



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

4 (90) 2026

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОИВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (90)

2026
апрель

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2026, Accepted: 06.04.2026, Published: 10.04.2026

УЎК 616-616.1/6-616.03/06+615.03

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИНИНГ КЛИНИК-ГЕМОДИНАМИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Адизова Д.Р. <https://orcid.org/0000-0002-0922-8074> Email: adilnavoz79@gmail.com
Жарилкасинова Г.Ж. <https://orcid.org/0000-0001-5376-3034> Email: bukhara72@gmail.com

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Артериал гипертензия (АГ) ва буйрак дисфункцияси ўзаро бир-бири билан чамбарчас боғлиқ бўлган патофизиологик жараён бўлиб, улар бири-бирини кучайтирувчи хусусиятга эга. Буйрак касалликлари юқори артериал босим симптоми билан кечса, ўз навбатида АГ ҳам буйрак дисфункцияси ривожланишининг асосий сабабларидан ҳисобланади. Мақолада артериал гипертония ва унинг негизда ривожланган буйраклар дисфункцияси мавжуд ҳамда буйрак дисфункцияси ривожланмаган икки гуруҳ беморларнинг клиник ва гемодинамик хусусиятлари солиштирма тахлили натижалари келтирилган.

Калит сўзлар: артериал босим, артериал гипертония, буйрак дисфункцияси, суткалик индекс, ортиқча тана вазни, семизлик.

КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Адизова Д.Р. <https://orcid.org/0000-0002-0922-8074> Email: adilnavoz79@gmail.com
Жарилкасинова Г.Ж. <https://orcid.org/0000-0001-5376-3034> Email: bukhara72@gmail.com

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Артериальная гипертензия (АГ) и дисфункция почек представляют собой взаимосвязанные патофизиологические процессы, обладающие взаимоусиливающим характером. Заболевания почек часто сопровождаются повышением артериального давления, в то время как сама артериальная гипертензия является одной из основных причин развития почечной дисфункции. В статье представлены результаты сравнительного анализа клинических и гемодинамических особенностей двух групп пациентов: с артериальной гипертензией и сопутствующей дисфункцией почек, а также с артериальной гипертензией без признаков почечной дисфункции.

Ключевые слова: артериальное давление, артериальная гипертензия, дисфункция почек, суточный индекс, избыточная масса тела, ожирение

CLINICAL AND HEMODYNAMIC FEATURES OF THE COURSE OF ARTERIAL HYPERTENSION AND RENAL DYSFUNCTION

Adizova D.R. <https://orcid.org/0000-0002-0922-8074> Email: adilnavoz79@gmail.com
Jarilkasinova G.J. <https://orcid.org/0000-0001-5376-3034> Email: bukhara72@gmail.com

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ *Resume*

Arterial hypertension (AH) and renal dysfunction are closely interrelated pathophysiological processes characterized by a mutually aggravating effect. Kidney diseases are often accompanied by elevated blood pressure, while arterial hypertension, in turn, represents one of the leading factors contributing to the development of renal dysfunction. This study presents the results of a comparative analysis of clinical and hemodynamic characteristics in patients with arterial hypertension with and without concomitant renal dysfunction.

Keywords: blood pressure, arterial hypertension, renal dysfunction, circadian index, overweight, obesity.

Долзарблиги

Замонавий тушунчаларга кўра, артериал гипертензия (АГ) (ёки гипертония касаллиги) сурункали кечадиган хасталик саналиб, унинг асосий кўриниши қон босимнинг ошишидир. Систолик қон босими ≥ 140 мм.сим.уст. ва/ёки диастолик қон босими ≥ 90 мм.сим.уст. нинг ошиши 60 ёшдан ошган шахсларнинг тахминан 60% да кузатилади. Россия Федерациясида эркаклар ва аёлларнинг 40% дан ортиғи АГ билан касалланган. Адабиётлардаги маълумотларга кўра, ҳар йили 37 млн кишида юқори қон босими биринчи марта аниқланади [1,2]. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертларининг таъкидлашича, АГ билан боғлиқ ўлим тахминан 7,6 миллион ҳолатни ташкил этади [3]. Башоратларга кўра, яқин йилларда АГ билан касалланган беморлар сони 20% га ошиб, тахминан 1,9 миллиардга етади [4].

