



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НЕФРОЛОГИИ И
ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ**

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ННО «ДИАЛИЗНОЕ ОБЩЕСТВО УЗБЕКИСТАНА»

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**III Международной научно-практической конференции
«ЗДОРОВЫЕ ПОЧКИ – ЗДОРОВАЯ ЖИЗНЬ»,
посвященной Всемирному дню почки - 2022
25 марта 2022 года**

ТАШКЕНТ–2022

УДК: 617.7:331.5

ББК 56.9

С 23

III Международная научно-практическая конференция «Здоровые почки – здоровая жизнь». – Т.: “Fan va texnologiyalar nashriyot-matbaa uyi”, 2022. 252 стр.

ISBN 978–9943–7977–3–4

Редакционный Совет:

Главный редактор: **Даминов Б.Т** - д.м.н. профессор, директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии трансплантации почки.

Зам. главного редактора: **Сабиров М.А** - д.м.н. профессор, заместитель директора по научным вопросам Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии трансплантации почки.

Ответственный секретарь: **Бозарипов С.Ж** – к.м.н., Научный секретарь Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии трансплантации почки.

Члены редакционного Совета:

Абдуллаев Ш.С. – д.м.н., доцент, зав. научным отделом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии трансплантации почки.

Юлдашев У.К. – к.м.н., зав. научным отделом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии трансплантации почки.

Султонов Н.Н. – PhD, зав. научным отделом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии трансплантации почки.

Шарапов О.Н. – PhD, зав. научным отделом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии трансплантации почки.

Рецензенты:

Зуфаров А.К. - д.м.н. профессор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии трансплантации почки.

Жабборов А.А. - д.м.н. доцент, зав. кафедрой факультетской и госпитальной терапии №2 Ташкентской медицинской академии.

УДК: 617.7:331.5

ББК 56.9

Рекомендовано к печати по решению ученого Совета Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии и трансплантации почки от 24 февраля 2022 года

Редакционный Совет не несет ответственность за содержание материалов конференции. Тезисы отправленные авторами публикуются в оригинальном виде.

ISBN 978–9943–7977–3–4

© «Fan va texnologiyalar nashriyot-matbaa uyi», 2022.



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН НЕФРОЛОГИЯ ВА БУЙРАК
ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ЎЗБЕКИСТОН ДИАЛИЗ ЖАМИЯТИ» ННТ

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

Бутунжаҳон буйрак кунига бағишланган

“СОҒЛОМ БУЙРАК – СОҒЛОМ ҲАЁТ”

3-чи Халқаро илмий-амалий анжуман

ТЕЗИСЛАРИ ТЎПЛАМИ

25 март 2022 йил

ТОШКЕНТ–2022

УЎК: 617.7:331.5

ББК 56.9

С 23

“Соғлом буйрак – соғлом ҳаёт” 3-чи Халқаро илмий-амалий анжуман тезислари тўплами. – Т.: “Fan va texnologiyalar nashriyot-matbaa uyi”, 2022. 252 бет.

ISBN 978–9943–7977–3–4

Таҳририят Кенгаши:

Бош муҳаррир: Б.Т. Даминов – т.ф.д. профессор, Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази директори

Бош муҳаррир муовини: М.А. Сабиров – т.ф.д. профессор, Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази илмий ишлар бўйича директор ўринбосари

Масъул котиб: С.Ж. Бозарипов – т.ф.н. Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази илмий котиби

Таҳрир Ҳайъати аъзолари:

Ш.С. Абдуллаев – т.ф.д. доцент, Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази илмий бўлим мудир.

У.К. Юлдашев – т.ф.н., Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази илмий бўлим мудир.

Н.Н. Султонов – PhD, Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази илмий бўлим мудир.

О.Н. Шарапов – PhD, Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази илмий бўлим мудир.

Такризчилар:

А.К. Зуфаров – т.ф.д. профессор, Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази;

А.А. Жабборов – т.ф.д. доцент, Тошкент тиббиёт академияси, 2-сон факультет ва госпитал терапия кафедраси мудир.

УЎК: 617.7:331.5

ББК 56.9

Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази илмий Кенгашининг 2022 йил 24 февралдаги 2-сон қарорига асосан нашрга тавсия этилди

Муҳаррирлик Кенгаши анжуман материалларининг мазмунига масъул эмас.

Илмий тўплам муаллифлар томонидан топширилган тезисларни оригинал ҳолатда чоп этмоқда.

ISBN 978–9943–7977–3–4

© «Fan va texnologiyalar nashriyot-matbaa uyi», 2022.

ДИНАМИКА ЭРИТРОЦИТАРНО - ТРОМБОЦИТАРНОГО СОСТАВА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Абдувахитова А.Н.¹ Турсунбаев А.К.¹ Расулев Ё.Э.¹

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан¹

Актуальность исследования: хронический гломерулонефрит относится к заболеваниям, требующим решения целого ряда не только нефрологических, но и терапевтических проблем. Поэтому оптимизация антикоагулянтной терапии представляется актуальной задачей.

Цель исследования: изучить динамику эритроцитарно - тромбоцитарного состава периферической крови у больных хроническим гломерулонефритом на фоне антикоагулянтной терапии ривароксбаном.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 108 историй болезни пациентов, в возрасте от 17 до 65 лет, госпитализированных в отделение нефрологии клиники Ташкентского Государственного Стоматологического института в связи с обострением заболевания. Статистическая обработка проводилась в программе Microsoft Office Excel 2019. Все больные, после подписания информированного согласия участия в исследовании и включения в исследование, были госпитализированы и проводилась пульс - терапия ХГН: циклофосфан 1 грамм в/в капельно, преднизолон 2 мг/кг в/в капельно 1 раз в день 3 дня, нефракционированный гепарин 5000 ЕД подкожно 4 раза в день с последующей коррекцией дозы по результату активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), дипиридамола 150 мг/сут. После пульс-терапии больным назначалась стандартная четырехкомпонентная терапия ХГН: циклоспорин А 1 грамм в сутки, преднизолон 1 мг/кг в сутки, дипиридамола 150 мг/сут, нефракционированный гепарин 4 раза в день в виде подкожных инъекций под контролем АЧТВ.

Результаты исследования: средний возраст больных составил $39,08 \pm 0,84$ лет, средняя длительность заболевания - $3,50 \pm 0,13$.

Динамика эритроцитарно - тромбоцитарного состава периферической крови у больных ХГН в зависимости от применения антикоагулянтов (в числителе – группа АК+, n=55; в знаменателе – группа АК-n=53).

Анализ динамики клеточного эритроцитарно-тромбоцитарного состава периферической крови в зависимости от применяемой схемы терапии обнаружил, что относительная динамика всех показателей была сопоставима в обеих терапевтических группах, прогрессивной и однонаправленной последовательно в периоде стационарного и амбулаторного лечения. В результате к концу периода наблюдения концентрация эритроцитов, гемоглобина и гематокрит в обеих группах оставались сопоставимыми. Достоверность положительной динамики в течение периода наблюдения составила 99,9% по всем трем показателям в обеих терапевтических группах.

Концентрация тромбоцитов также достоверно снижалась в обеих группах ($p < 0,001$ достоверность различия с исходными данными) и оставалась сопоставимой между группами к концу периода наблюдения, однако в группе АК - показатель достиг показателя, характерного для КГ, в то время как в группе АК+ количество тромбоцитов снизилось достоверно ниже, чем у здоровых лиц ($p < 0,05$). Одним из побочных эффектов применения антиагрегантов является тромбоцитопения количество больных с тромбоцитопенией в группе АК- составило 8 из 53 (15,09%), в группе АК+ - 15 из 55 (27,27%, хи квадрат=2,45, $p > 0,05$).

Выводы: Таким образом, исследование не выявило значимого увеличения риска развития тромбоцитопении на фоне длительного применения комбинации антиагреганта и перорального антикоагулянта по сравнению с применением только антиагреганта.

РАННИЕ МАРКЕРЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Абдуллаев Ш.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки. Ташкент, Узбекистан.

Актуальность проблемы метаболического синдрома определяется как его высокой распространенностью, так и многообразием клинических проявлений, негативным влиянием на сердечно-сосудистую систему и функцию почек. Зачастую именно поражение почек определяет прогноз больных с метаболическим синдромом. Известно, что комбинация хронической болезни почек и метаболического синдрома является фактором высокого сердечно-сосудистого риска, в том числе и фатальных сердечно-сосудистых событий. Так одним из факторов прогрессирования хронической болезни почек является нарушение зависимой от эндотелия вазодилатации. Выраженная дисфункция эндотелия является независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений и смертности от них.

Цель исследования. Определение субклинических маркеров поражения почек у больных с метаболическим синдромом (МС) и оценка связи между показателями субклинического поражения почек и нарушением функции эндотелия.

Материалы и методы. В исследование были включены 82 пациентов с МС, 42 (51,2%) мужчин и 40 (48,8%) женщин, в возрасте 54,0 [51,0; 56,0] лет. В качестве контрольной группы вошли 35 практически здоровых лиц, 16 (45,8%) мужчин и 19 (54,2%) женщин, 52,5 [47,0; 54,0] лет. Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное обследование, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ, УЗДС сонных артерий, определение индекса инсулинорезистентности (ІР) (НОМА-ІР), а также

определение содержания эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови и экскреции альбумина в разовой порции мочи ИФА методом.

Результаты. При расчете СКФ у 14 (17,1%) была выявлена гиперфльтрация, оптимальная фильтрация – у 32 (39,0%), незначительно сниженная - у 36 (43,9%). В то же время, у больных МС было выявлено статистически достоверное превышение выделение альбумина с мочой в разовой порции по сравнению с контрольной группой (25,6 [15,6; 30,9] мкг/мл и 9,3 [6,4; 13,4] мкг/мл, соответственно; $p < 0,001$).

На основании повышения уровня (ЭТ-1) у больных основной группы, по сравнению с контрольной (5,9 [3,6; 10,1] фмоль/мл и 3,4 [2,4; 4,0] фмоль/мл, соответственно; $p=0,03$) может свидетельствовать о развитии у больных основной группы эндотелиальной дисфункции. При проведении корреляционного анализа выявлена прямая корреляция уровня МЭА и ЭТ-1 ($R=0,45$; $p=0,005$). Так же выявлена прямая корреляция уровня МЭА с IR-НОМА ($R=0,67$; $p<0,007$), толщиной межжелудочковой перегородки ($R=0,70$; $p<0,001$), с ТКИМ ($R=0,49$; $p<0,008$) и систолическим артериальным давлением ($R=0,47$; $p=0,026$). Подобные зависимости отмечены и для уровня ЭТ-1: IR-НОМА2 ($R=0,77$; $p<0,001$), с толщиной межжелудочковой перегородки ($R=0,75$; $p=0,001$), с ТКИМ ($R=0,44$; $p<0,034$) и систолическим артериальным давлением ($R=0,47$; $p=0,036$).

Выводы. У больных с метаболическим синдромом, помимо известных проявлений, могут быть и нарушения функционального состояния почек и эндотелия, на ранних стадиях проявляющиеся изменением скорости клубочковой фильтрации, повышением уровня мочевого экскреции альбумина и увеличением концентрации эндотелина-1 в крови.

МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМНАЯ НЕФРОПАТИЯ

Абдурахманова Н.Н.,¹ Ашурова Д.Т.,¹ Очилова О.У.², Шукурова Э.Б.¹

Ташкентский педиатрический медицинский институт¹

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии²

Актуальность проблемы: Множественная миелома (ММ) – злокачественная опухоль системы В-лимфоцитов, состоящая из перерождённых плазматических клеток одного клона, синтезирующих неполноценный иммуноглобулин. Нефропатия является ведущим клиническим проявлением ММ и развивается у одной трети пациентов.

Поражение почек – наиболее закономерное и серьезное осложнение ММ. Приблизительно у 50 % пациентов в момент установления диагноза выявляется значительное снижение клиренса эндогенного креатинина, и около 9 % нуждаются в программном гемодиализе. У 20 % больных ММ почечная недостаточность развивается при дальнейшем течении заболевания. Ранняя

летальность (в первые 3 мес.) у пациентов с ММ, осложненной почечной недостаточностью, составляет около 30 %.

Цель – изучить особенности течения миеломной нефропатии (МН).

Материалы и методы: Проанализированы истории болезни 75 больных, находившихся с 2017 по 2021 гг. в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре гематологии по поводу множественной миеломной болезни. **ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И**

Результаты: Предлагаем вашему вниманию обобщение нашего 5-летнего опыта лечения пациентов с ММ, осложненной почечной недостаточностью. Эти данные являются серией клинических наблюдений и не претендуют на какую-либо доказательность, являясь клинической иллюстрацией.

Под нашим наблюдением находилось 75 пациентов с ММ, осложненной почечной недостаточностью (креатинин от 0,13 до 1,83 ммоль/л). Из них мужчин было 47 (63 %), женщин — 28 (37 %). Возраст колебался от 37 до 84 лет, составляя в среднем 60,8 лет. Наиболее распространенной была секреция парапротеина G. Миелома Бенс-Джонса по частоте встречаемости была на втором месте, что объясняется высокой нефротоксичностью свободных легких цепей и более частым развитием при этом варианте ММ почечной недостаточности. Терминальная почечная недостаточность была диагностирована у 36 пациентов. Все они получали заместительную почечную терапию. Среди пациентов, находившихся под нашим наблюдением, у 58 (77,3 %) человек почечная недостаточность развилась до установления диагноза ММ или была выявлена в процессе первичной диагностики заболевания. У всех пациентов наличие почечной недостаточности само по себе являлось основанием для начала специфической терапии миеломы.

Выводы. По данным нашего наблюдения установлено, что средний возраст пациентов с ММ существенно меньше, чем это принято считать. Обратите внимание, что выявление МН на поздних стадиях ХБП у подавляющего числа пациентов, говорит о трудностях диагностики и недостаточной осведомленности врачей общей практики о данной патологии.

ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ МИЕЛОМНОЙ НЕФРОПАТИИ

Абдурахманова Н.Н.,¹ Каюмова Г.Х.², Ядгарова Н.Д., Эгамбердиева .М.Л.¹

Ташкентский педиатрический медицинский институт¹

Республиканский специализированный научно-практический² медицинский центр гематологии

Актуальность проблемы. В настоящее время при ММ, осложненной ХПН, специфического лечения, позволяющего восстановить почечную функцию или предупредить ее нарушение, не разработано. Все терапевтические усилия направлены на уменьшение опухолевой массы и снижение секреции нефротокс

ичных легких цепей. Помимо стандартной и высокодозной химиотерапии для этой цели все шире используется трансплантация аутологичных стволовых клеток. Экстракорпоральные методы очищения крови в отличие от химиотерапии не способствуют редукции опухолевой массы, но могут уменьшать концентрацию белка Бенс-Джонса. Поэтому они также применялись в комплексной терапии ММ, осложненной ХПН. Однако плазмаферез в многоцентровых рандомизированных исследованиях не подтвердил своей эффективности. Перспективная методика удаления СЛЦ во время гемодиализа еще требует оценки в адекватных клинических испытаниях. Из всех применяемых для лечения ММ групп препаратов в условиях почечной недостаточности центральное место принадлежит глюкокортикостероидам. Помимо того, что препараты из этой группы могут приводить к достаточно быстрому снижению секреции белка Бенс-Джонса, они обладают и прямыми нефропротективными свойствами, связанными с блокированием эндцитоза СЛЦ в нефроцитах и снижением синтеза провоспалительных фиброзогенных цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-8 и др.).

Цель применения методов плазма обмен при миеломной нефропатия.

Материал и методы: В Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр гематологии. Исследование проведено, пациенты были, 88 пациента эффективности плазм обмена.

Результаты: Все пациенты получали терапию МР (59 %) или VAD (41 %) по усмотрению лечащего врача. В дополнение к обычной терапии случайным образом выбирались пациенты, получавшие лечение плазма обменами (5–7 сеансов) с возмещением объема альбумином. Основными оцениваемыми показателями были вероятность смерти, зависимость от диализа, снижение СКФ < 30 мл/мин/1,73 м² в течение 6 мес. Ни по одному из этих показателей статистически значимых различий между группами получено не было. От диализа в течение полугода стало зависимо 27 % пациентов в основной группе и 13 % — в контрольной. Что предполагает, что различия в оценке эффективности плазмафереза связаны с изменениями в тактике выбора химиотерапии. Плазмаферез может достаточно быстро удалить нефротоксичный белок Бенс-Джонса, но лишь на какое-то время. Системная химиотерапия действует более медленно, при этом продолжительность действия превосходит длительность эффекта плазмафереза. В прошлом основным курсом химиотерапии, назначаемым одновременно с плазмаферезом, был МР или аналогичные мелфалансодержащие курсы с низкой интенсивностью кортикостероидной терапии. Медиана ответа на лечение для этого курса составила от 4 до 6 мес. VAD, а также курсы с включением бортезомиба способны снизить экскрецию легких цепей уже через 0,7–0,8 мес. Поэтому плазмаферез, возможно, не повышает эффективности интенсивных курсов, но может давать дополнительный эффект при лечении в режиме МР.

Выводы: Плазмаферез, не потеряв своего значения в лечении синдрома повышенной вязкости, парапротеинемической комы и других ургентных ситуациях, в настоящее время не может быть рекомендован для терапии почечной недостаточности, в т. ч. острой, при ММ.

НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМИ АРТРИТАМИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И НАРУШЕНИЕМ МИКРОБИОЦЕНОЗА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Азадаева К.Э., Тухтаева Н.Х., Худайберганава Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Хронический пиелонефрит (ХП) – самое частое заболевание почек. ХП считают вторым по частоте заболеванием человека (после инфекций дыхательных путей). Заболеваемость – 18 случаев на 1000 человек. Женщины болеют в 2–5 раз чаще мужчин. Урогенитальный реактивный артрит почечной этиологии чаще всего сопровождается хроническим пиелонефритом. При реактивном артрите нарушение микробиотического ценоза ЖКТ встречается в 90% случаев. Дисбиотические изменения гастродуоденальной зоны по мере своего прогрессирования, ухудшают клиническое течение основного заболевания, способствуя увеличению атерогенного потенциала сыворотки крови. Указанные обстоятельства определяют необходимость усовершенствования подходов к коррекции метаболических расстройств у больных реактивным артритом.

Цель исследования: изучение липидного обмена у больных реактивным артритом урогенитальной этиологии хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы: Для исследования было взято 32 пациентов с реактивным артритом с нарушением микробиотического ценоза гастродуоденальной зоны и нарушениями липидного обмена у больных хроническим пиелонефритом. Проведены стандартные обследования мочевыделительной системы и определялись основные показатели липидного обмена и типы их нарушений.

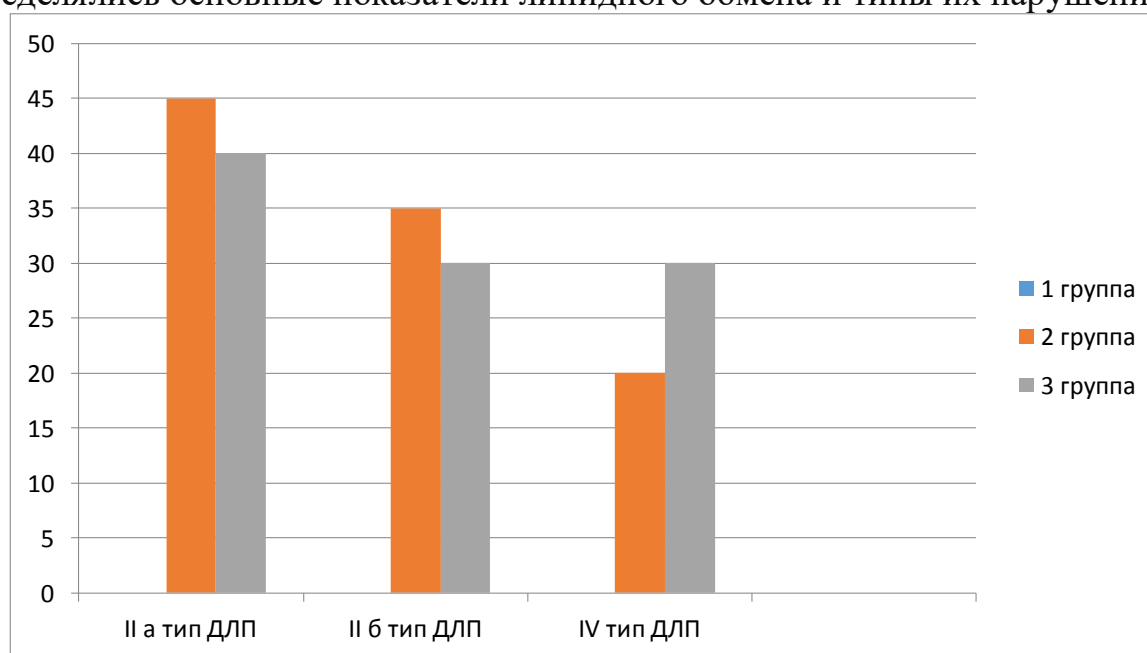


Рис.1. Показатели липидного обмена у больных реактивным артритом с хроническим пиелонефритом и нарушением микробиотического ценоза гастродуоденальной зоны.

Полученные результаты. В зависимости от варианта получаемой терапии было сформировано две группы исследования и одна группа сравнения. В 1-группу исследования было включено 12 пациента, которым проводилось комплексное лечение, включающее стандартную схему терапии реактивного артрита и хронического пиелонефрита. Дополнительно в схему лечения был включён пробиотик. Во 2- группу исследования вошли 11 пациентов получающих стандартную схему лечения с добавлением симвастатина. Третью группу (контрольную) составили 9 пациентов которым проводилась стандартная схема терапии реактивного артрита. У 32 обследованных больных с ДЛП выявлены следующие типы нарушений липидного обмена: в 1 группе у 54,5% определялся II а тип ДЛП, у 21 8,2% - II б тип и у 27,3% - IV тип ДЛП. У пациентов 2 группы в 45% случаев выявлен II а тип ДЛП, в 35% - II б тип ДЛП и в 20 % - IV тип ДЛП. В 3 группе так же преобладали больные со II а типом ДЛП (40 %), у 30% выявлен II б тип ДЛП, у 30% - IV тип ДЛП. Характер выявленных ДЛП у больных представлен в рисунке.

Таким образом, на основании исследования можно сделать следующий **вывод:** II а тип ДЛП чаще встречался в первой и второй группе, а IV тип ДЛП одинаково часто встречался во всех трех группах исследования, что не имеет расхождения с данными ранних исследований и подтверждается данными литературы.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА AGT 174 (C>T) У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

^{1,3}Акалаев Р.Н., ²Рузибакиева М.Р., ³Стопницкий АА., ¹Азимов Д.С.

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

²Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

³Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Узбекистан

Внутрипочечная гемодинамика с развитием клубочковой гипертензии и гиперфльтрации является одним из наиболее значимых механизмов прогрессирования почечных заболеваний и развития склеротических процессов в почках. Этот процесс лежит в основе, развития гломерулосклероза и увеличения проницаемости базальных мембран капилляров клубочков. Как известно, среди многих факторов, влияющих на регуляцию почечного кровотока особая роль отводится ренин-ангиотензин-альдостероновой системе (РААС). По данным разных авторов в развитии артериальной гипертензии, а также формировании и прогрессировании хронической болезни почек (ХБП) весьма важная роль отводится генетическим мутациям в однонуклеотидных полиморфных маркерах генов РААС. Одним из наиболее изученных является ген ангиотензиногена и описано более 15 его полиморфизмов. Наибольшая ассоциация с развитием

гипертонии показана для замены цитозина (С) на тимин (Т) в позиции 521 последовательности ДНК гена *AGT*. Данный участок называется генетическим маркером C521T. В результате такой замены в белке ангиотензиногене в позиции 174 аминокислотной последовательности происходит замещение аминокислоты триптофана на метионин (Thr174Met). Этот полиморфизм является одним из наиболее интересных, в клиническом значении полиморфизмов, является полиморфизм в 174-м кодоне (T174M). Ген АГ находится на коротком плече 1-й хромосомы в локусе 1q42, в том же регионе, что и ген ренина. Он кодирует аминокислотную последовательность белковой молекулы ангиотензиногена. Варианты полиморфизма гена АГ отличаются одним нуклеотидом. В данном гене известно несколько структурных полиморфизмов, среди которых физиологически значимыми являются мутации в 174-м кодоне с соответствующей заменой треонина на метионин. Эти мутации сопряжены с изменением свойств АГ.

Цель. Установить связь полиморфизма гена РААС АГТ 174 (С>Т) с развитием артериальной гипертензии и хронической болезни почек.

Материал и методы исследования. Проведено генетическое обследование 47 пациентов с АГ без выявленной почечной патологии (n=47), и 40 пациентов с АГ и ХБП, находящихся на программном гемодиализе. Группу контроля составили 67 условно здоровых лиц. Генетическое обследование включало определение полиморфизма гена АГТ (Thr174Met). Больные были сопоставимы по возрасту и полу. Национальная принадлежность определялась согласно опросу в 3-х поколениях. Материалом для выделения ДНК служила венозная кровь из локтевой вены объемом 3-5 мл (для забора крови использовались вакуотайнеры Beckton-Dickinson) с антикоагулянтом/консервантом 15% трикалийевым EDTA (Ethendianin-tetraacetic acid). Для получения геномной ДНК использовали двухэтапный метод лизиса клеток крови. Дальнейшая очистка лизатов лейкоцитарной массы основана на методе спиртово-солевой обработки по S. Miller и соавт. (1988) в модификации, предложенной лабораторией Стенфордского Университета. Генотипирование проводили методом ПЦР при помощи коммерческих тест систем «SNP- экспресс» НПФ «Литех» с последующей электрофоретической детекцией в агарозном геле. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Статистический анализ проводился по формулам частично в Microsoft Excel, SISA9.17® и в статистическом программном пакете *Arlequin 3.5.2*. Исследование выполнено в Институте Иммунологии и Геномики Человека АН РУз (Отдел клеточной терапии, в.н.с., д.м.н. Рузибакиева М.Р.)

Результат.

В первой группе обследуемых лиц было 47 пациентов с АГ без ХБП (n=47) средний возраст составил 61,3г. Синдром АГ (АД систолическое > 140 и/или АД диастолическое > 90 ммрт. ст.) наблюдался у всех обследуемых пациентов. Среди них у 21 (44,7%) пациентов АД варьировало в пределах от 140/90 до 160/110 мм рт. ст., а у 26 (55,3%) - превышало 160/110 мм рт. ст. Большинство пациентов 36 человек (76.6%) страдают АГ 5 и более лет. Средний показатель СКФ в данной группе 59,3.

Достоверно чаще в данной исследуемой группе по сравнению с контрольной группой встречался полиморфизм генов ангиотензиногена в 174-м кодоне С/Т $\chi^2 \geq 4.657$ ($p=0.030927$) и OR (95% CI): $1.076 > 2.672 > 6.636$, что подтверждает значимость данного генотипа в развитие АГ. В то же время генотип С/С обеспечивал протективный эффект с показателями $\chi^2 \geq 3.88$ ($p=0.048872$) и OR (95% CI): $0.177 > 0.423 > 1.007$.

Во второй группе больных было 40 обследуемых лиц с ХБП ($n=40$) средний возраст составил 42 г. Синдром АГ (АД систолическое > 140 и/или АД диастолическое > 90 ммрт. ст.) наблюдался у всех обследуемых пациентов. Среди них у 20 (50%) пациентов АД варьировало в пределах от 140/90 до 160/110 мм рт. ст., а у 20 (50%) - превышало 160/110 мм рт. ст. Большинство пациентов 30 человек (75%) страдают АГ 5 и более лет. Средний показатель СКФ в данной группе 15.

При сравнительном анализе распределения частот аллелей и генотипов AGT (Thr174Met) в группе больных ХГН с АД и в контрольной группе были выявлены значимые различия в частоте встречаемости генотипа Т/Т $\chi^2 \geq 3.709$ ($p=0.054127$) и OR (95% CI): $0.856 > 4.643 > 25.175$, что подтверждает значимость данного генотипа в развитие ХПН и АГ. В то же время генотип С/С обеспечивал протективный эффект с показателями $\chi^2 \geq 7.665$ ($p=0.005629$) и OR (95% CI): $0.122 > 0.295 > 0.715$. Для генотипа С/Т наблюдалась тенденция к достоверности, однако истинной значимости данный генотип не достигал, что, возможно, может измениться при расширении выборки.

Вывод. Анализ распределения аллельных вариантов и генотипов AGT (Thr174Met) существуют различия в частоте встречаемости. Для группы больных с АГ наиболее значимым рисковым генотипом являлся гетерозиготный генотип С/Т, встречающийся в 1,2 раза чаще в группе больных. Тогда как для пациентов с ХБП значимым предрасполагающим генотипом был гомозиготный Т/Т генотип. Для обеих групп С\С генотип был достоверно значимым и протективным. Полученные данные свидетельствуют о значимой роли данного полиморфного маркера в развитие исследуемых патологий, однако имеются значимые различия в характере распределения генотипических сочетаний.

БОЛАЛАРДА ГЕРПЕСВИРУС АССОЦИАЦИЯЛИ СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТНИНГ КЛИНИК-ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

¹Акалаев Р.Н., ¹Ахмедова М.А., ²Эгамбердиев С.Б., ¹Арипходжаева Ф.А.

¹Тиббийёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириши маркази

²Тошкент тиббийёт академияси кўп тармоқли клиникаси

Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги. Сўнгги йилларда болаларда сийдик йўллари хасталикларининг ўсиб бориши кузатилмоқда ва улар орасида микроб-вирус буйрак яллиғланиши

улуши 80% ни ташкил этмоқда (Соломай Т.В. ва б., 2021). Ўз вақтида аниқ ташхис қўйилмаслик ва этиопатогенетик давонинг кеч бошланиши буйракда патологик жараённинг авж олишига, оқибатда сурункали буйрак етишмовчилигининг ривожланишига олиб келади. Бу эса ўз навбатида боланинг ўсиш ва ривожланишига салбий таъсир кўрсатиб, ногиронликка олиб келади (Рахманова Л.К. ва б., 2017). Бугунги кунга келиб болаларда учрайдиган сурункали гломерулонефрит этиологик сабаблари орасида стрептококк инфекцияси улушининг камайиши, айна вақтда герпесвирус этиологияли нефропатияларнинг кўплаб қайд этилиши кузатилмоқда. Шу билан бирга сурункали гломерулонефритнинг герпес вирус ассоциацияси билан клиник кечиш хусусиятлари ва иммуно-серологик ташхис критерийлари амалиётда тўлиқ ёритилмаган.

Тадқиқотнинг мақсади. Болаларда герпесвирус ассоциацияси билан кечадиган сурункали гломерулонефрит клиник-иммунологик кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва услублар. Мазкур тадқиқот иши ТТА кўп тармоқли клиникасининг “Кардиоревматология ва нефрология” бўлимида 65 нафар сурункали гломерулонефрит билан оғриган беморларда ўтказилди. Барча бемор болаларга клиник тахлиллар, биохимик текширувлар билан бир қаторда герпесвирус инфекция ташхисини қўйиш учун ИФА ва ПЗР ўтказилди.

Натижалар. Тадқиқотимиз натижалари шуни кўрсатдики, сурункали гломерулонефрит билан оғриган беморларда ЦМВ моноинфекция холида 6,3% беморда, ОГВ1/2+ЦМВ микст-инфекцияси 50% беморда, ОГВ1/2+ЦМВ+ОГВ 6-тур микст-инфекцияси 6,3% беморда, ОГВ1/2+ЦМВ+ОГВ 8-тур 37,5% беморда қайд этилди.

Иммунологик тадқиқотларда CD3+, CD8+, CD(16) бўйича 46 (69,9%) нафар болаларда вирусга қарши ҳимоянинг пасайиши кузатилди. CD3+, CD8+, CD(16) бўйича вирусга қарши ҳимоянинг фаоллашуви 20 (30,3%) нафар болаларда аниқланди. 46 (69,9%) нафар болаларда CD3+, CD8+ иммунорегуляция индекси даражасига кўра иккиламчи иммунитет танқислиги ҳолати аниқланди.

Хулоса.

1. Болаларда кечадиган сурункали гломерулонефритда герпесвирус инфекцияси моно ва микст инфекция кўринишида намоён бўлади.

2. Болаларда кечадиган сурункали гломерулонефритда герпесвирус инфекциясининг 69,9% ҳолларда вирусга қарши ҳимоянинг пасайиши ва иккиламчи иммунтанқислик ривожланишининг қайд этилиши бу беморларда вирусга қарши воситалар қўллаш мақсадга мувофиқ эканлигини кўрсатади.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА НСV-ПОЗИТИВНЫХ БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

¹Акалаев Р.Н., ¹Арипходжаева Г.З., ²Закиров Д.Ф., ²Рахимова Н.С.

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

²Республиканский научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки

Введение. Одной из основных задач программного гемодиализа в лечении больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (тсХПН) является коррекция гомеостаза, как совокупности скоординированных реакций, обеспечивающих поддержание, а в некоторых случаях и восстановление постоянства внутренней среды организма. У больных, длительное время получающих программный гемодиализ, на фоне резко сниженной, а в большинстве случаев и утраченной функции почек, теряется метаболическая гибкость или пластичность, т.е. организм самостоятельно не может адаптироваться к изменениям метаболических или энергетических своих потребностей, т.е. нарушается метаболический гомеостаз. У больных с тсХПН все это происходит при постоянном токсическом прессе, выражающемся субуремическим состоянием, т.е. синдромом эндогенной интоксикации и при нарушении КЩС и водно-электролитного баланса. В процессе гемодиализа происходит коррекция КЩС и водно-электролитного баланса, а так же удаление низкомолекулярных токсинов, что приводит к относительно удовлетворительному состоянию больных. Но, несмотря на коррекцию лабораторных показателей у некоторых пациентов, на фоне проведения сеансов гемодиализа прогрессируют симптомы эндогенной интоксикации. При изучении патогенетических механизмов синдрома эндогенной интоксикации доказано значение пула веществ со средней молекулярной массой – среднемолекулярных пептидов (СМП). Это является результатом дисбаланса между поступлением токсинов в кровь и их элиминацией, при неэффективности гемодиализа по СМП на фоне нарушения детоксикационной функции организма, что вызывает вторичное повреждение внутренних органов и особенно печени.

Как известно, основной линией защиты от агрессивного действия свободных радикалов является антиоксидантная система человека. Подавление активности антиоксидантной системы может привести к избыточному накоплению активных форм кислорода и деструкции клеток. Это в свою очередь, приводит к неблагоприятному течению заболевания, в патогенезе которых имеет большое значение состояние антиоксидантной системы (Акалаев Р.Н. и др., 2019).

Цель. Изучить состояние эндогенной интоксикации и антиоксидантной способности сыворотки крови у НСV-позитивных больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности находящихся на программном гемодиализе.

Материал и методы. Обследовано 68 HCV-положительных больных на фоне тсХПН находящихся на программном гемодиализе в возрасте от 20 до 60 лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц с отсутствием маркеров гепатитов. У больных исследуемой группы проводилась оценка показателей антиоксидантной защиты сыворотки крови: общей антиоксидантной способности (АОС), тест-системы производства Cayman Chemical, в миллимолярных эквивалентах фотометрическим методом.

Результаты исследований. Нами проведено изучение степени эндогенной интоксикации и общей антиоксидантной способности у 32 HCV-положительных больных на фоне тсХПН и 36 больных тсХПН. Исследованиями установлено повышение СМП сыворотки крови у HCV-положительных больных на фоне тсХПН было достоверно повышено ($36,8 \pm 0,21$ у/е; здоровые $9,79 \pm 0,09$ у/е) $p < 0,05$ по сравнению с показателями больных тсХПН ($27,3 \pm 0,20$ у/е), что показывало наибольшую выраженность эндогенной интоксикации у больных на фоне HCV-инфекции. Изучение АОС крови больных показал достоверное снижение ($p < 0,05$) АОС у HCV-положительных больных на фоне тсХПН и больных тсХПН ($0,078 \pm 0,004$ ммоль/л, $0,096 \pm 0,005$ ммоль/л; соответственно), по сравнению с показателями здоровых ($0,380 \pm 0,059$ ммоль/л, $0,096 \pm 0,005$ ммоль/л).

Вывод. HCV инфекция на фоне тсХПН проявляется снижением АОС и выраженностью эндогенной интоксикации, что является основанием для введения в патогенетическую терапию средств антиоксидантной защиты.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА У БЕРЕМЕННЫХ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ АССОЦИИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИЕЙ (АФСН)

Д.Ш.Акрамходжаева¹, З.С.Камалов.²

*Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии
и трансплантации почки, Ташкент¹*

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент.²

Актуальность проблемы. Антифосфолипидный синдром (АФС) наблюдается у женщин в 2-5 раз чаще, чем у мужчин, причем, если при первичном АФС отношение числа больных женщин и мужчин составляет 4:1, то при вторичной форме заболевания этот показатель достигает 7:1, что, вероятно, объясняется большей предрасположенностью женщин к системным заболеваниям соединительной ткани. Исследования антигенов системы HLA (human leucocytes antigen) показало, что у больных с АФС чаще, чем в популяции встречаются HLA: DR4, DR7, DRw53, что свидетельствует о возможной генетической предрасположенности к заболеванию. В литературе описаны семейные случаи АФС, составляющие, по данным некоторых авторов, до 2%. Возможно, что существуют две формы заболевания: спорадическая и семейная. Потенциальными генами-

кандидатами в развитии АФС синдрома также можно рассматривать гены фолатного цикла, участвующие в процессах реметилирования.

Целью настоящего исследования является оценить частоту полиморфных генов MTHFR и MTRR у беременных с антифосфолипидным синдромом ассоциированной нефропатией (АФСН).

Материал и методы. Для генетических исследований вошли 65 обследуемых узбекской популяции, беременных. Исследуемые лица условно разделены на 2 группы: группа с АФС (25 чел.) и группа здоровых лиц (40 чел.), сопоставимые по возрасту.

Верификацию диагноза проводили с помощью серологического метода, т.е. выявлением основных серологических маркеров АФСН (ВА, β_2 -ГП I) у больных с данной патологией. Для больных АФСН свойственно 2-х кратное выявление серологических маркеров АФСН (ВА, β_2 -ГП I) в периферической крови, с интервалом не менее 12 недель, что весьма важно для более точной диагностики данного заболевания.

Выделение ДНК из лейкоцитов периферической крови проводили стандартным методом. Генотипирование осуществляли с помощью амплификации соответствующих участков генома методами qPCR (RG-6000, Australia) и пиросеквенирования PyroMark Q24 (Qiagen, Germany).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакетов программ «SPSS 13», «PLINK» и «Haploview 4.2».

Результаты и обсуждение.

Мы предыдущей работе оценили частоту полиморфных генов MTHFR и MTRR в узбекской популяции, выяснили существование некоторые закономерной связи между развитием антифосфолипидного синдрома и нарушением метилирования ДНК вследствие дефицита ферментов фолатного цикла.

Распределение генотипов исследованных полиморфизмов проверяли на соответствие ожидаемому при равновесии Харди-Вайнберга с помощью точного теста Фишера (Вейр, 1995). Для сравнения частот аллелей и генотипов между анализируемыми группами использовали критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса или точный тест Фишера. Для оценки ассоциаций полиморфизмов генов с патологическим фенотипом рассчитывали показатель «отношение шансов» - OR. Для определения характера распределения полученных данных использовали критерий Шапиро-Уилка. Для анализа количественных признаков при сравнении двух независимых выборок с нормальным распределением использовали дисперсионный анализ, при отклонении от нормального распределения - критерий Манна-Уитни (Гланц, 1999). Для каждого полиморфизма и гаплотипа были рассчитаны OR, величина P, и 95% доверительный интервал. Статистически значимыми считали различия при $P < 0,05$.

Результаты. Среди 2 изученных полиморфизмов (rs1801131 и rs1805087 генов фолатного цикла) отклонение от равновесия Харди-Вайнберга как среди случаев, так и среди контролей не было зафиксировано.

Анализ распределения частот аллелей по полиморфизмам rs1801131 и rs1805087 генов фолатного цикла в группе с АФС и в контрольной выборке

выявил между ними статистически значимые различия. Так значение относительного риска аллели А полиморфизма rs1805087 составило 3,86 (P=0.0008), в то время как аллель G данного полиморфизма можно рассматривать как протективную в развитии данной патологии ($\chi^2=11.19$; OR=0.26; P=0.0008). Анализ аллельных частот полиморфизма rs1801131 гена MTHFR достоверно значимых различий не выявил.

Анализ генотипических ассоциаций показал, что наибольший риск развития антифосфолипидного синдрома обусловлен гомозиготным генотипом AA полиморфизма rs1805087 ($\chi^2=9.29$; OR=3.76; P=0.01). Другими значимыми генотипами в развитии рассматриваемой патологии оказались: генотип AA полиморфного маркера rs1801131 ($\chi^2=6.29$; OR=3.71; P=0.04). Гетерозиготное сочетание аллелей AC (OR=0.29), также как и генотипы CC (OR=0.79), AG (OR=0.77) и GG (OR=0.09) данных полиморфизмов не показали достоверных ассоциаций с развитием антифосфолипидного синдрома (P<0.05).

Выводы:

1. Наибольший риск развития антифосфолипидного синдрома в узбекской популяции обусловлен гомозиготным генотипом AA полиморфизма rs1805087 ($\chi^2=9.29$; OR=3.76; P=0.01). Другими значимыми генотипами в развитии рассматриваемой патологии оказались: генотип AA полиморфного маркера rs1801131 ($\chi^2=6.29$; OR=3.71; P=0.04)

2. Гетерозиготное сочетание аллелей AC (OR=0.29), также как и генотипы CC (OR=0.79), AG (OR=0.77) и GG (OR=0.09) данных полиморфизмов не показали достоверных ассоциаций с развитием антифосфолипидного синдрома (P<0.05).

НЕФРИНУРИЯ КАК МАРКЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ COVID-19

Амонов М.К.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Почки являются одним из наиболее поражаемыми органами-мишенями при COVID-19. Частота повреждения почек при COVID-19 в среднем составляет 17–27%. После заражения инфильтрирующие вирусы попадают в кровоток и могут поражать почку, где они могут накапливаться и повреждать резидентные клетки. Таким образом, почки являются одним из внелегочных органов, который часто поражается.

Нефрин, трансмембранный белок подоцитов с м.м. 160 кДа, продукт гена NPHS1, является основным структурным белком щелевой фильтрационной диафрагмы и относится к адгезивным белкам суперсемейства иммуноглобулинов. Участвует в формировании почечного фильтра, при повреждении почек наблюдается усиленная экскреция с мочой. Уточнение механизмов повреждения подоцитов при COVID-19, их связи с метаболическими и гемодина-

мическими нарушениями, поиск биомаркеров, отражающих выраженность дисфункции подоцитов, являются предметом пристального внимания нефрологов.

Цель: изучить возможность использования нефринурии в качестве маркера повреждения почек при COVID-19.

Материалы и методы: участниками исследования стали 71 в возрастном диапазоне от 34-61 год (средний возраст $42 \pm 2,7$) больной с подтвержденным с помощью ПЦР теста диагнозом COVID-19. Из них у 34 больных были с сопутствующим диагнозом – гипертоническая болезнь (ГБ) и соответственно 37 больных с нормотензией. Были определены соотношение нефрин/креатинин в моче (СНК, нг/мг) и белок/креатинин (СБК мг/мг).

Результаты. Изначально ГБ наблюдалась у 34 из 71 больных. СНК увеличивался с увеличением СБК у 19 (55,9%) больных с COVID-19 и ГБ. Напротив, СНК существенно не изменился, несмотря на значительное увеличение СБК у 31 (83,8%) больного с нормотензией, что указывает на увеличение нефринурии у больных COVID-19 с гипертонией по сравнению с диапазоном протеинурии у больных COVID-19 с нормотензией. В период реабилитации высокий уровень соотношения нефринурии сохранялся у 7 больных из 19 (36,8%) в течении месяца, тогда как тогда как у всех 6 больных COVID-19 с нормотензией и высоким уровнем нефринурии, наблюдалась нормализация показателей в течении первых 4-7 дней реабилитации.

Выводы. Частота нефринурии у больных COVID-19 с ГБ существенно выше чем у больных COVID-19 с нормотензией. Определенное пороговое значение СНК может эффективно дифференцировать степень повреждения почек при COVID-19.

Ключевые слова: COVID-19, гипертоническая болезнь, нефрин, повреждение подоцитов, анализ мочи.

РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗДАГИ БЕМОРЛАРДА НСҮ ИНФЕКЦИЯНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

¹Арипходжаева Г.З., ^{1,2}Абдуллаев А.Н., ¹Акалаев Р.Н.

¹Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази

²Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий амалий тиббиёт маркази
Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги. Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, иқтисодий жихатдан ривожланган мамлакатлар аҳолисининг ўлим кўрсаткичида буйрак касалликлари 7-ўринни эгаллайди ва барча ўлим сабабларининг 2.5-3 фоизини ташкил қилади (Gendia M, et al., 2019). Ўзбекистонда харбир миллион аҳолига 50 нафар тСБЕ билан оғриган бемор тўғри келади (Даминов Б.Т., 2016). Амалда жорий қилинган режали гемодиализ ва перитонеал диализ йўқотилган буйрак функциясини узок муддат ва сифатли

ўрнини босишга ёрдам бериб келмоқда (Long JD, et al.,2018). Режали гемодиализнинг энг жиддий асоратларидан бири гепатит С вирусини юктириш хавфидир. Айрим манбаларда дастурий гемодиализ бўлимларида гепатит С билан касалланиш 11% дан 70% гача учраши қайд этилган (Акалаев Р.Н., Арипходжаева Ф.А., 2019; 2021).

Тадқиқотнинг мақсади. Режали гемодиализдаги беморларда HCV инфекциянинг клиник хусусиятлари ўрганиш ва даволаш тактикасини ишлаб чиқиш.

Материал ва услублар. 1 йилдан 7 йилгача режали гемодиализ қабул қилаётган 125 нафар беморлар текширувга олинди. Беморларнинг ўртача ёши $43,5 \pm 0,91$ ни ташкил этди. Уларнинг 41 (33%) нафарини аёллар ва 84 (67%) нафарини эркаклар ташкил этди. Вирусли гепатит ташхиси анамнез, клиник ва лаборатор маълумотларга таянган холда, ҳамда қондаги анти-HCV ни ИФА усулида аниқлаш орқали қўйилди. Микст инфекцияни инкор қилиш мақсадида ИФА усулида HBsAg, анти-HDV ва ОИВ-инфекциясига текширтирилди.

Натижалар. Ўтказилган тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, беморлар орасида мониторинг текшируви натижасида HCV инфекция 31,6% холда аниқланди. Гепатит В 5,8%, Гепатит В+С 4,1%, гепатит В+Дельта 2%, ОИВ инфекция 1,3%, ҳамда гепатит С ва ОИВ инфекция 1% холатда аниқланди. Яъни бугунги кунда гемодиализ бўлимларида гепатит С тарқалиши салмоқли ўринни эгаллайди.

Клиник тадқиқотлар натижалари HCV-мусбат тСБЕ беморларида холсизлик, кўнгил айланиши, иштаханнинг сустлиги каби интоксикация аломатлари тСБЕ HCV-манфий беморларга нисбатан ишонарли ($p < 0,05$) даражада кўп намоён бўлишини кўрсатди. Шунингдек, ушбу гуруҳдаги беморларда анемия, асцит, гидроторакс кўринишидаги полисерозитлар ишонарли ($p < 0,05$) даражада юқори эканлиги аниқланди. Клиник текширувлар жараёнида асосий гуруҳдаги 37 (69%) нафар беморларда жигар катталашини ва 14 (26%) нафар беморларда талокнинг катталашини кузатилди.

HCV-мусбат тСБЕ беморларни жигардаги патологик жараённинг фаоллик даражасига қарб бўлганда, 33 (73,3%) нафар беморда минимал фаоллик даражаси ва 12 (26,7%) нафар беморда ўрта даража кузатилди.

HCV-мусбат тСБЕ беморларда гепатопротектор, антиоксидант препарат Глутион 600 мг дозада 0,9%-100,0 физиологик эритмада 10 кун давомида диализ оралиқлари даврида қўлланилди. Тадқиқотлар натижалари HCV-мусбат тСБЕ беморлар қонида умумий антиоксидант фаолликнинг ишонарли ($p < 0,05$) ўсишини кўрсатди, бу кўрсаткич минимал фаоллик даражадаги беморлар гуруҳида даводан олдин $0,12 \pm 0,01$ мМ ва кейин $0,21 \pm 0,01$ мМ ни ташкил этди. Жигардаги фаоллик ўрта даражадаги беморлар гуруҳида $0,07 \pm 0,005$ мМ даводан олдин ва даводан кейин $0,21 \pm 0,02$ мМ (соғлом: $0,38 \pm 0,02$) ташкил этди.

Хулоса:

1. Режали гемодиализ бўлимларида HCV инфекция салмоқли ўринни эгаллайди.

2. Беморларда HCV инфекциянинг мавжудлиги асосий касалликнинг кечимини оғирлаштирди.

3. HCV-мусбат тСБЕ беморларида Глутин гепатопротектор, антиоксидант препаратини қўллаш жигар функционал холатига ижобий таъсир кўрсатиб, тСБЕ беморларнинг хаёт сифатининг яхшиланшига олиб келади

ПРОБЛЕМА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК

¹Арипходжаева Ф.А., ²Рахимова Н.С.,
¹Холодова Е.Г., ¹Рахимов А.А., ¹Акалаев Р.Н.

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

²Республиканский научно-практический медицинский центр нефрологии и
трансплантации почки
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В последние годы в мире наблюдается неуклонный рост числа больных с патологией почек, исходом которого является тХПН (Torun D. et al., 2019). Частота встречаемости ХПН в разных странах мира колеблется в различных пределах. В Узбекистане по последним данным частота ХПН встречается 500 человек на 1 млн. населения (Сабиров М.А. и др., 2019). Базовым методом заместительной почечной терапии является программный гемодиализ. Тяжелой характер патологии, частые медицинские вмешательства, непрерывный лечебный процесс, периодические гемотрансфузии по жизненным показаниям обуславливают большой риск заражения парентеральными вирусными гепатитами (Акалаев Р.Н. и др., 2020).

На сегодняшний день, согласно Указа и Постановления Президента Республики Узбекистан за №3846 от 12.07.2018г. и временного положения о трансплантации почек, в нашей стране начато активное внедрение операций по трансплантации почек (Хаджибаев Ф.А. и др. 2019), противопоказанием к которым является наличие сопутствующих парентеральных вирусных инфекций. Учитывая негативные последствия вирусных гепатитов, специалисты KDIGO (2018) рекомендуют проводить противовирусное терапию до и после трансплантации пациентам тХПН.

Материал и методы исследования. Проведено многоцентровое обследование 395 больных отделений гемодиализа города Ташкента и областных филиалов, а также ретроспективно проанализирован анамнез 518 пациентов, перенесших трансплантацию почки в 2017-2020 годах. Диагноз вирусных гепатитов устанавливался на основании анамнеза, клинико-лабораторных данных и выявления в крови HBsAg, anti-HCV, анти-HDV (ИФА). Вирусная нагрузка и генотипы вирусов определялись методом ПЦР

Результаты. Проведенное нами многоцентровое обследование 395 больных отделений гемодиализа города Ташкента и областных филиалов показал

наибольшую заболеваемость HCV (125 больных (31,6%)) в обследованной группе больных по сравнению с заболеваемостью HBV (23 больных (5,8%)). Следует отметить, что в отделениях гемодиализа имеет место микст-инфицирование HBV+HCV у 16 (4,1%) больных, HBV+HDV инфекция у 8 (2%) больных и HCV+ВИЧ инфекция у 4 (1%) больных.

На сегодняшний день ретроспективно проанализирован анамнез 518 пациентов, перенесших трансплантацию почки в 2017-2020 годах. Результаты анализа показали, что из 518 пациентов у 43 (9%) была диагностирована инфекция HBV, у 95 (19%) - инфекция HCV, у 5 (1%) - инфекция гепатита В + С и у 47 (10%) пациентов при необъяснимой гиперферментемии.

Согласно рекомендациям EASL, ледипасвир 90 мг + софосбувир 400 мг используются для генотипа 1 вируса гепатита С, а велпатасвир 100 мг + софосбувир 400 мг - для генотипов 2-3. В нашем исследовании 28 пациентов с генотипом 1 вируса гепатита С в отделении гемодиализа получили противовирусную терапию препаратом Вирпас (ледипасвир 90 мг + софосбувир 400 мг). Вирвел (велпатасвир 100 мг + софосбувир 400 мг) назначен 26 пациентам с 2-3 генотипами вируса гепатита С.

Анализ эффективности противовирусного препарата Вирпас у пациентов, инфицированных HCV генотипа 1 на фоне тХПН, показывает, что уровни РНК-HCV не были выявлены 42% пациентов через 4 недели противовирусной терапии. У 53% отмечалось снижение вирусной нагрузки. Один пациент был вынужден покинуть лечебную группу к 8 неделям в связи с ухудшением общего состояния на фоне прогрессирующей неконтролируемой артериальной гипертензии и сердечно-сосудистой недостаточностью. HCV наблюдались у 71% пациентов, а снижение вирусной нагрузки по сравнению с исходным уровнем - у 25% пациентов. В конце 12-й недели клинического наблюдения отрицательный результат РНК-HCV был отмечен у 98% пациентов, а уровень РНК-HCV остался минимальным у 1 пациента.

Вывод. Таким образом, до настоящего времени в Узбекистане единственным методом заместительной терапии, способным продлить жизнь и улучшить качество больных тХПН, являлся программный гемодиализ, а качество гемодиализа всегда зависело от санации сопутствующих заболеваний. Проблема вирусных гепатитов у больных на программном гемодиализе в нашей стране в последнее время приобрела особое значение на фоне повсеместного прогрессивного внедрения операций по пересадке почек. Противовирусная терапия парентеральных гепатитов обеспечивает основу для своевременного включения пациентов в группу предтрансплантационной подготовки и является долгосрочной альтернативой функционирования пересаженной почки у больных после трансплантации.

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Арипходжаева Ф.З.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. За последние три десятилетия распространённость избыточной массы тела и ожирения ($\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$) у взрослых во всем мире существенно увеличилась (Шишкова Ю.Н. и др., 2018). Прирост распространённости ожирения является глобальной проблемой (Чулкова В.С. и др., 2018; Бобкова И.Н. и др., 2019), прогнозируют, что в следующем десятилетии он достигнет 40% по всему миру. Такое увеличение распространённости ожирения вносит вклад в развитие сердечно-сосудистых заболеваний и ХБП. Высокий индекс массы тела – один из наиболее значимых факторов риска развития ХБП (Вякова А.А. и др., 2017). В многочисленных популяционных исследованиях обнаружена ассоциация между показателями ожирения и развитием и прогрессированием ХБП (Гойибова Н.С. и др., 2020).

Цель исследования. Оценка роли нарушений липидного обмена в поражении почек у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Нами обследовано 95 больных в возрасте от 19 до 77 лет. Из них мужчины 33 (35%) и женщины 62 (65%). Всем больным проведены антропометрические исследования которые основывались на измерении индекса массы тела (ИМТ) на основании соотношения роста и массы тела больного (индекс Кетле). По показателю ИМТ определяли степень ожирения согласно критериям ВОЗ 1997г. Проведены лабораторные исследования по изучению показателей липидного обмена. Оценка фильтрационной функции почек произведена по формуле MDRD (мл/мин/1,73м^2). Использованы статистические методы исследования: сравнение средних величин с расчетом t-критерия Стьюдента и оценкой его значимости (p).

Результаты: Характер липидных нарушений анализировали в группах больных с разной степенью ожирения: 1-я группа (контрольная) – пациенты с ИМТ 18,5 – 24,9 кг/м^2 (n = 20), 2-я – с ИМТ 25,0 – 29,9 кг/м^2 (n = 22), 3-я – с ИМТ 30,0 – 34,9 кг/м^2 (n = 25), 4-я – с ИМТ 35,0 – 39,9 кг/м^2 (n = 28),

Нарушения липидного обмена у больных с МС характеризовались повышением уровня триглицеридов $2,01 \pm 0,12$ ммоль/л, общего холестерина $7,5 \pm 0,42$ ммоль/л, липопротеидов низкой плотности $3,94 \pm 0,20$ ммоль/л, снижением содержания липопротеидов высокой плотности $1,12 \pm 0,06$ ммоль/л.

Наличие связи нарушений липидного состава плазмы с маркерами поражения почек оценивали на основании корреляционного анализа. При проведении корреляционного анализа была выявлена прямая связь между показателем липидного спектра и уровнем креатинина сыворотки крови ($r=0,210$, $p=0,010$). Выявлена достоверная зависимость нарушений липидного

состава крови с развитием дисфункции почек - снижением скорости клубочковой фильтрации и повышением уровня креатинина.

Выводы: Таким образом, учитывая высокую распространенность ХБП у больных с метаболическим синдромом, у всех пациентов с наличием трех и более критериев метаболического синдрома и нормальным уровнем креатинина для выявления ранних, доклинических нарушений функции почек целесообразно рассчитывать СКФ по MDRD.

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Арипходжаева Ф.З.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. В последнее десятилетие распространённость ожирения повышается до эпидемии и является медико-социальной проблемой здравоохранения во всем мире (Шишкова Ю.Н. и др., 2018; Бобкова И.Н. и др., 2019). Более 1,9 миллиарда взрослых людей имеют избыточный вес, из них свыше 600 миллионов людей страдают ожирением (Кутырина И.М., 2017). Высокая распространённость ожирения способствует развитию хронических заболеваний, в том числе и хронической почечной недостаточности (Чулкова В.С. и др., 2019). Установлено что при мере увеличения индекса массы тела риск терминальной почечной недостаточности возрастает более чем в 7 раз. Изучение патогенетических механизмов вовлечения патологического процесса почек (гломерулит, гломерулосклероз) в зависимости от степени выраженности ожирения позволит выявить ранние предикторы поражения почек при данной патологии.

Цель исследования. Изучение функционального состояния почек при ожирении и оценка выявленных изменений в зависимости от ИМТ.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 95 больных в возрасте от 19 до 77 лет. Исследование выполнено в ООО “Surunkali somatik kasalliklar reabilitatsiya maskani” в период с 2018 по 2021 гг. находящихся на амбулаторном и стационарном лечении. Из них мужчины 33 (35%) и женщины 62 (65%). Всем больным проведены антропометрические исследования которые основывались на измерении индекса массы тела (ИМТ) на основании соотношения роста и массы тела больного (индекс Кетле). По показателю ИМТ определяли степень ожирения согласно критериям ВОЗ 1997г. Оценка фильтрационной функции почек произведена по формуле MDRD (мл/мин/1,73м²). Использованы статистические методы исследования: сравнение средних величин с расчетом t-критерия Стьюдента и оценкой его значимости (p).

Результаты: Больные были разделены на группы в зависимости от ИМТ: 1-я группа (контрольная) – пациенты с ИМТ 18,5 – 24,9 кг/м² (n = 20), 2-я – с ИМТ 25,0 – 29,9 кг/м² (n = 22), 3-я – с ИМТ 30,0 – 34,9 кг/м² (n = 25), 4-я – с ИМТ 35,0 – 39,9 кг/м² (n = 28).

При анализе средних показателей СКФ, рассчитанной по формуле MDRD (мл/мин/1,73 м²), отмечено снижение СКФ по мере увеличения ИМТ. При избыточном весе средняя СКФ составила 74,1±4,2 мл/мин, при ожирении I степени – 73,1±4,9 мл/мин, II степени – 70,0±5,2 мл/мин. В контрольной группе средняя СКФ составила 79,4±3,9 мл/мин.

Выводы: таким образом, расчет СКФ по формуле MDRD позволяет выделить группу пациентов с выраженной и средней степенью снижения СКФ, тем самым прогнозирует развития ХБП.

ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Атаходжаева Г.А., Арипова Дж.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность исследования: тесная ассоциация между МС и ХБП доказана в крупных клинических исследованиях. Абдоминальное ожирение в сочетании с дислипидемией (ДЛП), гипертриглицеридемией и особенно с гипергликемией, приводит к функциональным и выраженным структурным изменениям почек, в ряде случаев с формированием фокального сегментарного гломерулосклероза. Увеличение распространенности МС у больных с ХСН, сопряжено с увеличением риска развития поражения почек, что обуславливает поиска факторов риска и эффективных подходов к лечению МС при ХСН. Изучение указанных аспектов данной проблемы представляется важным для оптимизации лечения и реабилитации больных с ХСН, обусловленных с постинфарктным кардиосклерозом.

Исходя из вышеизложенных, целью данного исследования явилось: изучение функционального состояния почек и качества жизни, физической работоспособности больных с хронической сердечной недостаточностью, в зависимости от представленности компонентов метаболического синдрома.

Материалы и методы исследования: для реализации поставленных задач было обследовано 188 больных мужского пола с постинфарктным кардиосклерозом с давностью перенесенного инфаркта миокарда от 6 мес. до 5 лет, с ХСН. Согласно классификации ХСН (ESC 2016) в зависимости от уровня фракции выброса (ФВ) все обследованные пациенты с ХСН имели промежуточную ФВ (ФВЛЖ 40-49%) и сохраненную (ФВЛЖ более 50%) фракцию выброса ЛЖ. В зависимости от компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=62), больные без МС; II группа (n=58) больные с различной комбинацией ДЛП с АО, АГ и гипертриглицеридемией; III группа

(n=68) больные с различной комбинацией ДЛП и сахарного диабета 2-го типа (СД₂) с АО, АГ и гипертриглицеридемией.

При диагностике МС использованы критерии диагностики МС Международной Федерации Диабета (IDF, 2009). В качестве основных компонентов МС рассматривались: абдоминальное ожирение (АО) (>94 см для мужчин); уровень ТГ (>1,7 ммоль/л); уровень ХСЛВП (<1,03 для мужчин); уровень АД (САД >130 мм.рт.ст; ДАД >85 мм.рт.ст), уровень глюкозы натощак (>5,6 ммоль/л) или наличие сахарного диабета 2го типа.

Обследованные больные находились на стационарном лечении в отделении кардиологии городской клинической больницы № 7 г. Ташкента и в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре терапии и медицинской реабилитации Республики Узбекистан. Всем обследованным больным проводились общеклинические и лабораторно-инструментальные методы исследования. Всем больным проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек для исключения аномалии развития почек, объемных образований почек и нефролитиаза.

