutanosiblik

Homilador ayolda rezus-izoimmunizatsiyaning bo'lishi, homila va yangi tug'ilgan chaqaloqda gemolitik kasallik rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin. 1970 yillargacha, perinatal o'limning, keyingi nogironlik bilan tugaydigan (aql idrok zararlanishigacha) neonatal kasalliklarning asosiy sababchisi, Shu patologiya hisoblangan. 70 yillarning boshida, anti D gamma globulin tadbiriq qilinishi va amaliyotda qo'llanilishi boshlangach, rezus-immunizatsiyaning og'ir shakllari kam uchraydigan bo'ldi. Oilada, bolaning o'rtacha soni kamaytirilishi ham, bu ko'rsatkichning past bo'lishiga olib kelgan bo'lishi mumkin.

Rezus manfiy ayollarda, bolasining rezus-faktori musbat yoki qanaqadir sabablarga ko'ra, qon mansubligidan qat'iy nazar rezusi aniqlab bo'lmaydigan holatlarda, tug'ruqdan keyingi kasallikning oldini olish chora tadbirlari, ayol tuqqanidan so'ng 72 soat mobaynida anti-D immunoglobulini tavsiya qilish kiradi. Shuningdek, Anti-D immunoglobulin, onadan bolaga qon transfuziyasining yuqori xavfi bo'lsa, homiladorlik davrida rezusi manfiy bo'lgan barcha ayollarga ham tavsiya qilinishi lozim.

Immunizatsiyalanmagan rezus-manfiy mijozlarga homila-ona taransfuziyasi xavfi yuqori bo'lganda, anti-D immunoglobulinini tavsiya qilishdan oldin, muolajalar o'tkazilishi lozim. Bu muolajalarga xorion, yo'ldosh biopsiyasi, amniotsentez, kordotsentez, Shuningdek homila dumba bilan kelganda homilaning tashqariga burilishlari kiradi.

Homila – ona transfuziyasi ayollarda izoimmunizatsiyaga olib kelishi mumkin, agar: bola oldirish yoki o'z-o'zidan bola tushishi kuzatilganda anti-D immunoglobulin tavsiya qilinmagan bo'lsa. Homiladorlikning birinchi trimestrida o'z-o'zidan bola tushishi bo'lganda 6-7% holatlarda homila-ona transfuziyasi kuzatiladi. Ikkinchi trimestrda bu ko'rsatkich 20 va undan yuqori foizlarni ko'rsatadi.

Bundan tashqari homila-ona transfuziyasiga abdominal shikastlar, homilaning oldin kelishi, yoʻldoshning koʻchishi, akusherlik koʻrsatmalariga asosan bajarilgan kesar kesish amaliyoti yoki har qanday bachadondan qon ketishlar ham sabab boʻlishi mumkin. Homila-ona transfuziyasi aniq bir sabablarsiz ham rivojlanishi mumkin. Homiladorlik yoki tugʻruq davrida homilaning tuShuntirib boʻlmaydigan oʻlimi yoki kamqon bolaning asfiksiya holatida tugʻilishi, har doim, boʻlishi mumkin boʻlgan sezilarli homila-ona transfuziyasi xaqida oʻylash kerakligiga yunaltiradi.

Homiladorlikning erta davrlarida hamma ayollarning qon guruhi va rezus faktori aniqlanishi lozim. Rezusi manfiy boʻlgan ayollarni, keyin qonda rezus-antitelalar borligiga tekshirilishilari kerak.

Onada antitelalar aniqlanganda, homila qonida kerakli antigenlar boʻlmaganda shikastlanish xavfidan darak beradi, biroq, Shu bilan birga uning borligini aytmaydi.

Antitelalar titr darajasi chaqaloqlar gemolitik kasalligining ogʻirligi yoki borligini aniqlamaydi, garchi, birinchi homiladorlikda antitelalar titr darajasi va chaqaloq zararlanish oʻrtasida sezilarli oʻzaro bogʻlanishlar mavjud. Homila zararlanish ogʻirligiga nisbatan asosiy qimmatli koʻrsatkich boʻlib, akusherlik anamnezida antitelalarning titr koʻrsatkichlarining qiyosiy natijalari borligi hisoblanadi va bu, ushbu homiladorlikda gemolitik zararlanish darajasini aniq baholash imkonini beradi.

Homila rivojlanishining tugʻma nuqsonlari skriningi

Homila tuzilishi nuqsonlarini aniqlashga qaratilgan skrining testlariga tibbiy-genetik maslahat, ultratovushli skanerlash, ona qoni zardobining tahlili, xromosoma toʻplamining (xorion biopsiyasi, sitogenetik usullar) tahlili.

Bu testlarni oʻtkazishdan maqsadlarga quyidagilar kiradi:

hayot bilan muvofiq kelmaydigan nuqsonlar

ogʻir samatik va ruhiy patologiya, bir umrlik nogironlik

va mehnatgayaroqsizlikka olib keluvchi nuqsonlar

homila ichi davrida, davolasa boʻladigan homila holati

-tug‘ruqdan keyin, tibbiy aralaShuv yoki qo‘shimcha tekshirishni talab qiladigan homila holati

Homila patologiyasini aniqlash tadbirlari homiladorlik, tug‘ruq davrining, Shuningdek mijozlarga reproduktiv erkinlikni tanlashni taqdim qiladigan aniq rejali harakatlarni ishlab chiqishga yo‘naltirilgan bo‘lishi lozim.

O‘tkazilgan testlarning natijalari mijozlarga sodda, oddiy shaklda tuShuntirilishi kerak. SHifokor tomonidan qayd qilingan yozuvlar maqsadlarni, iloji bo‘lsa o‘tkaziladigan testlarni batafsil tuShuntirishi lozim (masalan, ultratovush skanerlash qo‘llanilganida, qaysi tuzilmalar nima uchun tekshirilishi tuShuntirilishi kerak). Bundan tashqari, ushbu usuldan foydalanganda, musbat va manfiy xato uchrash tezligini, Shuningdek, musbat yoki manfiy natijalar olinadigan holatlarda keyinchalik o‘tkaziladigan tadbirlar ko‘rsatilishi kerak.

2.2. Tibbiy – genetik maslahat berish

Tibbiy-genetik maslahat berish, antenatal yordam ko‘rsatish tizimining asosiy tarkibiy qismiga aylanib bormoqda. Prenatal tashxislanadigan irsiy kasalliklar soni, molekulyar genetikadagi muvaffaqiyatlar tufayli, kundan kunga ortib boryapti.

Homila holatini prenatal tekshirishdan oldin, mijoz bilan to‘laqonli maslahat o‘tkazish muhim, Shu bilan birga, tug‘ma patologiya bo‘lish xavf darajasini baholash asosiy vazifa hisoblanadi.

Prenatal skrining o‘tkazish qarorini qabul qilish va tanlash hamda unga bog‘liq bo‘lgan keyingi aralaShuvlar, bolaning bo‘lajak ota-onasi uchun afzal bo‘lishi kerak. Bu tanlov kelib chiqqan holatlar, barcha yashirin bo‘lgan salbiy oqibatlar va bo‘lishi mumkin bo‘lgan prenatal diagnostikaning ijobiy natijalari asosida bo‘lishi lozim. Shuning uchun, har bir skrining dasturini o‘tkazishda, ayol va uning qarindoshlari holatni to‘g‘ri tuShunishi va kerakli qarorni qabul qilishi uchun, mijozga maslahat berish maqsadida kerakli vaqt ajratilishi kerak.

2.3. Ultratovush tekshirishlari

Homilaning tugʻma va nasliy kasalliklarini aniqlash

maqsadidaultratovush tekshirishidan uch yoʻnalishda foydalanish mumkin:

-Homila tugʻma patologiyalarining markerlari va rivojlanishini bevosita koʻrish uchun;

-Invaziv bachadon ichi diagnostik aralaShuvlarini taʼminlash uchun(masalan, amniotsentez va xorionbiopsiya);

homiladorlik muddati xaqidagi aniq maʼlumotlarni talab qiladigan boshqa testlardan unumli foydalanish imkonini beradigan fetometriya oʻtkazish uchun.

Hozirgi kunda homilaning rivojlanish nuqsonlari, koʻp holatlarda ultratovush tekshirish yordamida aniqlanmoqda. Anensefaliya kabi nuqsonlar diagnostikasi, boshqa nuqsonlarga (Yurakning ayrim nuqsonlari) nisbatan qiyinchiliklar tugʻdirmaydi. Bitta nuqsonni aniqlash, boshqa nuqsonlar va/yoki xromosom anamoliyalar borligiga Shubha tugʻdiradi. Koʻpincha homila rivojlanishining odatiy chetga chiqishi nuqson boʻlmaydi, ammo qanaqadir xromosom buzilishlar borligidan dalolat beradi. Usulning diagnostik aniqlik darajasi quyidagilarga koʻra oʻzgarib turadi:

patologiya turi

gestatsion muddati

tekshirish oʻtkazadigan mutaxassis koʻnikmalari

foydalaniladigan asbob sifati

tekshirish oʻtkazish uchun ajratilgan vaqt

Bundan tashqari, homila tuzilishi nuqsonlarining skriningini oʻtkazadigan mutahassislar, oʻtkaziladigan tekshirishlarning doimiy nazorat sifatiga muhtoj boʻladilar. Buning eng yaxshi usuli, tekshirish oʻtkazgandan keyin tugʻilgan bolalarning sogʻligʻi xaqida maʼlumotlar yigʻish hisoblanadi.

Ultratovush skaneridan foydalanish, perinatal oʻlim koʻrsatkichining pasayish faktoriga kirishi mumkin, agar, homila rivojlanishida ogʻir nuqsonlar aniqlangandan soʻng, ota-onalar homiladorlikni toʻxtatish qaroriga kelsalar.

Homilada yashashga muvofiq bo'lmagan rivojlanish nuqsonlari aniqlanganda ko'pchilik oila juftliklari uchun homiladorlikni to'xtatish maqsadga muvofiq bo'ladi. Bu nuqsonlarga, anensefaliya yoki og'ir nogironlikka sabab bo'ladigan nuqsonlar, ya'ni orqa miya churrasi va og'ir gidrotsfaliyalarni birga kelishi kiradi. Qaror qabul qilishda qiyinchiliklar yuz berishi mumkin, qachonki aniqlangan nuqsonlar aniq oqibatlarga ega bo'lmasa yoki holatni sharhlashda xatoliklar bo'lsa.

Bunaqa holatlarda, asossiz aralaShuvlar va tibbiy xodimlar xatosi tufayli ro'y beradigan postnatal muammolar bo'lmasligi uchun, hamkor mutahassislik maslahatlaridan foydalanish lozim.

Homilada rivojlanish nuqsonini aniqlash, homiladorlikni albatta to'xtatish uchun, ko'rsatma bo'lmaydi. Aniq tashxis aniqlanishi, bo'lajak ota- onalarni tug'iladigan bolaning rivojlanishida o'zgarishlar borligiga oldindan tayyorlaydi.

Biroq, ayrim holatlarda, oilaga ushbu holatni uddalash va bo'lajak bolani parvarish qilish rejalarini ishlab chiqish uchun, malakali mutaxassis maslahati kerak bo'lishi mumkin. Homila rivojlanishi nuqsoni bo'yicha beg'araz va taxminlarga asoslanmagan maslahat uchun, shaxsiy hamdardlik, hamda amalda qo'llab quvvatlashni ko'rsata oladigan insonlarning qatnashishi talab qilinadi.

Homiladorlikning 20 haftalik muddatida o'tkaziladigan ultratovush tekshirishining eng kam standartlariga quyidagilar kirishi lozim:

homila boshining shakli va o'lchami hamda bosh suyagi bushlig'ining tuzilishi (cavum pellucidum, cerebellum, atrium < 10 mm sohasida qorinchalar o'lchami)

orqa miyani bo'ylama va ko'ndalang skanerlash

-qorin shakli va buyrak hamda kindik sathida joylashgan tuzilmalarning ta'rifi

qorin shakli va oshqozon sathidagi tuzilmalarning ta'rifi

buyrakning oldingi orqa o'lchamini o'lchash

qorin bo'shlig'ini uzunasiga skanerlash (diafragma va siydik pufagi)

Yurakning to'rtta bo'limini ko'rsatadigan ko'krak bo'shlig'i

Yurakdan chiqadigan katta tomirlar

yuz va lab

qo'l sohasi: barmoqlardan tashqari uchta asosiy suyaklar

oyoq sohasi: barmoqlardan tashqari uchta asosiy suyaklar, kaft suyagi

Daun sindromi skriningi

Daun sindromi skriningini o'tkazishning birinchi qadami bo'lib, ayolga kasallik, tekshirish usullari xaqida to'liq ma'lumot berish kiradi, maqsad, ayol tekshirish o'tkazish qarorini o'zi qabul qilishiga qaratilgan.

Daun sindromi skriningi homiladorlikning birinchi yoki ikkinchi trimestrida, har xil usullar orqali o'tkazilishi mumkin.

Homiladorlikning birinchi trimestrida ultratovush orqali homila umurtqasi va bo'yin teri osti kletchatkasining masofasi o'lchanadi. Bu usuldan xavf guruhidagi ayollarda, homiladorlik muddati 10-14 xaftalik bo'lganda foydalaniladi. Bu usuldan, ayrim holatlarda patologiyaning zardobli markerlariga test o'tkazmasdan foydalanish mumkin: XG (garmonning erkin beta- birligi va umumiy miqdori) va homiladorlikka bog'liq bo'lgan RARR-A oqsili (aralash testga kiradigan). Patologiyani aniqlashda bu testdan homiladorlikning ikkinchi trimestrida foydalanish ma'qul, garchi, Daun sindromi tashxisini qo'yishda, testning sezgirlik darajasi yagona tekshirish usuli bo'lib hisoblanmaydi.

Ikkinchi trimestrning erta davrlarida, homiladorlikning 15-16 xaftaligida bioximik markerlardan foydalanib tekshirish o'tkazish mumkin.

Daun sindromining bioximik markerlariga kiradi: alfa-fetoprotein, kon'yugirlanmagan estriol, dimer ingibin A.

Hozirgi kunda Daun sindromi skriningi uchun, homiladorlikning birinchi trimestrida bir qancha multimarker testlar, Shuningdek zardobli markerlarning aralash usullari va ultratovush tekshirishi (1-2 trimestrlarda) qo'llaniladi.

Bu testlarga kiradi:

«aralash test»- izmerenie urovney RARR-A, XG miqdorini va homila umurtqasi va bo'yin teri osti kletchatkasining (burmasi) masofasi o'lchash

«ikki tarkibli test»- homila muddati 14-20 xaftalik bo'lganda XG, zardobda alfa-fetoproteinni o'lchash

«uch tarkibli test»- XG, alfa-fetoprotein, kon'yugirlanmagan estriol miqdorini o'lchash

«to'rt tarkibli test»- XG, alfa-fetoprotein, kon'yugirlanmagan estriol, ingibin A miqdorini o'lchash

«jamlangan test»- homiladorlikning 10-12 xaftaligida, homila umurtqasi va bo'yin teri osti kletchatkasining (burmasi) masofasi o'lchash, RARR-A miqdorini aniqlash, keyinchalik homila muddati 14-20 xaftalik bo'lganda XG, alfa-fetoprotein, kon'yugirlanmagan estriol, ingibin A miqdorini o'lchash

-«zardobli jamlangan test» jamlangan test kabi, faqat homila umurtqasi va bo'yin teri osti kletchatkasining (burmasi) masofasi o'lchanmaydi.

Shunga qaramay, daun sindromi tashxisiy tekshirilishining oltin standarti bo'lib, kariotiplash maqsadida invaziv tekshirishlarni o'tkazish kiradi. Bunaqa tekshirishlar ayrim asoratlarni bitlan kechishini unutmazlik kerak. Asosiy asorat bo'lib homiladorlikni tuxtatib qo'yish hisoblanadi.

Daun sindromi tekshirishlari o'tkazilgach, onaning yoshi, tekshirish o'tkazilgan gestatsiya muddati, Shuningdek bioximik markerlar miqdori hisobga olingan holda ehtimoliy tashxis haqida taxmin qilinadi. Skrining natijalari musbat, Daun sindromi yuqori hisoblanishi mumkin, qachonki ushbu hudud uchun ishlab chiqilgan o'rtacha miqdordan, tekshirishlar ko'rsatkichining yig'indisi baland bo'lsa. Skrining natijalari Daun sindromining ehtimoliy tashxisini ko'rsatish maqsadida son ekvivalentida ifodalanadi (masalan, homilador ayolda daun sindromi bilan bola tug'ish ehtimoli 1/250). Skrining natijalari musbat bo'lganda, ayolga to'liq tekshirishdan o'tish tavsiya qilinadi (amniotsentez o'tkazish).

Daun sindromining paydo bo'lish ehtimolining o'rtacha soni aniqlanganda, ushbu muddatlarda genetik patologiya ro'y bergan homiladorlikning ayrim qismida, o'z-o'zidan homiladorlikning to'xtatilishini hisobga olish lozim. Shunday qilib, to'liq homiladorlikka nisbatan gestatsiyaning erta muddatlarida aniqlangan

patologiyaning soni yuqori bo'lishi mumkin. Bu ushbu xududning o'rtacha ko'rsatkichlari va ayolni yuqori xavf guruhiga kiritilishiga ta'sir ko'rsatadi.

