

**INSULTDA ARTERIAL GIPERTENZIYA NAZORATINING AHAMIYATI:  
QAYTA INSULT XAVFINI KAMAYTIRISH YO‘LLARI****Xudayqulova Diyora Odiljon qizi***Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Davolash ishi fakultetining 2-bosqich talabasi***Kamolova Ismina Urol qizi***Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Davolash ishi fakultetining 2-bosqich talabasi**Tel: +998 88 610 68 18; E-mail: [xudoyqulovolim64@gmail.com](mailto:xudoyqulovolim64@gmail.com)**Samarqand, O‘zbekiston*

**Annotatsiya:** Arterial gipertenziya miya insultining eng yetakchi va boshqariladigan xavf omillaridan biri hisoblanadi. Klinik kuzatuvlar va epidemiologik tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, insultdan keyingi davrda qon bosimini optimal darajada nazorat qilish qayta insult (rekurrent insult) rivojlanish xavfini sezilarli kamaytiradi hamda uzoq muddatli nevrologik natijalarni yaxshilaydi. Biroq arterial bosimni haddan tashqari keskin pasaytirish miya perfuziyasining kamayishi, penumbra zonasining kengayishi va nevrologik defitsitning chuqurlashishi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Shu sababli insultdan keyingi arterial gipertenziya nazorati individual yondashuv, klinik holatning dinamik bahosi va komorbid patologiyalarni hisobga olishni talab qiladi. Mazkur maqolada insultdan keyingi arterial gipertenziya nazoratining patofiziologik asoslari, maqsadli qon bosimi ko‘rsatkichlari, Antigipertenziv terapiya tanlovi, dori vositalarining klinik samaradorligi hamda qayta insult xavfini kamaytirishga qaratilgan kompleks strategiyalar tahlil qilinadi. Shuningdek, davolashda turmush tarzini o‘zgartirish, tuz iste‘molini cheklash, metabolik omillarni korreksiya qilish va dori qabuliga sodiqlikni oshirishning amaliy ahamiyati yoritib beriladi. Tadqiqot natijalari va zamonaviy klinik tavsiyalar asosida arterial gipertenziya nazoratining insultdan keyingi ikkilamchi profilaktikadagi o‘rni asoslab beriladi.

**Kalit so‘zlar:** insult, arterial gipertenziya, qayta insult, ikkilamchi profilaktika, qon bosimini nazorat qilish, Antigipertenziv terapiya, miya perfuziyasi, ateroskleroz, yurak-qon tomir xavfi, rehabilitatsiya

**Kirish:** Miya insultlari zamonaviy tibbiyotning eng dolzarb muammolaridan biri bo‘lib, dunyo miqyosida o‘lim va nogironlikka olib keluvchi asosiy sabablar qatorida yetakchi o‘rin egallaydi. Epidemiologik ma‘lumotlarga ko‘ra, insult nafaqat katta yoshdagi aholi orasida, balki mehnatga layoqatli yosh guruhlarida ham ko‘payib borayotganligi bilan xavfli hisoblanadi. Insultdan omon qolgan bemorlarda uzoq muddatli nevrologik defitsit, kognitiv

buzilishlar, psixoemotsional o‘zgarishlar hamda ijtimoiy moslashuvning pasayishi kuzatiladi. Shuningdek, insultdan keyingi davrda qayta insult (rekurrent insult) rivojlanishi ehtimoli yuqori bo‘lib, bu holat bemorning hayot sifatini yanada keskin yomonlashtiradi va o‘lim xavfini sezilarli oshiradi. Shu sababli insultdan keyingi ikkilamchi profilaktika choralari klinik amaliyotda alohida ahamiyat kasb etadi.

Klinik tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, insultdan keyingi davrda qon bosimini optimal darajada boshqarish qayta insult rivojlanish xavfini kamaytiruvchi eng samarali yo‘nalishlardan biridir. Qon bosimini barqaror nazorat qilish miya tomirlarida gemodinamik yuklamani kamaytiradi, aterotrombotik jarayonlarni sekinlashtiradi, arterial devorning elastikligini saqlab qolishga yordam beradi hamda yurak-qon tomir tizimining umumiy xavfini pasaytiradi. Shu bilan birga, arterial bosimni nazorat qilish nafaqat qayta insultning oldini olish, balki insultdan keyingi rehabilitatsiya jarayonining samaradorligini oshirishda ham muhim omil hisoblanadi. Chunki arterial gipertenziya fonida yurak yetishmovchiligi, atrial fibrillyatsiya, buyrak funksiyasi buzilishi, metabolik sindrom va qandli diabet kabi komorbid holatlar tez-tez uchraydi hamda umumiy prognozni yomonlashtiradi.