В обследование не включали больных с тяжелой степенью сахарного диабета, с обструктивными заболеваниями легких, с выраженными явлениями дыхательной недостаточности, с печеночной и почечной недостаточностью, с перенесенным ОНМК, с нарушениями ритма сердца высокой градации, а также больных с тяжелой степенью АГ и тяжелой степенью сердечной недостаточностью.

Изучение функционального состояния почек включало определение уровня сывороточного креатинина, экскреции альбумина с мочой (определение микроальбуминурии (МАУ ≥ 300 мг/л) в разовой утренней моче с использованием индикаторных полосок (Биосенсор АН, Россия), скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле СКФ EPI, в которой учитываются раса, пол, возраст, креатинин сыворотки. Для расчета СКФ по формуле СКД-EPI можно воспользоваться специальными приложениями для мобильных устройств (QxMDCalculator).

СКФ=141×(0,993)^{Возраст}×Кр/0,9)-0,412 (Белые, мужской пол)

СКФ=149×(0,993)^{Возраст}×Кр/0,9)-0,412(азиаты, мужской пол)

Также определяли стадию хронической болезни почек (ХБП) по уровню СКФ и комбинированный риск прогрессирования ХБП и сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от степени снижения СКФ и альбуминурии.

Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета стандартной электронной программы «biostatic for Windows, версия 4,03». Параметры описывались в виде M±SD. При распределении значений групповые сравнения количественных переменных проводили с использованием вариационного статистического критерия Стьюдента (t).

Результаты исследования: при исследовании параметров функционального состояния почек у больных с ХСН 1 группы у 28-х больных (45,1%) из 62 была выявлена МАУ. Клиренс сывороточного креатинина в

данной группе составил $89,0 \pm 8,49$ мкмоль/л, а уровень СКФ составил $88,58 \pm 8,36$ мл/мин.

При развитии МС во II группе больных у 33-х больных из 58-х отмечалась МАУ (56,8%). Установлено также снижение СКФ на 11,3% ($P < 0,05$) при повышении уровня сывороточного креатинина на 12,7% ($P < 0,01$) в отличие от данных I группы исследования.

Дальнейший анализ параметров ренальной функции в III группе ХСН выявил значимое снижение СКФ (на 23,0%; $P < 0,01$) при значительном повышении уровня креатинина крови (на 21,8%; $P < 0,01$) по отношению к данным I группы.

Также в III группе больных с ХСН и МС (+СД₂) у 52 больных (76,5%) из 68 была выявлена микроальбуминурия. При сопоставлении показателей ренальной функции между II и III группой исследования отмечалась достоверная разница уровня клиренса креатинина крови и скорости клубочковой фильтрации на 11,3% и 10,1% ($P < 0,05$) соответственно.

Нарушение функционального состояния почек, выраженность и характер этой дисфункции зависит от наличия и характера представленности компонентов МС. Нами установлено, что ХСН без МС протекает с менее выраженными проявлениями дисфункции почек, в отличие от больных с МС. Поражение почек может вызывать каждый из компонентов МС. Сочетание АО, артериальной гипертензии и гипертриглицеридемии является независимым предиктором снижения СКФ. АГ в сочетании с нарушениями углеводного и липидного обмена является независимым фактором поражения почек (увеличения мочевой экскреции альбумина, повышение концентрации сывороточного креатинина и снижения СКФ).

Изучение кардиоренальных взаимоотношений у больных с ХСН также выявили существенные корреляционные взаимосвязи между изученными параметрами. В I группе больных с ХСН отмечалась средняя корреляционная связь между СКФ и параметрами МС: уровнем ТГ крови ($r = -0,46$; $P < 0,01$), ИМТ ($r = -0,49$; $P < 0,01$) и уровнем глюкозы крови натощак ($r = -0,46$; $P < 0,01$). Также в данной группе выявлены корреляционные взаимосвязи между уровнем СКФ и ФВЛЖ ($r = 0,58$; $P < 0,01$), IVRT ($r = -0,51$; $P < 0,01$), ЭЗВД ($r = 0,69$; $P < 0,001$), что подтверждает о значимости метаболического синдрома в развитии и прогрессировании КРС у больных с ХСН

Во II группе больных с ХСН и МС значимая корреляционная взаимосвязь наблюдалась между уровнем СКФ и показателем систолической функции ЛЖ (ФВ) - ($r = 0,72$; $P < 0,001$), показателем диастолической функции ЛЖ (IVRT) - ($r = -0,55$; $P < 0,01$), а также между параметрами МС и уровнем СКФ: ИМТ ($r = -0,39$; $P < 0,05$) и САД ($r = -0,42$; $P < 0,01$). В III группе исследования с ХСН промежуточной ФВ и МС (+СД₂) отмечалась достоверная корреляционная взаимосвязь между СКФ и показателем систолической функции ЛЖ (ФВ) - ($r = 0,55$; $P < 0,01$) и показателем диастолической функции ЛЖ (PE/PA соотношения) - ($r = 0,49$; $P < 0,01$). Также в данной группе отмечалась существенная корреляционная взаимосвязь между уровнем СКФ и параметрами МС: ТГ ($r = -0,63$; $P < 0,001$) и уровнем глюкозы крови натощак ($r = -0,74$; $P < 0,001$).

Выводы: МС у больных с ХСН усугубляет нарушение функции почек, которая развивалась в качестве одного из главных патогенетических звеньев ХСН. Установлено, что по мере прогрессирования МС (присоединение СД₂ к другим компонентам МС) нарастают явления функциональной недостаточности почек. Свидетельством значимости МС в характере клинических проявлений ХСН является установленная зависимость выявленных нарушений от выраженности МС. Нарушение функционального состояния почек, выраженность и характер этой дисфункции зависит от наличия и характера представленности компонентов МС. Нами установлено, что ХСН без МС протекает с менее выраженными проявлениями дисфункции почек, в отличие от больных с МС.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Атаходжаева Г.А., Арипова Дж.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность исследования: ведущее значение в патогенезе ХСН отводится и эндотелиальной дисфункции. Развитие выраженной дисфункции эндотелия при ХСН обусловлено гиперактивизацией САС и РААС, гиперпродукцией провоспалительных цитокинов. Она заключается в снижении продукции вазодилатирующих и усилении синтеза вазоконстрикторных веществ. Основными факторами, нарушающими ЭФ при ХСН, является дисфункция миокарда, способствующая уменьшению гемодинамической силы напряжения сдвига, нейрогуморальный баланс, гипоксия, хроническое воспаление и интоксикация.

Необходимо также отметить факторов, которые усугубляют процессы ремоделирования миокарда и сосудов при ХСН, из которых значимыми являются компоненты МС (ИР, АГ, СД, ДЛП, ГТГ). Ремоделирование сосудов при МС, с одной стороны, является следствием воздействия ИР и компенсаторной гипергликемии, а также повышенного АД на сосудистую стенку, с другой – само по себе ведет к развитию и прогрессированию ИР и АГ. Данное состояние характеризуется снижением эндотелий зависимой вазодилатации (ЭЗВД) и повышенной адгезивности эндотелиальной выстилки.

Цель исследования: изучить состояние эндотелиальной функции у больных с хронической сердечной недостаточностью при различных проявлениях метаболического синдрома.

Материалы и методы исследования: для реализации поставленных задач было обследовано 197 больных мужского пола с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза II-III функционального класса (ФК) по NYHA, в возрасте 40-60 лет с давностью перенесенного инфаркта

миокарда от 6 мес. до 5 лет. Все больные находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении городской клинической больницы №7 г. Ташкента и состояли на учете в консультативной поликлинике. Обследование больных проводили на основе договора в Городском диагностическом центре г. Ташкента и РСНПМЦК РУз.

Верификация диагноза осуществлялась на основании классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов (NYHA), теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) и по шкале оценки клинического состояния (ШОКС). Средний показатель ТШХ составил $304,2 \pm 22,13$ м ($261-349$ м). В зависимости от наличия компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа ($n=70$), больные без МС (ХСН ФК II -38, ХСН ФК III – 32 больных); II группа ($n=67$) больные с различной комбинацией дислипидемии (ХСЛПВП $<1,03$ ммоль/л; ХСЛПНП $>3,0$ ммоль/л) с абдоминальным ожирением (АО), АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ) (ХСН ФК II -35, ХСН ФК III – 32 больных); III группа ($n=60$) больные с различной комбинацией дислипидемии (ДЛП) и сахарного диабета 2-го типа (СД₂) с АО, АГ и гипертриглицеридемией (ГТГ) (ХСН ФК II -26, ХСН ФК III – 34 больных).

Согласно классификации ХСН (ESC 2016) в зависимости от уровня фракции выброса (ФВ) все обследованные пациенты с ХСН были также подразделены по подгруппам: с нормальной (сохраненной ФВ) – ФВ $\geq 50\%$ (HFpEF) и промежуточной ФВ (серая зона) – ФВ = 40-49% (HFmrEF). Так, в I группе больных с ХСН без МС у 42-х отмечалось сохраненная ФВ и у 28 больных промежуточная ФВ, во II группе у 39 больных наблюдалась сохраненная ФВ, у 28-х больных с ХСН промежуточная ФВ и в III группе у 28-х сохраненная ФВ и у 32 промежуточная ФВ.

При диагностике МС использованы критерии диагностики МС Международной Федерации Диабета (IDF, 2009). В качестве основных компонентов МС рассматривались: абдоминальное ожирение (АО) (>94 см для мужчин); уровень триглицеридов (ТГ $>1,7$ ммоль/л); уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП $<1,03$ для мужчин); уровень АД (САД >130 мм.рт.ст; ДАД >85 мм.рт.ст), уровень глюкозы натощак ($>5,6$ ммоль/л) или наличие сахарного диабета 2-го типа.

Средний возраст больных в I группе составил $53,8 \pm 5,22$ лет, во II группе $54,7 \pm 5,8$ года и $55,6 \pm 5,33$ в III больных группе больных. Длительность заболевания у больных I группы составило $5,81 \pm 2,75$ лет; $6,6 \pm 2,33$ лет во II лет во II группе и у больных III группы $5,38 \pm 2,06$ года.

В обследование не включались больные с тяжелым течением ХСН (ХСН с низкой ФВ $<40\%$), ХСН не ишемического генеза, с острыми нарушениями мозгового кровообращения, перенесенным ОНМК, сахарным диабетом тяжелого течения и инсулинозависимым СД, хроническими обструктивными заболеваниями легких, аритмиями высоких градаций, заболеваниями печени, тяжелыми заболеваниями почек.

Изучение сосудодвигательной функции эндотелия. Состояние эндотелиальной функции оценивали по данным доплерографии плечевой

артерии по методике D. S. Celmajer (1992) с помощью пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином (в городском диагностическом центре г. Ташкента). Изменения диаметра правой плечевой артерии оценивали с помощью линейного датчика 7 МГц с фазовой решеткой ультразвуковой системы Acuson 128 (США). ПА лоцировалась в продольном сечении на 4-5см выше локтевого сгиба, изображение синхронизировалось с зубцом ЭКГ. Исследование проводили в триплексном режиме (В-режим, цветное доплеровское картирование потока, спектральный анализ доплеровского сдвига частот).

До начала исследования пациент лежал на спине не менее 10 мин. В исходном состоянии измеряли диаметр артерии и скорость артериального кровотока с помощью спектрального анализа. Затем для получения увеличенного кровотока вокруг плеча накладывали манжету сфигмоманометра (выше места локации плечевой артерии), накачивали ее до давления на 50мм рт.ст. превышающего систолическое АД, и сохраняли его 5 мин. Отсутствие кровотока по ПА контролировали с помощью цветного доплеровского картирования потока. Диаметр и скорость кровотока ПА измеряли сразу после выпуска воздуха из манжеты в течение первых 15 сек. и через 60 сек. Изменение сосудистого диаметра после реактивной гиперемии. Нормальной реакцией ПА считали ее расширение на фоне реактивной гиперемии на 10% и более от исходного диаметра. Меньшую степень вазодилатации и вазоконстрикцию считали патологической реакцией. Напряжение сдвига на эндотелии, рассчитывали по формуле О. В. Ивановой:

$$\tau = 4 \times \eta \times V / D,$$

где: — напряжение сдвига, — вязкость крови (в среднем равная 0,05 Пз), V — максимальная скорость кровотока в ПА (см/сек), D — диаметр ПА.

Использовали унифицированный показатель K — «чувствительность ПА к изменению стимула - напряжению сдвига на эндотелии»:

$$K = \frac{\Delta D / D_0}{\Delta \tau / \tau_0}$$

где: ΔD — изменение диаметра ПА, D_0 — исходный диаметр ПА, — изменение напряжения сдвига, τ_0 — исходный напряжения сдвига. Оценивали следующие параметры:

- D - Диаметр правой плечевой артерии (ПА), см
- D1- диаметр ПА после пробы с РГ, см
- D2- диаметр ПА после пробы с НТГ, см
- VS - систолическая скорость кровотока в ПА, м/с
- VD - диастолическая скорость кровотока в ПА, м/с
- Vmean - средняя скорость кровотока в ПА, м/с
- ЭЗВД= (D1- D)/ Dx100%
- ЭНЗВД= (D2- D)/ Dx100%
- K, чувствительность ПА, усл. ед .

Анализ вида распределения признака осуществляли с использованием программы Microsoft Excel. Критериями нормального распределения были

$M \pm m$. Поскольку более 80% анализируемых количественных признака были нормально распределенными, в основу статистического анализа были положены методы параметрической статистики.

Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2012, включая использование встроенных функций статистической обработки. Использовались методы вариационной параметрической и непараметрической статистики с расчетом средней арифметической изучаемого показателя (M), стандартного отклонения (SD), относительных величин (частота, %), статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определялось по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P). Сравнение трех и более независимых групп проводился однофакторным анализом вариаций ANOVA. За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$.

Для установления взаимосвязи между компонентами метаболического синдрома и показателями сердечного и сосудистого ремоделирования нами проведен корреляционный анализ с вычислением коэффициента линейной связи Пирсона (r) и последующим установлением его значимости по критерию t . Для выявления наиболее достоверных показателей определяли наличие корреляционной зависимости между ними. При этом взаимоотношения обозначали как имеющие сильную связь при $r = 0,6-1$, умеренную – при $r = 0,3-0,6$, слабую – при $r <$.

Результаты исследования: Результаты исследования эндотелиальной функции показали, что больные с ХСН сохраненной ФВ (HFpEF), развивающейся на фоне МС уже по исходным данным параметра скорости кровотока отличаются от пациентов без МС. Как видно из представленных данных, прогрессирование МС сопровождается существенным уменьшением систолической скорости кровотока, свидетельством чему является достоверная разница по данному показателю между I и III группой исследования (12,6% $P < 0,05$). Значение VS_0 между I и II группой исследования были сопоставимы ($P > 0,05$).

В ответ на декомпрессию во всех группах отмечается статистически достоверное увеличение систолической скорости кровотока по отношению к исходным данным. В I, II и III группах показатель VS_1 возрос на 35,5%, 40,1% и 44,3% в каждой группе соответственно ($P < 0,001$) по отношению к исходным данным. При этом различие систолической скорости кровотока после декомпрессии между I, II и III группой исследования были не достоверными.

Аналогичная закономерность отмечается и со стороны диастолической (VD) и средней скорости (V_{mean}) кровотока в ППА. Различие исходной скорости диастолического кровотока VD_0 составило: в во II группе 16,8% ($P < 0,05$) и в III группе 37,9% ($P < 0,001$) по отношению к данным I группы. В то же время в ответ на декомпрессию во всех группах отмечается статистически достоверное увеличение диастолической скорости кровотока по отношению к

исходным данным на 29,4% в I группе, во II группе на 28,3% и в III группе на 28,5% ($P < 0,001$). Показатели скорости диастолического кровотока ППА до (VD_0) и после пробы реактивной гиперемии (VD_1) между II и III группой статистически достоверно различались на 17,9% и 17,8% соответственно ($P < 0,05$).

Сравнительный анализ V_{mean} между I и III группой исследования также показал наличия статистически достоверного различия (17,2%; $P < 0,01$). Разница по V_{mean} между I и II группой носила недостоверный характер. После декомпрессии наблюдается статистически значимое возрастание V_{mean} во всех группах исследования на 33,7% в I группе, во II группе на 36,5% и в III группе на 37,4% ($P < 0,001$).

Таким образом, наличие МС сопровождается существенным нарушениям скорости кровотока, выявляемой при пробе с РГ. Прогрессирование МС отрицательно отражается на скорости кровотока в ППА как систолической, так и диастолической, которая сопровождалась достоверным изменением V_{mean} до и после пробы у больных с ХСН сохраненной ФВ (HFpEF).

Результаты доплерографии ППА у больных с ХСН промежуточной ФВ промежуточной ФВ (HFmrEF) показали, что больные с различной представленностью компонентов МС существенно не отличаются от лиц I группы по исходному диаметру (D_0) ППА ($P > 0,05$). В то же время важно отметить, что в оценке состояния эндотелиальной функции особое значение имеет анализ реакции стенки сосудов на изменение скорости кровотока. В ответ на повышение скорости кровотока в I группе диаметр (D) плечевой артерии увеличился на 10,2% ($P < 0,05$). Во II и III группах, где наблюдалось наибольшее ускорение кровотока, диаметр ПА увеличился на 7,3% и 7,2% соответственно ($P > 0,05$). Низкое колебание диаметра ППА после пробы с РГ в группе больных с МС является проявлением нарушенной эндотелий зависимой вазодилатации.

После пробы с реактивной гиперемии наблюдалась достоверные низкие значения диаметра сосуда (D_1) во II и III группах на 9,95% ($P < 0,05$) и 10,5% ($P < 0,01$) по отношению к данным I группы. Выше указанные изменения диаметра ППА до и после пробы с реактивной гиперемии служило причиной достоверных изменений значения ΔD во II группе на 50% ($P < 0,01$) и в III группе на 50% ($P < 0,001$) по отношению к данным I группы больных с ХСН промежуточной ФВ (HFmrEF) без МС. Результатами измерения диаметра ППА до и после пробы с нитроглицерином было установлено, что изменения $D_{2,3}$ во II и III группах носили не достоверный характер по отношению к данным I группы исследования.

При анализе ЭЗВД в зависимости от представленности компонентов МС были выявлены достоверные различия данного параметра между I и II группой исследования на 43,3% ($P < 0,001$), а также между I и III группой на 42,1% ($P < 0,001$). Измерение диаметра ПА в различных группах при пробе с нитроглицерином не выявило существенное межгрупповое различие. В результате этого, в свою очередь получены недостоверные данные об

изменении показателя эндотелий независимой вазодилатации (ЭНВД) на 3-й и 6-й минуте после приема НТГ по сравнению с данными I группы.

Таким образом, наличие МС обусловлено значимым снижением реактивности сосудов у больных с ХСН. Особое значение в снижении эндотелий зависимой и независимой вазодилатации имеет наличие СД₂, что отражалось более существенными изменениями ЭЗВД в III группе больных.

Различные колебания диаметра и скорости кровотока при проведении пробы с РГ способствовало повышению индекса резистентности (Ri) и пульсационности (Pi) между группами больных с ХСН. Анализ параметров Pi до пробы с РГ между I и III группой также показал статистически достоверные различия на 12,8%, а также после пробы на 15,5% соответственно (P<0,01). Значения данных параметров между I и II группой были не достоверными (P>0,05).

Полученные расчетные данные указывают на уменьшение исходного напряжения сдвига на эндотелии (τ_0) у больных с ХСН. Причем прослеживается динамика уменьшения данного показателя по мере нарастания представленности у больных компонентов МС. Уменьшение значения τ_0 определяется у больных III группы на 20,4% по отношению к данным I группы исследования (P<0,01).

При пробе с реактивной гиперемией напряжение сдвига на эндотелии (τ_1) во всех группах статистически достоверно возрастает (P<0,001). Анализ напряжение сдвига на эндотелии (τ_1) после пробы в зависимости от представленности МС выявил достоверные различия между I и II группой на 12,2% (P<0,05), между I и III группой на 16,5% (P<0,01).

Вычислив изменение напряжения сдвига ($\Delta\tau$) по разнице τ_1 и τ_0 , которое статистически достоверно было ниже у больных II (P<0,01) и III группы (P<0,001) по сравнению с I группой, а также зная разницу давления (ΔD) в ПА (таб. 1. и 2.) можно вычислить способность ПА к вазодилатации (K). Сравнительный анализ чувствительности ПА к напряжению сдвига по отношению к I группе показал снижение данного показателя на 57,1% (P<0,001) во II и III группах исследования.

В ходе анализа полученных результатов исследования ЭД обнаружена достоверная умеренная корреляция между $\Delta\tau$ и ЛПНП (r= -0,38; P<0,05); отрицательная корреляция между $\Delta\tau$ и ОТ (r= -0,34; P<0,05); умеренная корреляция между ΔD и ЛПВП (r= 0,37; P<0,05); умеренная отрицательная корреляция между ΔD и ТГ (r= -0,35; P<0,05); умеренно-высокая отрицательная корреляция между ΔD и ОТ (r= -0,58; P<0,001); отрицательная корреляция между K и САД (r= -0,39; P<0,05); K и ОТ (r= -0,33; P<0,05); ЭЗВД и ДАД (r= -0,32; P<0,05). Выявлена высокая отрицательная корреляция между K и ДАД (r= -0,61; P<0,001) в I группе больных с ХСН без МС до лечения.

Во II группе больных с ХСН и ДЛП+АО+ГТГ+АГ до лечения умеренная корреляция отмечалась между $\Delta\tau$ и ХС; ΔD и ХС, ΔD и ОТ (r= -0,32; r= -0,33; r= -0,35 соответственно; P<0,05). Отмечалась умеренная корреляция между чувствительности ПА к напряжению сдвига – K и ТГ (r= -0,40; P<0,05); ЭЗВД и

ТГ ($r = -0,43$; $P < 0,01$); ЭЗВД и САД ($r = -0,40$; $P < 0,05$); ЭЗВД и ДАД ($r = -0,38$; $P < 0,05$)).

При оценке корреляционных взаимосвязей между компонентами МС и параметрами ЭД в группе больных с ХСН и СД₂ имеется отрицательная корреляция между ΔD и ОТ, ЭЗВД и ОТ ($r = -0,30$ и $r = -0,33$ соответственно ($P < 0,05$), Δt и уровнем глюкозы крови натощак ($r = -0,34$; $P < 0,05$), ЭЗВД и САД ($r = -0,49$; $P < 0,01$); ЭЗВД и ДАД ($r = -0,49$; $P < 0,01$), а также между ЭЗВД и уровнем глюкозы крови натощак ($r = -0,37$; $P < 0,05$).

Выводы: У больных с ХСН, развивающийся на фоне различной комбинации компонентов МС, (II и III гр.) в ответ на значительное увеличение стимула наблюдается неадекватное расширение сосудов. Несмотря на значительное ускорение кровотока после пробы с РГ, их диаметр уступал диаметру сосудов I группы. Результаты исследований установлено, что у больных с ХСН имеется ЭД, выраженность и характер этой дисфункции зависит от наличия и характера представленности компонентов МС. Нами установлено, что ХСН без МС протекает с менее выраженными проявлениями ЭД. В отличие от больных с МС у них в ответ на небольшое ускорение кровотока после декомпрессии наблюдается статистически достоверное увеличение диаметра ПА, несколько уступающее показателю I группы больных с ХСН без МС. Однако, несмотря на это и близкие исходные показатели напряжения сдвига на эндотелии, у них после декомпрессии данный показатель статистически достоверно уменьшается по сравнению с I группой. Значительное ухудшение ЭФ у больных с ХСН без МС подтверждается и статистически достоверно низким показателем чувствительности ПА к напряжению сдвига (К).

ТУРЛИ ЭТИОЛОГИЯЛИ НЕФРОПАТИЯЛАРНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШДА ЛАБОРАТОР МАРКЕРЛАР АҲАМИЯТИ

Ахмедова Н.Ш., Гадаев А.Г.

*Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон
Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон*

Долзарблиги. Сурункали буйрак касаллиги (СБК) – асосан буйрак тузилмаларининг шикастланиши оқибатида буйраклар экскретор фаолияти сурункали бузилган патологиялар гуруҳини ўз ичига олиб, аксарият ҳолларда жараён қайтмас ва кучайиб бориш характерига эга бўлади.

Буйрак тузилмалари шикастланиши коптокча ёки каналчалар хужайраларининг емирилиши натижасида нефронларнинг нобуд бўлиши, тубуляр ва гломеруляр фиброз, ҳамда буйрак томирлари деворидаги ўзгаришларни ўз ичига олади.

СБК қандли диабет, гипертония касаллиги, бирламчи нефритлар, сурункали яллиғланиш касалликлари, тизимли инфекциялар (масалан:

стрептококк, бактериал эндокардит, ОИВ, гепатит В ва С ва х.к.) каби кўплаб сабаблар оқибатида юзага келади.

Аксарият ҳолларда СБК этиологик омил қандай бўлишидан қатъий назар жараён кучайиб борувчи қайтмас босқичга келганда аниқланади ва даволашда ўрин босувчи терапия (гемодиализ ва буйрак трансплантацияси)га зарурат туғилади.

Турли этиологияли нефропатиларни эрта ташхислаш, яъни патогенетик даволашни ўз вақтида тайинлаш, буйракнинг кучайиб борувчи шикастланишини тўхтатиш ёки секинлатишга эриши соҳадаги ўта долзарб муаммолардан бири саналади.

Ер шарининг барча қитъаларида нефропатияларни жараённи қайтара олиш босқичида аниқлаш имконини берадиган лаборатор маркёрларни топиш, уларнинг клиник аҳамиятини ўрганишга қаратилган илмий тадқиқот ишлари олиб борилаёпти.

Нефропатияларда гломеруляр ва тубулоинтерстициал биомаркерларни (масалан сийдикда нефрин, коллаген IV микдори, қон плазмасида цистатин С, TGF β 1 (тўқима ўсиш омили) ва б.қ.)

Биз томондан бажарилаётган тадқиқот ишининг мақсади ҳам, клиник белгилари мавжуд бўлмаган, аммо иккиламчи нефропатиялар ривожланишиги олиб келувчи хавф омиллари бўлган беморларда буйрак фаолияти бузилиши эрта ташхислаш маркерларининг солиштирма таҳлилини ўтказиш ва уларнинг прогностик аҳамиятини ўрганишдан иборат.

Материаллар ва усуллар. Тадқиқот ишида 120 нафар бемор жалб килинган бўлиб, 65% (78 та)- эркалар ва 35% (45 та) аёллар. Ўртача ёш $57,2 \pm 2,8$ ни (20-75 ёшгача) ташкил этди. Назорат гуруҳини 40 нафар (20 та эрка ва 20 та аёл) нефропатия клиник белгилари мавжуд бўлмаган ва уни келтириб чиқарувчи хавф омиллари аниқланмаган соғлом кишилар ташкил этди.

Асосий гуруҳдаги беморлар 3 га бўлинди: қандли диабет 2 типи бўлган беморлар, артериал гипертония ташхиси қўйилган беморлар ва қандли диабет, ҳамда симптоматик гипертония мавжуд бўлган беморлар гуруҳи.

Барча беморларда қон зардобиди креатинин, мочевино, қон зардоби ва сийдикда цистатин С, буйрак фаолияти бузилиши эрта диагностик маркери сифатида TGF- β 1 иммунофермент усулда (ELISA), подоцитлардаги патологик ўзгаришларни баҳолаш учун сийдикда нефрин микдори иммунофермент усулда, шунингдек буйрак коптокчалари филтрацион тезлиги (БКФТ)- СКД-ЕРІ формуласи ёрдамида ва буйрак функционал резерви (БФР) аниқланди.

БФР ни аниқлашда дастлабки ва стимулланган (оқсилли юкламадан кейин) БКФТ орасидаги фарқ ҳисоб чиқилди ва 10% кам, манфий натижалар бўлган беморларда БФР камайган деб баҳоланди.

Натижалар муҳокамаси. Асосий гуруҳдаги беморларда БКФТ ўртача $74,7$ мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ (мос ҳолда $75,9; 79; 68,2$), артериал гипертония билан оғриган беморларнинг 54,8% БКФТ ошганлиги (гиперфилтрация) кузатилди. БФР 17,2 % беморларда манфий курсаткич (-5-32 % гача), 51,4%

беморларда 5% дан кам, 8.6 % беморда 10-5% орасида ва 22.8 % беморда 10% дан юқори кўрсаткичлар аниқланди.

TGF- β 1 кўрсаткичлари ўрганилган гуруҳлар орасида солиштирма ўрганилганда қуйидагилар аниқланди. Артериал гипертония аниқланган гуруҳдаги беморларда қон плазмасидаги TGF- β 1 миқдори норма кўрсаткичларидан 1,25 марта, қандли диабет бўлган гуруҳлардаги беморларда эса 1,4 мартага юқорилиги кузатилди, мос ҳолда ўртача кўрсаткич $36,4 \pm 5,1$ нг/мл ва $46,1 \pm 5,9$ нг/мл ($p < 0,05$) ни ташкил этди.

АГ ва қандли диабет бирга учраган беморлардаги TGF- β 1 кўрсаткичлари таҳлили шуни кўрсатдики бу гуруҳда тўқима ўсиш фактори нормадан 1,9 марта юқори ($54,7 \pm 6,1$ нг/мл), бошқа гуруҳлар билан солиштирилганда улардан 0,65 мартага юқори эканлиги аниқланди ($p < 0,05$).

Илмий тадқиқотлар олиб бориш давомида креатинин, цистатин С ва TGF- β 1 нинг СБК ларини эрта аниқлашдаги диагностик маркерлар сифатида сезгирлиги ва спецификлик даражалари аниқланди.

Натижалар шуни кўрсатдики, креатинин: сезгирлик- 78%, спецификлик-66%, AUC=0,554; цистатин С да: сезгирлик- 82%, спецификлик-78%, AUC=0,764; TGF- β 1 кўрсаткичлари: сезгирлик -89%, спецификлик-71%, AUC=0,819.

Хулоса: СБК ларини эрта аниқлаш мақсадида қўлланиладиган стандарт текширишлардан бири қон плазмасидаги креатинин миқдори ва цистатин С, TGF- β 1 кўрсаткичлари сезгирлиги ва спецификлиги солиштирма таҳлил қилганда цистатин С ва TGF- β 1 бир мунча юқори диагностик аҳамиятга эга эканлиги аниқланди.

Аҳоли орасида турли этиологияли СБК ларини аниқлашда қори диагностик аҳамиятга эга бўлган лаборатор текшириш усуллари клиник амалиётда қўллаш эрта ташхисот ва профилактикада муҳим аҳамият касб этади.

ОСОБЕННОСТИ КОНТРОЛЯ КАЛЬЦИЙ – ФОСФОРНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

¹Бадридинова Б.К., ²Хаттабов М.Х.

¹*Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино. Бухара, Узбекистан*

²*Бухарский областной многопрофильный медицинский центр. Бухара, Узбекистан*

Актуальность. В последние годы во всем мире фиксируется неуклонный рост числа пациентов, получающих лечение программным гемодиализом. Это связано с увеличением продолжительности жизни больных, большей доступностью гемодиализа и с пересмотром многих критериев, регулирующих отбор больных на программный гемодиализ. Одной из наиболее частых и сложных проблем, возникающих при лечении диализных больных, является коррекция фосфорно-кальциевого обмена. В данной работе представлены

результаты статистической оценки показателей фосфорно-кальциевого обмена у больных, находящихся на программном гемодиализе.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась на базе Бухарского областного многопрофильного медицинского центра в отделении нефрологии и гемодиализа. Для изучения фосфорно-кальциевого обмена исследовали следующие показатели в плазме крови: уровень общего кальция (Ca), сывороточного фосфора (P), паратгормона (ПТГ), рассчитывали кальций-фосфорное произведение (Ca×P).

Результаты. Проведен ретроспективный анализ 46 историй болезни пациентов, находящихся на программном гемодиализе. 19 мужчин - 41,3%, средний возраст $49,2 \pm 9,42$ года, 27 женщин - 58,7%, средний возраст $51,15 \pm 5,5$ года. По длительности лечения программным гемодиализом имело место следующее распределение: до 1 года на диализе - 36,96% (n=17) больных, от 1 года до 3 лет - 43,48% (n=20) больных, более 3 лет - 19,56% (n=9) больных. Всем больным проводили бикарбонатный гемодиализ 3 раза в неделю с продолжительностью сеанса не менее 4 часов. В структуре заболеваний, приводящих к хронической почечной недостаточности, преобладал хронический гломерулонефрит в 47,83% (n=22) случаев, затем диабетический нефросклероз в 15,22% (n=7) случаев, хронический пиелонефрит имел место в 10,87% (n = 5) случаев, поликистоз почек — в 8,7% (n = 4) случаях, поражение почек на фоне артериальной гипертензии — в 6,52% (n = 3) случаях, другие виды поражение почек — 10,86% (n = 5) случаев. Так же, среди сопутствующих заболеваний, диагностированных у больных на гемодиализе, преобладала артериальная гипертензия в 39,13% (n=18) случаев и вторичный гиперпаратиреоз в 21,74% (n=10) случаев, другие сопутствующие заболевания встречались менее чем в 10% случаев. Анализ данных биохимического исследования крови показал, что уровень фосфора в крови у мужчин составил $1,69 \pm 0,11$ ммоль/л, у женщин - $1,71 \pm 0,16$ ммоль/л. При этом целевые значения фосфора для диализных больных составляют 1,13–1,78 ммоль/л. По сравнению с целевыми значениями уровень фосфора достоверно повышен у 34,78% (n=16) наблюдаемых пациентов. По сравнению с целевыми значениями уровень фосфора достоверно повышен у 34,78% (n=16) наблюдаемых пациентов. Произведение кальций-фосфор (Ca×P) у мужчин составило $4,16 \pm 0,10$ ммоль/л, у женщин - $4,22 \pm 0,16$ ммоль/л, при целевых значениях для диализных больных ниже 4,44 ммоль/л. Уровень паратгормона у мужчин составил $317,9 \pm 78,7$ ммоль/л, у женщин $322 \pm 84,3$ ммоль/л, при целевых значениях для диализных больных 150-300 ммоль/л. Следует отметить, что уровень паратиреоидного гормона достоверно повышен у 39,13% (n=18) больных по сравнению с целевыми значениями, тогда как, вторичный гиперпаратиреоз диагностирован только у 21,74% (n=10) больных. Эта тенденция показывает, что 17,39% (n = 8) пациентов имеют высокий риск развития вторичного гиперпаратиреоза. Для коррекции фосфорно-кальциевого обмена всем больным назначали гипофосфатемическую диету. 76,1% (n = 35) от общего числа пациентов назначали фосфат связывающие препараты. Из них 52,18% (n=24) больных

принимали кальцийсодержащие препараты, а 23,92% (n=11) препараты кальция не содержали. Для коррекции уровня паратиреоидного гормона больным назначали кальцимитетики, доза препарата и кратность введения определялись индивидуально.

Вывод. Анализ данных биохимического анализа крови показал, что коррекция фосфорно-кальциевого обмена вне зависимости от продолжительности лечения программным гемодиализом достаточно эффективны. И у больных, находящихся на программном гемодиализе, необходимо регулярно контролировать основные параметры фосфорно-кальциевого обмена (уровень кальция, фосфора и кальций-фосфорного произведения) с целью профилактики костной и сердечно-сосудистой патологии, а также контролировать уровень гормона паращитовидной железы, чтобы предотвратить вторичный гиперпаратиреоз.

БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИ ЎТКАЗГАН БЕМОЛЛАРНИ ХАЁТ СИФАТИНИ SF-36 ПСИХОДИАГНОСТИК ТЕСТ ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ

Бобокулов М.Б.¹, Тошпулатов Ш.П.²

Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон¹

Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон²

Янги асрга келиб аъзолар трансплантацияси амалиёти клиник тиббиётда янада гуркираб ривожланди. Трансплантация бўйича тавсияномалар, врачлар учун қўлланмалар ва бир қатор йўриқномалар ишлаб чиқилди. Бу билан дунё миқёсида минглаб беморларни умрини узайтиришга эришилди ва қолаверса тўлақонли ҳаётга қайтарилди. Аъзолар трансплантациясида реципиентнинг мураккаб иммун жавоб жараёни соҳада катта силжишларга қаршилик қила бошлади. Кенг миқёсдаги иммуносупрессив препаратлар ва замонавий жарроҳлик ютуқларини қўллаш билан органларни кўчириш бир қадар такомиллашиб борди ва трансплантация асоратларини камайишига эришилди. Бироқ соҳадаги психологик ва ижтимоий муаммоларнинг ҳам мавжудлиги трансплантатология оламидаги алоҳида бир муаммодир. Шунинг учун биз буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморнинг ҳаёт сифатини ўрганиш бўйича тадқиқотларни олиб боришни ўз олдимизга мақсад қилдик.

Тадқиқот мақсади. Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморнинг ҳаёт сифатини SF-36 психодиагностик тест услуги кўрсаткичлари бўйича баҳолаш.

Тадқиқот материали ва услублари. Тадқиқот учун буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган ва айни дамда РИНваБТИАТМ Сурхандарё вилояти филиалида трансплантолог томонидан амбулатор назоратда бўлган 30 нафар реципиент беморлари олинди. Уларнинг ҳаёт сифатини SF-36 психо-

диагностик тест услубида ўрганилди. Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморларнинг ҳаёт сифатидаги ўзгаришларини SF-36 психодиагностик тест натижаларига кўра баҳоланди.

Натижалар муҳокамаси. Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморларда шкаладаги «жисмоний ҳолатга асосланган фаолият ўрни» 59,3 % га ва «эмоционал ҳолатга асосланган фаолият ўрни» кўрсаткичлари 66,7 % гача сезиларли даражада пасайди, бу беморларнинг ўз-ўзига хизмат қилиш, жисмоний зўриқишлардаги муҳим чекловлар натижасида одатий ижтимоий ҳаётдаги ўрнини камайиши, ҳаёт сифатини ва ҳиссини сезиларли ёмонлаштиради. Шу билан бирга, оғриқ интенсивлигини 27,9 % гача ўсиш саломатликнинг умумий ҳолатини 44,8 % гача ёмонлашишига олиб келди. Умуман, SF-36 психодиагностик усули кўрсаткичларига кўра, буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморларнинг ҳаёт сифати амбивалент тенденциялардаги ўзгаришларни қайд қилиш мумкин. Бу асосан беморларда яшашга негатив қарашнинг ўсиши, ижтимоий фаолияти ва уларнинг саломатлигини яхшилаш субъектив тажрибалар билан боғлиқ тажрибаларда ифодаланган. Бу албатта ўтказилган мураккаб ва жиддий амалиёт, шунингдек, донор ҳамда бошқа ижтимоий мезонлар билан боғлиқ ҳолда нафақат клиника-лаборатор кўрсаткичларини ўзгариши балки беморларнинг руҳий ҳолатини ёмонлашиши ва ҳаёт сифатини ҳам пасайиб боришига олиб келишидан далолат беради.

Хулосалар:

1. SF-36 психодиагностик тест натижаларига кўра, буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморларнинг ҳаёт сифати, жисмоний ва эмоционал фаолияти ўз турмуш тарзидан қониқмаслик ҳисси соғлом шахсларга нисбатан салбий томонга силжиган бўлади.

2. Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморлар билан клиник психологлар ва психотерапевтлар психокоррекцион ва психотерапевтик ишлар олиб боришларида эътиборга олишлари шарт.

БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИ АМАЛИЁТИНИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРНИ РУҲИЙ ҲОЛАТИНИ СПИЛБЕРГЕР-ХАНИН ВА HADS ГОСПИТАЛ ШКАЛА СЎРОВНОМАСИ БЎЙИЧА БАҲОЛАШ

М.Б. Бобокулов¹, Н.Р. Бабажанова²

*Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси
илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон¹*

Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон²

Ўтган асрнинг 50-йилларида бошланган аъзолар трансплантацияси янги асрда янада такомиллашиб ривожланди. Трансплантация бўйича тавсияномалар, врачлар учун қўлланмалар ва бир қатор йўриқномалар ишлаб чиқилди. Бу билан дунё миқёсида минглаб беморларни умрини узайтиришга

эришилди ва қолаверса тўлақонли ҳаётга қайтарилди. Аъзолар трансплантациясида реципиентнинг мураккаб иммун жавоб жараёни соҳада катта силжишларга қаршилик қила бошлади. Кенг миқёсдаги иммуносупрессив препаратлар ва замонавий жарроҳлик ютуқларини қўллаш билан органларни кўчириш бир қадар такомиллашиб борди ва трансплантация асоратларини камайишига эришилди. Бироқ соҳадаги психологик ва ижтимоий муаммоларнинг ҳам мавжудлиги трансплантология оламидаги алоҳида бир муаммодир. Шунинг учун биз буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморларни руҳий ҳолатини баҳолаш бўйича тадқиқотларни олиб боришни лозим топдик.

Тадқиқот мақсади. Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморларнинг руҳий ҳолатини Спилбергер-Ханин ва HADS госпитал шкаласи сўровномаси бўйича баҳолаш.

Тадқиқот материали ва услублари. Тадқиқот учун буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган ва айни дамда РИНваБТИАТМ Сурхандарё вилояти филиалида трансплантолог томонидан амбулатор назоратда бўлган 30 нафар реципиент беморлари олинди. Руҳий ҳолатни баҳолаш учун барча беморларда психологик тест ўтказилди. Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморларнинг руҳий ҳолати Спилбергер-Ханин ва HADS госпитал шкаласи сўровномаси бўйича баҳоланди.

Натижалар муҳокамаси. Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморларда шахсий тушкунлик кўрсаткичи 13 (43,3 %) нафар беморда юқори даражада, 12 (40 %) нафар беморда ўртача даражада, 5 (16,7%) нафар беморларда эса паст даражадаги қайд этилди. Юқори даражада вазиятли тушкунлик кўрсаткичи 14 (46,7 %) нафар беморда кузатилиб, 12 (40 %) нафар беморда ўртача даражада, 4 (13,3 %) нафар беморда эса паст даражада намоён бўлди. HADS кўрқув ва депрессия госпитал шкаласи ёрдамидаги текширувларда клиник яққол ифодаланган кўрқув 17 (56,7 %) нафар беморда, субклиник ифодалангани 6 (20 %) нафар беморларда намоён бўлди. Шкала бўйича 7 (23,3 %) нафар беморда меъёрий кўрсаткичлар қайд этилди. Тадқиқот натижалари бўйича олинган маълумотлар Спилбергер шкаласи бўйича вазиятли тушкунлик кўрсаткичига мос келади. HADS шкаласи бўйича клиник яққол ифодаланган депрессия 13 (43,3 %) нафар беморда, 17 (56,7 %) нафарида эса субклиник ифодаланган депрессия кўрсаткичлар кузатилди.

Хулосалар:

3. Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморларнинг руҳий ҳолати салбий томонга ўзгаради.

4. Буйрак трансплантацияси амалиётини ўтказган беморлари билан мутахассислар психокоррекцион ва психотерапевтик ишлар олиб боришлари лозим.

АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПО ДАНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ

Даминов Б.Т., Расулова Х.А., Аббасов А.К.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии
и трансплантации почки
г. Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. В настоящее время проблема хронической болезни почек (ХБП) в мире носит глобальный характер и характеризуется высокой распространенностью, неуклонно растущей частотой осложнений, а также наносит существенный экономический ущерб. К последствиям ХБП относят не только почечную недостаточность, но и сердечно-сосудистые осложнения. Известно, что стеноз брахиоцефальных сосудов (БЦС), снабжающих головной мозг кровью, приводят к хронической недостаточности мозгового кровообращения (ХНМК) или к инсультам (инфаркт мозга). ХНМК – состояние постоянной нехватки головным мозгом крови, непрерывного кислородного голодания ткани мозга, заставляющее клетки головного мозга находиться в постоянном напряжении всех внутриклеточных систем и межклеточных связей, что приводит к нарушению нормального функционирования, как клеток мозга, так и органа в целом. В данном исследовании представлены данные обследования подключичных, позвоночных, брахиоцефального ствола, общих, наружных и внутренних сонных артерий, а также почечных артерий.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости стеноза БЦС при ХБП при различных стадиях заболевания.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось всего 128 больных, из которых 110 пациентов были с ХБП (основная группа) в возрасте с 23 лет до 80 лет (средний возраст $63,5 \pm 0,7$ лет). Возраст обследованных пациентов был в пределах 23-80 лет, средние значения данного параметра составили $63,5 \pm 0,7$ лет. Среди наблюдавшихся больных было мужчин 53 ($41,5 \pm 6,7\%$) и женщин 75 ($58,5 \pm 5,6\%$). 18 пациентов без ХБП были включены в контрольную группу. Все больные основной группы ($n=110$) были разделены согласно классификации ХБП (KDIGO, 2013) на 6 групп:

- 1-я группа – эту группу составили 9 пациентов, соответствующих стадии 0-C1 (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) ≥ 90 мл/мин/1,73 м²). Это больные с повреждением почек с нормальной или повышенной СКФ.

- 2-я группа – эту группу составили 36 пациентов, С2 (СКФ 60-89 мл/мин/1,73 м²) ХБП с легким снижением СКФ;

- 3-я группа – 15 пациентов ХБП, С3а – с умеренным снижением СКФ (СКФ 45-59 мл/мин/1,73 м²);

- 4 группа - 14 пациентов с ХБП, С3б – с существенным снижением СКФ (СКФ 30-44 мл/мин/1,73 м²).

- 5-я группа - 14 больных с ХБП, С4 – с выраженным снижением СКФ (СКФ 15-29 мл/мин/1,73 м²).

- 6-я группа - 22 больных с ХБП С5 – с терминальной хронической почечной недостаточностью, находившихся на гемодиализе (СКФ<15 мл/мин/1,73 м²).

Доплерографическое исследование БЦС и почечных сосудов с расчетом линейной скорости кровотока и определением стенозов, атеросклеротической бляшки проводили на аппарате SonoScope SSI-6000 (Китай). Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2012.

Результаты исследования. В зависимости от наличия или отсутствия атеросклеротических поражений сосудов, больные с ХБП были разделены на 2 основные группы:

1 группа – 47 больных ХБП с признаками атеросклеротического поражения сосудов (группа А+);

2 группа – 63 пациентов ХБП без признаков атеросклеротического поражения сосудов (группа А-).

Результаты показали, что частота встречаемости стеноза брахиоцефальных сосудов при ХБП составила 43% и диагностирована у 47 пациентов. Частота стеноза зависела от стадии ХБП и СКФ. Так, в 1 (С1) и во 2 группе (С2), где СКФ варьировала ≥ 90 и от 60-89 мл/мин/1,73м² соответственно, стеноз БЦС был отмечен у 4 (22,2%) и 16 (35,5%). По мере снижения СКФ с прогрессированием почечной недостаточности при различных стадиях ХБП отмечалась тенденция к увеличению частоты встречаемости стеноза БЦС, но эта тенденция увеличения была недостоверной во всех группах: группа С1 у 4 (22,2%), группа С2 у 16 (35,5%), 3 группа С3а у 10 (66,6%), группа 4 С3б у 7 (50%), группа 5 С4 у 8 (57,2%), группа 6 С5 у 14 (63,6%) больных ($p > 0,05$).

Частота встречаемости стеноза БЦС при ХБП была обратно-пропорциональна стадии заболевания и значениям СКФ или же чем ниже СКФ при ХБП, тем чаще встречаются стеноз или атеросклероз сосудов.

В группе без стеноза и атеросклероза БЦС частота встречаемости пациентов с ХБП чаще встречалась в группе, где СКФ была высокой, например, в 1 группе С1, где СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73 м² отмечали у 18 (100%). Этот показатель был достоверно выше в сравнении с другими стадиями ХБП ($p_{1-2, 1-3, 1-4, 1-5, 1-6} < 0,05$ до $0,01$). Во 2 группе С2 ХБП была у 29 (64,5%). Несмотря на то, что в зависимости от стадии заболевания и со снижением значений СКФ частота встречаемости ХБП снижается, то есть здесь, наоборот, происходит прямо-пропорциональная зависимость стадий ХБП от выявляемой патологии. Несмотря на урежение частоты встречаемости тяжелых стадий и форм ХБП вплоть до почечной недостаточности с выраженным снижением СКФ, частота выявляемости между группами остается недостоверной ($p > 0,05$). Сравнительный анализ достоверности между группами с атеросклерозом и без

атеросклероза показал, что только в 1 группе С1 и во 2 группе С2 отмечали достоверные значения по частоте встречаемости признака ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, стеноз БЦС влияет на частоту встречаемости тяжелых стадий ХБП с понижением СКФ и течение заболевания. Частота встречаемости стеноза БЦС или наличие атеросклероза при ХБП была обратно-пропорциональна стадии заболевания и значениям СКФ или же чем ниже СКФ при ХБП, тем чаще встречаются стеноз или атеросклероз сосудов.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С ПОМОЩЬЮ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Даминов Б.Т., Аширбаев Ш.П., Вихров И.П.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Разработать концепцию машинного обучения с использованием Flask, HTML и CSS для прогнозирования того, страдает ли человек хроническим заболеванием почек или нет, реализуя алгоритм машинного обучения.

Материалы и методы: Это проект машинного обучения, в котором мы будем предсказывать, страдает ли человек заболеванием почек или нет. Набор данных был загружен из общедоступной базы данных датасетов UCI Machine Learning Repository (https://archive.ics.uci.edu/ml/datasets/Chronic_Kidney_Disease) через Kaggle. Данные были получены за 2-месячный период в Индии с использованием 25 показателей (например, количество эритроцитов, количество лейкоцитов и т.д.). Целью является "классификация", которая определяет имеется "ХБП", либо "не ХБП" - ХБП = хроническое заболевание почек. Всего используется 400 данных пациентов. Методы – разведочный анализ данных и бинарная классификация.

Результаты: После загрузки набора данных ("kidney_disease.csv") первым шагом было выполнение обширного разведочного анализа данных (EDA). Первоначально признаки и симптомы были переименованы для лучшего понимания. Затем набор данных был разделен на числовые и категориальные признаки. Были проанализированы все значения категориальных признаков и проведена очистка данных. Затем были созданы графики подсчета для категориальных объектов для проверки уникальных значений. Также был произведен подсчет графиков для целевого объекта, чтобы проверить, сбалансирован ли набор данных или нет. Затем была построена корреляционная тепловая карта, чтобы проверить корреляцию между всеми признаками и симптомами.

Вторым шагом было выполнение разработки функций. Большая часть работ уже была завершена в EDA. Здесь кодирование меток было выполнено для выбранных категориальных объектов. Набор данных был разделен на

независимые (X) и зависимые (y) объекты. Неизвестные значения «Nan» были отброшены.

Третьим шагом был выбор признаков и симптомов. Признаки были выбраны вручную на основе знаний нефрологии. Были выбраны следующие признаки и симптомы "кровяное давление", "удельный вес мочи", "альбумин в моче", "сахарный диабет", "эритроциты в крови", "полиморфные лейкоциты в крови", "аппетит" и «гемоглобин в крови».

Четвертым шагом было построение модели. Было выполнено рандомизированное разделение базы данных пациентов на тестовую выборку и обучающую выборку (30% - 120 пациентов на тестовой выборке). Был использован следующий алгоритм машинного обучения - Классификатор опорных векторов (SVC) с "линейным" ядром, который был выбран после ряда тестов при помощи других алгоритмов, как наиболее точный. Прогнозирование и проверка полученных данных были выполнены на тестовом наборе данных. Была проведена также оценка точности, матрица ошибки и отчет о классификации для проверки модели.

Последним шагом было сохранение модели в виде файла pickle, чтобы повторно использовать ее для целей развертывания. Joblib использовался для сброса модели в нужном месте.

"Прогнозирование хронических заболеваний почек.файл ipynb" содержит всю эту информацию по проведенному анализу данных.

Архитектура развертывания: Модель была развернута в интернете при помощи службы бесплатного сервера и фронтенда (Flask, Heroku). Серверная часть приложения была создана с использованием Flask, а для основной части использовались HTML и CSS. Файл "app.py" содержит весь код flask и внутри папки templates «kidney.html» содержит домашнюю страницу и «result.html» содержит страницу результатов. Ссылка на проект находится по этому адресу: <https://buyrak-kasalligi.herokuapp.com/>.

Выводы: SVM, Случайный лес, Линейный SVC и классификаторы Древа решений показали наилучшие результаты в группе моделей, используемых для прогнозирования хронической болезни почек на основе данных пациентов.

Удаление выбросов данных потребовало некоторого размышления, поскольку некоторые переменные были категориальными, и не имело смысла удалять некоторые из этих категорий. Для этих переменных требовалось некоторое тщательное рассмотрение, и это окупилось при выполнении логистической регрессии. Однако, в конце концов, это была не самая лучшая модель, какой она должна была быть. Классификатор опорных векторов был лучшим из-за его способности ограничивать переобучение в качестве метода ансамбля.

Хроническое заболевание почек может быть предсказано на 95% из предоставленного набора данных с использованием классификатора опорных векторов. Особенностью, наиболее коррелирующей с этим прогнозом, является уровень удельного веса мочи, наличие сахарного диабета и гипертонии, что

позволят не только классифицировать наличие ХБП, но и прогнозировать ее риск развития.

ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПРИ COVID-19

Даминов Б.Т.,² Раимкулова Н.Р.,¹ Даминов А.Б.¹

Ташкентский педиатрический медицинский институт¹

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки. г.Ташкент, Узбекистан²

Актуальность исследования. Известно, что коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) – это заболевание, вызванное новым коронавирусом, который теперь называется коронавирусом с тяжелым острым респираторным синдромом (SARS-CoV-2; ранее назывался 2019-nCoV), который был впервые выявлен во время вспышки респираторных заболеваний в городе Ухань, провинция Хубэй, Китай.

Материалы и методы исследования. Первоначально об этом было сообщено в ВОЗ 31 декабря 2019 г. А 30 января 2020 г. ВОЗ объявила о вспышке COVID-19 - глобальной чрезвычайной ситуацией в области здравоохранения. 11 марта 2020 г. ВОЗ объявила COVID-19 глобальной пандемией, вслед за объявлением гриппа H1N1 пандемией в 2009 г. Заболевание, вызванное SARS-CoV-2, было названо Всемирной организацией здравоохранения COVID-19, аббревиатура от слова «коронавирусная болезнь 2019». Название было выбрано, чтобы избежать стигматизации происхождения вируса с точки зрения популяций, географии или ассоциации болезни с животными.

Ученые всего мира обеспокоены полиорганной клинической картиной COVID-19 с разнообразием его течения, осложнения и прогнозом. Часто поражаются висцеральные органы, не исключение почки. Клинические проявления поражения почек варьируют от незначительной протеинурии до прогрессирующего острого почечного повреждения (ОПП).

ОПП- требует пристального внимания клиницистов, так как, в связи с проводимой заместительной почечной терапией (ЗПТ), которая не всегда бывает эффективной и своевременной, к большому сожалению приводит к неблагоприятным последствиям и исходом заболевания.

Клиницисты постепенно начинают понимать патофизиологию и механизм поражения почек, а именно острое повреждение почек в условиях критически тяжелого течения заболевания при COVID-19.

Поражению почек при COVID-19 предшествует ряд причин, а именно, сопутствующая сердечно-сосудистая патология и кардиоренальный синдром. Сердечная недостаточность, особенно правожелудочковая недостаточность вследствие пневмонии, вызванной COVID-19, может привести к застойным

явлениям в почках и, в последующем, к тяжелому острому почечному повреждению.

В тоже время дисфункция левого желудочка может привести к низкому сердечному выбросу, и недостаточному наполнению артериального русла и гипоперфузии почек.

Также важную роль играют и предрасполагающие факторы, такие как: сепсис, гиповолемия, прием нефротоксичных лекарственных средств и многое другое.

По некоторым литературным данным, поражение эндотелия сосудов легких и почек может привести к выраженной протеинурии. Кроме того, есть множество литературных данных, которые свидетельствуют о том, что вирусные частицы присутствуют в эндотелиальных клетках почек, что указывает на вирусемию как возможную причину повреждения эндотелия в почках и наиболее вероятный фактор, способствующий развитию ОПП.

Существует еще один механизм ОПП, который включает в себя дисрегуляцию иммунного ответа, связанную с SARS-CoV-2, о чем свидетельствует наблюдаемая у пациентов лимфопения и синдром высвобождения цитокинов, так называемый «цитокиновый шторм».

Другие факторы способствующие возникновению острого почечного повреждения, могут включать рабдомиолиз, синдром активации макрофагов и развитие микроэмболий и микротромбов в условиях гиперкоагуляции и эндотелиита.

Выводы исследования. В заключении хочется отметить, что необходимы совместные междисциплинарные исследования для получения адекватной доказательной базы, чтобы доказать пользу имеющихся подходов и разработать новые методы диагностики и лечения.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДА ГЕМОДИАЛИЗ ХИЗМАТИНИ ТЎҒРИ ТАШКИЛ ҚИЛИШДА СТАТИСТИК МАЪЛУМОТЛАРИНИ ЎРНИ

Даминов Б.Т., Бозарипов С.Ж., Саттаров О.Т.

*Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси
илмий-амалий тиббиёт маркази
Тошкент, Ўзбекистон*

Мавзунинг долзарблиги. Бугунги кунда АҚШ сурункали буйрак етишмовчилиги билан 500 000 та бемор рўйхатга олинган бўлиб, шундан 493 000 таси диализ муолажаларини олади. Россияда сурункали буйрак етишмовчилиги билан 100 000 та бемор рўйхатга олинган бўлиб, шундан 86 400 таси, Германияда сурункали буйрак етишмовчилиги билан 100 000 та бемор рўйхатга олинган бўлиб, шундан 79 000 таси, Австралияда сурункали буйрак етишмовчилиги билан 30 000 та бемор рўйхатга олинган бўлиб, шундан 24 000

таси, Польшада сурункали буйрак етишмовчилиги билан 20 000 та бемор рўйхатга олинган бўлиб, шундан 17 000 таси, Белоруссияда сурункали буйрак етишмовчилиги билан 5000 та бемор рўйхатга олинган бўлиб, шундан 3000 таси диализ муолажаларини олади. Ўзбекистон Республикасида 13726 мингдан ортиқ бемор сурункали буйрак етишмовчилиги билан рўйхатга олинган бўлиб, шундан 4300 таси гемодиализ муолажасини олмоқда.

Аҳоли сонига нисбатан олганда АҚШда 1 млн. аҳолига 1000 тадан ортиқ, Европа давлатларида 600-700, Россияда 400-450, Ўзбекистонда 150-200 та бемор тўғри келади.

Юқоридаги рақамлардан кўриниб турибдики, қайсики давлатда хизмат кўрсатиш даражаси юқори бўлса, гемодиализ олаётган беморлар сони юқори бўлади. Бу эса беморлар яшаш умрини узайиши билан тушунтирилади. Ҳар чоракда ва йиллик олтинаётган ҳисоботлар республикамиздаги ҳолат тўғрисида хулоса чиқариш ва аҳолига гемодиализ хизматини кўрсатишда янгича ёндашиш замин яратади.

Мақсад: Республикамизда аҳолига гемодиализини кўрсатиш статистикасини ўрганган ҳолда гемодиализ хизматини ташкиллаштиришнинг муаммоларини ечиш йўллари ишлаб чиқиш.

Материал ва методлар: Республикамизда гемодиализ хизмати бўйича 10 йиллик статистик маълумотлар ҳудудлар кесимида ўрганилди. Ҳар бир ҳудуд бўйича сурункали буйрак касалликларни ва сурункали буйрак етишмовчилигини аниқланиш даражаси, гемодиализга муҳтож беморлар сони ва гемодиализ муолажасини олаётган беморлар сони (18 ёшгача ва катталар), беморларга гемодиализ хизматини кўрсатувчи шифохоналар ўртасидаги масофа, бўлимларни гемодиализ тиббий ускуналари ва сарфлов воситалари билан таъминланганлик даражаси, гемодиализ тиббий аппаратларига техник хизмат кўрсатилиш даражаси, тиббиёт ходимларини хизмат кўрсатиш сифати ўрганилиб, ҳар бир ҳудуд бўйича аҳолига гемодиализ хизматини кўрсатишни режаси ишлаб чиқилди.

Масалан, Қашқадарё вилоятида 1028 та сурункали буйрак етишмовчилиги билан беморлар рўйхатга олинган бўлиб, шундан 318 таси гемодиализ муолажасини олади. Бу беморларга 4 та гемодиализ бўлимларида хизмат кўрсатилади. Бўлимларда жами 46 та сунъий буйрак аппарати мавжуд бўлиб, шундан 30 таси ишчи ҳолатда. Ҳар бир аппаратга юклама 10.6 ни (нормада 6, 2 та смена) ташкил қилмоқда. Аппаратлар 4 сменада ишламоқда, баъзи беморлар 100 км масофадан қатнамоқда. Бу эса вилоятда аҳоли сонини зичлиги ва касалликни учраш сони келиб чиқиб Қамаш, Косон, Муборак туманларида қўшимча 3 та бўлим, 30 сунъий буйрак аппарати, 3 та сув тозалаш мосламаси, 3 та миксер билан таъминлашни талаб қилади.

Натижалар: Илмий изланишлар натижасига кўра, сурункали буйрак етишмовчилиги хасталанган беморларнинг 31% Қашқаадре вилояти миқёсида гемодиализ муолажаси ўтказишга муҳтож. Вилоятда гемодиализ бўлимлари 80 (77%) беморга хизмат кўрсатишга мўлжалланган. Гемодиализ ишчи ҳолатдаги ускуналарининг ишчи ҳолатдагилари 65%. Ишлашдаги юклама икки баробар

кўп. Беморларнинг гемодиализга етиб келиш узокроклиги, баъзи худудларда жуда узок, бу эса касалларни ўз вақтида етиб келмасдан уларни бошқа сменаларга тикилиб қолишига ва ишчи ускуналарни юкламасини жуда ошиб кетганлигини кўрсатади. Сунъий буйрак ускуналарининг эҳтиёт қисмлари таъминланганлик даражаси эса 34% ни ташкил қилади.