АГ билан оғриган беморларда буйрак дисфункциясининг шаклланиши нисбатан эрта муддатларда содир бўлса ҳам, ташхис жуда кеч қўйилади. Қўшни Қирғизистонда ўтказилган тадқиқотда АГ билан оғриган беморлар орасида СБК тарқалиши 28,5% ни ташкил этган [5]. Барча текширилган беморлар орасида ($n=189$) цистатин С бўйича буйрак фаолиятининг бироз пасайиши 57,6% ҳолларда қайд этилган. АГ нинг СБК билан ўзаро боғлиқлигини ўрганиш ҳҚФТ пасайишининг юқори тарқалиши асосан қон босими кўтарилишининг давомийлиги, атероген дислипидемия, гипертоник нефроангиосклероз, шунингдек ёндош касалликлар мавжудлиги билан белгиланади. Россия Федерацияси нефрологлар илмий жамияти нашрларида келтирилганидек, назорат қилинмайдиган АГ да буйракларнинг филтрлаш фаолияти аста-секин ёмонлашиб, йилда тахминан 13% га пасаяди [6]. Гипертриглицеридемия юрак қон-томир асоратлари ва СБК нинг мустақил омили сифатида юрак ва буйрак зарарланиши бўлган АГ билан оғриган беморлар орасида энг кўп аниқланган. АГ ва ЮИК билан оғриган беморларнинг қон зардобидаги триглицеридлар миқдори $2,04 \pm 0,3$ ммол/л тенг бўлган, АГ ва СБК билан оғриганларда эса кўрсаткич $3,71 \pm 1,1$ ммол/л ни ташкил этган. Атероген дислипидемиянинг буйракларнинг гломеруло- ва тубулоинтерстициал тўқималарига зарарли таъсири қатор нашрларда кўрсатилган [7,8]. Аниқланишича, паст зичликдаги липопротеид рецепторларига эга бўлган коптокчаларнинг мезангиал хужайралари липидларни боғлайди ва оксидлайди, натижада мезангиал хужайралар пролиферацияси ҳамда гломерулосклероз ривожланишини рағбатлантирувчи яллиғланиш олди цитокинлари ишлаб чиқарилиши кучаяди [9]. Ўз навбатида, коптокчалар базал мембранасида тўпланган липидлар манфий зарядланган гликозаминогликанларни боғлайди ва унинг манфий зарядини нейтраллаб, коптокча мембранасининг оқсиллар учун ўтказувчанлигини оширади. Атероген дислипидемия таъсирида буйрак тубулоинтерстициал тўқимасининг шикастланиши липид заррачаларининг тўпланиши натижасида каналчалар тузилишининг бузилиши юзага келади [6,8].

Бундан ташқари буйрак дисфункциясининг юзага келишида кекса ёш, нефронлар сонининг кам бўлиши (туғилганда кам тана массаси билан туғилиш), иркий ва этник, ирсий омил, буйрак ўткир шикастланишини ўтказиш, қандли диабет, АГ, дислипидемия, чекиш, семизлик, метаболик синдром, ноалкогольли ёғли гепатоз, гиперурикемия, аутоиммун касалликлар сурункали ёки тизимли инфекциялар, буйрак тош касалликлари, сийдик йўллари обструктив касалликлари, дори воситалари билан захарланиш, кўп миқдорда оқсил қабул қилиш, хомиладорлик каби омилларнинг аҳамияти катта. Замонавий адабиётларда семизлик ва метаболик синдромнинг АГ ва унинг асоратланиши билан ассоциациясини асослаб берувчи қатор илмий ишларни кузатиш мумкин [10,11].

