



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-3. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

UDC 175.36-56

ORTOSTATIK GIPOTENZIYA: ERTALABKI BOSH AYLANISHINING PATOLOGIYALARI, SABABLARI, DIAGNOSTIKASI VA OLDINI OLISH USULLARI (ADABIYOTLAR SHARHI)



Ergashova Marjona Baxtiyor qizi

**Toshkent Kimyo Xalqaro Universiteti talabasi, marjonaergasheva117@gmail.com,
<https://orcid.org/0009-0008-7125-0978>**

Maqsad. Ortostatik gipotenziyaning epidemiologiyasi, patofiziologik mexanizmlari, etiologik omillari, klinik belgilari, zamonaviy diagnostika usullari, differensial diagnostikasi hamda farmakologik va nofarmakologik davolash strategiyalarini zamonaviy ilmiy adabiyotlar asosida tahlil qilish.

Material va usullar. PubMed, Scopus, Google Scholar va boshqa ilmiy ma'lumotlar bazalarida ortostatik gipotenziya, ortostatik intolerans, barorefleks, autonom nerv tizimi disfunksiyasi, cerebral hypoperfusion va orthostatic blood pressure kabi kalit so'zlar yordamida ilmiy adabiyotlar tahlil qilindi. Sharhga konsensus hujjatlari, klinik qo'llanmalar, tizimli sharhlar, klinik tadqiqotlar va diagnostika hamda davolashga oid ilmiy maqolalar kiritildi.

Natijalar. Ortostatik gipotenziya ko'proq o'tirgan holatdan tik holatga o'tganda arterial qon bosimining yetarli darajada saqlanib qolmasligi bilan tavsiflanadi. Konsensus mezonlariga ko'ra, tik turgandan keyingi dastlabki 3 daqiqa ichida sistolik arterial bosimning kamida 20 mm simob ustuniga yoki diastolik arterial bosimning kamida 10 mm simob ustuniga pasayishi diagnostik ahamiyatga ega. Ortostatik gipotenziyaning asosida gravitatsiya ta'sirida qonning pastki ekstremitalar va qorin bo'shlig'i venoz tizimida vaqtincha to'planishi, venoz qaytish va yurak chiqishining kamayishi hamda bunga javoban barorefleks mexanizmlarining yetarli darajada faollashmasligi yotadi. Klinik jihatdan bosh aylanishi, ko'z oldining qorong'lashishi, holsizlik, ko'rishning xiralashishi, nafas siqishi va ba'zi hollarda hushdan ketish kuzatiladi. Ertalabki simptomlarning kuchayishida uzoq vaqt yotish, suyuqlik qabulining yetarli emasligi, organizmdagi aylanib yuruvchi qon hajmining nisbatan kamayishi va tik holatga keskin o'tish muhim ahamiyatga ega. Ortostatik gipotenziyaning 1-shakli neyrogen shakldir. Neyrogen shaklda autonom nerv tizimi va barorefleks faoliyati buziladi; neyrogen bo'lmagan shaklda esa suvsizlanish, qon yo'qotish, anemiya, dori vositalari va boshqa holatlar asosiy sabab bo'ladi. Diagnostikaning asosiy usuli yotgan va tik turgan holatda arterial qon bosimi hamda yurak urish tezligini ketma-ket o'lchashdir. Klinik shubha yuqori bo'lib, oddiy ortostatik test natijasi manfiy bo'lsa, boshni yuqoriga ko'tarish testi (tilt-table test) qo'llanilishi mumkin. Davolashda asosiy maqsad arterial bosimni mutlaq normallashtirishdan ko'ra simptomlarni kamaytirish va bemorning hayot sifatini yaxshilashdir.

Kalit so'zlar: ortostatik gipotenziya, arterial qon bosimi, barorefleks, autonom nerv tizimi, cerebral gipoperfuziya, ortostatik intolerans, neyrogen ortostatik gipotenziya, suvsizlanish, anemiya, tilt-table testi.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-3. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕНЗИЯ: ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА УТРЕННЕГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Эргашова М.Б

ORCID:<https://orcid.org/0009-0008-7125-0978>

Аннотация

Цель: провести анализ современных представлений об эпидемиологии, патофизиологических механизмах, этиологических факторах, клинических проявлениях, диагностике, дифференциальной диагностике и современных подходах к лечению ортостатической гипотензии.

Материал и методы. Проанализированы научные публикации, консенсусные документы, клинические рекомендации и обзоры, посвящённые ортостатической гипотензии, ортостатической непереносимости, барорефлекторным механизмам и дисфункции автономной нервной системы. Поиск литературы проводился с использованием ключевых терминов, связанных с ортостатическим снижением артериального давления, церебральной гипоперфузией и автономной дисфункцией.