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, буйрак етишмовчилиги билан хасталанган беморлар сони ва сунъий буйрак ускунасига талаб буйрак касалликлари ичида 80% етади. Сунъий буйрак ускуналарни вилоятлар миқёсида тўғри таъминланмаганлиги уларнинг юклама билан ишлашига мажбур қилади, бу эса ускунани эрта ишдан чиқишига сабаб бўлади. Сунъий буйрак аппаратларини Республика миқёсида таъминланганлигини ўрганиб чиқиш, бу патология билан хасталанган беморларни даволаш сифатини оширишда катта ҳисса қўшиши мумкин.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Даминов Б.Т., Нурмухамедова Ё.К., Шамухамедова Н.Ш., Кадирова Г.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан¹

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр нефрологии и трансплантации почки г.Ташкент, Узбекистан²*

Актуальность исследования. В связи с увеличением частоты распространения среди женского населения хронического пиелонефрита (ХП), а также увеличением латентных форм заболевания и прослеживаемая тенденция к малосимптомному течению возрастает интерес к данной патологии. В научных исследованиях показано, что ХП страдает каждая пятая (20,36%) женщина. Заболевание обычно протекает латентно до наступления так называемых критических периодов: становление менструальной функции, начало половой жизни, беременности, т.е. тех периодов, когда наиболее выражены гормональные дискорреляции.

В настоящее время проводятся исследования центральной гемодинамики по данным доплер-эхокардиографическими методами у беременных женщин с целью раннего выявления гестоза.

Цель исследования. Изучение характера центральной гемодинамики женщин с хроническим пиелонефритом.

Материал и методы. Под наблюдением находились 52 больных с хроническим пиелонефритом по данным клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Из них ХП 25 беременных вне обострения и 27 беременных с ХП в период обострения. Контрольную группу составили 20 женщин с физиологической беременностью.

Наряду с общеклиническими, лабораторными данными обследование включало в себя проведение ЭхоКГ с использованием доплеровских режимов.

Результаты исследования. По данным результатов исследования представленной центральной гемодинамики у беременных женщин с хроническим пиелонефритом выявило значительные изменения по сравнению со здоровыми беременными во II триместре гестации. Отмечалось достоверное снижение ударного объема крови (УОК): вне обострения воспалительного процесса - до $75,05 \pm 3,01$ мл и при обострении хронического пиелонефрита - до $73,82 \pm 2,41$ мл, против $83,18 \pm 1,26$ мл у здоровых беременных пациенток ($p < 0,05$). Однако минутный объем крови (МОК) у беременных женщин с хроническим пиелонефритом оставался близким к "норме беременных" за счёт большего числа сердечных сокращений. МОК у беременных женщин с хроническим пиелонефритом вне обострения заболевания составлял $5,73 \pm 0,21$ л/мин., при обострении хронического пиелонефрита - $5,46 \pm 0,28$ л/мин., против $6,58 \pm 1,23$ л/мин. у здоровых беременных ($p > 0,05$).

ОПСС у беременных женщин с хроническим пиелонефритом вне обострения было достоверно выше, чем у здоровых беременных пациенток: $1387,5 \pm 49,41$ дин \times с \times см $^{-5}$ и $1224,83 \pm 48,62$ дин \times с \times см $^{-5}$ соответственно ($p < 0,01$). У беременных женщин с обострением хронического пиелонефрита ОПСС было ещё выше и составляло $1429,1 \pm 41,0$ дин \times с \times см $^{-5}$, против $1224,83 \pm 48,62$ дин \times с \times см $^{-5}$ у здоровых беременных пациенток ($p < 0,01$).

У беременных женщин с хроническим пиелонефритом КДДЛЖ было достоверно выше, чем у здоровых беременных пациенток: вне обострения заболевания составляло $11,36 \pm 0,32$ мм.рт.ст., при обострении - $12,41 \pm 0,31$ мм.рт.ст., против $10,64 \pm 0,27$ мм.рт.ст. у здоровых беременных пациенток ($p < 0,05$).

Выводы. Показатели ударного и минутного объёмов крови свидетельствовали о напряжении процессов адаптации сердечно-сосудистой системы у беременных женщин с хроническим пиелонефритом во II триместре гестации. Выявленные изменения ОПСС у беременных женщин с хроническим пиелонефритом указывали на склонность к спастическим реакциям сосудов для поддержания гемодинамики и конечного диастолического давления в полости левого желудочка.

При сопоставлении показателей центральной гемодинамики у беременных женщин с хроническим пиелонефритом в зависимости от активности воспалительного процесса отмечена тенденция к более выраженным нарушениям кровообращения при обострении заболевания. У беременных женщин с обострением хронического пиелонефрита отмечались более значительное снижение ударного и минутного объёмов крови и повышение общего периферического сосудистого сопротивления.

Таким образом, выявленные особенности центральной гемодинамики у беременных женщин с первичным хроническим пиелонефритом свидетельствуют о напряжении процессов адаптации сердечно-сосудистой системы. Это в свою очередь послужит к поиску адекватных методов коррекции выявленных гемодинамических нарушений.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДА ГЕМОДИАЛИЗ ХИЗМАТИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШДА ДАВЛАТ- ХУСУСИЙ ШЕРИКЛИКНИ ЎРНИ

Даминов Б.Т., Бозарипов С.Ж., Саттаров О.Т.

*Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси
илмий- амалий тиббиёт маркази*

Мавзунинг долзарблиги. Бугунги кунда Республикамизда 65 та гемодиализ бўлимлари мавжуд. Гемодиализ сарфлов воситалари ва тиббий жиҳозлар учун давлат буюджетидан 2019 йилда 90,7 млрд., 2020 йилда 136 млрд., 2021 йилда 137,7 млрд. сўм маблағ ажратилган. Бундан ташқари тиббиёт ходимларига иш ҳақи учун, коммунал хизматлар учун, тиббиёт ходимларини малака ошириш ва қайта ўқитиш учун, канцелария қуроллари учун алоҳида маблағ ажратилган. Битта гемодиализ сеансини ўтказиш учун 1 марта муолажа олаётган беморга гемодиализ сеансини ўтказиш учун 740 681, кейинги босқичда режали гемодиализ муолажаси ўтказиш учун 419 888 сўм маблағ сарфланади. Шу билан бирга бино қурилиши, бўлимларни таъмирлаш, тендер жараёнларини ўтказиш ва сарфлов воситалари, тиббий ускуна ва жиҳозларни етказиб бериш учун ҳам давлат буюджетидан яна кўшимча маблағ ажратилади. Ташкилий ишларда ҳам кўп мутахассислар иштирок этиши, давлат бюджет маблағларини тўғри ишлатилишини назорат қилиш учун ваколатли органлар томонидан даврий текширувлар ўтказиш учун ҳам давлат буюджетидан маблағ ажратилишини назарда тутиш керак.

Юқоридаги рақамлардан кўриниб турибдики гемодиализ хизмати кўрсатиш ва назорати учун давлат буюджетидан катта маблағ ҳамда куч сарфланади.

Бу эса гемодиализ хизматини ташкил қилишда дунё тажрибасига таянган ҳолда янгича ёндашишга эътибор қаратишни талаб этади.

Мақсад: Республикамизда гемодиализ хизматини давлат - хусусий шериклик асосида ташкил қилишда давлат бюджети маблағларини иқтисод қилиш, хизмат кўрсатиш сифатини ошириш механизмаларини очиқ бериш.

Материал ва методлар: Республикамизда гемодиализ бўлимлари жойлашган ҳудудлар 4 та лотга бўлиб ўрганилди. Вазирлар Маҳкамаси, Молия Вазирлиги ва Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги билан келишилган ҳолда биринчи лотга Тошкент шаҳар, Хоразм вилояти, Қорақалпоғистон Республикаси киритилди ва синов тариқасида давлат-хусусий шериклик асосида гемодиализ хизматини ташкил қилиш бўйича Молия вазирлиги билан биргаликда концепция ишлаб қилди. Шу билан биргаликда Вазирлар Маҳкамасини 26.04.2020 йилда “Давлат-хусусий шериклик лойиҳаларини амалга ошириш тартибини такомиллаштириш тўғрисида”ги 259-сон қарори қабул қилинди. Тошкент шаҳрида 700, Хоразм вилоятида 250, Қорақалпоғистон Республикасида 150 та беморга давлат хусусий шериклик асосида гемодиализ хизмати ташкил қилинади. Тендерда ғолиб чиққан компанияга давлат шифохоналари ҳудудидан ер майдони ажратилди. Гемодиализ марказларини тендерда ғолиб чиққан компания томонидан қўрилади. Сарфлов воситалари,

тиббий ускуна ва жиҳозлар билан таъминлаш, тиббиёт ходимларини ишга жалб қилиш, уларга маош ажратиш, ходимларни ўқитиш, малака оширишга юбориш каби барча хизматлар копания томонидан амалга оширилади.

Давлат ҳар бир сеанс учун тендерда ғолиб чиққан компания учун 48 АҚШ долларга тенг ҳисобида маблағ ажратади ва ССВ томонидан ташкил қилинган махсус назорат кенгаши томонидан ҳар чорақда тиббий хизмат сифати текшириб борилади.

Натижалар: Республикамизда гемодиализ хизматини давлат-хусусий шериклик асосида ташкил қилишда давлат бюджетидан 35% маблағ ва куч иқтисод қилинади. Марказларни ўз вақтида тиббий жиҳозлар ва сарфлов воситалари билан таъминлаш компаниялар томонидан амалга оширилади. Тиббий техникаларга хизмат кўрсатиш ва эҳтиёт қисмлар билан таъминлаш вақтида бажарилади. Бу эса худуларда гемодиализ хизмат кўрсатиш сифати 85%га ошади. Давлат-хусусий шерикчиликда гемодиализ хизматини ташкил-лаштириш учун ишлаб чиқилган қарор ва унинг жойларда амалга оширилишини таъминлаш, тиббий хизматни замонавий усулларини олиб киришга ва қўллашга ҳамда хизмат фолиятидаги шарт шароитларни яхшилашга олиб келди.

Хулоса: Республикада гемодиализ хизматини давлат-хусусий шериклик асосида ташкил этилганда давлат бюджет маблағи иқтисод қилинади, аҳолига хизмат кўрсатиш сифатини янги босиқичга олиб чиқишга эришилади.

КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Даминов Б.Т.,² Раимкулова Н.Р.,¹ Даминов А.Б.¹

Ташкентский педиатрический медицинский институт¹

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки г.Ташкент, Узбекистан²

Актуальность исследования. Пандемия – вызванная новой корона-вирусной инфекцией COVID-19 представляет собой особый интерес среди клиницистов и ученых всего мира, в связи с высокой распространенностью и смертностью пациентов от COVID-19.

Материалы и методы исследования: Известно, что в Узбекистане регистрация первых случаев COVID-19 началась с 15 марта 2020 года. Имеются сведения, что распространенность заболевания начала нарастать во второй половине апреля 2020 г., а пик заболеваемости наблюдался в летние месяцы того же года. Также, имеет место, и регистрация случаев, и по сей день.

Нужно отметить, что особую группу риска составляют пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые часто встречаются в нашей популяции. Распространение коронавирусной инфекции представляет особую опасность в отношении декомпенсации имеющихся хронических заболеваний,

специфического поражения сердечно-сосудистой системы, особенно в случае тяжёлого течения коронавирусной инфекции и высокого риска неблагоприятных исходов у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Сочетание коронавирусной инфекции с сердечно-сосудистыми заболеваниями создаёт дополнительные сложности в диагностике, определении приоритетной тактики, изменении порядков маршрутизации пациентов с неотложными состояниями, а также выбора терапии.

Ситуация осложняется дефицитом информации, значительным объёмом ежедневных, зачастую противоречивых, публикаций по данным вопросам, и крайне высокой важностью решения ряда вопросов для клинической практики.

Любой инфекционный процесс может спровоцировать развитие острых и обострение хронических сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Наличие только ССЗ не ассоциировано с более высоким риском заражения коронавирусом, однако ассоциировано с более высоким риском осложнений при присоединении инфекции.

Известно, что пожилые пациенты с сопутствующими заболеваниями, чаще инфицируются SARS-CoV-2, в особенности при наличии артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, различных видов аритмий и сахарным диабетом.

Поражение почек при COVID-19 так же очень актуально из-за частой встречаемости при данной когорте больных.

Почечное поражение при новой коронавирусной инфекции, обусловлено несколькими причинами, а именно, кардиоренальным синдромом, особенно правожелудочковой недостаточностью вследствие пневмонии, вызванной COVID-19, которая может привести к застойным явлениям в почках и последующем, к острому почечному повреждению.

В то же время же дисфункция левого желудочка может привести к низкому сердечному выбросу, недостаточному наполнению артериального русла и гипоперфузии почек.

По литературным данным, поражение эндотелия в легких и почках, приводит к протеинурии. Кроме того, есть данные, что вирусные частицы присутствуют в эндотелиальных клетках почек, что указывает на вирусную как возможную причину повреждения эндотелия в почках и вероятный фактор, способствующий развитию острого почечного повреждения.

Помимо этого, SARS-CoV-2 может непосредственно инфицировать эпителий почечных канальцев и подоциты через АПФ2-зависимый сигнальный путь и вызывать митохондриальную дисфункцию, острый канальцевый некроз, образование вакуолей в процессе реабсорбции белка, коллапсирующую гломерулопатию и проникновение белка в капсулу Шумлянско-Боумана.

Еще один потенциальный механизм острого почечного повреждения, включает в себя дисрегуляцию иммунного ответа, связанную с SARS-CoV-2, о чем свидетельствует наблюдаемая у пациентов лимфопения и «цитокиновый шторм».

Другие факторы, способствующие возникновению острого почечного повреждения, могут включать рабдомиолиз, синдром активации макрофагов и

развитие микроэмболий и микротромбов в условиях гиперкоагуляции и эндотелиита.

Выводы исследования: в заключении хочется отметить, что данная мировая проблема очень актуальна, требует тщательного индивидуального изучения, как в диагностике данной проблемы, так и в своевременном лечении и предотвращении осложнений.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ

**Даминов Б.Т.,^{1,2} Нурмухамедова Ё.К.,¹
Шамухамедова Н.Ш.,¹ Кадилова Г.Г.¹**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан¹*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр нефрологии и трансплантации почки г.Ташкент, Узбекистан²*

Актуальность. Во время беременности, даже в период обострения ХП наблюдается стертая клиническая картина заболевания, с незначительными жалобами или даже отсутствие их, с минимальными отклонениями от нормы лабораторных данных. Наряду с основными клиническими и лабораторными методами диагностики ХП существуют и другие методы исследования, позволяющие оценить функциональное состояние почек, степень выраженности патологического процесса, характер и интенсивность влияния инфекции мочевыводящих путей на другие органы и системы. Однако состояние беременности женщин, страдающих ХП, существенно ограничивает использование информативных диагностических исследований вследствие тератогенного действия их на плод. В частности, по очень строгим критериям в таких случаях применяют радиоизотопные, рентгенологические исследования, компьютерную томографию.

Значимость хронического пиелонефрита определяется высокой распространенностью, возрастающей частотой латентных форм, прослеживание малосимптомного течения, ограничение использования информативных диагностических исследований в период беременности, а порой недостаточной эффективности терапии сохраняет актуальность данной проблемы. В таких условиях крайне важным является раннее выявление хронического пиелонефрита и его латентных форм, осложнений, с целью проведения своевременного лечения и диспансеризации больных.

Цель исследования. Изучение клинико-лабораторной характеристики хронического пиелонефрита беременных.

Материал и методы лечения. В исследование были включены женщины с ХП по архивному материалу в отделении патологии беременных 5 городской клинической больницы г. Ташкента. Проведен ретроспективный анализ 37 историй болезни, пациенток с хроническим пиелонефритом на фоне стандартного лечения

заболевания – первая группа. Среди них у 21 женщин хронический пиелонефрит был в стадии активного воспаления и у 16 – в латентной стадии. Вторую группу (проспективное исследование) составили 34 женщины (19 из них ХП с стадии активного воспаления и у 15 – в латентной стадии), находящиеся на лечении с ХП, которым наряду со стандартной терапией был назначен медицинский озон.

Результаты.

Проводился сравнительный анализ симптомов заболевания характерных для ХП и показатели лабораторных данных в обеих группах исследования. Оказалось, что такой симптом, как боль в пояснице, пастозность лица, отеки век по утрам встречается с одинаковой частотой среди обеих групп. В отношении остальных симптомов наблюдается преобладание среди групп, выявленных при проведении полного клинического обследования с включением опросного метода исследования - алгоритма (программы) на выявления ХП (n=34), но не превышающих пределов 5-7% по отношению к обследованным по архивным данным истории болезни (n=37).

Таким образом, характеристика симптомов ХП среди женщин обеих групп была почти одинаковой.

Таблица 1

Результаты клинической характеристики беременных женщин с ХП (в %)

	Первая группа (n=37)		Вторая группа (n=34)	
	в активной стадии (n=21)	в латентной стадии (n=16)	в активной стадии (n=19)	в латентной стадии (n=15)
Боль в пояснице	19 - 90,47%	12 – 75%*	18 – 94,7 %	11- 73,3%*
дизурия	18 - 85,71%	13 – 81,25 %	17- 89,47%	12- 80%
поллакурия	7- 33,3%	8 – 50%*	7 – 36,84	8 -53,33%*
странгурия	5 - 23,8 %	4 -25%	5- 26,31%	3- 20%
никтурия	6- 28,57 %	4 - 25%	6 – 31,57%	4- 26,6%
Ознобы	13 - 61,9 %	12 - 75%*	12 – 63,15%	12- 80%*
Головные боли	11- 52,38%	12 - 75%*	11- 57,89%	9 - 60%
Слабость, недомогание, повышенная утомляемость	16 - 76,19%	12 – 75%	15 – 78,94%	11 - 73,3%
Повышение температуры				
До 38 °С	4 – 19,04%	8 – 50%**	3 – 15,78	9- 60%**
Свыше 38 °С	17 – 80,95%	4 – 25%**	16- 84,21%	4- 26,6%**
Пастозность лица, отеки век	5 - 23,8%	16 – 18,75%	5- 26,31%	3- 20%
Положительный симптом поколачивания	18 - 85,71%	8 – 50%**	17- 89,47%	8- 53,33%*

*p<0,05, * *p<0,001 достоверность различий между ХП в период активного и латентного воспаления.

Наряду с клиническими исследованиями проводилась сравнительная оценка и лабораторных показателей (таблица 2).

Таблица 2

Характеристики лабораторных данных обследованных

	Первая группа (n=37)		Вторая группа (n=34)	
	в активной стадии (n=21)	в латентной стадии (n=16)	в активной стадии (n=19)	в латентной стадии (n=15)
Общий анализ крови				
Эритроциты	3,27±0,17	4,24±0,15	3,57±0,11	4,01±0,17
Гемоглобин г/л	89,17±2,1	115,2±3,32*	102,19±3,1	117,3±3,01*
Лейкоциты	10,01±0,53	8,01±0,21	9,69±0,31	7,91±0,42
СОЭ	29,32±2,75	17,4±1,24*	27,74±1,65	18,5±1,3*
Биохим. анализы крови				
Креатинин мкмоль/л	88,94±5,77	75,54±2,71	87,05±5,77	79,21±1,6
Мочевина ммоль/л	6,4±0,8	5,7±0,2	6,4±0,8	5,7±0,2
Общий белок г/л	64,21±0,7	67,02±0,31	65,6±0,9	68,01±0,24
Общий анализ мочи				
уд.вес	1012,31±12,31	1011,42±14,0 1	1012,01±2,1	1011,02±15, 1
лейк.	14,77±3,31	12,46±2,41	13,05±2,01	12,06±2,93
бактериурия	2,4±1,05 г/л.	2,1±1,03 г/л.	2,6±2,01 г/л.	1,9±1,04 г/л.
Анализ мочи Нечипоренко				
эрит.	621,88±117,8	1016,5±311,2 1	741,07±110,7	1036,5±412, 21
лейк.	6604,28±1094,82	8204,28±2108 ,71	7604,28±1094, 82	8604,28±210 8,71
Бактериурия (в %)	85,71% (18та)	25% (4та)	89,47%	33,3%

*p<0,05, * *p<0,001 достоверность различий между ХП в период активного и латентного воспаления.

Исследование крови выявило достоверное снижение уровня гемоглобина при ХП в стадии обострения у женщин первой группы (89,17±2,1), так и во второй группе обследованных (102,19±3,1). Количество лейкоцитов в крови (10,01±0,53) было выше в 1,6 раз в стадии активного воспаления, чем количество лейкоцитов (7,01±0,21) в латентной фаза ХП (таблица 2). Такая тенденция отмечается и во второй группе, с преобладанием показателя

лейкоцитоза в активной фазе заболевания. Наблюдалось увеличение СОЭ ($29,32 \pm 2,75$) в 1,9 раза в активной фазе ХП у женщин первой группы по сравнению с группой женщин с ХП в латентной фазе заболевания ($17,4 \pm 1,24$). Количество лейкоцитов в моче ($14,77 \pm 3,31$) в 1,79 раза выше в активной фазе ХП у женщин по сравнению с группой больных в латентной фазе ($8,01 \pm 0,21$). Аналогичные результаты получены при сравнении этих показателей и во второй группе больных.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований показали наличие патологических изменений, выявленных при ХП, как в период обострения, так и при латентном течении, с преобладанием в группе лиц ХП с обострением. Клинически более выраженные изменения наблюдались у женщин в активной стадии ХП. Однако, в латентной стадии ХП больше беспокоили познабливание, головные боли, поллакиурия и повышение температуры до субфебрильных цифр.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Даминов Б.Т., Мирзаева Б.М., Газиева Х.Ш., Усманова У.Ш.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки
Ташкент, Узбекистан¹*

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан²

Актуальность: Ревматические заболевания и заболевания почек распространены среди населения в целом. Таким образом, ревматологи часто имеют дело с пациентами с сопутствующим заболеванием почек. Фактически, 18% пациентов ревматологической клиники имели скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 60 мл/мин или менее по сравнению с 5% в общей популяции. Сопутствующая почечная патология часто встречается у пациентов с ревматическими заболеваниями на основании регулярной оценки показателей почечной функции в сыворотке и моче. Креатинин сыворотки является наиболее часто используемым параметром выделительной функции почек и поэтому используется для прогнозирования СКФ. В настоящее время расчетная СКФ определяет стадию хронической болезни почек (ХБП), и большинство лабораторий обычно сообщают расчетную СКФ вместе с результатами креатинина сыворотки свидетельствует о почечной экскреторной недостаточности, но только на поздней стадии поражения почек. Боль считается, основным симптомом остеоартрита (ОА), которая может привести к функциональной инвалидности у пациентов с ОА коленного сустава. Понимание ассоциативных факторов, связанных с болью в колене, важно, поскольку предотвращение инвалидности, вызванной ОА, может быть

достигнуто путем изменения этих связанных с болью проблем. Таким образом, это исследование было направлено на изучение ассоциативных факторов боли в колене, вызванной ОА

Цель: Изучение факторов развития хронической почечной болезни у пациентов, страдающих остеоартритом коленного сустава.

Материалы и методы: были обследованы 100 пациентов с ОА и нарушением функции почек, 54% и 33% имели умеренную и сильную боль в колене соответственно. Демографические данные и клинические параметры были проанализированы для определения связи между этими переменными и тяжестью боли при ОА коленного сустава. Мы включили в возрасте старше 45 лет с болью в колене и рентгенологическими признаками ОА коленного сустава, диагностированного ревматологом в соответствии с критериями Американского колледжа ревматологов. Были исключены те, у кого в анамнезе была травма колена, ревматоидный артрит или септический. Кроме того, многомерный логистический регрессионный анализ показал, что уровень креатинина в сыворотке ($>1,5$ мг/дл) и расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) (<60 мл/мин/1,73 м²) были в значительной степени связаны с сильной болью в колене у пациентов с ОА. Значительная корреляция между сильной болью в колене и уровнем креатинина в сыворотке или рСКФ была продемонстрирована корреляцией Пирсона.

Боль в колене оценивали путем изучения медицинских карт пациента. При поступлении пациент оценивал самую сильную боль в коленном суставе с остеоартритом в течение 1 месяца до поступления по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от отсутствия боли (0) до сильной боли (10). Основываясь на баллах ВАШ, тяжесть боли у пациентов была разделена на 3 группы: (слабая боль: (0–3), умеренная боль: (4–6) и сильная боль.

Рентгенологическое исследование коленного сустава в переднезадней проекции в положении с нагрузкой на ногу проводилось перед операцией у каждого пациента. Тяжесть рентгенологического ОА коленного сустава определяли по оценочной шкале Келлгрена-Лоуренса: степень 0 (норма); 1 степень (сомнительные остеофиты); 2 степень (определенные остеофиты и возможное сужение суставной щели); 3 степень (умеренные множественные остеофиты, выраженное сужение суставной щели, некоторый склероз, возможна деформация костного контура); 4 степень (крупные остеофиты, выраженное сужение суставной щели, выраженный склероз, выраженная деформация костного контура). Степень выше 1 определялась как рентгенологический ОА коленного сустава.

Референтные категории включали мужчин в возрасте <65 лет, ИМТ <25 кг/м²., отсутствие в анамнезе двустороннего ОА коленного сустава, некурящий, ОА II степени тяжести и без заболеваний сердца, сахарного диабета, артериальной гипертензии, анемии или почечной недостаточности. Достоверная корреляция была определена с помощью корреляционного теста Пирсона. Различия считались значимыми, если значения P были $<0,05$.

Результаты: В исследование были включены 100 пациентов с ОА и нарушением функции почек. Средний возраст больных ОА коленного сустава составил $71,5 \pm 8,0$ года. Семьдесят девять процентов испытуемых были женщинами. Средний ИМТ составил $28,16 \pm 4,47$ кг/м². При рентгенологическом исследовании по шкале K/L у 34 (9,5%) пациентов была установлена 2-я степень, у 171 (47,9%) пациента – 3-я степень и у 152 (42,6%) пациента – 4-я степень. В основном классифицируются как умеренные и тяжелые рентгенологические степени ОА. На основании баллов ВАШ они были далее разделены на 3 группы по степени тяжести боли в колене: легкая, умеренная и сильная боль. В этом исследовании более 87% испытуемых страдали от умеренной до сильной боли в колене. Процент легкой, умеренной и сильной боли в колене составил 12,3%, 54,3% и 33,4% соответственно.

Не было никаких существенных различий по возрасту, полу, двустороннему поражению коленного сустава при остеоартрите, распределению классов K/L при остеоартрозе коленного сустава или сопутствующим заболеваниям в каждой группе боли в колене. Однако по сравнению с группами с легкой и умеренной болью в колене пациенты с сильной болью в колене имели более низкий показатель ИМТ ($27,2 \pm 3,8$, $p < 0,01$), более высокий уровень креатинина в сыворотке ($1,1 \pm 0,9$, $p < 0,01$) и более низкую рСКФ. ($73,3 \pm 29,0$, $p < 0,05$).

Изменения со стороны почек, определяемая как уровень креатинина в сыворотке $>1,5$ мг/дл и рСКФ <60 мл/мин на $1,73$ м², имела более высокие ОШ для сильной боли в колене (ОШ = 3,28, 95% доверительный интервал [ДИ] 1,22–8,81, $P < 0,05$; ОШ = 1,82, 95% ДИ 1,00–3,32, $P < 0,05$ соответственно). В то время как морбидное ожирение (ИМТ >35 кг/м²), вероятно, имело более низкий риск развития сильной боли в колене (ОШ = 0,12, 95% ДИ 0,03–0,59, $P < 0,01$).

Выводы: Таким образом, было выявлено, пациенты с ранним ревматическим артритом, получавших НПВП, страдали легким обратимым повышением уровня креатинина в сыворотке. Хорошо известно, что пожилые люди подвержены более высокому риску почечной недостаточности, вызванной приемом НПВП. Из-за почечной токсичности НПВП у пациентов, которым были назначены более высокие дозы НПВП для лечения сильной боли в колене, может развиться почечная недостаточность после длительного воздействия высоких доз НПВП. Пациентам с тяжелой степенью ОА коленного сустава необходимо облегчить боль, восстановить функцию коленного сустава или улучшить качество жизни. ВАШ представляет собой индекс, оценивающий тяжесть боли в колене у пациентов. Боль является одной из критических причин, заставляющих пациентов подвергаться эндопротезированию коленного сустава и к инвалидности.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ

Даминов Б.Т.,² Газиева Х.Ш.¹

Ташкентский педиатрический медицинский институт¹

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки г.Ташкент, Узбекистан²

Актуальность: В настоящее время хроническая болезнь почек (ХБП) является глобальной проблемой здравоохранения, распространенность которой растет и отличается высокой заболеваемостью и смертностью. Как известно ХБП и остеоартрит связаны тем, что они часто протекают с сопутствующими заболеваниями такими как, артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет и другие. Часто больные ОА жалуются на хроническую, изнурительную боль и постоянно принимают НПВП. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) является ключевым механизмом, связывающим ХБП и ОА. Токсические механизмы НПВП для почечной системы двояки с функциональными и воспалительными механизмами. Ежегодно приблизительно у 1–5% или 2,5 млн. пациентов принимавших НПВП наблюдаются почечные осложнения. Все формы НПВП могут привести к медикаментозному заболеванию почек, острой поражению почек, гематурии, протеинурии, боли в боку, острому канальцевому некрозу и интерстициальному нефриту, а также, использование НПВП способствует прогрессированию ХБП. Многие исследование показывают изменения функции почки больных ОА и способствуют повышению скрининга и помочь адаптировать лечение боли, которое обеспечивает минимальный риск нефротоксичности и, таким образом, улучшить их общий результат.

Цель исследования: оценить распространенность и факторы риска, связанные с ХБП, у пациентов с ОА, состоявших на стационарном лечении в ревматологическом отделении.

Материал и методы: были обследованы 125 пациентов от 35 до 75 лет, которые находились на стационарном лечении в РСНПМЦП и МР. Средний возраст составил 57 года, из них 58,2% - женщины и 41,8% мужчины. Диагноз ОА был выставлен на основе критерий ACR диагностики остеоартрита, основываясь на критерии включения. Включены пациенты обоих полов старше 35 лет с подтвержденным диагнозом коленного, тазобедренного ОА и остеоартрита кисти по данным ревматологических клинических и рентгенологических критериев. Пациенты с другими типами артрита, такими как ревматоидный и волчаночный артрит, и анкилозирующий спондилоартрит, и при механических заболеваниях не входили в исследования. Пациентам были проведены соответствующие клиничко – анамнестические, социально – демографические и лабораторные исследования. Основной задачей исследования являлась определения развития ХБП у больных с ОА. Диагноз ХБП был

поставлен на основе СКФ <60 мл/мин/1,73 м² рассчитанный с использованием формулы и/или протеинурии ≥ 30 мг/дл по шкале мочи в течение 3 месяцев и более. Так же учитывались такие признаки как: поведенческие и антропометрические данные, употребление алкоголя, курение, индекс массы тела. Клинические признаки включали артериальную гипертензию. (определялась согласно классификации JNC), диабет (прием противодиабетических препаратов), а также тип и количество пораженных суставов, используемых лекарств (НПВП, БРА, ИАПФ), типы НПВП применения, дозы применяемых препаратов, продолжительность применения лекарства, история самолечения или безрецептурных лекарств и общая продолжительность лечения. Детерминанты ХБП у больных остеоартритом были оценены с использованием поэтапного подхода многофакторного регрессионного анализа.

Результаты: Большинство пациентов были женского пола (77,9%). Средний возраст был 57 лет (стандартное отклонение: 11,3 года). Большинство пациентов находились в возрастной группе 64 года. Многие из респондентов имели среднее образование (44,7%), были женаты (82,5%), и оценили свое здоровье как удовлетворительное (49,1%). Только 13,7% и 4,6% когда-либо употребляли алкоголь и соответственно курили. Треть из них имела низкий уровень физической активности (32,1%) Средний вес, окружность талии и бедер были 76,9 кг, 95,8 см (10,0) и 111 см соответственно. Чуть больше половины (51,7%) были гипертониками. Лечение: 62% респондентов использовали одно лекарство, а 7,3% использовали 3–4 лекарства. Четверо из каждых 10 респондентов принимали различные лекарства для лечения заболеваний 36,7% антигипертензивных, 8,6% противодиабетических и 9,7% НПВП. Общая распространенность ХБП среди пациентов с ОА составил 61,9% (95% в возрасте: 56,4–66,3). Специфический для пола распространенность ХБП была выше среди мужчин, чем у женщин 65,9%. Средняя СКФ составила 56,3 (13,0) мл/сут.мин/1,73 м². У большинства респондентов наблюдалась ХБП 3 степени (59,3%) и только 12,1% имели стойкую протеинурию. Среди респондентов с ХБП большинство были в возрасте 50–64 лет (51,8%) и старше 65 лет (41,7%), 61% оценили свое здоровье как удовлетворительное. У гипертоников вероятность ХБП по сравнению больных без гипертензии была намного выше. Участники с избыточной массой тела, ожирение и при использовании 3–5 лекарств вероятность ХБП была выше.

Выводы: Таким образом, исследование показало, что распространенность ХБП высока среди больных ОА. Установлено, что заболеваемость выше среди мужчин, чем у женщин, и что у большинства пациентов была 2 и 3 стадия ХБП. Возраст, ожирение, СД, артериальная гипертензия и применения НПВП увеличивали шансы развития ХБП среди пациентов с ОА.

ВНЕКОСТНАЯ КАЛЬЦИФИКАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Б.Т. Даминов, Б.М. Мирзаева

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр нефрологии и трансплантации почки, г. Ташкент*

Кальцификация сосудов, связанная с ХБП изначально считалась пассивным процессом, где нарушения регуляции кальция и фосфора приводили к стремительному осаждению минерала, накапливающегося в стенке сосуда. В то время как аномальный уровень кальция и фосфор играют важнейшую роль в кальцификации при ХБП, на сегодняшний день известно, что это высоко регулируемый, активный и сложный процесс, похожий на формирование костей скелета. До отложения кальция в стенке сосудов, гладкие мышечные клетки сосудов проходят транс дифференцировку в клетки, походящие на клетки, формирующие костную ткань. Эти фенотипические различные клетки снижают экспрессию специфических для гладкомышечных клеток генов, таких как гладкомышечный α -актин и гладкомышечный 22 α . В то же время эти клетки повышают экспрессию генов сигнальных белков-маркеров остеохондроза, включая Runx2, остерикса, остеопонтина, остеокальцина и щелочной фосфатазы

Цель исследования: повышение эффективности ранней диагностики внекостной кальцификации у больных хронической болезнью почек V стадии, получающих гемодиализ, а также оптимизация терапии.

Материал и методы: в исследование были включены 120 больной ГХБП, получающих гемодиализ в течение 40 месяцев и 20 здоровых добровольцев без признаков поражения почек, нарушения кальциевого обмена и сердечно-сосудистой системы. Венозная кровь – определение концентрации фосфора, кальция, их произведения, щелочной фосфатазы, креатинина, гемоглобина крови, маркеров остеопороза; результаты ЭхоКГ, МСКТ Ca Score, УЗИ сонных артерий для измерения толщины интима-медиа комплекса, МСКТ грудной клетки для оценки активности внекостной кальцификации. Исследования проведены с использованием биохимических, ультразвуковых и электрокардиографических и статистических методов.

Результаты собственных исследований: У больных ГХБП, включенных в исследование, наблюдалось на значительное увеличение концентрации фосфора крови, что привело к увеличению концентрации паратгормона. Концентрация кальция у больных ГХБП не отличалась от концентрации в группе контроля, однако фосфорно-кальциевое произведение также было достоверно выше, чем у здоровых добровольцев. После первичного обследования больные случайным образом были распределены на 2 группы с введением в схему терапии фосфатбиндера севеламера гидрохлорида. В процессе терапии были выявлены различия динамики параметров фосфорно-кальциевого обмена. В группе С-отмечалось ухудшение показателей: недостоверное увеличение концентрации

фосфора и кальция привело к достоверному увеличению фосфорно-кальциевого произведения. По сравнению с КГ у больных ГХБП во всех коронарных бассейнах отмечается значительное увеличение содержания коронарного кальция. Также в группе ГХБП отмечается более выраженный кальциноз аорты. Кроме того, у 93,33% больных ГХБП отмечаются другие очаги внекостной кальцификации (плевра, легкие), в то время как в КГ очаг внекостной и внесосудистой кальцификации обнаружен только у 1 больного (5%). Нативная МСКТ грудной клетки у больных ГХБП выявила гидроторакс и гидроперикард. В ответ на 5-ти минутную компрессию плечевой артерии в среднем в группе больных ГХБП отмечается уменьшение диаметра артерии, уменьшение диаметра плечевой артерии продолжается к 60-й секунде после снятия компрессии.

Заключение. Еще одним показателем сосудистого ремоделирования и сосудистой кальцификации у больных ГХБП, оцениваемой в настоящем исследовании, была коронарная кальцификация, выраженная у больных ГХБП во всех коронарных бассейнах. На фоне терапии бифосфатанатом и комплексом кальция и витамина Д, в течение 6-х месяцев коронарная кальцификация прогрессировала. Введение в схему терапии фосфатбиндеров по данным настоящего исследования значительно тормозило прогрессирование коронарной кальцификации. ГХБП ассоциируется с риском смерти (сердечно-сосудистой и от всех причин), значительную роль в патогенетических механизмах смертности играет гиперфосфатемия. В настоящем исследовании смертность за 6 месяца составила 6,67%.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Даминов Б.Т.^{1,2} Абдувахитова А.Н.¹ Расулев Ё.Э.¹

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан¹*

*Республиканский специализированный научно - практический медицинский
центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, Узбекистан²*

Актуальность исследования: хронический гломерулонефрит относится к заболеваниям, требующим решения целого ряда не только нефрологических, но и терапевтических проблем. Поэтому оптимизация антикоагулянтной терапии представляется актуальной задачей.

Цель исследования: изучить терапевтическую эффективность антикоагулянтную терапию ривароксбаном, у больных с хроническим гломерулонефритом на примере мочевого синдрома.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 108 историй болезни пациентов, в возрасте от 17 до 65 лет, госпитализированных в отделение нефрологии клиники Ташкентского государственного стоматологического института в связи с обострением заболевания. Статистическая

обработка проводилась в программе Microsoft Office Excel 2019. Все больные, после подписания информированного согласия участия в исследовании и включения в исследование, были госпитализированы и проводилась пульс-терапия ХГН: циклофосфан 1 грамм в/в капельно, преднизолон 2 мг/кг в/в капельно 1 раз в день 3 дня, нефракционированный гепарин 5000 ЕД подкожно 4 раза в день с последующей коррекцией дозы по результату активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), дипиридамол 150 мг/сут. После пульс-терапии больным назначалась стандартная четырехкомпонентная терапия ХГН: циклоспорин А 1 грамм в сутки, преднизолон 1 мг/кг в сутки, дипиридамол 150 мг/сут, нефракционированный гепарин 4 раза в день в виде подкожных инъекций под контролем АЧТВ.

Результаты исследования: средний возраст больных составил $39,08 \pm 0,84$ лет, средняя длительность заболевания - $3,50 \pm 0,13$. У больных ХГН в анализе мочи отмечались все признаки, характерные для этой патологии: значительная протеинурия ($3,23 \pm 0,12$ г/л против $0,01 \pm 0,004$ в КГ, $p < 0,001$), гематурия ($42,58 \pm 2,10$ эритроцитов в поле зрения, против $0,75 \pm 0,25$ клеток в поле зрения, $p < 0,001$), лейкоцитурия ($38,25 \pm 0,80$ лейкоцитов в поле зрения, против $1,70 \pm 0,24$ клеток в поле зрения в КГ, $p < 0,001$) и цилиндрурия ($38,11 \pm 1,04$ цилиндров в поле зрения, против $0,10 \pm 0,07$ цилиндров в поле зрения в КГ, $p < 0,001$). Альбуминурия способствовала увеличению удельного веса мочи ($1021,64 \pm 0,44$ г/л против $1017,45 \pm 0,65$ г/л в КГ, $p < 0,001$). К концу периода госпитализации отмечалось значительное улучшение мочевого синдрома: относительная динамика показателей мочевого синдрома была более 30% так, степень протеинурии снизилась до $1,98 \pm 0,10$ г/л ($p < 0,001$ достоверность различия с исходными данными), гематурии – до $26,38 \pm 1,43$ клеток в поле зрения ($p < 0,001$), лейкоцитурии – до $22,04 \pm 0,88$ клеток в поле зрения ($p < 0,001$), цилиндрурии – до $25,45 \pm 0,79$ цилиндров в поле зрения ($p < 0,001$). На фоне уменьшения протеинурии и диуретической терапии отмечалось снижение и удельной плотности мочи на 0,73% (до $1014,15 \pm 0,45$ г/л, достоверность с исходными данными - $p < 0,001$).

Анализ динамики мочевого синдрома в зависимости от применения антикоагулянта в составе базисной терапии обнаружил, что к концу 3-го месяца терапии в обеих группах (АК+ и АК-) отмечалось достоверное улучшение показателей мочевого синдрома – снижение протеинурии, гематурии, лейкоцитурии и цилиндрурии ($p < 0,001$ достоверность с исходными данными для всех показателей и обеих терапевтических групп). Однако относительная динамика степени гематурии и лейкоцитурии была достоверно большей в группе АК+ (достоверность межгруппового различия относительной динамики между группами АК+ и АК- для гематурии - $p < 0,001$, для лейкоцитурии - $p < 0,01$). В результате по этим показателям в группе АК+ достигнут значительно более благоприятный результат (более низкие значения) по сравнению с группой АК- (для гематурии - $p < 0,001$, для лейкоцитурии - $p < 0,01$). В отношении протеинурии и цилиндрурии к концу 3-го месяца терапии также достигнуты более низкие значения в группе АК+ по сравнению с АК- ($p < 0,001$), хотя величина относительной динамики были сопоставимы. Удельный вес мочи достоверно

снижился в группе АК+ ($p < 0,001$ с исходными данными) и не изменился в группе АК-. В результате в группе АК+ достигнут достоверно меньший удельный вес по сравнению с группой АК- ($p < 0,01$ достоверность различия между группами значения удельного веса мочи, достигнутого к концу 3-го месяца), несмотря на то, что относительная динамика между группами не различалась.

На фоне базисной терапии ХГН у больных отмечается достоверное клинически значимое улучшение критериев мочевого синдрома: уменьшение выраженности протеинурии на $32,86 \pm 5,00\%$, гематурии на $60,93 \pm 3,09\%$, лейкоцитурии на $61,07 \pm 2,68\%$ и цилиндрурии на $38,62 \pm 3,63\%$ ($p < 0,001$ достоверность с исходными данными всех упомянутых показателей). Включение в терапию ривароксабана ассоциировалось с увеличением положительного эффекта лечения в аспекте лейкоцитурии ($-68,50 \pm 2,54\%$ против $-53,36 \pm 4,57\%$ в группе АК-, $p < 0,01$), а также, парадоксально – гематурии ($-71,79 \pm 2,62\%$ против $-49,66 \pm 5,27\%$, $p < 0,001$).

Выводы: ривароксабан – является эффективным пероральным антикоагулянтом, длительное применение которого в составе базисной терапии больных ХГН является безопасным, хорошо переносимым и патогенетически обоснованным и не ассоциируется с увеличением риска геморрагических осложнений и тромбоцитопении.

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТА L-КАРНИТИНА И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА, У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19

Даминов Б.Т.,² Раимкулова Н.Р.,¹ Даминов А.Б.¹

Ташкентский педиатрический медицинский институт¹

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки г.Ташкент, Узбекистан²

Актуальность. 31 декабря 2019г. появилось первое сообщение о случаях пневмонии неизвестной этиологии в г.Ухань (КНР). Тогда как, 9 января 2020г. Китайский центр по контролю и профилактике болезней сообщил об обнаружении агента, вызывающего эти пневмонии. Им оказался новый коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) 2-го типа (SARS-CoV-2). Заболевание, которое вызывает этот вирус, получило новое название коронавирусная инфекция COVID-19. Известно, что 11 марта 2020г. Всемирная организация здравоохранения объявила о начале пандемии COVID-19. В связи с пандемией коронавирусной инфекции, в последнее время ведётся большое количество различных дискуссий по поводу роли антиоксидантов на показатели системного воспаления, оксидативного стресса у больных, перенесших COVID-19.

Цель исследования. Изучить влияние L-карнитина на показатели супероксиддисмутазы, а также С-реактивного белка (СРБ), как информативного маркера системного воспаления у больных, перенесших COVID-19.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 60 пациентов, перенесших COVID-19 средней степени тяжести на 14 день терапии в возрасте от 57 до 67 лет. Пациентам 1-ой группы (30 пациентов) на фоне стандартной базисной терапии был назначен L-карнитин в дозе 5г/сут в течении 5 дней, с последующим приемом в поддерживающей дозе 1г/сут в течении 5 дней. II-ю группу составили 30 больных, отвечавших критерию включения в исследование, проходивших лечение по поводу COVID-19 и не получавших средств метаболического действия.

Результаты. В динамике уровень СРБ на фоне лечения имели тенденцию к снижению в обеих группах. Стоит отметить, что в группе с включением L-карнитина скорость и степень снижения были более выраженными по сравнению со 2-й группой. Так в группе L-карнитина уровень СРБ снизился на 66,5%, во 2-й группе – 55,7%. Разница в результирующих показателях (Δ) между группами по содержанию СРБ составила 10,8% в группе с L-карнитином. Результаты проведенных исследований показали, что у больных с COVID-19 наблюдается снижение уровня супероксиддисмутазы (СОД). Известно, что СОД- это важный антиоксидантный фермент, который вместе с каталазой и другими антиоксидантными ферментами защищает наш организм от постоянно образующихся высокотоксичных кислородных радикалов. СОД катализирует дисмутацию супероксида в кислород и пероксид водорода.

Наблюдения за показателями оксидантного стресса в динамике лечения показали увеличение содержания СОД в обеих группах. Так на 10 сутки в группе больных, получавших стандартную терапию в сочетании с L-карнитином, уровень СОД возрос на 29%, тогда как в группе без L-карнитина прирост составил 18%.

Выводы. У больных с COVID-19 на фоне терапии L-карнитином по сравнению со стандартной терапией более значимо снижается уровень СРБ, как показателя эндогенного воспаления. Результаты проведенных исследований показали, что у больных с COVID-19 наблюдается снижение уровня супероксиддисмутазы (СОД). Однако, включение L-карнитина в терапию больных COVID-19 значительно улучшил этот показатель.

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT AND PROGRESSION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE

Daminov B.T., Rasulova Kh.A., Abbasov A.K.

Republican specialized scientific-practical centre of Nephrology and Kidney transplantation, Tashkent Pediatric Medical Institute,
Tashkent, Uzbekistan

According to the WHO (2018) and Global Burden Disease (GBD) project, diseases of the kidney and urinary tract infections annually result in the death of approximately 850 thousand people. They rank 12th as the cause of death and 17th as the cause of persistent disability. At the same time, there is reason to believe that the true prevalence and incidence of chronic kidney disease is underestimated.

"Kidneys are the organ that doesn't scream". In the presence of kidney disease, clinical manifestations of the disease most often appear in late stage of the disease, when it can only be a serious pathogenetic therapy or replacement therapy, i.e. hemodialysis, kidney transplantation.

Most cases of persistent deterioration of kidney function in the General population is associated with both the actual kidney disease and pathology of other systems and organs (diabetes, coronary artery disease, hypertension, etc.). That is why in recent years in modern Nephrology was introduced a new term "chronic kidney disease" (CKD). CKD includes a whole group of known nosologies such as primary glomerulonephritis and glomerulonephritis as a secondary manifestation of systemic diseases, congenital nephropathy, chronic pyelonephritis, interstitial nephritis, and asymptomatic and little-symptomatic kidney lesions.

Among the causes of CKD it is logical to distinguish non-modifiable and potentially modifiable risk factors (table 1).

Table. Common risk factors for the development and progression of chronic kidney disease

Non-modifiable risk factors	Potentially modifiable risk factors
1. Age.	1. Acute urogenital infection.
2. Sexual characteristics.	2. Dyslipoproteidemia.
3. Race and ethnicity.	3. Arterial hypertension.
4. Congenital malformations and reduction of renal nephrons.	4. Tobacco Smoking, alcoholism, drug addiction, substance abuse.
5. Genetic factor.	5. Related diseases (factors): staphylococcal infections (tonsillitis, pharyngitis), heart failure, obesity, anaemia, diabetes mellitus, diffuse connective tissue disease, obstruction of outflow of urine, usernameonly reflux disease, worm infestation.
6. Blood type	6. Frequent change of sexual partners.
	7. Features of nutrition, dehydration, high protein diet.
	8. The tendency to stone formation.
	9. Iatrogenic factors (analgesics, NSAIDs, radiopaque drugs, nephrotoxic antibiotics, etc.).
	10. Complications during pregnancy and childbirth.
	11. Increased activity of the sympathetic nervous system.
	12. Contact with hemolytic poisons, hydrocarbons, solvents, benzene compounds and heavy metals in the course of professional activities significantly increases the risk of kidney disease in the future.

It is known that representatives of different races are not equally prone to kidney disease. The Negroid race is the most vulnerable; Spanish, Indian and Pacific island peoples are also significantly predisposed.

The anatomical features of the female body play an important role. It is important not only the close location of the output of the rectum and urethra. The urethra itself is much wider in women than in men. In addition, men have a prostate gland, juice secret which protects the lower urinary tract from microbial damage. In women, this protective mechanism is absent. Do not forget about the regular increase in the level of female hormones estrogen, which reduce the tone of the ureters. Thus, women of childbearing age have a greater risk of developing CKD.

Kidney disease occurring in family members associated with a mutation of one or more genes. In adults nephropathy is more common inherited monogenic when the gene mutation does not depend on the external environment. This hereditary nephritis, congenital tubulopathy (Fanconi's syndrome, etc.), polycystic kidney. Features of HLA antigens in the family (B13; combinations A2-a10; AII-A19; B13-B15; A2-B16; A9-B13) are also dangerous for the development of microbial inflammation in the urinary system.

Acute urogenital infection is divided into infection of the upper (pyelonephritis, abscess and kidney carbuncle) and lower (acute cystitis, acute urethritis, asymptomatic bacteriuria) departments. There are complicated and uncomplicated infections. The complicated include infections that have developed against the background of existing pathology of the urinary tract (urolithiasis, ureteral stricture, renal failure, diabetes). The presence of a history of specific and nonspecific vulvitis, vulvovaginitis, balanitis, balanopostitis increases the risk of urethritis, cystitis, ascending urinal infection.

It is known that prolonged hypertension leads to kidney damage; this condition is called hypertensive nephropathy. High blood pressure causes hyalinosis of small arteries and arterioles and, as a result, thickening of their walls and narrowing of the lumen. There is ischemia, atrophied tubules of nephrons. Interstitial and periglomerular fibrosis develops. The degree of damage to the capillary glomeruli themselves varies from mild to complete hyalinosis. The development of hypertensive nephroangiosclerosis is often predisposed or accompanied by metabolic disorders: type II diabetes and hyperuricemia. In addition, patients with hypertension have a high risk of adherence and progression of atherosclerotic lesions of the arteries of the kidneys. Hypertensive nephropathy combines hypertensive nephroangiosclerosis (often in combination with concomitant chronic urate tubulointerstitial nephritis and/or urate nephrolithiasis, diabetic nephropathy) and atherosclerotic renal artery stenosis and/or cholesterol embolism of intrarenal vessels.

To date, it has been proved that tobacco Smoking is one of the most significant risk factors for hypertension, atherosclerosis, heart failure, which contributes to the appearance of CKD, as well as various cancers. The risk of kidney tumor in smokers of both sex groups increases from 30 to 60% compared to non-smokers.

Alcohol abuse always contributes to direct toxic effects on the renal parenchyma. However, the literature describes cases of AKI with a single intake of alcohol and low-drinking people.

People who live in hot and arid regions have a high risk of dehydration, in which the volume of urine is reduced. In addition, people with disorders of bowel function with diarrhea, there is a decrease in the acidity of urine and a decrease in its volume.

Increased activity of the sympathetic nervous system. An increase in the activity of this part of the nervous system leads to a decrease in filtration, reabsorption and urination in General, which in the presence of other risk factors can provoke CKD.

Professional activity also influences on the increased risk of CKD (weaving, rubber, paper production, having contact with industrial dyes, oil and its derivatives, industrial pesticides and salts of heavy metals).

Conclusion. There are more than 200 risk factors for the development of CKD. The concept of risk factors as a fundamental approach in the prenosological diagnosis of various diseases and kidney disease in particular is widespread in epidemiological studies. The action of risk factors on the body is purely individual, and the likelihood of the development of a disease depends on the adaptive capacity of the organism.

ГЕНДЕРНАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ПАЦИЕНТОВ ГОРОДА ТАШКЕНТА

Даминов Б.Т.^{1,2}, Шарапов О.Н.^{1,2}, Турсунбаев А.К¹.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. По данным Международного общества нефрологии (ISN), в настоящее время около 850 миллионов человек в мире страдают от различных типов заболеваний почек. Один из десяти взрослых в мире имеет хроническое заболевание почек (ХБП), которое является необратимым явлением. Глобальное бремя ХБП возрастает, и согласно прогнозам, к 2040 году станет пятой по частоте причиной утраченных лет жизни. У человека, заболевшего ХБП, могут возникнуть осложнения, далее болезнь прогрессирует до терминальной стадии заболевания почек, где жизнь невозможно поддерживать без диализной терапии или трансплантации почки.

Цель. Изучить гендерную и возрастную структуру терминальной хронической почечной недостаточности (ТХПН) пациентов города Ташкента.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели были проанализировано 72 пациента постоянно проживающих в городе Ташкенте, страдающих хронической болезнью почек терминальной стадии: 35 мужчин и 37 женщин в возрасте от 18 до 78 лет. Всем больным была диагностирована ТХПН в исходе нефропатий различного генеза. Все пациенты получали программный гемодиализ в отделениях гемодиализа Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии и трансплантации почки. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали,

основываясь на концентрации креатинина сыворотки по формуле СКД-Epi. Длительность гемодиализа составила 6-48 месяцев. Больные были распределены на 5 возрастных групп (согласно классификации ВОЗ, 2016г): 18-44 года (молодой возраст), 45-59 лет (средний возраст), 60-74 года (пожилой возраст), 75-90 лет (старческий возраст) и старше 90 лет (долгожители). Программный гемодиализ проводился аппаратами Fresenius Medical Care 4008S, диализаторами WEGO F15 LW и Diacap Polysulfone LOPS18 LW. Сеансы гемодиализа проводили по схеме 4 часа 3 раза в неделю (720 часа/нед) согласно международным рекомендациям.

Результаты. По результатам анализа 51,4% всех обследованных составили женщины, 48,6% мужчины. Почти 80% (n=57) всех обследованных составили пациенты до 60 лет. Среди пациентов молодого возраста были определены 24 пациента: 11 мужчин и 13 женщин. В структуре среднего возраста (n=33) преобладали мужчины: 19 мужчин и 14 женщин. Пожилой возраст был представлен 14 пациентами, из них 5 мужчин и 9 женщин. Среди обследованных было только одна женщина в возрасте 75-90 лет и ни одного мужчины. В ходе анализа не было выявлено долгожителя пациента.

Анализ причин ТХПН выявил преобладание хронического гломерулонефрита (44%), сахарного диабета (38%), затем следовали васкулиты (7%) и хронический пиелонефрит (4%), прочие - 7%.

Выводы. В возрастной структуре ТХПН преобладают (почти 80%) пациенты молодого и среднего возраста. Отмечается гендерное различие в зависимости от возрастной группы. Было выявлено резкое уменьшение количество пациентов в возрастных группах старше 75 лет, как мужского, так и женского пола.

THE STRUCTURE OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN DIALYSIS PATIENTS OF THE RURAL POPULATION.

Daminov B.T.^{1,2}, Sharapov O.N.^{1,2}

¹*Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan*

²*Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Nephrology and Kidney transplantation, Tashkent, Uzbekistan*

Background: In a recently published joint report by the European Renal Association (ERA-EDTA), American Society of Nephrology (ASN) and International Society of Nephrology (ISN), kidney diseases were recognized as one of the most common diseases in the world. According to this report, globally, the total number of people with chronic kidney disease (CKD), acute kidney injury (AKI) and people receiving renal replacement therapy (RRT) exceeds 850 million people. Despite the fact that the prevalence of CKD and its effects on health have been studied mainly in economically developed countries, the burden of this disease is even greater in developing countries. Uzbekistan is a country in Central Asia with a population of 34

million (as of 2019). About half of the population is rural, or 16.5 million people. About 4200 people in our country need regular hemodialysis due to chronic kidney disease.

Aim: Study of the structure of cardiovascular pathology in patients with CKD stage V on HD of the rural population of the Republic of Uzbekistan.

Methods: We examined 61 patients of the country's rural population in the regional multidisciplinary medical center of the Syrdarya region of the Republic of Uzbekistan. The study included 61 patients resident in rural areas, 39 of them were men (64%) and 22 women (36%). We excluded patients under the age of 18 and patients living in the cities of the region. All patients were diagnosed with CKD terminal stage, based on GFR calculated according to the formula CKD-Epi (according to KDIGO). The mean age of the patients was 45.5 ± 12 years. All patients underwent HD sessions 12 hours a week. The duration of HD was 16 months (6-96). The main diseases were chronic glomerulonephritis (n-38), chronic pyelonephritis (n-6), diabetes mellitus (n-11), urolithiasis (n-3), lupus (n-1) and polycystic kidney disease (n-2). We evaluated the performance of the cardiovascular system. For the analysis of the cardiovascular system, all patients underwent examinations in accordance with international guidelines.

Results: During the study, 57% (n-34) of all examined patients determined the pathology of the cardiovascular system based on complaints, examination and the results of laboratory diagnostic examinations. Twenty-two (36%, $P < 0,001$) of all examined had hypertension, which was controlled by antihypertensive drugs. No malignant arterial hypertension was observed. 4 (6.5%, $P < 0,001$) patients complained of angina attacks. Chronic heart failure was diagnosed in 3 patients (5%, $P < 0,001$). Various types of arrhythmias were also observed (n-6): in 3 (5%, $P < 0,001$) patients, atrial fibrillation was detected, in 1 ventricular extrasystole (1.6%, $P < 0,001$) and atrioventricular block 1 degree was observed in 2 patients (3.3%, $P < 0,001$).

Conclusions: Based on the examination of 61 patients with ESRD, it can be concluded that cardiovascular pathology plays a leading role in the deterioration of patients in the rural population of the Republic of Uzbekistan. According to the results of the study, the leading place in the structure of cardiovascular pathology is occupied by arterial hypertension, coronary heart disease and chronic heart failure.

ПРЕДИКТОРНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХБП НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Даминова К. М., Исламова М.С., Адилова Н.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр нефрологии и трансплантации почки,
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Одной из проблем своевременного распознавания хронической болезни почек во всем мире и в нашей стране является низкая

настороженность врачей первичного звена по отношению к данному заболеванию одним из методов нефропротекции является не только лечебные, но и профилактические меры, а также ранняя диагностика заболевания почек. При этом, выявление на ранних сроках нарушения функции почек будут способствовать снижению прогрессирования заболевания, инвалидизации и смертности пациентов. Понятие «прогрессирования ХБП» является весьма изменчивой величиной и зависит от основного, первичного заболевания, его тяжести, характера течения и наличия дополнительных факторов риска. В соответствии с проведенным анализом литературы можно сделать вывод о необходимости проведения исследований на уровне первичного звена здравоохранения для ранней диагностики, а также профилактики прогрессирования и удлинения додиализного периода ХБП.

Цель исследования: изучить факторы риска и их предикторную значимость в прогрессировании заболевания в условиях первичного звена здравоохранения.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 217 больных с ХБП 2-4й стадий, средний возраст которых составил $46,17 \pm 0,63$ лет, среди них мужчин было 110(50,69%) и женщин 107(49,31%) и 20 здоровых людей.

В настоящем исследовании можно выделить три этапа: 1 этап – во время первичного осмотра включение больных в исследование, второй этап изучение изменений исследуемых показателей через 180 дней (6 месяцев) от включения в исследование, третий этап состоял из изучения изменений исследуемых показателей через 12 месяцев от включения в исследование. На первом этапе исследования произведен сравнительный анализ данных анкетирования и осмотра больного. При этом, больные были разделены на 4 группы сравнения по Категории СКФ хронической болезни почек по KDIGO 2012г.: 1 группа СКФ 60-89 мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ (n=54); 2 группа СКФ 45-59 мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ (n=53); 3 группа СКФ 30-44 мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ (n=58) и 4 группа СКФ 15 -29 мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ (n=52), 20 здоровых человек составили контрольную группу. На втором (n =217) и третьем (n=204) этапах проводилось изучение динамики изменений клинических и лабораторных данных пациентов, изменения в когорте больных, наличие прогрессирования и регрессирования заболевания, анализ развившихся осложнений.

Результаты и их обсуждение. Во время исследования при повторных обследования отмечены некоторые изменения в когорте наблюдаемых больных. При обследовании пациентов через 6 месяцев отмечено: в исследовании состояло под наблюдением: мужчин 110 (50,69%), женщин 107 (49,31%), сердечно-сосудистые осложнения выявлены у 7(3,26%) пациентов, терминальная почечная недостаточность (ТПН) у 4(1,84%) больных. Летальные исходы выявлены у 8(3,69%) больных, из них мужчин было 6(2,76%) человек, женщин 2(0,92%). Летальный исход от сердечно-сосудистых осложнений отмечался у 6(2,76%) больных, а от ТПН у 2(0,92%). На 3 этапе число наблюдаемых больных составило 208 (через 12 месяцев) человек, из них мужчин 103(49,52%), женщин 105(50,48%), при этом, сердечно-сосудистые

осложнения выявлены у 9(4,33%) пациентов, ТПН у 1(0,48%) больного. Выбыли из исследования 1(0,48%) пациент, в связи с переездом в другой город.

Через 6 и 12 месяцев исследования отмечено перераспределение больных по стадиям ХБП в сторону прогрессирования. Через 6 месяцев отмечается перераспределение 17 больных первой группы (2 стадия ХБП) во вторую (3Аст – 10больных), третью группу (3Вст – 3 больных) и в 4ую группу (4ст – 4 больных). Также отмечается, что 3 больных перешли из 3Аст в 3Вст. А 8больных из 3В в 4стадию. При этом 9 пациентов скончались от осложнений ССС и тХПН (табл.2)

Через 12 месяцев отмечается перераспределение 13 больных первой группы (2 стадия ХБП) во вторую (3Аст – 5 больных), третью группу (3Вст – 6 больных) и в 4ую группу (4ст – 2 больных). При этом также было отмечено, что из 3А ст в 3В и 4ст перешли 3 и 5 больных соответственно, а из 3В в 4ст перешло 10 больных. Таким образом, у 59 больных отмечено прогрессирование стадии заболевания, что составило 27,19% по всей выборке больных. Данное наблюдение говорит о неуклонной прогрессировании заболевания, поэтому необходима ранняя диагностика, которая поможет в снижении темпа прогрессирования больных ХБП и отсрочит терминальную почечную недостаточность.

