IKKILAMCHI ARTERIAL GIPERTENZIYA: SABABLARINI ANIQLASH VA SABABGA YO‘NALTIRILGAN DAVOLASH

Röziqulova L.
Davolash ishi fakulteti 329-guruh talabasi
Shodmonova M.
Davolash ishi fakulteti 342- guruh talabasi
Temirov U.
Farmasevtika fakulteti 506 guruh talabasi
Uralova G. stajyor-assistenti
o’qituvchi "Farmakologiya" kafedrasi da
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O‘zbekiston

Annotatsiya. Ikkilamchi arterial gipertenziyada qon bosimi ko‘tarilishining aniq sababi mavjud: buyrak yoki endokrin kasallik, uyqudagi nafas buzilishi yoki dori-moddalar ta’siri. Sababni erta topish davolashni aniqroq yo‘naltirish imkonini beradi, ammo ba’zi bemorlarda sabab bartaraf etilgandan keyin ham bosim to‘liq me’yorlashmaydi. Maqolada adabiyotlar sharhi asosida ikkilamchi gipertenziyaning asosiy sabablari, shubha uyg‘otuvchi klinik belgilar, bosqichma-bosqich tekshiruv va davolash tamoyillari bayon etilgan.

Kalit so‘zlar: arterial gipertenziya, ikkilamchi gipertenziya, birlamchi aldosteronizm, buyrak kasalliklari, renovaskulyar gipertenziya, obstruktiv uyqu apnoesi, diagnostika.

SECONDARY ARTERIAL HYPERTENSION: IDENTIFYING THE CAUSES AND CAUSE-TARGETED TREATMENT

L. Röziqulova

Student of Group 329, Faculty of General Medicine

M. Shodmonova

Student of Group 342, Faculty of General Medicine

Temirov U.
5th-year student, Group 506, Faculty of Pharmacy
Uralova G.A., Probationary Assistant
Department of Pharmacology Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Abstract. Secondary arterial hypertension has a specific, identifiable cause of elevated blood pressure: kidney or endocrine disease, sleep-disordered breathing, or the effects of drugs and other substances. Detecting the cause early allows treatment to be targeted more precisely; however, in some patients blood pressure does not fully normalize even after the cause has been eliminated. Based on a

literature review, the article describes the main causes of secondary hypertension, clinical signs that raise suspicion, stepwise investigation, and principles of treatment.

Keywords: arterial hypertension, secondary hypertension, primary aldosteronism, kidney diseases, renovascular hypertension, obstructive sleep apnea, diagnostics.

Kirish

Arterial gipertenziya yurak-qon tomir kasalliklari, insult va surunkali buyrak kasalligi xavfini oshiradi. JSST ma’lumotiga ko‘ra, 2024-yilda dunyoda 30–79 yoshdagi taxminan 1,4 mlrd kishi (shu yosh guruhining qariyb 33%) gipertenziya bilan yashagan. JSSTning O‘zbekiston profilida shu yosh guruhi uchun tarqalish taxminan 47%, ya’ni qariyb 8 mln kishi deb baholangan. Bu aholi darajasidagi taxminiy baho bo‘lib, alohida shifoxona yoki universitet klinikasi bemorlari bo‘yicha tadqiqot natijasi emas. Bemorlarning ko‘pchiligida birlamchi (essensial) gipertenziya aniqlanadi. Ikkilamchi shaklning ulushi taxminan 5–10% deb baholanadi va tekshirilayotgan guruhga qarab farqlanadi; rezistent gipertenziyada u yuqoriroq bo‘ladi. Ishni murakkablashtiradigan jihat shundaki, ikkilamchi sabablar kam uchraydi, tekshiruvlar esa vaqt va mablag‘ talab qiladi.

Ishning maqsadi

Ikkilamchi arterial gipertenziyaning asosiy sabablarini tahlil qilish, shubha uyg‘otuvchi klinik-laborator belgilarni aniqlash va bosqichma-bosqich diagnostika hamda maqsadli davolash tamoyillarini tizimlashtirish.

Material va uslublar

Ish zamonaviy o‘quv adabiyotlari, xalqaro klinik tavsiyalar (ESC 2024, AHA/ACC 2025, KDIGO 2021) va ilmiy maqolalar tahlili asosida bajarilgan. Ma’lumotlarni tavsiflash, qiyoslash va tizimli tahril qilish uslublaridan foydalanilgan.