2.4. Zardobli alfa-fetoprotein

Qaysi populyasiyada asab naychasining nuqsoni ko'p uchrasa, o'sha joyda zardobli alfa-fetoproteinini skrining usulida o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

10 000 ta tirik tug'ilgan bolada taxminan 7,2-15,6 holatlarda asab naychasining nuqsoni uchraydi va bir qancha belgilar, spina bifidaning sezilmas holatlaridan meningiomielotsele va anensefoliya (bachadondan tashqari holatlarda yashash qobiliyati yo'q) kabi og'ir holatlarga uchrashi kuzatiladi. Homila asab naychasining ochiq nuqsonlari bo'lganda, 80% holatlarda onaning zardobli alfa-protein miqdori ko'payadi. Bu zardobli alfa-protein miqdori yuqori bo'lishiga boshqa anomaliyalar, masalan qorin oldingi devorining ochiq nuqsonlari ham sabab bo'lishi mumkin. Bifida holatlarida, onada MSAFP miqdori o'rtacha ko'rsatkichlardan to'rt marta ko'p bo'ladi, anensefaliyada esa bu ko'rsatkich deyarli etti martaga ortadi.

Agar test natijalari qonda zardobli alfa-protein miqdori ko'pligini aniqlasa, ona to'liq ultratovush tekshirishidan yoki amniotsintezdan o'tishi lozim. Amniotik suyuqlikda zardobli alfa-protein miqdorini tekshirish, asab naychasi nuqsonlari diagnostikasi uchun sezgir usul hisoblanadi. Yuqori malakali ultratovush tekshirishi mavjud bo'lgan holatlarda, amniotsintez o'tkazish maqsadga muvofiq emasligini aytib o'tish lozim.

Folat kislotasini 0,4 mgdan ko'proq miqdorini homilador bo'lishdan kamida 4 hafta oldin va homiladorlikning birinchi 6 haftaligida tavsiya qilinganda, asab naychasi nuqsonlarining paydo bo'lish ehtimolini sezilarli kamayishi bilan bog'lashadi. Asab naychasi nuqsoni bilan bola ko'rgan ayollarda, folat kislotasini katta miqdorlarda (4 mg) tavsiya qilinishi, kasallik qaytalanish darajasini ancha pasaytiradi.

2.5. Psixologik holatni o'rganish

1. LOVI-bu surunkali somatik kasalliklarda kasallikka munosabat turlarini va boshqa tegishli shaxsiy munosabatlarni tashxislash uchun V. M. Bexterev

psixonevrologik ilmiy-tadqiqot institutida ishlab chiqilgan shaxsiyat so'rovnomasi. Anketa 12 bo'limdan iborat bo'lib, ularning har birida kasallikka turli xil munosabat turlarini taklif qiluvchi 10 dan 16 gacha bayonotlar mavjud. Ushbu usulga ko'ra, munosabatlarning quyidagi turlari ajratiladi [Lichko A. E., Ivanov I. YA., 1980]:

1. Uyg'un (U). Biror kishining ahvolini uning og'irligini oshirib yuborish tendensiyasiz va hamma narsani ma'yus nurda ko'rish uchun sababsiz, balki kasallikning og'irligini kamsitmasdan ehtiyotkorlik bilan baholash. Hamma narsada davolanish muvaffaqiyatiga faol hissa qo'shish istagi. O'z-o'zini parvarish qilish yuklari bilan boshqalarni yuklashni istamaslik.

2. Tashvishli (T). Kasallikning noqulay kechishi, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar, samarasizligi va hatto davolanish xavfi haqida doimiy tashvish va Shubha. Davolashning yangi usullarini izlash, kasallik haqida qo'shimcha ma'lumotlarga chanqoqlik, mumkin bo'lgan asoratlar, davolash usullari, "hokimiyat"ni doimiy izlash.

3. Iipoxondriya (I). Subektiv og'riqli va boshqa yoqimsiz hissiyotlarga e'tibor qaratish. Boshqalarga ular haqida doimo aytib berish istagi. Ularning asosida haqiqiy mubolag'a va mavjud bo'lmagan kasalliklar va azoblarni izlash.

4. Melanxolik (M). Kasallik bilan tushkunlik, tiklanishga ishonmaslik, mumkin bo'lgan yaxshilanishda, davolanish ta'sirida. O'z joniga qasd qilish fikrlariga qadar faol depressiv bayonotlar. Atrofdagi hamma narsaga pessimistik qarash. Qulay ob'ektiv ma'lumotlar bilan ham davolanishning muvaffaqiyatiga ishonmaslik.

5. Beparvo (B). Uning taqdiriga, kasallikning natijasiga, davolanish natijalariga to'liq befarqlik. Tashqi tomondan qat'iy talab bilan protseduralarga passiv bo'ysunish va davolanish. Ilgari tashvishlangan hamma narsaga qiziqishni yo'qotish.

6. Nevrastenik (N). "Asabiy zaiflik"turining xatti-harakati. Tirnash xususiyati, ayniqsa og'riq bilan, yoqimsiz his-tuyg'ular bilan, davolanishda

muvaqqiyasizliklar, noqulay tekshiruv ma'lumotlari. Og'riq uchun murossasizlik. Yordam kutish uchun ishonchsizlik.

7. Obsesif-fobik (O). Xavotirli Shubha, birinchi navbatda, kasallikning haqiqiy emas, balki mumkin bo'lmagan asoratlari, davolanishdagi muvaqqiyasizliklar, Shuningdek, kasallik bilan bog'liq hayotda, ishda, oilaviy vaziyatda mumkin bo'lgan (lekin noto'g'ri) muvaqqiyasizliklar bilan bog'liq. Xayoliy xavflar haqiqiydan ko'ra hayajonliroqdir. Belgilar va marosimlar tashvishdan himoya qiladi.

8. Sezgir (C). Sizning kasalligingiz haqidagi ma'lumotlar boshqalarga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan noqulay taassurot haqida haddan tashqari tashvish. Kasallik tufayli yaqinlaringiz uchun yuk bo'lishdan qo'rqish va bu borada ular tomonidan noqulay munosabat.

9. Egotsentrik (I). "Kasallikka kirish". Sizning azob-uqubatlaringiz va tajribalaringizni yaqinlaringiz va boshqalarning e'tiborini to'liq jalb qilish uchun fosh qilish. Favqulodda g'amxo'rlikning talabi Shundaki, har bir kishi hamma narsani unutishi va voz kechishi va faqat bemorga g'amxo'rlik qilishi kerak. Doimiy istak ularning maxsus pozitsiyasini, kasallikka nisbatan eksklyuzivligini ko'rsatish.

10. Euphoric (F). Asossiz ko'tarilgan kayfiyat, ko'pincha soxta. Kasallik va davolanishga beparvolik, beparvo munosabat. Umid qilamanki, "hamma narsa o'z-o'zidan ishlaydi." Tibbiy tavsiyalarni buzish qulayligi.

11. Anozognozlik (Ag). Kasallik, uning mumkin bo'lgan oqibatlarini haqida fikrlarni faol rad etish. Tekshiruv va davolanishni rad etish. "O'z vositalaringiz bilan qilish" istagi.

12. Ergopatik (E). "Kasallikdan ishga o'tish". Kasallik va azob-uqubatlarning og'irligi bilan ham, ular har qanday holatda ham ishlashni davom ettirishga harakat qilishadi. Ular achchiqlanish bilan, kasallikdan oldingidan ham ko'proq g'ayrat bilan ishlaydilar, butun vaqtlarini ishlashga bag'ishlaydilar, davolanishni davom ettirish imkoniyatini qoldirishi uchun davolanishga va tekshirishga harakat qilishadi.

13. Paranoid (P). Kasallik kimningdir yovuz niyatining natijasidir, degan ishonch. Dori-darmonlar va protseduralarga haddan tashqari Shubha. Giyohvand moddalarni davolashning mumkin bo'lgan asoratlarini yoki nojo'ya ta'sirini shifokorlar va xodimlarning beparvoligi yoki zararli niyatiga bog'lash tendensiyasi.

2. Mini-Mult testning kichik ruslashtirilgan versiyasi (MMPI ning qisqartirilgan versiyasi), unda 71 ta bayonot mavjud. Natijalar 3-baholash va 8-klinik tarozilar bo'yicha T-ballar yig'indisi bilan ifodalanadi (Berezin F. B. va boshq ., 1976, Libis R. A., 1998). Baholash tarozilari mavzuning samimiyligini, test natijalarining haqiqiylikni va tuzatish miqdorini aniqlaydi. Bularga quyidagilar kiradi:

L shkalasi sub'ektning qulay nurda qarash istagini aks ettiradi va ijtimoiy me'yorlarga qat'iy rioya qilishni namoyish etadi. YUqorida L bilan 80 T-ball, profili ishonchsiz paydo;

B shkalasi-olingan natijaning ishonchsizligi darajasini, tasodifiylikni yoki natijalarning qasddan buzilishini aks ettiradi. Agar B 80 balldan yuqori bo'lsa, natija ham ishonchsiz hisoblanadi;

K shkalasi psixopatologik hodisalarni yumshatish yoki yashirish istagini, Shuningdek, sub'ektning ichki va ekstrovertsiya darajasini aks ettiradi.

Qolgan sakkizta tarozi asosiy va shaxsiy xususiyatlarni baholaydi. Birinchi shkala astenonevrotik turdagi sub'ektning shaxsiy xususiyatini o'lchaydi. Ikkinchi shkala sub'ektning moyilligini shaxs rivojlanishining sotsiopatik variantlari bilan belgilaydi. Uchinchi shkala konversiya turidagi nevrologik mudofaa reaksiyalariga moyil bo'lgan shaxslarni aniqlaydi. To'rtinchi shkala ijtimoiy moslashuvning zo'ravonligini, yuqori ziddiyat va tajovuzkorlikni tavsiflaydi. Beshinchi shkala ishlatilmadi. Oltinchi shkala sub'ektning sezgirligini, uning affektiv reaksiyalarga moyilligini tavsiflaydi. Ettinchi shkala Shubhaga moyil bo'lgan tashvishli-gipoxondriyak shaxs turini tashxislash uchun mo'ljallangan. Sakkizinchi shkala gipertimik shaxs turiga yaqinligini ko'rsatadi, uning faolligi va qo'zg'aluvchanligi

darajasini o'lchaydi. Tarozilarning o'zgarishi t nuqtalarida aniqlanadi, barcha tarozilar uchun nisbiy normaning chegaralari 40 dan 60 T gacha.

Tarozilar 1,2,3 - "nevrotik uchlik" atamasi bilan birlashtirilgan, chunki bu tarozilarda profilning oshishi odatda nevrotik kasalliklarda kuzatiladi. 6,8,9 tarozi kombinatsiyasida profilning oshishi odatda psixopatologik kasalliklarning psixotik darajasini ko'rsatadi.

3. Anksiete va depressiv kasalliklarni o'rganish uchun 1983 yilda A. S. Zigmond va K. R. Zpay tomonidan ishlab chiqilgan va somatik shifoxona bemorlarida tashvish va depressiyani skrining tekshiruvi uchun mo'ljallangan tashvish va depressiya shkalasi (Navv) ishlatilgan. O'lchov 14 ta pastki o'lchov bilan bog'liq 2 ta bayonotdan iborat: tashvish va depressiya. Har bir bayonot javobning 4 variantiga mos keladi, bu belgining zo'ravonligi va 0 (yo'qlik) dan 3 (maksimal zo'ravonlik) gacha oshirish orqali kodlangan alomatning gradatsiyalarini aks ettiradi.

Ma'lumotlarni talqin qilishda har bir pastki o'lchov uchun umumiy ko'rsatkich hisobga olinadi, Shu bilan birga 3 ta qiymat maydoni ajratiladi:

0-7 - "norma";

8-10 - "subklinik tarzda ifodalangan tashvish/depressiya";

11 va undan yuqori - "klinik ifodalangan tashvish/depressiya"

NAL8 shkalasi qo'llash va qayta ishlash qulayligi bilan ajralib turadi va umumiy tibbiy amaliyotda tashvish va depressiyani birlamchi aniqlash uchun keng qo'llanilishi mumkin.

4. Psixoemotsional stress darajasining Ekspress diagnostikasi L. Readerning psixososyal stress shkalasi yordamida amalga oshirildi, 7 ta elementdan iborat so'rovnoma tomonidan taqdim etilgan, ularning har biri 1 dan 4 gacha ball bilan baholanadi. Ma'lumotlarni qayta ishlashda barcha elementlar uchun ballar yig'indisi hisoblab chiqiladi, keyin 7 ga bo'linadi, so'ngra natija 4 dan chiqariladi. Olingan stress ko'rsatkichi u 0 dan 3 ballgacha o'zgarishi mumkin.

Ayollarda L. Rider shkalasi bo'yicha stress darajasi umumiy ball 2,18-3,00 bilan yuqori deb hisoblangan; o'rtacha - 1,18-2,17; past - 0,00 - 1,17 ball.

2.6. Hayot sifatini o'rganish

V. P. Zaysev tomonidan yaratilgan hayot sifatini o'rganish metodologiyasi bemorning kasallik va uni davolash bilan bog'liq hayotidagi o'zgarishlarga munosabatini baholash imkonini beradi. Tekshiruv davomida bemordan quyidagi alternatalardan birini tanlab, kasallikning taklif qilingan 17 ta oqibatining har biriga o'z munosabatini bildirishi so'raladi: men juda xavotirdaman, bu men uchun yoqimsiz, men befarqman, bundan xursandman.. Har bir alternativ -2 dan +1 gacha ball bilan baholanadi. -5 dan +1 gacha bo'lgan umumiy ball normal hisoblanadi. Amaldagi so'rovnoma asl ichki rivojlanish bo'lib, uning ishonchliligi va yuqori sezgirligi ko'plab tadqiqotlarda tasdiqlangan [1, 84].

Olingan ma'lumotlarni statistik qayta ishlash talabani t-testidan foydalangan holda Microsoft Excel dasturi yordamida shaxsiy kompyuterda amalga oshirildi. $P < 0.05$ dagi o'zgarishlar ishonchli deb topildi. Ma'lumotlar m shaklida taqdim etiladi.

III BOB.

ARTERIAL GIPERTENZIYAGA CHALINGAN BEMORLARDA GEMATOLOGIK KASALLIKLARNING KECHISHI

Diagnostika va davolashni takomillashtirish qon kasalliklari bo'lgan bemorlarda doimiy klinik va gematologik remissiyaga erishishga imkon beradi. Natijada turli gematologik sindromli homilador ayollar va onalar soni ortadi. Shu bilan birga, qon kasalliklari bo'lgan bemorlar homiladorlikning salbiy natijalariga nisbatan yuqori xavfli guruhni ifodalaydi.

Anemiya bilan bir qatorda, gemorragik diatezlar (idiopatik trombositopenik purpura, Villebrand kasalligi) va gemoblastoz (leykemiya, limfogranulomatoz) ham keng tarqalgan.

3.1. Anemiya.

Anemiya-homilador ayollarda aniqlangan eng keng tarqalgan patologiya, uning chastotasi 20 dan 56% gacha. 90% hollarda homilador ayollarda temir tanqisligi anemiyasi rivojlanadi, bu hipokromik mikrositik anemiya; juda kam-B12-tanqis va foliy kislotasi tanqisligi anemiyasi.

Homilador ayollarning haqiqiy va fiziologik anemiyasi deb ataladi.

Fiziologik anemiyaning rivojlanishi qon plazmasining miqdori va homiladorlik davrida eritrotsitlar hajmining notekis o'sishi bilan bog'liq bo'lib, gemodilyusiyaga olib keladi va gematokritning kamayishi bilan bog'liq. Homiladorlik bilan bog'liq haqiqiy anemiya, odatda, ikkinchi yarmida rivojlanadi.

Homilador ayollarda temir tanqisligi kamqonlik sabablari tufayli eritropoez (homiladorlik paytida qizil qon hujayralari hajmi 240-400 ml ortadi) ko'payishi uchun ekzogen temir iste'molini oshirish, Shuningdek, (homila gemoglobin 1 g sintezi uchun ona temir 3,5 mg talab) onalik depo tufayli temir homila iste'mol oshirish hisoblanadi. Homilador ayollarda anemiya rivojlanishi oziq-ovqat bilan temir etishmasligi, homiladorlik paytida qon ketishi (boshlangan tushish, platsentaning qisman ajralishi), ko'p urug'lik (bezga bo'lgan ehtiyojning oshishi), temirning emilimining buzilishi bilan bog'liq.

Homiladorlik davrida temir tanqisligi anemiyasining klinik belgilari homilador bo‘lmaganlardan farq qilmaydi: zaiflik, nafas qisilishi, bosh aylanishi, soch to‘kilishi, mo‘rt tirnoqlar bo‘lishi mumkin.

Homiladorlik davrida temir tanqisligi anemiyasi mezonlari gemoglobin darajasining pasayishi (110 g/l dan kam); past rang ko‘rsatkichi (0,85 dan kam); zardob temir darajasining pasayishi (15 mmol/l dan kam); zardob ferritin miqdorini kamaytirish (15 mkg/l dan kam); zardobning umumiy temir birikmasini oshirish; mikrositoz.