В итоге исследования отмечается прогрессирование стадии ХБП у 59 больных. При анализе распространенности экстраренальных проявлений и их предикторной значимости у данной категории больных отмечен высокий относительный риск прогрессирования у возраста старше 48 лет (6,27раз), анемии с уровнем гемоглобина менее 102г/л (6,4раза), АГ более 150/80 мм рт ст (6,09раз), курения в 5,20раза, мочевины с показателем более 8 ммоль/л в 11,32раза и мужского пола в 4,24. Другие факторы также имели высокие риск прогрессирования. При этом практически у всех отмечается достоверный критерий Хи квадрата (с использованием медианы): одним из достоверных была мочевина более 8 ммоль/л $\chi^2=79,683(p<0,001)$, курение $\chi^2=68,724$ ($p<0,001$), возраст старше 48лет $\chi^2=46,335(p<0,001)$, а также АД более 150/80 мм рт. ст. $\chi^2=40,384(p<0,001)$.

Таким образом, определение основных факторов риска и их предикторную значимость в прогрессировании ХБП на уровне врачей первичного звена здравоохранения, позволят выделить группу больных повышенного риска по прогнозированию ХБП.

Выводы. Факторами риска в прогрессировании ХБП с высокой предикторной значимостью являются возраст старше 48 лет (относительный риск увеличивается к 4 стадии в 6,27раз), анемия с уровнем гемоглобина ниже 100 г/л (относительный риск увеличивается к 4 стадии в 6,40 раз), АГ более 150/80 мм рт ст (относительный риск увеличивается к 4 стадии в 6,09 раз), курение (относительный риск увеличивается к 4 стадии в 5,20раз), мочевина (в 11,32 раза), а также эти показатели имели высокий критерий χ^2 .

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

¹Даминова Л.Т., ²Муминова С.У., ¹Рашидова А., ¹Зуннунов Х

¹Ташкентский государственный стоматологический институт.

Ташкент, Узбекистан

²Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Поражение почек при сахарном диабете (СД) 2 типа является одним из значимых осложнений этого заболевания. По статистике, ХБП развивается примерно у 15% лиц в общей популяции и у каждого второго больного с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД). Определение уровня цистатина С при диабетической нефропатии в начальных стадиях заболевания позволит проводить раннюю диагностику и своевременную терапию, отдалению развития терминальной стадии ХБП и в целом улучшает прогноз.

Цель: Изучить влияние цистатин С на функциональное состояние почек у больных с диабетической нефропатией.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 120 больных СД 2 типа, которые были разделены на две группы в зависимости от стадии ДН 1 группу (60 больных СД 2 типа) составили больные с субклиническим течением ДН, нормоальбуминурией и без нарушения клубочковой фильтрации – ДН С1, А1. 2 группу составили больные с диабетической нефропатией с микроальбуминурией и с нарушений функции почек ДН С2, А2. Средний показатель СКФ кр. составил $73.5 \pm 10,81$ мл/мин/1,73м², альбуминурии - $36,50 \pm 3,4$ мг/г, редний возраст $59,3 \pm 6,5$ лет, HbA1C- $9,3 \pm 1,82\%$, стаж СД 2 типа – $7 \pm 3,16$ лет.

Результаты: Результаты проведенного нами исследования показали, что у больных с СД 2 типа в целом рСКФ, рассчитанная по уровню сывороточного креатинина и цистатина С ниже по сравнению с контрольными показателями. В первой группе снижение рСКФкр составило 7,1 %, хотя средний показатель находился в пределах референсных значений. В то же время уровень сывороточного цистатина С и расчетная рСКФцис в этой группе достоверно отличались от контроля. Сывороточная концентрация цистатина С оказалась достоверно выше ($0,64 \pm 0,09$ мг/мл против $1,07 \pm 0,08$ мг, $p < 0,05$), а показатель рСКФцис был достоверно ниже ($81,32 \pm 6,31$ мл/мин против $96,60 \pm 5,22$ мл/мин, $p < 0,05$) показателя здоровых лиц. Эти результаты свидетельствует о начальном нарушении фильтрационной функции почек у больных с нормоальбуминурией. Во второй группе больных отмечается достоверное уменьшение скорости клубочковой фильтрации по обоим маркерам по сравнению с контролем и первой группой. Так, у больных с ДН С2, А2 по сравнению с контрольной и первой группой больных показатель рСКФкр был снижен на 24,2% и 18,3%,

соответственно ($p < 0,01$ и $p < 0,05$), что свидетельствует о выраженном снижении функции почек у данной категории больных с СД 2 типа.

Заключение: Таким образом, полученные результаты показали, что у больных с субклиническим течением диабетической нефропатии отмечается снижение скорости клубочковой фильтрации, определяемое по уровню цистатина С. Следовательно, рСКФцис является более точным индикатором скрытого нарушения фильтрационной функции почек по сравнению с рСКФкр.

НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

¹Даминова Л.Т., ²Муминова С.У.

¹Ташкентский Государственный Стоматологический Институт. Ташкент, Узбекистан

²Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт. Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Сахарный диабет является наиболее распространенным эндокринным заболеванием в мире. Стойкая гиперлипидемия при сахарном диабете 2 типа сопровождается повреждением различных органов, на основе которого лежат генерализованные изменения микроциркуляторного русла. У больных сахарным диабетом с хронической болезнью почек дислипидемия может усугубляться с гипергликемией и инсулинорезистентностью. Контроль дислипидемии является важной терапевтической целью, так как нормализация липидного обмена и гликемического статуса снижает риск почечных осложнений при сахарном диабете 2 типа.

Цель: Изучить особенности показателей липидного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа с диабетической нефропатией

Материалы и методы: В исследование были включены 120 больных с сахарным диабетом 2 типа. 1 группа 60 больных сахарным диабетом 2 типа без нарушения функции почек ДН С1, А1, 2 группа 60 больных с нарушением функции почек ДН С2, А2 с сахарным диабетом 2 типа. Медиана возраста составила $59,3 \pm 6,5$ лет: длительность СД 2 типа – $7 \pm 3,16$ лет: ИМТ – $28,05 \pm 3,45$: HbA1C – $9,3 \pm 1,82\%$: гликемия натощак – $8,95 \pm 2,25$ ммоль/л.

Результаты: В первой ДН С1, А1 изучаемые показатели липидного обмена в большинстве своем находились в пределах референсных значений, но все же по сравнению с контрольной группой у них выявлено достоверное повышение в крови уровня общего холестерина ($p > 0,01$), липопротеидов низкой плотности ($p > 0,01$), триглицеридов ($p > 0,01$) и снижение липопротеидов высокой плотности ($p > 0,5$). У больных второй группы ДН С2, А2 изучаемые показатели изменяются еще в большей степени и оказываются выше верхней границы нормы. Так, уровень общего холестерина увеличивается на 38%, липопротеидов низкой

плотности на 30,1%, триглицеридов на 91%, уровень липопротеидов высокой плотности уменьшается на 24,4% по отношению к показателям здоровых лиц.

Показатели липидного обмена характеризующие функциональное состояние почек у больных с СД 2 типа

Показатель	Контроль (n=20)	1 группа (ДН С1А1) (n=60)	2 группа (ДН С2 А2) (n=60)
ОХ, ммоль/л	4,21±0,22	5,45±0,21***	5,81±0,25***
ЛПВП, ммоль/л	1,61±0,07	1,25±0,05**	1,21±0,08***
ТГ, ммоль/л	1,12±0,06	1,95±0,09***	2,14±0,10***^^
ЛПНП, ммоль/л	2,55±0,15	3,12±0,12**	3,32±0,14***
ЛПнВП	2.58±0,21	4,20±0,10**	4.60±0,13***^
Индекс атерогенности	1,9±0,3	3,36±0,3*	3,8±0,6*

Примечание: * - достоверность различия между больными СД и контролем, ^ - достоверность различия между группами 1 и 2; один знак - p<0,05, два знака - p<0,01, три знака - p<0,001.

Заключение: Таким образом, у больных СД 2 типа уже на ранних стадиях диабетической нефропатии наблюдается комбинированная дислипидемия с высоким атерогенным потенциалом, характеризующаяся повышением ТГ и ЛПнВП, а также снижением ЛПВП, которая усугубляется с прогрессированием почечной дисфункции. Регулярный скрининг диабетической нефропатии с дислипидемией может быть полезен для контроля риска развития макрососудистых осложнений.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

¹Даминова Л.Т., ¹Касымов А.Ш. ²Муминова С.У.

¹Ташкентский государственный стоматологический институт. Ташкент, Узбекистан

²Ташкентский педиатрический медицинский институт. Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Медико-социальная значимость сахарного диабета определяется быстрым ростом частоты заболевания, а также ранним развитием инвалидизирующих и снижающих качество жизни макро- и микрососудистых осложнений в частности, развитием диабетической нефропатии (ДН). Ультразвуковая доплерография по мнению многих авторов, способна адекватно оценить внутрпочечный кровоток и, в силу своей доступности, неинвазивности, достаточно высокой информативности может использоваться в повседневной клинической практике есть данные о возможности

использования ультразвуковой доплерография как одного из методов ранней диагностики хронического повреждения почек при СД 2 типа.

Цель: Оценить структурно-функциональное состояние почек у больных с диабетической нефропатией.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 120 больных СД 2 типа, которые были разделены на две группы: 60 больных без нарушения клубочковой фильтрации – ДН С1, А1, 60 больных с нарушением клубочковой фильтрации ДН С2, А2. По группам средний показатель СКФ кр. составил $73.5 \pm 10,81$ мл/мин/1,73 м², МАУ- $36,50 \pm 3,4$ мг/г, редний возраст $59,3 \pm 6,5$ лет, HbA1C- $9,3 \pm 1,82\%$, стаж СД 2 типа – $7 \pm 3,16$ лет.

Результаты: В рамках нашего исследования мы проводили ультразвуковое исследование почек с доплерографией сосудов почек. Нами оценивался индекс объема почечной паренхимы (иОПП) и индекс резистентности почечных и сегментарных артерий почек. Проведенное исследование показало, что в целом по всей когорте больных, включенных в исследование иОПП не отличался от показателя, характерного для здоровых лиц. Распределение по группам обнаружило, что у больных с нормоальбуминурией без нарушения функции почек показатель иОПП значимо не отличался от контроля, а у больных ДН С2, А2 был выше ($p < 0,05$). Показатели сосудистого сопротивления на уровне почечной и сегментарной артерий у больных 1 и -2-й группы по сравнению с группой контроля были достоверно выше. Это свидетельствует о нарушении почечной гемодинамики уже на начальных стадиях диабетической нефропатии.

Показатели УЗИ и доплерографии почек у больных с ДН

Показатели	Контроль	ДН С1, А1	ДН С2, А2
иОПП см ³ /м ²	$92,99 \pm 5,11$	$97,94 \pm 6,05$	$108,94 \pm 6,11$ *
ИР почечных артерий	$0,60 \pm 0,02$	$0,70 \pm 0,02$ ***	$0,71 \pm 0,03$ **
ИР сегментарных артерий почек	$0,57 \pm 0,02$	$0,66 \pm 0,02$ **	$0,72 \pm 0,03$ ***

Примечание: * - достоверность различия между больными СД и контролем; один знак – $p < 0,05$, два знака - $p < 0,01$, три знака - $p < 0,001$.

Заключение: У больных сахарным диабетом 2 тина на ранних стадиях диабетической нефропатии наблюдаются изменения почечной гемодинамики, которые проявилось повышением внутрпочечного сосудистого сопротивления на уровне почечной и сегментарной артерий. Показатели индекса резистентности почечной и сегментарных артерий увеличиваются с прогрессированием функционального нарушения почек.

НАШ ОПЫТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВРЕМЕННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА ПУТЕМ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН

Джалилов У.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки.
г.Ташкент, Узбекистан*

Актуальность проблемы. Ежегодный неуклонный рост гемодиализных больных по всей Республике и в частности в нашей клинике (в среднем 8,5% за последние 4 года) требует постоянного совершенствования подходов к профилактике и лечению как острой, так и хронической болезни почек (ХБП). В последние годы ХБП болезнь почек стоит на 6 месте по причине смертности и ежегодно регистрируется около 2,4 млн. случаев (данные до ассоциированного с коронавирусом повреждения почек). Раннее планирование и сохранение сосудов дают возможность сформировать идеальный сосудистый доступ для проведения заместительной терапии гемодиализом. Однако, зачастую мы сталкиваемся с ситуациями, требующими безотлагательного начала процедур гемодиализа. Помимо острой почечной недостаточности (ОПН) и терминальной стадии хронической почечной недостаточности (тХПН), показаниями к началу экстракорпоральной терапии были: выраженная гипергидратация с угрозой для жизни и тяжелые нарушения электролитного состава крови. Выраженная гипергидратация, анемия и нарушения свертывающей системы крови требуют максимальной осторожности при катетеризации центральных вен.

Цель. Выявление закономерностей и нюансов при обеспечении временного сосудистого доступа на основании собственного 5 летнего опыта.

Материалы и методы. В 5-летний период с 2017 по 2021 гг. в отделении реанимации и интенсивной терапии нашей клиники пациентам от 18 до 74 лет по показаниям установлено 1014 центральных катетеров (в том числе и 2 перманентных) для проведения инфузионной (с целью сохранения вен для формирования артериовенозной фистулы) или гемодиализной терапии. Манипуляция проводилась под местной анестезией (новокаин, лидокаин) после 3х кратной обработки операционного поля (бетадин, спирт). Гепариновая «пробка» - всего на 2 просвета катетера: 0,5 мл гепарина+3,0 мл изотонического раствора хлорида натрия. Катетеры в подавляющем большинстве закупались централизованно от различных производителей: «Fresenius» (ProvenCare), «B Braun» (Certofix Duo, Haemocat Signo), «Joline GmbH» (Joline), «Balton», «BARD», «KDM», перманентный «BARD» (HemoSplit). Размеры катетеров: F11, F11,5, F12, F14,5 длиной 15, 18, 20, 36 см. Выбор вены: предпочтительно внутренняя яремная вена (90,8%), реже подключичная вена (8,08%), крайне редко бедренная вена (1,09%) – в случаях стеноза верхней полой вены.

Результаты. Изначально квалификация молодых сотрудников оказывала влияние на выбор именно подключичной вены для начала гемодиализа. В дальнейшем, с приобретением опыта специалистами освоена техника катетеризации яремной вены. Так, если в 2017 году выполнено 30 катетеризаций подключичной вены (21% от всех манипуляций за год), то в 2021 году – всего 12 (5,12%).

В ранние годы в 2-х случаях при попытке катетеризации подключичной вены J-образный проводник оказывался во внутренней яремной вене со стороны пункции, что сопровождалось болевыми ощущениями в области уха.

Ввиду выраженной гипергидратации, с отеком легких и без нее, различной степени выраженности гипоксемии и гипоксической энцефалопатии, катетеризация центральной вены нередко осуществлялась в положении пациента ортопноэ. Квалифицированный реаниматолог, устанавливающий катетер, при этом зачастую располагался напротив пациента.

За 5 лет констатировано 42 (4,14%) осложнения неинфекционного генеза: 4 (0,39% от всех катетеризаций) случая пункции артерии, 2 (0,19%) случая кровотечения (ренальная анемия, гипокоагуляция) из области пункции и катетеризации центральной вены, стенозы ВПВ 11 (1,08%) случаев, 1 (0,01%) случай массивной гематомы области шеи слева, технические трудности при пункции и катетеризации 8 (0,87%) случаев, неудачные попытки 16 (1,57%) случаев.

С внедрением в нашу практику ультразвуковой локации сосудов шеи количество осложнений, связанных с идентификацией вены заметно снизилось: 12 (1,18%) случаев в 2017 г. против 3 (0,3%) случаев в 2021 г.

Частые катетеризации вен бассейна верхней полой вены (ВПВ), катетер ассоциированные инфекции приводят к стенозированию ВПВ. В последующем все попытки проведения проводника в ВПВ и далее в правое предсердие, а тем более и катетеризации бессмысленны. Решение проблемы на тот момент – это создание сосудистого доступа для гемодиализа через бедренную вену.

Выводы.

1. Поворот среза пункционной иглы в направлении нижней стенки вены позволил корректировать и обеспечить направление J-образного проводника в ВПВ. После пункции внутренней яремной вены поворот среза иглы в сторону, противоположную стороне пункции позволит избежать случайного прохождения J-образного проводника в подключичную вену.

2. Свободное, без особых усилий, атравматичное введение катетера в центральную вену по проводнику залог длительной работы катетера. Для этого необходимо достаточное расширение канала дилататором, а при необходимости расширение скальпелем входного отверстия канала. Иначе возможны: механическое повреждение катетера, повышение риска инфицирования послеоперационной раны, болевые ощущения, ограничивающие подвижность головы, шеи.

3. Внедрение в практику ультразвуковой локации сосудов шеи при катетеризации центральных вен в 4 раза сократило количество осложнений,

связанных с идентификацией вены. Одновременно это и профилактика послеоперационных кровотечений, немаловажную роль в возникновении которых играют присущие для этих больных ренальная анемия, тромбоцитопения, нарушения коагуляционных свойств крови.

4. У пациентов с тХПН с гиперволемией риск воздушной эмболии невелик. Наличие периферических отеков может быть обманчиво, оно может сопровождаться дефицитом объема циркулирующей крови и угрозой воздушной эмболии при доступе к центральной вене диализным катетером. Придание положения Тренделенбурга, предварительное заполнение просветов катетера изотоническим раствором хлорида натрия, искусственное создание пробки (влажная салфетка, прижатая к дистальному концу катетера до извлечения J-образного проводника из катетера), позволяют провести надежную профилактику этого грозного осложнения.

5. Клиника синдрома ВПВ является показанием для катетеризации бедренной вены, либо баллонной дилатации ВПВ с последующей катетеризацией вен бассейна ВПВ.

6. Отсутствие конгломерата артериальных и венозных сосудов верхней конечности наталкивает нас на установку в ближайшей перспективе перманентных катетеров.

КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХБП

Закиров Д.Ф., Дуржанова М.Х., Абдуллаева Х.А.

Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии и трансплантации почки, г.Ташкент.

Недостаточность питания (НП) у больных хронической болезнью почек (ХБП) является одной из важных и трудно решаемых на сегодняшний день проблем, которая ухудшает прогноз течения заболевания и оказывает неблагоприятное влияние на заболеваемость, смертность и летальность у этой группы пациентов.

Многочисленные исследования, касающиеся распространённости НП, посвящены в основном диагностике её у больных, получающих почечно-заместительную терапию (ПЗТ). По одним данным, она выявляется у 30-40% больных, по другим – у 60-80%. Причём, по мнению многих авторов, частота нарушений питания при лечении постоянным амбулаторным перитонеальным диализом (ПАПД) значительно выше, чем при лечении хроническим гемодиализом (ХГД).

По литературным данным 80% пациентов, находящихся на ПЗТ, имеют нарушения статуса питания (СП), из них у 11% наблюдается НП тяжёлой степени. В связи с этим, своевременная диагностика с последующей коррекцией нарушений СП позволит не только улучшить отдалённые результаты ПЗТ, но и снизить частоту диализных осложнений, требующих госпитализацию.

Пациенты имеют высокий риск недостаточности питания, обусловленной факторами, связанными с уреимией, при метаболическом ацидозе и протекающим одновременно с заболеванием, из-за нарушенного аппетита и перорального приёма пищи и потенциально неправильно ориентированных диетических режимов.

У пациентов с НП требуются специальные мероприятия, в частности применения парентерального питания растворами аминокислот (АК). Существует множество растворов аминокислот, среди которых наиболее сбалансированным является Нефротект.

Нефротект- специализированный раствор аминокислот для пациентов с почечной недостаточностью. 10% раствор АК для пациентов с нарушениями функции почек (острая и хроническая почечная недостаточность).

- Для парентерального питания
- Для быстрого восполнения потери АК при диализе.
- Содержит высокое количество незаменимых АК + гистидин и тирозин.
- Не содержит электролитов

Состав

- Общее содержание аминокислот 100г/л,
- Общее содержание азота 16,3 г/л

Теоретическая осмолярность 935 мОсм/л.

Количества и соотношения АК соответствуют характерным метаболическим изменениям при почечной недостаточности.

Высокое содержание незаменимых АК (56%) и условно незаменимых (18%) АК обеспечивает необходимый уровень синтеза белка.

И так, Нефротект обеспечивает адекватное и сбалансированное поступление АК пациентам с острой или хронической почечной недостаточностью, не получающих или получающих заместительную терапию.

Высокое содержание незаменимых и условно-заменимых АК позволяет обеспечить эффективный синтез белка.

Содержит сбалансированное количество заменимых АК, необходимых для пациентов с ОПН или ХПН.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ COVID-19 У БОЛЬНЫХ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Зуфаров А.К., Закиров Д.Ф., Азизов С.К.

*Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии
и трансплантации почки, г.Ташкент.*

В условиях пандемии COVID-19 больные с тХБП, получающие заместительную терапию гемодиализом (ГД), оказались в группе риска инфицирования в связи со спецификой лечения и иммунодефицитным состоянием, вызванным уреимией.

Целью настоящих исследований явились анализ заболеваемости, прогностически неблагоприятных факторов и исхода COVID-19 у ГД-пациентов.

Ретроспективное исследование выполнено на материале наблюдений 478 ГД-больных, находящихся на программном гемодиализе в РСНПМЦ нефрологии и трансплантации почки в период с 01.01.2021г. по 31.12.2021г. Возраст больных составил 45 ± 25 лет. Коронавирусная инфекция выявлена у 136 больных (25,5%). Диагноз COVID-19 был подтверждён путем идентификации РНК SARS-CoV-2, а также по характерным признакам МСКТ органов грудной клетки. Летальность составила 16,9% (23 из 136 больных). Сравнительный анализ показал, что больные с фатальным исходом были старше по возрасту (58 ± 20 лет), имели высокий индекс коморбидности и потребность в ИВЛ. У умерших больных более выраженными были анемия, гипоальбуминемия, тромбоцитопения и лейкоцитоз. 18 больных (13,2%) повторно заразились COVID-19 в течении года, что свидетельствует о низком иммунном ответе у больных с ХБП5 на гемодиализе.

Таким образом, у пациентов с ХБП5, получающих лечение гемодиализом, инфекция SARS-CoV-2 характеризуется тяжелым течением и высокой летальностью. Независимыми предикторами неблагоприятного исхода COVID-19 в этой популяции больных является высокий индекс коморбидности и потребность в ИВЛ.

ТЕХНОЛОГИЯ СОХРАНЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ЛЮДЕЙ С ХБП И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

**Иванов Д.Д., Кушниренко С.В., Мельник И.И.,
Ротова С.А., Навальная И.Н.**

*Национальный университет охраны здоровья имени П.Л.Шупика,
Киев, Украина*

Актуальность проблемы. Гиперурикемия является нередким симптомом, сопровождающим хроническую болезнь почек (ХБП). При этом повышение уровня мочевой кислоты может не иметь отчетливой клинической картины, позволяющей поставить сопутствующий/причинный диагноз ХБП.

Известно, что гиперурикемия повышает сердечно-сосудистые, урологические и ревматологические риски, и, очевидно, требует коррекции. В тоже время, повышение уровня мочевой кислоты увеличивает скорость клубочковой фильтрации, что может выступать адаптивным механизмом при ХБП.

В этой связи мнения о целесообразности и интенсивности гипоурикемической терапии остаются противоречивыми, в том числе и при ХБП.

Цель исследования: оценка влияния гиперурикемии при подагре, ХБП 1-4 стадий и обоснование целесообразности гипоурикемической терапии в зависимости от расчетной скорости клубочковой фильтрации (pСКФ).

Материалы и методы. Многоцентровое проспективное рандомизированное открытое инициативное в параллельных группах исследование The Impact of Urate-lowering therapy on kidney function (IMPULsKF), зарегистрированного в ClinicalTrials.gov (NCT03336203) проведено в Украине, его длительность составила 4 года. Первые 3.5 года до 2021 исследование выполнялось на бесплатной основе, с 2021 (3.5-4 год) – вошло в исследовательскую тему НУОЗ Украины имени П.Л.Шупика (номер госрегистрации 0121U100446).

Рандомизация проводилась методом случайных цифр. Параллельные группы составили: первая – люди с гиперурикемией и подагрой; вторая – люди с гиперурикемией без подагры, но с ХБП 1-4 стадий.

Характеристика групп представлена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика людей, вошедших в исследование

Показатель	Группа 1, n=81	Группа 2, n=80
Возраст, лет	52±2	54±2
Пол: м/д, % и абсолютное число	76% (62)/ 24% (29)	68% (54)/ 32% (26)
Урикемия более 480 мкмоль/л	100%	100%
Наличие заболевания, связанного с урикемией	Подагра	Отсутствие подагры, ХБП 1-4 стадий
рСКФ, мл/мин/1.73 м ²	87±3	67±6
Альбуминурия, мг/л	14±2	53±3

Критерии включения в исследование: пациенты обоих полов; старше 18 лет; наличие гиперурикемии более 480 мкмоль/л и подагры для первой группы и наличие ХБП 1-4 стадий без подагры для второй.

Критерии исключения: хроническая болезнь почек 5 ст.; сердечная недостаточность III-IV NYHA; АГ 3 ст.; инсулинозависимый сахарный диабет; непереносимость терапии аллопуринолом/фебуксостатом.

Дизайн исследования (рис 1.) основан на доказательной практике - РОЕМ - patient oriented evidence matters, предусматривающей поиск очевидного преимущества, которое возникает для человека при проведении ему коррекции гиперурикемии. Время наблюдения за одним пациентом – не менее 12 месяцев.

Методы исследования: клинические (анамнестические, физикальные), лабораторные общеклинические и биохимические, уровень экскреции альбумина в разовой порции мочи, скорость клубочковой фильтрации (рСКФ).

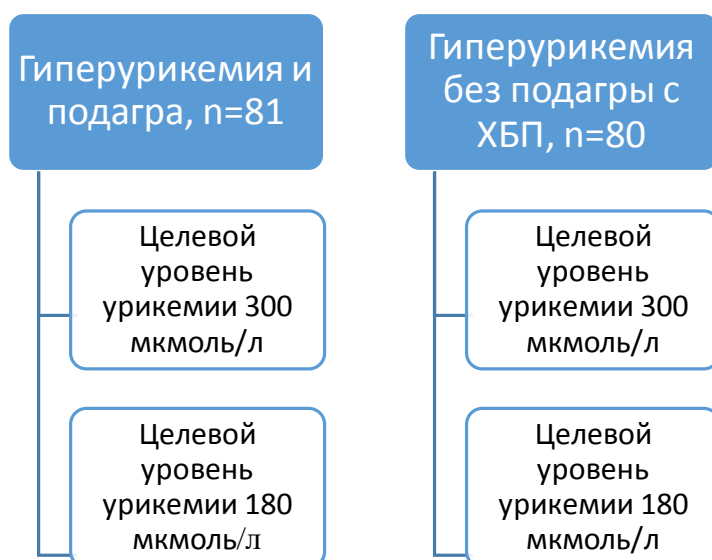


Рис. 1. Дизайн исследования

Лечебная интервенция: назначали фебуксостат один раз в сутки в дозе 40-80-120 мг или аллопуринол 100-300 мг в сутки до целевого снижения урикемии менее 300 мкмоль/л. Также все пациенты с ХБП получали ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы (иРАС) в качестве базовой ренопротекции и другие антигипертензивные препараты при необходимости в дозах, корригирующих систолическое давление до целевого значения менее 120 (130) мм рт ст., что предусмотрено рекомендациями KDIGO, 2021.

Исследование креатинина крови и урикемии проводили в сертифицированных лабораториях Украины. Нормальным уровнем мочевой кислоты считали выше 119 мкмоль/л согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2016). Расчет скорости клубочковой фильтрации проводился по формуле GFR-EPI (амбулаторно по app yourGFR). Оценка уровня АД проводилась на приеме врача (офисное АД) электронным тонометром.

Для статистического анализа результатов исследования использовали программу "Медицинская статистика", e-mail: medstatistic@list.ru.

Результаты

Анализ результатов лечения в первой группе пациентов (средняя длительность наблюдения 15 ± 1 месяца), имеющих подагру и гиперурикемию, показал, что целевого уровня менее 300 мкмоль/л (216 ± 12 мкмоль/л) достигли 64 человека (79%), средняя доза фебуксостата составила 102 ± 4 мг/сутки у 34 из них и аллопуринола 300 мг/сутки у оставшихся 30 пациентов. Количество атак подагры у них составило $2 \pm 0,6$ против $3 \pm 0,4$ в сравнении с анамнезом предыдущего года наблюдения (различия недостоверны, критическое значение t-критерия Стьюдента = 1.98, при уровне значимости $\alpha = 0,05$). рСКФ в течение срока наблюдения несколько улучшилась: с 87 ± 4 мл/мин/м² до 90 ± 4 мл/мин/м², альбуминурия не приобрела значимых диагностических значений.

17 пациентов с подагрой (21%) достигли целевого уровня менее 180 мкмоль/л (133 ± 9 мкмоль/л), средняя доза фебуксостата составила 111 ± 3 мг/сутки у 12 из них и аллопуринола 300 мг/сутки у оставшихся 5 пациентов. Количество атак подагры у них составило $2 \pm 0,1$ против $3 \pm 0,5$ в сравнении с анамнезом предыдущего года наблюдения (различия недостоверны, критическое значение t-критерия Стьюдента = 2.042, при уровне значимости $\alpha = 0,05$). рСКФ в течение срока наблюдения недостоверно улучшилась: с 86 ± 3 мл /мин/м² до 90 ± 3 мл/мин/м², альбуминурия не приобрела значимых диагностических значений.

Оценивая показатели в целом в группе, можно отметить, что жесткий контроль уровня мочевой кислоты привел к значимому снижению количества обострений подагры, некоторому улучшению функции почек и предотвратил развитие альбуминурии, хотя все эти изменения в оцениваемом промежутке времени и на данном количестве больных не были статистически значимыми. Количество людей без атак подагры увеличилось с 4 до 14 (RR 1,152, 95% CI от 1,029 до 1,289, NNT 8.0).

Анализ результатов лечения во второй группе пациентов (средняя длительность наблюдения 17 ± 2 месяца), имеющих ХБП и гиперурикемию без клинических проявлений подагры, показал, что целевого уровня менее 300 мкмоль/л (232 ± 11 мкмоль/л) достигли 65 человек (81%), средняя доза фебуксостата составила 112 ± 5 мг/сутки у 37 из них и аллопуринола 300 мг/сутки у оставшихся 23 пациентов. 15 пациентов (19%) достигли целевого уровня менее 180 мкмоль/л (143 ± 8 мкмоль/л), средняя доза фебуксостата составила 109 ± 3 мг/сутки у 13 из них и аллопуринола 300 мг/сутки у оставшихся 2 пациентов.

рСКФ в течение срока наблюдения улучшилась при ХБП 1-2 (n=31) с 78 ± 2 мл/мин/м² до 84 ± 2 мл/мин/м² (значение t-критерия Стьюдента: 2.12, различия статистически значимы ($p=0.038106$), практически не изменилась при ХБП 3 стадии (n=29) и ухудшилась при ХБП 4 (n=20) с 27 ± 1 до 22 ± 1 мл/мин/м² (n=20) - значение t-критерия Стьюдента: 3.54, различия статистически значимы ($p=0.001114$).

Аналогичная динамика наблюдалась по уровню альбуминурии, которая снизилась с 39 ± 3 мг/ммоль до 21 ± 2 мг/ммоль при ХБП 1-2 (значение t-критерия Стьюдента: 4.99, различия статистически значимы ($p=0.000006$), практически не изменилось при ХБП 3 и ухудшилась при ХБП 4 стадии со 180 ± 8 мг/ммоль до 269 ± 9 мг/ммоль (значение t-критерия Стьюдента: 7.39, различия статистически значимы ($p=0.001$).

Таким образом, в группе ХБП имеет место U-образная зависимость от коррекции гиперурикемии: при рСКФ более 60 мл/мин/м² нормализация мочевой кислоты способствует дальнейшему сохранению функции почек, при ХБП 3 стадии – нейтральна, а при ХБП 4 стадии усугубляет дальнейшее снижение функции. Вероятно, при нормальной функции почек гиперурикемия способствует снижению функции, а при низкой функции почек гиперурикемия носит компенсаторный характер. Механизм этого влияния имеет гемодина-

мическую составляющую, что продемонстрировано по динамике альбуминурии.

При снижении урикемии ниже 180 мкмоль/л отмечено 3 случая полинейропатии, имеющие обратное развитие после уменьшения дозы фебуксостата.

Выводы.

1. Снижение уровня мочевой кислоты у людей с подагрой ниже 300 мкмоль/л с помощью фебуксостата или аллопуринола позволяет уменьшить риски развития приступов подагры и, возможно, предупреждает раннее снижение функции почек.

2. При ХБП снижение мочевой кислоты ниже 300 мкмоль/л имеет неоднозначный эффект: при рСКФ более 60 мл/мин/м² можно говорить о защитной для функции почек терапии фебуксостатом/аллопуринолом, при рСКФ менее 30 мл/мин/м² снижение гиперурикемии теряет смысл или становится негативным для функции почек.

ДИНАМИКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХБП И ФП НА ФОНЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С., Турсунбаев Р.С., Саидов Ш.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) значительно увеличивает риск развития терминальной стадии хронической болезни почек (ХБП). Следует также иметь в виду, что по мере ухудшения функции почек возрастает риск прогрессирования ФП и ее осложнений. Различные исследования показали превосходство новых пероральных антикоагулянтов (НОАК) над антагонистами витамина К (АВК) при ХБП 1-3 стадии. Пациенты с ХБП 4-5 стадии не были включены во многие из этих исследований из-за высокого риска нарушения функции почек и различных осложнений. Клинические данные о применении НОАК у этой группы больных ограничены, что определяет актуальность проведения исследований по сравнению с АВК.

Цель. Целью нашего исследования явилось наблюдение за динамикой функции почек у пациентов с ХБП и ФП на фоне антикоагулянтной терапии.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 106 пациентов, из них 73 пациента принимали ривароксабан (в дозе 15 мг/сут) и 33 пациента принимали варфарин (доза подбиралась индивидуально в соответствии с МНО). Продолжительность обучения 18 месяцев. У всех больных определяли уровень креатинина в плазме крови, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) проводили по формуле СКД-ЕРІ, а также клиренса креатинина (КК) по формуле Кокрофта-Гольта. Для оценки динамики изменения уровня креатинина и СКФ во времени для каждой группы были построены линейные смешанные модели. В качестве фиксированных эффектов

были выбраны время в месяцах и принимаемый антикоагулянт (ривароксабан или варфарин).

Результаты. В ходе исследования отмечено достоверное улучшение динамики креатинина и СКФ в группе ривароксабана по сравнению с группой варфарина. При рассмотрении линейной модели уровня креатинина коэффициент взаимодействия время*препарат составляет -1,3, СКФ по формуле СКД-ЕРІ 0,21, КК 0,20 ($p < 0,001$). Если у больных, получавших ривароксабан, наблюдалось повышение СКФ и снижение уровня креатинина, то у больных, принимавших варфарин, напротив, наблюдалась противоположная динамика показателей функции почек. Динамика уровня креатинина в течение 18 мес. в группе ривароксабана снизилась со 195 мкмоль/л до 180 мкмоль/л, а в группе варфарина с 203 мкмоль/л увеличилась до 221 мкмоль/л в среднем ($p < 0,001$). Динамика СКФ по формуле ХБП-ЭПИ в группе НОАК в среднем от 23,0 мл/мин/1,73м² до 25,5 мл/мин/1,73м², КК по формуле Кокрофта-Гольта от 27,0 мл/мин до 31,0 мл/мин. Эти показатели в группе АВК в среднем были равны от 22,0 мл/мин/1,73м² до 20,0 мл/мин/1,73м² (СКФ), от 25,0 мл/мин до 23,0 мл/мин (КК). Следует отметить, что в ходе исследования переход из 4-й стадии ХБП в 3-ю стадию был зафиксирован у 32 (43,8%) больных в группе ривароксабана и у 11 (33,3%) больных в группе варфарина ($p = 0,26$). Но также имел место переход 4 больных (3,8%) в 5-ю стадию.

Выводы. Прием ривароксабана сопровождался улучшением функции почек, что может свидетельствовать о нефропротекторном действии препарата. Для оценки почечной функции у пациентов с ФП предпочтительнее использовать формулу СКД-ЕРІ. Эти исследования указывают на благоприятный профиль безопасности ривароксабана по сравнению с варфарином у пациентов с ХБП 4 стадии и ФП.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НОАК СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ХБП 4 СТАДИИ И ФП

**Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С.,
Каримджанова Г.А., Баходирова А.А.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ренокардиальное коморбидное состояние с сочетанием хронической болезни почек (ХБП) и фибрилляции предсердий (ФП) увеличивает риск тромбоэмболических осложнений (ТЭО) и геморрагических явлений. По мере ухудшения функции почек этот риск только возрастает. Антикоагулянтная терапия является стандартом профилактики острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) при ФП. Клинические данные о применении новых пероральных антикоагулянтов (НОАК) у больных с ХБП и ФП очень ограничены, что указывает на актуальность исследований.

Цель. Анализ показателей безопасности и эффективности ривароксабана у пациентов с ХБП 4 стадии в сочетании с ФП.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 106 пациентов со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) 15-29 мл/мин/1,73 м² и ФП. 73 пациента принимали ривароксабан в дозе 15 мг/сут и 33 пациента принимали варфарин, доза которого подбиралась индивидуально в зависимости от значений МНО. Средний период наблюдения составил 18 месяцев. Тромбоэмболические осложнения были первичной конечной точкой. Вторичной конечной точкой является развитие геморрагических явлений (больших и малых кровотечений).

Результаты. В группе ривароксабана средний балл по шкале CHA₂DS₂-VASc составил 4,9, балл по шкале HAS-BLED — 3,2, а в группе варфарина — 4,5 и 3,1 соответственно. Частота инсульта в группе ривароксабана наблюдалась у 1 пациента (1,37%), а в группе варфарина у 2 пациентов (6,06%). Результаты исследования первичной конечной точки свидетельствуют о том, что показатели в обеих группах значимо не различались ($p=0,24$). Частота геморрагических явлений, таких как небольшие кровотечения, в группе ривароксабана по шкале BARC составила $n=31$ (42,5%) и $n=24$ (72,7%) в группе варфарина ($p<0,01$). Этот показатель по шкале ISTH составляет $n=27$ (36,9%) и $n=21$ (63,6%) соответственно. Большие кровотечения наблюдались в группе ривароксабана $n=2$ (2,74%) и в группе варфарина $n=2$ (6,06%) по шкалам BARC и ISTH ($p=0,31$). Геморрагические явления значительно чаще встречались в группе варфарина по сравнению с группой ривароксабана.

Выводы. Данные, полученные в этом исследовании, указывают на более благоприятный профиль безопасности НОАК (ривароксабана) по сравнению с антагонистом витамина К у пациентов с ХБП 4 стадии в сочетании с ФП.

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ РИВАРОКСАБАНА У ПАЦИЕНТОВ С ХБП ПЕРЕНАЛЬНОЙ СТАДИИ ПРИ ФП

Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С., Каримджанова Г.А., Шарипова А.У.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Антикоагулянтная терапия является стандартом профилактики тромбоэмболических осложнений (ТЭО) и, в первую очередь, острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) при мерцательной аритмии (ФП). Сочетание запущенной хронической болезни почек (ХБП) и ФП приводит к еще большему увеличению риска ТЭО, но также является фактором риска различных кровотечений. Клинические данные о применении новых пероральных антикоагулянтов (НОАК) у этой группы больных ограничены, что определяет актуальность исследований по сравнению с антагонистами витамина К.

Цель. Оценка показателей безопасности и эффективности ривароксабана у пациентов с ХБП 4 стадии

Материалы и методы. В исследование включены 110 пациентов нефрологического отделения со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) 15-29 мл/мин/1,73м² и наличием ФП. Больные были разделены на 2 группы: 75 пациентов принимали ривароксабан в дозе 15 мг/сутки и 35 пациентов принимали варфарин, доза которого подбиралась индивидуально в соответствии с международным нормализованным отношением. Средний период наблюдения составляет 12 месяцев. Первичной конечной точкой были большие и малые кровотечения. Вторичной конечной точкой является развитие ОНМК.

Результаты. В группе ривароксабана средний балл по шкале CHA2DS2 VASc составил 4,7, по шкале HAS BLED 3,0, а в группе варфарина — 4,5 и 3,1 соответственно. Среди пациентов, принимавших варфарин, достоверно чаще встречались кровотечения. Частота малых кровотечений в группе ривароксабана по шкале BARC составила n=32 (42,6%) и n=24 (68,6%) в группе варфарина (p<0,01). Этот показатель по шкале ISTH в группе ривароксабана n=28 (37,3%) и в группе варфарина n=22 (62,9%) (p<0,01). Большие кровотечения наблюдались в группе ривароксабана n=2 (2,66%), а в группе варфарина n=3 (8,57%) по шкалам BARC и ISTH (p=0,32). Частота инсульта в обеих группах достоверно не различалась (n=1 (1,3%) в группе ривароксабана и n=2 (5,7%) в группе варфарина (p=0,25)).

Выводы. Это исследование свидетельствует о более благоприятном профиле безопасности ривароксабана по сравнению с варфарином у пациентов с ФП и прогрессирующей ХБП.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ И-Ш БОСҚИЧИ КЛИМАКТЕРИК ДАВРДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАРНИ КОРРЕКЦИЯ ҚИЛИШ

Исиргапова С.Н.

*Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон
Республика нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт
маркази. Тошкент. Ўзбекистон*

Муаммонинг долзарблиги: Сурункали буйрак касаллигини (СБК) И-Ш босқичида климактерик даврдаги аёлларда гормонал ўзгаришлар ҳисобига кузатиладиган вазомотор симптомлар, уйқунинг бузилиши, стрессларга турғунликни сусайиши, урогенитал ўзгаришлар, остеопороз ва гипомагнемия ҳолатлари кучли намоён бўлади. Юқорида айтиб ўтилган омилларнинг барчаси аёлларнинг климактерик даврини ўтишини оғирлаштириши мумкин. Ташқи омиллар таъсирида аёл организмида психовегетатив ўзгаришлар ривожланишига олиб келади. СБК И-Ш босқичида психовегетатив ўзгаришларни даволаш ва аёл ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида магний терапия ва ўрин босувчи гормонал терапия қўлланилади. Касалликни эстероген дефицити билан боғлиқ бўлган симптомларини даволашда

менопаузал гормонал терапия (МГТ) ни қўллаш муҳим ўрин тутди. Аёлларда климактерик даврда СБК кечиши ва ҳаёт сифатини ёмонлаши ҳозирги замонавий тиббиётнинг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Климактерик ёшдаги СБК II-III босқичида электролитлар камайиши, жумладан, магний ва кальций миқдорини камайиши турли соматик касалликлар, яъни юрак ишемик касаллиги, остеопороз ва кон-томир патологиясини кучайиши ва ўлим кўрсаткичининг ортиб боришига олиб келади.

Тадқиқотнинг мақсади. Климактерик ёшдаги СБК II-III босқичидаги беморларда фитоэстерогенларни ҳаёт сифатига таъсир самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари. Текширув ишлари объекти сифатида ГТА кўп тармоқли клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган нодиабетик этиологияли СБК II-III босқичи билан асоратланган беморлар олинган. Умумий беморлар сони 110 тани ташкил этади. Улар шартли икки гуруҳга бўлиниб 1 гуруҳ (А гуруҳ) 60 та беморни ўз ичига олди ва ушбу беморларга анъанавий даво билан бирга фитоэстероген Эвалар 4 мг/сут миқдорда берилди. 1 гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $46,0 \pm 1,45$ ёшни ташкил этди. 2 гуруҳимиз эса (В гуруҳ) 50 та беморни ўз ичига олди ва бу беморларга анъанавий даво тавсия этилди. Бу гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $48,3 \pm 1,65$ ёшга тенг бўлди. Барча беморларда давонинг 1 кунини ва давондан кейин давонинг 30 кунини ҳаёт сифатини баҳолаш мақсадида SF-36 сўровномаси ва қонда магний, кальций микроэлементларини ўзгаришини баҳолаш билан аниқланди.

Олинган натижалар:

Кузатувлар натижасида куйидаги ўзгаришлар кузатилди. 1 гуруҳимиздаги беморларда даволашдан олдин ҳаёт сифати (ХС) кўрсаткичини баҳолаганимизда барча 8 та шкала бўйича паст кўрсаткичлар олинди. Қондаги магний кўрсаткичи $0,65 \pm 0,25$ ммол/л, кальций $1,98 \pm 0,65$ ммол/л ни ташкил этган бўлса, давонинг 30 кунини ХС даги жисмоний фаолият, рухий ҳолат, соғлиқни умумий ҳолати кўрсаткичлари яхшиланиб, оғриқ интенсивлиги даволашдан олдинги кўрсаткичга нисбатан нисбий камайиши кузатилди. Қондаги магний $0,95 \pm 1,05$ ммол/л, кальций $2,05 \pm 0,85$ ммол/л ни ташкил этди. Ушбу гуруҳимизда даволаш давомида ўзгаришлар ишончли даражада бўлди. 2 гуруҳимиздаги беморларда ҳам даволаш давомида ҳаёт сифати (ХС) кўрсаткичини баҳолаганимизда барча 8 та шкала бўйича паст кўрсаткичлар олинди. Қондаги магний кўрсаткичи $0,55 \pm 0,45$ ммол/л, кальций $1,88 \pm 0,55$ ммол/л ни ташкил этган бўлса, давонинг 30 кунини ХС даги жисмоний фаолият, рухий ҳолат кўрсаткичлари яхшиланиб, оғриқ интенсивлиги камайиши ишончсиз даража ижобий томонга ўзгарганини кузатилди. Ушбу гуруҳимизда қондаги магний $0,85 \pm 0,65$ ммол/л, кальций $2,02 \pm 0,55$ ммол/л ни ташкил этди. Текширувлар шуни кўрсатдики иккала гуруҳимизда ҳам даволаш давомида ХС да ижобий ўзгаришларга эга бўлди. Қондаги магний ва кальций миқдорлари орасидаги фарқ бир-бирига нисбатан яқин бўлди.

Олинган натижалардан кўриниб турибдики, иккала гуруҳимизда ҳам ижобий натижаларга эришилди, аммо фитоэстероген қабул қилган биринчи гуруҳимизда олинган натижалар, иккинчи стандарт даво олган гуруҳимизникига нисбатан яхшироқ натижа кузатилди.

Хулоса:

1. Климактерик ёшдаги СБК II-III босқичи билан касалланган беморларда ҳаёт сифати шкалаларида ўзгаришлар кузатилиши бу қондаги магний ва кальций миқдори камайиши билан боғлиқлиги кузатилди. Бу эса буйракларнинг функционал ҳолатининг пасайишини тезлашишига олиб келади.

2. Климактерик ёшдаги аёлларга стандарт давога фитоэстерогенлар қўшиш билан даво самарадорлигини ошишига эришиш мумкинлиги кузатилди.

3. Изланишимиз натижасига кўра шуни айтишимиз мумкинки, климактерик ёшдаги СБК II-III босқичидаги беморларга анъанавий давога фитоэстероген даво сифатида “Эвалар” дори воситасини қўшиш билан касаллик авж олишини пасайишига ва беморлар ҳаёт сифатини яхшиланишига эришишимиз мумкин.

ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ХБП У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Исламова М.С., Сабиров М.А., Даминова К.М.

Ташкентская медицинская академия, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ожирение – это гетерогенная группа наследственных и приобретенных заболеваний, связанных с избыточным накоплением жировой ткани в организме. Ожирение относится к многофакторным заболеваниям, возникающим в результате определенного взаимодействия генетических и негенетических причин. Роль “наследственности” в развитии ожирения доказывается разной частотой встречаемости данного заболевания в различных этнических группах. При семейных заболеваниях повторяемость той или иной патологии у членов семьи обычно является результатом влияния внешней среды. Термином «семейный» пользуются также и в тех случаях, когда неизвестно, является ли заболевание генетически детерминированным или оно обусловлено другими причинами. Генеалогический анализ родословных служит основой для проведения медико-генетического консультирования, то есть решения вопроса о риске рождения больных в семье, отягощенных наследственными заболеваниями. Учитывая гетерогенность заболевания, в нашей работе мы изучали

Целью работы: изучить генеалогический анализ хронической болезни почек среди родословных больных с ожирением.

Материалы и методы. В исследовании обследовано 110 пациентов - пробандов с диагнозом Ожирение алиментарно-конституционального типа, осложненное хронической болезнью почек (ХБП) – I группа. II группа – это 55 исследуемых с ожирением без ХБП. Все больные аналогичного возраста от 20 до 50 лет преимущественно узбекской национальности. Группа контроля составили 20 здоровых людей узбекской национальности без ожирения и без проявлений хронической болезни почек.

При составлении родословных пользовались специальными символами. Составление родословных таблиц осуществляли в несколько этапов. Прежде всего, составляли так называемую «легенду», с помощью первичного сбора семейного анамнеза. После составления родословной проводился генеалогический анализ. В литературе есть данные по генеалогическому анализу различных признаков, таких как сахарный диабет, гипертонической болезни, нефропатии, но нами не обнаружено данных по исследованию ожирения и его связи с ХБП в нашем регионе, что стало предпосылкой для данного исследования.

Результаты. Генеалогическим методом обследованы родственники I степени родства (родители, сибсы) пациентов с ожирением. Составлялась подробная родословная, куда входили сведения о заболеваниях в 2-3 поколениях семьи. Генетический материал собирался по обеим родительским линиям путём перекрёстного опроса обоих родителей, иногда бабушек и дедушек. Из исследования исключены лица с первичным диабетическим поражением почек и тяжёлыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В первой группе ожирение у матерей представлено 23 случая, что составило 41,81 %, ожирение с ХБП в 5 случаях, что составило 9,09 %, а у пациентов второй группы 31(56%) и 2(3,63%) случая соответственно. У отцовожирение у 28 (50,9%) человек, ожирение с ХБП в одном случае, что составило 1,81 %, во второй же группе ожирение у 21(38,18%), а ожирение с ХБП у отцов не отмечалось. У бабушек первой группы ожирение составило 16 случаев (14,54%), а ожирение с ХБП 13(2,72%). Во второй группе пациентов ожирение у бабушек составили 26 случаев, что составило 23,63%, ожирение с ХБП 2 (1,81%) случая. У дедушек ожирение в первой группе встречается у 19 больных (17,27%), ожирение с ХБП у 5 (4,54%), во второй группе этот показатель составил 25(22,72%) и 2 (1,81%) соответственно. Больные родственники со стороны матери в первой группе ожирения составили 61(18,37%), ожирение с ХБП 9 случаев (2,71%), со стороны отца в первой группы отмечается 92 случая, что составило 25,69%, а ожирение с ХБП 9 (2,51%) случаев. Во второй группе у родственников со стороны матери заболеваемость составила 88 (24,04%) случаев, а ожирение с ХБП 3(0,81%), со стороны отца этот показатель составил 85 (23,03%), а пациенты с ожирением и ХБП 6 случаев, что составило 1,62 %.

Всего число людей, перенесших ожирение в первой группесоставило 256 случаев (37,10%); ожирение с ХБП 40 случаев (5,79%), во второй группе 299 случаев, что составило 33,90%, а ожирение с ХБП составило 11 случаев - 1,24%.

Интерес, на наш взгляд, представляет выявленная нами отягощенность в родословной у больных ожирением.

Таким образом, ожирение и ассоциированное с ожирением ХБП можно рассматривать как имеющий наследственное предрасположение, что сближает их с полигенными заболеваниями. Гипотеза полигенности хорошо объясняет, почему в семьях с большим количеством пораженных членов, ожирение с нефропатией протекает тяжело, и имеет склонность к хронизации процесса. Важнейшим методом предупреждения тяжелых генетически детерминированных заболеваний остается медико-генетическое консультирование.

В данном исследовании генеалогический анализ в группе ожирения осложненного ХБП, выявил высокий удельный вес ХБП в семьях, независимо от характера течения, по сравнению с ожирением без ХБП. Причём, наследственная отягощенность была одинаковой как со стороны матери, так и отцовской линии. Убывание частоты ХБП и ожирения у родственников с отдалением степени родства от пробанда может указывать на мультифакториальную природу заболевания. Риск возникновения заболевания был выше в тех случаях, когда нефропатию перенес отец или мать пробанда.

Выводы. При проведении генеалогического анализа родословных больных с ожирением установлена встречаемость ожирения в первой группе (с ХБП) в 3,2 раза чаще, а во второй группе (без ХБП) в 2,7 раз чаще по сравнению с общей популяцией здоровых, почечной патологии чаще в группе больных ожирения с хронической болезнью почек (5,79%), чем в группе ожирения без хронической болезни почек (1,24%), что к общей популяции составило соответственно 1,3% и 0,5%. Т.к. генеалогический анализ родословных позволяет изучить характер распределения наследственных признаков в семье следует рекомендовать его широкое применение для ранней диагностики и профилактики прогрессирования ХБП у больных с ожирением.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ЛЕПТИНА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Исламова М. С., Даминова К. М.

Ташкентская медицинская академия, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Почки, как и сердечно-сосудистая система, одни из первых и главных органов-мишеней, наиболее уязвимых при ожирении, т.к. одни из первых берут на себя функцию коррекции метаболизма при нарастающем избытке жира в организме. Поэтому пациентов, имеющих избыточное жиротложение, необходимо рассматривать как группу с очень высоким риском развития хронической болезни почек (ХБП). Ряд популяционных

исследований доказывают значение ожирения в качестве фактора риска стойкого ухудшения почечной функции у лиц, исходно не страдающих хроническими болезнями почек. Висцеральная жировая ткань синтезирует большое количество гормонов и биологически активных веществ – адипоцитокинов, обладающих эндокринным, паракринным, аутокринным и провоспалительным действием. В результате воздействия адипоцитокинов запускается ряд патологических процессов: воспаление, оксидативный стресс, нарушение метаболизма липидов, активация ренин-ангиотензиновой системы, увеличение продукции инсулина и формирование инсулинорезистентности. Лептин – гормон жировой ткани, регулирующий пищевое поведение и участвующий в формировании чувства насыщения. У больных ожирением развивается резистентность к лептину, сопровождающаяся его гиперпродукцией. Предполагают, что лептин оказывает прямое повреждающее действие на структуру и функцию почек.

Целью исследования явилось изучить особенности взаимосвязи лептина с функциональным состоянием почек у больных с ожирением в условиях первичного звена здравоохранения.

Материал и методы исследования. Во время исследования изучено 110 больных с установленным диагнозом ожирение, в возрасте от 18 до 50 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты с АО и ХБП (55 больных; средний возраст $41 \pm 6,93$ года), 2 группа – больные с АО (55 человек; средний возраст $40,1 \pm 5,66$ года), и контрольная группа – (20 человек; средний возраст $40,3 \pm 3,23$ года). Всем пациентам проводился клинический осмотр с измерением окружности талии (ОТ), роста, массы тела с расчетом индекса массы тела (ИМТ), индекса висцерального ожирения, измерение артериального давления (АД). Исследуемые в присутствии врача заполняли специально разработанную анкету, которая включала в себя блоки вопросов о наследственном анамнезе, вредных привычках, наличии сопутствующих заболеваний, приеме лекарственных средств.

Лабораторное исследование включало: измерение уровня гликемии натощак, общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (Хс-ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (Хс-ЛПВП), триглицеридов, уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) крови с расчетом индекса НОМА-IR, концентрацию лептина (набор «Diagnostics Biochem Canada Inc», Канада. Индекс висцерального ожирения (ИВО) рассчитывали по формуле:

Мужчины: $ИВО = (ОТ/39,68 + (1,88 \times ИМТ)) \times (ТГ / 1,03) \times (1,31 / ЛПВП)$.

Женщины: $ИВО = (ОТ/39,58 + (1,89 \times ИМТ)) \times (ТГ / 0,81) \times (1,52 / ЛПВП)$.

Структурно-функциональное состояние почек оценивалось с помощью общего анализа мочи, определения уровня альбумина мочи в утренней порции. Статистическая обработка выполнялась с использованием компьютерной программы MS Excel, в которую вводились формулы расчетов диапазонов значений исследуемых показателей в группах наблюдений, принятые в медико-биологической статистике.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов первой группы составил $41 \pm 6,93$ год, во второй группе $40,1 \pm 5,66$, этот же показатель в контрольной группе $40,3 \pm 3,23$. С учетом критериев формирования групп пациенты с ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²) поделены на 1 и 2 группы. Индекс массы тела, наибольший среди исследуемых, отмечен в первой группе $33,1 \pm 0,37$ кг/м², во 2й группе $31,7 \pm 0,18$ кг/м², а среди здоровых добровольцев составил $22,6 \pm 0,18$ кг/м².

ИВО в первой группе составил $14,4 \pm 1,29$, во второй группе $10,1 \pm 0,87$, в группе контроля $5,9 \pm 0,50$. Средние значения САД и ДАД отображены в таблице 1, были выше в групп 1 по сравнению с группой 2 и контрольной группой. У пациентов двух групп оказались выше уровни глюкозы, ОХС, ХС-ЛПНП и ТГ по сравнению с контрольной группой, при этом наиболее высокие показатели отмечены в группе 1. Среди пациентов группы 1 выявлены наиболее высокие ИРИ и индекса НОМА-IR, характеризующего инсулинорезистентность. Концентрация альбумина в утренней порции мочи оказалась наиболее высокой среди пациентов группы 1 по сравнению с другими группами. СКФ, рассчитанная по формуле СКД-ЕРІ, также оказалась ниже в группах 1 и 2 по сравнению с контрольной.

Концентрация лептина оказалась выше в группах 1 и 2 (в группе 1 $-20,12; 5,9$ нг/мл) по сравнению с контрольной группой ($5,2$ нг/мл), $p_{к-2,3} < 0,001$). Величина СКФ по формуле СКД-ЕРІ имела статистически значимые отрицательные корреляционные связи с возрастом ($r = -0,610; p < 0,001$), ХС-ЛПНП ($r = -0,309; p < 0,001$), концентрацией лептина ($r = -0,502; p < 0,001$).

Вызывает затруднение интерпретация положительной связи между величиной окружности талии и скоростью клубочковой фильтрации. Возможно, в данной возрастной группе до определенного этапа развитие абдоминального ожирения может быть связано с рядом адаптивных реакций (например, на хроническую стимуляцию симпато-адреналовой системы и, как следствие, замедление стресс-индуцированной нефропатии). Необходимо также отметить, что уровни САД и ДАД в исследуемой популяции имели менее значимый коэффициент и не оказывали существенного влияния на общие характеристики модели в целом.

Выводы. У пациентов с абдоминальным ожирением выявлены лабораторные маркеры дислипидемии и повышение уровня лептина в сравнении с контрольной группой, сопоставимой по возрасту. Следует отметить, что наиболее значительные патологические сдвиги на фоне инсулинорезистентности наблюдаются при сочетании артериальной гипертензии и абдоминального ожирения. При наличии абдоминального ожирения без артериальной гипертензии чаще выявляется поражение почек в виде альбуминурии и снижения скорости клубочковой фильтрации. Следовательно, у пациентов в возрасте от 18 до 50 лет снижение скорости клубочковой фильтрации независимо связано с возрастом, окружностью талии, уровнем общего холестерина и концентрацией лептина.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАЛИЗА И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Ишонкулова Б.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Диализ и трансплантация почки — это решение тяжелых почечных проблем, такие как почечная недостаточность, 5 стадии хронического заболевания почек и терминальной стадии почечной болезни и другие состояния. Самый эффективный путь спасения жизни человека, когда почки не справляются осуществить свою функцию. Когда почки перестают эффективно работать, в крови накапливаются продукты жизнедеятельности организма, электролиты (калий, фосфор и кислоты) и жидкость, который является лишним для организма. Диализ очищает почек от жидкости и продуктов жизнедеятельности. А трансплантация почки берет даже более полно взять на себя функцию отказавшей почки, но это чревато осложнениями. Решение актуальных проблем диализа и трансплантации, облегчает и продлевает жизнь больным. Начать проведения трансплантацию почки или начать диализ до того, как болезнь почек разовьется до такой степени, что уменьшает риск возникновения опасных для жизни осложнений. Обычно это занимает много времени, после того, как заболевание почек впервые обнаружено, хотя иногда тяжелая почечная недостаточность впервые обнаруживается у людей, о которых ранее не было известно, что у них есть заболевание почек. Ранняя диагностика почечных заболеваний и своевременное обращение на такие симптомы, как боль, повышение температуры, отечность, сердечные патологии, тошнота, потеря аппетита, упадок сил, рвота, трудности с концентрацией внимания и другие, помогает начать лечение и очищение организма от токсичных веществ продлевает количество и качество жизни пациентов. Трансплантация почки считается методом выбора для многих людей с тяжелой хронической болезнью почек, поскольку качество жизни и продолжительность жизни часто лучше, чем у людей, получающих диализ. Однако органов, доступных для донорства немного. Трансплантация почки является методом выбора лечение для пациентов с терминальной стадией заболевания почек. Успешная трансплантация почки может улучшить качество вашей жизни и снизить риск смерти. Кроме того, людям, перенесшим трансплантацию почки, не требуется многочасовое диализное лечение. В идеале пациенты, которые имеют право на пересадку почки, делают это до начала диализа. Факторы, влияющие на пригодность для трансплантации, включают: согласие с идеей трансплантации и принятие связанных с этим рисков, общее хорошее физическое здоровье, кроме почечной недостаточности, готовность к испытаниям и эксплуатации, готовность принимать лекарства против отторжения на протяжении всей жизни.