Результаты. Ортостатическая гипотензия определяется как снижение систолического артериального давления не менее чем на 20 мм рт. ст. или диастолического давления не менее чем на 10 мм рт. ст. в течение первых четырёх минут после перехода из горизонтального положения в вертикальное. Основным патофизиологическим механизмом является нарушение компенсации гравитационного перераспределения крови после принятия вертикального положения. Недостаточная активация барорефлекса приводит к снижению венозного возврата, сердечного выброса и церебральной перфузии. Наиболее частыми причинами являются гиповолемия, обезвоживание, кровопотеря, анемия, лекарственная терапия и нарушения автономной нервной системы. Диагностика основывается на измерении артериального давления и частоты сердечных сокращений в положении лёжа и стоя. При сохраняющемся клиническом подозрении может применяться тилт-тест.

Заключение. Раннее распознавание ортостатической гипотензии и выявление её причины имеют важное значение для профилактики обмороков, падений и других осложнений. Основу лечения составляют коррекция провоцирующих факторов, достаточное потребление жидкости при отсутствии противопоказаний, постепенная смена положения тела, физические контрманёвры и компрессионные методы. Фармакологическая терапия применяется при недостаточной эффективности немедикаментозных мероприятий и под медицинским наблюдением.

Ключевые слова: ортостатическая гипотензия, артериальное давление, барорефлекс, церебральная гипоперфузия, автономная нервная система, ортостатическая непереносимость, тилт-тест, обезвоживание, анемия.

ORTHOSTATIC HYPOTENSION: PATHOPHYSIOLOGICAL MECHANISMS, CAUSES, DIAGNOSIS AND PREVENTION OF MORNING DIZZINESS (LITERATURE REVIEW)

Ergashova M.B

ORCID:<https://orcid.org/0009-0008-7125-0978>

Abstract



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-3. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Aim: to analyze current evidence regarding the epidemiology, pathophysiological mechanisms, etiological factors, clinical manifestations, diagnostic approaches, differential diagnosis, and treatment strategies of orthostatic hypotension.

Material and methods. Scientific publications, consensus statements, clinical recommendations, systematic reviews, and clinical studies concerning orthostatic hypotension, orthostatic intolerance, baroreflex mechanisms, autonomic dysfunction, and cerebral hypoperfusion were analyzed. Relevant literature was identified using major scientific databases and combinations of related keywords.

Results. Orthostatic hypotension is defined as a sustained decrease in systolic blood pressure of at least 20 mmHg or diastolic blood pressure of at least 10 mmHg within three minutes after standing from the supine position. The underlying mechanism is an inadequate cardiovascular compensation for gravitational blood redistribution. Impaired baroreflex activation may result in reduced venous return, decreased cardiac output, and cerebral hypoperfusion. Important causes include dehydration, hypovolemia, blood loss, anemia, medications, autonomic dysfunction, and neurodegenerative disorders. Diagnosis is primarily based on blood pressure and heart rate measurements in the supine and standing positions. Head-up tilt-table testing may be useful when clinical suspicion remains high despite normal bedside measurements.

Conclusion. Early recognition and etiological evaluation of orthostatic hypotension are important for preventing syncope, falls, and related complications. Initial management should focus on correction of reversible causes and non-pharmacological measures, while pharmacological therapy may be considered when symptoms persist despite conservative interventions.

Keywords: orthostatic hypotension, arterial blood pressure, baroreflex, cerebral hypoperfusion, autonomic nervous system, orthostatic intolerance, head-up tilt test, dehydration, anemia.

KIRISH

Ortostatik gipotenziya ko'p uchraydigan, lekin bemorlar tomonidan ba'zida "bosh aylanishi" boshqa hollarda esa "ko'z oldi qorong' ilashishi" deya qabul qilinadigan holatlardan biridir. Juda ko'p bemorlarda yotgan yoki o'tirgan holatdan tezda tik turganda yuzaga keladigan bosh aylanishi, holsizlik yoki muvozanatning vaqtincha buzilishi bu ortostatik qon bosimi pasayishining klinik belgisi bo'lishi mumkin. Ushbu simptomlar odatda tik holatni egallagandan keyin tezlikda paydo bo'ladi va bemor sekinlik bilan qayta yotsa bu holat asta kamayadi. Konsensus ta'rifiga ko'ra, ortostatik gipotenziya tik turgandan keyingi dastlabki uch daqiqa ichida sistolik arterial bosimning 20 mm simob ustuni yoki undan ko'proq, yoxud diastolik arterial bosimning 10 mm simob ustuni yoki undan ko'proq pasayishi bilan belgilanadi.