Biroq insultdan keyingi davrda arterial gipertenziyani davolash masalasi har doim ham oddiy va bir xil yondashuvga ega emas. Ayniqsa, o‘tkir insult bosqichida arterial bosimning fiziologik ko‘tarilishi (stress-induktsiyalangan gipertenziya) kuzatilishi mumkin bo‘lib, bu holat ayrim hollarda miya perfuziyasini kompensator tarzda qo‘llab-quvvatlashga xizmat qiladi. Arterial bosimni keskin pasaytirish miya perfuziyasining kamayishi, ishemik penumbra zonasining kengayishi va nevrologik defitsitning chuqurlashishiga olib kelishi ehtimoli mavjud. Shu sababli qon bosimini boshqarishda insultning turi (ishemik yoki gemorragik), o‘tkir davr yoki subo‘tkir davr, trombolitik terapiya qo‘llangan-qo‘llanmaganligi, bemorning yoshi, komorbid kasalliklar hamda miya tomirlarining stenoz darajasi kabi omillar hisobga olinishi zarur.

Zamonaviy klinik tavsiyalar insultdan keyingi ikkilamchi profilaktika doirasida arterial gipertenziyani nazorat qilishda individual yondashuvni ustuvor deb belgilaydi. Antigipertenziv terapiya tanlashda angiotenzin-konvertatsiya qiluvchi ferment (AKF) ingibitorlari, angiotenzin II retseptor blokatorlari (ARB), kalsiy kanali blokatorlari, tiazid/tiazidsimon diuretiklar va ayrim hollarda beta-blokatorlar qo‘llanilishi mumkin. Dori tanlovida bemorning yurak ritmi, yurak yetishmovchiligi, buyrak faoliyati, diabet, dislipidemiya, shuningdek, dori vositalarining o‘zaro ta’siri va nojo‘ya reaksiyalar ehtimoli muhim ahamiyatga ega. Bundan tashqari, arterial gipertenziya nazoratida dori qabuliga sodiqlik (adherence) masalasi ham juda dolzarb bo‘lib, qayta insult xavfini kamaytirishning asosiy shartlaridan biri hisoblanadi. Shu munosabat bilan insultdan keyingi arterial gipertenziya nazoratining klinik va patofiziologik asoslarini chuqur tahlil qilish, maqsadli

qon bosimi ko‘rsatkichlarini aniqlash, Antigipertenziv terapiya strategiyalarini optimallashtirish hamda turmush tarzini o‘zgartirishga qaratilgan kompleks yondashuvlarni amaliyotga joriy etish bugungi kunda dolzarb ilmiy-amaliy vazifalardan biri bo‘lib qolmoqda. Mazkur maqolada arterial gipertenziya nazoratining qayta insult xavfini kamaytirishdagi o‘rni zamonaviy tibbiy adabiyotlar va klinik yondashuvlar asosida yoritiladi.

**Asosiy qism:** Insultdan keyingi davrda arterial gipertenziya nazoratining ahamiyati klinik amaliyotda ikkilamchi profilaktikaning eng muhim yo‘nalishlaridan biri sifatida baholanadi. Qon bosimining yuqori bo‘lishi miya tomirlarida doimiy gemodinamik bosimni kuchaytirib, endotelial disfunktsiya, tomir devorining qalinlashuvi, elastiklikning pasayishi va aterosklerotik jarayonlarning jadallashuviga olib keladi. Ayniqsa, insultdan omon qolgan bemorlarda miya qon aylanishining autoregulyatsiya mexanizmlari izdan chiqishi mumkinligi sababli, arterial bosimning o‘zgaruvchanligi (variabelligi) miya perfuziyasiga bevosita salbiy ta‘sir ko‘rsatadi. Shu jihatdan, arterial gipertenziyani faqat “raqam” sifatida pasaytirish emas, balki barqaror, individual mos va xavfsiz nazoratga erishish qayta insult xavfini kamaytirishda ustuvor vazifa hisoblanadi.