Существует два типа диализа: гемодиализ и перитонеальный диализ. Диализ требует много времени для проведения и срок длительный между диализами. Это отрицательно влияет на организм в целом. При гемодиализе кровь прокачивается через диализный аппарат для удаления продуктов жизнедеятельности и избыточной жидкости. Вы подключаетесь к диализному аппарату с помощью созданного хирургическим путем пути, называемого

сосудистым доступом, также известного как фистула или трансплантат. Иногда для гемодиализа используют катетер, вставленный в крупную вену на шее, хотя лучше использовать фистулу или трансплантат. Это позволяет крови удаляться из организма, циркулировать через аппарат для диализа, а затем возвращаться в организм. Когда это делается в центре, это чаще всего делается три раза в неделю и занимает от трех до пяти часов за сеанс, и это актуальная проблема современности. Гемодиализ требует постороннего присмотра, и это один из недостатков. Низкое кровяное давление во время лечения является наиболее частым осложнением гемодиализа и может сопровождаться головокружением, одышкой, спазмами в животе, тошнотой или рвотой. Лечение и профилактические меры доступны для этих потенциальных проблем. Кроме того, доступ может вызвать инфекцию кровотока или закупориться, и для его открытия потребуются хирургическое вмешательство или другие процедуры. Гемодиализ предполагает быстрые изменения баланса жидкости в организме и не переносится некоторыми пациентами. Некоторые пациенты не являются подходящими кандидатами для трансплантации почки, в то время как у других может не быть домашней поддержки или возможностей, необходимых для проведения перитонеального диализа. Общее состояние здоровья, личные предпочтения и домашняя ситуация пациента являются одними из многих факторов, которые следует учитывать.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Кадирова Г.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Хронический пиелонефрит относится к числу наиболее распространенных заболеваний, в частности рецидивирующим и особенно латентным течением, большим числом осложнений, приводящих к временной утрате трудоспособности, инвалидности.

Наряду с высокой распространенностью, необходимо отметить широкую встречаемость среди женского населения. А также частое развитие резистентности микроорганизмов к антибактериальным препаратам – эта одна из главных проблем в лечении данной патологии. В связи с чем, проблема лечения больных хроническим пиелонефритом остается одной из актуальных в области внутренних болезней.

Цель исследования. Изучение эффективности применения медицинского озона в комплексе с антибактериальной терапией на показатели иммунных нарушений хронического пиелонефрита среди беременных женщин.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 38 больных с ХП. Всем больным проведено обследование, включающее кли-

нические, лабораторно-инструментальные методы исследования. Лабораторные методы включали обязательное проведение общего анализа крови, мочи, определения протеинурии, бактериурии, биохимические анализы крови (мочевина, креатинин). Всем больным проводилось ультразвуковое обследование почек. Рентгенологическое обследование проводилось при наличии показаний.

Результаты исследования. Среди обследованных больных были 11 мужчин и 32 женщины в возрасте от 18 до 45 лет, средний возраст $31,2 \pm 4,1$. Диагноз был верифицирован на основании клинико-лабораторно-инструментальных данных. Пациенты были разделены на две группы: основная – 27 больных, которым наряду с антибактериальными препаратами был подключен препарат из группы нитрофуранов – фурамаг в дозе по 50 мг 3 раза в день, в течении 10 дней. В группу сравнения входили 16 больных, которым проводилось лечение антибактериальными препаратами в рекомендуемых дозах. Всем больным назначали фитопрепараты с целью ощелачивания мочи.

Клинические показатели, жалобы, данные объективного статуса и лабораторные изменения оценивались в динамике. У всех больных в период обострения отмечались дизурия, боли в пояснице, повышение температуры, массивная лейкоцитурия, бактериурия, а также ультразвуковые изменения, характерные для хронического воспалительного процесса в почках.

Анализ клинико-лабораторной эффективности лечения показал, что в обеих группах отмечается почти одинаковое клиническое улучшение общего состояния больных. Так, боль в поясничной области уменьшалась на 96,29% и 93,75%, соответственно, как в основной, так и в группе сравнения. Такие показатели, как дизурия, повышение температуры тела уменьшились на 97%, 96,3% и 94%, 93,8% (соответственно в основной и в группе сравнения). Такие показатели, как лейкоцитоз, лейкоцитурия значительно уменьшились уже на пятые сутки на 88,9%, 77,8% в основной и на 81,25%, 68,75% в группе сравнения.

Выводы. Назначение фурамага в комплексное лечение больных хроническим пиелонефритом является эффективным методом лечения и позволяет уменьшить проявления болезни в более короткие сроки.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА С РАЗВИТИЕМ АФС АССОЦИИРОВАННОЙ ПЕРВИЧНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

З.С.Камалов¹, Д.Ш.Акрамходжаева²

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент¹

*Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии
и трансплантации почки, Ташкент²*

Актуальность проблемы. Среди множества факторов риска развития АФС, открытых на сегодняшний день, важную роль в патогенезе данного заболевания занимает генетическая компонента, а в частности, антигены

системы HLA (Human Leucocytes Antigen), ген фактора 5 (FV, 1691G > A, rs6025) и протромбина (FII, 20210G>A, rs1799963), и полиморфизм C677T (rs1801133) гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR).

Однако необходимо отметить, что результаты исследований, посвященных этой проблеме, зачастую противоречивы, что, возможно, обусловлено этнической неоднородностью и/или клинической гетерогенностью обследуемых групп больных, малочисленностью выборок, некорректным подбором контрольной группы, а также этнической специфичностью наследственной предрасположенности к заболеванию.

Частота полиморфизмов, связанных с метаболизмом фолатов и гомоцистеина, значительно варьирует среди различных этнических групп, что в настоящее время может быть подтверждено популяционным скринингом с помощью генотипирования. До настоящего времени не был проведен анализ, который бы оценил частоты полиморфных генов, вовлеченных в метаболизм фолатов и гомоцистеина в узбекской популяции.

Цель настоящего исследования является оценить частоту полиморфных генов MTHFR и MTRR в узбекской популяции, выяснить существование закономерной связи между развитием антифосфолипидного синдрома.

Материал и методы. В исследование вошли 62 обследуемых узбекской популяции, обоего пола в возрасте от 20 до 65 лет. Исследуемые лица условно разделены на 2 группы: группа с АФС (28 чел.) и группа здоровых лиц (34 чел.), сопоставимые по возрасту и полу.

Выделение ДНК из лейкоцитов периферической крови проводили стандартным методом. Генотипирование осуществляли с помощью амплификации соответствующих участков генома методами qPCR (RG-6000, Australia) и пиросеквенирования PyroMark Q24 (Qiagen, Germany). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакетов программ «SPSS 13», «PLINK» и «Haploview 4.2», формирование гаплотипов и оценка их ассоциаций с АФС синдромом проводилась при помощи программы «THESIAS» (версия 2.0)

Результаты. Распределение генотипов исследованных полиморфизмов проверяли на соответствие ожидаемому при равновесии Харди-Вайнберга с помощью точного теста Фишера (Вейр, 1995). Для сравнения частот аллелей и генотипов между анализируемыми группами использовали критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса или точный тест Фишера. Для оценки ассоциаций полиморфизмов генов с патологическим фенотипом рассчитывали показатель «отношение шансов» - OR. Для определения характера распределения полученных данных использовали критерий Шапиро-Уилка. Для анализа количественных признаков при сравнении двух независимых выборок с нормальным распределением использовали дисперсионный анализ, при отклонении от нормального распределения - критерий Манна-Уитни (Гланц, 1999). Для каждого полиморфизма и гаплотипа были рассчитаны OR, величина P, и 95% доверительный интервал. Статистически значимыми считали различия при $P < 0,05$.

Среди 2 изученных полиморфизмов (rs1801133 и rs180139 генов фолатного цикла) отклонение от равновесия Харди-Вайнберга как среди случаев, так и среди контролей не было зафиксировано.

Анализ распределения частот аллелей по полиморфизмам rs1801133 и rs180139 генов фолатного цикла в группе с АФС и в контрольной выборке выявил между ними статистически значимые различия. Частота аллеля G полиморфизма rs180139 гена MTRR была достоверно значимо выше у пациентов с АФС по сравнению с контрольной группой ($\chi^2=19.51$; OR=2.41; P=0.02), что может считать ее рискованной в развитии АФС синдрома (таб.2). Анализ аллельных частот полиморфизмов rs1801133 гена MTHFR достоверно значимых различий не выявил.

При сравнении частот генотипов изученных полиморфных маркеров нами были установлены генетические ассоциации генов фолатного цикла с развитием АФС. Анализ генотипических ассоциаций показал, что наибольший риск развития АФС обусловлен гетерозиготным генотипом AG полиморфизма rs180139 гена MTRR ($\chi^2=6.92$; OR=3.21; P=0.03). По аллельным вариантам полиморфизма rs1801133 гена MTHFR достоверно значимых различий в распределении частот генотипов выявлено не было.

Гаплотипический анализ изученных локусов не показал достоверно значимые ассоциации с развитием АФС.

Таким образом, результаты данного исследования демонстрируют связь риска развития АФС в узбекской популяции с носительством аллеля G полиморфизма rs180139 ($\chi^2=5.29$; OR=2.42; P=0.02), и генотипом AG полиморфизма rs180139 гена MTRR ($\chi^2=6.92$; OR=3.21; P=0.03). Статистически достоверных ассоциаций полиморфизма rs1801133 гена MTHFR с развитием антифосфолипидного синдрома не выявлено.

Выводы

1. Наибольший риск развития антифосфолипидного синдрома в узбекской популяции обусловлен носительством аллеля G полиморфизма rs180139 ($\chi^2=5.29$; OR=2.42; P=0.02) и генотипом AG полиморфизма rs180139 гена MTRR ($\chi^2=6.92$; OR=3.21; P=0.03).

2. Статистически достоверных ассоциаций полиморфизма rs1801133 гена MTHFR с развитием антифосфолипидного синдрома не выявлено.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХСН I-III ФК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК

**Камилова У.К., Атаходжаева Г.А., Абдуллаева Ч.А.,
Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.**

*ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр терапии и медицинской реабилитации, Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность исследования: Несмотря на значительные достижения в лечении различных сердечно-сосудистых заболеваний, распространенность

хронической сердечной недостаточности (ХСН) продолжает расти. ХСН является ведущей причиной сердечно-сосудистой летальности. Смертность при ХСН в 4-10,3 раза выше, чем в общей популяции соответствующего возраста, и сравнима, или даже превосходит, со смертностью от ряда онкологических заболеваний. Пятилетняя летальность при ХСН с момента постановки диагноза до 90-х годов составляла 60-70% больных, в последние годы отмечилось ее небольшое, но значимое снижение до 50%. Ежегодная смертность при ХСН составляет 17,4-33%: в США — 250 тысяч, в РФ — 612 тысяч человек в год. Причем смертность у больных с ХСН с низкой фракцией выброса левого желудочка (ХСНнФВ, ФВ<40%) выше, чем у больных с ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ (ХСНсФВ, ФВ 50 и >%) независимо от возраста, пола и этиологии ХСН. Внутрибольничная летальность при ХСН составляет 2-20%. Ранняя постгоспитальная (в течение 30 дней после выписки из стационара) — 11,3%.

Большое внимание в мировом масштабе уделяется определению факторов риска нарушения кардиоренальных взаимоотношений и разработке эффективных способов их лечения при хронической сердечной недостаточности ишемической этиологии. В составе проводимых в этом направлении мероприятий, в том числе, важнейшими задачами считаются научные обоснования следующих вопросов: сопоставление особенностей течения ХСН, кардиоваскулярных и кардиоренальных взаимоотношений у больных с ХСН.

ДП является независимым предиктором плохого прогноза ХСН, хотя патогенез преходящего ухудшения ренальной функции при декомпенсации ХСН остается не до конца выясненным. С одной стороны, у пациентов с сердечно-сосудистой патологией развивается ДП как следствие сердечной патологии, приводящей к развитию ХБП. С другой стороны, у лиц с хроническим поражением почек, возникшим на фоне заболевания мочевыводящей системы, развивается повреждение сердечно-сосудистой системы, усугубляющее течение основного заболевания. Очевидно, первичность заболеваний почек и сердечно-сосудистой системы носит условный характер (кардиоренальный или ренокардиальный синдром), так как поражение одного органа неизменно приводит к ухудшению функции другого.

В настоящее время почки стали рассматривать как орган, способствующий не только формированию отечного синдрома, но и прогрессированию дисфункции миокарда. Это связано с тем, что почки, увеличивая преднагрузку, способствуют дилатации ЛЖ, а вырабатывая ренин и активируя ренин-ангиотензин-альдостероновую систему — развитию гипертрофии и фиброза миокарда.

Цель исследования: изучить особенности изменения параметров ремоделирования сердца в зависимости от степени дисфункции почек.

Материалы и методы исследования

Проведено комплексное обследование 150 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I-III функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с оценкой клинического состояния,

толерантности к физической нагрузке, процессов ремоделирования левого желудочка, и функционального состояния почек. Все обследованные больные были подразделены на группы по ФК ХСН: с I ФК ХСН (38 больных), с II ФК ХСН (62 больных и с III ФК ХСН (50 больных). Больные были подразделены также по уровню скорости клубочковой фильтрации почек (I группа больных с ХСН I-III ФК $\text{pСКФ}_{\text{СКД-EP}} \geq 6$ мл/мин/1,73м² (n=81) II группа больных с ХСН I-III ФК $\text{pСКФ}_{\text{СКД-EP}} \geq 60$ мл/мин/1,73м² (n=69)).

Клиническая характеристика больных представлена в таб. 1. В схему терапии входила стандартная терапия ХСН, включающую бета-адреноблокаторы – бисопролол в дозе 5-10 мг в сутки, ингибиторы АПФ, АМКР – верошпирон в дозе 50-100 мг в сутки, антиагреганты, статины и по показаниям короткие курсы с петлевыми диуретиками)

Средний возраст больных в I группе составил 58,77±0,94 лет, во II группе 61,3±0,68 года и 62,14±0,79 в III больных группе больных. Длительность заболевания у больных I группы составило 5,81±0,75 лет; 6,6±0,63 лет во II лет.

В обследование не включались больные с ХСН не ишемического генеза, с острыми нарушениями мозгового кровообращения, перенесённым ОНМК, сахарным диабетом тяжелого течения и инсулинозависимым СД, хроническими обструктивными заболеваниями легких, аритмиями высоких градаций, заболеваниями печени, тяжелыми заболеваниями почек.

1. Функциональный класс ХСН и толерантность к физической нагрузке определялись с помощью ТШХ. В основе ТШХ лежит определение расстояния, которое пациент после предварительного ознакомления с условиями теста может пройти за 6 минут.

2. Клиническое состояние больных оценивали ШОКС, модифицированной Мареевым В.Ю., 2000 г. По шкале оценивались, как основные жалобы больного, так и выраженность объективных симптомов ХСН в баллах. Для определения всех пунктов, включенных в шкалу, не нужно применения инструментальных методов и ответы на все вопросы можно получить при сборе анамнеза и обычном физикальном исследовании. Окончательный результат формировался на основании суммы всех баллов: 0 - баллов - полное отсутствие признаков ХСН. По ШОКС баллы соответствуют: ФК I - ≤ 3баллов, ФК II 4-6 баллов; ФК III 7- 9 баллов и ФК IV >9 баллов.

3. КЖ исследовали с помощью «Миннесотского опросника КЖ при СН» (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire), предложенного в 1985 году T.Rector и J.Cohn по суммарному индексу качества жизни (СИ КЖ). Миннесотский опросник КЖ при СН. Опросник содержит 21 вопрос. Шесть вариантов ответов оценивались от 0 до 5 баллов: лучший вариант соответствовал 0 баллов, худший - 5 баллам. Окончательный результат опроса оценивался по сумме всех баллов. Работа с опросником проводилась больными самостоятельно.

Оценка функционального состояния почек проводилась на основе определения уровня сывороточного креатинина (Кр), экскреции альбумина с

мочой (определение микроальбуминурии (МАУ ≥ 300 мг/л) в разовой утренней моче, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле СКФ EPI, в которой учитываются раса, пол, возраст, уровень креатинина сыворотки крови. Для расчета СКФ по формуле СКД-EPI можно воспользоваться специальными приложениями для мобильных устройств (QxMDCalculator).

СКФ=141 \times (0,993)^{Возраст} \times Кр/0,9)-0,412 (Белые, мужской пол)

СКФ=149 \times (0,993)^{Возраст} \times Кр/0,9)-0,412(азиаты, мужской пол)

Также определяли стадию хронической болезни почек (ХБП) по уровню СКФ и комбинированный риск прогрессирования ХБП и сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от степени снижения СКФ и альбуминурии

Статистическая обработка результатов исследования осуществляли в два этапа: подготовка к статистическому анализу и собственно статистический анализ. Анализ вида распределения признака осуществляли с использованием программы Microsoft Excel. Критериями нормального распределения были $M \pm m$. Поскольку более 80% анализируемых количественных признака были нормально распределенными, в основу статистического анализа были положены методы параметрической статистики.

Результаты исследования: для оценки клиничко-функциональных показателей у больных с хронической сердечной недостаточностью I-III ФК в зависимости от выраженности дисфункции почек все обследованные больные были подразделены на 2 группы исследования: I группу составили 81 больных ХСН ФК I-III с уровнем рСКФ >60 мл/мин/1,73м², II группу составили 69 больных ХСН ФК I-III с уровнем рСКФ ≤ 60 мл/мин/1,73м².

Результаты исследования физической работоспособности (ФР) по данным ТШХ у больных I группы с ХСН рСКФ >60 мл/мин/1,73м² составило $363,59 \pm 7,6$ метров соответственно. Снижение пройденной дистанции по данным ТШХ во II группе больных с рСКФ ≤ 60 мл/мин/1,73м² ТФН была более выраженной, чем у больных I группы и этот показатель составил $248,7 \pm 11,0$ метров, что на 46,2% было ниже результатов I группы исследования ($p < 0,001$).

Анализ параметров клинических проявлений по данным ШОКС показал, что у больных I группы сумма баллов составила $5,5 \pm 0,13$ баллов. У больных II группы с рСКФ ≤ 60 мл/мин/1,73м² отмечалось ухудшение клинического состояния, характеризующееся повышением показателей ШОКС на 19,9% по сравнению с показателями ШОКС больных I группы ($p < 0,001$) составляя $6,86 \pm 0,14$ баллов соответственно.

Анализ показателей Миннесотского опросника показал, что КЖ больных с ХСН зависит также от выраженности дисфункции почек, так с прогрессированием тяжести ДП увеличивался суммарный индекс КЖ больных. В частности, исходные показатели КЖ больных по Миннесотскому опроснику показали, что суммарный индекс у больных I группы с ХСН рСКФ >60 мл/мин/1,73м² составил – $34,1 \pm 0,6$ баллов. По мере прогрессирования ДП сумма баллов КЖ возросла на 17,04% в сравнении с данными I группы,

составляя – $41,06 \pm 0,6$ ($p < 0,001$) баллов во II группе больных с рСКФ ≤ 60 мл/мин/1,73 м².

Выводы: прогрессирование ФК у больных с ХСН сопровождалось выраженным снижением толерантности к физической нагрузке, ухудшением клинического состояния больных по данным ШОКС и КЖ с уменьшением функциональной активности больных. Так во II и III группах больных с ХСН отмечалось увеличение суммарного индекса КЖ, выраженности симптомов СН и снижение функциональной активности больных.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I-III ФК

**Камилова У.К., Атаходжаева Г.А., Абдуллаева Ч.А.,
Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.**

*ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность исследования. Поражения сердца и почек широко распространены в популяции и часто сосуществуют, повышая смертность, риск осложнений. Развитие дисфункции почек (ДП) – одно из наиболее часто встречающихся состояний, коморбидных с ХСН. Снижение сократительной способности миокарда приводит к ухудшению функционального состояния почек, что, в свою очередь, может вызвать прогрессирование ХСН.

ДП является независимым предиктором плохого прогноза ХСН, хотя патогенез преходящего ухудшения ренальной функции при декомпенсации ХСН остается не до конца выясненным. С одной стороны, у пациентов с сердечно-сосудистой патологией развивается ДП как следствие сердечной патологии, приводящей к развитию ХБП. С другой стороны, у лиц с хроническим поражением почек, возникшим на фоне заболевания мочевыводящей системы, развивается повреждение сердечно-сосудистой системы, усугубляющее течение основного заболевания. Очевидно, первичность заболеваний почек и сердечно-сосудистой системы носит условный характер (кардиоренальный или ренокардиальный синдром), так как поражение одного органа неизменно приводит к ухудшению функции другого.

Цель исследования: изучить особенности изменения параметров ремоделирования сердца в зависимости от степени дисфункции почек.

Материалы и методы исследования: проведено комплексное обследование 150 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I-III функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с оценкой клинического состояния, толерантности к физической нагрузке, процессов ремоделирования левого желудочка, и функционального состояния почек. Все обследованные больные были подразделены на группы по

ФК ХСН: с I ФК ХСН (38 больных), с II ФК ХСН (62 больных и с III ФК ХСН (50 больных). Больные были подразделены также по уровню скорости клубочковой фильтрации почек (I группа больных с ХСН I-III ФК pСКФ_{СКД-EPI} ≥ 6 мл/мин/1,73м² (n=81) II группа больных с ХСН I-III ФК pСКФ_{СКД-EPI} ≥ 60 мл/мин/1,73м² (n=69)).

Клиническая характеристика больных представлена в таб. 1. В схему терапии входила стандартная терапия ХСН, включающую бета адреноблокаторы – бисопролол в дозе 5-10 мг в сутки, ингибиторы АПФ, АМКР – верошпирон в дозе 50-100 мг в сутки, антиагреганты, статины и по показаниям короткие курсы с петлевыми диуретиками)

Средний возраст больных в I группе составил 58,77±0,94 лет, во II группе 61,3±0,68 года и 62,14±0,79 в III больных группе больных. Длительность заболевания у больных I группы составило 5,81±0,75 лет; 6,6±0,63 лет во II лет.

В обследование не включались больные с ХСН не ишемического генеза, с острыми нарушениями мозгового кровообращения, перенесённым ОНМК, сахарным диабетом тяжелого течения и инсулинозависимым СД, хроническими обструктивными заболеваниями легких, аритмиями высоких градаций, заболеваниями печени, тяжелыми заболеваниями почек.

Методы исследования:

4. Оценка функционального состояния почек проводилась на основе определения уровня сывороточного креатинина (Кр), экскреции альбумина с мочой (определение микроальбуминурии (МАУ ≥ 300 мг/л) в разовой утренней моче, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле СКФ EPI, в которой учитываются раса, пол, возраст, уровень креатинина сыворотки крови. Для расчета СКФ по формуле СКД-EPI можно воспользоваться специальными приложениями для мобильных устройств (QxMDCalculator)].

Также определяли стадию хронической болезни почек (ХБП) по уровню СКФ и комбинированный риск прогрессирования ХБП и сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от степени снижения СКФ и альбуминурии.

Статистическая обработка результатов исследования осуществляли в два этапа: подготовка к статистическому анализу и собственно статистический анализ. Анализ вида распределения признака осуществляли с использованием программы Microsoft Excel. Критериями нормального распределения были $M \pm m$. Поскольку более 80% анализируемых количественных признака были нормально распределенными, в основу статистического анализа были положены методы параметрической статистики.

Результаты исследования: исследование параметров функционального состояния почек показало, что в I группе больных с ХСН I ФК у 12 больных (31,6%) из 38 больных выявлена МАУ (МАУ ≥ 0,200 мг/л). Клиренс сывороточного креатинина в этой группе составил 89,81±2,29 мкмоль/л, а СКФ 83,99±2,11 мл/мин. Во II группе у 30-х больных с ХСН II ФК из 62 отмечалась МАУ (48,4%). Выявлено также значительное снижение СКФ на 16,4%, которое составило 72,17±1,84 мл/мин (p<0,01). При этом отмечалось повышение уровня

сывороточного креатинина на 10,18%, достигая уровня $100,0 \pm 2,41$ мкмоль/л ($p < 0,01$).

При анализе параметров ренальной функции в III группе выявлено достоверное снижение СКФ на 53,01% ($p < 0,001$) составляя $54,9 \pm 0,99$ мл/мин/1,73м² при повышении уровня креатинина крови на 27,83% ($p < 0,001$) по отношению к данным I группы исследования. В данной группе больных у 39-и выявлялась микроальбуминурия, которая составила 78,0%.

По классификации ХБП в I группе больных с ХСН ФК I ХБП I стадии выявлена у 11-х больных (28,9%), во II группе с ХСН ФК II больных у 19-х больных (30,6%) и в III группе с ХСН ФК III у 10-х больных (20,0%) отмечалась ХБП I-й стадии. ХБП II стадии выявлялась в I группе у 15-х (39,5%), во II группе у 12-х (35,5%) больных и у 13 больных (26,0%) III группы имело место ХБП II-й стадии заболевания. В группе больных с ХСН ФК I у 4х больных была выявлена III стадия ХБП (10,5%). Во II группе исследования у 25-х больных (40,3%) с ХСН ФК II была выявлена III стадия ХБП, а также в III группе исследования у 20-х больных (40,0%) с ХСН ФК III выявлена III стадия ХБП. IV стадия ХБП отмечалась у 6 больных с ХСН ФК II (9,7%) и у 7 больных (14%) с ХСН ФК III.

Результатами анализа оценки комбинированного риска прогрессирования ХБП и развития сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от степени снижения СКФ и выраженности альбуминурии были выявлены различные степени риска у обследованных больных с ХСН. В частности, в I группе больных с ХСН ФК I у 15 больных (39,5%) отмечался низкий и у 19-и больных (50,0%) умеренный риск и у 12-х (31,6%) больных выявили высокий комбинированный риск развития сердечно-сосудистых осложнений при кардиоренальном синдроме. Во II группе - у 4 пациентов (11,3%) отмечался низкий риск, у 22-и больных (32,4%) умеренный риск и у 17- больных (27,4%) высокий риск развития ССО при КРС. Количество пациентов с очень высоким риском КРС во II группе составили 19-е больных (30,6%). По мере прогрессирования ХСН (III группа) отмечалось увеличение количества больных с умеренным риском КРС (у 9-больных; 18%); высоким (у 19 больных; 36%), и очень высоким риском развития ССО при КРС у 22-х больных (44%) с ХСН ФК III.

Выводы: Нарушение функционального состояния почек, выраженность и характер этой дисфункции зависит от тяжести течения ХСН. Установлено, что ХСН I ФК протекает с менее выраженными проявлениями дисфункции почек, в отличие от больных с ХСН III ФК. Прогрессирование тяжести течения и соответственно функционального класса ХСН является независимым фактором поражения почек (увеличения мочевого экскреции альбумина, повышение концентрации сывороточного креатинина и снижения СКФ).

ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНОГО ФОНА И ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Каримджанова Г.А., Эгамбердиева Д.А., Игамбердиева Р.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является ведущей причиной заболеваемости и смертности и новым фактором риска фибрилляции предсердий (ФП). На фоне ХОБЛ появляется ряд благоприятных условий для поражения сердца, таких как гипоксия, токсическое влияние на миокард продуктов бронхолегочного воспаления, гиперкатехоламинемия (вследствие активации симпатoadреналовой системы). Кроме того в ряде исследований указывается на общность механизмов ХОБЛ с дисфункцией почек. В связи с высокой распространенностью и частой встречаемостью сочетания хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и фибрилляции предсердий (ФП) представляется актуальной разработка характерных для таких больных критериев своевременной диагностики и лечения данной аритмии, влияющей на прогноз заболевания.

В связи с высокой распространенностью и частой встречаемостью сочетания хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и фибрилляции предсердий (ФП) представляется актуальной разработка характерных для таких больных критериев своевременной диагностики и лечения данной аритмии, влияющей на прогноз заболевания.

Целью настоящего исследования явилось установить связь между уровнем маркеров воспаления (С-реактивный белок, ИЛ-6) и наличием фибрилляции предсердий у больных ХОБЛ.

Пациенты и методы. Обследовано 44 больных (26 мужчин и 18 женщины) ХОБЛ II-III стадии. Диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнестических, объективных и лабораторных исследований, а также инструментальных исследований, в частности, спирометрии. У всех пациентов выполнялась спирометрия, проводилось суточное Холтеровское мониторирование показателей электрокардиографии и данных артериального давления, а также оценка симптомов ХОБЛ с использованием модифицированной шкалы одышки (Modified Medical Research Council – mMRC) и оценочного теста по ХОБЛ (COPD Assessment Test – CAT); учитывались количество перенесенных среднетяжелых и тяжелых обострений ХОБЛ за предшествующий год, показатели пройденной дистанции при проведении 6-минутного шагового теста (6-МШТ) с оценкой параметров пульсоксиметрии, индекса VODE, одышки по шкале Борга.

Больных разделили на 2 группы, в зависимости от наличия фибрилляции предсердий. С-реактивный белок определяли высокочувствительным латекс-иммунотурбидометрическим методом, а также интерлейкина-6 иммуноферментным методом.

Результаты. Согласно полученным данным, нами установлено, что у 100% пациентов с ХОБЛ имеются ФР ХБП, в том числе, сочетание ≥ 3 ФР у 92,6% (278 пациентов). Сочетание нескольких ФР ХБП достоверно чаще встречалось у мужчин (98,5% vs 78,4%, $\chi^2=37,25$, $p=0,07$). 80% выявленных ФР являются потенциально модифицируемыми. Нарушения ритма сердца в анамнезе обнаружено у 17% больных, в том числе у 8,3% - фибрилляция предсердий.

Средний уровень креатинина у больных ХОБЛ составил $72,9 \pm 12,8$ мкмоль/л. Средний уровень СКФ, в целом по выборке, составил $79,1 \pm 9,4$ мл/мин/1,73 м². Показатель СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73 м² имели 38,3% пациентов, СКФ 89-60 мл/мин/1,73 м² – 49,7%, СКФ 59-45 мл/мин/1,73 м² – 10,7%, СКФ 44-30 мл/мин/1,73 м² - 1,3%. Пациентов со СКФ < 30 мл/мин/1,73 м² выявлено не было.

В результате сравнительного анализа у больных ХОБЛ с ФП были характерны более высокие степень бронхообструкции (объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1); $p < 0,001$), количество обострений ХОБЛ ($p = 0,038$), выраженность симптомов ХОБЛ (САТ; $p < 0,001$; mMRC; $p = 0,007$) и индекса BODE ($p < 0,001$). Также у больных ХОБЛ с аритмией отмечались выраженная гипоксемия ($p = 0,012$), большая степень одышки по шкале Борга ($p < 0,001$) и уменьшение пройденной дистанции ($p < 0,001$) при проведении 6-МШТ в сравнении с кластером без ФП. Заключение. Для развития пароксизмов ФП характерны высокая частота обострений ХОБЛ, выраженное снижение ОФВ1, толерантности к физической нагрузке, а также повышение индекса BODE и баллов по вопросам mMRC и САТ.

Маркер воспаления (СРБ) варьировал в зависимости от наличия фибрилляции предсердий у больных ХОБЛ. Среднее значение СРБ и доля пациентов с СРБ ≥ 10 мг/л оказались ниже у больных ХОБЛ с наличием ФП по сравнению больными ХОБЛ без ФП. Была обнаружена корреляция между наличием ФП и СРБ у больных хронической обструктивной болезнью легких ($r=0,67$). Показано, что уровень интерлейкина-6 также коррелирует с наличием ФП ($r=0,57$).

Выводы. Согласно полученным данным, нами установлено, что у 100% пациентов с ХОБЛ имеются ФР ХБП, в том числе, сочетание ≥ 3 ФР у 92,6% (278 пациентов). Результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии у ХОБЛ системного воспаления, больше в группе с фибрилляцией предсердий. Установление связи между маркерами воспаления и наличием фибрилляции предсердий у больных ХОБЛ позволяют предположить, что воспаление оказывало косвенное влияние течение болезни. у больных ХОБЛ с ФП были характерны более высокие степень бронхообструкции; количество обострений ХОБЛ, выраженность симптомов ХОБЛ и индекса BODE

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАР КЛИНИК КЕЧИШИГА САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАН ДОРИ ВОСИТАСИНИ ТАЪСИРИ

Каримов А.А., Сайдалиев Р.С.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги: Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ)- Барча Давлатлар аҳолиси орасида кенг тарқалган юрак-қон томир патологиясидир. Айти пайтда Соғлиқни сақлаш тизимида СЮЕ нинг долзарблиги шундаки, бу турдаги беморларнинг тез-тез касалхонага ётиши, эрта ногиронлик, қиммат бўлган кардиожарроҳлик амалиётлари ва узоқ муддат дорилар билан даволаниш, реабилитация чораларини тўлалигича амалга ошириш қийинлиги ва асосийси ўлим кўрсаткичи юқори даражада туришидир. СЮЕ бўлган беморларни самарали даволашда, уларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш, ўлим даражасини пасайтириш ва беморларнинг ҳаётини давом эттиришнинг асосий стратегик йўналишларидан бири ушбу патологияни сабабчиси асосий касалликнинг дастлабки босқичларида аниқлаш ва даволашдир. Ривожланган давлатларда СЮЕ ривожланишининг асосий сабабларидан бири АГ (95,5%), ЮИК (69,7%), миокард инфаркти ёки ўткир коронар синдром (15,3%), Қандли Диабет (15,9%). ЮИК ва АГ комбинацияси СЮЕ бўлган беморларнинг кўпчилигида учрайди. Аорта қопқоғи дегенератив нуқсонлари устунлиги билан юрак нуқсонлари (4,3%) бўлган беморларнинг сони сезиларли даражада ошди. СЮЕ шаклланишининг камроқ сабаблари миокардит (3,6%), кардиомиопатиялар, миокарднинг токсик зарарланиши, шу жумладан, ятроген генез (кемотерапия, миокардиал радиация шикастланиши ва бошқалар), анемия (12,3%). СЮЕ нинг тез-тез учрайдиган сабаблари орасида сурункали обструктив ўпка касаллиги (13%), сурункали ва пароксизмал бўлмачалар фибрилация (12,8%), ўткир мия қон айланиши бузилиши (10,3%). XX асрнинг ўрталаридан бошлаб дунёдаги барча мамлакатлар аҳолисининг ўлимининг асосий сабаблари юқумли бўлмаган касалликлардир, улар орасида эса қон айланиш тизимининг касалликлари етакчи ўринни эгаллайди. СЮЕ нинг тарқалиши йил сайин ортиб бормоқда, бу асосан АГ ва ЮИК нинг ноадекват терапияси оқибатидир. Маълумки, СЮЕ ни ўз вақтида ташхис қўйиш ва етарли даволаниш касалликни авж олишини ва асоратларни олдини олишда асосий рол ўйнайди. Диагностика ва даволашнинг янги усулларига қарамай, СЮЕ учраши ўсишда давом этмоқда.

Тадқиқот мақсади: Сурункали юрак етишмовчилиги мавжуд беморларнинг клиник кечиши ва ҳаёт сифатига Сакубитрил/валсартан дори воситасининг таъсирини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва услублари:

Тадқиқот 2 босқичдан ташкил топган:

1-босқич – РШТЁИМ кардиология ва кардиореабилитация бўлимларида даволанишни бошлаган СЮЕ мавжуд беморлар умумклиник ва лаборатор-инструментал текширувлар ўтказилди.

1-босқич - Проспектив клиник тадқиқот.

Клиник тадқиқотга РШТЁИМ кардиология ва кардиореабилитация бўлимларида 2020-2021 йилларда СЮЕ билан даволанган 60 нафар бемор жалб қилинди. Барча беморларда умумклиник ва лаборатор-инструментал текширувлар ўтказилди. СЮЕнинг функционал синфи Нью-Йорк синификацияси – NYHA асосида белгиланди. Касаллик давомийлиги 2 – 11 йилни ташкил қилди. Тадқиқот мақсади ва вазифаларидан келиб чиқиб беморлар қуйидаги гуруҳларга ажратилди: асосий гуруҳ стандарт даво таркибида Сакубитрил/вальсартан бўлган 30 нафар бемор ташкил қилди. Назорат гуруҳига 30 нафар бемор жалб қилинди ва уларда фақат базис терапия ўтказилди. ААФ ингибиторлари ёки АТ-II рецептори антагонистлари, β -адреноблокаторлар, альдостерон антагонистлари (верошпирон), зарур бўлганда қовузлок диуретиклари, юрак гликозидлари, антиагрегантлар ва антикоагулянтлар.

Тадқиқот натижалари: Беморлар шифохонага келган вақтда барчаси Эхо КГ, ЭКГ, кўкрак қафаси рентген текширувидан ўтказилди. Барча маълумотлар касаллик тарихига қайд этилди. Текширувлар шуни кўрсатдики бошланғич даврда беморлар юрак қон томир тизимидаги органик ўзгаришлар даволаш давомида сезиларли ва ишончли ижобий натижалар билан қаршилашилди. Жумладан диастолик дисфункция кўрсаткичи бўйича 6 ойлик даво муолажасидан сўнг 34,2 % дан 21,1 % га камайди. Бемор ҳолати баҳолашда ишлатиладиган кўрсаткичлардан бири чап қоринча қон отиш фракцияси 67% эди даволанишни 6 ойида 41,1% га тушди. Бўлмачалар фаолиятида ҳам ҳажми кичрайиш кузатилди ($7.1 \pm 0,3$ га $4,8 \pm 0,5^*$). Чап қоринча гипертрофияси регрессга учраши бўйича чап қоринча орқа девор қалинлиги (ЧҚОДҚ) $13,1 \pm 0,4$ мм дан $10,1 \pm 0,3$ га камайди, қоринчалар аро тўсиқ қалинлиги ($>1,2$ см) эса тадқиқот аввалида $9,5 \pm 0,5$ бўлиб даводан кейин $7,2 \pm 0,2$ га ўзгарди. Маҳаллий қўзғолувчанликни бузилиши 13,5% аниқланиб 6 ойдан сўнг бу кўрсаткич 9,2% га камайгани кузатилди. Ўпка артерияси систолик қон босми дастлабки босқичда 25 мм с.у дан юқори бўлган беморлар 21,3% ни ташкил қилган эди, тадқиқот якунида бу кўрсаткич 11,4 % ни ташкил қилди. Чап қоринча миокард массаси (эркаклар: 135-182 г; аёллар: 95-141 г) гуруҳдаги эркакларда меёридан ортиши (>190 г) 29,3% ни, аёлларда (>145 г) эса 21% ни ташкил этди. Даво муолажасининг 6 чи ойида эркакларда 22% га, аёлларда 16,1% га камайиши аниқланди. Сакубитрил/валсартан билан 6 ойлик даво фонида кичик қон айланиш доирасидаги димланиш камайиши ва миокарднинг қисқарувчанлиги сезиларли ортиши кузатилди. Барча гуруҳдаги беморларда комплекс терапия фонида клиник ҳолат, ҳаёт сифати кўрсаткичлари, СЮЕ ФС нинг пасайиши ва жисмоний юкламага толерантлигининг ошиши сезиларли (барча $p < 0.05$) яхшиланди.

ХУЛОСАЛАР: СЮЕ мавжуд беморларни даволашда беморларни албатта ЭхоКГ бўйича ЧҚ нинг глобал ва сегментар систолик функцияларини акс

эттирадиган кўрсаткичларнинг яхшиланиши сакубитрил/вальсартан препарати қабул қилган беморларда кўпроқ кузатилди. Беморларда ҳаёт сифатини яхшиланиши, қайта госпитализация, клиник белгилар камайишида ва қўшимча дориларни камайтиришда сакубитрил/вальсартан бошқа гуруҳ АРА ларга нисбатан самаралироқ ва ножўя таъсирлари камлиги билан устун экан. Сакубитрил/вальсартан дори воситасида беморларнинг аксарияти даволанишнинг биринчи ҳафтасидаёқ ўзини яхши ҳис қила бошлади. Бу асосан АҚБ юқори юрувчиларда кўпроқ намоён бўлди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Гадаев А.Г. и др. Качество жизни и толерантность к физической нагрузке у больных хронической сердечной недостаточностью, протекающей с анемией// Вестник Ташкентской Медицинской Академии. 2014. №4. С.71-73

2. Гематология: национальное руководство. Под ред. О.А. Рукавицына. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. [Hematology: national guidelines. Ed. by O.A. Rukavitsyn. Moscow: GEOTAR-Media, 2015].

3. Гиляревский Сергей Руджерович, Голшмид Мария Владимировна, Кузьмина Ирина Михайловна, Бенделиани Нана Георгиевна Анемия у больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы // НМП. 2019. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/anemiya-u-bolnyh-s-hronicheskoy-serdechnoy-nedostatochnostyu-sovremennoe-sostoyanie-problemy>.

4. Драпкина О.М., Шепель Р.Н. Связь между дефицитом витамина В12, риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и процессами старения. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2017;13(1):100-106. DOI: <http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-1-100-106>

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Кодирова Ш.А., Туляганова А. А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: В настоящее время изучение гломеруло-нефритов имеет большое значение, так частота случаев этим заболеванием среди населения стало возрастать, участились случаи осложнений. Острые нефриты, сравнительно редкие в настоящее время, заканчиваются выздоровлением, а хронический гломеруло-нефрит (ХГН) преимущественно лиц молодого возраста, характеризуется неуклонным прогрессированием и, по общему мнению, является самой частой причиной хронической хронической болезни почек (ХБП), что определяет его медико-социальную значимость.

Среди больных много случаев которые получают заместительную почечную терапию — диализ и трансплантация, но они также доступны далеко

не всем (потребность удовлетворяется примерно на 1/20), очень дороги и имеют свои сложности- привязанность к аппаратам, необходимость постоянной иммуносупрессорной терапии.

Остаются малоизученными также вопросы особенности клиники в различных возрастных группах, что особенно важно, учитывая демографическое старение населения. По данным ряд исследований хронический гломерулонефрит встречается как у мужчин, так и у женщин, но у мужчин чаще (65%:35%).

Болеют главным образом (в 70-90% случаев) лица молодого и среднего возраста, среди лиц старше 60 лет это заболевание встречается лишь в 1,1% случаев.

Цель исследования: изучить и оценить особенности клинического течения хронического гломерулонефрита в зависимости от пола и возраста больных.

Материалы исследования: Изучены истории болезни 88 больных с хроническим гломерулонефритом, которые находились на стационарном лечении в отделении нефрологии в клинике №3 ТМА. Из них 8 молодые (17-20 лет) Остальные больные; 31 женщин и 49 мужчин, средний возраст которых составил $40,9 \pm 1,7$ лет. Больных старше 60 лет не было.

При включении в исследование у всех больных проводилась оценка жалоб, данных анамнеза, объективного исследования, результаты клинико-лабораторных, биохимических и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования: Основной клинической формой ХГН у мужчин была гипертоническая (23-46,9%) случаев, нефротическая (20-40,8%) и смешанная (6-12,2%). У женщин выявлялась смешанная (13-41,9%) и гематурические (9-29%) формы, значительно реже среди этой группы больных наблюдались гипертоническая (6-19,3%) и нефротическая форма (3-9,6%). У молодых чаще всего встречалась нефротическая форма с относительно мягким течением (5-62,5%) и гематурическая форма (3-37,5%).

Клинические особенности: для нефротической формы характерны были: слабость, отсутствие аппетита, значительно выраженные отеки, обычно нормальное артериальное давление, массивная протеинурия в моче и гипопроteinемия: диспротеинемия, анемия, увеличение СОЭ.

Для гипертонической формы основными симптомами являлись интенсивные головные боли, головокружения, снижение зрения,

колющие боли в области сердца, одышка, сердцебиения, выраженная артериальная гипертензия, перкуторно расширение границ сердца влево, на ЭКГ — гипертрофия левого желудочка, исследование глазного дна: гипертоническая ангиопатия, в моче — небольшая протеинурия, микрогематурия, снижение плотности мочи.

Гематурическая форма ХГН характеризовалась макрогематурией и упорной микрогематурией, незначительной протеинурией, артериальное давление было нормальное.

Смешанная форма сочеталась признаками нефротической и гипертонических форм. Более мягкое течение хронического гломерулонефрита у женщин можно объяснить влиянием эстрогенов. Одно из важнейших действий эстрогенов представлено защитным действием на почки, их влиянием на ослабление гломерулосклероза и тубуло-интерстициального фиброза. Таким образом, эстрогены обладают нефропротекторным действием. В связи с этим у женщин статистически меньше наблюдается гипертоническая а также нефротическая формы заболевания. Морфологически также чаще наблюдается мембранопролиферативный гломерулонефрит, характеризующийся преимущественно нефритическим синдромом (обуславливая гематурию).

В младшей возрастной группе чаще всего имеет место болезнь минимальных изменений, характеризующаяся нефротическим синдромом с благоприятным прогнозом.

У людей старшего возраста ХГН в связи с пониженной реактивностью организма, часто остаётся нераспознанным. Заболевание протекает монотонно, без выраженных периодов обострений и ремиссий. Отёчный синдром у пожилых выражен не так заметно. Зачастую он носит скрытый характер и выявляется лишь при взвешивании (скрытые отеки). Гипертензионный синдром маскируется возрастной гипертензией.

Выводы: больные ХГН должны находиться под постоянным наблюдением терапевта или нефролога.

Учитывая клинические формы рекомендуют:

1. При гематурическом (латентном) варианте: наблюдение 2 раза в году. Изучают массы тела, АД, глазное дно, общий анализ мочи, анализ по Нечипоренко (для дифференциальной диагностики), электролиты, мочевины, креатинин крови, проба Реберга, ежегодно УЗИ почек.

2. Гипертонический вариант: наблюдение 1 раз в 1-3 месяца. Изучают также массы тела, мониторинг АД, глазное дно, анализы мочи, электролиты, мочевины, креатинин крови, проба Реберга, Зимницкого, ежегодно УЗИ почек.

3. Нефротический и смешанные варианты: наблюдение 1 раз в 1-2 месяца. Особое внимание нужно уделять внимание на выраженности отёчного синдрома и электролиты крови связи с применением диуретиков.

KIDNEY TRANSPLANTATION RATES: EXPERIENCE OF KHATLON REGION

Komilova B.I., Samadov A.X., Pirov B.S.

Khatlon State Medical University,

Human organ and tissue transplantation department.

Republican clinical hospital of Dangara district, Tajikistan.

Introduction. The limited number of donors is one of the main reasons for the low number of kidney transplantations for patients with terminal stages of chronic

kidney disease. Today in the Republic of Tajikistan due to a number of ethical and social problems, organ transplantation from donors with brain death is at the stage of its development and formation. Live-donor kidney transplantation compared to cadaveric donation is associated with better early and late recipient survival rates and, as a result, longer functions of transplant. According to the literature, the five-year survival of patients and kidney transplants with live and cadaveric donation comprises 90% and 80%, respectively. The closest attention should be paid to the problems of improving the legislative framework in the area, including legal, organizational, ethical aspects of organ donation and transplantation, the effective development of domestic medical science, the introduction of uniform standards and approaches to the provision of transplant care, the training of qualified specialists, and usage of the best foreign practices. In order to provide the population of the Republic of Tajikistan with medical care for organ transplantation in accordance with the real need and donor resources, post-mortem donation and cadaveric kidney transplantation should be organized equally with living donation.

Aim of research. To assess the results of kidney transplantation in the regional transplantation departments of the Republic of Tajikistan.

Material and methods. The analysis of the case histories of 200 patients diagnosed with terminal stages of chronic kidney disease of various genesis and who underwent kidney transplantation from May 2016 to February 2022 in the department of human organ transplantation in the republican clinical hospital of Dangara district and the surgical department of city clinical hospital of Khujand. Among the recipients there were 66 (66%) men and 34 (34%) women aged 20 to 45 years. Among donors there were 45 men (45%) and 55 women (55%) aged 27 to 62 years.

Results. 97 (97%) cases were presented by left donor kidney while 3 (3%) - by right one. Men made up the majority -126 (69.65%) of all admitted patients, and 142 (79%) of them compromised age group ranging from 21 to 40 years. Renal grafts in some cases had anatomical features: in 4 (4.4%) cases, 2 renal arteries, in 3 (9.9%) cases, two renal veins. Renal veins of smaller diameter were ligated in 2 (2.2%) cases; in one case (1.1%), both veins were combined into one trunk by side-to-side anastomosis. In 80 (88.8%) cases, arterial anastomosis was performed between the renal artery of the donor kidney and the external iliac artery of the recipient according to the "end-to-side" principle; in 10 (11%) cases, end-to-end arterial anastomosis was performed between the graft renal artery and the internal iliac artery of the recipient.

Ureteroneocystoanastomosis was performed in all cases according to the Leach–Gregoire method with stenting with 6 Fr JJ stents in 97 (97%) and 3 (3%) cases without stenting. Conditionally complications after ATP were divided into two groups (surgical and non-surgical), the most severe surgical complications included thrombosis, stenosis of vascular anastomoses. The total number of non-surgical complications included 10 (30%) cases and acute rejection crisis - 3 (9.9%) cases.

Among observed surgical complications (2.2%) 1st case was presented by perforation of the intestines that required suturing the perforated section of the small intestine from intubation of the large and small intestines, drainage of the abdominal cavity. In another case the perforation of the distal ureter caused by a migrated stent

was fixed by ureteroplasty with ureteral stenting. Bleeding from vascular anastomosis was observed in 7 (7.7%) cases, which required blood transfusion without active surgical intervention and complication in the form of wound infection - in 3 (3.3%) cases.

Conclusion. The promising results of the first kidney transplants charge us with a positive attitude towards future. There is a risk of complications in kidney donors, which demands a high responsibility during surgical interventions. Survival of recipients in the first 12 months after ATP reaches up to 90.1% which is slightly lower than the world statistics and the results of *The international society of heart & lung transplantation* comprising 95–98%. A proper organization of the transplantation service with a qualitative examination of donor couples, training of specialists in all sectors, introduction of laparoscopic methods of donor kidney sampling into practice compose necessary elements for improvement of the treatment results.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ 4 БОСҚИЧИДА ЭНТЕРОДИАЛ ПРЕПАРАТИНИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Қурбонов А.Х., Султонов Н.Н., Исиргапова С.Н.

Республика нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази. Тошкент. Ўзбекистон

Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги: Сурункали буйрак касаллиги ҳозирги кунда тиббиётининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Ушбу касаллик ўз вақтида аниқланмаслиги, даво чораларини кўрмаслик ва кузатилиши мумкин бўлган асоратларни олдини олмаслик оқибати натижасида, беморларда эрта ногиронликка сабаб бўлмоқда. Стандарт даво берилишига қарамасдан СБК авж олиши ва уремик интоксикацияни ортиши кузатилмоқда. Ушбу ҳолатларни олдини олиш учун ва уремик интоксикацияни камайтириш мақсадида беморларга ичак диализи тавсия этиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади. Сурункали буйрак касаллиги 4 босқичидаги беморларга энтеродиал препаратининг гипоазотемик даво сифатида самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқотнинг материали ва усуллари. Текширув ишлари объекти сифатида РИН ва БТИАТМ бўлимларида даволанаётган СБК 4 босқичи билан касалланган беморлар олинди. Умумий беморлар сони 70 тани ташкил этди. Улар шартли икки гуруҳга бўлиниб 1 гуруҳ (А гуруҳ) 34 та беморни ўз ичига олди. 1 гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $47,0 \pm 1,65$ ёшни ташкил этиб, ушбу беморларга анъанавий даво тавсия этилди ва энтеродиал дори воситаси ббилан кун ора ичак диализи ўтказилди. 2 гуруҳимиз эса (В гуруҳ) 36 та беморни ўз ичига олди ва бу беморларга стандарт даво тавсия этилиди. Бу гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $45,3 \pm 2,4$ га тенг бўлди. Барча беморларда давонинг 1

куни ва даводан кейин давонинг 10 куни, қондаги мочевина, креатинин миқдори ўзгаришлар динамикаси ўрганилди.

Олинган натижалар:

Тадқиқотимиз натижасида қуйидаги ўзгаришларни кузатдик. 1 гуруҳимиздаги беморларда даволашдан олдин қондаги мочевина миқдори $17,6 \pm 1.23$ ммоль/л ташкил этган бўлса, даводан кейин ушбу кўрсаткич $10,8 \pm 1.38$ ммоль/л гача пасайиши кузатилди. Фақатгина анъанавий даво олган 2 гуруҳимизда эса қондаги мочевина миқдори даводан олдин $18,2 \pm 2.13$ ммоль/л бўлган бўлса, даводан кейин давони 10 куни лаборатор текширувлар ўтказилганда $15,4 \pm 1.63$ ммоль/л гача пасайиши кузатилди. Қондаги креатинин миқдори 1 гуруҳимизда даволашдан олдин $321,5 \pm 3,43$ мкмоль/л ни ташкил этган эди, даволашдан кейин эса 205 ± 3.31 мкмоль/л гача ишончли даражада пасайишига эришилди. Назоратга олинган 2 гуруҳимизда эса қондаги креатинин миқдори даволашдан олдин $315,2 \pm 3.24$ мкмоль/л ни ташкил этган бўлса, даволашдан кейин $263,4 \pm 3.44$ мкмоль/л гача пасайди.

Олинган натижалардан кўришиб турибдики, иккала гуруҳимизда ҳам даволаш давомида қондаги мочевина ва креатинин миқдори пасайиши кузатилди аммо анъанавий давога қўшимча равишда Энтеродиал дори воситаси билан ичак диализи қилиниши, беморларда мочевина ва креатинин миқдорини ишончли даражада пасайишига эришиш мумкинлигини кўрсатди.

Хулоса:

1. Тадқиқотимиз натижаларидан шуни айтишимиз мумкинки, СБК билан оғриган беморларга анъанавий даво билан Энтеродиал дори воситасини тавсия этилиши беморларга буюрилган гипоазотемик давони самарадорлигини ошишига эришилади.

3. Энтеродиал дори воситасини қўллаш орқали мочевина ва креатинин миқдорини пасайиши, беморларда уремик интоксикацияни камайишига ва у орқали беморларда кузатилиши мумкин бўлган ножўя таъсирларни камайишига эришилади. Шу билан бирга гемодиализгача бўлган даврни узайишига эришилади.

ТЕРМИНАЛ БОСҚИЧДАГИ СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БЕМОРЛАРДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ҲОЛАТИ

Мадаминов Ғ.Ғ., Абдилхаева З.А.

*Андижон вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази, Андижон, Ўзбекистон
Андижон давлат тиббиёт институти, 2-УАШТ кафедраси, Андижон,
Ўзбекистон*

Терминал босқичдаги сурункали буйрак касаллигида (СБК) беморлар ўлимининг асосий сабаби бу юрак-қон томир касалликлари бўлиб, унинг ривожланиши гемостаз тизими бузилишлари туфайли юзага келадиган

тромбоэмболик фаоллик натижасида пайдо бўладиган асоратлар билан боғлиқ. Маълумки, дастурли гемодиализ беморларига экстракорпорал муолажаларни олиб боришда қон реологиясининг ҳолатига салбий таъсир этувчи, гемостаз тизимининг бузилишларини рағбатлантирувчи ва оқибатда тромбозлар шаклланишига олиб келувчи бир қатор инкор этиб бўлмас омиллар мавжуд. Шунинг учун биз дастурли гемодиализ беморларида гемостаз тизими ҳолатини баҳолашни лозим топдик.

Тадқиқотнинг мақсади. Дастурли гемодиализ беморларида гемостаз тизими бузилишларини ҳолатини баҳолаш.

Материал ва текширув усуллари. Тадқиқот учун Андижон ВКТТМ нефрология ва гемодиализ бўлимида назоратда бўлган, ҳамда мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 30 нафар СБК 5-босқичи беморлари олинди. Барча беморларда гемостаз тизимининг бир қатор кўрсаткичлари (фибриноген, тромб синови, халқаро меъёрий муносабат (ХММ), тромбоцитларнинг қайта фаоллашиш вақти (ТҚФВ), D-димер) текширилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Гуруҳдаги беморларда қуйидаги натижалар кузатилди: фибриноген $401,9 \pm 11,8$ мг/л.га ошгани, тромб синови $5,3 \pm 0,08$ даражага кўпайгани, ХММ $0,9 \pm 0,02$ қийматга ва ТҚФВ эса $24,1 \pm 0,19$ сонияга пасайгани, шунингдек, D-димер кўрсаткичини $212,6 \pm 3,69$ нг/литр қийматни ташкил этиб меърнинг юқори чегараси бўсағасида кўтарилгани кузатилди.

Натижаларга аҳамият берсак, гемостаз тизимининг барча кўрсаткичлари қон қовушқоқлигини ошиб бораётганини кўрсатмоқда. Бу эса ўз навбатида тромбоз ривожланиш хавфини оширади.

Хулосалар: СБК 5-босқичи беморларида гемостаз тизими бузилиши юз беради ва ҳолат гиперкоагуляциян жараёнлар томонига силжийди.

Дастурли гемодиализ тадбири беморларда тромбоз ривожланиш хавфини оширади ва оқибатда юрак қон-томир тизими асоратларини кузатилишини ошишига олиб келади.

ЭКСТРОКОРПОРАЛ ДЕТОКСИКАЦИЯ МУОЛАЖАСИДА ТРОМБОЭМБОЛИК АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА АНТИАГРЕГАНТ ТЕРАПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

Мадаминов Ғ.Ғ.

Андижон вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази, Андижон, Ўзбекистон

Сурункали буйрак етишмовчилиги юрак қон-томир касалликлари (ЮҚТК), муҳим хавф омилidir. Умумий популяцияга қараганда, СБК билан хасталанган беморларда ЮҚТК туфайли ўлим даражаси 20-30 баравар юқоридир. Шунингдек, гемодиализ беморларда гемостаз тизимининг бузилишларини рағбатлантирувчи ва оқибатда тромбозлар шаклланишига олиб келувчи

омилдир. Шунинг учун биз дастурли гемодиализ беморларига антиагрегантларни қўллаш билан гемостаз тизими бузилишларини мувофиқлаштириш бўйича изланишларни олиб боришни лозим топдик.

Тадқиқотнинг мақсади. Дастурли гемодиализ беморларида антиагрегант дори воситаларини қўллаш билан гемостаз тизими бузилишларини мувофиқлаштириш.

Материал ва текширув усуллари. Тадқиқот учун Андижон ВКТТМ нефрология ва гемодиализ бўлимида назоратда бўлган, ҳамда мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 40 нафар СБК 5-босқичи беморлари олинди. Беморлар тасодифий 1 (n-20) ва 2 (n-20) қилиб гуруҳларга ажратилди: Фақат 1 гуруҳга Аллтромбосепин 200 мг/сутка (капсуласида 100 мг бўлиб 2 махал) буюрилди. Ҳар икки гуруҳ беморларида гемостаз тизимининг кўрсаткичлари (фибриноген, тромб синови, халқаро меёрий муносабат (ХММ), тромбоцитларнинг қайта фаоллашиш вақти (ТҚФВ), D-димер) даволаниш бошида ва 10 кундан сўнг қайта текширилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Даволаниш бошида икала гуруҳ беморларда фибриноген $401,9 \pm 11,8$ мг/л.га ва тромб синови $5,3 \pm 0,08$ даражага кўпайгани, ХММ $0,9 \pm 0,02$ қийматга ва ТҚФВ эса $24,1 \pm 0,19$ сонияга пасайгани кузатилди. D-димер кўрсаткичи $212,6 \pm 3,69$ нг/литр қийматни ташкил этиб меёرنинг юқори чегараси яқин кўтарилди. Ўн кундан сўнг 1-гуруҳда фибриноген $392,5 \pm 10,7$ мг/л.га ва тромб синови $5,1 \pm 0,07$ даражага пасайгани, ХММ $1,0 \pm 0,02$ қийматга ва ТҚФВ эса $26,7 \pm 0,24$ сонияга ошгани кузатилди. D-димер $192,8 \pm 4,17$ нг/литрга пасайди. 2-гуруҳда эса фибриноген $403,2 \pm 12,3$ мг/литр, тромб синови $5,3 \pm 0,08$ даража, ХММ $0,9 \pm 0,03$ қийматга ва ТҚФВ эса $25,1 \pm 0,17$ сонияни ташкил этди. D-димер кўрсаткичи $214,1 \pm 3,58$ нг/литр қийматда бўлиб ижобий томонга силжиш кузатилмади.

Хулосалар: Экстрокорпорал детоксикация жараёнларида гемостаз тизими бузилишларини рағбатлантирувчи бир қатор инкор этиб бўлмас омиллар мавжуд.

Дастурли гемодиализ беморларида тромбоз хавфини ва ЮҚТТ асоратларини олдини олиш учун антиагрегантларни қўллаш лозим.

ДАСТУРЛИ ГЕМОДИАЛИЗДАГИ БЕМОРЛАРДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ БУЗИЛИШЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Мадаминов Ғ.Ғ., Мунавваров Б.А.

*Андижон вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази, Андижон, Ўзбекистон
Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон*

Сурункали буйрак касаллигининг (СБК) терминал босқичида беморлар ўлимининг асосий сабаби бу юрак-қон томир касалликлари бўлиб, унинг ривожланиши гемостаз тизими бузилишлари туфайли юзага келадиган

тромбоэмболик фаоллик натижасида пайдо бўладиган асоратлар билан боғлиқ. Маълумки, дастурли гемодиализ беморларига экстракорпорал муолажаларни олиб боришда қон реологиясининг ҳолатига салбий таъсир этувчи, гемостаз тизимининг бузилишларини рағбатлантирувчи ва оқибатда тромбозлар шаклланишига олиб келувчи бир қатор инкор этиб бўлмас омиллар мавжуд. Шунинг учун биз дастурли гемодиализ беморларида гемостаз тизими ҳолатини баҳолашни лозим топдик.

Тадқиқотнинг мақсади. Сурункали буйрак касаллигининг терминал босқичи, яъни дастурли гемодиализ беморларида гемостаз тизими ҳолатини баҳолаш.

Материал ва текширув усуллари. Тадқиқот учун Андижон ВКТТМ нефрология ва гемодиализ бўлимида назоратда бўлган, ҳамда мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 30 нафар СБК 5-босқичидаги беморлари олинди. Барча беморларда гемостаз тизимининг бир қатор кўрсаткичлари (фибриноген, тромб синови, халқаро меъёрий муносабат (ХММ), тромбоцитларнинг қайта фаоллашиш вақти (ТҚФВ), D-димер) текширилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Гуруҳдаги беморларда куйидаги натижалар кузатилди: фибриноген $401,9 \pm 11,8$ мг/л.га ошгани, тромб синови $5,3 \pm 0,08$ даражага кўпайгани, ХММ $0,9 \pm 0,02$ қийматга ва ТҚФВ эса $24,1 \pm 0,19$ сонияга пасайгани, шунингдек, D-димер кўрсаткичини $212,6 \pm 3,69$ нг/литр қийматни ташкил этиб, меъёрнинг юқори чегараси бўсағасида кўтарилгани кузатилди.