Тадқиқот мақсади: юқоридагиларни инобатга олиб АГ ва унинг негизида буйрак дисфункцияси ривожланган беморларни клиник гемодинамик хусусиятларини ўрганишни мақсад қилиб қўйдик.

Текширув материал ва услублари

Илмий тадқиқот ишимиз 2022–2025 йиллар давомида Бухоро давлат тиббиёт институтининг кўп тармоқли клиникасида амбулатор ва стационар даводаги артериал гипертензия ва унинг негизида ривожланган буйрак дисфункцияси мавжуд беморларда олиб борилди. Тадқиқотга жами 160 нафар шахс жалб этилиб, биринчи асосий кичик гуруҳни 80 нафар артериал гипертензия негизида буйраклар дисфункцияси, яъни сурункали буйрак касаллиги ривожланган беморлар ташкил этди. Иккинчи кичик гуруҳ 80 нафар артериал гипертензия мавжуд, аммо буйрак дисфункцияси ривожланмаган беморлардан иборат бўлди. Артериал гипертензия ташхиси 2018 ва 2024 йилда қабул қилинган Европа кардиологлари ассоциацияси (European Society of Cardiology – ESC)нинг артериал гипертензия бўйича клиник тавсиялари мезонларига асосан қўйилди. Буйрак дисфункцияси эса 2021 ва 2024 йилда қабул қилинган KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) мезонларига мувофиқ ташхисланди.

Тадқиқотдан истисно қилишга асос бўлган мезонлар: Ўткир миокард инфаркти ва ностабил стенокардиялар (сўнгги 6 ой ичида), ўткир буйрак етишмовчилиги, ўткир гломерулонефрит, оғир аритмиялар, туғма юрак нуқсонлари, бош мияда қон айланишни ўткир бузилиши, аутиммун касалликлар, бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари, ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликларининг авж олиш даври, оғир даражадаги СБК, жигар касаллиги, бронхиал астма, ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг кўзиш даври, рухий ҳамда онкологик касалликлари мавжуд бўлган беморлар, иккиламчи АГ ва қандли диабет.

Барча беморларда уларнинг шикоятлари, ҳаёт анамнези, умумий клиник ҳолати, умум қабул қилинган лаборатор таҳлиллар: умумий қон ва пешоб таҳлили, биокимёвий таҳлиллар (креатинин, мочевино, липид профили, глюкоза), цистатин-С кўрсаткичлари ўтказилди.