Ortostatik gipotenziya rivojlanishida yurak-qon tomir sistemasi, qonning hajmi hamda autonom nerv tizimining o'zaro muvofiqlashgan holatidagi faoliyati muhim ahamiyatga ega. Sog'lom odam tik turgan holatda gravitatsiya yuzaga kelishi ta'sirida qonning bir qismi pastki ekstremitlar hamda qorin bo'shlig'i venoz tizimiga siljiydi. Bunga javoban baroreseptorlar orqali simpatik nerv tizimi faollashadi va yurak urishi tezlashadi. Buning natijasida esa periferik tomirlar torayadi. Ushbu mexanizmlar arterial bosimni nisbatan barqaror saqlashga yordam beradi. Agar bu mexanizmlar yetarli darajada ishlamaydigan bo'lsa, yurakka qaytuvchi qon miqdori kamayadi, yurak chiqishi pasayadi va miya perfuziyasi vaqtincha yetarli bo'lmay qoladi. Natijada bosh aylanishi, ko'rishning xiralashishi, ko'z oldining qorong' ilashishi ba'zi holatda hushdan ketishga yaqin holat yuzaga keladi. Ertalabki bosh aylanishining alohida klinik ahamiyati esa odam bir necha soat davomida gorizontal holatda bo'lganidan so'ng birdan tik holatga o'tishi mumkin. Uyg'ongandan keyin suyuqlik qabul qilinmaganligi organizmda o'zgarishlarni yuzaga keltiradi. Bu holatda esa organizmning fiziologik holati o'zgarishi ayrim bemorlarda simptomlarning kuchayishiga sharoit yaratadi.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-3. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Ortostatik gipotenziyaning klinik ahamiyati faqat bosh aylanishi bilan cheklanmaydi. Ba'zi hollarda og'ir holatlar ham yuzaga keladi. Og'ir holatlarda hushdan ketish, yiqilish va jarohatlanish yuzaga kelishi mumkin. Bundan tashqari, ayrim bemorlarda ortostatik gipotenziya yurak-qon tomir xavfining oshishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Shu sababli ortostatik gipotenziyaning patofiziologik mexanizmlarini tushunish, uning neyrogen va neyrogen bo'lmagan shakllarini farqlash, diagnostikasini to'g'ri tanlash va ushbu jarayonga individual yondashuvni ishlab chiqish muhim klinik vazifalardan biridir.

MATERIAL VA USULLAR

Ushbu tadqiqot adabiyotlar sharhi shaklida olib borildi. Tadqiqotning maqsadi ortostatik gipotenziyaning patofiziologik mexanizmlari, etiologik omillari, klinik ko'rinishlari, diagnostika usullari, davolash va profilaktika tamoyillariga oid zamonaviy ilmiy ma'lumotlarni tahlil qilishdan iborat bo'ldi.

Adabiyotlarni izlashda PubMed, Google Scholar, Scopus hamda ochiq ilmiy tibbiy manbalardan foydalanildi. Qidiruv jarayonida "orthostatic hypotension", "neurogenic orthostatic hypotension", "orthostatic intolerance", "morning dizziness", "baroreflex dysfunction", "orthostatic blood pressure", "diagnosis and treatment of orthostatic hypotension" kabi kalit so'zlar va ularning kombinatsiyalari qo'llanildi. Tahlil uchun ortostatik gipotenziyaning diagnostik mezonlari, tasnifi, patofiziologik mexanizmlari, xavf omillari, klinik belgilari, differensial diagnostikasi, asoratlari hamda zamonaviy davolash va profilaktika yondashuvlarini yorituvchi ilmiy maqolalar, klinik sharhlar, konsensus hujjatlari va amaliy klinik tavsiyalar tanlab olindi. Tanlangan manbalarning mazmuni o'zaro solishtirildi va ortostatik gipotenziya bilan bog'liq asosiy ilmiy qarashlar tizimlashtirildi. Ertalabki bosh aylanishining ortostatik mexanizmlari alohida yo'nalish sifatida ko'rib chiqildi hamda ushbu simptomni keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan boshqa holatlar bilan differensial jihatdan baholandi.

Tadqiqot davomida olingan ma'lumotlar tavsifiy va qiyosiy tahlil usullari yordamida umumlashtirildi. Natijalar mavzuning asosiy klinik va patofiziologik jihatlarini izchil yoritish maqsadida bo'limlar hamda jadvallar ko'rinishida tizimlashtirildi.