Arterial gipertenziya insult patogenezida ikki yo‘nalishda ishtirok etadi: birinchidan, katta arteriyalarda aterosklerozni kuchaytirib, tromboembolik yoki aterotrombotik insultga sharoit yaratadi; ikkinchidan, kichik tomirlar darajasida lipogialinoz, mikroanevrizma va mikroangiopatiya rivojlanishiga sabab bo‘lib, lakunar infarktlar, miya oq moddasining shikastlanishi hamda gemorragik insult xavfini oshiradi. Ushbu jarayonlar ko‘pincha uzoq yillar davomida subklinik kechadi, ammo insult yuzaga kelgach, bemorda miya tomirlarining rezerv imkoniyatlari kamayadi. Natijada qon bosimining nazoratsiz qolishi yoki keskin tebranishi qayta insult, tranzitor ishemik xurujlar, miya qon aylanishining surunkali yetishmovchiligi va kognitiv pasayish kabi asoratlarning rivojlanishini tezlashtiradi.

Insultdan keyingi arterial gipertenziya nazoratining klinik murakkabligi shundaki, o‘tkir davrda qon bosimi ko‘pincha fiziologik ravishda oshadi. Bu holat stressga javob, og‘riq, vegetativ tizim faollashuvi hamda miya perfuziyasini saqlab qolishga qaratilgan kompensator mexanizmlar bilan izohlanadi. Ayniqsa, o‘tkir ishemik insultda miya perfuziyasining kamaygan zonalarida (penumbra) qon oqimi bosimga bog‘liq bo‘lib qolishi mumkin. Shuning uchun arterial bosimni haddan tashqari tez pasaytirish ishemik shikastlanish hajmini kengaytirishi va nevrologik defitsitning chuqurlashishiga olib kelishi ehtimoli mavjud. Shu bilan birga, arterial bosimning juda yuqori darajada saqlanishi gemorragik transformatsiya, miya shishi, intrakranial bosim oshishi hamda yurak-qon tomir asoratlarni kuchaytirishi mumkin. Mazkur qarama-qarshi xavflar insultdan keyingi

gipertenziya nazoratida ehtiyotkor, bosqichma-bosqich va klinik holatga mos yondashuvni talab qiladi.

Subo‘tkir va surunkali davrda esa arterial gipertenziya nazorati ikkilamchi profilaktikaning asosiy komponentiga aylanadi. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, insultdan keyingi davrda qon bosimini maqsadli darajaga keltirish qayta insult xavfini sezilarli kamaytiradi. Qon bosimini nazorat qilish miya tomirlaridagi gemodinamik yuklamani pasaytiradi, aterosklerotik blyashkalarining barqarorlashuviga yordam beradi, endotelial funksiyani yaxshilaydi hamda trombotik jarayonlarning faollashuvini cheklaydi. Bundan tashqari, arterial gipertenziya nazoratining yurak-qon tomir tizimiga ham ijobiy ta’siri bo‘lib, miokard infarkti, yurak yetishmovchiligi va aritmiyalar xavfini kamaytiradi. Shu sababli arterial bosimni boshqarish nafaqat nevrologik, balki umumiy kardiovaskulyar prognozni ham yaxshilovchi omil sifatida qaraladi.

Insultdan keyingi davrda maqsadli arterial bosim ko‘rsatkichlari masalasi klinik tavsiyalar asosida belgilansa-da, amaliyotda individual yondashuv zarur bo‘ladi. Ko‘pchilik bemorlarda sistolik bosimni 130–140 mm simob ustuni atrofida ushlab turish maqsadga muvofiq deb qaraladi. Biroq keksa yoshdagi bemorlar, miya tomirlarining og‘ir stenozlari mavjud shaxslar yoki ortostatik gipotenziviyaga moyilligi bo‘lganlarda bosimni juda past darajaga tushirish xavfli bo‘lishi mumkin. Ayniqsa, miya perfuziyasi bosimga bog‘liq bo‘lib qolgan holatlarda arterial bosimning haddan tashqari pasayishi gipoperfuziya va qayta ishemik epizodlar ehtimolini oshiradi. Shu sababli qon bosimini nazorat qilishda bemorning klinik simptomlari, nevrologik holati, laborator va instrumental tekshiruv natijalari, komorbid kasalliklar hamda reabilitatsiya jarayonidagi dinamikasi hisobga olinishi lozim.