Натижа ва таҳлиллар

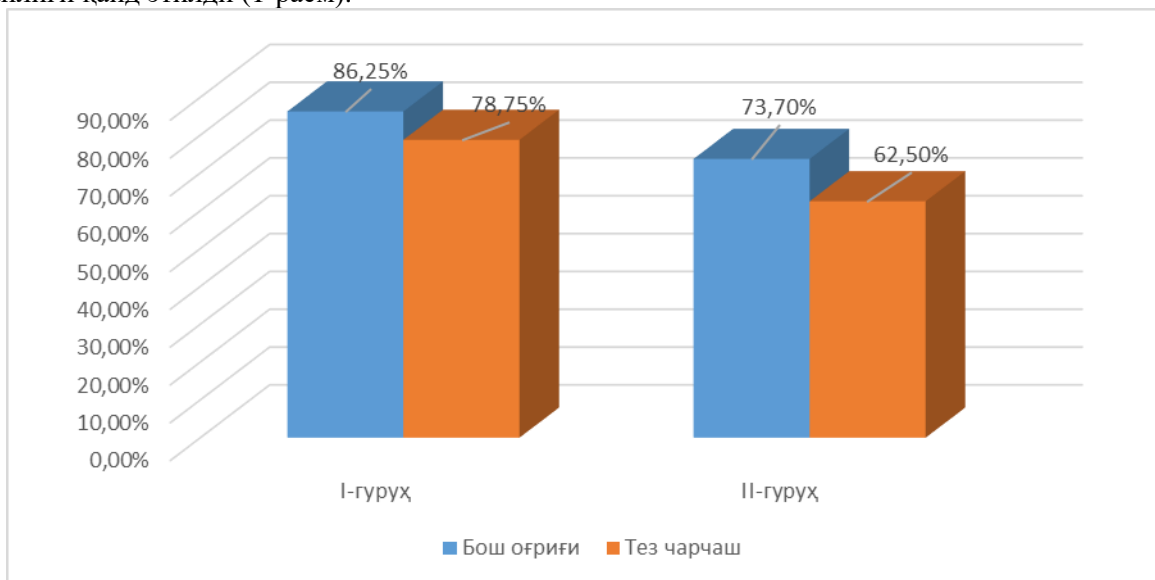
Биринчи кичик гуруҳда иштирок этган беморларнинг ўртача ёши $62,42 \pm 7,8$ йилни ташкил этди, уларнинг жинсий таркибида 33 нафар (41,25%) эркак ва 47 нафар (58,75%) аёллар қайд этилди. Иккинчи кичик гуруҳ (артериал гипертензия мавжуд, аммо буйрак дисфункцияси кузатилмаган) 80 нафар бемордан иборат бўлиб, уларнинг ўртача ёши $63,11 \pm 7,5$ йилни ташкил қилди; жумладан, 26 нафар (32,5%) эркак ва 54 нафар (67,5%) аёллар аниқланди. Ҳар икки гуруҳда ҳам аёллар улуши устун бўлганига қарамадан, буйрак дисфункцияси ривожланган гуруҳда эркаклар нисбатан кўпроқ учраши қайд этилди. Ушбу тенденция айрим халқаро тадқиқотлар натижалари билан қисман мос келади, жумладан, KDIGO тавсияларида ҳам буйрак касалликларининг прогрессиясида жинсга боғлиқ фарқлар мавжудлиги таъкидланган. Шунингдек, айрим тадқиқот натижаларига кўра, сурункали буйрак касалликлари умумий тарқалишида аёллар устун бўлса-да, касалликнинг оғир босқичлари ва прогрессияси эркакларда кўпроқ кузатилади [12]. Шу билан бирга, тадқиқотларимиз асосида буйрак дисфункциясининг жинсга боғлиқ тарқалиши ва хавф омиллари ҳақида қатъий хулоса чиқариш чекланган. Бунинг учун репрезентатив танлов асосида ўтказилган, кенг камровли, проспектив эпидемиологик тадқиқотлар зарур ҳисобланади.

Антропометрик кўрсаткичлар таҳлили буйрак дисфункцияси кузатилган АГли беморларнинг ўртача тана вазни $80,76 \pm 14,08$ ва ўртача бўйи $167,08 \pm 8,7$ ни ташкил этишини, тана вазни индекси эса $28,85 \pm 4,22$ дан иборат эканлигини кўрсатди. Иккинчи гуруҳда бу кўрсаткичлар мос равишда $84,68 \pm 15,02$, $167,11 \pm 7,1$ ва $30,40 \pm 5,5$ далиги қайд этилди.

Биринчи гуруҳдаги беморларда меъерий тана вазни индекси 13 (16,25%), ортиқча тана вазни 36 (45%), семизлик ташхисланган беморлар 21 (38,75%) ҳолатда учради. Иккинчи гуруҳда меъерий тана вазни индекси 10 (12,5%), ортиқча тана вазни 36 (45%), семизлик ташхисланган беморлар 24 (42,5%) ҳолатни ташкил этди. Ортиқча тана вазни ва семизлик АГнинг асоратланишида асосий хавф омиллари сифатида ўз исботини топган. Шундай бўлсада, текширилган беморларнинг аксарияти сурункали буйрак касаллигининг 3А босқичига мансуб бўлишига қарамадан буйрак дисфункцияси мавжуд гуруҳда тана вазни индекси нисбатан паст

экани аниқланди, ваҳоланки, ушбу босқичда одатда яққол катаболик ўзгаришлар клиник аҳамият касб этмайди. Ушбу ҳолат, эҳтимол, сурункали буйрак касаллигига хос бўлган эрта метаболик ўзгаришлар — жумладан, субклиник яллиғланиш ва оксил-энергетик етишмовчиликнинг бошланғич белгилари билан изоҳланади.