ORTOSTATIK GIPOTENZIYANING TUSHUNCHASI VA TASNIFI

Ortostatik gipotenziya (OG) — tana holati, xususan gorizontol holatdan vertikal holatga o'tilganda arterial qon bosimini yetarli darajada ushlab turish mexanizmlari buzilishi natijasida yuzaga keladigan gemodinamik holatdir. Ushbu holat mustaqil klinik sindrom sifatida uchrashi yoki turli kasalliklarning ikkilamchi belgisi bo'lishi mumkin. Ortostatik gipotenziani aniqlashda keng qabul qilingan mezonlardan foydalaniladi. Unga ko'ra, tik holatga o'tgandan keyingi dastlabki 3 daqiqa davomida sistolik arterial bosimning kamida 20 mm simob ustuniga yoki diastolik arterial bosimning kamida 10 mm simob ustuniga kamayishi OG mavjudligini ko'rsatadi. Qon bosimi pasayishining boshlanish vaqtiga qarab ortostatik gipotenziyaning bir necha ko'rinishi farqlanadi. Klassik OG tik holatga kelgandan keyingi dastlabki uch daqiqa ichida qayd etiladi. Boshlang'ich shaklda arterial bosimning keskin pasayishi tik turishning dastlabki soniyalarida sodir bo'ladi. Kechikkan OGda esa gemodinamik o'zgarishlar uch daqiqadan keyin namoyon bo'ladi. Kelib chiqish mexanizmiga ko'ra OGni shartli ravishda neyrogen va neyrogen bo'lmagan shakllarga ajratish mumkin. Neyrogen ortostatik gipotenziya autonom nerv tizimining faoliyati hamda arterial bosimni tezkor boshqaruvchi barorefleks mexanizmlarning buzilishi bilan bog'liq. U qandli diabetdagi autonom neyropatiya, Parkinson kasalligi, ko'p tizimli atrofiya va boshqa neyrodegenerativ jarayonlarda rivojlanishi mumkin. Neyrogen bo'lmagan ortostatik gipotenziyada autonom nerv tizimining birlamchi zararlanishi kuzatilmaydi. Bunday holatga organizmdagi suyuqlik hajmining kamayishi, qon yo'qotilishi, anemiya, uzoq davom etgan immobilizatsiya, ayrim dori vositalaridan foydalanish va boshqa gemodinamik omillar sabab bo'lishi mumkin.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-3. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

ORTOSTATIK GIPOTENZIYANING PATOFIZIOLOGIK MEXANIZMLARI

Inson yotgan holatdan tik turganda gravitatsiya ta'sirida qonning ma'lum qismi pastki oyoq-qo'llar va qorin bo'shlig'idagi venoz tomirlarda to'planadi. Natijada yurakka qaytadigan qon miqdori vaqtincha kamayadi. Venoz qaytishning pasayishi yurakning zarb hajmi va yurak chiqishining qisqarishiga olib kelishi mumkin. Sog'lom odamda ushbu o'zgarishlar barorefleks tizimi orqali tezda kompensatsiya qilinadi. Karotid sinus va aorta yoyida joylashgan baroreseptorlar arterial devordagi bosim o'zgarishlarini qabul qiladi. Arterial bosim pasayganda simpatik nerv tizimining faolligi kuchayadi. Buning natijasida yurak qisqarishlari tezlashadi, miokard qisqarish kuchi ortadi va periferik tomirlarda vazokonstriksiya yuzaga keladi. Ushbu javoblar arterial bosimni barqarorlashtirish va miya perfuziyasini saqlab qolishga xizmat qiladi. Ortostatik gipotenzilyada esa kompensator mexanizmlarning samaradorligi pasayadi. Ayniqsa autonom nerv tizimi zararlanganda periferik tomirlarning torayish javobi yetarli bo'lmaydi. Shu sababli yurak chiqishi va arterial bosim pasayishi davom etadi. Natijada miya qon bilan ta'minlanishining vaqtinchalik yetishmovchiligi yuzaga kelishi mumkin.

Miya perfuziyasining qisqa muddatga kamayishi bosh aylanishi, ko'z oldining qorong'ilashishi, ko'rishning xiralashishi, umumiy zaiflik, diqqat va kognitiv faoliyatning sekinlashishi kabi belgilarni yuzaga chiqaradi. Og'irroq holatlarda bemorda hushdan ketish, ya'ni sinkopal holat kuzatilishi mumkin.

ERTALABKI BOSH AYLANISHI VA UNING ORTOSTATIK MEXANIZMLARI

Ertalab kuzatiladigan bosh aylanishi ayrim bemorlarda ortostatik gipotenzilyaning dastlabki yoki asosiy belgilaridan biri bo'lishi mumkin. Uyqu davomida organizm uzoq vaqt gorizontal holatda bo'ladi. Uyg'ongach, qisqa vaqt ichida tik holatga o'tish yurak-qon tomir tizimiga qo'shimcha ortostatik yuklama tushishiga sabab bo'ladi. Kecha davomida suyuqlik iste'mol qilinmasligi ham ayrim odamlarda organizmdagi suyuqlik zaxirasining kamayishiga olib kelishi mumkin. Shu sababli ertalab tezda o'rnidan turish, uzoq vaqt tik holatda qolish yoki juda issiq dush qabul qilish ortostatik simptomlarni kuchaytirishi ehtimoli mavjud. Biroq ertalabki bosh aylanishini faqat ortostatik gipotenzilya bilan bog'lash to'g'ri emas. Shunga o'xshash klinik belgilar gipoglikemiya, anemiya, suvsizlanish, vestibulyar tizim patologiyasi, yurak ritmi buzilishlari, migren va boshqa holatlarda ham kuzatilishi mumkin. Shu sababli takroriy simptomlarda ularning kelib chiqish sababini aniqlash uchun differensial diagnostika o'tkazish zarur.