Haqiqiy anemiya (homilador ayollarning hidremiyasi emas) tashxisi, qon tomirlarida poikilotsitoz va anisotsitoz aniqlanganda tasdiqlanadi.

I darajali anemiya bilan gemoglobin miqdori 100-110 g/l,

II daraja-85-99 g / l,

III darajali-85 g/l dan kam.

Engil anemiya (I daraja) homiladorlik, tug‘ilish va homila holatiga ta’sir qilmaydi. Og‘ir anemiya (II-III daraja) bilan homiladorlik va tug‘ilishning asoratlari ko‘payadi: o‘z-o‘zidan abort qilish, erta tug‘ilish, xomilalik o‘shishning kechikishi, surunkali xomilalik gipoksiya, mehnatning zaifligi. Postnatal davrda yallig‘lanish asoratlari xavfi ortadi.

Homilador ayollarda temir tanqisligi anemiyasini davolash temir preparatlarini buyurishdir. Shu bilan birga, og‘iz orqali qabul qilish vositalaridan temir (ferlatum, Maltofer, ferrum lek) preparatlariga ustunlik beriladi. Ichak endoteliasining shilliq qavatida bivalent temir preparatlarini qo‘llashda Fe²⁺ ning oksidlanishi Fe³⁺ (faqat trivalent temir so‘rilishi mumkin) erkin radikallarni hosil qilish uchun yuzaga keladi, bu esa Fe²⁺ning potensial toksikligiga olib keladi.

Temir o‘z ichiga olgan preparatlar bilan davolanish kamida 1-1, 5 oy bo‘lishi kerak.

Homilador ayollarda temir tanqisligi anemiyasini davolashda hayvon oqsillari ustunligi bilan muvozanatli ovqatlanish muhim ahamiyatga ega.

JSST tavsiyalariga ko'ra, barcha homilador ayollar II-III trimestrlarda (temirning xomilaga faol uzatilishi sodir bo'lganda) va birinchi 6 oyda laktatsiya davrida temir preparatlarini profilaktika qilish tavsiya etiladi.

Foliy kislotasi tanqisligi anemiyasining oldini olish va davolash uchun 1 mg/kun dozasida foliy kislotasi buyuriladi, B12-kam anemiya - 1-1 hafta davomida haftasiga bir marta 6 mg mushak ichiga siyanokobalamin.

Homilador ayollarda anemiya tez-tez uchraydi, uning rivojlanishida ikki yoki undan ortiq patogenetik mexanizm mavjud. Bunday hollarda temir, foliy kislotasi, siyanokobalamin (ferro-folgamma) o'z ichiga olgan dori-darmonlarni tayinlash oqlanadi.

Leykemiya-suyak iligi o'simta hujayralari katta miqdorda o'z ichiga olgan gemoblastoz.

Leykemiya bilan homilador ayollarda o'z-o'zidan tushib ketish, erta tug'ilish, xomilalik o'sishning kechikishi, uning intrauterin o'lim xavfi ortadi.

Homiladorlik kasallik jarayoniga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Tufayli turli infeksiya o'choqlari (angina, pnevmoniya, pyoderma, sepsis), trombositopeniya yoki trombositopatiya oqibatida gemorragik sindromi yuzaga kelishi mumkin granulotsitlar sonini kamaytirish uchun. Leykemiya hujayralari tomonidan eritropoezning inhibatsiyasi tromboflebit, tromboemboliya, ICE sindromi, anemiyaga olib kelishi mumkin.

Akusherlik taktikasi kasallikning (alevlenme, remissiya) va homiladorlik davriga bog'liq va gematolog bilan birgalikda ishlab chiqariladi. Agar leykemiya homiladorlikning birinchi yarmida tashxis qo'yilgan bo'lsa, uning to'xtashi ko'rsatiladi. Agar bemorni homiladorlikni saqlab qolish istagi kuchli bo'lsa, leykemiya terapiyasining to'liq kursini, Shu jumladan kemoterapi. Kasallik homiladorlik oxirida tashxis qo'yilgan bo'lsa, kemoterapi etkazib berishdan keyin amalga oshiriladi.

Limfogranulomatoz (Hodgkin kasalligi) - limfa tugunlari va ichki organlarning limfa to'qimalarining malign neoplazmasi -

ko'pincha tug'ish yoshida uchraydi.

Homiladorlik va tug‘ish remissiya bosqichida lenfogramulomatoz ko‘pincha odatdagidek davom etadi, ammo ona va homila uchun prognozni yomonlashtiradigan lenfogramulomatozning (kasallikning takrorlanishi) kuchayishi mumkinligini hisobga olish kerak.

Optimal terapiyani tanlash uchun zarur bo‘lgan kasallikning bosqichini aniqlash uchun to‘liq tekshiruv o‘tkazish homilador ayollarda mumkin emas. Shu munosabat bilan, lenfogramulomatozli homilador ayollarni boshqarish faqat kasallik yo‘li bilan aniqlanadi (alevlenme, remissiya). Homiladorlik davrida lenfogramulomatozning kuchayishi bilan uning muddatidan qat’i nazar, uning uzilishi ko‘rsatiladi.

Verlgof kasalligi (idiopatik trombositopenik purpura), boshqa otoimmün kasalliklar kabi, tug‘ish yoshidagi ayollarda tez-tez rivojlanadi. Verlgof kasalligining chastotasi 2: 1000-3: 1000 jinsi.

Periferik qonda trombositlarni yo‘q qilish antitrombositlar antikori (Ig G) ta’siri ostida sodir bo‘ladi. Antikori platsentaga kirib, xomilalik trombositlar bilan o‘zaro ta’sirlashib, ularning yo‘q qilinishiga olib kelishi mumkin, Shuning uchun xomila va yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda trombositopeniya (50% da), bu o‘z-o‘zidan 1,5-2-oylik yoshga qarab yo‘qoladi.

Homilador ayollarning Periferik qonida Verlgof kasalligida trombositlar soni $40-50 \times 10^9/l$ va undan pastroqqa kamayadi, patologik yirik shakllar mavjud. Plazma qon omillarining normal tarkibi bilan, Verlgof kasalligi bo‘lgan homilador ayollarda qon pıhtısının retraksiyasi kamayadi, qon ketish vaqti ortadi.

50-60% homilador ayollarda kasallikning kuchayishi kuzatiladi.

Verlgof kasalligi bilan homilador ayollarda homiladorlik va tug‘ish asoratlari xavfi ortadi: pasaytirish (30%), keyingi qon ketishi va erta tug‘ruqdan keyingi davrlar (20%), tufayli trombositopeniya uchun homila va yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda intrakranial qon ketishi.

Trombositlar sonining kamayishi bilan trombositopeniya $40 \times 10^9/l$ ga homiladorlik davrida gemorragik ko‘rinishlarsiz davolanishni talab qilmaydi. Etkazib berishdan oldin 1-2 hafta davomida kortikosteroidlarni (10 mg/kun)

tayinlash tug‘ruqdan keyingi preparatning dozasini kamaytirish bilan ko‘rsatiladi. Kortikosteroidlarning dozasi gemorragik diatezda kuniga 30-40 mg ga oshiriladi. Davolash va qon ketishining ta’siri bo‘lmasa, yangi muzlatilgan plazma transfüzyonu, yuvilgan eritrotsitlar ko‘rsatiladi.

Kasallikning kuchayishi va trombotsitlar soni $40 \times 10^9/l$ dan ortiq bo‘lsa, qon ketishining ortishi kuzatilmasa, akusherlik taktikasi kutish mumkin. Tug‘ilish, odatda, tabiiy tug‘ilish kanali orqali olib boriladi, qon ketishining oldini oladi.

Terapiyaning samarasizligi va deyarli to‘la muddatli homiladorlik davrida gemorragik namoyon bo‘lishining kuchayishi kesarchadan bilan tug‘ilish ko‘rsatkichidir, bu erda xomilada intrakranial qon ketish xavfi ancha past bo‘ladi.

Kesarchadan paytida yuqori qon ketishi bilan splenektomiya ishlab chiqariladi.

Willebrand kasalligi (konjenital gemorragik diatez) VIII omil kompleksining bir qismi bo‘lgan Villebrand omilining etishmasligi bilan bog‘liq irsiy autosomal dominant kasallikdir. Kasallik qon tomir devorining o‘tkazuvchanligi va xiralaShuvini oshiradi, uning kontraktilligini kamaytiradi. Homilador ayollarda kasallik chastotasi 1: 10 000-1: 20 000.

Kasallikning klinik va laboratoriya ko‘rinishlari homiladorlikdan tashqarida farq qilmaydi va asosan qon ketishining ortishi bilan bog‘liq. Tashxis qon ketish vaqtini (15-20 daqiqadan ortiq) va/yoki APTVNING o‘shishiga asoslanadi. Tashxisni aniqlashtirish uchun Villebrand omilining faoliyati baholanadi.

Homiladorlik davrida bemorlarning holati yaxshilanishi mumkin, bu qon ivish omillarining fiziologik o‘shishi bilan bog‘liq.

Villebrand kasalligi homiladorlik, tug‘ruq vaqtida (o‘z-o‘zidan va qorin bo‘shlig‘i etkazib berish) qon ketishi bilan murakkablashishi mumkin, bu esa homiladorlikning dastlabki bosqichlarida sun‘iy ravishda uzilishi bilan bog‘liq.

Davolash, VIII omil kompleksini (Villebrand omilini o‘z ichiga olgan), Shuningdek, fibrinogen va boshqa koagulyasion omillarni o‘z ichiga olgan plazma kriyopresipitatini tomir ichiga oladi. Terapiya mehnatning boshlanishi yoki rejalashtirilgan kesarchadan oldin bir kun oldin amalga oshiriladi. Tug‘ilgandan

keyin 3 kundan keyin dori-darmonlarni kiritish takrorlanadi. Krioprepatat bo'lmasa, yangi muzlatilgan plazma ishlatilishi mumkin.

3.2.Trombofiliya va homiladorlik

Trombofiliya tromboz va tromboembolik asoratlarga moyil bo'lib, ular gemostazning olingan yoki genetik nuqsonlari va ularning kombinatsiyasi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Olingan trombofiliyaning asosiy sababi antifosfolipid sindromi, genetik-koagulyasion omillar yoki tabiiy antikoagulyantlarning miqdoriy yoki sifatli nuqsonlari (tabiiy antikoagulyantlarning etishmasligi - antitrombin III, protein C, FV Leyden mutatsiyasiga, protrombin mutatsiyasiga va boshqalar).

Olingan trombofiliya. Antifosfolipid sindromi (AFS) antifosfolipid antikorlarning (AFA) arterial va venoz tromboz, immun trombositopeniya va/yoki nevrologik kasalliklar, xomilalik yo'qotish sindromi bilan birlashishini anglatadi.

AFA dan klinik jihatdan eng muhim qizil antikoagulyant(va), antikorlar anti-b2-glikoprotein 1 kofaktorlari, antitrombin antikorlari va antiannexin antikorlari.

AFSning tashxisi faqat AFA aylanishining laboratoriya belgilari va bitta klinik ko'rinish yoki undan ko'p bo'lsa, qonuniy hisoblanadi.

AFS birlamchi va ikkilamchi bo'linadi. Asosiy AFS bilan otoimmün kasalliklar yo'q. Autoimmün kasalliklar fonida AFS (tizimli qizil yuguruk, Romatoid artrit, biriktiruvchi to'qima kasalliklari), yuqumli jarayonlar ikkinchi darajali hisoblanadi.

AFSda immunitet buzilishi, odatda, gemostaz tizimi orqali, ayniqsa trombofiliya orqali amalga oshiriladi. AFSda trombofiliya (tromboz moyilligi) ning rivojlanishi s va fibrinoliz oqsillari tabiiy antikoagulyant tizimini bostirish, trombositlarning giO'Eraktivatsiyasi bilan bog'liq. Endotelial hujayralarning fosfolipidlariga qarshi antikorlar endotelial hujayralarga olib keladi - endoteliyaning tabiiy "antikoagulyant" xususiyatlaridan "prokoagulyant"ga o'tish bilan endotelial hujayra.

Genetik jihatdan aniqlangan trombofiliya. Trombofiliyaning eng keng tarqalgan genetik sabablari v Leyden omil mutatsiyasi, protrombin g20210a

mutatsiyasi, reduktaza metilentetrahidrofolat mutatsiyasi, PAI-1 genining polimorfizmi.

V Leyden omilining mutatsiyasiga olib keladigan bo'lsak, eng muhim tabiiy antikoagulyant yo'lni ifodalovchi s oqsili faoliyatining buzilishi bo'ladi. Ushbu mutatsiyaning fibrinolizga ta'siri ham muhimdir. V Leyden omilining mutatsiyasiga qo'shimcha omillar (gormonal kontratseptivlarni qabul qilish, homiladorlik, jarrohlik, immobilizatsiya va h.k.) talab qilinadigan trombozning umrbod xavfi sabab bo'ladi.

Protrombin G20210A mutatsiyasi, autosomal dominant tarzda meros bo'lib, protrombin darajasining oshishi (115% dan ortiq) bilan birga keladi. Ushbu mutatsiyaga uchragan tromboz xavfi uch barobar ortadi.

Metilentetrahidrofolatreduktaza geni mutatsiyasi qonda homosistein konsentratsiyasining oshishiga olib keladi, bu qon tomir devoriga zarar etkazadi, prokoagulyant-antikoagulyant muvozanatni buzadi. Gipergomotsistinemiya bilan homosistein barcha azot oksidi bilan bog'lanadi, vodorod superoksid, superoksid va gidroksil radikallarini hosil qilish uchun autoxidatsiyaga uchragan, sirkulyar kanalda o'zgarmagan homosistein paydo bo'ladi. Bu endotelial zararga olib keladi va uning himoya funksiyalarini kamaytiradi.

Trombofiliyaning genetik sabablari orasida fibrinolitik faollikning pasayishi va trombozga moyillikning ortishi bilan yuqori PAI-1 konsentrasiyalari (plazminogen faollarining inhibitori) roli isbotlangan.

Trombofiliyaning noyob genetik shakllari orasida antitrombin III, protein C, protein S etishmovchiligi mavjud.

Trombofiliya va akusherlik asoratlari. 5-6 marta o'z-o'zidan homiladorlik tufayli mexanik va gormonal sabablar va fiziologik hiO'Erkoagulyasyon holati natijasida qon staz moyilligiga venoz tromboz xavfini oshiradi. Genetik yoki olingan trombofiliya bilan homilador ayollarda venoz va arterial tromboembolizm xavfi sezilarli darajada oshadi.

Trombofilili homilador ayollarda tromboz rivojlanish tendensiyasi barcha muhim organlarga, Shu jumladan ona-platsenta-homila tizimiga taalluqlidir.

Tufayli tomir tromboz, vaskülit, platsenta infarkti rivojlanishi uchun utero-plasental va meva-plasental qon oqimining buzilishi homilaning homilaning o'sishi, homila ichidagi o'lim, platsenta erta ajralish, gestosis kechikish spontan tushish sabab bo'lishi mumkin.

Trombofiliyada trofoblastning invaziyasi Chuqurligi kamayadi va implantatsiya kam (fibrinoliz etishmovchiligi bilan). Trombofiliya tufayli xomilalik tuxumning past darajadagi implantatsiyasi bepushtlik va erta embrion yo'qotishlarga olib kelishi mumkin.

Olingan trombofiliya (AFS) bilan reproduktiv yo'qotishlar asosan 10 haftagacha, genetik trombofiliya bilan - keyingi homiladorlik davrida sodir bo'ladi.

Trombofiliyaning Birlashgan shakllari (gemostaz tizimining bir nechta sotib olingan va irsiy nuqsonlari kombinatsiyasi) homiladorlikning salbiy oqibati xavfini oshiradi.

Trombofiliyaga qarshi xavf guruhi og'irlashtirilgan akusherlik tarixi (og'ir gestosis shakllari, HELPP sindromi, eklampsi, platsentaning erta ajralishi, homiladorlikning odatiy pasayishi, 34 haftagacha erta tug'ilish, xomilalik o'sishning kechikishi, antenatal xomilalik o'lim, IVFGA muvaffaqiyasiz urinishlar) bilan homiladorlardir; takroriy tromboz yoki tromboz epizodi bo'lgan bemorlarda yoki ushbu homiladorlikda, Shuningdek, oila tarixi, tromboz bilan YUklangan.

Kompleks trombin-antitrombin, D-dimer, F1+2 protrombin parcha, fibrin/fibrinogen degradatsiyasi mahsulotlari: har qanday sababga ko'ra trombofili aniqlash uchun molekulyar trombofili markerlar va qon ivish o'rganish kerak.

Trombofilili homilador ayollarni olib borish trombofiliya sababini bartaraf etishni o'z ichiga oladi (iloji bo'lsa).

Nima bo'lishidan qat'iy nazar trombofili mexanizmi (gemostaz genetik nuqsonlar, AFA, AFS va boshqalar aylanishi.) homiladorlik davrida tromboembolik asoratlarni oldini olish asosiy o'rin ona va homila uchun, albatta, xavfsiz, anti-trombotik davolash oladi. Tanlov preparati hozirgi vaqtda platsentaga kirmaydigan past molekulyar og'irlikdagi geparin bo'lib, qon ketish va geparin

bilan bog‘liq trombositopeniya xavfini kamaytiradi va ulardan foydalanish oson (kuniga 1 in’eksiyasi).