Antigipertenziv terapiya insultdan keyingi davrda asosiy davolash yo‘nalishlaridan biri bo‘lib, dori tanlovi bemorning individual xususiyatlariga asoslanadi. Angiotenzin-konvertatsiya qiluvchi ferment ingibitorlari hamda angiotenzin II retseptor blokatorlari insultdan keyingi bemorlarda keng qo‘llaniladi, chunki ular nafaqat qon bosimini pasaytiradi, balki endotelial himoya, tomir devorining qayta modellashtirilishini sekinlashtirish va yurak-qon tomir xavfini kamaytirish bilan ham ajralib turadi. Kalsiy kanali blokatorlari ham miya qon aylanishi buzilishi bo‘lgan bemorlarda samarali bo‘lib, tomirlarning periferik qarshiligini kamaytirish orqali qon bosimini barqarorlashtiradi. Tiazid va tiazidsimon diuretiklar ko‘plab klinik holatlarda foydali bo‘lib, ayniqsa, kombinatsion terapiyada qayta insult xavfini kamaytirishga xizmat qiladi. Beta-blokatorlar esa yurak ishemik kasalligi, aritmiyalar yoki yurak yetishmovchiligi bilan kechuvchi bemorlarda maqsadli qo‘llanishi mumkin, ammo ularning insultdan keyingi universal tanlov sifatidagi o‘rni cheklangan.

Insultdan keyingi gipertenziya nazoratida monoterapiya ko‘pincha yetarli bo‘lmaydi. Amaliyot shuni ko‘rsatadiki, bemorlarning katta qismida kombinatsion terapiya qon bosimini maqsadli darajada ushlab turishda samaraliroq bo‘ladi. Ayniqsa, AKF ingibitori yoki ARB preparatlarini diuretiklar yoki kalsiy kanali blokatorlari bilan kombinatsiyalash qon bosimi variabelligini kamaytiradi va uzoq muddatli barqaror nazoratni ta‘minlaydi. Kombinatsion davolashning afzalligi shundaki, dori dozalarini yuqori darajaga oshirmasdan turib ham sinergik ta‘sirga erishiladi, bu esa nojo‘ya ta‘sirlar ehtimolini kamaytiradi. Shu bilan birga, polifarmatsiya muammosi, dori vositalarining o‘zaro ta‘siri va bemorning dori qabuliga sodiqligi masalasi ham doimo nazarda tutilishi kerak.

Arterial gipertenziya nazoratida bemorning dori qabuliga sodiqligi qayta insultning oldini olishda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Insultdan keyin bemorlarda kognitiv buzilishlar, depressiya, motivatsiyaning pasayishi va ijtimoiy qo‘llab-quvvatlashning yetishmasligi dori qabulini muntazam olib borishni qiyinlashtirishi mumkin. Shuningdek, Antigipertenziv dori vositalarining ayrim nojo‘ya ta‘sirlari (holsizlik, bosh aylanishi, ortostatik gipotenziya, yo‘tal, elektrolit buzilishlari) ham dori qabulini to‘xtatish yoki noto‘g‘ri qabul qilishga sabab bo‘ladi. Shu sababli davolashda bemor va uning yaqinlari bilan muntazam tushuntirish ishlari olib borish, dori qabulini soddalashtirish, bir martalik qabul qilinadigan kombinatsion preparatlardan foydalanish hamda uy sharoitida qon bosimini monitoring qilish tavsiya etiladi.