Asosiy qism va natijalar Tahlillar shuni ko‘rsatadiki, ikkilamchi arterial gipertenziyani tekshirish barcha bemorga emas, balki klinik shubhasi bor bemorlarga rejalashtiriladi. Istisno sifatida birlamchi aldosteronizm bo‘yicha Endokrin jamiyat tavsiyasi alohida ko‘rib chiqiladi. Ikkilamchi arterial gipertenziyaning asosiy sabablari, mexanizmlari va dastlabki tekshiruv usullari quyidagi jadvalda umumlashtirildi:

Sabab	Mexanizm	Klinik / laborator ishoralar	Dastlabki tekshiruv
Buyrak parenximasi kasalliklari	Natriy va suvning ushlanishi, RAAT faollashuvi	Proteinuriya/albuminuriya, kreatinin oshishi	Siydik tahlili, albuminuriya, kreatinin, eGFR
Renovaskulyar gipertenziya	Buyrak arteriyasi torayishi renin ajralishini kuchaytiradi	To‘satdan boshlanish yoki tez yomonlashuv, buyrak funksiyasining keskin o‘zgarishi	Doppler UTT, KT yoki MR angiografiya
Birlamchi aldosteronizm	Reninga nisbatan ortiqcha aldosteron: natriy ushlanadi, kaliy yo‘qoladi	Gipokaliemiya bo‘lishi mumkin, biroq normal kaliy kasallikni inkor etmaydi	Aldosteron-renin nisbati
Boshqa endokrin sabablar	Katexolamin, kortizol yoki qalqonsimon bez gormonlari ta’siri	Xurujsimon bosh og‘rig‘i, taxikardiya, terlash; Kushing belgilari	Metanefrinlar, kortizol, TTG
Obstruktiv uyqu apnoesi	Takroriy gipoksiya simpatik faollikni oshiradi	Qattiq xurrak, uyquda nafas to‘xtashi, kunduzgi uyquchanlik, semizlik	Uyqu tekshiruvi (poligrafiya / polisomnografiya)
Dori va moddalar	Tomir tonusi yoki suyuqlik balansiga ta’sir	NSYAVP, glyukokortikoidlar, simpatomimetiklar, gormonal vositalar, qo‘shimchalar	Barcha dori va qo‘shimchalar anamnezi

Obstruktiv uyqu apnoesi ikkilamchi gipertenziyaning eng ko‘p uchraydigan sabablaridan biri sifatida e’tirof etiladi.

Shubha uyg‘otuvchi belgilar:

- Gipertenziyaning yoshlikda boshlanishi;
- Avval nazoratda bo‘lgan bosimning to‘satdan ko‘tarilishi;
- Diuretikni o‘z ichiga olgan uch xil dori bilan nazorat qilib bo‘lmasligi yoki to‘rt va undan ortiq preparatga ehtiyoj (rezistent gipertenziya);
- Gipokaliemiya;
- Buyrak funksiyasining sababsiz yomonlashuvi;
- Xurujsimon simptomlar yoki uyqu apnoesi belgilari.

Bunday holatlarda avval o‘lchash texnikasi, dori qabuliga rioya va oq xalat effekti istisno qilinadi.

Diagnostika bosqichlari:

1. **Bosimni tasdiqlash:** To‘g‘ri manjetkada takroriy o‘lchash, imkon bo‘lsa uyda yoki sutkalik ambulator monitoring. Sutkalik monitoring shubhali ikkilamchi gipertenziyani baholashda muhim o‘rin tutadi.
2. **Anamnez va ko‘rik:** Boshlanish yoshi, oilaviy tarix, uyqu, ovqatlanish, alkogol, chekish, barcha dori va qo‘shimchalar, vazn va puls.
3. **Dastlabki laboratoriya:** Elektrolitlar, kreatinin/eGFR, glyukoza yoki HbA1c, lipidlar, siydik tahlili; ko‘rsatma bo‘lsa EKG.
4. **Maqsadli tekshiruvlar:** Shubhaga qarab aldosteron-renin nisbati, metanefrinlar, kortizol, qalqonsimon bez testlari, buyrak tasviri yoki uyqu tekshiruvi. Skrining natijasi klinik kontekstda talqin qilinadi, zarur bo‘lsa tasdiqlovchi test o‘tkaziladi.