Trombofiliya belgilarini (TAT, F1+2, D-dimer), trombositlar sonini, trombositlarni agregatsiyalashni normalizatsiya qilish protivotrombotik terapiyaning samaradorligi uchun laboratoriya mezonlari hisoblanadi. Klinik mezon-trombotik epizodlar, gestosis, platsentaning eng zamonaviy ajralishi, platsenta etishmovchiligi.

eng xavfli ayollarda (trombofiliya, AFS, trombozning genetik shakllari, takroriy tromboz) antikoagulyant terapiya homiladorlik davrida ko‘rsatiladi. Homiladorlik davrida past molekulyar og‘irlikdagi geparin (fraxiparin va boshqalar) bilan davolangan bemorlar etkazib berish arafasida preparatni bekor qilishlari kerak. Postnatal/operatsiyadan keyingi davrda tromboembolik asoratlarni oldini olish 6-8 soatdan keyin davom etadi va 10-14 kun davomida amalga oshiriladi.

AFSning og‘ir shakllarida plazmaferez ko‘rsatiladi, bu sitokinlar, immun komplekslar va boshqa mediatorlarning ortiqcha miqdorini, Shuningdek, yangi muzlatilgan plazma infuziyasini olib tashlashni ta’minlaydi. AFS va herpes virusli infeksiyali bemorlar immunoglobulinni tomir ichiga yuborish tavsiya etiladi.

AFS bilan homilador ayollarda otoimmün jarayonni bostirish uchun kortikosteroidlardan foydalanish tavsiya etilmaydi, chunki ular protrombotik ta’sirga ega bo‘lib, qon tomirlarida koagulyasiyani faollashtirishni rag‘batlantiradi. Bundan tashqari, kortikosteroidlar kollagen shakllanishi jarayonini buzadi, amniotik membranalarning ingichka va amniotik suyuqlikning erta quyilishiga olib keladi. Kortikosteroidlar virusli infeksiyani qayta faollashtirishga olib kelishi mumkin. Kortikosteroidlardan foydalanish faqat ikkilamchi AFSning ayrim versiyalarida (tizimli qizil yuguruk va boshqa otoimmün kasalliklarga ega bo‘lgan homilador ayollarda) oqlanadi.

Qo‘shimcha terapiya homilador ayollar, ko‘p to‘yinmagan yog‘ kislotalari (Omega-3) + antioksidantlar (mikrohidrin, e vitamini), foliy kislotasi (4 mg/kun) + B6 vitaminlari va B12 metilentetragidrofolatreduktaz c 677t va

gipergomotsistinemiya mutatsiyasiga ega bemorlar uchun multivitaminlarni o'z ichiga oladi. Antitrombin III etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda antitrombin konsentrati infuziyalari kerak. Antikoagulyant profilaktikadan tashqari, protein C etishmovchiligi bo'lgan bemorlar C protein konsentrati yoki faol protein s infüzyonunu ko'rsatadi.

Trombofiliyada akusherlik asoratlarning oldini olish fertil siklidan (homiladorlik boshlanishidan oldin) boshlanishi kerak.

3.3. Ayollarda arterial gipertenziya patogenezi va davolash xususiyatlari

Ayol populyasiyasida Arterial gipertenziya (AH) bir qator gender xususiyatlari bilan ajralib turadi, bu Yurak tomirlari kasalligi (CHD) rivojlanishida muhim rol o'ynaydi.

NHANES II, GNICPM tadqiqotlar ko'ra, ayollarda gipertoniya chastota tez yoshi bilan ortib bormoqda: 55-64 yil, u 46,5–53% ni tashkil etadi, va 65 yil davomida guruhda — 68% [1].

Nanchanal va boshq. 14 ming sog'lom ayol ishtirok etgan tadqiqotda, ularning hayotining keyingi 10 yilida Yurak tomirlari kasalligini rivojlanish xavfi qon bosimi darajasi bilan chambarchas bog'liqligi ko'rsatildi. Oddiy qon bosimi yuqori bo'lgan ayollar uchun xavf normal qon bosimi bo'lgan ayollarga qaraganda 4 baravar ko'p edi. Gipertenziya bilan og'rigan ayollarda, hatto qoniyarli gipotenziv terapiya olganlarda ham Yurak tomirlari kasalligi xavfi 8 baravar yuqori edi. Terapiya etarli bo'lmagan ayollar uchun xavf deyarli 19 baravar yuqori edi [2].

Qon bosimi ko'rsatkichlariga qo'shimcha ravishda (NHANES III tadqiqotiga ko'ra, 59 yildan keyin ayollarda gipertenziyaning maksimal chastotasi bor) ayollarda, erkaklar bilan solishtirganda, dam olishda Yurak tezligi (HR) yuqori, Yurak indeksi past, umumiy periferik qon tomirlarining qarshiligi past, umumiy periferik qon tomirlarining qarshiligi past. qon bosimining yuqori o'zgaruvchanligi, "oq xalatli gipertenziya" tez-tez aniqlanadi.

Ayollarda gipertenziyaning muhim xususiyati arterial devor qattiqligining surrogat belgisi sifatida puls bosimini oshirish tendensiyasidir, chunki 50 yildan

keyin sistolik qon bosimi (SAD) darajasi o'sishda davom etmoqda, diastolik qon bosimi darajasi esa (DAD) bir xil qiymatlarda qoladi yoki hatto kamayadi [3].

Ayollarda bu o'zgarishlarga olib keladigan sabablar arterial yotoqning kichik uzunligi, yuqori Yurak tezligi, qisqaroq diastol va past qon tomir hajmi [4] deb ishoniladi. Puls bosimi darajasining oshishi keyingi koronar hodisalarning kuchli mustaqil xabarchisi hisoblanadi [5].

Ayollarda chap qorincha gipertrofiyasi (LVH) erkaklarga qaraganda ko'proq uchraydi va konsentrik LVH ustunlik qiladi (bo'shliq hajmini o'zgartirmasdan chap qorincha devorlarining qalinlashishi (LV)). Erkaklarda eksantrik LVH yanada keng tarqalgan [6].

98,705-50 yoshdagi 79 ayollar ishtirok etgan JSST tadqiqotida bemorlarning 38 foizida gipertenziya aniqlandi. Gipertenziya chastotasi va yosh o'rtasidagi ishonchli to'g'ridan — to'g'ri bog'liqlik isbotlangan-70-80 yoshdagi ayollarda gipertenziya 2-50 yoshga qaraganda 60 baravar ko'p bo'lgan [7].

Gipertenziya rivojlanishining asosiy xavf omillari tana vazni edi (gipertoniya bilan kasallanish 48% va 29% ni tashkil etdi, BMI>27,3% va BMI<27,3%); jismoniy faollikning mavjudligi/yo'qligi (45% va 31%); spirtli ichimliklarni iste'mol qilish (46% va 36%, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qiluvchilarda). Qorin bo'shlig'ida tez-tez rivojlanayotgan semirish, ko'pincha uglevod va lipid metabolizmining buzilishi bilan birgalikda insulin qarshiligining rivojlanishiga olib keladi, bu azot oksidi (NO) sintezining pasayishiga, erkin yog ' kislotalari tarkibining oshishiga va no-sintetaza faolligini inhibe qilishga olib keladi. Bularning barchasi endotelial devorning turli moddalarning konstriktor harakatlariga sezgirligini oshirishga, o'z navbatida gipertenziya chastotasini oshirishga yordam beradi [8, 9].

Postmenopozal davr endokrin tizimning qayta tuzilishi va periferik tomirlarning qarshiligiga ta'sir qiluvchi estrogenlar sintezining etishmasligi, neyrotransmitterlar, vazoaktiv peptidlar, prostatsiklin va tromboksan sintezi bilan tavsiflanadi.

Postmenopozal ayollarda gipertenziya patogenezida ayol jinsiy gormonlari darajasining pasayishi va qondagi androgenlar darajasining oshishi muhim rol o'ynaydi. Testosteron darajasining oshishi simpatoadrenal (SAS) va renin-angiotensin-aldosteron tizimlari (RAAS) faolligining oshishiga olib keladi. Testosteron buyraklar tubulalariga bevosita ta'sir qiladi va organizmdagi natriyning saqlanishiga hissa qo'shadi. Bundan tashqari, testosteron qondagi endotelin darajasini oshiradi va oksidlovchi stressni oshiradi.

Semirib ketish-bu koronar kasalliklar, konjestif Yurak etishmovchiligi (CHF), qon tomirlarining mustaqil FR; ularning aksariyati yomon nazorat qilinadigan gipertenziya natijalari. Semiz ayollarda Yurak-qon tomir xavfi 4 barobar ortadi.

ARGUS tadqiqotiga ko'ra, Rossiyada 55 yoshdan oshgan ayollar orasida yangi aniqlangan izolyasiya qilingan sistolik gipertenziya (ISAG) va sistolik sistolik gipertenziya bilan kasallangan bemorlarning 24% va 40% normal tana vazniga ega edi (BMI<25 kg/m²). Bundan tashqari, ayollarda gipertenziya rivojlanishida (menopauzadan tashqari!) giperxolesterinemiya, jismoniy faoliyatning etishmasligi va psixologik omillar muhimdir.

Og'iz kontratseptivlarini qabul qiladigan ayollarning aksariyati qon bosimining engil, ammo sezilarli darajada oshishiga ega. Shuni ta'kidlash kerakki, hozirgi vaqtda og'iz kontratseptivlari estradiolning past dozalarini (20-35 mg) o'z ichiga oladi, ammo har 6 oyda muntazam ravishda qon bosimini o'lchash kerak.

TOMHS tadqiqotiga ko'ra [10], ayollarda erkaklarga qaraganda 2 barobar ko'proq salbiy hodisalar mavjud.

Ayollarda gipertenziya bo'yicha bir qator xulosalar chiqarish kerak:

erkaklar reproduktiv yoshdagi ayollarga nisbatan yuqori qon bosimi ko'rsatkichlariga ega, menopauza yoki ovariektomiyadan so'ng erkaklar va ayollar o'rtasidagi farqlar yo'qoladi;

60 yoshgacha bo'lgan ayollarda gipertenziya tarqalishi past, 60 yoshdan keyin-erkaklarnikiga qaraganda yuqori;

ISAG ko'proq 60 yoshdan oshgan, asosan ortiqcha vaznli ayollarda uchraydi;

reproduktiv davrda ayollarda Yurak-qon tomir asoratlari xavfi erkaklarnikiga qaraganda 3 baravar past;

Gipertenziya gormonlarni almashtirish terapiyasini (HRT) tayinlash uchun mutlaq kontrendikatsiya emas.;

zamonaviy HRT preparatlari menopauzada gipertenziyasi bo'lgan / bo'lmagan ayollarda qon bosimi darajasiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi;

og'ir irsiyatning mavjudligi va buyrak kasalligi tarixi og'iz kontratseptivlarini tayinlash uchun nisbiy kontrendikatsiyadir;

ayollarda isag bilan LVH, Shuningdek, gipertoniya fonida insult va CHF bo'lishi ehtimoli ko'proq;

ayollar gipertenziya borligini ko'proq bilishadi, antihipertenziv dorilarni tez-tez qabul qilishadi, erkaklardan farqli o'laroq, ular maqsadli qon bosimiga erishish ehtimoli ko'proq;

gipertenziv terapiya erkaklar va ayollarda qon bosimi darajasiga bir xil ta'sir ko'rsatadi. Biroq, ayollarda qon bosimini etarli darajada nazorat qilish fonida umumiy Yurak-qon tomir xavfi kamroq pasayadi.

5 ming keksa bemor, asosan ayollar (12 yoshdan oshgan) ishtirokidagi 60 ta randomizatsiyalangan klinik sinovlarning retrospektiv tahlili Shuni ko'rsatdiki, qon bosimining faol pasayishi Yurak - qon tomir o'limining 23% ga kamayishi, Yurak tomirlari kasalligi holatlari soni-19% ga, Yurak etishmovchiligi holatlari bilan birga keldi (HF) — 48% ga, zarbalar chastotasi — 34% ga.

Qon bosimini 140/90 mm simob ustuni darajasida kamaytirish va ushlab turish maqsadga muvofiqdir va qandli diabet (DM) va buyrak etishmovchiligi bilan qon bosimini <135/85 mm simob ustuni bilan kamaytirish kerak.

Ortiqcha vazn, chekish, ortiqcha tuz iste'mol qilish kabi o'zgaruvchan FR ni yo'q qilish bilan terapiyani boshlash kerak.

Erkaklar va ayollardagi dorilarning farmakokinetikasidagi farqlar ayollarda tana vaznining pastligi, organlarning kichikligi va yog ' to'qimalarining erkaklarnikiga nisbatan yuqori bo'lishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Erkaklar va ayollardagi gormonlar darajasidagi farqlar dorilarning so'rilishi va yo'q qilinishiga

ta'sir qilishi mumkin. Menopoz nafaqat estradiol konsentratsiyasining o'zgarishi, balki tanadagi suyuqlik hajmining oshishi tufayli dorilarning farmakokinetikasida o'zgarishlarga olib kelishi mumkin. Estrogenlar va progestinlar Yurak-qon tomir kasalliklarida ishlatiladigan ko'plab dorilar bilan o'zaro ta'sir qilishi isbotlangan. Jinsiy farqlar giyohvand moddalarni yo'q qilishda ham mavjud, chunki ayollarda glomerulyar filtratsiya darajasi erkaklarnikiga qaraganda past, hatto tana yuzasi uchun moslashtirilgandan keyin ham. Ayollarda ba'zi bir o'ziga xos salbiy reaksiyalar xavfi yuqori.

Postmenopozal ayollarda gipertenziyani davolashda salbiy metabolik ta'sirga ega bo'lmagan va / yoki metabolik kasalliklarning normallasishiga hissa qo'shadigan antihipertenziv dorilarga ustunlik berish kerak. Bunday dorilarga quyidagilar kiradi: angiotensinga aylantiruvchi ferment ingibitorlari (ACE ingibitorlari), angiotensin II retseptorlari antagonistlari, kalsiy antagonistlari (AK) va yuqori selektiv beta-blokerlar (BAB).

Miyokard kislorodga bo'lgan talabni oshiradigan refleksli taxikardiyaning bartaraf etish uchun kardioselektiv BAB va uzoq muddatli AK (verapamil, diltiazem) qo'shilishi ko'rsatiladi.

Selektiv b-bloker metoprolol asosan cyp2d6 [11] tomonidan metabollanadi. Erkaklarda bu fermentning faolligi yuqori va uning tezroq tozalanishi xarakterlidir. Natijada, metoprololning plazma darajasi ayollarda sezilarli darajada yuqori [12, 13]. Og'zaki kontratseptivlarni qabul qilishda uning ta'siri kuchayadi [13-15]. Ayollarda propranololning plazmadagi konsentratsiyasi erkaklarnikiga qaraganda 80% yuqori [15]. Ayollarda plazmadagi BAB ning yuqori darajasi ularning ta'siri ostida erkaklarnikiga qaraganda ayollarda Yurak urishi va qon bosimining aniqroq pasayishi bilan bog'liq [12].

Jinsga xos xususiyatlar ba'zi kalsiy kanal blokerlari uchun ma'lum [16-18]. Ushbu dorivor moddalar jigar orqali o'tayotganda birlamchi metabolizmga uchraydi va cyp3a4 uchun substrat bo'lib, ularning faolligi ayollarda erkaklarnikiga qaraganda yuqori [19-21]. Shunga ko'ra, ayollar erkaklarnikiga qaraganda yuqori klirens va kalsiy kanal blokerlarining sarum konsentratsiyasiga

ega, masalan, nifedipin [18]. Ayollarda vena ichiga yuborish bilan verapamilning klirensi ham yuqori. Ayollarda verapamilni tozalash yoshi bilan sekinlashadi. Bu nima uchun keksa ayollar (60 yoshdan oshgan) uning ta'siri ostida qon bosimini pasaytirish yoshlarga qaraganda (20 yoshdan 30 yoshgacha) samaraliroq ekanligini tushuntiradi [22]. ASST tadqiqotida amlodipin terapiyasi bilan qon bosimining pasayishi ayollarda erkaklarnikiga qaraganda ko'proq namoyon bo'lishi aniqlandi [23].

ANGIOTENSINGA aylantiruvchi fermentning faolligi — ACE ingibitorlarini qo'llash nuqtasi-premenopozal ayollarda postmenopozal ayollarga qaraganda pastroq [24].

Birgalikda LV va HF disfunktsiyasi bilan tanlangan dorilar ACE ingibitorlari, ARA.