Натижаларга аҳамият берсак, гемостаз тизимининг барча кўрсаткичлари қон қовушқоқлигини ошиб бораётганини кўрсатмоқда. Бу эса ўз навбатида тромбоз ривожланиш хавфини оширади.

Хулосалар:

1. Терминал босқичдаги СБК беморларида гемостаз тизими бузилиши юз беради ва ҳолат гиперкоагуляцион жараёнлар томонига силжийди.

2. Дастурли гемодиализ тадбири беморлар тромбоз ривожланиш хавфини оширади ва оқибатда юрак қон-томир тизими асоратларини кузатилишини кўпайишига олиб келади.

ГЕМОДИАЛИЗ ТАДБИРЛАРИДА ТРОМБОЭМБОЛИК АСОРАТЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИДА АНТИАГРЕГАНТ ТЕРАПИЯНИНГ ЎРНИ

Мадаминов Ғ.Ғ., Мунавваров Б.А.

*Андижон вилояти қўп тармоқли тиббиёт маркази, Андижон, Ўзбекистон
Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон*

Буйрак функциясининг бузилиши юрак қон-томир касалликлари (ЮҚТК), муҳим хавф омилдир. Умумий популяцияга қараганда, СБК билан хасталанган беморларда ЮҚТК туфайли ўлим даражаси 20-30 баравар юқоридир. Шунингдек, гемодиализ беморларда гемостаз тизимининг бузилишларини рағбатланттирувчи ва оқибатда тромбозлар шаклланишига олиб келувчи омилдир. Шунинг учун биз дастурли гемодиализ беморларига антиагрегантларни қўллаш билан гемостаз тизими бузилишларини мувофиқлаштириш бўйича изланишларни олиб боришни лозим топдик.

Тадқиқотнинг мақсади. Дастурли гемодиализ беморларида антиагрегант дори воситаларини қўллаш билан гемостаз тизими бузилишларини мувофиқлаштириш.

Материал ва текширув усуллари. Тадқиқот учун Андижон ВКТТМ нефрология ва гемодиализ бўлимида назоратда бўлган, ҳамда мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 40 нафар СБК 5-босқичи беморлари олинди. Беморлар тасодифий 1 (n-20) ва 2 (n-20) қилиб гуруҳларга ажратилди: Фақат 1 гуруҳга Аллтромбосепин 200 мг/сутка (капсуласида 100 мг бўлиб 2 маҳал) буюрилди. Ҳар икки гуруҳ беморларида гемостаз тизимининг кўрсаткичлари (фибриноген, тромб синови, халқаро меъёрий муносабат (ХММ), тромбоцитларнинг қайта фаоллашиш вақти (ТҚФВ), D-димер) даволаниш бошида ва 10 кундан сўнг қайта текширилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Даволаниш бошида икала гуруҳ беморларда фибриноген $401,9 \pm 11,8$ мг/л.га ва тромб синови $5,3 \pm 0,08$ даражага кўпайгани, ХММ $0,9 \pm 0,02$ қийматга ва ТҚФВ эса $24,1 \pm 0,19$ сонияга пасайгани кузатилди. D-димер кўрсаткичи $212,6 \pm 3,69$ нг/литр қийматни ташкил этиб меърнинг юқори чегараси яқин кўтарилди. Ўн кундан сўнг 1-гуруҳда фибриноген $392,5 \pm 10,7$ мг/л.га ва тромб синови $5,1 \pm 0,07$ даражага пасайгани, ХММ $1,0 \pm 0,02$ қийматга ва ТҚФВ эса $26,7 \pm 0,24$ сонияга ошгани кузатилди. D-димер $192,8 \pm 4,17$ нг/литрга пасайди. 2-гуруҳда эса фибриноген $403,2 \pm 12,3$ мг/литр, тромб синови $5,3 \pm 0,08$ даража, ХММ $0,9 \pm 0,03$ қийматга ва ТҚФВ эса $25,1 \pm 0,17$ сонияни ташкил этди. D-димер кўрсаткичи $214,1 \pm 3,58$ нг/литр қийматда бўлиб ижобий томонга силжиш кузатилмади.

Хулосалар:

1. Гемодиализ тадбирларида гемостаз тизими бузилишларини рағбатланттирувчи бир қатор инкор этиб бўлмас омиллар мавжуд.

2. Дастурли гемодиализ тадбири беморлар тромбоз ривожланиш хавфини ва ЮҚТТ асоратларини олдини олиш учун антиагрегантларни қўллаш зарур.

РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ МУОЛАЖАЛАРИ ОЛАЁТГАН БЕМОРЛАРДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ҲОЛАТИ

Мадаминов Ғ.Ғ., Мунавваров Б.А.

*Андижон вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази, Андижон, Ўзбекистон
Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон*

Гемодиализ – бу сурункали буйрак касаллиги (СБК) билан хасталанган беморларнинг ҳаёт сифати ва яшовчанлигинини яхшиланишини таъминлайдиган экстракорпорал тадбирдир. Мазкур тадбирларини ўтказишда албатта веноз катетерлар ҳамда артерио-веноз (АВ) фистулалардан фойдаланилади. Йил мобайнида 0,5–2 % веноз катетерли беморларда, 0,1–0,5 % гача АВ фистулали беморларда тромбоз асоратлари кузатилади. Экстракорпорал детоксикация муолажаларини олаётган СБК беморлар ўлимининг асосий сабаби бу юрак-қон томир касалликлари бўлиб, унинг ривожланиши гемостаз тизими бузилишлари туфайли юзага келадиган тромбоземболик фаоллик натижасида пайдо бўладиган асоратлар билан боғлиқ. Маълумки, дастурли гемодиализ беморларига экстракорпорал муолажаларни олиб боришда қон реологиясининг ҳолатига салбий таъсир этувчи, гемостаз тизимининг бузилишларини рағбатлантирувчи ва оқибатда тромбозлар шаклланишига олиб келувчи бир қатор инкор этиб бўлмас омиллар мавжуд. Шунинг учун биз дастурли гемодиализ беморларида гемостаз тизими ҳолатини баҳолашни лозим топдик.

Тадқиқот мақсади.

Режали гемодиализ беморларида гемостаз тизими бузилишлари кўрсаткичларини ўрганиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун Республика ихтисослашган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази Андижон вилояти филиалида назоратда бўлган, ҳамда мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 30 нафар СБК 5-босқичи беморлари олинди. Барча беморларда гемостаз тизимининг бир қатор кўрсаткичлари (фибриноген, тромб синови, халқаро меёрий муносабат (ХММ), тромбоцитларнинг қайта фаоллашиш вақти (ТҚФВ), D-димер) текширилди.

Натижалар ва уларни муҳокамаси.

Гуруҳдаги беморларда қуйидаги натижалар кузатилди: фибриноген $401,9 \pm 11,8$ мг/л.га ошгани, тромб синови $5,3 \pm 0,08$ даражага кўпайгани, ХММ $0,9 \pm 0,02$ қийматга ва ТҚФВ эса $24,1 \pm 0,19$ сонияга пасайгани, шунингдек D-димер кўрсаткичини $212,6 \pm 3,69$ нг/литр қийматни ташкил этиб меёрнинг юқори чегараси бўсағасида кўтарилгани кузатилди.

Натижаларга аҳамият берсак гемостаз тизимининг барча кўрсаткичлари қон қовушқоқлигини ошиб бораётганини кўрсатмоқда. Бу эса ўз навбатида тромбоз ривожланиш хавфини оширади.

Хулосалар:

1. Терминал босқичдаги сурункали буйрак етишмовчилиги беморларида гемостаз тизими бузилиши юз беради ва ҳолат гиперкоагуляцион жараёнлар томонига силжийди.

2. Режали гемодиализ тадбири беморларда тромбоз ривожланиш хавфини оширади ва оқибатда юрак қон-томир тизими асоратларини кузатилишини ошишига олиб келади.

ЭКСТРОКОРПОРАЛ ДЕТОКСИКАЦИЯ МУОЛАЖАЛАРИГА МУҲТОЖ БЕМОРЛАРДА ЮРАК РЕМОДЕЛЛАНИШИ ЎЗГАРИШЛАРИ

Мадаминов Ғ.Ғ.

Андижон вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази, Андижон, Ўзбекистон

Буйрак функциясининг бузилиши юрак қон-томир касалликлари (ЮҚТК), жумладан, юрак ишемик касаллиги, миокард инфаркти, сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) ва ритм бузилишлари ривожланишининг муҳим хавф омилдир. Умумий популяцияга қараганда, СБК билан хасталанган беморларда ЮҚТК туфайли ўлим даражаси 20-30 баравар юқорилиги кузатилади. Кўплаб тадқиқотлар натижаларига кўра, буйрак функциясининг сезиларли пасайиши, бошқа хавф омилларидан қатъи назар, ЮҚТК ривожланиши ва ўлим хавфи ошиши билан боғлиқ. Популяцияда буйрак функцияси сақланган шахсларга қараганда буйрак функционал хусусияти пасайган беморларда ЮҚТК тарқалиши 64% юқори эканлиги исботланган. Шунинг учун биз режали гемодиализ беморларида юрак ремоделланишини баҳолашни лозим топдик.

Тадқиқот мақсади.

Режали гемодиализ беморларида юрак ремоделланиши ўрганиш ва юрак қон-томир дисфункциясини баҳолаш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун Республика ихтисослашган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази Андижон вилояти филиалида назоратда бўлган, ҳамда мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 30 нафар СБК 5-босқичи беморлари олинди. Барча беморларда умумклиник лаборатор таҳлиллар билан бир қаторда эхокардиография текшируви ўтказилди.

Натижалар ва уларни муҳокамаси.

Тадқиқот гуруҳидаги беморларда қуйидаги натижалар кузатилди: ЧҚОДХ $141,5 \pm 7,8$; ЧҚОСХ $65,3 \pm 4,08$; ЧҚОСЎ $5,3 \pm 0,12$; ЧҚОДЎ $3,83 \pm 0,08$; ҚАДҚ $1,05 \pm 0,04$; ЧҚММ $300,8 \pm 22,19$; ҚММИ $212,6 \pm 13,7$; ЗХ $85,3 \pm 4,08$; ЗФ $51,2 \pm 3,1$ қийматни ташкил этиб патологик ўзгаришлар кузатилди. Натижаларга аҳамият берсак эхокардиографияни барча кўрсаткичлари салбий томонга силжиган. Бу эса ўз навбатида юрак дисфункциясини кўрсатмоқда. Шундай экан, терминал босқичдаги сурункали буйрак етишмовчилиги беморларида юрак

ремоделланиши юз беради ва у эхокардиографияда кўрсаткичларнинг салбий томонга силжиши билан намоён бўлади. Режали гемодиализ тадбири ўтказилган сайин юракнинг систолик ва диастолик дисфункцияси оқибатда ЮҚТК сабабли ўлим хавфи ортиб боради.

Хулосалар:

1. Терминал босқичдаги сурункали буйрак етишмовчилиги беморларида юрак ремоделланиши юз беради ва у эхокардиографияда кўрсаткичларнинг салбий томонга силжиши билан намоён бўлади.

2. Режали гемодиализ тадбири ўтказилган сайин юракнинг систолик ва диастолик дисфункцияси оқибатда ЮҚТК сабабли ўлим хавфи ортади.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ И ФОЛАТНОГО ЦИКЛА НА РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Манахов К.М., Дударев М.В., Сарксян Д.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

Актуальность проблемы. Острое повреждение почек (ОПП) является основным клиническим проявлением геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС), определяется повышением уровня креатинина крови и снижением диуреза и выявляется в 80-90% случаев заболевания. Одним из патогенетических звеньев поражения органов, в том числе, почек, является нарушение свертывающей системы крови и нарушение функции эндотелия.

Ранее проведенные исследования указывают на снижение показателей антиагрегационной, антикоагуляционной и фибринолитической активности эндотелия наиболее выраженное в микрососудистом русле, выраженность изменений пропорциональна тяжести заболевания. Среди маркеров эндотелиальной дисфункции наиболее изученными являются эндотелин-1, сывороточный эндотелиальный фактор роста, тканевый активатор плазминогена, ингибитор активации плазминогена, VE-кадгерин, сосудистая молекула межклеточной адгезии (VCAM-1). Среди наиболее изученных маркеров эндотелиальной дисфункции в течении ГЛПС было установлено снижение активности эндотелина-1 и VE-кадгерина; увеличение продукции оксида азота, активности ангиотензин-превращающего фермента, ренина плазмы крови, сосудистой молекулы межклеточной адгезии (VCAM-1). Кроме того, была установлена предрасполагающая роль генотипа *T/*T гена VE-кадгерина 1550 T/C к тяжелому течению заболевания. Нарушения сосудисто-тромбоцитарного звена характеризуются снижением количества тромбоцитов при повышении их активности, увеличением активности интегрального

цитоплазматического фермента 5-нуклеотидаза и тромбоцитарного фактора 4. Нарушения коагулянтного звена гемостаза характеризовались увеличением протромбинового индекса, фибриногена, антитромбина III, растворимого фибрин-мономерного комплекса, продуктов деградации фибрина, уменьшением активированного частичного тромбопластинового времени в олигурическом периоде при средней степени тяжести заболевания. Следует отметить динамичность изменений, происходящих в системе свертывания крови, поэтому с целью прогнозирования поражения почек наиболее перспективным представляется изучение генов свертывающей системы крови и фолатного цикла.

Цель исследования. Проанализировать влияние полиморфизма генов свертывающей системы крови и фолатного цикла на развитие ОПП при ГЛПС.

Материалы и методы. В работу включены 43 пациента в возрасте 40,0[34,0;49,0] лет, проходившие лечение в Республиканской клинической инфекционной больнице г. Ижевска. в весеннее-летний период 2019г. Критериями включения являлись – серологическое подтверждение диагноза ГЛПС, возраст 21-60 лет, отсутствие хронической соматической патологии, курения и злоупотребления алкоголем.

Молекулярно-генетический анализ геномной ДНК больных производили при взятии контрольных анализов крови при выписке из стационара из клеток периферической крови с помощью набора реагентов «РеалБест Экстракция 100». Для определения полиморфизмов генов использовали набор реагентов «РеалБест-Генетика Гемостаз (12)». Всего проанализирован однонуклеотидный полиморфизм (SNP) 12 генов, имеющих значение для функционирования свертывающей системы крови, фибринолиза, сосудистой стенки и тромбоцитов.

Генотипирование производили методом мультиплексной ПЦР в режиме реального времени с конформационно-блокированными зондами. Использовали регистрирующий амплификатор «CFX96» (фирма «Bio-Rad», США).

Клинико-лабораторные данные сохраняли в базе данных Microsoft Office Excel, для статистического анализа использовали лицензированную программу SPSS 22.0; уровень значимости различия между группами определяли с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни (для количественных переменных) и точного критерия Фишера (для качественных переменных).

Результаты. Развитие ОПП наблюдалось у 40 пациентов (93,02% случаев), состояние 3 пациентов требовало перевода на процедуру гемодиализа. У больных без ОПП относительно пациентов с ОПП реже встречалась аллель T гена ITGB3:1565 T/C (50,0% и 86,25% случаев, $p=0,0204$), не выявлялся генотип A/A (0,0% и 60,0% случаев, $p=0,0436$) и реже выявлялся аллель A (16,67% и 77,5% случаев, $p=0,0012$) гена MTHFR: 1298 A/C, реже выявлялся аллель G гена MTRR: 66 A/G (0,0% и 57,5% случаев, $p=0,0065$); чаще выявлялся генотип C/C (33,33% и 2,5% случаев, $p=0,0145$) и аллель C (50,0% и 13,75% случаев, $p=0,0204$) гена ITGB3:1565 T/C, чаще выявляется генотип C/C (66,67% и 5,0% случаев, $p=0,0004$) и аллель C (83,33% и 22,5% случаев, $p=0,0012$) гена MTHFR:

1298 A/C, чаще наблюдается аллель А (100,0% и 42,5% случаев, $p=0,0065$) и генотип А/А (100,0% и 17,5% случаев, $p=0,0011$) гена MTRR: 66 A/G.

Установлены различия встречаемости генотипов у пациентов ГЛПС без ОПП и с ОПП различных классов (ОПП класса R развивалось в 11 случаях, класса I – в 9 случаях, класса F – в 20 случаях). В отличие от больных ГЛПС без ОПП у больных с ОПП класса R не встречается генотип T/T гена ITGA2:807C/T (0% и 33,33%, $p=0,0469$), не встречается генотип C/C (0% и 66,67%, $p=0,0034$) и редко встречается аллель С (18,18% и 83,33%, $p=0,0025$) гена MTHFR:1298A/C, редко встречается генотип А/А (9,09% и 100,0%, $p=0,002$) и аллель А (40,91% и 100,0%, $p=0,0101$) гена MTRR: 66 A/G; чаще встречается аллель А гена MTHFR: 1298 A/C (81,82% и 16,67%, $p=0,0025$), аллель G гена MTRR: 66 A/G (59,09% и 0%, $p=0,0101$). У пациентов ГЛПС с ОПП класса I относительно пациентов без ОПП редко выявляется генотип G/A гена F7:10976 G/A (11,11% и 66,67%, $p=0,041$), аллель С гена MTHFR: 1298 A/C (16,67% и 83,33%, $p=0,0027$), аллель А (33,33% и 100,0%, $p=0,0047$) и генотип А/А (11,11% и 100,0%, $p=0,0047$) гена MTRR: 66 A/G, генотип 4G/4G гена PAI-1:-675 5G/4G (33,33% и 100,0%, $p=0,0455$); чаще выявляется аллель А (83,33% и 16,67%, $p=0,0027$) и генотип А/А (77,78% и 0%, $p=0,018$) гена MTHFR:1298A/C, аллель G гена MTRR: 66 A/G (66,67% и 0%, $p=0,0047$), генотип 5G/4G гена PAI-1:-675 5G/4G (66,67% и 0%, $p=0,0455$). Выявлено, что у пациентов ГЛПС с ОПП класса F относительно пациентов без ОПП не встречается генотип А/А гена FGB:455G/A (0% и 33,33%, $p=0,0083$), отсутствует генотип C/C (0% и 33,33%, $p=0,0083$) и редко встречается аллель С (7,5% и 50,0%, $p=0,0039$) гена ITGB3:1565T/C, редко встречается аллель С (27,5% и 83,33%, $p=0,0074$) и генотип C/C (5,0% и 66,67%, $p=0,0031$) гена MTHFR: 1298 A/C, аллель А (47,5% и 100,0%, $p=0,0161$) и генотип А/А (25,0% и 100,0%, $p=0,011$) гена MTRR: 66 A/G; чаще встречается аллель T (92,5% и 50,0%, $p=0,0039$) и генотип T/T (85,0% и 33,33%, $p=0,0431$) гена ITGB3:1565T/C, аллель А гена MTHFR: 1298 A/C (72,5% и 16,67%, $p=0,0074$), аллель G гена MTRR: 66 A/G (52,5% и 0,0%, $p=0,0161$).

Генетических маркеров, предрасполагающих к тяжелому поражению почек, требующих перевода больного на гемодиализ не выявлено.

Выводы:

- аллель T гена ITGB3:1565 T/C, генотип А/А и аллель А гена MTHFR: 1298 A/C, аллель G гена MTRR: 66 A/G чаще выявляются при развитии ОПП;

- генотип C/C и аллель С гена ITGB3:1565 T/C, генотип C/C и аллель С гена MTHFR: 1298 A/C, аллель А и генотип А/А гена MTRR: 66 A/G реже выявляются при развитии ОПП;

- при ОПП класса R не встречается генотип T/T гена ITGA2:807C/T, генотип C/C, редко встречаются аллель С гена MTHFR:1298A/C, генотип А/А и аллель А гена MTRR: 66 A/G; чаще встречается аллель А гена MTHFR: 1298 A/C, аллель G гена MTRR: 66 A/G.

- при ОПП класса I редко выявляется генотип G/A гена F7:10976 G/A, аллель С гена MTHFR: 1298 A/C, аллель А и генотип А/А гена MTRR: 66 A/G,

генотип 4G/4G гена PAI-1:-675 5G/4G; чаще выявляется аллель А и генотип А/А гена MTHFR:1298A/C, аллель G гена MTRR: 66 A/G, генотип 5G/4G гена PAI-1:-675 5G/4G.

- при ОПП класса F не встречаются генотип А/А гена FGB:455G/A, генотип С/С и редко встречаются аллель С гена ITGB3:1565T/C, аллель С и генотип С/С гена MTHFR: 1298 A/C, аллель А и генотип А/А гена MTRR: 66 A/G; чаще встречаются аллель Т и генотип Т/Т гена ITGB3:1565T/C, аллель А гена MTHFR: 1298 A/C, аллель G гена MTRR: 66 A/G.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЕ РЕНАЛЬНОЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХБП

Мирзаева Б.М., Худойбердиева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

В последние десятилетия терминальная стадия хронической болезни почек (ХБП) является актуальной проблемой здравоохранения. Высокий уровень финансовых затрат, тот факт, что социально-медицинские проблемы не вовлекают всех пациентов в программный гемодиализ, тот факт, что каждый год в четыре раза увеличивается количество людей, нуждающихся в гемодиализ. В развитых странах «... терминальная стадия хронической болезни почек периодически увеличивается, и доля риска развития смерти среди пациентов старше 55 лет высока. Это в свою очередь, увеличивает смертность среди больных ХБП на 23,4% ...». На ранних стадиях хронической болезни почек существует риск развития ренальной остеодистрофии из-за нарушения минерального обмена. Развитие трансплантации почек в медицине сегодня «... не исключает риска смерти и патологического повреждения в результате уремической кардиопатии и уремической остеодистрофии...». В мире для повышения эффективности совершенствования ренальной остеодистрофии и путей ее лечения у пациентов, получающих гемодиализ в терминальной стадии хронической почечной недостаточности.

Целью исследования является оптимизация ранней диагностики деминерализации костной системы и лечение остеопороза у пациентов, получающих программный гемодиализ на пятой стадии хронической болезни почек.

Материал и методы. В исследование были включены 78 больной ГХБП (мужчин – 53 человека - 60,83%), получающих гемодиализ в течение 24 месяцев. Средний возраст больных составил 38,13±12,16лет. Этиологически когорта больных, включенных в исследование была разнообразна при значительном преобладании хронического гломерулонефрита (ХГН) в качестве причины ХБП (62 больных – 77,5%), второе место среди причин ХБП занимал хронический пиелонефрит (ХПН, 12 больных – 23,33%), остальные причины встречались с единичной частотой. Больные ХГН были значительно моложе, чем больные ХПН. Анемия была диагностирована у 51 больного (59,17%).

Наблюдение продолжалось 6 месяцев, за это время 8 больных умерло (6,67%), у 1 больного развился сепсис с летальным исходом. Этиологическая структура когорты умерших больных не отличалась от общей выборки (2 больных ХПН и 6 – ХГН, хи квадрат с этиологической структурой всей выборки=0,000813, $p>0,05$). Денситометрия проводилась на аппарате мультисрезовой спиральной компьютерной томографии с использованием технологии DXA. Изучалась плотность поясничных позвонков (средняя) и шейки бедренной кости (общая).

Результаты. После первичного обследования больные случайным образом были распределены на 2 группы с введением в схему терапии фосфатбиндера севеламера гидрохлорида (группы С и С-). В процессе терапии были выявлены различия динамики параметров фосфорно-кальциевого обмена. В группе С-отмечалось ухудшение показателей: недостоверное увеличение концентрации фосфора и кальция привело к достоверному увеличению фосфорно-кальциевого произведения. В связи с признаками метаболически активной остеодистрофии больным применялся бифосфонат, снижение экскреции препарата и возможные токсические проявления, связанные со снижением СКФ ниже 30мл/мин нивелировались применением программного гемодиализа. В процессе наблюдения у 2-х больных отмечалась тошнота, связанная с применением бифосфоната, в связи, с чем доза препарата была снижена без полной отмены.

Заключение. Изучение минеральной плотности костей у больных ГХБП, снижение которой отражает синдром ренальной остеодистрофии, развивающийся в ответ на вторичный гиперпаратиреоз, на фоне терапии остеопороза (бифосфонат, вит Д3, кальция карбонат) продемонстрировало улучшение показателей, однако введение в схему терапии севеламера гидрохлорида достоверно увеличило эффективность коррекции костно-минеральных нарушений.

У больных ХБП на фоне программного гемодиализа отмечается снижение минеральной плотности костной ткани (в 1,93 раза тел поясничных позвонков и в 2,83 раза шейки бедренной кости). Применение кальция карбоната, бифосфоната и витамина Д3 способствует увеличению минеральной плотности шейки бедренной кости на 8,64% ($p<0,05$). Введение в схему терапии севеламера гидрохлорида увеличивает эффективность терапии и повышению минеральной плотности тел поясничных позвонков на 5,96% ($p<0,05$) и шейки бедренной кости на 14,04% ($p<0,05$).

ОСОБЕННОСТИ КАЛЬЦИЙ - ФОСФОРНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК V СТАДИИ

Мирзаева Б.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность исследования: коронарная кальцификация у больных хронической болезнью почек (ХБП) ассоциируется с увеличением заболеваемости и смертности [Guégin] и является их независимым предиктором.

Накопление кальция может происходить в интимае и меди. Интимальная кальцификация связана с нарушением эндотелиальной функции, ассоциируется с развитием и прогрессированием атеросклероза и нестабильностью атеросклеротических бляшек [Mizobuchi M 2009]. Кальцификация меди не сопровождается сужением просвета сосудов, однако увеличивает жесткость сосудистой стенки.

Цель исследования: изучить особенности кальций-фосфорного обмена в аспекте кальцификации коронарных артерий у больных хронической болезнью почек V стадии (ХБП Vд), находящихся на лечении программным гемодиализом.

Материал и методы: в исследование были включены 36 больных ХБП Vд, длительность гемодиализа не менее 3-х месяцев. Всем больным на 2-й день после гемодиализа определялась концентрация в периферической крови кальция, фосфора, паратгормона, активность щелочной фосфатазы, а также проводилось мультислайсовая компьютерная томография (МСКТ) грудной клетки по программе Ca-score с определением массы и объема коронарного кальция и индекса Агатстона. В качестве группы сравнения обследовано 20 здоровых добровольцев сопоставимого возраста без признаков патологии выделительной системы (КГ).

Результаты исследования и обсуждение: клиническая характеристика больных, включенных в исследование. Средний возраст больных, включенных в исследование, составил $36,22 \pm 3,28$ лет. Преобладали мужчины (21 больной – 58,33%). Этиологической причиной ХБП у 22 больных (61,11%) был хронический гломерулонефрит, у 8 (22,22%) – хронический пиелонефрит, первичный и вторичный вследствие мочекаменной болезни, у 2 больных (5,56%) – поликистоз почек и у 4 больных (11,11%) – волчаночный нефрит. Средний уровень креатинина крови у больных на 2-й день после гемодиализа был $660,18 \pm 75,51$ мкмоль/л (против $78,15 \pm 3,12$ мкмоль/л в КГ, $p < 0,001$). Всем больным, включенным в исследование, как и представителям КГ была проведена МСКТ Ca-score (табл.2). Кальций в коронарных артериях был обнаружен у 32 больных в группе ХБП Vд (88,89%) и у 2-х представителей КГ (10%, достоверность частотного различия между группами хи квадрат=33,43, $p < 0,001$). Топически наиболее подверженной коронарной кальцификации оказалась передняя межжелудочковая артерия (в группе ХБП Vд – 814 (62,76%) бляшек, в КГ – 5 (83,33%) бляшек), далее по пораженности следуют правая коронарная артерия (311 (23,98%) и 1 (16,67%) бляшек, соответственно), огибающая артерия (151 (11,64%) и 0) и ствол левой коронарной артерии (21 (1,62%) и 0, различия распределения бляшек по коронарным артериям между группами хи квадрат=1,33, $p > 0,05$ - нд).

Выводы: в нашем исследовании у больных ХБП Vд обнаружено значительная коронарная кальцификация, выраженность которой коррелирует с нарушением фосфорно-кальциевого обмена (увеличение концентрации паратгормона, фосфора, фосфорно-кальциевого произведения и активности щелочной фосфатазы), и не коррелирует с возрастом больных, что является

подтверждением роли ХБП в кальцификации коронарных сосудов и, косвенно, в увеличении сердечно-сосудистого риска.

FEATURES OF CALCIUM-PHOSPHORUS DISORDER IN PATIENTS WITH STAGE 5 CHRONIC KIDNEY DISEASE RECEIVING HEMODIALYSIS

B.M. Mirzaeva, J. A. Nazarov

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent

It is known that in patients with CKD on renal replacement therapy, calcification of blood vessels and heart valves develops much more often than in the general population, which leads to increased mortality. Information about risk factors for valvular calcification. Patients with CKD are more likely than the general population to have heart failure. It is traditionally believed that hemodynamic factors play a leading role in its development. Recently, evidence has been obtained of an increased risk of developing cardiovascular pathology already in the very early stages of CKD, with a decrease in the glomerular filtration rate to 75 ml/min. Recently, seemingly paradoxical data have been obtained that osteoporosis and damage to the cardiovascular system in the general population of the population are interrelated pathological processes, but the mechanism of this relationship has not been studied and remains unclear to date.

Purpose of the study: to study the features of vascular wall remodeling in patients with chronic kidney disease (CKD) who are treated with program hemodialysis.

Material and Methods: The study included 42 patients with CKD C5 (mean age 47.44 ± 5.04 years) who had been on program hemodialysis for at least 6 months. All patients underwent an examination, including multislice spiral computed tomography (MSCT) with an assessment of the calcium content in the coronary arteries (Agatston index), ultrasound examination of the carotid arteries with the determination of the thickness of the intima-media complex, the degree of endothelium-dependent vasodilation in a sample with a 5-minute compression of the brachial artery and determining the change in the diameter of the brachial artery. The data obtained (presented as the arithmetic mean and its standard error) were compared with normal values characteristic of a healthy population.

Results of the study: in patients included in the study, there was an accumulation of calcium in the coronary vessels with an average Agatston index of 146.83 ± 13.26 units. Also, in the course of MSCT, calcifications in the aortic wall were found in 42 out of 36 patients. The intima-media complex in CKD patients was significantly increased and averaged 1.21 ± 0.06 mm. The degree of endothelium-dependent vasodilation in CKD patients was reduced and amounted to $5.48 \pm 0.03\%$ of the initial diameter of the brachial artery. Correlation analysis revealed significant positive correlations of medium strength between the Agatston index value, the thickness of the intima-media of the carotid artery complex and the concentration of

parathyroid hormone in the peripheral blood ($r=+0.58$, $p<0.05$ with the Agatson index and $r=0.42$, $p<0.05$ with the thickness of the intima-media complex), as well as a significant negative relationship between the product of the concentration of calcium and phosphorus in the peripheral blood and the degree of endothelium-dependent vasodilation ($r=-0.49$, $p<0.05$).

Conclusion. Stage 5 CKD and program hemodialysis is associated with pronounced remodeling of the vascular wall, which is expressed in the progression of atherosclerotic lesions, calcium accumulation and impaired functional state of the endothelium - a decrease in endothelium-dependent vasodilation, which correlates with the degree of secondary hyperparathyroidism.

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Мирзаева Б.М. Газиева Х.Ш., Валиев А.А., Нигманов Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования: Хроническая болезнь почек (ХБП) в терминальной стадии приводит к тяжелому метаболическому поражению костей, которое нередко осложняется остеопорозом и переломами. Остеопороз — это состояние, характеризующееся низкой костной массой, что приводит к снижению прочности костей и повышенному риску переломов. У пациентов с ХБП это является частью более широкого спектра метаболических проблем с костями. Многочисленные эпидемиологические исследования, проведенные среди населения в целом, выявили несколько факторов риска развития остеопороза, включая пожилой возраст, женский пол, белую расу, снижение потребления кальция, терапию, подавляющую кислотность желудка, малоподвижный образ жизни, преждевременную потерю функции гонад, снижение секреции эстрогена, худощавое телосложение. Наряду с детерминантами различных аспектов почечной остеодистрофии (ПН), таких как вторичный гиперпаратиреоз, остеомалация или адинамическая болезнь костей, остеопороз не является необычным заболеванием костей у пациентов с ХБП. В последние годы были разработаны и внедрены современные принципы диагностики и лечения остеопороза, основанные на измерении минеральной плотности кости (МПК) с помощью УЗИ денситометрия и рентгеновской– денситометрии оценке риска остеопоретических переломов. Для своевременного проведения профилактических мероприятий хорошо очерченные факторы риска остеопороза и переломов.

До сих пор ставятся под сомнение возможности УЗИ денситометрия и рентгеновской– денситометрии в оценке риска переломов у больных с ХБП и остаются малоизученными возможности этого метода исследования в оценке прогноза больных, получающих лечение гемодиализом.

Цель исследования: изучить возможности современной денситометрии в оценке риска переломов у больных, страдающих терминальной стадией

хронической болезни почек, а также изучить влияние показателей минеральной плотности костей (МПК) на долгосрочный прогноз больных, получающих лечение гемодиализом.

Материалы и методы: были обследованы 100 пациентов от 45 до 75 лет, которые находились на стационарном лечении. Средний возраст составлял 62 года, из них 54,2% - женщины и 45,8% мужчины. Всем пациентам, включенным в исследование, было проведено общеклиническое обследование, клинический и биохимический анализ крови. СКФ измеряли путем сбора 24-часовой мочи пациента. Пациенты были разделены на три группы А, В и С в зависимости от тяжести заболевания почек по клиренсу креатинина. Каждая группа состоит из сопоставимых по возрасту и полу пациентов с ХБП III, IV и V стадии соответственно. Пациенты группы А имели значения СКФ от 30 до 59 мл/т, группы В от 15 до 29 мл/мл и группы С менее 15 мл/мл. ПТГ измеряли методом хемилюминесцентного иммунного анализа (ХЛИА). Уровень витамина D измеряли методом иммуноферментного анализа (ИФА). МПК измеряли с помощью двухэнергетической рентгеновской в поясничном отделе L1-L4 позвонков. Результаты BMD, полученные по T-баллу и по Z-баллу. Z-показатель представляет собой количество стандартных отклонений от среднего значения здорового возраста и пола, соответствующих нормальной популяции, что позволяет сравнивать МПК между пациентами разного возраста и пола. T-показатель — это число стандартных отклонений от среднего показателя здорового молодого взрослого населения (20–40 лет); он используется для определения остеопении (от -1,0 до -2,5 балла T) и остеопороза (менее -2,5 балла T).

В конце исследования данные выражали как среднее значение \pm 1 стандартное отклонение или диапазон. Значения вероятности $<0,05$ считались значимыми во всех анализах. Корреляции были проверены с использованием корреляционного анализа Спирмена.

Следует отметить, что ни один из этих факторов не привел к достоверному увеличению частоты встречаемости остеопении или остеопороза, а также нетравматических переломов у пациентов ХБП.

Результаты исследования. Наиболее частой причиной ХБП был сахарный диабет, за которым следовали хронический гломерулонефрит, артериальная гипертензия. Менее частая этиология включала поликистоз почек у взрослых, обструктивную уропатию и почечный амилоидоз. Средний индекс массы тела в трех группах составил 23,1, 22,9 и 22,0 и не имел статистической разницы. Как и ожидалось, средние уровни сывороточного фосфата, сывороточной щелочной фосфатазы и ПТГ неуклонно повышались по мере прогрессирования ХБП со статистическими различиями между тремя группами. С другой стороны, средние скорректированные уровни кальция и витамина D в сыворотке постепенно снижались в группах А, В и С. Средние значения ПТГ в сыворотке в группах А, В и С составляли $137,16 \pm 109,85$, $265,02 \pm 132,03$ и $328,14 \pm 119,23$ пг/мл. , соответственно, и имело место статистически значимое увеличение среднего уровня ПТГ от группы А к группе С ($p < 0,05$). Средний

уровень витамина D в группе А составил $38,14 \pm 15,73$, $31,16 \pm 17,91$ в группе В и $21,92 \pm 13,00$ в группе С. Средний уровень витамина D имел тенденцию к снижению от группы А к группе С ($p < 0,05$). Денситометрический анализ кости выявил прогрессирующее снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) с ухудшением функции почек. Как Т-показатель, так и Z-показатель неуклонно снижались по мере прогрессирования стадии ХБП. Z-показатель для группы А, группы В и группы С составил $1,11 \pm 2,39$, $0,87 \pm 2,66$ и $-0,92 \pm 1,59$ соответственно. Точно так же Т-показатель для трех групп составил $0,47 \pm 2,34$, $-0,4 \pm 2,00$ и $-1,524 \pm 1,42$. Существовала статистически значимая разница в Т-показателях и Z-показателях групп А, В и С. Распространенность как остеопении, так и остеопороза увеличивалась с прогрессированием почечной недостаточности. В группу А (стадия III) вошли 16 пациентов с нормальной плотностью костной ткани по определению ВОЗ и 9 пациентов со сниженной плотностью костной ткани (у 5 пациентов была остеопения, у 4 — остеопороз). Группу В (IV стадия ХБП) составили 12 пациентов с нормальной плотностью костной ткани, 10 пациентов с остеопенией и 3 пациента с остеопорозом. При корреляционном анализе выявлена статистически значимая связь между СКФ и скорректированным уровнем кальция в сыворотке, витамином D, иПТГ, уровнем фосфатов в сыворотке. Скорректированные уровни кальция и витамина D в сыворотке положительно коррелировали с СКФ, в то время как иПТГ и фосфат отрицательно коррелировали. Как Т-показатель, так и Z-показатель положительно коррелировали с СКФ. При дальнейшем анализе, когда изучалась связь между BMD (Z-score) и витамином D, наблюдалась статистически значимая положительная корреляция. Отрицательная корреляция между Z-показателем и иПТГ.

Выводы: Таким образом, ХБП тесно ассоциирована с остеопорозом. В заключение следует отметить, что на ранних стадиях ХБП (СКФ < 60 мл/мин) наблюдается состояние пониженной плотности костной ткани, оцениваемое по сниженным уровням МПК, повышенной распространенности остеопороза и повышенному риску переломов, которое ухудшается по мере прогрессирования ХБП. Метаболические нарушения в виде гипокальциемии, гиперфосфатемии, повышения уровня ПТГ в сыворотке крови, снижения уровня 1,25-дигидроксивитамина D начинаются задолго до явного остеопороза. Данное исследование демонстрирует наличие взаимосвязи между хроническим воспалением и снижением костной плотности. Полученные данные требуют проведения более масштабных исследований для изучения и выявления причинно-следственных связей между хроническим воспалением и нарушенной минеральной плотности костей у пациентов на диализе.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ III БОСҚИЧИДА РЕНАЛ ОСТЕОПОРОЗ ВА КАЛЬЦИЙ-ФОСФОР МУВОЗАНАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ЎЗГАРИШИ

Мунавваров Б.А., Барноев Х.Б.

Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон

Сурункали буйрак етишмовчилигининг (СБЕ) ҳар бир патогенетик бўғинларини самарали коррекция қилиб жараённи кечишини секинлаштириш, шунингдек, бемор ҳаёт сифатини яхшилаш ва умрини узайтириш айти пайтда соҳа мутахассисларининг олдиға қўйилган энг асосий мақсадларидан биридир. СБЕнинг ҳар бир патогенетик бўғини жараённи чуқурлаштиришда ўз таъсирини ўтказмай қўймайди. Жумладан, фосфор-кальций мувозанатининг бузилиши ва ренал остеопороз ҳам СБЕнинг жадаллаштирувчи омиллардан биридир. Ренал остеопороз билан боғлиқ суякларда оғрик бўлиши, синишға мойиллик туғилиши ва бошқа тана склети билан боғлиқ дискомфортлик одатда сурункали буйрак касаллигининг (СБК) IV босқич охири ва асосан V босқичда намоён бўлади. Бироқ СБЕнинг нисбатан эрта босқичлари, яъни СБКнинг III-босқичида организмда фосфор-кальций мувозанати сезиларли даражада бузилади. Шунинг учун биз СБК III-босқичида кальций-фосфор мувозанати кўрсаткичларини беморларда ўрганиш ва уни муҳокама қилишни лозим топдик.

Материал ва услублар. Тошкент тиббиёт академияси (ТТА) III-клиникаси Республика нефрология илмий-амалий марказида 20 нафар СБКнинг III-босқичида бўлган беморларда қон зардобида ионлашган кальций, фосфор, паратгормон (ПТГ) ва суяк ишқорий фосфатаза (СИФ) текширилди. Гуруҳдагиларнинг ўртача ёши $35 \pm 12,2$ ёш, яъни текширувға ёши 50 дан ошган ва 20 дан кичиклар ҳамда буйрак-тош, тизимли ва қандли диабет касаллиги бор беморлар олинмади. Лаборатор таҳлиллар ТТА биологик кимё кафедраси қошидаги илмий лабораторияда ва РИ Эндокринология ИАТМ РИА лабораториясида бажарилди. Гуруҳдаги беморларни барчаси билак суягида денситометриядан ўтказилди.

Натижалар муҳокамаси. СБКнинг III-босқичи кечаётган беморлар қон плазмасида кальций ўртача қийматда 1.92 ± 0.18 (ммоль/л) пасайгани (қийматлар тебраниши 1.82-2.44), фосфор ўртача қийматда 1.74 ± 0.28 (ммоль/л) миқдорға ошгани кўрилди (қийматлар тебраниши 1.41-2.02). Натижаларға кўра, СБК 3-босқичида кальций меъёрдан жуда оз миқдорда камайган ва фосфор ҳам шу тариқа ошган. Бу ҳолат жараённи ҳали тўла жадаллашмагани учун эмас, балки кальций фосфат тузи пайдо бўлиш жараёни бошлангани ҳисобига кальций ва фосфор миқдори нормаға яқин турипти. Айнан кальцийни меъёрға яқин бўлиши эса бу суяк резорбциясини бошланганидан далолат беради. Бу фикрни зардобда ПТГ ва СИФ миқдорини ошгани ҳам тасдиқлайди. Яъни гипокальциемия ҳолати ПТГни $102.4 \pm 41,8$ пг/мл.ға оширди ва бу жараён суяклар резорбциясини кучайтириб СИФ миқдорини $71.5 \pm 21,4$ ЕД/л.ға кўтарилишиға олиб келди. Шунингдек, қон зардобида кальций ва фосфор

микдорини меъёрдаги микдор қийматлар билан тебраниши бу шу босқичда ПТГнинг ошиши ва унинг таъсирида суяклар резорбциясини кучайиши яъни ренал остеодистрофиянинг бошланиши билан изоҳланади. Денситометрия текшируви T индекс 2.18 ± 0.22 ва Z индекс 2.04 ± 0.26 қийматни кўрсатди. Ҳамма беморда остеопения ҳулосасини бермоқда.

Хулосалар:

1. СБК III-босқичда қон зардобда кальций-фосфор мувозанати кўрсаткичлари бузилади ва клиник манзараси намоён бўлмасда ренал остеодистрофия бошланади.

2. СБК III-босқичда қон зардобда кальций ва фосфор микдорини меъёрдаги қийматлар билан тебраниши бу кальций-фосфор мувозанатидаги ПТГ ва СИФ кўрсаткичларини ҳаракатга келгани, шунингдек, ренал остеопорозни бошлангани билан боғлиқдир.

3. СБК III-босқичда беморлардаги ренал остеодистрофияни қон зардобда ионлашган кальций, фосфор, ПТГ ва СИФ микдорини текшириш ва денситометрия қилиш билан ташхислаш мумкин.

РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РАЗВИТИИ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕН ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОЦЕДУР

Муминов Ш.К., Нигманов Б.Б., Даминов А.Б.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Выявить роль сахарного диабета в развитии контраст-индуцированной (КИН) нефропатии у больных при проведении рентген эндovasкулярных процедур (РЭП).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 130 больных ИБС, которым проводились рентгенэндovasкулярные процедуры (РЭП) с использованием контрастного препарата юнигексон. Средний возраст больных составил $55,69 \pm 1,27$ лет, среди них мужчин было 73, женщин 57 человека, что составило соответственно 55,3% и 44,7% от общего количества больных. Сахарный диабет был выявлен у 73 больных (49%). Для выделения больных, у которых РЭП в послеоперационном периоде осложнилась КИН на 1, 2, 3, 5, 7 и 10 сутки проводилось динамическое определение сывороточной концентрации креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации. По результатам все больные были распределены на 2 группы – больные с неосложненным послеоперационным периодом РЭП (группа КИН-, 99 больных, 66%) и больные, у которых развилась контраст индуцированная нефропатия (группа КИН+, 51 больных, 34%). В качестве контрольной группы обследовано 20 здоровых добровольцев. Достоверность межгрупповых

сравнений проводилась с использованием критерия Стьюдента для парных и непарных различий.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что в группе больных, у которых развилась КИН достоверно больше лиц, у которых ИБС развилась на фоне сахарного диабета II типа ($p < 0,05$), что, вероятно объясняется их склонностью к развитию диабетической микроангиопатии, одним из вариантов которой является нефропатия. Изучение гликемических особенностей у больных ИБС, включенных в исследование продемонстрировало, что среди больных СД, у которых развилась КИН уровень гликемии достоверно выше, чем у больных с неосложненным течением РЭП ($p < 0,05$ для тощачковой и $p < 0,001$ для постпрандиальной гликемии), то есть более высокий уровень гликемии у больных ИБС группы КИН объясняется не только большим количеством больных СД, но и его меньшим контролем. Параллельно с более высокой гликемией, больные СД группы КИН+ отличались и более выраженной урикемией ($p < 0,01$). Увеличенная относительная плотность мочи у больных СД группы КИН+ по сравнению с больными КИН- ($p < 0,05$) объясняется осмотическим эффектом глюкозурии.

Выводы. Таким образом, наличие фонового СД, и особенно его декомпенсация является фактором риска развития КИН после проведения РЭП.

ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ИБС

Муминов Ш.К., Нигманов Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность исследования: внутрикоронарный тромбоз и сопутствующий риск ишемии или инфаркта миокарда могут возникнуть вскоре после чрескожного коронарного вмешательства с имплантацией стента. Травма коронарного эндотелия (при воздействии тканевых факторов на кровь) и установка металлических (которые являются прокоагулянтами) стентов являются причиной. Тромбоз стента может быть опасным для жизни событием. (См. "Тромбоз стента коронарной артерии: клиническая картина и лечение" и "Тромбоз стента коронарной артерии: частота и факторы риска"). Для снижения риска используется антитромботическая терапия, включающая как антитромбоцитарные, так и антикоагулянтные препараты.

Цель исследования. Приверженность к приему антикоагулянтов является одним из ключевых компонентов эффективной профилактики тромбоэмболических осложнений. Оценка комплаентности пациентов пенсионного возраста, которым назначали прямые оральные антикоагулянты (ПОАК) по поводу неклапанной фибрилляции предсердий (ФП), и выяснение причин ее снижения.

Материалы и методы. В ходе исследования осуществляли наблюдение за 244 пациентами с острым коронарным синдромом. В зависимости от вида

принимаемых оральных антикоагулянтов все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — 124 человека, которые принимали ПОАК; 2-я группа — 120 человек, которые принимали варфарин и наблюдались в системе централизованного мониторинга международного нормализованного отношения (МНО). Срок наблюдения составил 1 год.

Результаты. Через 1 год от момента назначения препаратов назначения врача соблюдали только 22,6% пациентов 1-й группы; во 2-й группе пациентов никто не прекратил прием варфарина, что указывало на более высокую приверженность к терапии.

Выводы. Одним из способов повышения качества и безопасности антитромботической терапии у пациентов, принимающих антагонисты витамина К, является внедрение в клиническую практику системы централизованного мониторинга МНО, которая представляет собой новую клиничко-лабораторную модель дистанционного взаимодействия пациента и врача-специалиста.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К СТАНДАРТАМ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

Муминов Ш.К., Нигманов Б.Б.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. На основе фармако-эпидемиологического анализа и изучения комплаентности к стандартам лечения, разработать подходы к клинически значимой оптимизации комплаентности у больных ИБС, перенесших реваскуляризацию миокарда. Впервые, на основании фармакоэпидемиологического анализа будут получены данные о распространенности и особенностях отклонений от стандартов вторичной профилактики больных ИБС, перенесших реваскуляризацию миокарда

Материалы и методы. В проспективной части работы будут обследованы 200 больных ИБС, перенесших реваскуляризацию миокарда. В ретроспективной части работы планируется изучить материалы ИБ и амбулаторных карт больных с ИБС (ФК III), в возрасте старше 18 лет в РСНПМЦТ и МРРУз. Срок наблюдения составил 1 год. Будет разработан, апробирован и внедрен в клиническую практику новый подход (повышение комплаенса), обеспечивающий клинически значимую оптимизацию вторичной медикаментозной профилактики больных ИБС, перенесших реваскуляризацию миокарда.

Результаты. Через 1 год от момента назначения препаратов назначения врача соблюдали только 22,6% пациентов 1-й группы; во 2-й группе пациентов никто не прекратил прием варфарина, что указывало на более высокую приверженность к терапии.

Выводы. Одним из способов повышения качества и безопасности антитромботической терапии у пациентов, принимающих антагонисты витамина К, является внедрение в клиническую практику системы централизованного мониторинга МНО, которая представляет собой новую клинко-лабораторную модель дистанционного взаимодействия пациента и врача-специалиста

КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Муминов Ш.К., Нигманов Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявить роль сахарного диабета в развитии контраст-индуцированной (КИН) нефропатии у больных при проведении рентген эндоваскулярных процедур (РЭП).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 100 больных ИБС, которым проводились рентгенэндоваскулярные процедуры (РЭП) с использованием контрастного препарата юнигексон. Средний возраст больных составил $53,69 \pm 1,27$ лет, среди них мужчин было 63, женщин 37 человека, что составило соответственно 53,3% и 46,7% от общего количества больных. Сахарный диабет был выявлен у 63 больных (49%). Для выделения больных, у которых РЭП в послеоперационном периоде осложнилась КИН на 1, 2, 3, 5, 7 и 10 сутки проводилось динамическое определение сывороточной концентрации креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации. В настоящем исследовании КИН определялась как увеличение концентрации креатинина сывотки на 25% через 26 и более часа после РЭП. По результатам все больные были распределены на 2 группы – больные с неосложненным послеоперационным периодом РЭП (группа КИН-, 99 больных, 66%) и больные, у которых развилась контраст индуцированная нефропатия (группа КИН+, 51 больных, 34%). В качестве контрольной группы обследовано 20 здоровых добровольцев. Достоверность межгрупповых сравнений проводилась с использованием критерия Стьюдента для парных и непарных различий.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что в группе больных, у которых развилась КИН достоверно больше лиц, у которых ИБС развилась на фоне сахарного диабета II типа ($p < 0,05$), что, вероятно объясняется их склонностью к развитию диабетической микроангиопатии, одним из вариантов которой является нефропатия. Изучение гликемических особенностей у больных ИБС, включенных в исследование продемонстрировало, что среди больных СД, у которых развилась КИН уровень гликемии достоверно выше, чем у больных с неосложненным течением РЭП ($p < 0,05$ для тощачковой и $p < 0,001$ для постпрандиальной гликемии), то есть более высокий уровень

гликемии у больных ИБС группы КИН объясняется не только большим количеством больных СД, но и его меньшим контролем.

Выводы. Таким образом, наличие фонового СД, и особенно его декомпенсация является фактором риска развития КИН после проведения РЭП.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД НЕФРОПАТИЙ ПРИ COVID-19 У ДЕТЕЙ

**Нугманова А.М., Диканбаева С.А., Садвакасова С.М., Жумагулова З.Е.,
Эшанкулов Х.С., Ауезханов Б.М., Есенгали Н.М.**

*НУО «КазРосмедуниверситет», кафедра Педиатрии с курсом ДИБ
(г.Алматы, Казахстан)*

Актуальность. Хотя дети достаточно легко переносят новую коронавирусную болезнь (COVID-19), в некоторых странах Европы и США все чаще появляются сообщения о заболевании, соответствующего критериям болезни Kawasaki и сопровождающегося развитием выраженного гипервоспалительного синдрома. Синдром был назван «мультисистемный воспалительный синдром у детей» (MWS у детей; его также называют педиатрический мультисистемный воспалительный синдромом (ПМВС)).

Материалы и методы. Клинический пример. Пациент А. 14 лет. Госпитализирован 10.08.2020 года экстренно в Центр Нефрологии и ЭКД УК.

Цель госпитализации: верификация диагноза и проведение заместительной почечной терапии по жизненным показаниям.

Жалобы при поступлении на: выраженный отечный синдром, одышку, снижение диуреза, головную боль, анорексию.

Лабораторные исследования: Гиперазотемия (Cr - 829→636→468 мкмоль/л, мочевины – 48 →32→19) ммоль/л). Повышение уровня печеночных проб с последующим снижением на фоне заместительной почечной терапии (АЛТ322→146→72,2→29 Ед/л, АСТ 127→47→28,7→25,4 Ед/л). высокий показатель воспалительного процесса (СРБ 43→82→163,49 мг/л, АСЛО 365,1 МЕ/мл., Прокальцитонин повышен до 26,5→24,6 нг/мл).

Коагулограмма – признаки гипокоагуляции (ПТИ 39,5-60,2-65,6-72,2%). КОС - на момент поступления отмечался компенсированный ацидоз (рН 7,26-7,36), который корригировался сеансами гемодиализа. ИФА на антитела к коронавирусу от 21.08.20г: SARS-CoV-2, IgM –сомнительный, SARS-CoV-2, IgG – антитела обнаружены (КП-5,51). ИФА от 27.08.20г: Тропонин-0,027 (норма-до 0,04), миоглобин-477,8 (норма-12,0-116,3), СК-МВ-3,7 (норма-до 10,4). ANA-3,365МЕ/мл, ANCA-3,41МЕ/мл, антитела IgG к двуспиральной ДНК.

Инструментальные методы исследования: УЗИ ОБП и почек-Гепатомегалия. Асцит. Застой желчи в ж/пузыре. Гидрокаликоз обеих почек. ЭхоКГ-ФВ-30,7-42-43-40,3-37,9%. СДПЖ-30,7-28,2-29,3-37,6-39,4 мм.рт.ст. Дилатация всех отделов сердца. Резкое снижение сократительной способности миокарда ЛЖ. Диффузный гипокинез всех сегментов ЛЖ. ГМЛЖ (больше

ЗСЛЖ). Свободная жидкость в перикарде (в динамике с нарастанием). Умеренная легочная гипертензия. Рентгенография ОГК-Картина отека легких с выпотом в левых реберно-диафрагмальных синусах. Кардиопатия.

Консультации специалистов: Кардиолог- Миокардит, вирусно-бактериальной этиологией. ХСН 2 а-б ст. ДКМП. Вторичная кардиомиопатия. Экссудат в перикарде. НК 2 А-Б степени. Симптоматическая артериальная гипертензия.

Хирург - Картина двухсторонней пневмонии, выпот в плевральных полостях. Проведена лечебно-диагностическая пункция - из плевральной полости дополнительно удалено 1л воздуха и 500мл серозно-геморрагической жидкости.

Проведена терапия: ЗПТ (сеансы ГД №15), 12.08.2020г начата активная иммуносупрессивная терапия (Метипред по 1000мг в/в кап №5, Эндоксан 800мг в/в кап №1, Слдерон по 48мг x 1раз/сут); трансфузионная терапия: Альбумин 20% №1, отмытые эритроциты №1; коррекция анемии: рекомбинантные эритропоэтины (Эпосан, Рекормон); антибактериальная терапия, симптоматическая терапия.

На фоне проводимой терапии состояние прогрессивно ухудшается: нарастают явления ССН, ДН, отек легких с развитием резкой гипотензии, падением сатурации, остановка сердечной деятельности. Несмотря на проведенные все реанимационные мероприятия сердечную деятельность восстановить не удалось. Констатирована биологическая смерть.

Заключение: У ребенка А. 14 лет имел место мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с перенесенным SARS-CoV-2. Острое почечное повреждение, стадия F (недостаточность) по RIFLE на фоне быстро прогрессирующего гломерулонефрита. АНЦА-ассоциированный васкулит, острое течение, активность 3 степени с поражением почек, сердца, кожный васкулит, интерстициальное поражение легких. Иммунопозитивность по АНЦА, АНА, антителам к ДНК. Осложнение основного заболевания: Полиорганная недостаточность. Острая двусторонняя очагово-сливная пневмония, субтотальная, ДН 2-3 степени. Двухсторонний экссудативный плеврит. Инфекционно-аллергический миокардит, диффузный, декомпенсированный. ХСН 2 А-Б степени. Экссудат в перикарде. Вторичная тромбоцитопения. Печеночная недостаточность. Анемия 2-3 степени, смешанного генеза. Сепсис.

Выводы: у нашего пациента отмечалось остро развившаяся полиорганная недостаточность с поражением почек и развитием БПН, требующее активной иммуносупрессивной терапии (преднизолон и циклофосфамид).

Не исключается острый нефритический синдром в дебюте заболевания. Доказанная (обнаружение IgG-антител методом ИФА) перенесенная COVID-19 инфекция, способствовала агрессивному течению нефропатии. Неблагоприятный исход заболевания во многом определялся полиорганной недостаточностью, однако данный случай демонстрирует необходимость разработки тактики ведения таких больных, где активная иммуносупрессивная терапия требует дифференцированного подхода.

COVID-19 является предиктором раннего развития многих аутоиммунных заболеваний. По данным исследований за 2020-2021 годы новая

коронавирусная инфекция протекает у большинства детей без стандартных симптомов, что указывает на необходимость усиленной диагностики и профилактических мер в этой группе пациентов.

РОЛЬ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Нурмухамедова Ё.К.,¹ Даминов Б.Т.,^{1,2} Кадирова Г.Г.¹

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан¹

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки г.Ташкент, Узбекистан²

Актуальность проблемы. Пиелонефрит беременных остается одной из важных проблем современной медицины, являясь наиболее распространенным заболеванием во время беременности. По данным статистических исследований среди женщин каждая пятая (20,36%) страдает хроническим пиелонефритом (ХП). Это объясняется не только анатомо-морфологическими особенностями мочеполовой системы женщины, но и частой манифестацией пиелонефрита в период беременности (6–12%). Проблема пиелонефрита не теряет своей актуальности в акушерстве, так, как острый пиелонефрит и обострение хронического пиелонефрита – наиболее частые показания для госпитализации при гестации.

Цель исследования. Изучение эффективности применения иммунокорректирующей терапии в комплексе с медицинским озоном и антибактериальной терапией на показатели иммунологии крови среди беременных женщин с хроническим пиелонефритом.

Материал и методы лечения. В исследовании участвовали 40 больных женщин с ХП средний возраст $25,9 \pm 1,04$. Из них 20 больных получали базисное лечение на протяжении 14 дней - I группа. II группа – 20 больных получали базисное лечение + 400 мл физиологического раствора озонированного до концентрации озона в жидкости 4 мг/л, внутривенно капельно в течение 20 минут со скоростью 60-70 капель в минуту, через день, 7 дней + полиоксидоний по 6 мг №5, внутривенно капельно.

Результаты. Показатели иммунологических параметрах периферической крови обследованных беременных женщин с обострением хронического пиелонефрита выявила ряд существенных изменений, в частности у беременных женщин с обострением хронического пиелонефрита имелось достоверное снижение количества цитотоксических Т-лимфоцитов (CD₈⁺) и тенденция к снижению CD₃⁺ клеток, по сравнению с таковыми у здоровых беременных ($15,71 \pm 1,21\%$ и $42,23 \pm 1,86\%$ соответственно). Уровни IgA, IgM и ЦИК были достоверно выше у беременных с обострением хронического пиелонефрита, чем у здоровых беременных ($1,89 \pm 0,27$, $1,63 \pm 0,28$, $3,65 \pm 0,31$ г/л соответственно).

При обострении хронического пиелонефрита 20 беременным женщинам во втором триместре беременности после проведенного лечения, включающего базисную терапию с применением медицинского озона в сочетании с иммуннокорректирующей терапией полиоксидонием. Привело к достоверному повышению уровней CD3+ (61,34±2,99%) и CD8+ (23,68±1,75%) лимфоцитов ($p<0,01$). Уровни IgA, IgM, IgG после комплексного подхода к лечению достоверно снижались до нормальных значений (1,24±0,18 г/л, 1,11 ±0,10 г/л и 7,9±1,19 г/л). Показатели количества ЦИК также нормализовались (2,14±0,73 г/л).

Вывод. Таким образом, анализ результатов комплексного подхода к лечению у беременных женщин с хроническим пиелонефритом показал, что после лечения происходило достоверное увеличение содержания CD3+ и CD8+ лимфоцитов ($p<0,05$). Также отмечено нормализация уровней гуморального звена иммунитета.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ БЕРЕМЕННЫХ

Нурмухамедова Ё.К.,¹ Даминов Б.Т.,^{1,2} Кадилова Г.Г.¹

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан¹

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр нефрологии и трансплантации почки г.Ташкент, Узбекистан²*

Актуальность проблемы. Современные подходы к терапии хронического пиелонефрита (ХП) среди беременных женщин предусматривают, прежде всего целенаправленного влияния на основные звенья патогенеза – учитывая анатомические особенности женских половых органов, наличие бессимптомной бактериурии и на наличие инфекционного очага в организме. В таких условиях считается целесообразным назначения антибактериальных средств. Однако, мульти резистентные бактерии являются проблемой здравоохранения во всем мире. Обычное и неизбежное использование антибиотиков часто дает пациентам только временное или частичное улучшение дискомфорта в мочевыводящих путях и увеличивает риск отбора бактерий с множественной резистентностью. Прилагаются огромные усилия для разработки новых антибактериальных подходов, особенно в отношении патогенных микроорганизмов, устойчивых к множеству антибиотиков.

С учетом выше сказанного в нашем исследовании был использован медицинский озон в комплексе с базисной терапией ХП. Одним из эффектов озон-кислородной смеси относят бактерицидное, фунгицидное действие, что происходит за счет повреждения плазматической мембраны бактерий под действием озона.

В связи с вышесказанным, применение препаратов патогенетически оправданного действие с целью улучшения функциональное состояние почек больных ХП, совершенствование и разработка терапии направленные на

основные патогенетические механизмы ХП является актуальной задачей практического здравоохранения.

Цель исследования. Изучение эффективности применения медицинского озона в комплексе с антибактериальной терапией на показатели иммунных нарушений хронического пиелонефрита среди беременных женщин.