ETIOLOGIK OMILLAR VA XAVF FAKTORLARI

Ortostatik gipotenzilya ko'pincha bitta sabab bilan emas, balki bir nechta predispozitsiya qiluvchi omillarning birgalikdagi ta'siri natijasida rivojlanadi. Gipovolemiya va suyuqlik tanqisligi. Aylanib yuruvchi qon hajmining kamayishi ortostatik moslashuvni qiyinlashtiradi. Qusish, diareya, ko'p terlash, tana haroratining oshishi yoki suyuqlikni kam iste'mol qilish bunday holatni yuzaga keltirishi mumkin. Qon yo'qotilishi. O'tkir yoki uzoq davom etuvchi qon ketish aylanib yuruvchi qon hajmini kamaytiradi. Natijada yurakka venoz qaytish va to'qimalarning kislorod bilan ta'minlanishi yomonlashadi. Gemoglobin konsentratsiyasining kamayishi to'qimalarga kislorod yetkazib berish imkoniyatini pasaytiradi. Shu sababli anemiya mavjud bo'lgan bemorlarda holsizlik, bosh aylanishi va ortostatik simptomlar kuchliroq sezilishi mumkin. Dori vositalari. Ayrim farmakologik preparatlar arterial bosimning tik holatda pasayishini kuchaytirishi mumkin. Bular qatoriga diuretiklar, alfa-adrenoblokatorlar, nitratlar, ayrim antihipertenziv preparatlar va beta-blokatorlar kiradi. Shu sababli yangi paydo bo'lgan ortostatik simptomlarda bemor qabul qilayotgan preparatlarni qayta baholash muhim. Autonom nerv tizimi faoliyatining buzilishi. Qandli diabetga bog'liq autonom neyropatiya va ayrim neyrodegenerativ kasalliklarda barorefleks javobning buzilishi arterial bosimning tik holatda yetarli darajada boshqarilmasligiga olib keladi. Uzoq muddatli jismoniy harakatsizlik. Uzoq vaqt yotoq rejimida qolish yoki jismoniy faollikning keskin kamayishi yurak-qon tomir tizimining ortostatik yuklamaga moslashish qobiliyatini susaytiradi.

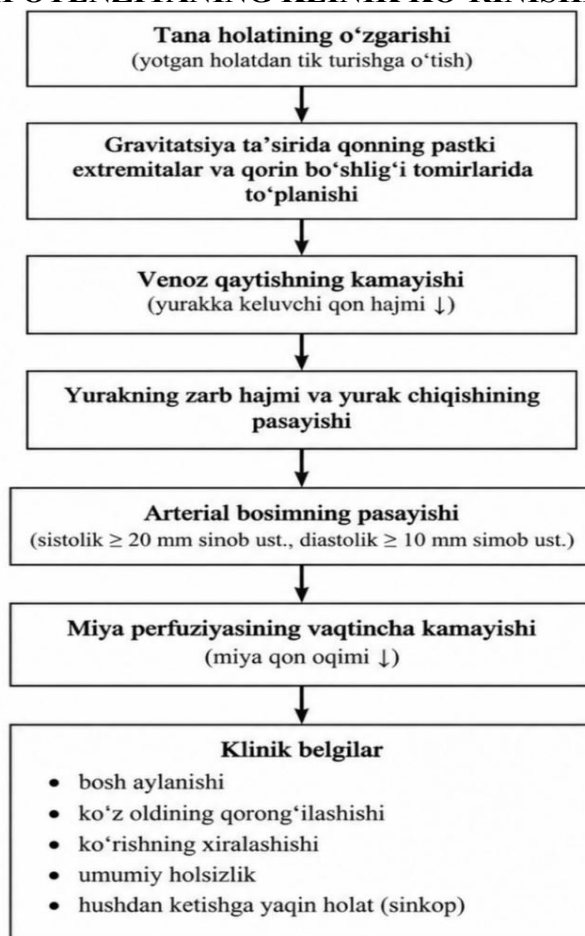


URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-3. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

ORTOSTATIK GIPOTENZIYANING KLINIK KO'RINISHLARI



OG simptomlari odatda bemor gorizontal holatdan vertikal holatga o'tgandan so'ng paydo bo'ladi. Klinik ko'rinish arterial bosimning pasayish darajasi, uning davomiyligi va bemorning individual xususiyatlariga bog'liq. Eng ko'p uchraydigan belgilar quyidagilardan iborat: bosh aylanishi, ko'z oldida qorong'ilik paydo bo'lishi, ko'rishning vaqtincha xiralashishi, umumiy holsizlik, muvozanatni saqlashda qiyinchilik, ko'ngil aynishi, yurak urishini kuchli sezish, nafas yetishmasligi yoki hansirash, bosh og'rig'i.