Surunkali Yurak etishmovchiligida ACE ingibitorlarining ta'sir mexanizmlari (CHF):

neyroxumoral vazokonstriktor va antidiuretik aloqalarning zaiflashishi, CHF patogenezining vazodilatatsion komponentini mustahkamlash;

periferik tomirlarning kengayishi, Yurakka oldindan yuklanish va postloadni kamaytirish;

Yurak kameralarining kengayishini kamaytirish, miokard gipertrofiyasining regressiyasi (Yurakni qayta qurish jarayonini sekinlashtirish);

miyokardning kontraktilligi va Yurak chiqishi ortishi;

qorincha diastolik to'ldirilishini yaxshilash;

diuretik va nefroprotektiv ta'sir;

glomerulyar gipertenziyani kamaytirish;

elektrolitlar muvozanati va vositachilik antiaritmik ta'sirining oldini olish;

endotelial funksiyani va ishemiyaga qarshi ta'sirni yaxshilash.

ACE ingibitorlarini buyurishda:

qon bosimini qo'shimcha ravishda kamaytiradigan dorilarni (AK, BAB, nitratlar) bir vaqtda qo'llashdan qochish kerak;

nonsteroid yallig'lanishga qarshi dorilarni bekor qiling;

diuretiklarni qabul qilishni to'xtatish;

psixotrop dorilarni bekor qilish (xlorpromazin, tioridazin va boshqalar.);

dozani bosqichma-bosqich titrlash (har 5-7 kunda).

Gipertonik inqirozni bartaraf etish uchun qisqa va o'rta ta'sir qiluvchi gipotenziv dorilar-ACE, ARA, ichki sempatomimetik faollikka ega BAB, Markaziy ta'sir qiluvchi dorilar (Klonidin, prazosin va boshqalar) qo'llaniladi.). HF hodisalari bilan yuzaga keladigan gipertonik inqirozlarda nitratlar tanlangan dorilar hisoblanadi. Qon bosimining tez va haddan tashqari pasayishiga (<100/70 mm simob ustuni) yo'l qo'ymaslik kerak, chunki bu taxikardiya, miokard ishemiyasining kuchayishiga olib kelishi mumkin.

M. Hudson va boshq. 5 yil davomida erkak va ayollarda ara va ACE ingibitorlaridan foydalangan holda gipertenziya va CHF kombinatsiyasini o'z ichiga olgan CHFni davolash natijalari o'rganildi. O'rganish 10,223 ayollar (8627 ACE ingibitorlari oldi, 1956 — ARA) va 9475 erkaklar (8484 ACE ingibitorlari oldi, 991 — ARA) ishtirok etdi. Bu 3-oy qoldiq darajasi ACE ingibitorlari olib guruh nisbatan ARA olib ayollar guruhida ancha yuqori, Shuningdek, har ikki guruh [26] erkaklarga nisbatan yuqori ekanligini qayd etildi.

ARA ta'sir mexanizmi:

RAAS faoliyatini uyali retseptorlari darajasida bostirish;

angiotensin (AT) II ta'sirining susayishi;

bradikininni yo'q qiladigan kinaz II faoliyati bostirilmaydi (yon ta'siri yo'q-bronxospazm, yo'tal) ;

faqat RAAS faoliyatini bostirish;

keng ta'sir doirasi, yuqori selektivlik (qon bosimi, kaliy, kreatinin darajasini majburiy nazorat qilish).

Losartan, valsartan va irbesartan — olmesartan medoxomil antihipertansif faoliyati boshqa sartans bilan solishtirganda edi [29]. 8 haftadan keyin. olmesartan medoksomil bilan davolash paytida SAD va DAD darajasining pasayishi losartan, valsartan va irbesartanni qabul qilishdan ancha yuqori edi.

S. Nakayama va boshq. olmesartan medoksomilning 20 mg dozasi da telmisartan bilan 40 mg dozasi da 2-toifa diabet bilan ogʻrigan bemorlarda yuqori qon bosimi darajasiga taʼsiri taqqoslandi [30]. 8 haftadan keyin. olmesartan terapiyasi bilan "ofis" qon bosimi darajasining sezilarli darajada pasayishi kuzatildi va kunlik qon bosimi monitoringiga koʻra.

Irbesartanni kuniga 150-300 mg va enalaprilni kuniga 10-20 mg dozada taqqoslagan ikki koʻr randomizatsiyalangan MARAVEL tadqiqotida ikkala dori ham qon bosimini maqsadli qiymatlarga kamaytirdi (irbesartan guruhida 128,8 va 79,9 mm simob ustuni va enalapril guruhida 127,2 va 80,5 mm simob ustuni). Biroq, ehtimol davolash bilan bogʻliq yon taʼsirlarning chastotasi irbesartan guruhida enalapril guruhidagi 9.2% ga nisbatan faqat 24.6% edi [31].

Diabetik nefropatiya va mikroalbuminuriya, proteinuriya (i sinf, dalillar darajasi B) da ARBLARNING nefroprotektiv taʼsiri ham muhimdir. Masalan, gipertoniya va diabetik nefropatiya bilan ogʻrigan bemorlarda IDNT tadqiqotida kreatinin ikki baravar koʻpayishi xavfi irbesartan guruhida ($p < 0.037$) amlodipinni qabul qilgan guruhga nisbatan 0,001% past boʻlgan. Bundan tashqari, buyrak etishmovchiligining soʻnggi bosqichini rivojlanishining nisbiy xavfi irbesartan guruhida 23% past edi [32].

Ijobiy gipotenziv taʼsirga ega va toʻqimalarning insulinga sezgirligini oshiradigan J1-imidazolin retseptorlari agonistlari ham davolashda muhim oʻrin tutadi, ACE va ARA bilan birga ular CAC giperaktivligini inhibe qilish taʼsirini keltirib chiqaradi. qon bosimining pasayishiga va qon bosimining pasayishiga olib keladi. Yurak tezligi, past zichlikdagi lipoprotein xolesterin, glyukoza bardoshlik kamayishiga hissa qoʻshadi.

Postmenopozal ayollar erkaklarnikiga qaraganda tuzga sezgir. Postmenopozal ayollarning aksariyati metabolik kasalliklar mavjud boʻlgan hajmga bogʻliq gipertenziya turiga ega. Bunday hollarda tiazidga oʻxshash diuretik indapamid samarali boʻladi. Bu qon bosimini pasaytirishga yordam beradi, qon tomir tonusiga va suv-elektrolitlar muvozanatiga taʼsir qiladi, kardioprotektiv xususiyatlarga ega, uglevod va lipid metabolizmini buzmaydi.

Ayollarda Asetilsalitsil kislotasining (ASA) bioavailability sekinroq tozalanishi va yarim umrning sezilarli darajada uzoqligi tufayli erkaklarnikiga qaraganda yuqori [33]. Ayollar va erkaklar uchun ASA yoki klopidogrelni qabul qilishning foydali ta'siri Yurak-qon tomir kasalliklarining ikkilamchi profilaktikasida isbotlangan.

Klopidogrel va uning faol metabolitlarining plazmadagi konsentratsiyasida sezilarli farqlar ayollarda topilmadi. Tadqiqotlarga ko'ra (CURE, CREDO, CLARITY-TIMI 28), klopidogrelning himoya ta'sirida gender xususiyatlari aniqlanmagan, ammo ayollarda qon ketish chastotasi yuqori [34].

Ayollar salomatligi muammosiga qiziqish ortib borayotganiga qaramay, ko'plab hal qilinmagan muammolar qolmoqda, bu ayollarda Yurak-qon tomir kasalliklarini tashxislash algoritmlarini ishlab chiqish, gender farmakologiyasini tushunish va xavfni tabaqalash uchun zarur bo'lgan klinik tadqiqotlar va kuzatuvlarning etarli emasligi bilan bog'liq. ayol populyasiyasida Yurak-qon tomir hodisalari.

Shunday qilib, ayollarda gipertenziya patogenezi va klinik kursining aniqlangan xususiyatlari Yurak-qon tomir hodisalari xavfini kamaytirish uchun farmakoterapiya tamoyillarida aks ettirilishi kerak. Kombinatsiyalangan antihipertenziv terapiyani erta qo'llash, endoteliy-himoya va nefroprotektiv ta'sirga ega aradan foydalanish gipertenziya rivojlanishining oldini olishga va ayol populyasiyasida Yurak-qon tomir asoratlarini kamaytirishga yordam beradi.

3.4. Arterial gipertoniya chalingan ayollarning rehabilitatsiyasining umumiy qonuniyatlari.

Gipertenziya uchun rehabilitatsiya bemorning jismoniy va hissiy holatini tiklashga va relapsning oldini olishga qaratilgan. Qayta tiklash dasturi shifokor tomonidan tanlangan chora-tadbirlar majmuini o'z ichiga oladi.

Arterial gipertenziya uchun rehabilitatsiya quyidagi turlarni o'z ichiga oladi:
jismoniy rehabilitatsiya-jismoniy davolash mashqlar majmui;
psixosotsial tuzatish;
fizioterapiya, massaj;

parhez;

tibbiy davolash.

Ijobiy terapevtik javobga erishish uchun butun reabilitatsiya majmuasini bajarish muhimdir. Shundagina gipertonik inqirozlarning takrorlanishining oldini olish mumkin.

Psixokorreksiya

Gipertenziya har doim hissiy fonning beqarorligi bilan birga keladi. Bemorda vahima hujumlari bor, uning hayoti uchun qoʻrquv bor, asabiylashish paydo boʻladi. Psixolog bilan ishlash bu muammolarni engishga yordam beradi.

Aqliy tuzatishning yana bir vazifasi odamga gipertenziv hujumga olib kelishi mumkin boʻlgan yomon odatlardan xalos boʻlishga yordam berishdir. Psixolog bilan ishlash bemorni kasalligiga moslashtirish va kelajak qoʻrquvidan xalos boʻlishga qaratilgan.

Jismoniy davolash

Gipertenziya bilan ogʻrigan bemorlarni reabilitatsiya qilish fizioterapiya muolajalarini oʻz ichiga oladi:

galvanizatsiya-elektr impulslarining miyaga taʼsiri;

antihipertenziv dorilar bilan elektroforez — Obsidan, aminazin;

past chastotali magnit maydon bilan magnit terapiya;

UHF davolash;

infraqizil nurlanish bilan lazer terapiyasi;

diadinamoterapiya-bu past chastotali impuls oqimining taʼsiri.

Jismoniy terapiya Yurak mushaklarining qisqarish chastotasini kamaytirishga, bosimni pasaytirishga va Yurak sohasidagi ogʻriqli hislarni yoʻq qilishga yordam beradi.

Gipertenziya kabi kasallik bilan qon tomirlarining tez-tez spazmlari paydo boʻladi, bu qon aylanishining buzilishiga va bosimning oshishiga olib keladi. Tomir devorlarining ohangini normallashtirish usullaridan biri bu massajdir. Jarayonni muntazam ravishda oʻtkazish tananing umumiy holatini tiklashga va qon

bosimini normallashtirishga yordam beradi, Shu bilan birga uning ko'rsatkichlarini bir xil darajada ushlab turadi.

1 massaj protsedurasi kamida 50 daqiqa davom etadi, sessiya har 2 kunda bir marta o'tkaziladi. Tananing barcha qismlari massaj qilinadi, lekin miyada qon aylanishini normallashtirish uchun bachadon bo'yni umurtqasiga katta e'tibor beriladi.

Terapevtik jismoniy tarbiya

Gipertenziya uchun jismoniy rehabilitatsiya bemorning umumiy holatini yaxshilash, mushaklarni tonlash va bosimni normallashtirish, qon tomirlarining chidamliligini oshirishga qaratilgan. Gipertenziya bilan og'rikan odamlarda kundalik gimnastika odat tusiga kirishi kerak.

YUqori qon bosimining asosiy sabablaridan biri bo'lgan ortiqcha vaznli odamlar uchun jismoniy mashqlarni bajarish ayniqsa muhimdir. Rehabilitatsiya markazlarida maxsus simulyatordan foydalanish mumkin, bu bosimning keskin oshishi xavfisiz yuk darajasini asta-sekin oshiradi. Bundan tashqari, jismoniy rehabilitatsiya o'z-o'zini o'rganishni o'z ichiga oladi.

Mashqlar bemorning yoshi va vazni, kasallikning og'irligini hisobga olgan holda individual ravishda tanlanadi. YOga Markaziy asab tizimiga ijobiy ta'sir ko'rsatadigan va tinchlantiruvchi ta'sirga ega bo'lgan gipertenziya uchun tavsiya etiladi.

Gipertenziyaning asosiy sabablaridan biri noto'g'ri ovqatlanishdir, buning natijasida tomirlar xolesterin plitalari bilan tiqilib qoladi, qon aylanishi buziladi. Gipertenziya uchun dietani nafaqat rehabilitatsiya davrida, balki undan keyin ham kasallikning qaytalanishini oldini olish uchun kuzatish kerak. Ratsiondan chiqarib tashlandi:

qovurilgan va yog'li;

marinadlar va tuzlangan bodringlar;

konservalar;

spirtli ichimliklar va kofeinli ichimliklar;

hayvonlardan olingan yog'lar.

Menyuda kechagi non, sabzavot va mevalar, yog'siz go'sht va baliq, don, fermentlangan sut va sut mahsulotlari mavjud.

Dori terapiyasi

Gipertenziya bilan og'rigan bemorlarni rehabilitatsiya qilish mablag'larni qabul qilishni o'z ichiga oladi:

ACE ingibitorlari-qon tomirlarini kengaytirib, bosimni normallashtiradi;

beta-blokerlar: Yurak mushaklaridagi gormonal yukni kamaytirib;

kalsiy antagonistlari: kalsiyni Yurak hujayralariga kirish jarayonini blokirovka qilish;

diuretiklar: tanadan suyuqlikni olib tashlang, bosimning oshishiga yo'l qo'ymang.

Shuningdek, bemorlarga vahima hujumlarini to'xtatadigan va hissiy fonni normallashtirishga hissa qo'shadigan Sedativlar buyuriladi.

Gipertenziya uchun rehabilitatsiya qanday bo'lishi kerak

YUqori qon bosimi yoki gipertenziya insoniyatga uzoq vaqtdan beri ma'lum bo'lgan kasallikdir. Agar terapevtik choralar ko'rilmasa, bunday kasallik ertami-kechmi buyrak etishmovchiligining shakllanishiga olib keladi, miokard infarkti yoki insult xavfini sezilarli darajada oshiradi.

Bundan tashqari, doimiy ravishda yuqori qon bosimi Yurak etishmovchiligi, aritmiya rivojlanishiga olib keladi, ko'rishning tez yomonlashishiga yordam beradi. Arterial gipertenziyani e'tiborsiz qoldirish natijasida paydo bo'ladigan ushbu kasalliklar xavfi diabet va ortiqcha vazndan aziyat chekadigan odamlarda ortadi.

Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti 10 yoshgacha bo'lgan odamlarning 40% yuqori qon bosimidan aziyat chekishini va 50% bu yoshdan katta ekanligini aniqladi.

Demografik yo'qotishlar mamlakat aholisi o'rtasida bosimning oshishining juda keng tarqalgan natijasidir. Shuni ta'kidlash kerakki, yomon odatlar arterial gipertenziya bilan og'rigan bemorlarning umrini qisqartirishga yordam beradi: ortiqcha miqdorda spirtli ichimliklar va tamaki chekish.

Bundan tashqari, qon shakarining ko'payishi va ortiqcha vazn oqibatlarning paydo bo'lishini tezlashtirishi mumkin. Insult kasallikning eng keng tarqalgan asoratidir, 85% hollarda u izsiz o'tmaydi. Motor va nutq faoliyatining o'tkir buzilishlari yuzaga keladi.

Gipertenziya bilan og'riqan bemorlarni reabilitatsiya qilishning asosiy tamoyillari

Avvalo, reabilitatsiya rejasi qat'iy individual bo'lishi kerakligini hisobga olish kerak: u ko'plab omillarga qarab ishlab chiqiladi. YOshni, qo'shimcha funt sonini, qon bosimi darajasini va boshqa surunkali kasalliklarning mavjudligini hisobga olish muhimdir.

Avvalo, yuqori qon bosimi bilan og'riqan odamlarga dori-darmonsiz terapiya buyuriladi. Bu jismoniy terapiya bilan Shug'ullanish, tuzsiz parhezni kuzatish, turli xil o'simlik infuziyalarini qabul qilishdan iborat. Agar bunday terapiya 1-2 oy ichida ko'rinadigan natijalarga olib kelmasa, dorilar qo'llaniladi.

Fizioterapiya muolajalari va terapevtik gimnastikadan iborat profilaktika choralarini doimiy ravishda bajarishga harakat qiling. Stress darajasi ko'plab omillarga bog'liq: yoshi, gipertenziya darajasi, ortiqcha vazn miqdori, boshqa surunkali kasalliklarning mavjudligi. Jismoniy faoliyatning ahamiyati Shundaki, ular tananing faoliyati uchun nihoyatda muhim bo'lgan tiklanish jarayonlarini tezlashtiradi.

Jismoniy faollik doimiy bo'lishi kerak, chunki tana ularga o'rganib qoladi, faollik darajasi doimiy ravishda oshirilishi kerak. Motor yoki kardio mashqlari uchun davolovchi shifokorning tavsiyalarini olish yaxshiroqdir. Agar siz yuklarning noto'g'ri to'plamini tanlasangiz, qon bosimining oshishi ehtimoli katta.

