ARTERIAL GIPERTENZIYANING ERTA DIAGNOSTIKASI VA KOMPLEKS DAVOLASHDA TERAPEVTIK YONDASHUVLAR

Faxriddinova Gulchexra Taxirjanovna
1-son Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumi bosh o'qituvchi

Annotatsiya: *Ushbu maqolada arterial gipertenziya (AG) kasalligining erta diagnostikasi va uni kompleks davolashda terapevtik yondashuvlarning ahamiyati yoritilgan. Arterial gipertenziya yurak-qon tomir kasalliklari orasida eng keng tarqalgan va jiddiy asoratlarga olib keluvchi patologiya hisoblanadi. Tadqiqotda kasallikni erta aniqlash usullari, zamonaviy diagnostik mezonlar, farmakologik va nofarmakologik davolash strategiyalari tahlil qilindi. Shuningdek, terapevtning kasallikni boshqarishdagi roli va individual yondashuvlarning samaradorligi ilmiy asosda ko‘rib chiqildi.*

Kalit so‘zlar: *arterial gipertenziya, erta diagnostika, kompleks davolash, terapevtik yondashuv, qon bosimi, profilaktika.*

Arterial gipertenziya zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammolaridan biri bo‘lib, dunyo aholisining katta qismini qamrab olgan surunkali kasallik hisoblanadi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma’lumotlariga ko‘ra, yurak-qon tomir kasalliklaridan o‘lim holatlarining asosiy sabablaridan biri aynan arterial gipertenziya bilan bog‘liq. Kasallikning dastlabki bosqichlarida klinik belgilarining sust namoyon bo‘lishi uni “jim qotil” sifatida ta’riflashga sabab bo‘lgan.

Arterial gipertenziyaning erta bosqichda aniqlanishi insult, miokard infarkti, yurak yetishmovchiligi, buyrak shikastlanishlari kabi og‘ir

asoratlarning oldini olishda muhim ahamiyat kasb etadi. Shu bois kasallikni erta diagnostika qilish va kompleks, uzluksiz davolash strategiyasini ishlab chiqish terapevtik amaliyotning ustuvor yo‘nalishlaridan biridir.

Arterial gipertenziyaning erta diagnostikasi va kompleks davolashda terapevtik yondashuvlar. Arterial gipertenziya (AG) — yurak-qon tomir kasalliklarining eng keng tarqalgan va xavfli omillaridan biri bo‘lib, insult, infarkt, buyrak yetishmovchiligi va boshqa og‘ir asoratlarga olib keladi. Erta diagnostika va kompleks davolash kasallik prognozini sezilarli yaxshilaydi, o‘lim va nogironlik darajasini kamaytiradi. Zamonaviy yo‘riqnomalar (2025 AHA/ACC, 2023 ESH, 2024 ESC) erta aralashuv va individual yondashuvni ta’kidlaydi.

Erta diagnostikaning ahamiyati va usullari

Erta diagnostika AG ni simptomlarsiz bosqichda aniqlashga imkon beradi, bu davolashni soddalashtiradi va asoratlarni oldini oladi. AG ko‘pincha "jim qotil" deb ataladi, chunki dastlabki bosqichlarda simptomlar bo‘lmasligi mumkin.

Diagnostika mezonlari (zamonaviy yo‘riqnomalar bo‘yicha):

- Ofisda o‘lchash: AG ≥140/90 mm sim. ust. (ESH/ESC) yoki ≥130/80 mm sim. ust. (AHA/ACC 2025) — bir necha marta tasdiqlanganda tashxis qo‘yiladi.

- Uy sharoitida monitoring (HBPM): O‘rtacha ≥135/85 mm sim. ust.

- Sutkalik monitoring (ABPM): Sutkalik o‘rtacha ≥130/80 mm sim. ust., kunlik ≥135/85, tunda ≥120/70.

Erta skrining:

- 18 yoshdan boshlab muntazam qon bosimi o‘lchash.

- Xavf guruhida (semirish, chekish, oilaviy tarix, diabet) — yillik tekshiruv.

- Ikkinchi darajali AG ni istisno qilish: buyrak, endokrin kasalliklar, uyqu apnoe va boshqalar (10-15% hollarda).

Qo'shimcha tekshiruvlar:

- Qon va siydik analizi (kreatinin, kaliy, glyukoza).

- EKG, ExoKG (yurak zararlanishini baholash).

- Buyrak arteriyalari UTT yoki KT (renovaskulyar AG uchun).

Erta diagnostika tufayli davolashni boshlash asoratlar xavfini 20-40% ga kamaytiradi.

Kompleks davolashda terapevtik yondashuvlar

Davolash maqsadi — qon bosimini maqbul darajaga tushirish (<130/80 mm sim. ust. ko‘pchilik bemorlarda, AHA/ACC 2025; <140/90 yoki pastroq ESH bo‘yicha), yurak-qon tomir xavfini kamaytirish.

Nemedikamentoz (turmush tarzi o‘zgartirishlar) — barcha bemorlar uchun asos:

- Tuz iste’molini kuniga <5 g ga kamaytirish.