Insultdan keyingi arterial gipertenziya nazoratida dori vositalari bilan bir qatorda turmush tarzini o‘zgartirish ham muhim ahamiyatga ega. Tuz iste‘molini cheklash, tana vaznini me‘yorga keltirish, ratsionda sabzavot va mevalarni ko‘paytirish, hayvon yog‘larini kamaytirish, jismoniy faollikni bosqichma-bosqich oshirish, chekishni to‘xtatish va spirtli ichimliklarni cheklash qon bosimini pasaytiruvchi va umumiy kardiovaskulyar xavfni kamaytiruvchi omillar hisoblanadi. Ayniqsa, metabolik sindrom, qandli diabet va dislipidemiya bilan kechuvchi bemorlarda turmush tarzini o‘zgartirish Antigipertenziv terapiyaning samaradorligini sezilarli oshiradi. Shuningdek, uyqu buzilishlari, stress va psixoemotsional zo‘riqish ham arterial bosimning barqarorligiga ta‘sir qilishi sababli, psixologik rehabilitatsiya va stressni boshqarish usullari ham kompleks yondashuvning bir qismi bo‘lishi lozim. Arterial gipertenziya nazoratining yana bir muhim jihati — qon bosimi variabelligini kamaytirishdir. Ko‘plab klinik kuzatuvlarda sistolik bosimning kun davomida keskin tebranishi qayta insult xavfi bilan bog‘liqligi ko‘rsatilgan. Bu holat miya tomirlarining autoregulyatsiyasi buzilgan bemorlarda ayniqsa xavfli bo‘lib, gipoperfuziya epizodlari yoki tomir devorida gemorragik shikastlanish xavfini oshirishi mumkin. Shu sababli bemorlarda 24 soatlik arterial bosim monitoringi, uy sharoitida muntazam o‘lchash hamda dori qabul qilish vaqtini to‘g‘ri rejalashtirish amaliy jihatdan katta ahamiyatga ega.

Qon bosimi variabelligini kamaytiruvchi uzoq ta'sirli Antigipertenziv preparatlar qayta insultning oldini olishda samarali hisoblanadi.

Insultdan keyingi davrda arterial gipertenziya nazoratining samaradorligi ko'pincha komorbid patologiyalar bilan chambarchas bog'liq bo'ladi. Masalan, atrial fibrillyatsiya, yurak yetishmovchiligi, buyrak yetishmovchiligi va qandli diabet kabi kasalliklar arterial bosimni barqaror boshqarishni qiyinlashtiradi. Buyrak funksiyasi buzilgan bemorlarda suyuqlik va natriy ushlanishi gipertenziyani kuchaytirishi mumkin, diabetda esa endotelial disfunktsiya va mikroangiopatiya jarayonlari tezlashadi. Shu sababli bunday bemorlarda Antigipertenziv terapiya tanlovida buyrak ko'rsatkichlari, elektrolitlar, yurak ritmi va metabolik holat muntazam nazorat qilinishi lozim. Shuningdek, dislipidemiya, giperkoagulyatsiya holatlari va ateroskleroz jarayonlari bilan birga olib boriladigan kompleks davolash qayta insult xavfini yanada kamaytiradi.

**Xulosa:** Arterial gipertenziya miya insultining rivojlanishida hamda insultdan keyingi davrda qayta insult (rekurrent insult) xavfining ortishida eng muhim va boshqariladigan etiopatogenetik omillardan biri hisoblanadi. Insultdan omon qolgan bemorlarda qon bosimining yuqori darajada saqlanishi miya tomirlarida gemodinamik yuklamani kuchaytiradi, endotelial disfunktsiya va aterosklerotik jarayonlarning jadallashuviga olib keladi hamda miya perfuziyasining izdan chiqishi bilan kechuvchi surunkali serebrovaskulyar yetishmovchilikni chuqurlashtiradi. Shu bilan birga, kichik tomirlar darajasida mikroangiopatik o'zgarishlarning progressiyasi, lakunar infarktlar va oq modda shikastlanishining kuchayishi insultdan keyingi nevrologik defitsitning barqarorlashishiga va kognitiv buzilishlarning erta rivojlanishiga zamin yaratadi. Insultdan keyingi davrda arterial bosimni nazorat qilish ikkilamchi profilaktikaning markaziy komponenti bo'lib, bemorning uzoq muddatli prognozini yaxshilashda muhim rol o'ynaydi. Klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, sistolik arterial bosimni maqsadli darajada ushlab turish va uning variabelligini kamaytirish qayta insult, tranzitor ishemik xurujlar, yurak-qon tomir asoratlari hamda insultga bog'liq o'lim ko'rsatkichlarini sezilarli pasaytiradi. Biroq insultning o'tkir davrida qon bosimini haddan tashqari tez pasaytirish miya perfuziyasining kamayishi, ishemik penumbra zonasining kengayishi va nevrologik holatning og'irlashuvi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Shu sababli arterial gipertenziyani davolashda bosqichma-bosqich va individual yondashuv, insult turi, bemorning yoshi, miya tomirlarining stenoz darajasi, komorbid patologiyalar hamda rehabilitatsiya jarayonidagi klinik dinamikani hi sobga olish zarur. Antigipertenziv terapiyani tanlashda renin–angiotenzin–aldosteron tizimiga ta'sir qiluvchi preparatlar, kalsiy kanali blokatorlari, diuretiklar va ayrim klinik holatlarda beta-blokatorlar asosiy o'rin egallaydi. Kombinatsion terapiya ko'p hollarda monoterapiyaga nisbatan samaraliroq bo'lib, qon bosimini barqarorlashtirish, variabellikni kamaytirish va