3.5. Gipertonik krizlarda shifokorgacha bosqichda shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam taktikasi

Gipertonik kriz, hox birlamchi va xox takroriy turi bo'lsin, ayniqsa shifokor etib borguncha bosqichda (idishda, ko'chada, yo'lda, uyda, maxallada, teatrd, kinoda, ommoviy yig'in joylarida, kishi yolg'iz paytida, uyqu ichida, samolyotda, poezdda, sayoxatda, xaj safarida, musibat yoki quvonch onlari kabi sharoitlarda),

bemor uchun doimo o‘zida taxdidni sirli xolda yashirib turadi. U xar qanday paytda insult, tromboz va infarkt yoxud boshqa og‘ir asoratlar bilan yakuniga etishi mumkin.

Bu xolatlarda GK maxsus va shoshilinch shifokorgacha yordamni, aralaShuvni yoki o‘zaro yordamni talab etadi. kriz bilan bemorlarni shifokorgacha bosqichda oddiy axoli yoki o‘rta tibbiy ta’limga o‘qitilgang shaxslar bilan (o‘qituvchilar, raxbar xodimlar, fuqorolar, feldmerlar, MCHS xodimlari, uchuvchilar, styuardessalar, mashinistlar, xaydovchilar, provodniklar, maxalla fuqoro yig‘inlari faollari, oila a‘zolari, talabalar va maktab o‘quvchilari va x.k.) olib borishni (o‘zaro birinchi shifokorgacha bo‘lgan sifatli tibbiy yordamni- O‘zBSHbTB) yanada yaxshilash – ushbu yo‘nalishdagi istiqbolli ijobiy siljishlarni garovidir.

Umuman, GKda shoshilinch kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam to‘rtta bosqichda bir-birini to‘ldirib olib boriladi: **Birinchi bosqich** bu, odatda, o‘ziga-o‘zi yordam va o‘zaroyordamdir. Agar bemorga bu oid bo‘lsa, unda u odatda AG bilan axvoli yomonlasha boshlanishi bilanoq davolovchi shifokor tomonidan tuzib berilgan dastur bo‘yicha xarakat qila boshlaydi (dori ichish, tez yordam vrachini chaqirish, atrofdagilarni e‘tiborini jalb qilish). Atrofdagilarni roli, sog‘lom odamni to‘satdan axvoli og‘irlashganda, xal qiluvchi axamiyatga ega bo‘ladi yoki ularni birinchi yordam ko‘rsata olish malakasini tibbiy muvoffaqiyatni ko‘pincha belgilaydi: Yurakni yopiq massaj, sun‘iy nafas tez yordam shifokorini chaqirish va x.k!

Ikkinchi bosqich- tez tibbiy yordam yoki ambulatoriya- poliklinika muassasalari shifokorlari tomonidan yordam ko‘rsatish,

Uchinchi bosqich- shifoxonaning qabulxona bo‘limlari shifokorlari (navbatchi shifokorlar) yordam ko‘rsatiladi;

To‘rtinchi bosqich – ixtisoslashgan bo‘lim intensiv terapiya bloklarida yordam ko‘rsatiladi.

3.6. Gipertonik krizlarda shifoxonagacha bo'lgan bosqichda shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam taktikasi

Gipertonik krizda 21 turdagi preparatlar qo'llaniladi, ular tibbiy yordam ko'rsatilayotgan sharoitdan kelib chiqib tanlanadi va ishlatiladi. Xususan, shifoxonagacha bo'lgan bosqichda xam shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam uchun (umumiy amaliyot shifokori, tez tibbiy yordam shifokori, oilaviy shifokor, o'smirlar vrachi poliklinika shifokori, feldsher va xamshiralalar sharoitida ushbu preparatlardan asosiy dori vositalari sifatida foydalaniladi. GKni to'xtatishda aksariyat qo'llaniladigan preparatlar:¹ nitroglitserin, enaplaprilni in'eksionli shakli, furosemid, magniy sulfat, verapamil, fentolamin, nitroprussid natriy, labetalol gidroxlorid, esmolol gidroxlorid, nikardipin gidroxlorid, fenoldopama mezilat, gidralazin gidroxlorid, nimadipin, diazoksid, trimetafan, bendazol (dibazol), klonidin, koptopril, nifedipin, propranolol va furasemid.

Dori tanlovi va davolash taktikasi krizning klinik manzaralanish xususiyatlariga, yana uning asoratlanligiga, Shubxasiz, asoslangan bo'lishi kerak.

GK masalasida o'ta dolzarb muammo bo'lib davolash taktikasi xisoblanadi. Buni sabablaridan biri- ushbu masalada xam yagona fikr yo'q. Mavjud tavsiyalar tafovutlanishadilar. Ko'pincha quyidagicha tavsiyalarni uchratish mumkin: agarda bemorda GK I turi bo'lsa, terapiyani sublingval nifedipindan boshlash kerak; krizni II turida bo'lsa – tanlov preparati bo'lib nifedipin bo'lishi kerak. Tushinilmagan xolat, tavsiya etilgan davolash taktikasi bir xil bo'lgan chog'da krizni ikki turga ajratishni zaruriyati nimada? Ayrim klinik vaziyatlarda nifedipinni qo'llash umuman tavsiya etilmaydi [Kobalava J.D.,Gudkov K.M.]. Xorijda (uzoqdagi xorijiy davlatlar ko'zda tutilmoqda) qator, dibazol, no-shpa, papaverin kabi va boshqa preparatlar krizlarni to'xtatish uchun foydalanilmaydi. Bizning mamlakatimizda va xamdo'stlik davlatlarida mazkur preparatlar, xamshifoxonagacha bo'lgan va xam shifoxona bosqichlarida,- krizlarni davolashda eng ko'p qo'llaniladigan preparatlar sirasiga kiradilar.

Albatta, bu borada yakdillik strategiyasini yaratish darkor va buning uchun yagona yo‘l- oxirgi klinik tavsiyalarni “chapirishi”ni imkoniyati boricha vaqtida qabul qilib borishdir. CHunonchi, professor A.S.Galyavich (2000) tomonidan taklif etilgan, krizlar bilan bemorlarni olib borishni quyidagi taktikasi eng qulay strategiya deb tavsiya etiladi.

3.7. SHifoxonagacha bo‘lgan bosqichda shoshilinch yordam

Sifatli va samarali tibbiy yordamni yana bir asosiy mexiyati – davolash tadbirlarining tanlash taktikasini (preparat, kritik yo‘li, kutilayotgan ABni pasaytirish tezligi va darajasi) to‘g‘ridan-to‘g‘ri GK og‘irligi darajasiga va asoratlanishlarni bor yoki yo‘qligiga bog‘langanligidir yoki uni mazmuni va mohiyati aynan mana Shu ko‘rsatkichlarga qarab belgilanadi va shakllantiriladi. Bundan tashqari, xal qiluvchi qarorni qabul qilishda ABning mutloq darajasi emas, balki shikoyatlar va simptomlarni aniq sharhlash axamiyatli bo‘ladi.

SHifoxonagacha bosqichda shoshilinch tibbiy yordam va tadbirlar 4 xil yoo‘nalishga qaratilgan bo‘lishliklari kerak:1) zo‘riqib ishlayotgan chap qorincha ishini pasaytirish;2) periferik (chetki) vazokonstriksiyani va gipervolemiyani bartaraflash, 3) bosh miyaning ishemiyasi bartaraflash (ayniqsa uning tirishishli variantida), 4) o‘tkir koronar yoki Yurak etishmovchiligini bartaraflash.

Buning uchun aksariyat, quyidagi tartibda krizning davolash variantini olib borish tavsiya qilinadi: ABni o‘lchash, bemorning xolatini baholash → qat’iy tartibda ko‘rpa-to‘shak rejimini tashkil etish, asosiy antigipertenziv preparatlarni til ostiga qo‘yib qabul qilishga buyurish →AB monitoringi va bemorning xolatini dinamikada baholash → extiyojga qarab asosiy antigipertenziv preparatlarni vena ichiga bolyus yo‘li bilan kiritish → AB monitoringi, EKG, o‘tkazilgan terapiyani samaraligini baholash va ularning kelib chiqishi mumkin bo‘lgan noxush samaralarini korreksiyalash, kasalxonaga yotkazish → asosiy antigipertenziv preparatlarni vena ichiga tomchilab kiritish, doimiy uzoq vaqt mobaynida AGni davolab turish uchun individual terapiyani tanlash.

Bunday taktika ilk bosqichda buyurilsa, birinchidan, asosiy antigipertenziv preparatlarni yoki faoliyatlarni muvoffaqiyatli sinergizmi ta‘minlangan bo‘ladi va

ikkinchidan esa, krizning etakchi patogenetik mexanizmlarni bloklash va unga qarshi kuchli vazodilatirlovchi terapiya amaliyoti barvaqt amalga oshirilgan bo'ladi.

Gipertonik krizda shoshilinch ilk tibbiy yordamni asosiy prinsipi- bu, AB ortishiga olib keluvchi turli patogenetik mexanizmlarga ta'sir etishdir. Bu klinik vaziyatda yana bir to'g'ri yo'l. Publmiy Sir ta'kidlanganidek, "Dori vositalaridan oxirgi onlarda emas, kasallikning boshlanishida foydalanmoq ma'quldir" prinsipiga amal qilmoqlik xisoblanadi.

SHifoxonagacha bo'lgan bosqichdagi shoshilinch tibbiy yordamni muvoffaqiyatini beruvchi yoki xal etuvchi strategiyalardan yana biri, bu, GK-ning moxiyatini, uning ko'rinishlarini, davolash va profilaktikasi imkoniyatlarini anglab va "tagiga etib olishdir". Buning uchun qanoat kerak bo'ladi va Shunday amaliyotga erishilganda xam GKga nisbatan "yarim ish" ado etilgan bo'ladi. CHunki, "Bilimni o'zi etarli bo'lmaydi, yana qo'llash xam kerak; hoxishni o'zi kamlik qiladi, yana bajarish xam zarur" (I.Gete).

SHifoxonagacha bo'lgan bosqichda antigipertenziv shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordamni "to'ldirish"ni ikkinchi marta faol xarakatlari strategiyasini kechikmay boshlash va davom etdirishdir. Bunday xarakatlar strategiyasi tarkibida o'tkaziladigan davolash tadbirlari mazmunan va taktik jixatdan ikki turga ajratiladi, lekin xar ikkalasa, bir-birlarini to'ldirib, bir vaqtda amalga oshiriladi.

1. shifoxonagacha bo'lgan bosqichda bajariladigan umumiy chora – tadbirlar.

2. shifoxonagacha bo'lgan bosqichda bajariladigan medikamentozli terapiya.

Umumiy chora-tadbirlar quyidagilardan iborat bo'ladi: **1.**Bemorni tinchlantirish, osoyishtalik xolatini bemor uchun yaratish va bemorga oyog'ini osiltirib o'tirib olishga yordam berish, ish jarayonida kriz kelib chiqqan taqdirda zudlik bilan jismoniy zo'riqishni to'xtatish.**2.** Qat'iy ko'rpa-to'shak rejimini o'rnatish (agarda GK o'pka shishi bilan asoratlanmagan bo'lsa), Gk o'pka shishi

taxdidini solgan bo'lsa- o'tirish xolati (osiltirilgan oyoqlar bilan) ta'minlanadi. **3.** Toza xavoga yo'l ochish yoki uni bemorga etkazish choralari ko'rish (derazani ochish, fortochkani ochish, nafasni og'irlashtiruvchi kiyimini echish). **4.** Kechikmasdan tez yordamni chaqirish (telefon: 03 yoki 112)². **5.** ABni nazorat qilish va bemorning xolatini dinamikada xar 10-15 daqiqada baholash. **6.** EKG qayd qilish.

Medikamentoqli terapiya ikki yo'l bilan olib boriladi:• Preparatlarni sublingval buyurish bilan;• In'eksion preparatlarni vena ichiga bolyusli kiritish bilan.

Sublingval terapiyada uchta "K" qoidasi qo'llaniladi va quyidagicha bajariladi: **▲ Tinchlik yaratish, yarim o'tirish xolati ▲ Kaptopril (kapoten) 25-50mg** til ostiga **yoki Klofelin (klonidin) 0,075-0,15mg** til ostiga **Korinfar (nifedipin) 10-20mg** til ostiga.

YUqorida ko'rsatib o'tkanimizdek, yana taxkidlab qo'yish kerak bo'ladi-ki, preparatlarni berishda ularga ko'rsatmalar inobatga olinishi shart. Jumladan, karinfar Yurak etishmovchiligida, asoratlangan krizda va o'tkir koronar etishmovchilikda man etiladi. Aksincha, xomiladorlardagi krizlarni to'xtatishda u "o'z-o'ziga" va "o'zaro yordam" preparati sifatida tavsiya etilgan

Bundan tashqari, sublingval yo'l bilan furosemid (80-120mg) va labetaloldan (100-200mg) xam foydalanishlik mumkin.

Ma'lum-ki, GK kelib chiqishini bosh sababchilaridan biri komorbidlik xisoblanadi. Xususan, u Yurak ishemik kasalligi (YUIK) bilan ko'pincha qo'shilishib uchraydi.

Gipertonik kriz YUIKni qaytalashiga (asosiy simptomlarini, anginoz Yurak xurujini) va asoratlanishiga olib kelishi mumkin. GK bilan bog'lanib rivojlangan, YUIK qaytalanishni oqibatli jiddiy va taxdidli (to o'lingacha) bo'ladi. Uni quyidagicha sxematik ko'rsatish mumkin: AG+YUIK→GK→O'tkir koronar sindrom→Miokard infarkti/ nestabil stenokardiya→Yurak ritmi buzilishlari→o'lim yoki→ miokard infarktining yaqindagi va uzoqdagi yakunlari

(o'pka shishi, kardiogen shok, Yurakni mexanik zararlanishi postinfarktli kardioskleroz, Yurak etishmovchiligi va b.q.lar) sabab bo'lib kelib chiqqan kardiovaskulyar kontinuum (o'lim).

3.8. Gipertonik krizlarda shifoxona boskichida shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam taktikasi

Ma'lum-ki, krizlar bilan bemorlar shifoxonaga ko'pincha ikkita sababga ko'ra yotkiziladilar: yo ungacha bosqichda samara olinmaganligi yoki bo'lmasa, - og'ir va asoratlanib kechayotganligi uchun. Shuning uchun bu boskichda buyuriladigan shoshilinch tibbiy yordam dasturi oldingi bosqichga bog'lanib, to'ldirilib, qiyoslanib sifatlashtirilib va albatta, takomillashtirilib tuzilishi va amalga oshirilishi kerak bo'ladi. Eng avvalo, qaysi preparatlar qo'llanishliligi va qaysi preparatlar qo'llanilmasligiga oydinlik kiritib olinadi.

Preparatlar GK bilan kelib chiqqan klinik vaziyatni xisobga olinib tanlanadi, unga bog'liq xolda tavsiya etiluvchi va tavsiya etilmaydigan preparatlar qo'ldagicha ajratiladi. [A.L.Syrkin]:

- GK tufayli kelib chiqqan gemorragik insultda tavsiya etilmaydigan preparatlar- Beta-blokatorlar, tavsiya etiladigan preparatlar bo'lib esa –Nikardipin, Nitroprussid va Trimetafanlar xisoblanishadi.
- GK tufayli kelib chiqqan ensefalopatiyada bo'lsa – Metildopa va Rezerpin tavsiya etilmaydi; Nitroprussid, Labetalol va Diazoksid lar esa tavsiya etila.
- krizlar sabab bo'lib kelib chiqqan ishemik insultda tavsiya etilmaydigan preparatlar- Beta-blokatorlar va Minoksidil, tavsiya qilinadigan preparatlar esa – Nikardipin, Nitroprussid, Labetolol va Trimetafanlar xisoblanadi.
- GK va bosh miya jaroxatlanishida – Labetolol va Esmolol tavsiya etiladi, tavsiya etilmaydigani preparatlar guruxiga esa – Metildopa, Rezerpin, Nitroprussid, Nitroglitserin va Gidralazin quritiladilar.
- GK va utkir miokard infarktida- Gidralazin va Minoksidil tasiya etilmaydi. Nitroglitserin, Nikardipin va Labetolol lar tavsiya etiladilar.

- GK va o'pka shishida – tavsiya etilmaydigan preparatlar bo'lib – Beta-blokatorlar, Minoksidil va Metildopa xisoblanishadi; Nitroprussid, Nitroglitserin va Tugunli diuretiklar esa tavsiya etiluvchi preparatlar guruxiga kiritiladilar.
- GK va buyraklar funksiyasini buzilishida tavsiya etiluvchi preparatlar ro'yxatida- Alfa-blokatorlar va kalsiy blokatorlar qayd qilinadi; tavsiya etilmaydigan preparatlar bo'lib Beta-blokatorlar, APF ingibitorlari va Nitroprussidlar hisoblanishadi.
- GK va eklampsiyada- tavsiya etilmaydigan preparatlarga Trimetafan, Diuretiklar va Diazoksid kiritilgan, tavsiya qilinuvchi preparatlar bo'lib esa – Gidralazin, Lebetolol va Nitroprussid xisoblanishadi.
- GK va u tufayli kelib chiqqan aorta anevrizmasida – tavsiya etilgan preparatlar bo'lib Nitroprussid, Beta-blokatorlar va Trimetafan xisoblanishadi.
- Feoxromotsitoma+GKda- tavsiya etilmaydigan preparatlar: Metildopa, Minoksidil, Beta-blokatorlar (Alfablokatorlar bulmagan takdirda). Tavsiya etilgan preparatlar: Fentolamin, Nitroprussid.