Материал и методы лечения. В исследовании участвовали 20 беременных женщин с ХП получавшие базисное (антибактериальная, инфузионная, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия, уросептики) лечение на протяжении 14 дней - I группа.

II группа - 20 беременных женщин с ХП получали базисное лечение с применением 400 мл физиологического раствора озонированного до концентрации озона в жидкости 4 мг/л, внутривенно капельно в течение 20 минут со скоростью 60-70 капель в минуту, через день, 10 дней.

Иммунологическое исследование у беременных женщин с обострением хронического пиелонефрита проводилось до и через 2 недели после проведенного лечения.

Результаты. Анализ результатов исследования показал, что у беременных женщин с обострением хронического пиелонефрита имело достоверное снижение количества цитотоксических Т-лимфоцитов ($15,71 \pm 1,21\%$) и снижение CD3+ ($42,23 \pm 1,86\%$) клеток, по сравнению с таковыми у здоровых беременных ($24,01 \pm 0,71\%$ и $67,82 \pm 1,09\%$ соответственно). Уровни IgA, IgM и ЦИК ($1,89 \pm 0,27$ г/л, $1,63 \pm 0,28$ г/л и $3,65 \pm 0,31\%$) были достоверно выше у беременных с обострением хронического пиелонефрита, чем у здоровых беременных ($1,44 \pm 0,05$ г/л, $1,02 \pm 0,04$ г/л и $1,71 \pm 0,36\%$ соответственно). Индекс нейтрофильной активности (ИНА) при этом был существенно ниже у беременных с хроническим пиелонефритом в стадии обострения, по сравнению с аналогичным показателем здоровых беременных ($p < 0,05$).

Базисное лечение беременных женщин с обострением ХП (I группа) привело к нормализации содержания CD3+ ($51,9 \pm 1,43\%$) лимфоцитов ($p < 0,05$), содержания CD8+ лимфоцитов оставалось сниженным ($15,79 \pm 1,57\%$). Содержание CD22+ лимфоцитов достоверно возросло ($p < 0,01$). Уровни IgA, IgM, IgG и ЦИК не менялись в результате лечения и оставались повышенными.

После проведенного лечения во II группе отмечалась нормализация уровней IgA, IgM, IgG и ЦИК ($1,27 \pm 0,18$ г/л, $1,01 \pm 0,12$ г/л, $7,86 \pm 1,09$ г/л и $2,25 \pm 0,73\%$ соответственно). Спонтанная бактерицидная активность нейтрофилов ($14,27 \pm 2,56\%$) под воздействием комплексного лечения снижалась ($p < 0,01$), при этом повышались функциональные резервы нейтрофилов ($37,96 \pm 2,13\%$) ($p < 0,05$).

Вывод. Иммунологические показатели у беременных женщин с хроническим пиелонефритом в стадии обострения отличались от показателей у здоровых беременных достоверно низким содержанием CD8+ лимфоцитов, но более высокими уровнями IgA, IgM, ЦИК, спонтанной НСТ-активности нейтрофилов при достоверном снижении ИНА. Использование комплексного подхода к лечению с применением базисной терапии и озонотерапии привело к

нормализации большинства параметров клеточного и гуморального иммунитета среди женщин с обострением ХП.

МАКСИБАЛАНС СИНБИОТИГИНИ ГЕМОДИАЛИЗ МУОЛАЖАСИ БОШЛАНМАГАН, СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ 2-5 БОСҚИЧЛИ БЕМОРЛАРДА БУЙРАК ФУНКЦИЯСИГА, УРЕМИК ТОКСИНЛАРГА ВА ИЧАК МИКРОБИОМИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Олимов Ш.Б., Тошматов Д.М.

*Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси
илмий-амалий тиббиёт маркази*

Муаммонинг долзарблиги: Бутун дунё бўйлаб сурункали буйрак касаллиги (СБК) билан оғриган беморлар сони прогрессив шаклда ошиб бормоқда ва 9% дан 13% гачани ташкил қилмоқда. СБК билан оғриган беморларни олиб борилаётган даволарга қарамасдан, ўлимга олиб келувчи асосий касаллиги юрак қон томир касаллиги (ЮҚТК) бўлиб қолмоқда. СБКни авж олиб боришини камайтириш касалликнинг ўзига хос патофизиологик хусусиятига кўра мураккаб вазифалардан бири ҳисобланади. Охириги йилларда СБКни даволашда буйрак соғлом функцияси учун ичак микробиомини модуляцияси терапевтик таргет сифатида қўлланилмоқда. Ичак микробиоми бу ичак бир бутунлигини сақлаб турувчи ва иммунологик функцияларини стимулловчи 1000 дан ортиқ турга эга триллионлаб ҳужайраларни ўз ичига олади. У моддалар алмашинувида, метаболизмда, оксалатлар деградациясида қатнашади ва организм учун хавфли бўлган микроорганизмлар кўпайишидан ҳимоя қилади. СБК билан хаста беморларда дисбактериоз ичак деворлари шиш натижасида, рационда клетчатка етишмаслиги, парҳезли чекланишлар, даво мақсадида антибиотиклар ва фосфат боғловчи дори воситаларини қўллаш натижасида ривожланади ва ичак ўтказувчанлигини оширади. Дисбактериоз ўз навбатида ичакда яллиғланишни кучайтиради, уремик захарланишни оширади, юрак қон касалликлари хавфни оширади. Бу ҳолат СБКни янада авж олишига олиб келади. СБКда миқдори ортадиган ичакда ҳосил бўлувчи уремик токсинларга индоксилсульфат (IxS), p-крезилсульфат (pCS), p-глюкуронид (pCG), индол сирка кислота (IAA) ва триметиламин-N-оксид (ТМАО). Булар ўз навбатида инсулинга резистентликни оширади, юқори оксидловчи стресслар таъсирларга сабаб бўлади ва эндотелий дисфункциясини келтириб чиқаради. Бу токсинларни яллиғланишни кучайтирувчи табиати СБКни авж олишига ва ўлим хавфини ортишига сабаб бўлади. Улар асосан йўғон ичакда ароматик аминокислоталар парчаланишидан ҳосил бўлади. Пре-, про- и синбиотиклар ичак микробиотини ўзгартириш ва уремик токсинларни камайтириш учун терапевтик вариант ҳисобланади. Ўрганилган тизимли текширувлардан шу маълум бўлдики бу воситалар билан қилинган илмий изланишлар камлиги ва натижаларининг турли хиллиги сабаб, бу воситаларнинг

самарадорлиги хақида фикр бериш қийин. Шу сабабли биз бу мавзунини янада чуқурроқ ўрганишга қарор қилдик.

Мақсад: Бу текширувдан мақсад Максисаланс синбиотиғи мисолида Гемодиализ муолажаси бошланмаган СБК 2-5 босқич беморларда ичак микробиомини яхшилаш орқали буйрак функциясини ўзгаришини ва уремик токсинлар миқдори ўзгаришини ўрганиш.

Материаллар ва қўлланилган услуб: Текширув манбаси сифатида РИН ва БТИАТМ Реанимация ва интенсив терапия бўлимида 12.03.2021 дан 20.02.2022 йилга қадар даволанган 97 беморни ташкил қилади. Улардан 45 таси назорат гуруҳи: ҳеч қандай ичак микробиотиға таъсир қиладиган адсорбент, пребиотик, пробиотик, синбиотик қабул қилмаган беморлар 18 та, беморлар адсорбент ва энтеросорбент қабул қилган беморлар 27 та. Текширув гуруҳини 52 та бемор ташкил қилиб, регуляр 10 кун давомида 2 маҳалдан Максисаланс синбиотиғини қабул қилган. Назорат гуруҳидаги беморларни ёши 42 ёшдан 72 ёшгача беморлар ташкил этган, шундан 31 та аёл ва 14 эркакни ташкил этади. Текширув гуруҳида беморларни 40 ёшдан 74 ёшгача беморлар ташкил этган, шундан 39 аёл 13 таси эркак беморлардан иборат. Текширув гуруҳида беморларнинг 7 тасида диаррея синдроми билан беморлар, 43 тасида қабзият билан беморлар ва 2 та беморда ҳеч қандай ич бузилишисиз беморларни ташкил қилган. Назорат гуруҳида барча беморлар ҳеч қандай ич бузилишисиз сурункали буйрак касаллиғи билан оғриган беморлар танлаб олинган. Барча беморларда текширув назорати мезони сифатида веноз қон биокимёвий таҳлили, ич келишини мароми, ахлат консистенцияси ўзгариши, пешоб ўрта порцияси таҳлили ўзгариши белгилаб олинди.

Натижа: Максисаланс синбиотиғини қабул қилган барча текширув гуруҳидаги беморларда ахлат маромини ва конситенциясини меъёрлашиши билан бир қаторда, қон биохимик таҳлилларида уремик токсинларни (креатинин ва мочевино) камайиши кузатилди.

Хулоса: Ичак микробиомини Максисаланс синбиотиғи қабули билан яхшилаш натижасида ичак манбали уремик токсинларни камайиши, СБК беморларда тизимли яллиғланишларни камайиши ва буйрак функциясини яхшиланишига олиб келади.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НЕКОТОРЫМИ БИОМАРКЕРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ И СТАТУСА МИКРОБИОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Олимхонова К.Н., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А., Сабиржанова З.Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ввиду того, что микробиота человека варьирует в зависимости от множества факторов, включая коморбидную патологию, представляется резонным исследовать микробиоту кишечника у больных с

хронической болезнью почек и ее вероятную связь с маркерами системного воспаления.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между некоторыми биомаркерами воспаления с изменениями состава кишечной микробиоты у больных с хронической болезнью почек.

Материал и методы. В исследование было включено 85 больных с ХБП С 2-4. Средний возраст больных составил 52 ± 4 года (48 мужчины и 37 женщин). Контрольную группу составили 30 здоровых добровольцев в возрасте 50 ± 3 года, 15 мужчин и 15 женщин, сопоставимых с основной группой по полу и возрасту. Забор анализов крови проводился стандартными методами. СКФ оценивали по формуле СКД-ЕРІ (2011). Кроме того, проводили оценку таких биомаркеров, как интерлейкин-6 (ІЛ-6), фактор некроза опухоли альфа (TNF- α). Бактериологическое исследование кала проводили в бактериологической лаборатории 3-й клиники ТМА. Маркеры системного воспаления были оценены на основании повышения уровня лейкоцитов ($>11 \times 10^9/\text{л}$), С - реактивного белка ($>5,0$ мг/л) иммунотурбодиметрическим методом, фибриногена ($>4,0$ г/л), а также интерлейкина-6 иммуноферментным методом. Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$, корреляционный анализ проведен с применением непараметрического метода ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Анализ фекальной показал дефицит бактерий *Bifidobacterium* ($<10^8$ КОЕ) у обследованных больных. Кроме того у обследованных больных наблюдалось увеличение численности *Escherichia* ($>10^8$ КОЕ). По результатам исследования в группе больных ХБП уровень воспалительных маркеров был выше (СРБ-55%, ІЛ-6- 60%, лейкоциты 62%), чем в контрольной группе (СРБ-45%, ІЛ-6-40%, лейкоциты 38%). У мужчин показатель ІЛ-6 оказался выше, чем у женщин. Результаты исследования продемонстрировали, что у больных с ХБП дисбаланс кишечной микробиоты сочетается с повышенным уровнем СРБ, ІЛ-6, лейкоцитов.

Выводы. Исследование маркеров, отвечающих за провоспалительные эффекты в организме, показало, что такие показатели как ІЛ-6, СРБ, фибриноген проявил значимую корреляцию с составом микробиоты у больных с ХБП.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЖАЛОБ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Олимхонова К.Н.¹ Расулев Ё.Э.^{1,2} Абдуллаев А.Х.^{1,2}

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан¹

Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан²

Актуальность исследования: в последние годы наблюдается драматический рост случаев сахарного диабета 2-го типа, ожирения, метаболического

синдрома, хронических заболеваний почек, а также их различных сочетаний, отмечающихся у каждого второго жителя планеты.

Ежегодный уровень смертности от ХБП оценивается приблизительно в 1 млн. случаев во всемирном масштабе. Условия, которые вызывают или ускоряют ХБП, включают сердечно-сосудистые заболевания, кроме того, различного рода факторы нередко оказывают существенное воздействие на процессы патогенеза, а также – развитие ХБП.

Цель исследования: изучить сравнительный анализ жалоб больных с хронической болезнью почек с наличием и отсутствием метаболического синдрома.

Материал и методы исследования: в проспективное исследование было включено 120 пациентов-добровольцев с ХБП, находившихся на стационарном лечении в ГУ «Республиканский специализированный медицинский научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации». Возраст данной группы испытуемых составлял менее 80 лет. Было отказано тем, у кого течение болезни в течение полугода и более после обострения. Также критерием отбора было острое, либо хроническое течение болезни. Также в качестве критериев были приняты такие, как: гемодинамически значимые стенозы сосудов почек, острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, недееспособность на почве психических отклонений, новообразования, характеризующиеся как злокачественные, туберкулез, болезни соединительных тканей, цирроз, белково-энергетическая недостаточность в тяжелой форме и слабо поддающаяся контролю АД (>180/110). За испытуемыми оставалось право отказаться от участия в эксперименте на любой из стадий такового.

Всем больным проводили стандартный общий осмотр, оценку жалоб, сбор анамнестических данных, выявление факторов риска ХБП. Усредненный возрастной показатель испытуемых – $51,6 \pm 1,1$ лет (от 34 до 70 лет).

В целом, жалобы больных ХБП как с наличием, так и с отсутствием метаболического синдрома в абсолютном большинстве были крайне разнообразны и, в то же время, неспецифичны. Анализ результатов показал, что существенная часть испытуемых высказывала идентичные по своему характеру жалобы относительно нервной и сердечно-сосудистой системы. В частности: слабость, мигрень, шум в голове, нарушения сна, тошнота, повышенная степень утомляемости, сухость в ротовой полости.

Пациентов распределили по 2 категориям: (основную 62 больных и контрольную – 58 больных) в зависимости от наличия метаболического синдрома. Группы были сопоставимы по возрастным и гендерным признакам. Длительность исследования составила, в среднем, 12 дней. Использовались критерии определения метаболического синдрома.

Результаты исследования: при этом подавляющее число больных ХБП с метаболическим синдромом (70 % испытуемых) жаловались на нарушения стабильности показателей АД. 42 и 52 % испытуемых жаловались на головные боли (в общей сложности порядка 47 %). Еще 24 и 32 %, в среднем – 27 %,

высказывали жалобы относительно шума в ушах и голове. 25,6 и 37,2 %, а в среднем – 32,1 % жаловались на болевые ощущения в области грудной клетки и головокружения.

Около сорока процентов больных ХБП с метаболическим синдромом жалуются на сердцебиение (41,7 %) и быструю утомляемость (44,9 %). Жалобы на перебои в сердце были сравнимы между группами (21,4-32,2 %, в среднем – 28,2 %).

Существенные отличия между группами испытуемых отмечаются в следующих областях: тошнота (в 35 и 14 %), страх (в 8 и 16 %), нестабильное АД (в 34 и 70 %) нежели у представителей группы без метаболического синдрома.

Кроме того, нами наблюдались существенные отличия в категориях испытуемых в разрезе таких жалоб как: вздутие живота, боли в костях, рост аппетита, мышечные боли. Вздутие оказалось более типичным для испытуемых, подверженных метаболическому синдрому (79,1 % и 52,9 % – в контрольной группе) ($p < 0,05$). Также имели место жалобы на урчание живота (57,8 и 71,4 %, в среднем – 65,4 %), изжогу (30,9-38,1 %, в среднем – 33,6 %), запах изо рта (14,4 и 20,0 %, в среднем – 17,8 %), тошноту (14,8 и 19,0 %, в среднем – 16,9 %). Также среди испытуемых подверженных метаболическому синдрому было отмечено множество жалоб на сухость кожного покрова – 13,2 и 23,2 %, в среднем – 17,8 %, выпадение волос – 15,7 и 20,8 %, в среднем – 18,6 %, рвота и снижение аппетита – 0,7 и 5,1 %, в среднем – 2,4 % и 1,7-5,2 %, в среднем – 3,3 % испытуемых.

Выводы: анализируя полученные результаты, можно заключить, что больные ХБП как с метаболическим синдромом, так и без метаболического синдрома подвержены разнообразным нарушениям в области работы организма, о которых свидетельствуют высказанные жалобы. Также жалобы испытуемых подверженных метаболическому синдрому могут быть расценены как соматическая манифестация комплекса синдромов астенического типа.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОПРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Олимхонова К.Н.¹ Эгамбердиева Д.А.¹ Халмухамедов Ж.А.¹

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан¹

Актуальность исследования: в последние годы наблюдается драматический рост случаев сахарного диабета 2-го типа, ожирения, метаболического синдрома, хронических заболеваний почек, а также их различных сочетаний, отмечающихся у каждого второго жителя планеты.

Ежегодный уровень смертности от ХБП оценивается приблизительно в 1 млн. случаев во всемирном масштабе. Условия, которые вызывают или ускоряют ХБП, включают сердечно-сосудистые заболевания, кроме того,

различного рода факторы нередко оказывают существенное воздействие на процессы патогенеза, а также – развитие ХБП.

Цель исследования: оценить копрологический анализ у больных с хронической болезнью почек с наличием и отсутствием метаболического синдрома.

Материал и методы исследования: в проспективное исследование было включено 120 пациентов-добровольцев с ХБП, находившихся на стационарном лечении в ГУ «Республиканский специализированный медицинский научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации». Возраст данной группы испытуемых составлял менее 80 лет. Было отказано тем, у кого течение болезни в течение полугода и более после обострения. Также критерием отбора было острое, либо хроническое течение болезни. Также в качестве критериев были приняты такие, как: гемодинамически значимые стенозы сосудов почек, острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, недееспособность на почве психических отклонений, новообразования, характеризующиеся как злокачественные, туберкулез, болезни соединительных тканей, цирроз, белково-энергетическая недостаточность в тяжелой форме и слабо поддающаяся контролю АД ($>180/110$). За испытуемыми оставалось право отказаться от участия в эксперименте на любой из стадий такового.

Всем больным проводили стандартный общий осмотр, оценку жалоб, сбор анамнестических данных, выявление факторов риска ХБП. Усредненный возрастной показатель испытуемых – $51,6 \pm 1,1$ лет (от 34 до 70 лет).

В целом, жалобы больных ХБП как с наличием, так и с отсутствием метаболического синдрома в абсолютном большинстве были крайне разнообразны и, в то же время, неспецифичны. Анализ результатов показал, что существенная часть испытуемых высказывала идентичные по своему характеру жалобы относительно нервной и сердечно-сосудистой системы. В частности: слабость, мигрень, шум в голове, нарушения сна, тошнота, повышенная степень утомляемости, сухость в ротовой полости.

Пациентов распределили по 2 категориям: (основную 62 больных и контрольную – 58 больных) в зависимости от наличия метаболического синдрома. Группы были сопоставимы по возрастным и гендерным признакам. Длительность исследования составила, в среднем, 12 дней. Использовались критерии определения метаболического синдрома.

Результаты исследования: было установлено, что среди разных групп испытуемых имеют место существенные различия в разрезе показателей копрограммы ($p < 0,0001$). Показатели уровня клетчатки обоих типов ($p < 0,001$), измененных, а также неизменных волокон мышц у испытуемых, подверженных синдрому, оказались несколько выше. Аналогичным образом дело обстоит и с жиром нейтрального типа ($p < 0,001$).

Одновременно с этим, показатель копрограммы «Слизь» также преобладал в вышеуказанной категории ($p < 0,001$). Для данной категории отмечена вероятность нарушений в области слизистой толстой кишки, имеющих

воспалительно-отечный характер. Также возможны запоры и иные нарушения дефекации.

Обнаруженные таким образом характеристики в копрологическом исследовании кала среди испытуемых обеих групп, больше в группе больных ХБП с метаболическим синдромом, что свидетельствуют о наличии проявлений синдрома мальдигестии. Возможно, у испытуемых, подверженных синдрому, продолжительным кишечным расстройствам и нарушениям стула, присутствует экзокринная недостаточность поджелудочной железы.

При анализе групп с наличием и отсутствием метаболического синдрома, у подавляющего большинства больных ХБП обеих групп была выявлена минимизация численности представителей нормобиоты: бифидо-, лакто-, пропиони-, а также эубактерий. Количество пропионибактерий в изучаемых стадиях больных ХБП составляла до 50 % показателя контрольной группы испытуемых ($p < 0,05$).

Тем не менее, традиционным бактериологическим исследованием представляется возможным выявить лишь степень дисбактериоза и высеять лишь не более 20 процентов того микробного сообщества, которое существует в реальности. Оставшиеся 80 процентов микроорганизмов либо не культивируются в чистом виде, либо условия среды недостаточно правильно подобраны. В связи с чем, на следующем этапе нашей работы был применен метод масспектрометрии кала, до сих пор не нашедший широкого применения в клинической практике.

Выводы: Анализ фекальной микрофлоры показал преобладание протеолитической флоры *Enterobacter spp.* (>108 КОЕ), *Citrobacter spp.* (>105 КОЕ), *E. coli enteropathogenic* (>108 КОЕ), а также дефицит бактерий *Bifidobacterium* (<108 КОЕ) у обследованных больных. По мере прогрессирования ХБП, количество бифидобактерий сокращалось, приобретая различия с контрольными показателями ($p < 0,05$). Доказано, что последние относятся к условно-патогенной флоре. Падение количества бифидобактерий и лактобактерий ниже нормы свидетельствует о наличии патологических сдвигов в организме, таких как снижение иммунной защиты и воспаление.

РОЛЬ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ГЕМОДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ

Ортикбаев Ж.О. Ортикбаев Ш.О. Расулев Ё.Э. Халмухамедров Ж.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Высокая прогностическая значимость белково-энергетической недостаточности (БЭН) у гемодиализных больных объясняет необходимость своевременной и точной диагностики этого состояния. Одним из основных критериев диагностики БЭН является определение объема мышечной и жировой массы у пациента. Для решения этой задачи используют:

анализ биоэлектрического сопротивления тканей (биоимпедансометрию), калиперометрию. Однако до настоящего момента не существует единой точки зрения об оптимальной методике оценки компонентного состава тела у данной когорты больных.

Цель исследования. Сравнить возможности метода калиперометрии и биоимпедансометрии для оценки компонентного состава тела у гемодиализных больных.

Пациенты и методы. Обследовано 163 больных с терминальной почечной недостаточностью, получающих лечение программным гемодиализом (ГД), из них 93 женщин и 70 мужчин в возрасте $51,3 \pm 2,1$ лет. Все больные получали лечение программным ГД в течение $5,7 \pm 1,3$ лет. Оценка компонентного состава тела производилась с помощью методов калиперометрии (измерения производились электронным цифровым калипером КЭЦ-100-1-И-Д Твес) и биоимпедансометрии (измерения производились 8 точечным тетраполярным мультислотным биоимпедансометром InBody).

Результаты. У всех пациентов показатели жировой массы были определены методами калиперометрии и биоимпедансометрии (у женщин жировая масса в процентах составила $32,11 \pm 0,97$ % и $26,44 \pm 1,07$ % по данным калиперометрии и биоимпедансометрии соответственно, у мужчин $22,37 \pm 0,91$ и $17,04 \pm 1,26$ соответственно). Результаты определения жировой массы по данным калиперометрии и биоимпедансометрии сравнили по методу Блэнда Альтмана. Коэффициент корреляции между показателями составил $0,597$ $p < 0,0001$. Средняя разность между измерениями составила $24,36$ %, а стандартное отклонение $7,83$ %. Коэффициент корреляции между разностью измерений обоими методами и жировой массой, определенной по результатам калиперометрии составил $0,416$ $p < 0,0001$. Все это говорит о наличии систематических расхождений результатов двух методов. Из чего видно, что калиперометрия дает завышение жировой массы на 16 % у женщин и на 15 % у мужчин.

Выводы. Биоимпедансометрия имеет преимущество перед калиперометрией при определении показателей компонентного состава тела у больных на программном гемодиализе.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ, НОРМАЛИЗУЮЩИХ КИШЕЧНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ, В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ДИАЛИЗНОМ ЭТАПЕ

Ортикбоев Ж.О., Расулев Ё.Э., Ортикбоева Ш.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования: В наши дни хроническая болезнь почек (ХБП) на разных стадиях её развития встречается у 10 % взрослого населения в странах мира. Ежегодный охват больных ХБП на терминальной стадии, при которой скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 15

мл/мин/1,73м², получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ) диализом (С5д), в России составляет примерно 50 больн./1млн. населения, а распространённость - 250 больн./1млн. населения. Перитонеальный диализ (ПД) является одним из признанных методов адекватного замещения функции почек, активно внедряемый в медицину. Так, ЗПТ в России, по предварительным данным, получают более 38тыс. пациентов. В последние годы число больных, впервые начавших лечение диализом, увеличилось по сравнению с предыдущими годами и составило свыше 7 тыс. человек. Лечение программным гемодиализом (ГД) начали 6713 человек (91%) , а ПД 663 (9%). Согласно данным по Санкт-Петербургу ЗПТ диализом получали 1805 пациентов, в том числе ПД - 161 больной. Лечение пациентов на терминальной стадии ХБП, помимо проведения ЗПТ, заключается в замедлении прогрессирования ХБП, сохранения остаточной функции почек и коррекции осложнений ХБП. Одним из таких направлений является применение препаратов, нормализующих кишечный микробиоценоз, таких как пре-, про-, сим-, синбиотики.

Цель исследования. Оценить эффективность добавления к терапии синбиотика Ламинолакта в течение 1 месяца на показатели азотистого обмена и кишечный микробиоценоз у пациентов с ХБП С5д на ПД.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 пациентов, получавших ПД, без тяжёлой сопутствующей соматической патологии, разделённые на 2 группы: 1-я группа в составе терапии получала Ламинолакт, 2-я группа - антигипертензивные препараты, статины, фосфатсвязывающие агенты, кетоаналоги незаменимых аминокислот, сопоставимые по полу и возрасту (43,2±1,5). Проведены биохимический анализ крови (мочевина, креатинин) и анализ кала на кишечную микробиоту методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ) с флуоресцентной детекцией.

Результаты. До начала терапии среднее значение креатинина у пациентов 1-й группы составило 657±201мкмоль/л, мочевины - 21,6±5,0 ммоль/л, у 2-й – соответственно 648±188мкмоль/л и 18,8±4,7ммоль/л при p (ДА) < 0,001, через месяц лечения у пациентов 1-й группы отмечалось снижение как креатинина - 628±197мкмоль/л, так и мочевины - 19,2±4,7ммоль/л, а у 2-й прослежилась тенденция к нарастанию креатинина - 665±186мкмоль/л и мочевины - 21,3±4,8 ммоль/л при p (ДА) < 0,001. При анализе кишечной микрофлоры оценивались такие показатели, как общая бактериальная масса (12,3 [11,9; 12,5] log КОЕ/л), *Lactobacillus* spp.(6,5 [5,6; 7,3] log КОЕ/л), *Bifidobacterium* spp. (8,5 [8,0; 9,8] log КОЕ/л), *E. coli* (7,0 [6,3; 7,6] log КОЕ/л), *E. Coli enteropathogenic* (8,5 [8,3; 9,5] log КОЕ/л), *Enterobacter/Citrobacter* (9,2 [8,6; 9,5] log КОЕ/л), *Cl. perfringens* (выявление у 30% пациентов), исходные значения которых до курса лечения были примерно одинаковыми у обеих групп. После месяца терапии у пациентов 1-й группы наблюдалось улучшение показателей в виде уменьшения общей бактериальной массы (11,8 [11,0; 12,5] log КОЕ/л), *E. coli enteropathogenic* (5,9 [5,5; 6,3]

log КОЕ/л), Enterobacter/Citrobacter (5,3 [5,0; 6,2] log КОЕ/л), увеличения Lactobacillus spp.(7,7 [7,5; 8,5] log КОЕ/л), Bifidobacterium spp. (9,7 [9,0; 10,3] log КОЕ/л) и E. coli (8,2 [7,8; 8,5] log КОЕ/л), отсутствия Cl. perfringens, в то время как у пациентов 2-й группы сохранение на прежнем уровне общей бактериальной массы (12,3 [12,0; 12,5] log КОЕ/л), Lactobacillus spp.(6,4 [5,5; 6,7] log КОЕ/л), E. coli (6,3 [5,7; 7,6] log КОЕ/л), E. coli enteropathogenic (8,8 [8,5; 9,0] log КОЕ/л), Enterobacter/Citrobacter (8,7 [8,3; 9,3] log КОЕ/л), Cl. perfringens (30%), уменьшения Bifidobacterium spp. (8,2 [6,5; 8,9] log КОЕ/л) при p (ДА) < 0,001. Таким образом, Ламинолакт благотворно влияет не только на состояние кишечного микробиоценоза, но и на показатели азотистого обмена.

Выводы. Синбиотик Ламинолакт эффективен в комплексном лечении пациентов с ХБП С5д на ПД и требует включения в тактику ведения таких больных.

STRUCTURAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF THE THYROID GLAND IN PATIENTS RECEIVING PROGRAMMATIC HEMODIALYSIS

Ortiqboyev J.O, Mahkamova M.M, Ortiqboyeva Sh.O.

Tashkent Pediatric Medical Institute

In patients with chronic kidney disease (CKD) stage 5, receiving hemodialysis as the main method of renal replacement therapy, the organs of the endocrine system, including the thyroid gland, are affected over time. The study of the functional and gender characteristics of the thyroid gland as an organ producing hormones that have a complex effect on the human body seems to be an urgent task.

Goals and objectives. The purpose of this work was a gender assessment of the structural and functional state of the thyroid gland in patients receiving programmed hemodialysis.

The objectives of the work were: assessment of sonographic changes in thyroid hormone levels, as well as assessment of thyroid-stimulating hormone (TSH).

Materials and methods. 30 patients (10 women and 20 men) who have been on programmed hemodialysis for more than a year were examined, the average age was 54.8 ± 17.9 years. Biochemical analyses (Thyroxine (T4) Triiodothyronine (T3) and TSH levels) were performed on an AbbottArchitect i2000 immunochemical analyzer. Ultrasound of the thyroid gland was performed on the SonoAce X4 device. To evaluate the results, an arithmetic mean with a standard deviation ($M \pm m$) is given. Correlation analysis was carried out using the Pearsen correlation coefficient. The comparison of two independent samples is performed by a nonparametric method using the Mann-Whitney U-test. The level of statistical significance is $p > 0.05$.

Результаты. According to the results of ultrasound, diffuse changes in thyroid tissues were detected in 67% of the examined. Nodular formations were

found in 30% of patients. The number of nodes varied from 1 to 4. The average value of free triiodothyronine was 3.654 ± 0.573 pmol/ml. Two of the examined patients were found to have low T3 syndrome of the two examined. The average value of free thyroxine was 11.950 ± 2.074 pmol/ml. In one case, the T4 level exceeded the norm and correlated with a decrease in thyroid-stimulating hormone. When assessing the TSH level, its average value was 1.503 ± 0.938 microns/ml. In a comparative analysis of thyroid hormones in men and women, no significant differences were obtained.

The correlation of hormone levels depended only on the duration of patients' stay on hemodialysis replacement therapy.

Conclusion. Thus, we have not identified significant gender differences in the structural and functional state of the thyroid gland. In the observed changes in hormonal status, the tendency to decrease T3 prevailed, and structural changes in the organ tissue in the form of nodes were observed in more than half of the examined patients.

СОСТОЯНИЕ КАЛЬЦЕ – ФОСФОРНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ХБП С ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Расулев Ё.Э. Мирзаева Б.М. Косимова Г.Б. Равшанова Ф.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность исследования: ежегодный уровень смертности от хронической болезни почек (ХБП) оценивается приблизительно в 1 млн., случаев во всемирном масштабе. Условия, которые вызывают или ускоряют ХБП, включают сердечно - сосудистые заболевания, кроме того, различного рода факторы нередко оказывают существенное воздействие на процессы патогенеза, а также – развитие ХБП.

В последние годы большое число публикаций посвящено кальцинозу коронарных артерий (КА) как важному предиктору выявления атеросклероза.

Кальциноз не является поздним проявлением атеросклероза. Большинство атеросклеротических бляшек (АБ) содержат микроили макрокальцинаты, при этом небольшие отложения кальция встречаются уже на ранних стадиях атеросклеротического процесса.

Прогрессирующая потеря массы действующих нефронов вследствие ХБП приводит к снижению способности почки экскретировать фосфаты (Р). Повышение уровня Р сыворотки служит сигналом для включения компенсаторных механизмов, призванных поддерживать оптимальный гомеостаз.

Цель исследования: оценить коронарную кальцификации у больных с ХБП промежуточной фракции выброса.

Материал и методы исследования: в ретроспективном исследовании было включено 120 пациентов - добровольцев с ХБП, находившихся на стационарном лечении в ГУ «Республиканский специализированный

медицинский научно-практический центр нефрологии и трансплантации почки». Возраст данной группы испытуемых составлял от 18 до 70 лет. Также критерием отбора было острое, либо хроническое течение болезни. Также в качестве критериев были приняты такие, как: гемодинамически значимые стенозы сосудов почек, острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, недееспособность на почве психических отклонений, новообразования, характеризуемые как злокачественные, туберкулез, болезни соединительных тканей, цирроз, белково-энергетическая недостаточность в тяжелой форме и слабо поддающаяся контролю АД ($>180/110$). За испытуемыми оставалось право отказаться от участия в эксперименте на любой из стадий такового.

В исследование были включены 120 больных ГХБП (мужчин – 73 человека – 60,83%), получающих гемодиализ в ГУ Республиканский специализированный медицинский научно-практический центр нефрологии и трансплантации почки. Средний возраст больных составил $42,13 \pm 12,16$ лет, длительность гемодиализа составила $45,26 \pm 40,14$ мес. Этиологически когорта больных, включенных в исследование была разнообразна при значительном преобладании хронического гломерулонефрита (ХГН) в качестве причины ХБП (92 больных – 77,5%), второе место среди причин ХБП занимал хронический пиелонефрит (ХПН, 28 больных – 23,33%), остальные причины встречались с единичной частотой. Больные ХГН были значительно моложе, чем больные ХПН ($40,50 \pm 10,71$ лет против $46,93 \pm 14,64$ лет, $p < 0,05$), при этом длительность гемодиализа у них была достоверно большей ($52,83 \pm 40,90$ месяца против $33,21 \pm 37,42$ месяца, $p < 0,05$). Анемия была диагностирована у 71 больного (59,17%). Наблюдение продолжалось 3 месяца, за это время 8 больных умерло (6,67%), у 1 больного развился сепсис с летальным исходом. Этиологическая структура когорты умерших больных не отличалась от общей выборки (2 больных ХПН и 6 – ХГН, хи квадрат с этиологической структурой всей выборки = 0,000813, $p > 0,05$). Возраст ($44,00 \pm 13,45$ лет) и длительность гемодиализа ($39,67 \pm 27,24$ месяцев) в группе умерших больных также не отличался от возраста и длительности гемодиализа выживших участников исследования ($42,00 \pm 12,12$ лет и $45,81 \pm 40,81$ месяцев, соответственно).

Результаты исследования: для оценки коронарной кальцификации проводилась МСКТ грудной клетки с определением массы и объема коронарного кальция. По сравнению с КГ у больных ГХБП во всех коронарных бассейнах отмечается значительное увеличение содержания коронарного кальция ($p < 0,001$ по всем показателям). Также в группе ГХБП отмечается более выраженный кальциноз аорты ($p < 0,001$ во всех отделах грудной аорты). Кроме того, у 93,33% (112 из 120) больных ГХБП отмечаются другие очаги внекостной кальцификации (плевра, легкие), в то время как в КГ очаг внекостной и внесосудистой кальцификации обнаружен только у 1 больного (5%). Нативная МСКТ грудной клетки у больных ГХБП выявила гидроторакс и гидроперикард ($p < 0,001$ достоверное различие количества перикардальной и плевральной жидкости между больным ГХБП и КГ).

Таким образом, настоящее исследование продемонстрировало, что невзирая на проводимую терапию, направленную на коррекцию вторичного гиперпаратиреоза и ренальной остеодистрофии, процессы внекостной кальцификации, в том числе и коронарной, прогрессировали, однако включение в схему терапии севеламера гидрохлорида позволяет снизить степень прогрессирования.

Выводы: у больных ХБП на фоне программного гемодиализа концентрация паратгормона коррелировала с выраженностью коронарной кальцификации - суммарным индексом Агатсона ($r=+0,64$, $p<0,05$), конечным диастолическим диаметром ЛЖ ($r=+0,21$, $p<0,05$), также на фоне программного гемодиализа наблюдалась выраженная коронарная кальцификация, которая увеличивается (на 11,2% за три месяца, $p<0,01$), несмотря на применение бифосфоната и комплекса кальция и витамина Д3 с целью коррекции ренальной остеодистрофии. Введение в схему терапии севеламера гидрохлорида позволяет предотвратить прогрессирование коронарной кальцификации.

СОЗДАНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ПРОГНОЗА И РОЛЬ Р-СЕЛЕКТИНА В ФОРМИРОВАНИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Расулова Х.А., Аббасов А.К.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Многофакторность процесса с наличием и без признаков атеросклероза при различных стадиях течения хронической болезни почек (ХБП) диктует о необходимости создания математической модели, целью которой является определение информативных критериев прогнозирования тяжести течения заболевания с включением маркера эндотелиальной дисфункции, молекулы адгезии Р-селектина и возможных благоприятных и неблагоприятных исходов.

Цель исследования: создание математических моделей прогноза и оценка роли Р-селектина в формировании и прогрессировании хронической болезни почек.

Материал и методы. Исследования проведены на 110 больных с ХБП в возрасте от 23 лет до 80 лет (средний возраст $63,5\pm 0,7$ лет); 53 мужчины ($41,5\pm 6,7\%$) и 75 женщин ($58,5\pm 5,6\%$). У всех пациентов проанализировали данные клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования. Диагноз ХБП был поставлен в соответствии с рекомендациями KDIGO (2012) и МКБ-10. Содержание Р-селектина в отобранных и замороженных сыворотках крови больных определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Для создания прогностической модели использовали метод логистической регрессии Леса. Случайная регрессия Леса в некоторой степени поддается

интерпретации, поскольку возвращает значения функций, которые мы можем использовать для сравнения наиболее полезных переменных для составления прогнозов. Случайный Лес, как правило, очень точен и хорошо справляется с нелинейными задачами со многими функциями, поскольку он выполняет неявный выбор функций.

Для создания математической модели определялись предикторы в наборе данных для оценки Р-селектина.

Исследования проводились в трех направлениях:

1. Создание модели прогнозирования и прогрессирования ХБП путем определения предикторов в наборе данных для оценки роли Р-селектина.

2. Создание классификационной модели, которая предсказывает в какую стадию могут попасть пациенты, используя маркеры: Р-селектин, наличие брахиоцефального стеноза или атеросклероза, возраст, пол, значения общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой (ЛПВП), низкой (ЛПНП) плотности, триглицеридов (ТГ), индекс атерогенности (ИА), протромбиновое время (ПТВ), протромбиновый индекс (ПТИ), МНО, уровни сывороточного кальция, АЛТ, АСТ, общего билирубина, мочевины, калия, общего белка, креатинина и глюкозы.

3. Создание модели согласно классификации ХБП, которая прогнозирует наличие атеросклероза с использованием маркеров: Р-селектин, возраст, пол, показатели ОХ, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, ИА, ПТВ, ПТИ, МНО, значения кальция, АЛТ, АСТ, общего билирубина, мочевины, калия, общего белка, креатинина и глюкозы.

Результаты исследования. Нами были созданы три модели. Представлены результаты исследования набора из 22 переменных (маркеров), связанных с Р-селектином, для 110 пациентов. В качестве зависимой переменной был сывороточный маркер Р-селектин, а в качестве независимых переменных выступали 22 показателя (ОХ, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, ИА), возраст и другие биохимические показатели (креатинин, мочевина, глюкоза крови). Значимыми считали, когда R^2 был выше или равен 0,60.

Матрица неточностей показала, что классификатор случайных Лесов работает очень хорошо и может точно определить показатель или стадию ХБП, в которой находится пациент. Самыми точными высокими значениями коэффициентов для определения ХБП оказались по убыванию важности: Р-селектин, мочевина, креатинин, СКФ_{СКД-EP1}. Эти маркеры считаются наиболее важными в плане определения стадии ХБП (рис. 1).

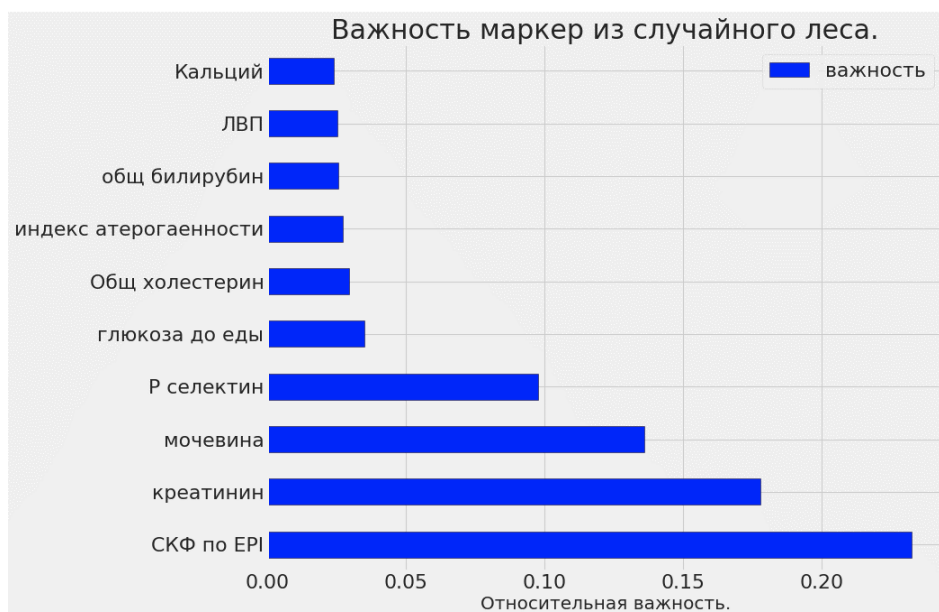


Рис. 1. Наиболее важные маркеры для определения стадии ХБП, согласно классификатору случайных Лесов.

Результаты показали, что классификатор случайных Лесов может также точно прогнозировать риск развития атеросклеротических изменений, в том числе связанных с ним сердечно-сосудистых осложнений у больных с ХБП. Самые точные высокие значения коэффициентов по убыванию важности – это возраст, креатинин, Р-селектин, мочевины, индекс атерогенности, СКФ_{СКД-EPI}, ЛПНП.

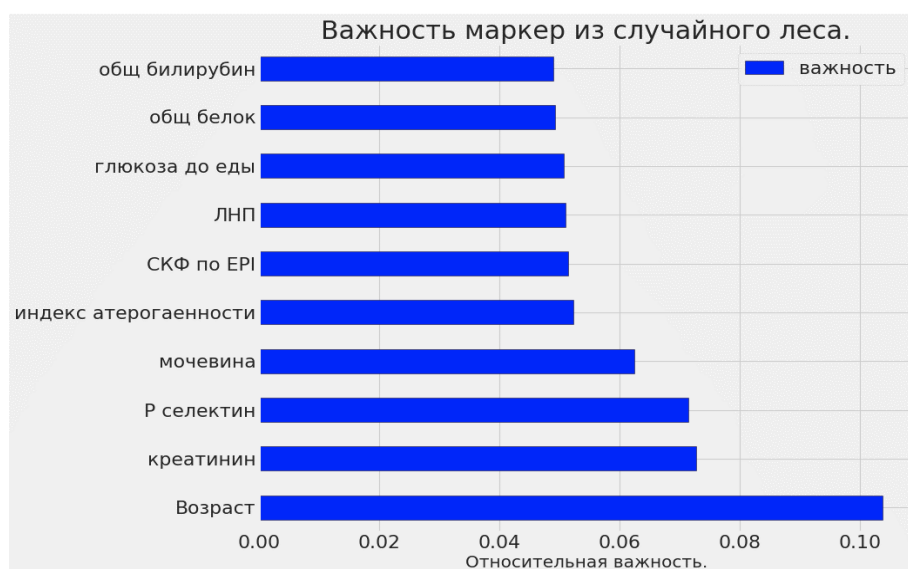


Рис. 2. Наиболее важные маркеры для прогнозирования развития/прогрессирования атеросклероза и сердечно-сосудистых осложнений ХБП, согласно классификатору случайных Лесов.

Выводы. Таким образом, метод случайных Лесов позволил создать математические модели для определения при помощи значимых при ХБП 22 маркеров по отношению к Р-селектину, во первых, значимость Р-селектина в диагностике и прогнозирования ХБП; во-вторых, стадию ХБП, и в третьих, с

наличие или отсутствие признаков атеросклероза, то есть прогнозировать ранние атеросклеротические изменения и кардиоваскулярные осложнения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Расулова Х.А., Даминов Б.Т.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии
и трансплантации почки
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель работы: изучить течение ишемического инсульта у больных с наличием ренальной дисфункции (РД).

Материал и методы. Было обследовано 302 больных с ИИ. У 78,8% больных очаг локализовался в каротидном бассейне (КБ), у 21,2% – в вертебробазиллярном бассейне (ВББ). Невростатус оценивался по общепринятой схеме. Степень тяжести ИИ оценивалась по шкалам инсульта: Скандинавской, Оргогозо и Оригинальной. Для определения подтипа ИИ использовался разработанный «Способ (шкала и алгоритм) дифференциальной диагностики патогенетических подтипов ИИ». С целью оценки РД определяли уровень креатинина, мочевины в сыворотке крови, рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ (2011), проводили развернутый анализ мочи с помощью тест-полосок Combina 13 (dipstick methodology), вычисляли отношение Альбумин/Креатинин (АСR), по показаниям проводили УЗИ почек.

Результаты. В зависимости от функционального состояния почек все больные с ИИ были разделены на две основные группы: 1 группа (РД+) – 196 (64,9%) больных ИИ с наличием РД и 2 группа (РД-) – 106 (35,1%) пациентов ИИ без сопутствующей РД. В зависимости от подтипов ИИ, атеротромботический подтип (АТИ) определен у 40,4%, лакунарный (ЛИ) – у 39,1%, кардиоэмболический (КЭИ) – у 12,3%, ИИ другой уточненной или смешанной этиологии (ДУП) – у 3,6%, криптогенный инсульт (КИ) – у 4,6% больных. Наибольший пик РД отмечался в острейшем и остром периодах ИИ, уменьшаясь в позднем восстановительном периоде. Наиболее часто РД отмечалась при АТИ (41,3%) и ЛИ (39,8%), а в 5,6% случаев при КИ (RR=1,98; AtP=0; OR=2,04; EF=49,6). ИИ на фоне РД+ характеризовался среднетяжелым течением с более частыми нарушениями сознания, в отличие от более легкого течения ИИ без РД. Также на фоне РД у больных с ИИ достоверно преобладали тазовые расстройства, атаксия, бульбарный или псевдобульбарный синдром, высокие цифры АД, особенно диастолического, когнитивные расстройства, гиперкреатининемия, уремия, снижение СКФ, микроальбуминурия, протеинурия, лейкоцитурия, гематурия и другие признаки.

Выводы. Таким образом, инсульт и патология почек является серьёзным коморбидным состоянием. Больные с хронической болезнью почек имеют высокий риск развития ИИ, а ее наличие при ИИ часто ухудшает течение и прогноз данного острого цереброваскулярного заболевания и характеризуется рядом специфических гетерогенных синдромов.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Расулова Х.А., Тохирова Д.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Цереброваскулярные заболевания являются одной из наиболее актуальных проблем современной медицины, что связано прежде всего с широкой распространённостью во всем мире сосудистой патологии, в частности острых нарушений мозгового кровообращения, создающих реальную угрозу жизни пациента и являющихся причиной тяжелой инвалидизации. Наиболее распространенным предиктором цереброваскулярной патологии является артериальная гипертензия (АГ). Частота АГ в мире колеблется в широких пределах. В развитых странах диапазон вариабельности распространения АГ составляет 37,0 %.

Длительно существующая неконтролируемая АГ приводит к возникновению гипертонической ангиопатии и вторичному поражению головного мозга как органа-мишени с развитием острых и хронических цереброваскулярных заболеваний, в первую очередь гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии (ГДЭ).

Цель исследования. Выявить клиничко-неврологические изменения на разных стадиях ГДЭ.

Материалы и методы. В исследование были включены больные (32 человек), из них мужчины 23 (72%) и женщины 9 (28%) с диагнозом гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии. Из них у 8 больных (25%) ГДЭ I стадии, у 14 больных (43,75%) ГДЭ II стадии, у 10 больных (31,25%) – ГДЭ III стадии.

Средний возраст больных составил $61,5 \pm 2,68$ лет для мужчин, $67,4 \pm 6,32$ лет для женщин. Все пациенты страдали гипертонической болезнью с длительностью более 10 лет.

МРТ сосудов проводилась на аппарате Siemens Symphony с силой поля 1,5 Тл.

Статистический анализ полученных результатов осуществлялся с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 и Excel.

Результаты. При клиничко-неврологическом исследовании картина ГДЭ в зависимости от стадии соответствовала клиническому описанию стадий ГДЭ.

МР-картина ГДЭ I стадии характеризовалась единичными (до 5) локальными мелкими очагами размерами от 1,5 до 9,0 мм в белом веществе головного мозга. У больных ГДЭ II стадии выявлены множественные мелкие (в количестве до 10) и единичные (до 3) крупные локальные очаги размерами от 2,5 до 12 мм. МР-признаки ГДЭ III стадии представлены множественными мелкими (более 10) и множественными крупными локальными очагами размерами от 2,5 до 14,0 мм.

Таким образом, по мере прогрессирования стадий ГДЭ нарастают признаки церебральной микроангиопатии в виде очаговых и диффузных изменений белого вещества головного мозга.

Выводы: МР-картина ГДЭ I стадии характеризовалась единичными мелкими субкортикальными очагами в белом веществе лобных долей головного мозга, отсутствием или минимальными проявлениями преимущественно заднего лейкоареоза. У больных ГДЭ II стадии выявлены множественные мелкие или единичные крупные очаги в белом веществе лобных и теменных долей субкортикально и перивентрикулярно, а также в подкорковых ядрах и таламусах, умеренное расширение периваскулярных пространств, расширение желудочковой системы. МР-признаки ГДЭ III стадии представлены множественными мелкими и крупными очагами, в лобных, теменных, височных, затылочных и островковых долях субкортикально и перивентрикулярно, а также в подкорковых ядрах, таламусах, среднем мозге, варолиевом мосту и мозжечке, сочетающимися с выраженным и неравномерным расширением периваскулярных пространств наличием смешанной гидроцефалии, атрофией вещества головного мозга.

БУЙРАК ВА ЖИГАРНИ ҲАСТАЛАНТИРУВЧИ ОМИЛЛАР ВА УНИ ДАВОЛАШДА ШИФОБАХШ ЎСИМЛИКЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ

Раҳматуллаева Н. И., Юнусова Н.Б.

*Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий амалий тиббиёт маркази. Тошкент ш.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти. Тошкент ш.*

Маълумки, буйраклар ва жигар одам организмида энг масъулиятли функцияни бажаради. Улар деярли организмдаги ҳамма моддалар алмашинувида (оксил, углевод, ёғ, сув ва ҳоказо) иштирок этиш билан бирга ичакдан қонга сўрилган турли захарли кимёвий моддаларни, организмда моддалар метаболизмида ҳосил бўлган кераксиз, ёғ моддаларни зарарсизлантиради. Шу билан бирга баъзи микроорганизмларнинг бир қисми ҳам тугилиб, ҳалок бўлади.

Бундан ташқари жигар хужайраларидан ўт кислоталар ва сафро кабиларни ишлаб чиқаради. Сафро таркибида ўт кислоталари билан холестирин, пигмент-билурубин бўлиб, бир кеча-кундузда 0,5-1 литргача ажралиб туради. Зарурат бўлганда, вақти-вақти билан ўн икки бармоқ ичакка тушиб туради. Яна,

жигарда доимий, турли мураккаб биокимёвий жараёнлар содир бўлиб, организм учун зарур моддалар ишлаб чиқарилади.

Демак, жигар фаолияти анча мураккаб бўлиб, у организмнинг бир меъёрада ишлаши учун ўта зарур аъзо ҳисобланади. Жигар функциясининг бузилишига сабабчи омилларга қишлоқ хўжалигида назоратсиз ишлатилаётган кимёвий моддалар (пестицидлар), ўз билармончасига қабул қилинаётган тиббий доривор препаратлар, спиртли ичимликлар, ҳар хил қўшимчали (концентрат) рангли сувлар, консерва маҳсулотлари ва ёғли таомларни кўп истеъмол этиш асосий ўринни эгаллайди.

Булардан ташқари, қатор микроорганизмлар, паразитлар, айнан вируслар борки, улар жигар хужайралари ва ўт йўллари яллиғлантиради ва ҳар-хил хасталикларга дучор қилади (токсик гепатит, вирусли гепатит- сариқ касаллиги, холангит ва ҳаказо). Ушбу хасталикларда жигарнинг бутун фаолияти, жумладан сафро ишлаб чиқариш ҳам издан чиқади. Ўт пуфаги, ўт йўллари яллиғланиши ва бунинг натижасида уларда тош ҳосил бўлиши, сафронинг ўн икки бармоқли ичакка тушишига тўсқинлик қилади. Натижада у йиғилиб, қонга сўрилади ва организмни захарлаб, оғир оқибатларга олиб келади.

Мазкур хасталикларни даволашда тиббий дори воситалари жигар фаолиятини яхшилаб (гепатопротекторлар), ўт ишлаб чиқаришни кўпайтиради, яллиғланиш сабабчисига қарши таъсир кўрсатади ва сафро хайдайди. Шулар билан бир қаторда, маҳаллий ўсимликлардан тайёрланган дори турлари ҳам бўлиб, улар жигар хужайраларини қаттиқ таъсирламайди, кўнгилсиз асоратларга олиб келмайди. Улар организм учун зарарсиз, шу сабабли уларни сурункали жигар касалликларида узоқ вақт ишлатиш мумкин. Уларнинг айримларини эътиборингизга ҳавола этамиз:

Бўзноч гуллари. Ўсимлик гуллаганда олиниб, салқин жойда қуритилади (10 грам 200 мл қайноқ сувга 30 дақиқа дамланади). Жигарга ва ўт хайдовчи восита сифатида кунига 3-4 марта бир ош қошиқдан овқатдан 15 минут олдин ичилади.

Дастарбош-гуллари. Гуллари очилганда олиниб, салқин ерда қуритилади (5 грам 200 мл қайнаган сувга 15 минут тутиб турилади, совутиб, доқада сузилади). Дамлама кунига 5-6 марта бир ош қошиқдан овқатдан 15-20 минут олдин ичилади. Ушбу дамлама меъда ва ичак яллиғланиши, яралари, қўтир ва гижжа хайдашда ҳам қўлланилинади.

Зайтун мойи. Бу жигар ва ўт пуфаги касаллигида, ўтда тош бўлганда, уни туширишда қўлланилади. Уни эрталаб наҳорга бирданига ёки бир неча соат давомида 50-100 мл дан истеъмол қилинади. Уни баъзан 6 кун давомида эрталаб наҳорга: биринчи кун бир ош қошиқ мой, лимон суви билан иккинчи кун икки қошиқ, учинчи кун уч қошиқ... шундай қилиб, олтинчи кун олти қошиқ мой лимон суви билан ичилади. Зайтун мойи ичишдан олдин ва ичишдан сўнг оғиз ялпиз мойи эритмаси билан чайилади. Шунингдек, жигар оғриганда шифобахш йиғмаларнинг қуйидагилардан фойдаланиш тавсия этилади;

1 - йиғма

Ялпиз барги	1 қисм
Франгула пўстлоғи	1 қисм
Ононис илдизи	1 қисм
Қоқиўт илдизи	1 қисм

Миқдордаги йиғманинг 1 қисми 10 грамм деб ҳисобга олинса унга 400 грамм сув қуйилиб 8 – 10 соат давомида дамлаб қўйилади, ва ундан кунига 3 маҳал ярим стакан миқдорда ичилади.

2 – йиғма

Бўзnoch гули	1 қисм
Бўймодарон, ер устки қисми	1 қисм
Аччиқ шувоқ (эрмон), ер устки қисми	1 қисм
Дорихона укропи меваси	1 қисм
Ялпиз барги	1 қисм

Бу сариқ ва холецистит (ўт пуфагининг яллиғланиши) касалликларида дамламадан кунига 4 маҳал овқатдан 15 минут олдин ярим стакандан ичилади.

3 – йиғма

Ялпиз барги	1 қисм
Аччиқ шувоқ (эрмон), ер устки қисми	1 қисм
Мениантес (учбарг), барги	1 қисм

Ушбу йиғма ўт пуфаги йўлидаги тошларни эритувчи ҳисобланиб, уни тайёрлашда йиғмадан сирланган идишга 2 ош қошиқ солиниб устига 1 стакан сув қуйилади ва 5 минут қайнатилгандан сўнг, 45 минут давомида совитилиб, сўнгра докада сузилади. Ўт ҳайдовчи бу қайнатмадан кунига икки маҳал (эрталаб ва кечқурун) овқатдан 30 минут олдин 1 стакандан ичилади.

Ушбу муолажалар албатта шифокорнинг маслаҳати ва назоратида бўлиши мақсадга мувофиқ бўлади.

ВЛИЯНИЕ БИОАКТИВНЫХ ДОБАВОК НА ПОЧКИ

М.А. Собиров, О.В.Скосырева, А.П. Маркушина

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкентский государственный стоматологический институт Ташкент, Узбекистан

Наша реальность демонстрирует повсеместное и часто необоснованное и бесконтрольное применение разнообразных БАДов. Но, в последнее время появляется все больше публикаций о возможности, в ряде случаев, печальных результатов приема этих веществ. Такие последствия могут быть обусловлены тем, что производители БАДов включают в их состав лекарственные средства из группы слабительных, мочегонных, наркотических и психотропных

препаратов, так же анаболические стероиды и другие компоненты, которые являются вовсе не безобидными, а в сочетании с другими лекарствами увеличивает риск развития отрицательных побочных эффектов растительных добавок.

В последние несколько лет учащаются случаи поражения почек на фоне приема различных БАДов на основе папайи, морозника, китайских и сибирских трав, содержащих в своем составе нефротоксичные ингредиенты. В этом случае развивается поражение почек по типу острого или хронического тубулоинтерстициального нефрита (ТИН). Диагностика и лечение пациентов с нефропатией в результате приема БАДов основывается на современных стандартах/, разработанных для тубулоинтерстициальных поражений почек, но с акцентом на нефропротективную терапию.

Нами в течение последних 3,5 лет пролечено 19 женщин среднего возраста с установленным диагнозом острого и хронического ТИН на фоне употребления папайи, продукции фирмы «Сибирское здоровье», чая Турбо-слим, морозника, гербалайфа с целью улучшения внешнего вида, устранения запоров и для похудения. В лечении этих пациентов применяли глюкокортикостероиды (у 9 случаях – в режиме пульс-терапии), при высокой степени активности нефропатии у 4 больных– комбинированную иммуносупрессивную схему (сочетание глюкокортикостероиды и цитостатики), а также антиагреганты, антикоагулянты, дезинтоксикационную и массивную нефропротективную терапию.

По результатам лечения данной категории больных можно констатировать, что наиболее выраженной дезинтоксикационный эффект проявил меглюмин натрия сукцинат. Основой комбинированной ренопротекции во всех случаях служили ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II (АРАII) в сочетании с одним из следующих препаратов: этилметилгидроксипиридина сукцинатом, глутатионом, аргинином, ацетилцистеином, токоферолом и теофиллином. При этом наиболее выраженный нефропротективный эффект обеспечивался ингибиторами АПФ в комбинации с этилметилгидроксипиридина сукцинатом, глутатионом и аргинином в их различных сочетаниях. С целью улучшения внутриклубочковой микроциркуляции использовались антиагреганты (пентоксифиллин, курантил, клопидогрель, дисгрин, аллтромбосепин). В пяти случаях при недостаточной эффективности пульс-терапии были проведены три сеанса трансмембранного плазмофереза, по результатам которого значительно улучшились клинико-лабораторные параметры этих пациентов.

К сожалению, из 9 пациентов с острым ТИН процесс перешел в хронический ТИН, а у 5 из них наблюдалось ранее развитие ХПН, что потребовало проведения сеансов гемодиализа.

Таким образом, предложенная в последнее время комбинированная нефропротективная терапия (multidrug подход), воздействующая одновременно на разные механизмы прогрессирования ХПН полностью подтвердила свою эффективность в терапии ТИН, что позволяет добиться сохранения

функциональной способности почек или замедления её снижения с исходом терминальную стадию ХНН.

НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК V СТ КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСК

Сабиров М.А, Салямова Ф.Э, Рашидова А.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт кафедра терапии. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почек. Узбекистан.

Введение: Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются наиболее частыми причинами смерти больных с терминальной ХПН (ТХПН) как до начала лечения с замещением функции почек, так и в ходе диализного лечения и составляют до 52 % всех случаев общей смертности [1]. В многоцентровых исследованиях, посвященных изучению различных заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц с ХПН представлено, что аритмии сердца и сердечная недостаточность (СН) наряду с артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), являются факторами неблагоприятного кардиального прогноза, риска развития внезапной смерти [2, 3]. Ведущие место в структуре смертности от сердечнососудистых заболеваний занимают внезапная кардиальная смерть (37%), острый инфаркт миокарда (27%), ОНМК (19%), сердечная недостаточность (14%) [4]. Нарушения ритма являются наиболее частой причиной внезапной кардиальной смерти, их наличие усугубляет течение ИБС и сердечной недостаточности, тяжело переносится пациентами и ухудшает качество их жизни. Частота аритмий у гемодиализных пациентов колеблется от 40 до 76% [5]. Многие аспекты нарушений ритма сердца у больных с ХПН остаются недостаточно изученными и противоречивыми. В частности недостаточно изучены роль гипертрофии левого желудочка (ЛЖ), снижения фракции выброса, степени артериальной гипертензии, влияния электролитных нарушений, изменения липидного статуса, в развитии аритмий у больных с ХПН, роль многообразных факторов, связанных с непосредственно с самой процедурой гемодиализа (ГД). Предупреждение жизнеопасных аритмий и как их следствие внезапной кардиальной смерти позволит снизить частоту летальных исходов и продлить жизнь пациентов с терминальной почечной недостаточностью.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, нарушения ритма сердца, программный гемодиализ.