Таҳлил натижаларига кўра, бош оғриғи ва тез чарчаш артериал гипертензия негизидаги асосий клиник белгилар бўлиб, уларнинг тарқалиши буйрак дисфункцияси мавжуд беморларда мос равишда 86,25% ва 78,75% ни ташкил этди, бу белгилар иккинчи асосий гуруҳда мос равишда 73,70% ва 62,50% бўлиб, биринчи гуруҳда иккинчи асосий гуруҳга нисбатан юқори эканлиги қайд этилди (1-расм).



1-расм. Турли гуруҳдаги беморларда бош оғриғи ва тез чарчаш шикоятлари учраш сони

Ҳаракатда нафас қисиши ва дизурик ҳолатлар биринчи асосий гуруҳда нисбатан кўп учраганлиги (72,2% ва 58,9%), бу ҳолат юрак ва буйрак гемодинамикаси ўзаро таъсири ва натрий-сув мувозанати бузилиши билан изоҳланди. Шунингдек ушбу белгилар иккинчи асосий гуруҳда мос равишда 48,9% ва 34,4% учраганлиги қайд этилди (2-расм).

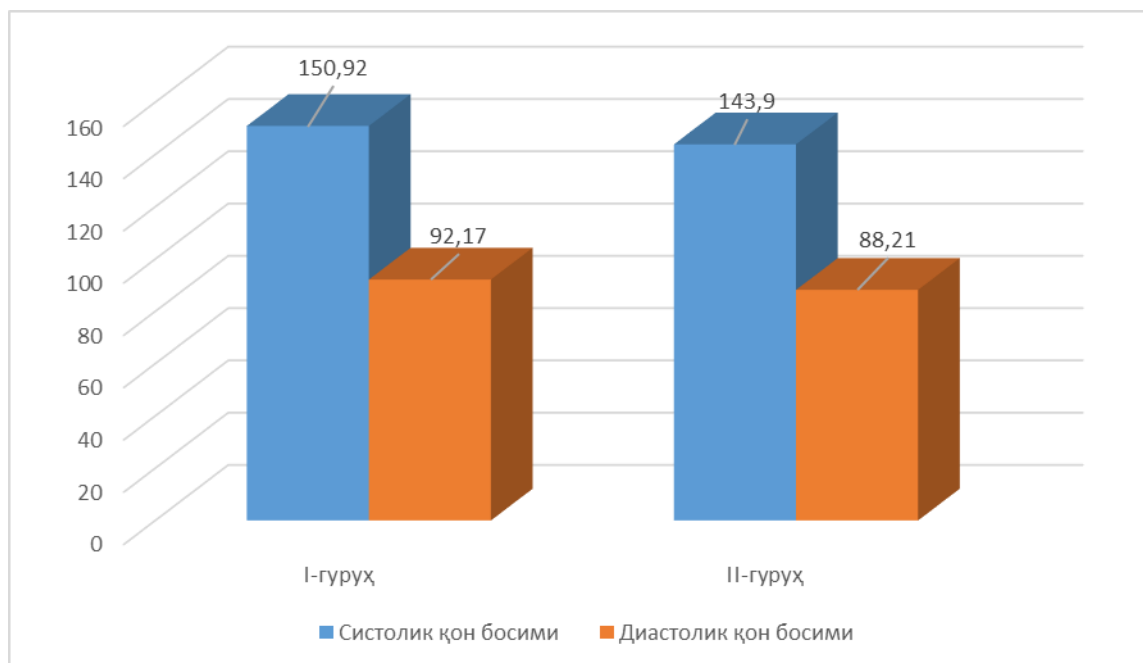


2-расм. Турли гуруҳларда нафас қисиш ва дизурик ҳолатларга шикоят қилган беморлар сони