maqsadli ko‘rsatkichlarga erishishda yuqori klinik natija beradi. Shu bilan birga, polifarmatsiya, dori vositalarining o‘zaro ta’siri, nojo‘ya reaksiyalar hamda bemorning dori qabuliga sodiqligi masalalari insultdan keyingi davolash jarayonida alohida e’tibor talab qiladi. Insultdan keyingi arterial gipertenziya nazoratida farmakoterapiya bilan bir qatorda turmush tarzini modifikatsiya qilish ham muhim ahamiyatga ega. Tuz iste’molini cheklash, tana vaznini me’yorga keltirish, ratsional ovqatlanish, chekishdan voz kechish, jismoniy faollikni bosqichma-bosqich oshirish hamda stress omillarini kamaytirish arterial bosimni barqaror nazorat qilishga yordam beradi. Ayniqsa, qandli diabet, dislipidemiya, metabolik sindrom, buyrak yetishmovchiligi va yurak ritm buzilishlari bilan kechuvchi bemorlarda kompleks yondashuv qayta insult xavfini sezilarli kamaytiradi. Umuman olganda, insultdan keyingi davrda arterial gipertenziyani nazorat qilish — qayta insultning oldini olishda ilmiy asoslangan, klinik jihatdan samarali va sog‘liqni saqlash tizimi uchun iqtisodiy jihatdan ham maqsadga muvofiq strategiya hisoblanadi. Ushbu yo‘nalishda individual terapiya, muntazam monitoring, rehabilitatsiya bilan uyg‘un yondashuv hamda bemorlarning dori qabuliga sodiqligini oshirish orqali insultdan keyingi uzoq muddatli natijalarni yaxshilash imkoniyati yuqori.

**Takliflar:**

1. Insultdan keyingi barcha bemorlarda arterial gipertenziya holatini muntazam baholash va qon bosimini nazorat qilish ikkilamchi profilaktikaning majburiy qismi sifatida amaliyotga kiritilishi lozim. Bunda klinik kuzatuv, laborator va instrumental tekshiruv natijalari asosida individual reja tuzilishi tavsiya etiladi.
2. O‘tkir insult bosqichida antigipertenziv terapiyani ehtiyotkorlik bilan olib borish tavsiya etiladi. Arterial bosimni keskin pasaytirishdan saqlanish, miya perfuziyasini baholash va nevrologik holatning dinamikasini hisobga olish zarur.
3. Kombinatsion antigipertenziv terapiyani kengroq qo‘llash tavsiya etiladi. Ayniqsa, renin–angiotenzin tizimiga ta’sir qiluvchi preparatlar (AKF ingibitorlari yoki ARB)ni diuretiklar yoki kalsiy kanali blokatorlari bilan birgalikda qo‘llash ko‘p hollarda yuqori klinik samaradorlik beradi.
4. Bemorlarning dori qabuliga sodiqligini oshirish bo‘yicha tizimli yondashuv ishlab chiqilishi zarur. Bunda bemor va uning oila a‘zolariga tushuntirish ishlari olib borish, dori qabulini soddalashtirish, bir martalik qabul qilinadigan kombinatsion preparatlardan foydalanish hamda dori nojo‘ya ta’sirlarini nazorat qilish tavsiya etiladi.
5. Uy sharoitida arterial bosim monitoringini joriy etish va imkoniyat bo‘lsa, 24 soatlik arterial bosim monitoringi (ABPM) orqali qon bosimi variabelligini baholash qayta insult xavfini kamaytirish strategiyasini optimallashtirishga yordam beradi.