Ko'pincha bemor o'tirsa yoki yana yotsa, simptomlar qisqa vaqt ichida kamayadi. Biroq ortostatik arterial bosim pasayishi har doim ham klinik belgilar bilan kechmaydi. Ba'zi bemorlarda OG faqat arterial bosimni yotgan va tik holatda o'lchash vaqtida tasodifan aniqlanadi.

ORTOSTATIK GIPOTENZIYANI ANIQLASH USULLARI

Diagnostikaning boshlang'ich va amaliy jihatdan eng qulay usuli arterial bosim hamda yurak urish tezligini tana holatiga qarab baholashdir.

Tekshiruvdan oldin bemor bir necha daqiqa tinch holatda yotadi va boshlang'ich arterial bosim hamda puls qayd etiladi. Shundan so'ng bemor ehtiyotkorlik bilan tik holatga o'tkaziladi. Keyingi daqiqalarda arterial bosim va yurak urish tezligidagi o'zgarishlar kuzatiladi. Tik holatga o'tgandan keyingi dastlabki 3 daqiqada sistolik arterial bosimning ≥ 20 mm sinob ustuniga yoki diastolik arterial bosimning ≥ 10 mm sinob ustuniga pasayishi klassik ortostatik gipotenziya mezonlariga mos keladi. Agar bemorni faol tik turg'izish xavfli bo'lsa yoki odatiy ortostatik test natijasi normal chiqsa, biroq klinik shubha saqlanib qolsa, tilt-table testi qo'llanilishi mumkin. Ushbu tekshiruvda bemor maxsus harakatlanuvchi stol yordamida nazorat ostida gorizontal holatdan vertikal holatga o'tkaziladi. Jarayon davomida arterial bosim va yurak urish tezligi muntazam kuzatib boriladi. OGning sababini aniqlash uchun laborator va instrumental tekshiruvlar ham talab qilinishi



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-3. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

mumkin. Umumiy qon tahlili anemiya aniqlashda, elektrolitlar va buyrak faoliyatini baholash esa suyuqlik-elektrolit muvozanatini tekshirishda muhimdir. Zaruratga ko'ra glyukoza, qalqonsimon bez faoliyatini ko'rsatuvchi laborator ko'rsatkichlar va elektrokardiografiya ham bajariladi.

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKA

Bosh aylanishi va holsizlik ko'plab kasalliklarda uchrashi sababli ushbu simptomlarning mavjudligi o'z-o'zidan ortostatik gipotenziya tashxisini tasdiqlamaydi. Gipoglikemiya vaqtida bosh aylanishiga terlash, titroq, ochlik, yurak urishining tezlashishi va umumiy zaiflik qo'shilishi mumkin.

Vestibulyar tizim kasalliklarida bosh aylanishi ko'proq haqiqiy vertigo ko'rinishida bo'lib, bemor atrofdagi jismlar aylanayotgandek yoki o'zi aylanayotgandek his qilishi mumkin. Bunday belgilar bosh yoki tana harakati bilan kuchayishi ehtimoli mavjud. Yurak ritmi buzilishlarida yurak urishining tosatdan tezlashishi yoki sekinlashishi, yurak sohasidagi noqulaylik, bosh aylanishi va ayrim hollarda hushdan ketish kuzatilishi mumkin. Shunday qilib, differensial diagnostikada simptomlarning tana holati bilan bog'liqligi, arterial bosimning real o'zgarishi, yurak urish tezligi va bemorning boshqa klinik belgilarini birgalikda baholash kerak.

ORTOSTATIK GIPOTENZIYANING ASORATLARI

Ortostatik gipotenziyaning muhim oqibatlaridan biri bemorning yiqilib ketish va turli jarohatlar olish ehtimolining oshishidir. Ayniqsa, hushdan ketish bilan kechuvchi epizodlar klinik jihatdan xavfli hisoblanadi.

Tez-tez takrorlanadigan ortostatik simptomlar bemorning kundalik faoliyatini cheklashi, jismoniy faollikni kamaytirishi va hayot sifatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Neyrogen OGda ayrim bemorlarda yotgan holatda arterial bosimning oshishi ham kuzatiladi. Shu sababli ortostatik gipotenziyani davolashda arterial bosimning faqat tik holatdagi emas, balki yotgan holatdagi ko'rsatkichlarini ham hisobga olish zarur.

DAVOLASH VA PROFILAKTIKA

Ortostatik gipotenziyani davolashning asosiy maqsadi faqat arterial bosim ko'rsatkichlarini oshirishdan iborat emas. Asosiy vazifa — bemorning simptomlarini kamaytirish, sinkopa va yiqilishlarning oldini olish hamda kundalik hayot sifatini yaxshilashdir. Davolashning dastlabki bosqichida OGga olib kelishi mumkin bo'lgan sabablar aniqlanadi. Suyuqlik tanqisligi, qon yo'qotish, anemiya yoki dori vositalarining ta'siri mavjud bo'lsa, avvalo ushbu omillarni tuzatishga qaratilgan choralar ko'riladi.