Birlamchi aldosteronizm bo‘yicha 2025-yilgi Endokrin jamiyat tavsiyasi barcha gipertenziyali bemorlarni aldosteron va renin o‘lchash orqali skrining qilishni taklif qiladi, chunki kasallik kam aniqlanadi va kam davolanadi. Shu sababli bu sabab uchun “faqat shubha bo‘lganda” yondashuvi kengroq tushunilishi lozim.

Davolash tamoyillari:

- **Sababga yo‘naltirilgan davo:** Buyrak kasalliklarida nefroprotektiv yondashuv qo‘llaniladi, bunda bosimni nazorat qilish bo‘yicha KDIGO 2021 tavsiyalariga tayaniladi. Renovaskulyar holatlarda qaror individual qabul qilinadi. Endokrin sabablar maxsus davolanadi.
- **Birlamchi aldosteronizm:** Jarrohlik yoki mineralokortikoid retseptori antagonistlari (MRA) bilan davolash taklif etiladi. Dori tanlanganda spironolakton arzonligi va keng mavjudligi uchun afzal ko‘riladi,

eplerenon kabi tanlovchi MRA esa yon ta’sirlar tufayli ayrim holatlarda qulay bo‘lishi mumkin. Kaliy va buyrak funksiyasi kuzatiladi.

- **Antigipertenziv terapiya:** Asosiy guruhlar: AAF ingibitorlari yoki angiotenzin II retseptori blokatorlari, uzoq ta’sirli kalsiy kanali blokatorlari va tiazid yoki tiazidsimon diuretiklar. AAF ingibitori va ARB odatda birga berilmaydi. RAAT ga ta’sir qiluvchi dori boshlanganda yoki dozasi o‘zgarganda kreatinin va kaliy nazorat qilinadi. Tanlovda buyrak funksiyasi, kaliy, hamroh kasalliklar, homiladorlik ehtimoli va dori o‘zaro ta’siri inobatga olinadi.
- **Turmush tarzi:** Tuzni kamaytirish, sabzavot va mevaga boy ovqat, vazn nazorati, jismoniy faollik, chekishni tashlash, alkogolni cheklash, uyda bosimni qayd etish va rejali nazorat tashriflari.

Muhokama

Ikkilamchi gipertenziyada asosiy vazifa har bir bemorga bir xil keng tekshiruvlar to‘plamini buyurish emas, balki klinik belgilarga qarab to‘g‘ri sababni qidirishdir. Maqsadli yondashuv keraksiz xarajat va yolg‘on ijobiy natijalarni kamaytiradi. Ayni paytda sabab bartaraf etilsa ham bosim har doim me’yorlashavermaydi: bu holat birga kechayotgan birlamchi gipertenziya yoki qaytmas tomir o‘zgarishlari bilan izohlanadi, shuning uchun sababni erta aniqlash muhim. Maqola adabiyotlar sharhi bo‘lib, muayyan bemor uchun qaror shifokor ko‘rigi va mahalliy protokollarga asoslanishi kerak.

Xulosa

Ikkilamchi gipertenziyada sababni aniqlash va unga mos davolash natijani yaxshilashi mumkin. Yoshlikda boshlanish, to‘satdan kuchayish, rezistentlik, gipokaliemiya, buyrak yoki endokrin belgilar maqsadli tekshiruvga asos bo‘ladi; birlamchi aldosteronizm uchun esa kengroq skrining tavsiya etilmoqda. Davolash sababga yo‘naltirilgan terapiya, oqilona farmakoterapiya va muntazam kuzatuvni birlashtirishi kerak.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. World Health Organization. Hypertension. Fact sheet. 25 September 2025. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
2. World Health Organization. Global report on hypertension 2025. Hypertension profile: Uzbekistan.
3. McEvoy J.W., McCarthy C.P., Bruno R.M., et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45(38):3912–4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178.

4. Jones D.W., Ferdinand K.C., Taler S.J., et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. J Am Coll Cardiol. 2025. doi:10.1016/j.jacc.2025.05.007.
5. Rimoldi S.F., Scherrer U., Messerli F.H. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? Eur Heart J. 2014;35(19):1245–1254. doi:10.1093/eurheartj/eht534.
6. Adler G.K., Stowasser M., Correa R.R., et al. Primary Aldosteronism: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2025;110(9):2453–2495. doi:10.1210/clinem/dgaf284.
7. KDIGO Blood Pressure Work Group. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2021;99(3S):S1–S87. doi:10.1016/j.kint.2020.11.003.