Шунингдек, тадқиқотимиздаги беморларда артериал қон босимини баҳолаш мақсадида унинг бир кеча-кундузлик мониторинги ўтказилди. Мониторинг натижалари асосида

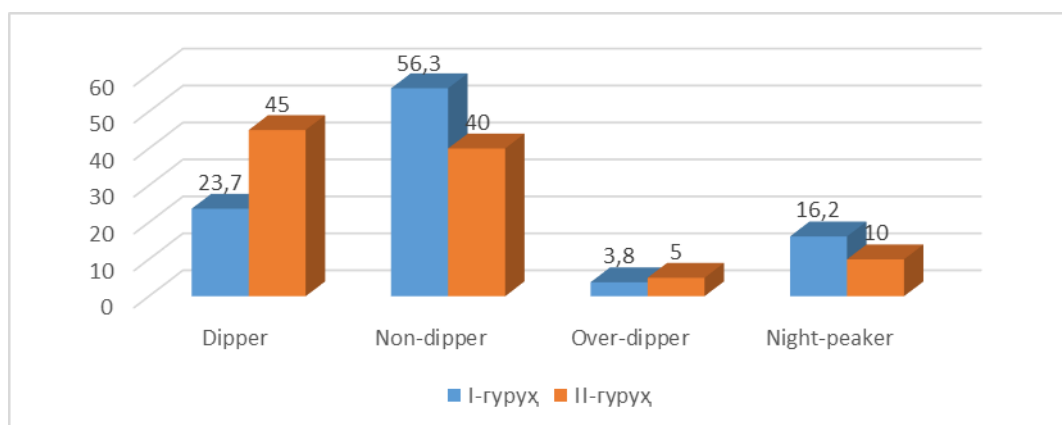
беморларнинг қон босими профили, циркад ўзгариш турлари ва гемодинамик кўрсаткичлар таҳлил қилинди.

Қуйидаги 3-расмда беморларнинг бир кеча-кундузлик ўртача қон босими тасвирланган. Асосий биринчи гуруҳда кўрсаткич 150,92 мм сим.уст., диастолик босим 92,17 мм сим.уст., иккинчи асосий гуруҳда мос равишда 143,9 ва 88,21 мм сим.уст эканлиги қайд этилди.



3-расм. Гуруҳлар ўртасида систолик ва диастолик қон босимининг солиштирма таҳлили

Изданишларимиз натижаларига кўра буйрак дисфункцияси ривожланган биринчи гуруҳда артериал босимнинг кечқурунги тушиш даражасига қараб хронотипларнинг тақсимланишида диппер 23,7%, етарлича тушмаслиги 56,3%, АБ даражасининг 20% дан ортиқ тушишини 3,8% ва АБ нинг тунги кўтарилиши хос бўлган беморлар 16,2%ни ташкил этди. Иккинчи гуруҳ беморларда АБ даражасининг 10-20% га тушиши 45% беморда қайд этилган бўлса, 10% дан кам кўрсаткичда тушиш 40%, овер-дипперлар 5% ва тунги юқори гипертензия профили 10%ни ташкил этди (4-расм).



4-расм. АБнинг кечқурунги тушиш даражасига мувофиқ беморларнинг тақсимланиши

Артериал гипертензия ва буйрак дисфункцияси билан оғриган беморларда буйрак шикастланмаган беморларга нисбатан ўртача суткалик артериал қон босими даражасининг

юқори кўрсаткичлари аниқланди. Бу буйрак дисфункциясида ренин-ангиотензин-альдостерон тизимининг янада юқори фаоллиги, натрийнинг кўп ушлаб қолиниши ва циркад ритм бузилишидан далолат беради. Буйрак дисфункцияси мавжуд беморларда артериал босим даражаси юқорилиги патофизиологияси мураккаб ва кўплаб омилларнинг натижаси ҳисобланади, нефрон массасининг камайиши, натрийнинг кўпайиши ва хужайрадан ташқари суюқлик ҳажмининг ошиши, симпатик асаб тизими гиперактивлиги, гормонлар, шу жумладан ренин-альдостерон-алдостерон тизимининг фаоллашиши ва эндотелиал дисфункция шулар жумласидандир [13].