SHifoxona bosqichida shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam GK bilan bemorlarda ikki yo'nalishda uzviylashtirib olib boriladi:

1.Umumiy tadbirlar.2. Medikamentoqli terapiya

Umumiy tadbirlar doirasida amalga oshiriladigan faoliyatlar quyidagilardan iborat bo'ladi: **1.**Kat'iy ko'rpa- to'shak rejimi. **2.** AB nazorati va dinamikada bemorning umumiy axvolini baxolab turish. **3.**EKG qayd qilish. **4.** Bemorning xar tomonlama Chuqur tekshirish va simptomatik arterial gipertenziyalarni istisno qilish.

Medikamentoqli terapiyani ko'plab yo'nalishlari, davolash muassasasini (shoshilinch kardiologiya bo'limi, reanimatsiya bo'limi yoki umumiy terapiya bo'limlari) imkoniyatidan kelib chikib (KVP/SHVP tuman va shaxar tibbiyot birlashmalari, viloyat va Respublika qo'lamidagi ixtisoslashgan markazlari qulamida), amaliyotga tavsiya etilgan. SHifoxona bosqichida GKni bartaraflash uchun, uning qanday turda ifodalanishiga qaramasdan, deyarli barcha buyuriladigan asosiy gipotenziv preparatlar vena ichiga tomchilab kiritiladi

(O.P.Alekseev va b.k.): pentamin 5%-1ml 100ml fiziologik eritmada;●enalaprilat 1ml (1,25mg) 100ml fiziologik eritmada;● izoket (perlinganit) 0,1%-10ml 100ml fiziologik eritmada;● trimetafan (arfonad) 5%-5ml 200ml fiziologik eritmada; ●nitroprussid natriy (niprid) 50mg miqdori 400ml fiziologik eritmada eritiladi;● labetalol (trandat) 200mg miqdori 200ml fiziologik eritmada eritiladi;● fentolamin 5-10mg/daqiqada 100ml fiziologik eritmada tomchilanadi; ●Magniy sulfat 1-2ch/soatiga 100ml fiziologik eritmada tomchilanadi.

SHoshilinch gipotenziv samara erishilganda so'ng uning ikkinchi majburiy elementi doimiy uzoq vaqt davolash jarayoniga bemorni tayyorlash va eng avvalo, bu borada individual gipotenziv terapiya tanlanadi.

SHifoxona sharoitida zikr etilgan preparatlar mu'ayan klinik vaziyatdan kelib chiqib boshqa sxemalarda xam berilishi mumkin. Ularni ayrimlarini keltirib o'tamiz.

Xususan aorta koarktatsiyasi va arterio-venozli Shuntli xolatlar bo'lmaganda nitroprussidni quyidagicha , GKni to'xtatish uchun, beriladi: vena ichiga tomchilab **50-100mg miqdorini 250-500ml** 5%-li glyukoza eritmasiga qo'shib kiritiladi.

Boshqa bir klinik vaziyatda, GK surunkali nefrit negizida kelib chiqmagan bo'lsa yoki elektrolitlarni kuchli yo'qotish bilan kardoshlashib o'tmayotgan bo'lsa, **furosemid 20-40mg dan** vena ichiga bolyus bilan beriladi yoki mushak ichiga kiritiladi.

Gipertonik krizlar Yurak etishmovchiligi va depressiya (mumkinlik) xolatlariga qo'shilmasdan kelib chiqqanda klofelin samarali qo'llaniladi. U uch xil usulda berilishi mumkin: **1) vena ichiga bolyus bilan 0,1-0,2mg dan (1,0-2,0ml 0,001%-li eritmasi) 10-20ml fiziologik eritmada sekin-astalik bilan kiritiladi: 2) Mushak ichiga 0,1mg(1ml 0,01% - li eritmasi); 3 til ostiga tabletkasi 0,075-015mg miqdorda quyiladi.**

Pentaminni o'zgacharoq sxemada qo'llash xam klinik amaliyotga tavsiya etilgan. Bu sxema preparatni qo'llashga mone xolatlar bo'lmagan taqdirda (keksalik, qon ketish, miokard infarkti,tug'rukdan keyingi davr, buyrak

etishmovchiligi) krizni to'xtatishda qo'llaniladi: vena ichiga bolyus bilan 0,2-0,75mg 20ml 5%-li glyukoza eritmasida yoki Shu miqdordagi fiziologik eritmada kiritiladi; mushak ichiga 0,3mg miqdorda buyurilishi xam mumkin.

Gidralazindan GKda o'zgacha foydalanish sxemasi xam bor. Bu sxema aorta anevrizmasini qavatlanishi, stenokardiya va mitral poraklar bo'lmagan bemorlarda qo'llaniladi. Preparatlar 50mg miqdori 500ml 5%-li glyukoza eritmasiga kushilib vena ichiga sekin-asta dakikasiga 20-30 tomchidan tomchilab kiritiladi.

Gipertonik krizlarda, buyrak arteriyalarini ikkitomonlama stenozli bulmagan bemorlarda, **enalaprilatni tomchilab emas, vena ichiga asta-sekin kiritiladi:** enalaprilat (enap) 1ml miqdorda vena ichiga bolyus (okim) bilan 5 daqiqa davomida asta – sekin beriladi.

Oxirgi yillarda og'ir krizlarda **prazosinni qo'llash (ichish uchun yoki til ostiga, 1mgdan)** xaqida xam ma'lumotlar oqimini ma'lum darajada ko'payganligi e'tiborni tortadi. **Aminozin** esa xozirgacha davolash dasturlaridan chiqib ketmagan klinik tavsiyalarda GK xurujini to'xtatishda ishlatiladigan etakchi gipotenziv preparatlardan biri sifatida tilga olinadi. Berishda extiyot choralarini ko'rish kerak, chunki, uning ancha-muncha nojo'ya ta'sirlari bor: kiritilgan joyda to'qimalarni ta'sirlanishi, ruxiy tormozlanish, allergik alomatlar, shishlar va ortostatik gipoteniya kabilar.

Qo'llash taktikasi: 0,5-1,0ml 2,5%-li eritmasi vena ichiga bolyus yo'li bilan 20ml fiziologik eritmada asta-sekin kiritiladi. 2,5%-li eritmasi 0,5ml -1,0ml miqdorda mushak orasiga xam kiritilishi mumkin.

Metabolik sindrom negizida kelib chiqqan **GKda moksonidinni 0,2 0,4mg dan** tabletkasi til ostiga qo'yiladi va bu yaxshi natija beradi.

Ma'lum-ki, o'tmish manbalarida qon chiqarish va zulik quyish bilan GKni muvoffaqiyatli davolash mumkinligi xaqida etarlicha isbotiy ma'lumotlar uchraydi (V.G. Vogralik, N.A. Ratne rva M.G. Oспенkova). Zamonaviy klinik tavsiyalarda ushbu usullar ko'rsatilmagan. Bizning fikrimiz-cha, ular ommaviy tarzda qo'llanilmasa-yu yoki majburiy davolash sxemalariga kiritilmasa-yu, lekin favquloddagi klinik vaziyatlarda qo'llanilsa maqsadga muvofiq bo'ladi.

Favquloddagi klinik vaziyatlar: davolash muassasidan olis joylarda GKni sodir bo'lishi, dori- darmonlarni qo'l ostiga bo'lmasligi va eng asosiysi- bemorlarda barcha dori vositalariga og'ir allergik reaksiyalarni bo'lib turishi. Klinik amaliyotda xar qanday dori-darmonni, xattoki fitlodorilarni xam ko'tara olmaydigan bemorlarni uchrab turishi orfoxolat bo'lmay qolganligi bugun sir emas. Ana Shunday vaziyatlarda krizni samarali davolash vositasi sifatida (vaktincha bo'lsada). Qon chiqarishdan xam foydalanish mumkin deb fikr bildiramiz: GKda, ayniqsa Yurak chap qorinchasini etishmovchiligi bo'lgan taqdirda, 200ml dan kam bo'lmagan qon chiqariladiyu. Aterosklerotik jarayonlarga kuchli berilgan xollarda (Yurak va bosh miya tomirlarini kuchli ifodalangan sklerotik o'zgarishlari) bu xavfli: trom xosil bo'lishi kuchayadi yoki tomir etishmovchiligi kelib chiqadi. Uning o'rniga zudlikdan foydalanilsa maqsadga muvofiq bo'ladi. CHunki zuliklar bemor qoniga xirudin chiqarishib beradi va Shu bilan, kuchayib borayotgan qon ivishi jarayonini kamaytiradi. Girudologik markazlar ko'payib borayotgan bir paytda zudlik solish usuli yo'lga qo'yilsa, xech bo'lmaganda shoshilinch tibbiy yordam shifoxonalariga mutaxassis-girudologlar jalb qilinsa va ulardan foydalanilsa xar tomonlama ma'qul bo'ladi deb biz tavsiya etamiz.

SHifoxona bosqichida o'tkaziladigan shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordamni GK bilan bemorlardagi yana bir aloxida jixati Shundan iboratki, u tabakalashtirib va unga monand xolda maqsadlari kengaytirilib amalga oshiriladi. Uning etakchi umumiy maqsadi ABni xar qanday xolatda pasaytirish uchun va rivojlanayotgan nishon a'zolari buzilishlarini qaytarib qolishga qaratilgan tezkor terapevtik strategiya bo'lsada, klinik vaziyatlarda kelib chiqib va Chuqurlashib borib ushbu qo'yilgan maqsad yanada, xam «gorizantaliga» (komorbid fon va b.k. nazarda tutilayapti) va xam, «vertikaliga» (patogenetik tomirlari ko'zda tutilyapti) kengaytiriladi. CHunonchi, eng kamida yana 6 maqsadni kuzda tutib

Oshig'ich va tezkor gipotenziv tadbirlar ko'rilsa- terapiya samarasi oshadi va unga bevosita bog'liq bo'lib Shuncha “ dorili xavf” (jumladan, polipragmaziya

va yatrogen komorbidliklar xam) oldi olinadi. Ular quyidagilardan iborat: 1) AB ko'tarilishini miya qon oqimini buzmasdan va miya insulti xavfini oshirmasdan pasaytirish (GK serebral simptomatika zo'riqishi bilan kuchaygan da). 2) Ko'tarilgan ABni koronar etishmovchilikni Chuqurlashtirmasdan va o'tkir koronar sindrom kelib chiqishini ogohlab turish bilan pasaytirish (GK koronarnoy simptomatika bilan kecha boshlaganda). 3) Ko'tarilgan ABni pasaytirish va o'pka shishining kelib chiqishini muxofazalash (GK o'tkir Yurak etishmovchiligi bilan kechganda). 4) Ko'tarilgan ABni muloyim tushirish, buyraklar funksiyalarining buzilishlarini Chuqurlashtirmagan xolda (GK buyrak etishmovchiligi negizida kelib chiqqan bo'lganda). 5) Ko'tarilgan ABni xomilaning xayoti faoliyatiga salbiy ta'sir etmasdan va xomila gipoksiyasi xavfini oshirmasdan pasaytirish (GK xomiladorlik davrida kelib chiqqan taqdirda): 5) Ko'tarilgan ABni tez tushirish va fatal xamda nofatal asoratlanishlar oldini olish, eng avvalo "adrenalli" miokard nekrozlarini (GK feoxromotsitoma negizida zo'riqqanda).

SHifoxona bosqichida GK bilan bemorlarni olib borish basturi ikkilamchi gipertenziyalarni xam bir vaqtda istisno qilib borishni ko'zda tutadi. Quyida zikr etiladigan xolatlarda bo'lishi mumkinligi va ular bilan GK rivojini bog'langanligi extimolini borligi ko'rib chiqilishi kerak (David C. Sprigings, John B. CHambers): I senko- Qo'shimcha sindromi, birlamchi giperaldosteronizm, dori vositalarini qabul qilib yurish, aorta kasalliklari, buyraklar arteriyalari, buyraklarni birlamchi kasalliklar va feoxromotsitoma. Buyraklar arteriyalari stenozi tashxisiga kalitlar, misol tariqasida, quyidagilar xisoblanishadi (bularni davolash taktikasiga zalvorli ta'siri bo'lgan kalit – elementlar deb atash mumkin): • plazmada natriy va kaliy miqdorini kam bo'lishi. • YOsh < 50yosh (yaqin urug'larida AG bo'lmagan xolda). • CHetki arteriyalarni aterosklerotik zararlanish. • AG bilan uzoq muddat davomida yashab yurgan bemorlarda gipotenziv terapiyaga rezistentlikni kelib chiqishi. • APP ingibitorlarini buyurish bilan kelib chiqqan buyraklarni zararlanishi. • O'pka shishi tez rivojlanishi. • Buyraklar o'lchamlarini UZI ma'lumotlari bo'yicha >1,5sm dan ziyodga etib farqlanishi.

SHifoxona bosqida shoshilinch kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordamni GKda ko'rsatishni uchta varianti bo'ladi (S.F.Bagnenko):

1. SHifoxona bosqichida AB ko'tarilishi davom etsa yoki asoratlanib ulgurgan bo'lsa, ikkala xolat xayot uchun to'g'ridan- to'g'ri taxdid tug'dirgan bo'lsa mijoz reanimatsiya bo'limiga zudlikda o'tkaziladi. Bemor vosita reanimatologga beriladi.

2. AB ko'tarilishi saqlanib qolanayotgan bo'lsa yoki asoratlanish keltirib chiqargan bo'lsa-yu, xayotga taxdidi bo'lmasa, - bemor qisqa muddat bo'lish bo'limiga yo'llanadi (masalan, shoshilinch kardiologiya bo'limiga) va quyidagi ishlar ta'minladi: • AB nazorati ta'minlash, kardiomonitorli va vizual kuzatuv. • EKGni 12 ta ulanishda qayd etish. • Zaruriy tekshiruvlar uchun qon olish. • ABni yana qaytib ko'tarilishiga, masalan, shifoxonagacha bosqichda berilgan dori samarasini tugaganligi xisobiga, yo'l quymaslik. • ABni keskin tushib ketishiga yo'l quymaslik.

3. AB me'yorga tushgan bo'lib asoratlar bo'lmasa 1-2 soat olib qolinib kuzatiladi va tekshiriladi, Shu vaqt mobaynida salbiy dinamika bo'lmasa yoki yotqizish uchun biron bir ishorat bo'lmasa- ambulator davolanishga jo'natish (AB nazorat qilinib turiladi, vizual kuzatuv; 12 ta ulanishda EKG qayd qilish va kerakli tekshiruvlar uchun qon olish ishlari bajariladi).

XULOSALAR

Gipertoniya kasalligi – surunkali kasallik bo‘lib, uning asosiy belgisi doimiy qon bosimining ko‘tarilishi hisoblanadi. Tomir distoniyasi kasalliklari qatoriga kiradi.

Gipertonik kriz qon bosimining to‘satdan yuqori ko‘rsatgichlargacha ko‘tarilishi bilan kechadigan holat hisoblanadi. Qon bosimining ko‘tarilishi tufayli miyada bir qator o‘zgarishlar yuzaga keladi. Gipertonik kriz gipertoniya kasalligining asoratidir. Turli asabbuzarliklar, uzoq vaqt dam olmasdan mehnat qilish va jismoniy zo‘riqishlar, tuz va suvni ko‘p miqdorda iste‘mol qilish, ob-havo o‘zgarishlari (havoning sovib ketishi, namlik ko‘payishi, kuchli shamol, magnit quyunlari), spirtli ichimliklarni ko‘p ichish, kashandalik, kuchli shovqin, shifokor buyurgan dorilarni ichishni to‘xtatib qo‘yish, turli allergik reaksiyalar, prostata bezining xavfsiz o‘smasi (adenoma), juda Chuqur kuyishlar, bosh miya ishining vaqtinchalik buzilishi va xolesteringa boy yog‘li taomlarni ko‘p iste‘mol qilish bu kasallikka olib keluvchi omillardir.

Gipertonik krizda bemorning taqdiri bir necha soat ichida hal bo‘lishi mumkin. Bu holat asoratlari bilan ham hayot uchun xavf soladi. Ishemik yoki gemorragik insult, buyrak ishining buzilishi, ko‘rish qobiliyatining pasayishi va hatto ko‘rlik, Yurakning kuchli darajada notekis urishi, miokard infarkti gipertonik krizning asosiy asoratlaridan sanaladi.

Zamonaviy tibbiyotda arterial gipertoniyaning 3 bosqichini farqlanadi:

1 bosqich — Qon bosimi 140-159 / 90-99 mm sim.ust oralig‘ida bo‘ladi. Qon bosimi vaqti-vaqti bilan me‘yorga kelishi va yana ko‘tarilishi mumkin;

2-bosqich — Qon bosimi 160-179 / 100-109 mm sim.ust oralig‘ida. Arterial qon bosimi tez-tez ko‘tarilib turadi va kam hollarda me‘yorga tushadi.

3 bosqich — bosim 180/110 mm sim.ust. dan yuqori ko‘tariladi. Bosim doimiy ravishda yuqori bo‘ladi va uning pasayishi Yurak kasalliklari tufayli yuzaga keladi.