Nofarmakologik yondashuv muhim o'rin tutadi. Bemor yotgan holatdan birdaniga turmasligi, avval o'tirib biroz kutishi va keyin asta-sekin tik holatga kelishi tavsiya qilinadi. Yetarli miqdorda suyuqlik iste'mol qilish ayrim bemorlarda qon hajmini saqlashga yordam beradi. Biroq yurak yoki buyrak faoliyati buzilgan bemorlarda suyuqlik miqdori shifokor tomonidan individual belgilanadi. Issiq muhit, uzoq vaqt tik turish va juda issiq dush ayrim bemorlarda simptomlarni kuchaytirishi mumkin. Shu sababli bunday qo'zg'atuvchi omillardan imkon qadar saqlanish tavsiya etiladi. Oyoq mushaklarini faol taranglashtirish, oyoqlarni chalishtirish, son va dumba mushaklarini qisqa muddat kuch bilan qisqartirish kabi fizik kontrmanevrlar venoz qonning yurakka qaytishini vaqtincha yaxshilashi mumkin. Ayrim bemorlarga kompression paypoqlar yoki boshqa kompression vositalar tavsiya qilinadi. Ular pastki ekstremitalarda qonning ortiqcha to'planishini kamaytirishga yordam beradi. Nofarmakologik choralar yetarli samara bermagan hollarda farmakologik davolash ko'rib chiqiladi. Neyrogen OGda midodrin yoki droksidopa kabi preparatlar qo'llanishi mumkin. Ayrim vaziyatlarda fludrokortizon ham ishlatiladi. Ammo ba'zi hollarda bosim ko'tarilishi yoki nojo'ya ta'sirlar yuzaga kelish ehtimoli ham bor.

MUHOKAMA

Ortostatik gipotenziya ko'p omilli klinik sindrom bo'lib, uning rivojlanishida qon hajmi, yurak faoliyati, periferik tomirlar tonusi va autonom nerv tizimining o'zaro muvofiqlashgan faoliyati muhim rol o'ynaydi. Klinik amaliyotda ushbu holatni erta aniqlashning eng muhim usullaridan biri bemorning tana holati bilan bog'liq simptomlarini to'g'ri baholashdir. "O'rnimdan turganimda



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-3. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

boshim aylanadi”, “ko`z oldim qorong`ilashadi”, “bir necha soniyaga holsizlanib qolaman” kabi shikoyatlar ortostatik tekshiruv o`tkazish uchun asos bo`lishi mumkin. Shu bilan birga, ortostatik gipotenzini faqat arterial bosimning pastligi bilan tenglashtirish noto`g`ri. Muhim jihat — arterial bosimning tana holatiga o`tish vaqtida qanday o`zgarishidir. Shuning uchun yotgan va tik turgan holatdagi o`lchovlarni taqqoslash diagnostik jihatdan katta ahamiyatga ega.

Alohida e`tibor dori vositalariga qaratilishi lozim. Ko`plab bemorlarda ortostatik simptomlarning kuchayishi qabul qilinayotgan preparatlar bilan bog`liq bo`lishi mumkin. Shu sababli davolash rejasini qayta ko`rib chiqish ba`zan yangi preparat qo`shishdan ko`ra samaraliroq bo`ladi. Ortostatik gipotenziya aniqlangan bemorda anemiya, suvsizlanish, elektrolitlar muvozanati, yurak ritmi va autonom nerv tizimi faoliyatini baholash kasallikning asosiy sababini aniqlashga yordam beradi. Bunday kompleks yondashuv individual davolash strategiyasini tanlash imkonini beradi.

XULOSA

Ortostatik gipotenziya tana holati o`zgarganda arterial qon bosimining yetarli darajada saqlanib qolmasligi bilan kechadigan klinik sindrom bo`lib, uning asosida qonning gravitatsion qayta taqsimlanishiga yurak-qon tomir tizimining yetarli kompensator javob bera olmasligi yotadi. Ertalabki bosh aylanishi ortostatik gipotenzini muhim klinik belgilaridan biri bo`lishi mumkin. Biroq ushbu simptomning mavjudligi avtomatik ravishda ortostatik gipotenziya tashxisini anglatmaydi, chunki o`xshash klinik belgilar anemiya, gipoglikemiya, vestibulyar kasalliklar, yurak ritmi buzilishlari va boshqa patologik holatlarda ham uchraydi. Ortostatik gipotenzini aniqlashda yotgan va tik turgan holatda arterial bosim hamda yurak urish tezligini o`lchash asosiy diagnostik usul hisoblanadi. Klinik shubha yuqori bo`lib, oddiy tekshiruv yetarli bo`lmaganda tilt-table testi qo`llanilishi mumkin. Davolashning birinchi bosqichi sababni aniqlash va tuzatishdan iborat. Suyuqlik yetishmovchiligini bartaraf etish, tana holatini asta-sekin o`zgartirish, jismoniy kontrmanevrlar, kompression vositalar va individual hayot tarzi o`zgarishlari ko`plab bemorlarda simptomlarni kamaytirishga yordam beradi. Farmakologik davolash esa shifokor nazorati ostida, klinik holat va asosiy sababga qarab tanlanishi kerak. Shunday qilib, ortostatik gipotenzini erta aniqlash va uning sababini aniqlash bosh aylanishi, hushdan ketish, yiqilish va jarohatlanish kabi asoratlarning oldini olishda muhim ahamiyatga ega.