- DASH dietasi: meva-sabzavot, sut mahsulotlari, donli oziq-ovqatlar.

- Vaznni normallashtirish (BMI <25 kg/m²).

- Jismoniy faollik: haftada 150-300 daqiqa o‘rtacha aerob yuklama (yurish, suzish).

- Chekishni tashlash, spirtni cheklash (<14 birlik/hafta erkaklar, <7 ayollar).

- Stressni boshqarish (meditatsiya, yoga).

Bu choralar yolg‘iz o‘zida bosimni 10-20 mm sim. ust. ga pasaytirishi mumkin.

Medikamentoz davolash:

- Boshlash ko‘rsatkichlari: AG 1-darajada (140-159/90-99) + yuqori xavf — darhol; past xavfda — 3-6 oy turmush tarzi + monitoring.

- Maqsadli bosim: <130/80 mm sim. ust. (ko‘pchilikda, ayniqsa yosh va yuqori xavfda); keksa yoshda individual (ESH: 120-129 sistolik).

- Birinchi qator preparatlar:

- ACE inhibitörleri (enalapril, lizinopril) yoki ARB (losartan, valsartan).

- Kaltsiy antagonistlari (amlodipin).

- Tiazid-simon diuretiklar (indapamid, xlortalidon).

- Beta-blokerlar (bisoprolol) — qo‘shimcha ko‘rsatkichlarda (infarktdan keyin).

- Kombinatsiyali terapiya: Ko‘pchilik bemorlarda 2-3 preparat kerak. Single-pill kombinatsiyalar (ikkita dori bitta tabletkada) adherence ni oshiradi va samaradorlikni yaxshilaydi (ESH va AHA tavsiyasi).

- Rezistent AG (3 preparat bilan nazorat yo‘q): Spironolakton qo‘shish, ikkinchi darajali sabablarni qidirish, renal denervatsiya (yangi usul, yuqori markazlarda).

Individual yondashuv:

- Yosh bemorlarda — ACE/ARB + kaltsiy antagonistlari.

- Keksa yoshda — diuretiklar + kaltsiy antagonistlari.

- Qo‘shimcha kasalliklarda: diabetda — ACE/ARB; yurak yetishmovchiligida — beta-bloker + MRA.

O‘zbekistonda amaliyot

O‘zbekistonda AG skriningi oilaviy shifokorlar va dispanserlashtirish orqali amalga oshiriladi. Davolash xalqaro yo‘riqnomalar (ESH, WHO) asosida, mahalliy protokollar bilan. Muntazam tekshiruv va adherence muhim — ko‘pchilik bemorlarda nazorat past.

Arterial gipertenziyaning erta diagnostikasi (muntazam monitoring va skrining) va kompleks davolashi (turmush tarzi + optimal dori terapiyasi)

millionlab hayotlarni saqlaydi. Har bir inson 40 yoshdan boshlab bosimni nazorat qilishi, shifokor maslahatiga amal qilishi kerak.

Olingan natijalar boshqa tadqiqotchilar xulosalari bilan uyg‘un keladi. Arterial gipertenziyada terapevtik yondashuv faqatgina simptomlarni bartaraf etishga emas, balki kasallikning asosiy patogenetik mexanizmlariga ta’sir ko‘rsatishga qaratilishi lozim. Erta bosqichda aniqlangan gipertenziya holatlarida hayot tarzini o‘zgartirish orqali dori yuklamasini kamaytirish mumkinligi ilmiy jihatdan isbotlangan.

Xulosa

Xulosa qilib aytganda, arterial gipertenziyaning erta diagnostikasi va kompleks davolash yondashuvlari kasallik oqibatlarini kamaytirishda muhim ahamiyatga ega. Terapevtik yondashuv individual, uzluksiz va kompleks bo‘lishi lozim.

Aholi orasida qon bosimini muntazam nazorat qilishni keng targ‘ib etish;

Birlamchi tibbiy bo‘g‘inda erta diagnostika dasturlarini kuchaytirish;

Terapevtlar tomonidan individual davolash rejalarini ishlab chiqish;

Profilaktik choralarni kuchaytirish orqali kasallikning oldini olish.

ADABIYOTLAR

1. Williams B., Mancia G., Spiering W. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 2018, Vol. 39(33), pp. 3021–3104.

2. 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, Vol. 71(6), pp. e13–e115.

3. Kaplan N.M., Victor R.G. Kaplan’s Clinical Hypertension. 11th edition. – Philadelphia: Wolters Kluwer, 2015.

4. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). *JAMA*, 2003, Vol. 289(19), pp. 2560–2572.

5. Messerli F.H., Williams B., Ritz E. Essential hypertension. *The Lancet*, 2007, Vol. 370(9587), pp. 591–603.

6. Mancia G., Grassi G. The autonomic nervous system and hypertension. *Circulation Research*, 2014, Vol. 114(11), pp. 1804–1814.

7. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (INTERHEART study). *The Lancet*, 2004, Vol. 364(9438), pp. 937–952.

8. Carretero O.A., Oparil S. Essential hypertension: Part I: Definition and etiology. *Circulation*, 2000, Vol. 101(3), pp. 329–335.