Gipertonik krizda Yurak shikastlanishining eng og‘ir varianti bu miokard infarktidir. Bemorda bosimning oshishi fonida, o‘tkir siqilgan ko‘krak og‘rig‘i xuruji bor, uni nitrogliserin to‘xtata olmaydi, u 15-20 daqiqa davomida yo‘qolmaydi, chap qo‘l, kurak va jag tomonga cho‘ziladi. Bu "klassik" anginal

infarktning alomatlari, ammo atipik variantni, ayniqsa keksa yoshdagi odamlarni hisobga olish kerak.

Yana bir og'ir asorat - bu aortani ajratuvchi anevrizmadir. Ushbu asoratda uzoq vaqt qon bosimining ko'tarilishi natijasida, aterosklerotik shikastlanishlar va boshqa sabablarga ko'ra bu qatlamlar bir-biridan "uzoqlasha" boshlaydi. Ularning o'rtasida bir xil qabariq paydo bo'ladi.

Bosim ko'tarilgach, ichki qatlam buzilishi mumkin va qon "pufakchaga" kirib, uni yanada tabaqalashtira boshlaydi. Kriz paytida, odam tomir nuqsoni darajasida nihoyatda qattiq og'riqni his qiladi, keyin refleksli hushidan ketish mumkin. Og'riq to'xtamaydi, nosimmetrik tarzda qo'llarga, bo'yinga va elkaga tarqaladi, havo etishmasligi va qo'rquv hissi bilan birga keladi.

Arterial gipertenziya (AH) insoniyat tarixidagi eng katta yuqumli bo'lmagan pandemiya bo'lib, asosan Yurak-qon tomir patologiyasidan kasallanish va o'limning tuzilishini aniqlaydi. Klinisenler uzoq vaqtdan beri 50 yoshgacha bo'lgan gipertenziya erkaklarda ko'proq uchraydi va 50 yildan keyin ayollarda gipertenziya sezilarli darajada oshishini payqashgan. Gipertenziya rivojlanishining o'xshash xususiyatlari ayollarda jinsiy gormonlar konsentratsiyasining pasayishi va miyaning gipotalamus markazlarining yoshga bog'liq involyutiv qayta tuzilishi bilan bog'liq menopauzaning boshlanishi bilan bog'liq.

Ko'pgina tadqiqotlar Shuni ko'rsatdiki, estrogenlar, progesteron va androgenlar nafaqat reproduktiv sohani nazorat qiladi va tartibga soladi, balki, ayniqsa, gipertenziya mavjudligi va rivojlanayotgan asoratlarning rivojlanish darajasi tufayli ayol tanasining Yurak-qon tomir tizimiga ko'p qirrali ta'sir ko'rsatadi. xuddi Shu time.in xususan, gipertenziya, va bir vaqtning o'zida rivojlanayotgan asoratlarning rivojlanish darajasi.jinsiy gormonlar uchun retseptorlarning turli to'qimalari. Estrogenlarning qon tomir endoteliy va kardiyomiyositlarga bevosita ta'siri, Shuningdek ularning lipid profiliga, Yurak-qon tomir patologiyasiga bilvosita ta'siri haqidagi hozirgi tuShunchaga Shubha yo'q

Ayni paytda surunkali somatik kasalliklarga chalingan va farzand ko'rishni istaydigan ayollar soni tobora ko'payib bormoqda. Ekstragenital patologiya homiladorlikning rivojlanishi uchun noqulay fon bo'lib, unda homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrda yuzaga keladigan barcha asoratlar og'irlashadi.

Terapevt turli xil ekstragenital patologiyalar (EGP) bilan kasallangan homilador ayollarni kuzatadi va unga ma'lum bir kasallikka chalingan bemorning sog'lig'i va hayoti uchun xavf darajasini baholash akusher-ginekologga qaraganda ancha osonroq. homiladorlik rivojlangan yoki murakkablashgan.

EGP chastotasi ancha yuqori. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, homilador ayollarning 2-5 foizida Yurak nuqsonlari, 1,5-2,5 foizida gipertoniya, 5-6 foizida buyrak kasalliklari, 1-2 foizida qandli diabet, oshqozon-ichak trakti va gepatobilier tizimi kasalliklari kuzatiladi. -3% va boshqalar. Eng konservativ hisob-kitoblarga ko'ra, EGP homilador ayollarning 15-20 foizida aniqlanadi. Akusherlik shifoxonalari hisobotiga ko'ra, 70% ekstragenital patologiyaga ega va mutlaqo sog'lom ayollarning atigi 30%.

Homilador ayollarda aniqlangan eng keng tarqalgan kasalliklarni ko'rib chiqing.

Gipertenziya (G) - homilador ayollarning 4-8 foizida kuzatiladi. Taxminan 30% hollarda gipertenziya bo'lgan homilador ayollar orasida surunkali gipertoniya, 70% da homiladorlik (homiladorlik paytida paydo bo'lgan) gipertenziya aniqlanadi.

Homiladorlikdan oldin, hatto engil arterial gipertenziya (AG,) ham homiladorlik va tug'ruq paytida asoratlar xavfini 2 baravar oshiradi (erta tug'ilish, odatdagi platsentaning ajralishi, setchatka dekolmani, eklampsiya, massiv koagulopatik qonash kuchayadi).

Surunkali arterial gipertenziyaning yagona konsepsiyasi mavjudligiga qaramay, gipertenziv holatlarni o'z vaqtida farqlash muhimdir. Buyrak kelib chiqishining simptomatik gipertenziyasi, proteinuriya bilan davom etishi va qon bosimining barqarorlashishi bilan bir qatorda, buyrakning asosiy kasalligini

davolashni talab qiladi va gipertenziya kabi feoxromotsitoma, restavaskulyar arterial gipertenziya, birlamchi aldosteronizm, tug'ma Yurak nuqsonlaridan kelib chiqqan arterial gipertenziya. (CHD) (PPP), davolashning jarrohlik usullarini ta'minlaydi.

Vegeto-qon tomir distoni (VVD) qon tomir tonusini boshqarishda funksional buzilish bo'lib, homilador ayollarning 45 foizida uchraydigan qon bosimining oshishiga olib keladi.

Gipertenziv VSD turi har qanday yoshdagi homilador ayollarda paydo bo'lishi mumkin. Odatda qon bosimi salbiy his-tuyg'ular, stress bilan ko'tariladi va sedativlar yordamida osonlikcha engillashadi. Faqat sistolik bosim sonlari ko'payadi, diastolik bosim esa xuddi Shu joyda qoladi.

VSD ning engil shakli giyohvand davolanishni talab qilmaydi

Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari (KVS) - homilador ayollarning 1 foizida uchraydi, bu revmatik kasalliklarning pasayishi va Shunga mos ravishda Yurak nuqsonlari (PPS) bilan kasallangan ayollar sonining kamayishi bilan bog'liq.

Agar homiladorlikdan oldin Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari asemptomatik bo'lgan bo'lsa, unda bemorlar homiladorlikning boshlanishiga yaxshi toqat qiladilar, qon aylanishi etishmovchiligi alomatlari bo'lsa, protez operatsiyasi va keyin homiladorlik tavsiya etiladi.

Yurak etishmovchiligi (YUE) belgilarining mavjudligi KVH kasalliklarida muhim rol o'ynaydi. Kardiyovaskulyar patologiyaning I va II sinflari bilan, kasallikning klinik ko'rinishlari va Yurak etishmovchiligi yo'q bo'lganda yoki minimal bo'lsa, tug'ish mumkin, ammo volemik yuk tufayli Yurak etishmovchiligini 20-34 xaftada oshirish mumkin. III va IV sinflarda homiladorlik paytida Yurak etishmovchiligidan o'lim darajasi yuqori.

Bronxial astma (BA) - kasallanish so'nggi o'ttiz yil ichida sezilarli darajada oshdi va JSST ma'lumotlariga ko'ra bu eng keng tarqalgan surunkali kasalliklardan biri hisoblanadi. Homilador ayollarda bronxial astmaning tarqalishi 1 dan 8% gacha. Shu bilan birga, bronxial astma homiladorlik paytida asoratlarni keltirib chiqarishi isbotlangan. Ularning eng tez-tez uchraydiganlari gestoz

(46,8%), homiladorlikning to'xtash xavfi (27,7%), platsenta etishmovchiligi (53,2%). Bronxial astma bilan og'riq bemorlarda homiladorlikning murakkab kechishining bevosita sabablariga quyidagilar kiradi: gipoksiya, immunitet buzilishi, gemostaz va metabolizm buzilishi.

Gastroezofagial reflyuks kasalligi (GERD) - asosiy simptom oshqozon yonishi bo'lib, homilador ayollarning taxminan $\frac{1}{2}$ qismida uchraydi va alohida tekshiruv natijalariga ko'ra 80% ga etadi.

Gastroezofagial reflyuks kasalligining kuchayishi, refluks ezofagit, ko'pincha homiladorlikning ikkinchi yarmida sodir bo'ladi. Birinchi trimestrda oshqozon ekşimesi va gastroezofagial reflyuks kasalligining kuchayishi ko'pincha erta gestosis - homilador ayollarning qusishi bilan qo'zg'atilishi mumkin. Uzoq muddatli oshqozon yonishi fonida og'riq ko'pincha sternum orqasida paydo bo'ladi, havo bilan yonadi va tuprik ko'payadi. Bunday simptomlarning paydo bo'lishi qo'shimcha tekshiruv va davolanishni talab qiladi, chunki gastroezofagial reflyuks kasalligi homilador ayollarda mehnat paytida oshqozon tarkibining aspiratsiyasi xavfini oshiradi, ayniqsa, ular behushlik ostida o'tkazilsa.

Surunkali venoz etishmovchilik (CVI) yoki surunkali venoz kasallik - varikoz kengayishi, post-trombotik kasallik, venoz tomirlarning konjenital va shikast anomaliyalari. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, ayollarning 7-35% homiladorlik paytida surunkali venoz etishmovchilikdan aziyat chekadi; homiladorlik paytida birinchi marta ularning 80% da surunkali venoz etishmovchilik rivojlanadi. Klinik ko'rinishning har qanday darajasida surunkali venoz etishmovchilik tug'ruq paytida tromboembolik asoratlarni oldini olish uchun kuzatuv va davolanishni talab qiladi.

Shuni ta'kidlash zarurki, hozirgi vaqtda, ekstragenital kasalliklarning aksariyatida, homiladorlik paytida ayolni to'g'ri kuzatish sharoitida homiladorlik va tug'ruqni xavfsiz o'tkazish va agar kerak bo'lsa, o'z vaqtida maxsus davolanishni buyurish mumkin.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI

1. Айламазян, Э.К. Дискуссионные вопросы преждевременных родов / Э.К. Айламазян, Т.У. Кузьминых // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – № 4. – С. 97 – 105.

2. Вакарева, В.В. Особенности динамики суточного профиля ЧСС, нарушений ритма и индекса апноэ/гипопноэ после индукции суперовуляции при экстракорпоральном оплодотворении / В.В. Вакарева, М.В. Авдеева, Л.В. Щеглова // Сб. материалов Международной конференции «Спорные и нерешённые вопросы кардиологии 2019». – М., 2019. – С. 38 – 39.

3. Ганчар, Е.П. Метабомика в предикции эндокринного бесплодия у женщин с метаболическим синдромом / Е.П. Ганчар // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2015. – Т. 14, № 4. – С. 40 – 49.

4. Землянова, Е.В. Потери потенциальных рождений в России из-за проблем, связанных со здоровьем [Электронный ресурс] / Е.В. Землянова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – Т. 48, № 2.

5. Ибрагимова, М.Х. Нарушение репродуктивной функции женщин и пути её восстановления / М.Х. Ибрагимова, Р.Т. Сайгитов // Проблемы женского здоровья. – 2008. – Т. 3, № 2. – С. 51 – 60.

6. Калачикова, О.Н. Репродуктивное здоровье и поведенческие факторы его формирования (на материалах социологического исследования в Вологодской области) / О.Н. Калачикова, А.А. Шабунова // Проблемы развития территории. – 2016. – Т. 81, № 1. – С. 115 – 129.

7. Можейко, Л.Ф. Антимюллеров гормон как прогностический и диагностический маркер развития синдрома гиперстимуляции яичников в программах вспомогательных репродуктивных технологий / Л.Ф. Можейко, С.В. Жуковская // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. – 2017. – № 2. – С. 120 – 131.

8. Щербакова, Л.Н. Синдром гиперстимуляции яичников в программе экстракорпорального оплодотворения. Клиническое течение и

репродуктивные потери : автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.01.01 / Щербакова Лия Ниязовна. – М., 2010. – 50 с.

9. Югина, А.А. Риски осложнений беременности после ЭКО на ранних сроках / А.А. Югина, М.А. Пенжоян, В.А. Новикова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 4. – С. 292 – 295.

10. Юнкеров, В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев, М.В. Резванцев. – СПб. : ВМедА, 2011. – 318 с.

11. Catalano, P.M. Obesity and pregnancy : mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child / P.M. Catalano, K. Shankar // BMJ. – 2017. – Vol. 356.

12. Delvigne, A. Systematic review of data concerning etiopathology of ovarian hyperstimulation syndrome / A. Delvigne, S. Rozenberg // Int. J. Fertil. Womens Med. – 2002. – Vol. 47, № 5. – P. 211 – 226.

13. Eskew, A.M. A review on ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) management strategies / A.M. Eskew, K.R. Omurtag // Minerva Endocrinol. – 2017.

14. Hammarberg, K. Infertility in resource-constrained settings : moving towards amelioration / K. Hammarberg, M. Kirkman // Reprod. Biomed. Online. – 2013. – Vol. 26, № 2. – P. 189 – 195.

15. Imudia, A.N. Peak serum estradiol level during controlled ovarian hyperstimulation is associated with increased risk of small for gestational age and preeclampsia in singleton pregnancies after in vitro fertilization / A.N. Imudia, A.O. Awonuga, J.O. Doyle // Fertil Steril. – 2012. – Vol. 97. – P. 1374 – 1379.

16. Kasum, M. New insights in mechanisms for development of ovarian hyperstimulation syndrome / M. Kasum // Coll. Antropol. – 2010. – Vol. 34, № 3. – P. 1139 – 1143.

17. Mascarenhas, M. The high responder : a review of pathophysiology and outcomes during IVF treatment / M. Mascarenhas, A.H. Balen // *Hum. Fertil. (Camb)*. – 2017. – Vol. 20, № 3. – P. 155 – 167.

18. Sopa, N. A case with severe endometriosis, ovarian hyperstimulation syndrome, and isolated unilateral pleural effusion after IVF / N. Sopa, E.C. Larsen, A.N. Andersen // *Case Rep. Obstet. Gynecol.* – 2017.

19. Udell, J.A. Long-term cardiovascular risk in women prescribed fertility therapy / J.A. Udell, H. Lu, D.A. Redelmeier // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2013. – Vol. 62, № 18. – P. 1704 – 1712.

20. Verit, F.F. Low antimullerian hormone levels may be associated with cardiovascular risk markers in women with diminished ovarian reserve / F.F. Verit, H. Akyol, M.N. Sakar // *Gynecol. Endocrinol.* – 2016. – Vol. 32, № 4. – P. 302 – 305.

21. What is the best predictor of severe ovarian hyperstimulation syndrome in IVF? A cohort study / T.B. Tarlatzi, C.A. Venetis, F. Devreker, Y. Englert, A. Delbaere // *J. Assist. Reprod. Genet.* – 2017.



**ANDIJON DAVLAT
TIBBIYOT INSTITUTI**

GUVOHNOMA



ANDIJON – 2023

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligi,
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2023 yil "2" dekabrda
"01/08/643-T"–sonli buyrug'iga asosan

R.N. Yuldashev
(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

Davolash ishi - 60910200
(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

***Yurak qon-tomir kasalliklari amaliy kardiologiyaning
muammosi sifatida nomli o'quv qo'llanmasi***
(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

_____ ga
O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat
berildi.

Rektor  M.M. Madazimov
(imzo)



Ro'yxatga
olish raqami:
100292



O'QUV QO'LLANMA

R.N.YULDASHEV

**“YURAK QON-TOMIR TIZIMI
KASALLIKLARI AMALIY
KARDIOLOGIYANING MUAMMOSI
SIFATIDA”**

Muharrir: Maxmudov A.

Korrektor va dizayn: Maxmudov T.

Tasdiqnoma № X-25171, 300325805, 15.06.2023.

Bosishga 2023 yil “02-dekabr” ruxsat berildi.

Format 60x84/16. Garnitura Times New Roman.

Muqova uchun rasm manbasi:

<https://nevrocel.ru/blog/porazhenie-serdtsa-i-sosudov-pri-revmatoidnom-artrite>

Shartli bosma tabog'i 7.67., 104 sahifa, Adadi 6 dona, Buyurtma №12

“KAFOLAT TAFAKKUR” nashriyotida tayyorlandi va chop etildi.

Manzil: Andijon viloyati, Andijon tumani, Oq Yor QFY, Sh.Umarov 78 uy.

Telefon: +99897 580-64-54

e-mail: kafolattafakkur@gmail.com