ADABIYOTLAR

1. Freeman R., Wieling W., Axelrod F.B., et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. *Clinical Autonomic Research*. 2011;21(2):69–72. doi:10.1007/s10286-011-0119-5.
2. Kim M.J., Farrell J. Orthostatic Hypotension: A Practical Approach. *American Family Physician*. 2022;105(1):39–49.
3. Lahrmann H., Cortelli P., Hilz M., et al. EFNS guidelines on the diagnosis and management of orthostatic hypotension. *European Journal of Neurology*. 2006;13(9):930–936.
4. Gibbons C.H., Schmidt P., Biaggioni I., et al. Recommendations of the American Autonomic Society for Screening, Diagnosis, and Treatment of Neurogenic Orthostatic Hypotension. *Journal of the American College of Cardiology*. 2017;70(6):776–790.
5. Low P.A., Singer W. Management of neurogenic orthostatic hypotension: an update. *The Lancet Neurology*. 2008;7(5):451–458.
6. Ricci F., De Caterina R., Fedorowski A. Orthostatic hypotension: epidemiology, prognosis, and treatment. *Journal of the American College of Cardiology*. 2015;66(7):848–860.
7. Naschitz J.E., Rosner I. Orthostatic hypotension: framework of the syndrome. *Postgraduate Medical Journal*. 2007;83(983):568–574.
8. Freeman R., Abuzinadah A.R., Gibbons C., et al. Orthostatic Hypotension: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;72(11):1294–1309. doi:10.1016/j.jacc.2018.05.079.



**URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI**

2 - TOM, MAXSUS SON-3. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

9. Lanier J.B., Mote M.B., Clay E.C. Evaluation and management of orthostatic hypotension. *American Family Physician*. 2011;84(5):527–536.
10. Kaufmann H., Malamut R., Norcliffe-Kaufmann L., Rosa K., Freeman R. The Orthostatic Hypotension Questionnaire: validation of a novel symptom assessment scale. *Clinical Autonomic Research*. 2012;22(2):79–90.
11. Palma J.A., Kaufmann H. Management of Orthostatic Hypotension. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*. 2020;26(1):154–177.
12. Arnold A.C., Raj S.R. Orthostatic Hypotension: A Practical Approach to Investigation and Management. *Canadian Journal of Cardiology*. 2017;33(12):1725–1735.
13. Freeman R. Clinical practice. Neurogenic orthostatic hypotension. *New England Journal of Medicine*. 2008;358(6):615–624.
14. Gupta V., Lipsitz L.A. Orthostatic hypotension in the elderly: diagnosis and treatment. *The American Journal of Medicine*. 2007;120(10):841–847.
15. Kaufmann H., Palma J.A. Neurogenic orthostatic hypotension: the clinical features and pathophysiology. *Clinical Autonomic Research*. 2017;27(Suppl 1):17–24.
16. Metzler M., Duerr S., Granata R., Robertson D., Wellington J., et al. Neurogenic orthostatic hypotension in Parkinson's disease and multiple system atrophy. *Clinical Autonomic Research*. 2013;23(1):1–10.
17. Finucane C., O'Connell M.D.L., Fan C.W., Savva G.M., Soraghan C.J., Nolan H., et al. Age-related normative equations for orthostatic blood pressure change in a large population study: findings from The Irish Longitudinal Study on Ageing. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62(12):2181–2190.
18. Ricci F., Fedorowski A., Radico F., et al. Cardiovascular morbidity and mortality related to orthostatic hypotension: a meta-analysis of prospective observational studies. *European Heart Journal*. 2015;36(25):1609–1617.
19. Fanciulli A., Leys F., Spallone V., et al. Management of orthostatic hypotension in Parkinson's disease. *Journal of Parkinson's Disease*. 2020;10(s1):S57–S64.
20. Wieling W., Krediet C.T.P., van Dijk N., Linzer M., Tschakovsky M.E. Initial orthostatic hypotension: review of a forgotten condition. *Clinical Science*. 2007;112(3):157–165.