Хулоса

Артериал гипертензияли беморларнинг атиги 17,5% нормал тана массаси индексига эга. Бу шуни англатадики, АГда хавф омили сифатидаги роли тасдиқланган семизлик Соғлиқни сақлаш тизими даражасидаги чора-тадбирларга қарамай ҳали ҳам юқори тарқалишга эга. АГ нинг ўзига хос юқори специфик белгилари йўқ, лекин буйрак дисфункцияси беморларда астенизациянинг кучайишига олиб келади. Буйрак дисфункцияси мавжуд беморларда артериал босим даражаси юқорилигининг мураккаб ва кўп омилли патофизиологияси ўз вақтида стандарт гипотензив препаратларни етарли дозада ва комбинацияда қўллаб, АБ даражасини мақсадли кўрсаткичда сақлаб туришни талаб этади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Кобалава Ж.Д., Троицкая Е.А., Колесник Э.Л. Современные рекомендации по артериальной гипертензии: согласованные и несогласованные позиции. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2019;15(1):105–114.
2. Уваровская Б.В., Мельник М.В., Князева С.А. Распространенность факторов риска артериальной гипертензии у мужчин призывного возраста. Системные гипертензии. 2021;18(2):88–93.
3. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А., и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 года: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014;13(4):4–14.
4. Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В., и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(3):3786.
5. Муркамилов И.Т., Айтбаев К.А., Фомин В.В., Муркамилова Ж.А., Астанин П.А., Юсупова Т.Ф., Юсупов Ф.А. Поражения почек при гипертонической болезни. Клиническая медицина. 2023;101(11):569–576.
6. Клинические рекомендации. Хроническая болезнь почек (ХБП). Нефрология. 2021;25(5):10–82.
7. Бобкова И.Н., Козловская Л.В., Цыгин А.Н., Шилов Е.М. Клинические рекомендации по диагностике и лечению фокально-сегментарного гломерулосклероза. Нефрология. 2015;19(1):78–85.
8. Бобкова И.Н., Гуссаова С.С., Ставровская Е.В. Поражение почек при ожирении: варианты течения, механизмы развития. Терапия. 2019;5(6):87–93.
9. Чеботарева Н.В., Бобкова И.Н., Козловская Л.В., и др. Мочевые маркеры подоцитарной дисфункции в оценке прогноза хронического гломерулонефрита. Современная медицинская наука. 2012;1:81–92.
10. Rashidbeygi E, Safabakhsh M, Delshad Aghdam S, et al. Metabolic syndrome and its components are related to a higher risk for albuminuria and proteinuria: Evidence from a meta-analysis on 10,603,067 subjects from 57 studies. *Diabetes Metab Syndr*. 2019;13(1):830–843. doi:10.1016/j.dsx.2018.12.006.
11. Chang AR, Grams ME, Ballew SH, et al. Adiposity and risk of decline in glomerular filtration rate: meta-analysis of individual participant data in a global consortium. *BMJ*. 2019;364:k5301. doi:10.1136/bmj.k5301.
12. Carrero JJ, Hecking M, Chesnaye NC, et al. Sex and gender disparities in the epidemiology and outcomes of chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol*. 2018;14(3):151–164. doi:10.1038/nrneph.2017.181.
13. Ku E, Lee BJ, Wei J, Weir MR. Hypertension in CKD: Core Curriculum 2019. *Am J Kidney Dis*. 2019;74(1):120–131. doi:10.1053/j.ajkd.2018.12.044.

Қабул қилинган сана 20.03.2026