6. Insultdan keyingi rehabilitatsiya dasturlarini antigipertenziv nazorat bilan integratsiya qilish tavsiya etiladi. Rehabilitatsiya jarayonida arterial bosimni dinamik kuzatish, jismoniy yuklamani individual tanlash va bemorning umumiy funksional holatini baholash qayta insult profilaktikasining muhim qismi bo‘lishi kerak.

7. Birlamchi bo‘g‘in shifokorlari va oilaviy shifokorlar uchun metodik tavsiyalarni kuchaytirish zarur. Chunki insultdan keyingi bemorlarning asosiy qismi ambulator bosqichda kuzatiladi va arterial gipertenziya nazorati aynan shu bosqichda samarali bo‘lishi qayta insult profilaktikasining muvaffaqiyatini belgilaydi.

#### Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Feigin V.L., Norrving B., Mensah G.A. Global burden of stroke. *Circulation*. 2017;136(5):e35–e42.
2. Donnan G.A., Fisher M., Macleod M., Davis S.M. Stroke. *The Lancet*. 2008;371(9624):1612–1623.
3. Sacco R.L., Kasner S.E., Broderick J.P., et al. An updated definition of stroke for the 21st century. *Stroke*. 2013;44(7):2064–2089.
4. Whelton P.K., Carey R.M., Aronow W.S., et al. 2017 ACC/AHA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Hypertension*. 2018;71(6):e13–e115.
5. Williams B., Mancia G., Spiering W., et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2018;39(33):3021–3104.
6. Arima H., Chalmers J. Blood pressure lowering after stroke: evidence, controversies and uncertainties. *Stroke*. 2011;42(11):3365–3371.
7. Rothwell P.M., Howard S.C., Dolan E., et al. Prognostic significance of visit-to-visit variability in systolic blood pressure. *The Lancet*. 2010;375(9718):895–905.
8. Ovbiagele B., Diener H.C., Yusuf S., et al. Level of systolic blood pressure within the normal range and risk of recurrent stroke. *JAMA*. 2011;306(19):2137–2144.
9. Furie K.L., Kasner S.E., Adams R.J., et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack. *Stroke*. 2011;42(1):227–276.
10. Kernan W.N., Ovbiagele B., Black H.R., et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke*. 2014;45(7):2160–2236.
11. Mancia G., Grassi G. The autonomic nervous system and hypertension. *Circulation Research*. 2014;114(11):1804–1814.

- 
12. Qureshi A.I., Palesch Y.Y., Martin R., et al. Effect of systolic blood pressure lowering on outcome in intracerebral hemorrhage. *New England Journal of Medicine*. 2016;375(11):1033–1043.
13. Anderson C.S., Heeley E., Huang Y., et al. Rapid blood-pressure lowering in patients with acute intracerebral hemorrhage. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(25):2355–2365.
14. Brott T., Adams H.P., Olinger C.P., et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke*. 1989;20(7):864–870.
15. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемический инсульт: диагностика, лечение, профилактика. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 432 с.
16. Шмидт Е.В., Кулеш А.А. Инсульт: современные подходы к диагностике и лечению. Санкт-Петербург: СпецЛит; 2016. 368 с.
17. Чазова И.Е., Оганов Р.Г. Артериальная гипертония: клинические рекомендации. Москва: Медицинское информационное агентство; 2019. 256 с.
18. Мартынов А.И., Фомин В.В. Кардиоваскулярная профилактика: руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 320 с.
19. Caplan L.R. *Caplan’s Stroke: A Clinical Approach*. 4th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. 672 p.
20. Adams H.P., del Zoppo G., Alberts M.J., et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. *Stroke*. 2007;38(5):1655–1711.