Целью работы было выявление наиболее часто встречаемых нарушений ритма сердца у больных с терминальной почечной недостаточностью и их влияние на прогноз у данной категории больных.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 20 больных с ХБП V с, находящихся на лечении программным гемодиализом на базе отделения гемодиализа Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почек. Средний возраст пациентов $49,6 \pm 1,5$ года. Из обследуемых 40,0% (8 человек) – мужчины, 60,0% (12 человек) – женщины. Причинами развития ХБП явились следующие первичные заболевания почек: хронический гломерулонефрит – 25%, поликистоз – 15%, диабетическая нефропатия – 45%, хронический пиелонефрит – 10% и прочие – 5%. Длительность ХБП составляла $6,0 \pm 0,7$ года. Все больные получали лечение программным гемодиализом еженедельно по 3 сеанса, продолжительностью в среднем по 4–5 часов. Длительность диализа в среднем $25,7 \pm 3,43$ мес. Всем больным проведено обследование включающее в себя: общеклиническое обследование, проведение суточного ЭКГ-мониторирования, ЭХОКГ, лабораторные исследования: определение мочевины, креатинина, электролитов крови, кислотно-щелочного состояния. Группу сравнения составили 20 больных (8 мужчин и 12 женщин) с терминальной ХБП, находящиеся на лечении отделение гемодиализа Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почек. Средний возраст и длительность ХПН сопоставимы с группой наблюдения и составили $46,8 \pm 2,0$ года и $5,8 \pm 0,3$ года соответственно. С целью определения характера, частоты, времени возникновения нарушений ритма сердца, всем больным проведено суточное ЭКГ-мониторирование при помощи трехканальной автоматизированной системы для амбулаторного мониторинга электрокардиограммы Safe Heart Systm-24 h (Россия). Определялись следующие параметры: средняя, максимальная, минимальная ЧСС (днем, ночью, в процессе сеанса гемодиализа), характер, общее количество и почасовое распределение нарушений ритма: наджелудочковые и желудочковые (одиночные, парные, групповые) экстрасистолы, пароксизмальные тахикардии, нарушение проводимости, изменение сегмента ST. На эхокардиографии исследовались: толщина стенок левого желудочка, поперечные и продольные размеры полостей сердца, объемы и масса миокарда левого желудочка, индекс сферичности, индекс эксцентричности, линейные и объемные показатели рассчитывались на площадь поверхности тела.

Результаты и их обсуждение. При осмотре в клинической картине преобладали: астеноневротический синдром (слабость, снижение работоспособности – у 100% пациентов), дерматологический синдром (сухость кожных покровов, охрадермия, кожный зуд – у 91% больных), гастроинтестинальный синдром (сухость во рту, тошнота, боли в эпигастрии беспокоили 85% больных), жалобы на боли в области сердца стенокардитического характера предьявляли 34% (в основном имела место стенокардия напряжения II КФК), нестенокардитического характера – 37%, одышку при физической нагрузке (59,4%), сердцебиения, перебои в работе сердца – 60% пациентов. Суточное ЭКГ-мониторирование проводилось в день программного гемодиализа. По данным холтеровского ЭКГ мониторинга

нарушения ритма выявлены у 97% больных, находящихся на лечении программным гемодиализом, и у 100% больных додиализной группы, в основном преобладали комбинированные аритмии. У 39% больных, находящихся на лечении программным гемодиализом, регистрировалась синусовая тахикардия как в дневное время, включая процедуру гемодиализа, так и в ночное. У 41% пациентов выявлена частая наджелудочковая экстрасистолия, в том числе парная, групповая, у 11% – пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, преимущественно после сеанса гемодиализа. Желудочковая экстрасистолия высоких градаций (III, IV, V класс по В. Lown, N. Wolff) встречалась у 43% больных, имеющих более длительный срок лечения гемодиализом. В основном регистрировалась политопная желудочковая экстрасистолия, в том числе по типу бигемии, тригемии, парная, причем чаще после сеанса гемодиализа. Клинически значимые и прогностически неблагоприятные желудочковые экстрасистолы встречались у 28% больных, у них же наблюдалась более высокая частота наджелудочковых нарушений ритма. У больных додиализного периода выявлена более низкая эктопическая активность: чаще встречалась одиночная наджелудочковая экстрасистолия (28% больных) и реже желудочковая экстрасистолия низких градаций (I, II класс по В. Lown, N. Wolff). Ведущими механизмами увеличения эктопической активности являются, по-видимому, изменения электролитного и кислотно-щелочного балансов, воздействие на миокард уремических токсинов, паратиреоидного гормона и др., которые связаны как с самой ХПН, так и с процедурой гемодиализа. Анализ изменений концентрации электролитов показал, что до и во время процедуры гемодиализа имеет место повышение калия, натрия, кальция, фосфора, мочевины, креатинина. После процедуры гемодиализа происходит частичная нормализация данных показателей. По данным ЭХОКГ у пациентов находящихся на лечении программным гемодиализом наиболее часто выявлялись: повышение жесткости миокарда и концентрическое ремоделирование ЛЖ. Выраженная ГЛЖ (определялась по индексу массы миокарда выше 117 г/м²) выявлена у 33% больных, во всех случаях она имела концентрический тип. Концентрическое ремоделирование ЛЖ по эксцентрическому типу определялось у 40% пациентов. У 73% пациентов отмечалось изменение формы ЛЖ, выявленное по снижению индекса сферичности. Все обследуемые имели удовлетворительную фракцию выброса (ФВ) 64±14%. Почти у половины больных основной группы сердечная недостаточность протекала по диастолическому типу (49% имели диастолическую дисфункцию). Соотношение E/A < 1 определялось у 49%, увеличение времени замедления раннедиастолического наполнения (ДТ) > 200 мс. у 29 %, увеличение периода изоволемиического расслабления у 76%. Таким образом у основной группы пациентов отмечалась умеренная диастолическая дисфункция I типа. Легочная гипертензия имела место у 42% больных (определялась по времени ускорения систолического потока в легочной артерии).

Заключение. Больные с ТХПН, находящиеся на лечении программным гемодиализом, по сравнению с больными додиализного периода, имеют более высокую эктопическую активность с преобладанием прогностически неблагоприятных нарушения ритма сердца (частая наджелудочковая экстрасистолия, пароксизмальная фибрилляция предсердий, желудочковая экстрасистолия высоких градаций по В. Lown, N. Wolff), чаще после сеанса гемодиализа. Высокая эктопическая активность, по видимому, связана с нарастанием электролитных нарушений в постдиализном периоде, а также с ремоделированием ЛЖ. По данным ЭХОКГ у основной группы больных преобладало концентрическое ремоделирование ЛЖ и повышение жесткости миокарда при сохраненной систолической функции ЛЖ и умеренно-выраженной диастолической дисфункции ЛЖ I типа. Почти половина пациентов с ХБП Vст имели признаки легочной гипертензии. Таким образом, больные с ХБП Vст, находящиеся на лечении программным гемодиализом, могут быть отнесены к группе высокого риска развития аритмий и внезапной аритмической смерти.

ЛЮПУС НЕФРИТДА АВМЕДРОЛ ПРЕПАРАТИНИ ПАТОГЕНЕТИК ДАВО СИФАТИДА САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Сабиров М.А., Султонов Н.Н., Исиргапова С.Н.

*Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси
илмий-амалий тиббиёт маркази. Тошкент. Ўзбекистон*

Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги: Системали қизил бўрича касаллиги ҳозирги кунда тиббиётининг ревматология ва нефрология соҳаларини асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Ушбу касаллик ўз вақтида аниқланмаслиги, даво чораларини кўрмаслик ва кузатилиши мумкин бўлган асоратларни олдини олмаслик оқибати натижасида, беморларда эрта ногиронликка сабаб бўлмоқда. Шунининг илоҳотида олиш зарурки, люпус нефрит сабабли СБЕ келиб чиқиши ҳисобига беморларнинг ҳаёт сифати ёмонлашишига, ҳамда қимматбаҳо ҳисобланган гемодиализ муолажасига муҳтож беморлар сони ортиб боришига сабаб бўлмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади. Системали қизил бўрича билан касалланган беморларда патогенетик даво сифатида Авимедрол дори воситасини самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқотнинг материали ва усуллари. Текширув ишлари объекти сифатида Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси нефрология ва ревматология бўлимида даволанаётган системали қизил бўрича касаллигида люпус нефрит нефротик синдром билан асоратланган беморлар олинди. Умумий беморлар сони 70 тани ташкил этди. Улар шартли икки гуруҳга бўлиниб 1 гуруҳ (А гуруҳ) 34 та беморни ўз ичига олди. 1 гуруҳдаги

беморларнинг ўртача ёши $47,0 \pm 1,65$ ёшни ташкил этиб, ушбу беморларга патогенетик глюкокортикостероид даво сифатида Авимедрол 1000 мг/кунига 3 кун монопульс терапия кўринишида тавсия этилди. 2 гуруҳимиз эса (В гуруҳ) 36 та беморни ўз ичига олди ва бу беморларга патогенетик глюкокортикостероид даво сифатида Солумедрол 1000мг/кунига 3 кун монопульс терапия кўринишида тавсия этилди. Бу гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $45,3 \pm 2,4$ га тенг бўлди. Барча беморларда давонинг 1 кун ва даводан кейин давонинг 10 кун умумий пешоб таҳлилида (УПТ) протеинурия, касалликни фаоллик даражасини баҳоловчи эритроцитлар чўкиш тезлиги, қондаги креатинин миқдори ўзгаришлар динамикаси ўрганилди.

Олинган натижалар:

Тадқиқотимиз натижасида қуйидаги ўзгаришларни кузатдик. 1 гуруҳимиздаги беморларда даволашдан олдин УПТлида протеинурия ўртача 3.3 ± 1.23 г/лни ташкил этган бўлса, 3 кунлик монопульстерапиядан кейин даволашни 10-кунга 1.32 ± 0.99 г/литргача пасайишига эришилди. 2 гуруҳимизда ҳам ижобий ўзгаришлар кузатилди. Даволашдан олдин УПТ протеинурия 3.6 ± 1.03 г/литрни ташкил этган эди, даволашдан кейин 1.12 ± 0.7 г/литргача пасайишига эришилди. Кейинги кузатувдан олинган кўрсаткичларимиз: ЭЧТ 1 гуруҳимизда даволашдан олдин 35.2 ± 3.51 мм/с ни ташкилд этган эди. Даволашдан кейин эса 19.5 ± 1.4 мм/с гача пасайишига эришилди. 2 гуруҳимизда ЭЧТ даволашдан олдин 36.5 ± 3.2 мм/с ташкил этган бўлса, даволашдан кейин даволашнинг 10-кунда текширилганда 18.2 ± 1.3 мм/с гача пасайгани кузатилди. Буйрак функционал ҳолатини баҳоловчи кўрсаткич: қондаги креатинин миқдори 1 гуруҳимизда даволашдан олдин 130 ± 4.2 ммоль/л эканлиги аниқланган бўлса, даволашдан кейин ушбу кўрсаткич 105 ± 1.54 ммоль/л гача пасайишига эришилди. 2 гуруҳимизда ҳам 10 кунлик даволаш давомида монопульстерапиядан фойдаланиш сабабли қондаги креатинин миқдори ишончли даражада ижобий томонга ўзгариши кузатилди. Ушбу гуруҳда даволашдан олдин қондаги креатинин миқдори 135 ± 2.3 ммоль/л ташкил этган бўлса, даволашдан кейинги 10-кунга текширилганда 100 ± 1.8 ммоль/л гача пасайганини кўришимиз мумкин.

Олинган натижалардан кўриниб турибдики, иккала гуруҳимизга ўз вақтида керакли миқдорда берилган 3 кунлик монопульстерапия фонида назоратга олган иккала гуруҳимизда ҳам барча лаборатор кўрсаткичларимиз ишончли даражада ижобий томонга ўзгаришларга эришилганини кўришимиз мумкин.

Хулоса:

1. Системали қизил бўрича касаллигида люпус нефрит нефротик синдром билан кечганда кўрсатмага асосланиб, беморларга 3 кунлик монопульстерапия тавсия этиш касалликни фаоллигини пасайишига олиб келади.

2. Тадқиқотимиз натижаларидан шуни айтишимиз мумкинки, патогенетик глюкокортикостероид даво сифатида Авимедрол дори-воситасини таъсир самарадорлиги оригинал дори воситаси ҳисобланган Солумедролдан қолишмаслиги кузатилди.

3. Нефротик синдром билан кечган тизимли касалликларда патогенетик глюкокортикостероид даво сифатида Авимедрол дори воситасини амалиётга тадбиқ этилиши, беморларда касаллик фаоллигини пасайишига ҳамда беморларга молиявий жиҳатдан енгилликларга олиб келиши, ҳамда касаллик асоратларини олдини олишимизга эришиш мумкинлигини такидлашимиз жоиз.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ КЕЧИШИДА КЛИМАКТЕРИК ДАВРНИ АҲАМИЯТИ

Сабиров М.А., Исиргапова С.Н., Султонов Н.Н.

*Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистан
Республика нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт
маркази. Тошкент. Ўзбекистон*

Муаммонинг долзарблиги: Сурункали буйрак касаллиги (СБК) ҳозирги замонавий тиббиётнинг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Аёлларда климактерик даврда СБК кечиши ва ҳаёт сифатини ёмонлашиши нефрологлар олдидаги асосий муаммолардан бири ҳисобланиб келмоқда. Климактерик ёшдаги аёлларда электролитлар миқдорий жиҳатдан камайиши ҳам кузатилади, жумладан, магний етишмовчилиги 16-42% ни ташкил этади. Электролитлар мувозанатининг бузилиши СБК касалланган беморларда эндотелий дисфункциясига, таянч ҳаракат аъзоларидаги ўзгаришларга, турли хил юрак-қон томир касалликлари кучайишига ва ўлим кўрсаткичининг ортиб боришига олиб келади.

Тадқиқотнинг мақсади. Климактерик ёшдаги сурункали буйрак касаллиги билан хасталанган беморларда эндотелиал дисфункцияга фитоэстерогенларнинг таъсир самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари. Текширув ишлари объекти сифатида РИН ва БТИАТМда даволанаётган нодиабетик этиологияли сурункали буйрак касаллиги IV-V босқичи билан асоратланган беморлар олинган. Умумий беморлар сони 105 тани ташкил этади. Улар шартли икки гуруҳ бўлиниб, 1 гуруҳ (А гуруҳ) 55 та беморни ўз ичига олди ва ушбу беморларга анъанавий даво билан бирга фитоэстероген Эвалар 4мг/сут миқдорда берилди. 1 гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $48,0 \pm 1,65$ ёшни ташкил этди. 2 гуруҳдаги беморлар эса (В гуруҳ) 50 та беморни ўз ичига олди ва бу беморларга анъанавий даво тавсия этилди. Бу гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $47,3 \pm 2,4$ ёшга тенг бўлди. Барча беморларда давонинг 1 куни ва даводан кейин давонинг 30 куни қон томир ремоделланишини “Манжета” синамаси ҳамда уйку артериясини доплерография қилиб интима-медиа комплекси қалинлиги ўзгаришини баҳолаш билан аниқланди.

Олинган натижалар: Кузатувлар натижасида қуйидаги ўзгаришлар кузатилди. 1 гуруҳдаги беморларда даволашдан олдин интима-медиа комплекси қалинлиги $1,12 \pm 0,03$ ташкил этган бўлса, давонинг 30 кунида ушбу кўрсаткич

1,10±0,04 ммни ташкил этди. Ушбу гуруҳимизда даволаш давомида ўзгаришлар ишончсиз даражада бўлди. 2 гуруҳимиздаги беморларда ҳам даволаш давомида уйқу артерияси интима-медиа комплекси қалинлиги ўзгариши ишончсиз даражада бўлди. Унга кўра даводан олдин уйқу артерияси интима-медиа комплекси қалинлиги 1,10±0,02 мм бўлган бўлса, даводан кейин 1,09±0,05 ммни ташкил этди. Елка артерияси вазодилатация синамаси учун тест ўтказилганда елка артериясини дуплекс сканерлаш кўрсаткичлари шуни кўрсатдики, иккала гуруҳимизда ҳам даволаш давомида елка артерияси диаметри ижобий ўзгаришларга эришилганини кўришимиз мумкин. Унга кўра биринчи гуруҳимизда даволашгача вазодилатация синамаси ўтказишдан олдин елка артерияси диаметри 3,51±0,12 ташкил этган эди, ушбу кўрсаткич даволашдан кейин 3,97±0,07 (P<0,05) ортиши кузатилди, синамадан кейин 5 сонияда текширилганда елка артерияси диаметри даволашдан олдин 3,66±0,12ни, даволашдан кейин 4,25±0,07 (P<0,05) ни ташкил этди. Синамадан кейин 60 сонияда эса 4,56±0,76 (P<0,001) гача, даволашдан кейин ушбу кўрсаткич 9,57±0,21 (P<0,001) гача ортишига эришилди.

Иккинчи гуруҳимизда эса даволашгача вазодилатация синамаси ўтказишдан олдин елка артерияси диаметри 3,53±0,15 ташкил этган эди, даволашдан кейин эса 3,65±0,08 (P<0,05) ортиши кузатилди, синамадан кейин 5 сонияда текширилганда елка артерияси диаметри даволашдан олдин 3,61±0,14ни, даволашдан кейин 3,86±0,06 ни ташкил этди. Даволашдан олдин синамадан кейин 60 сонияда эса 3,12±0,51 ни, даволашдан сўнг синамадан кейин 60 сонияда эса 8,4±0,29 (P<0,001) гача ортишига эришилди.

Олинган натижалардан кўришиб турибдики иккала гуруҳимизда ҳам ижобий натижаларга эришилди аммо фитоэстероген қабул қилган биринчи гуруҳимизда олинган натижалар, иккинчи стандарт даво олган гуруҳимизга нисбатан яхшироқ натижаларга эришилди.

Хулоса:

1. Климактерик ёшдаги сурункали буйрак касаллиги IV-V босқичи билан касалланган беморларда эндотелий дисфункцияси кузатилиши ва касаллик авж олиб бориши билан кучайиб бориши кузатилди. Бу эса буйракларнинг функционал ҳолатининг пасайиши тезлашишига олиб келади.

2. Климактерик ёшдаги аёлларга стандарт давога фитоэстерогенлар қўшиш билан даво самарадорлигини ошишига эришиш мумкинлиги кузатилди.

3. Изланишимиз оркали шуни айтишимиз мумкинки, климактерик ёшдаги СБК касалланган беморларга анъанавий давога фитоэстероген даво сифатида “Эвалар” дори воситасини қўшиш билан касаллик авж олишини пасайишига ва беморлар ҳаёт сифатини яхшиланишига эришишимиз мумкин.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ЭЗОМЕПРАЗОЛА И ЦИНКА В ЛЕЧЕНИИ НПВП ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА С НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

Саидов Ш.Б, Хамрабаева Ф.И.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан.*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан.*

Актуальность. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) обладают ряд побочных действий, среди них больше всего встречается негативное воздействие в отношении желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Негативное воздействие могут развиваться и при недлительном применении аспирина и НПВП в низких дозах (Циммерман Я.С. 2018). Ингибитор протонной помпы (ИПП), в частности эзомепразол используют в лечении НПВП-индуцированных гастропатий, при этом эзомепразол обладает более высокой биологической доступностью (Каримов М.М. и соавт. 2020). Цинк также участвует в функционировании органов ЖКТ, при этом цинк обладает антиульцерогенным действием (Подобед В.М. 2015).

ЦЕЛЬ. Изучить специфику клинических проявлений НПВП-гастропатии у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата с нормальной функцией почек в первые дни применения комбинации эзомепразола и цинка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В данном исследовании обследовано 23 больных (средний возраст $53,5 \pm 5,6$ лет) с заболеваниями опорно-двигательного аппарата с нормальной функцией почек, в анамнезе которых отмечается приём НПВП, с клиническими проявлениями НПВП-гастропатии верифицированными эндоскопически. Функцию почек оценивали путём подсчёта скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ 2021. У всех больных изучали наиболее часто встречающиеся симптомы гастропатии: боль в эпигастральной области, снижение аппетита, изжога и тошнота. Данные симптомы оценивали следующим образом: выраженный (++), умеренно выраженный (+), отсутствует (0). Все больные помимо базисной терапии принимали эзомепразол 40 мг 1 раз в день утром за 30 минут до еды внутрь и препарат цинка (Иммуноцинк 50 мг/сут) с курсом лечения 10 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Исследование показало, что у больных с НПВП-индуцированной гастропатией частота встречаемости умеренно выраженных болей в эпигастральной области составила у 39% (n=9) больных. Снижение аппетита наблюдалось у 13% (n=3) больных, умеренно выраженного характера. Изжога составила у 78% (n=18) больных (17% (n=4) -выраженная, 61% (n=14) - умеренно выраженная). Тошнота составила у 69% (n=16) больных (30% (n=7) - выраженная, 39% (n=9) - умеренно выраженная). В свою очередь у

обследованных больных показатель СКФ по формуле СКД-ЕРІ 2021 в среднем составил $107,5 \pm 3,2$ мл/мин/1,73 м².

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведенные исследования с применением в первые дни терапии комбинации эзомепразола и цинка при лечении НПВП индуцированной гастропатии у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата с нормальной функцией почек позволило обнаружить специфику клинических проявлений, что в дальнейшем требуется оценить полученные результаты в динамике терапии.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЕ 12-НЕДЕЛЬНЫХ ТРЕНИРОВОК НА ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, НАХОДЯЩИХСЯ НА МАЛОБЕЛКОВОЙ ДИЕТЕ

Саипова Д.С., Сабиржанова З.Т., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Хорошо известно, что пациенты с хронической болезнью почек (ХБП) проявляют ограниченную физическую функцию. Ограничение переносимости физических нагрузок не только снижает качество жизни, но и ведет к росту заболеваемости и смертности.

Характерными для ХБП являются такие симптомы, как усталость, мышечная слабость и снижение повседневной физической активности. Различные виды физической активности, такие как физические упражнения, улучшают физическую форму у пациентов с ХБП и повышают их толерантность к физическим нагрузкам. Плохое физическое состояние и истощение скелетных мышц связаны с комбинированными эффектами уремического ацидоза, белково-энергетической недостаточности и воспалительного истощения, что приводит к дальнейшему ухудшению малоподвижного образа жизни у пациентов с ХБП.

Цель исследования: изучение влияния 12-ти недельных тренировок на физическую активность у пациентов с 3-4 стадиях ХБП, находящихся на малобелковой диете.

Материалы и методы: В исследование были включены 119 больных с ХБП С3 и С4 стадий. Больные в зависимости от характера питания были разделены на 3 группы. 1-я группа с низким содержанием белка 2-я группа с низким содержанием белка с коррекцией кетоаналогами 3-я группа с ограниченным содержанием белка. Всем пациентам проводили антропометрию, (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), измерение окружности середины бедра и окружности средней плеча), также исследование мочевины, креатинина, электролиты, альбумина, общий белка, гемоглобина крови. Скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) была оценена с использованием формулы СКД-ЕРІ (2011) и инструментальные методы исследования: ЭКГ, ЭхоКГ.

Для оценки физической активности мы применяли тест с шестиминутной ходьбой, тест на равновесие и кардиопульмональный нагрузочный тест. Оценку проводили по шкале: от 0 до 4 баллов на выполнение каждой задачи. Пациенты получили 0 баллов за каждую задачу, которую они не смогли выполнить. Суммируя баллы, для каждого участника был создан итоговый балл производительности (диапазон от 0 до 12), причем более высокие баллы указывали на лучшую физическую активность.

Программа физических тренировок состояла с разминки, для которого отводилось 10 мин, далее 50 мин основные упражнения, 25% которых отводилось на аэробные упражнения, 25% силовые упражнения и 25% нейромоторные упражнения.

Первая группу составили 32% больных, которые получали диету с низким содержанием белка, вторую группа 35% пациентов, третью группу составили 35 % пациентов, получавших диету с ограниченным содержанием белка.

Результаты: При изучении общих клинических характеристик соотношение мужчин и женщин, средняя скорость клубочковой фильтрации, суточная протеинурия и ИМТ существенно не различались между группами.

При изучении физической активности пациентов с различным характером диеты показало, что у больных 1-ой группы даже при наличии низкого нутритивного статуса в динамике 12 недельных тренировок отмечалось улучшение таких физических показателей как окружность середины бедра и плеча, а также несколько улучшился показатель МПК. При сравнении групп пациентов, получавших и не получавших кетоаналоги (2 и 3 группа соответственно) физические тренировки в течение 12 недель привели к значимому улучшению таких показателей, как окружность середины плеча и МПК. Однако в группе получавшие кетостерил значимо больше улучшился такой показатель, как МПК.

Показатель максимального потребления кислорода (МПК) увеличился во всех группах на 1.4, 3.37 и 2.66 мл\мин*кг, соответственно. Пациенты из группы с низкими баллами производительности перераспределились и перешли частично в группы с более высокими показателями производительности.

При изучении регулярности посещения физических тренировок было выявлено, 70% пациентов регулярно посещали тренировки. У них после 12-недельной реабилитационной программы показатель максимального потребления кислорода увеличился в 1,2 раза у, (22,31 мл / мин / кг и 27,05 мл / мин / кг соответственно), а у 30% пациентов не регулярно занимающихся пациентов - после 12 недель составило 21,5 мл / мин / кг, при исходных 24,7 мл / мин / кг.

Выводы: Снижение функции почек связано с ухудшением физической работоспособности, объективно оцениваемой тестами оценки физической активности у пациентов с ХБП. У пациентов с ХБП чаще наблюдается нарушение мышечной силы и равновесия. Таким образом, тесты оценки физической активности – недорогой и очень перспективный инструмент для оценки физической активности у пациентов с ХБП. Регулярная физическая

активность приводит к увеличению максимального потребления кислорода в 1,2 раза. Было отмечено, что регулярные тренировки способствуют небольшому увеличению мышечной массы у пациентов с ХБП находящихся на малобелковой диете. Также была отмечена важность регулярности занятий лечебной физкультурой.

КЛИНИКАДАН ОЛДИНГИ БОСҚИЧЛАРДА II ТИПДАГИ ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИНИНГ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Сафарова Г.А.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Долзарблиги. Қандли диабетнинг энг катта хавфи унинг қон томир асоратлари билан боғлиқ, хусусан, диабет билан оғриган беморларнинг 30-40 фоизда ривожланадиган ва бутун дунё бўйлаб сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) сабаблари орасида етакчи ўринни эгаллайдиган диабетик нефропатия (ДН) билан боғлиқ. ДН туфайли терминал СБЕ 1 –тип диабет билан оғриган беморларнинг ўлимнинг асосий сабаби бўлиб қолмоқда ва 2 -тип диабет билан оғриган беморларда юрак-қон томир патологиясидан кейин иккинчи ўринда туради. ДН оқибатида СБЕ нинг охирги босқичи бўлган беморларга буйрак ўрнини босувчи терапия билан таъминлаш, шунингдек, унинг асоратларини даволаш харажатлари доимий равишда ўсиб бормоқда ва турли мамлакатларда, шу жумладан, Ўзбекистонда ҳам соғлиқни сақлаш бюджетига оғир юқдир. ДНнинг прогрессив табиати ва клиник жиҳатдан аниқ ва ривожланган босқичларда уни даволаш имкониятларининг чекланганлиги туфайли буйраклардаги қайтарилиши мумкин бўлган ўзгаришлар босқичида нефропатияни эрта аниқлаш ва нефропротексиянинг ўз вақтида бошланиши алоҳида аҳамият касб этади. Ҳозирги вақтда ДНни эрта ташхислашда қўлланиладиган ягона усул бу микроалбуминурияни (МАУ) аниқлашдир. Аммо, морфологик тадқиқотлар кўрсатганидек, МАУ бўлган диабетли беморларда (ва ҳатто баъзиларида нормоалбуминурия билан) буйра, юк тўқимасида характерли ўзгаришлар аллақачон аниқланган.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, 2000 йилда 177 миллион одам диабет билан касалланган. 2025 йилга бориб бу рақам 350 миллиондан ошади. Диабетик нефропатия (ДН) бугунги кунда буйрак касаллигининг охирги босқичининг энг кенг тарқалган сабабидир - уремик беморларнинг деярли 35% ни ташкил этади. Қандли диабетда буйракларнинг зарарланиш кўлами сўнгги йилларда жуда катта даражада ошди, шу жумладан, харажатлар нуқтаи назаридан, ҳатто гломерулонефрит (ГН) каби касалликдан ҳам ошиб кетди. Агар охирги йилларда ҚД 1 типиди ДНни аниқлаш ҳолатлари сони ўзгармаса ёки камайишга мойил бўлса, 2 –тип ҚД да нефропатиянинг аниқланиш даражаси 50% га ошган. Бугунги кунга келиб, шубҳасиз, ҚД 1 ва ҚД 2 сабаб бўлган ДНда "клиникадан олдинги" (яширин) ривожланиш босқичи

аниқ ажралиб туради, бунда касалликнинг клиник белгилари йўқ ва фақат функционал ва лаборатория буйраклар фаолиятини тавсифловчи ўзгаришлар аниқланади. Булар, биринчи навбатда, фильтрациянинг тезлашиши, буйраклар ҳажмининг ошиши, интрагломеруляр босимнинг ошиши, микроалбуминурия (МАУ). 2-тип диабетда ДН нинг дастлабки босқичларида буйракларнинг функционал ҳолати тўғрисида етарли маълумотга эга бўлмаслик, уларни ташхислаш учун ахборот мезонларининг йўқлиги, шунингдек, уларни самарали тузатиш учун ёндашувлар ишлаб чиқилмаганлиги ўрганиш учун танланган мавзунинг долзарблигини кўрсатади.

Тадқиқотнинг мақсади - ҚД 2-типдан келиб чиққан ДНнинг дастлабки босқичлари бўлган беморларда буйракларнинг функционал ҳолатининг хусусиятларини ўрганиш эди.

Материаллар ва усуллар. Ҳаммаси бўлиб 40 - 65 ёшдаги 66 бемор ва 15 нафар соғлом одамлар кўриқдан ўтказилди, шундан 51 нафарида ҚД 2-тип фониди ривожланган ДНнинг эрта босқичлари мавжуд эди. Касалликнинг давомийлиги 3 ойдан 3 йилгача. Беморлар 3 гуруҳга бўлинди: I гуруҳ - ҚД 2-тип нормоалбуминурия билан, II гуруҳ - ҚД 2-тип микроалбуминурия (МАУ) билан, III гуруҳ - МАУ ва юқори нормал қон босими (130/80-140/90 мм. сим. уст.). Радионуклид усули билан гломеруляр филтрация тезлиги (ГФР) каби кўрсаткичларни ўрганилди; ултратовуш ёрдамида буйрак ўртача ҳажми; микроалбуминурия (МАУ); кунлик сийдикда азот оксиди (НО) даражаси; интратенал гемодинамиканинг параметрлари - Допплер кўрсаткичлари ПИ, ҚИ, V_{мах}.

Тадқиқот натижалари ва муҳокама. Беморларнинг биринчи гуруҳида альбуминуриягача булган босқичда гиперфилтрация (152,0 (141.0-163.0)), буйраклар ҳажмининг ошиши (181,0 (169,0 -188.0)), интрагломеруляр гипертензия ҚИ (0,5 (0,47- 0,55)), ПИ (0,72 (0,5- 0,9)), V_{мах} (0,95 (0,89-1,01)) ва кундалик сийдикда НО даражасининг ошиши (15,8 (15.2-16.8)). Яъни МАУ йўқлиги ҚД 2 тип билан оғриган бемор буйрак муаммоси йўқлигини кўрсатмайди, бундай беморлар текширув режасига албатта КФТ ни радионуклид усулда аниқлаш киритилиши шарт. II гуруҳ беморларда шу нарса аниқландики, МАУ (33.0 (28.0-37.0))нинг пайдо бўлиши билан КФТ камаяди ёки нормал даражагача етади (134.0 (122.0-143.0)). Аммо шу билан биргаликда буйракда қон оқимининг пасайиши кузатилади ҚИ(0,6 (0,57-0,68)), ПИ (1,36 (1,11,6)), V_{мах} (0,77 (0,73-0,83)), периферик томирлар қаршилигининг ошиши билан бирга сийдикда НО (15,6 (15.1-15.9)), эндотелиал дисфункцияни тавсифлайди. Қандли диабет 2 билан оғриган беморларда қон босимининг сезиларли даражада ошиши буйрак функциясига кескин салбий таъсир кўрсатади, буни КФТ (89.0 (81.0-96.0)) пасайиши, буйрак қон оқимининг вазоспастик реакциясининг кучайиши, эндотелий шикастланиши (сийдикда азот оксиди даражасининг пасайиши (13.7 (13.3-14.3)))дан билса булади. Кўриниб турибдики, ҚД 2 типда қон босимининг бироз кўтарилиши ҳам НО захираларининг кескин камайишига олиб келади, бунинг натижасида томирлар гемодинамик омиллар таъсирида ригидлиги ошади. Шунинг учун томирларда етарли қон оқимини сақлайдиган моддаларнинг мувозанати вазоконстриктор

томон силжийди. Шундай қилиб, тадқиқот давомида олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатадики, 2 -тип диабет билан буйраклар касаллигининг бошланишида патологик жараёнда фаол зарарлана бошлайди. Қандли диабет 2 тип билан оғриган беморда МАУнинг пайдо бўлиши ёки қон босимининг кўтарилиши, буйраклардаги тескари ривожланиш эҳтимоли нуқтаи назаридан, аллақачон ривожланган патологик жараёни кўрсатади. Буйракларнинг функционал ҳолатидаги ўзгаришлар ДН ривожланишининг преалбуминурик босқичида рўй беради ва айнан шу босқич гиперфилтрация, реномегали ва эндотелиал дисфункцияга агрессив таъсир кўрсатадиган "трамплин" бўлиши керак. 2 -тип диабетдаги буйрак муаммоларига фақат шундай ёндашув, бизнинг фикримизча, бугунги кунда дунёда ДН эпидемиясини тўхтатишга имкон беради.

Хулоса. 1. Қандли диабет 2 билан оғриган беморларнинг 78 фоизда касаллигининг преалбуминурик босқичида аллақачон буйракларнинг функционал бузилиши кузатилади.

2. 2 -тип диабетда ДН ривожланишининг преалбуминурик босқичининг диагностик мезонларини КФТ, СОП, интратенал гемодинамиканинг параметрлари ва кундалик сийдикда NO даражасини ҳисобга олиш керак.

3. Қандли диабет 2 билан оғриган беморларда ДН ривожланишининг преалбуминурик босқичида 69% ҳолларда гиперфилтрация, 75% ҳолларда реномегалия, 65% ҳолларда томирлараро гемодинамиканинг вазодилататор тури, 57% ҳолларда эндотелиал дисфункция кузатилади.

4. МАУ босқичида ҚД 2-тип сабаб бўлган ДН билан оғриган беморларда 49% ҳолларда гиперфилтрация, реномегалия - 70,5% ҳолларда, томирлараро гемодинамиканинг вазоспастик тури 65,5% ҳолларда, эндотелиал дисфункция 69% ҳолларда кузатилади.

5. ҚД 2-тип сабаб бўлган гипертензив беморларда МАУ босқичида 37,5% ҳолларда филтрация даражасининг пасайиши, 72,5% ҳолларда реномегали, 78,4% ҳолларда томирлараро гемодинамиканинг вазоспастик тури, эндотелий 75, 6% ҳолларда дисфункция. Кейинги тадқиқотларнинг истиқболи буйракларнинг функционал ҳолатининг ДН ривожланишининг албуминурик босқичигача ўзгаришини олдини олиш чораларини ишлаб чиқишдир.

STUDY OF PECULIARITIES OF FIBRILLATIONS AND HEART A IN CHRONIC KIDNEY DISEASE

²Sobirov U.Kh., ¹Tursunbaev A.K.

¹Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

*²Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Nephrology and
Kidney transplantation, Tashkent, Uzbekistan*

Most researchers attribute an increase in the left atrium and changes in the left atrial myocardium to the factors predisposing to AF. It is known that one of the reasons for the increase in the left atrium is diastolic dysfunction of the left ventricle,

meanwhile, CHF in patients with CKD in most cases is based on diastolic dysfunction. Atrial fibrosis is a common finding in AF. It is known that the formation of fibrosis in the myocardium is also a characteristic feature of heart changes in patients with CKD. In this regard, it is of interest to analyze whether a moderate decrease in renal function affects the frequency of atrial fibrillation in patients with chronic heart failure.

The aim of the study was to clarify the relationship between decreased renal function in patients with chronic heart failure (CHF) and mitral regurgitation (MR).

Patients and methods. 86 patients with CHF (52 men, 34 women, mean age 67 ± 11 years) were examined. The cause of CHF in 29 ischemic heart disease, in 18 arterial hypertension, in 17 acquired heart defects and 22 patients had myocardial infarction. Glomerular filtration rate (GFR) was calculated using the MDRD formula. Thirty patients had paroxysmal / persistent AF and 27 had persistent atrial fibrillation.

Results. GFR was 68.8 ± 20.9 ml / min / $1,73m^2$ ($19,2_{-149,7}$ ml / min / $1,73m^2$) and 114 (34%) patients was <60 ml / min / $1,73m^2$. In most patients - 250 (74%) left ventricular ejection fraction was preserved ($EF > 50\%$). Patients with reduced renal function had the diameter of the left atrium is larger. GFR was lower in patients with atrial fibrillation than without OP ($58,8 \pm 14,2$ vs. 69.1 ± 18.8 ml / min / $1,73m^2$, resp., $P < 0.001$). Logistic regression analysis showed that CKD (relative risk: 2.3; confidence interval: 95%; $1,2_{-4,3}$) functional class CHF (O P: 1.8; CI: 95%; $1,0_{-3,1}$) were independently associated with atrial fibrillation.

Conclusion. Thus, the presence of atrial fibrillation in patients with CHF is associated with a decrease in the functional state of the kidneys - patients with CKD should be considered as patients at risk of developing atrial fibrillation.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ

²Собиров У.Х. ¹Турсунбаев А.К.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр нефрологии и трансплантации почки

У пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) 5 стадии, получающих гемодиализ как основной метод заместительной почечной терапии, с течением времени поражаются органы эндокринной системы, в том числе и щитовидная железа (ЩЖ). Изучение функциональных и гендерных особенностей работы ЩЖ как органа вырабатывающего гормоны, оказывающие комплексное влияние на организм человека, представляется актуальной задачей.

Цели и задачи. Целью данной работы являлась гендерная оценка структурного и функционального состояния ЩЖ у пациентов, получающих программный гемодиализ.

Задачами работы явились: оценка сонографических изменений уровней гормонов ЩЖ, а так же оценка тиреотропного гормона (ТТГ).

Материалы и методы. Было обследовано 35 пациентов (15 женщин и 20 мужчин), находящихся на программном гемодиализе более года, средний возраст $55,6 \pm 17,9$ лет. Биохимические анализы (Уровни Тироксина (Т4) Трийодтиронина (Т3 и ТТГ) производились на иммунохимическом анализаторе Abbott Architect i2000. УЗИ щитовидной железы проводилось на аппарате SonoAce X4. Для оценки результатов приводится среднее арифметическое со стандартным отклонением ($M \pm m$). Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Сравнение двух независимых выборок производится непараметрическим методом с помощью U- критерия Манна – Уитни. Уровень статистической значимости - $p > 0,05$.

Результаты. По результатам УЗИ были обнаружены диффузные изменения тканей ЩЖ у 69% обследованных. Узловые образования встречались у 32% пациентов. Количество узлов варьировало от 1 до 3-х. Среднее значение свободного трийодтиронина составило $3,564 \pm 0,572$ пмоль/мл. У двух обследованных был выявлен синдром низкого Т3. Среднее значение свободного тироксина составило $11,851 \pm 2,083$ пмоль/мл. В одном случае уровень Т4 превышал норму и коррелировал со снижением тиреотропного гормона. При оценке уровня ТТГ, его среднее значение составило $1,543 \pm 0,948$ мкМЕ/мл. При сравнительном анализе гормонов ЩЖ у мужчин и женщин, достоверных различий не было получено. Корреляция уровней гормонов зависела только от длительности нахождения пациентов на заместительной терапии гемодиализом.

Заключение. Таким образом, нами не было выявлено значимых гендерных различий в структурном и функциональном состоянии ЩЖ. В наблюдаемых изменениях гормонального статуса превалировала тенденция к снижению Т3, а структурные изменения в ткани органа в виде узлов наблюдались более чем у половины обследованных.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗА И ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

^{1,2}Стопницкий А.А., ³Рузибакиева М.Р., ^{1,2}Акалаев Р.Н.,

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

³Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

Актуальность. Роль и значение экстракорпорального гемодиализа (ГД) при острой почечной недостаточности (ОПН) ни у кого не вызывает сомнения. Но применение ГД при этом зачастую оказывается недостаточно эффективным и не препятствует присоединению и прогрессированию печеночной недостаточности, с последующим развитием почечно-печеночной недостаточности

(ОППН), переходящей в полиорганную недостаточность (ПОН). И несмотря на это основным методом детоксикации при развитии уремической интоксикации на фоне ОПН по-прежнему безальтернативно является ГД, который удаляет низкомолекулярные токсины (мочевину, креатинин), корригирует водно-электролитный баланс и КЩС, но при этом оказывается неэффективным по удалению циркулирующих в крови пула среднемолекулярных пептидов (СМП) и высокомолекулярных веществ. Элиминация этих веществ возможна только при помощи лечебного плазмафереза. Накопленный клинический опыт и практика показали, что, несмотря на все свои преимущества, ни один из методов эфферентной терапии не способен полностью справиться с эндотоксикозом развивающимся при ОПН, ОППН и ПОН, поэтому для достижения полноценной детоксикации необходима комплексная интенсивная терапия с применением нескольких взаимодополняющих методов экстракорпоральной детоксикации.

Цель. Изучить эффективность сочетанного комплексного применения экстракорпорального гемодиализа и лечебного мембранного плазмафереза у больных с эндогенной интоксикацией тяжелой степени при ОПН.

Материал и методы исследования. Проведен анализ процесса лечения 112 пациентов в возрасте от 17 до 68 лет госпитализированных в 2002-2021 годах в отделение ожог-токсикологической реанимации с ЭКД, с острыми экзогенными отравлениями, сепсисом на фоне перитонита хирургической и акушерской этиологии, ожоговой болезнью, осложненными синдромом эндогенной интоксикации и ОПН. Больные были сопоставимы по возрасту и полу. Критерием включения в исследование было наличие синдрома эндогенной интоксикации III степени по классификации Федоровского Н.М. (1993г.).

Обследуемые были разделены на 2 группы. I группа (основная) – 53 пациента поступивших в 2007-2021 гг и получавших сеансы мембранного плазмафереза и гемодиализа. II группа – 59 пациентов поступивших в 2002-2006 гг получавшие только сеансы гемодиализа. Больным обеих групп проводились сеансы стандартного бикарбонатного гемодиализа на аппаратах Fresenius 4008В. Пациентам основной группы сеансы гемодиализа дополнялись процедурами мембранного плазмафереза, который проводился непрерывным методом аппаратом Nemofenix на фильтрах ПФМ-01-ТТ и с 100% замещением донорской плазмой. Число сеансов плазмафереза варьировало в зависимости от динамики состояния больного и составило от 3 до 6 (в среднем – 4,4). Всего проведено 236 процедур мембранного лечебного плазмафереза. До и после инфузии проводился контроль ЦВД, глюкозы, общего белка крови и контролем коагулограммы. Уровень эндогенной интоксикации оценивался нами по содержанию в крови СМП, по значениям гематологических индексов интоксикации: лейкоцитарного индекса (ЛИИ) (Я.Я. Кальф-Калиф) и индекса сдвига нейтрофилов (ИСН). Для оценки степени гепатопатии и нефропатии исследовали уровень мочевины, креатинина, билирубина, АлТ, АсТ в сыворотке крови.

Результат. Исходные показатели у всех обследованных больных свидетельствовали о значительных серьезных нарушениях системы гомеостаза.

Содержание СМП в крови превышало норму в 3,7 раза, а ЛИИ и ИСН – в 4,3 раза и 3,5 раза соответственно. Отмечалось развитие гепатопатии и нефропатии средней степени тяжести, что подтверждалось повышением АлТ в 2,7 раза, АсТ в 2,2 раза, билирубина в 2,1. Мочевина и креатинин были достоверно повышены соответственно в 4,3 и 4,2 раза выше нормы.

После проведения сеансов плазмафереза уже на 5 сутки наблюдалось в крови значительное снижение (на 53,6%) уровня СМП, а через 7 суток, выявлено заметное снижение уровня СМП – почти на 125%, или в 2,3 раза, на 9 сутки в 2,6 раза. Необходимо отметить, что в контрольной группе при анализе динамики уровня СМП в крови, на 5 сутки снижение было незначительным (в среднем 16,3%), что связано с повторным насыщением крови СМП из интерстициального пространства, а динамика элиминации на 5 и 7 сутки значительно отставала от испытуемой группы (в 1,2 и 1,3 раза соответственно), что отчетливо свидетельствует об эффективности сочетанного применения гемодиализа и мембранного плазмафереза в отношении данных метаболитов.

Что касается гематологических показателей интоксикации, то на 5 сутки, 7 и 9 сутки после применения данной методики экстракорпоральной детоксикации наблюдается их устойчивое снижение: ЛИИ в 1,1-1,3-1,4 раза, а ИСН в 0,8-1,2-1,4 раза. В контрольной же группе динамика ЛИИ и ИСН была выражена в меньшей степени.

Эффект детоксикации при комплексном применении методов ЭКД подтвержден динамикой показателей внутриклеточных ферментов печени – снижением уровня АлТ в 1,6, АсТ в 1,5 раза, а также билирубина в 1,4 раза, мочевины в 3,3 и креатинина в 3,4 раза, на 7 сутки, что фактически постепенно в динамике привело к их нормализации. В контрольной же группе несмотря на удаление патогенной плазмы на 7 день сохраняется некоторое повышение уровня мочевины, АлТ и АсТ.

Клинический эффект полученный в результате сочетанного применения комплексной экстракорпоральной детоксикации позволил у больных испытуемой группы сократить число сеансов гемодиализа в среднем до 5,2 в то время как у пациентов контрольной группы для нормализации маркеров эндогенной интоксикации приходилось проводить в среднем 8,8 сеансов.

Выводы. Комплексное применение экстракорпорального гемодиализа и лечебного мембранного плазмафереза в интенсивной терапии заболеваний, сопровождающихся синдромом эндогенной интоксикации на фоне острой почечной недостаточности, достоверно улучшает результаты лечения, путем быстрого и более эффективного снижения уровня эндогенной интоксикации, усиливает стимуляцию диуреза и предотвращает развитие и прогрессирование ОПН и синдрома ПОН.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОЧЕК ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ СОСТОЯНИИ ГИПЕРТОНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Сулаймонова Г.Т., Ахмедова Н.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

Актуальность. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, рост распространенности хронических неинфекционных заболеваний считается эпидемией XXI века. Последнее десятилетие, когда речь идёт о коморбидном состояниях, самое часто обсуждаемые континуумы является кардиоренальные заболевания. Сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, сахарный диабет II типа, дисфункции почек, все чаще встречаются и превращаются пандемии последующего века. Причиной, лежащей в основе дисфункции почек, является не ее заболеваний, а скорее комбинированные состояние связанное гипертонией (ГБ), а именно эссенциальная артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет.

Согласно статистическим данным 2011 года о распространенности диабета, было зарегистрировано 360 миллионов пациентов, и прогнозируется, что к 2030 году их число достигнет 552 миллионов. Известно, что при сахарном диабете II типа происходят необратимые тяжелые изменения в органах-мишенях. Их количество резко возрастает при сопутствующих состояниях, в том числе и при ГБ. Сопутствующий сахарный диабет и ГБ выявляются в 60% случаев, что является серьезным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Возникновение ХБП у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая высокое кровяное давление и диабет, было подтверждено в ряде наблюдений с увеличением смертности в 20-40 раз по сравнению с населением в целом. По этой причине оценка и раннее выявление развития нефропатии, внутрисосудистой гипертензии, а также гиперфльтрации у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией, сопровождающейся сахарным диабетом, является одной из важных задач медицины.

Цель: Определение изменений функционального резерва почек и изучить корреляцию между его показателями с экскрецией CoI IV в зависимости от длительности заболевания при сопутствующем состоянии гипертонии с сахарным диабетом и при их раздельном наблюдении.

Материалы и методы: В качестве объекта исследования были взяты 135 пациентов в возрасте 40-60 лет, страдающих ГБ и сопутствующим сахарным диабетом II типа, проходящих лечение в Бухарской областной многопрофильной больнице. Пациенты разделены на 3 группы: 1-группа состоит из 45 пациентов страдающие с АГ, 2-группа состоит из 45 пациентов с АГ и сахарным диабетом II типа, в 3-группу включались пациенты с сахарным диабетом II типа.

У всех больных определена уровень цистатин С в крови, с его помощью определена СКФ и функциональный резерв почек, в том числе уровень коллагена IV в моче. После взятия крови для цистатин С пациенты употребляли утром яичный белок (слегка отваренный или сырой) без соли, смешанный в количестве 1 г на 1 кг массы тела в диапазоне 8:00- 8.30 в течение 10-15 минут. После него, через 1,5 часа, повторно брали венозную кровь и определяли количество цистатина С в каждом пациенте. С помощью определяемого показателя определяли СКФ до и после белковой нагрузки и на их основе оценивали статус функциональный резерв почек. Для этого число, полученное от поствагрузки до поствагрузки, было разделено на СКФ после загрузки и умножено на 100%. В зависимости от полученных результатов, функциональный резерв почек оценивается как сохраненный (если рост СКФ составляет более 10%), уменьшенный (если рост СКФ находится в диапазоне 5-10%) и нет резерва (если рост составляет 5% и менее).

Концентрацию цистатина С в моче определяли иммунотурбидиметрическим методом на анализаторе Abbott Architect c8000 с помощью наборов реагентов Cystatin C-AT фирмы Alfresa Pharma Corporation (Япония). Определение концентрации коллагена IV типа проводили с помощью наборов Urinary Collagen IV EIA фирмы DAICHI FINE CHEMICAL CO.LTD (Япония).

Результаты исследования: Первая группа состояла из 45 пациентов (34 мужчин и 11 женщин) с ГБ, которые были включены в исследование. Их средний возраст составляет $39,7 \pm 3,1$ года, уровни систолического и диастолического артериального давления составляют $151 \pm 7,8$ и $92 \pm 3,2$ мм рт. ст. соответственно. Вторая группа состояла из 45 пациентов (29 мужчин и 16 женщин) с ГБ и сахарным диабетом II типа, у которых были выявлены сопутствующие заболевания и у которых была стадия компенсации диабета. Их средний возраст составил $43,2 \pm 4,6$ года. Уровни систолического и диастолического артериального давления составляют соответственно $157 \pm 8,2$ и $95 \pm 2,1$ мм рт. ст. В том числе, показатели сахара, гликозилированного гемоглобина в крови составили $8,8 \pm 1,2$ ммоль/л и $7,1 \pm 0,85$ мг% соответственно. Все пациенты уровень СКФ 90 мл и более за 1 минуту на поверхности тела $1,73$ м². Третья группа состояла из 45 человек с сахарным диабетом II типа (27 мужчин и 18 женщин), при этом диабет находился в фазе компенсации, уровень сахара в крови и гликозилированный гемоглобин составляли $7,8 \pm 1,1$ ммоль/л и $7,4 \pm 1,2$ мг% соответственно. Их среднее систолическое и диастолическое артериальное давление составляют $138 \pm 4,8$ и $91 \pm 3,8$ мм рт. ст. соответственно. СКФ за 1 минуту составлял 90 мл и выше на поверхности тела $1,73$ м².

Многие исследования продемонстрировали реакцию базальной СКФ на различные стимулы от обычного потребления мяса курицы и говядины до аминокислот и инфузий некоторых лекарств у здоровых людей. В нашем исследовании мы использовали яичный белок в качестве белка для стимулов, а в контрольной группе мы обнаружили увеличение СКФ с 5,7 до 29,8% (в среднем 13,8%). В второй группе и третьей группе обнаружен значительно

низкий гломерулярный ответ на белковую нагрузку по сравнению со первой группой ($p < 0,001$), и эта ситуация свидетельствует о том, что у пациентов с сахарным диабетом и в его сочетании с гипертонической болезнью есть состояние клубочковой гипертензии и гиперфльтрации.

Средние показатели мочевой экскреции коллагена IV типа у больных СД не отличались от таковых в первой группе. Вместе с тем, у 12 пациентов с СД фиксировались высокие значения экскреции ($>0,51$ мкг/ммоль креатинина), не наблюдавшиеся в первой группе. Это показывает поражение почек наглядно выше у больных с сахарным диабетом.

Высокая экскреция коллагена IV типа была свойственна больным с функциональным резервом почек по СКД-EPI-cys в диапазоне 0- -15%. Экскреция коллагена IV типа у пациентов со снижением функционального резерва почек превышала показатель в первой группе ($p=0,03$) и у больных с функциональным резервом почек 0-5% ($p=0,003$).

Выводы: При длительности заболеваний нарушающие функциональных структур почек, их функциональный резерв уменьшается. При коморбидных состояниях как сахарный диабет и гипертоническая болезнь запас израсходуется и можно получить низкий гломерулярный ответ на белковую нагрузку.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ҚАСАЛЛАНЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШДА БАКТАЗОН ПРЕПАРАТИНИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Султонов Н.Н., Исиргапова С.Н.

*Республика нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт
маркази. Тошкент. Ўзбекистон*

Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент, Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги: Қандли диабет 2 тип билан касалланган беморларда сийдик йўллари инфекцияси ривожланиши аҳоли орасида кўп учраши билан алоҳида ўрин тутди. Ушбу ҳолатларда моноантибактериал терапияни самарадорлиги пастлиги, шифокорларни комбинирланган антибактериал даво тавсия этишга эҳтиёж тўғдиради. Ҳозирги вақтда ҚД билан касалланган беморларда асоратланган сийдик йўллари инфекцияси кузатилиб, буйрак етишмовчилиги ривожланиши авж олишига сабаб бўлиб қолмақда.

Тадқиқотнинг мақсади. Қандли диабет 2 тип билан касалланган беморларда сийдик йўллари инфекциясини даволашда БАКТАЗОН препаратини антибактериал даво сифатида самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқотнинг материали ва усуллари. Текширув ишлари объекти сифатида ТГА кўп тармоқли клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган ҚД 2 тип, сийдик йўллари инфекцияси билан оғриган беморлар олинди. Умумий беморлар сони 60 тани ташкил этди. Улар шартли икки гуруҳга

бўлиниб 1 гуруҳ (А гуруҳ) 29 та беморни ўз ичига олди. 1 гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $45,0 \pm 1,65$ ёшни ташкил этиб, ушбу беморларга антибактериал даво сифатида сийдик бактериал экмаси натижалари асосида бактазон 1.5 гр 2 маҳал тавсия этилди 5 кун давомида. 2 гуруҳимиз эса (В гуруҳ) 31 та беморни ўз ичига олди ва бу беморларга антибактериал даво сифатида сийдик бактериал экмаси натижасида сезгир чиққан цефтриаксон 1.0 грамдан 2 маҳал 5 кунга тавсия этилди. Бу гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $46,3 \pm 2,4$ га тенг бўлди. Барча беморларда давонинг 1 куни ва даводан кейин давонинг 7 куни, умумий пешоб таҳлили, Нечипоренко таҳлиллари ўзгаришлар динамикаси ўрганилди.

Олинган натижалар:

Тадқиқотимиз натижасида қуйидаги ўзгаришларни кузатдик. 1 гуруҳимиздаги беморларда даволашдан олдин умумий пешоб таҳлилида оқсил $2,31 \pm 0,13$ г/л, лейкоцит $30 \pm 2,16$ кузатилган эди, антибактериал даводан кейин эса умумий пешоб таҳлилида оқсил $1,32 \pm 0,23$ гр/литргача, лейкоцитлар миқдори эса $8 \pm 1,03$ гача ишончли даражада пасайишига эришилди. 2 гуруҳимиздаги беморларда умумий пешоб таҳлилида даводан олдин оқсил $2,66 \pm 0,43$ грам/литрни, лейкоцитлар миқдори $28 \pm 3,13$ тани ташкил этган бўлса, даводан кейин умумий пешоб таҳлилида оқсил $1,99 \pm 0,54$ грам/литргача, лейкоцитлар миқдори эса $15 \pm 1,43$ тагача камайиши кузатилди. Нечипоренко таҳлилида эса 1 гуруҳимизда даводан олдин лейкоцитлар миқдори $31500 \pm 20,73$ тани, эритроцитлар миқдори эса $4500 \pm 13,3$ тани ташкил этган бўлса, антибактериал даводан кейин лейкоцитлар $4250 \pm 11,3$ тагача, эритроцитлар миқдори эса $1050 \pm 9,52$ тагача ишончли даражада камайишига эришилди. 2 гуруҳимизда эса даводан олдин сийдик нечипоренко таҳлилида лейкоцитлар бир кўрув майдонида $29500 \pm 32,1$ тани бўлган бўлса, даводан кейин $11300 \pm 16,13$ тагача, эритроцитлар миқдори эса $10200 \pm 8,13$ тадан $2100 \pm 4,42$ тагача камайишига эришилди.

Тадқиқотимиз давомида иккала гуруҳимизда ҳам даволаш давомида пешобда лейкоцитлар миқдори ва протеинурия камайиши кузатилди. Шунинг билан олиш керакки, бактазон тавсия этилган 1 гуруҳимиздаги беморларда даволаш давомида ишончли даражада камайишига эришилди.

Хулоса:

1. Тадқиқотимиз натижаларидан шунини айтишимиз мумкинки, ҚД 2 тип билан оғриган беморларда сийдик йўллари инфекцияси кузатилганда антибактериал даво сифатида комбинирланган Бактазон препаратини тавсия этиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

3. ҚД 2 тип билан оғриган сийдик йўллари инфекцияси билан асоратланган беморларга антибактериал даво сифатида Бактазон препаратини тавсия этиш, сийдик йўлларидаги яллиғланишни жараёнини камайтирибгина қолмай, ушбу беморларда протеинурияни камайтириб қисман нефропротектив таъсирига ҳам эришиш мумкин.

СОСТОЯНИЕ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ В ДИНАМИКЕ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК II-III СТАДИИ

Султонов Н.Н., Барноев Х.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт г. Ташкент

Цель работы. Изучить влияние Аллтромбосепина на агрегацию тромбоцитов у больных хронической болезнью почек II-III стадии.

Материалы и методы. В исследовании будут принимать участие 135 больных. Из них первую группу составит (группа А) в которую будут включены 65 больных и вторая группа (группа Б) состоящая из 70 больных с осложненной ХБП II-III стадии, страдающие нефропатией недиабетической этиологии. Группа А будет получать традиционное течение. Группа Б будет получать стандартную терапию с аллтромбосепином. Больные контрольной и опытной группы будут находиться на лечении в отделении нефрологии III клиники Ташкентской медицинской академии с последующим амбулаторным наблюдением. Длительность исследования составит 60 дней. Контрольными точками будут являться первый, десятый, тридцатый и шестидесятой дни. Всем больным будет проводиться стандартное лечение ХБП, включающую диету, коррекцию гемостаза, агрегационных свойств крови, коррекция водно-электролитных нарушений, артериальной гипертензии, ацидоза и т.п.

Результаты. Как показали результаты исследования, у всех больных хронической болезнью почек II-III стадии имелся выраженное нарушение в системе агрегации, что проявлялось в повышении агрегации тромбоцитов, с одновременным снижением ВСК от нормы. Шестидесятидневный курс стандартной терапии больных, получавших дипиридамолом привел к значимым изменениям в системе агрегации тромбоцитов. Но при этом, у больных, получавших «Аллтромбосепин», обнаружена более положительная динамика этих параметров: агрегация тромбоцитов снизилось $82,4 \pm 5,2$ % до $53,0 \pm 3,4$ % ($p < 0,05$), при этом ВСК изменилось недостоверно и возросло с $3,05 \pm 1,15$ мин до $4,2 \pm 0,37$ мин в сравнении со значениями до начала лечения.

Выводы. У всех больных хронической болезнью почек II-III стадии имеется дисбаланс в системе агрегации тромбоцитов, что проявляется резким повышением свертываемости крови. Стандартное лечение с дипиридамолом оказывает существенного влияния на нарушения в этой системе. Но использование «аллтромбосепин» в стандартной терапии у больных хронической болезнью почек II-III стадии привел к более достоверному понижению уровня агрегации тромбоцитов до субнормального уровня, без достоверного влияния на соотношение ВСК.

OUR RESULTS SURGICAL ACCESS CREATION FOR DIALYSIS BY USING CLINICAL AND PRACTICAL GUIDELINES KDOQI

Sunnatov R.D., Keldiyorov B.K., Ganiev D.A., Zakirov Dj.F.

*«AKFAMEDLINE» medical centre, RSSPMC of nephrology and kidney transplantation
TASHKENT, UZBEKISTAN*

Problem statement: Programmable Hemodialysis (HD) nowadays remains one of the main methods of treatment patients with the end stage renal diseases (ESRD). For the performing optimal HD need permanent vascular access (by the Guidelines KDOKI more then 60% patients have to be AV fistulas). But now in Our Republic, there are not existing clinical and practical guidelines for access performing surgeons that create difficulty for creation adequate functioning vascular accesses for HD, which will prolong period HD catheters and development of catheter related complications, also create certain difficulties during HD and may cause actual problems and worsening of conditions patients with ESRD

Purpos: Study results of creation vascular accesses for HD by the strictly using clinical and practical guidelines KDOKI 2019 (vascular accesses guidelines)

Methods: During 2019 - 2021 years in the AkfaMedline private hospital performed 369 vascular access creations using by strictly clinical and practical guidelines KDOKI 2019 (vascular accesses guidelines). Primary access arterio-venous fistula (AVF) creation performed only for 36 patients. Mainly 138 patients referred to the vascular surgery department of AkfaMedline hospital after creations multiple unsuccessful AV creation operations with used all veins in the previous operations or small size veins of upper extremities. Others 67 patients referred with vascular accesses complications or inability to perform any accesses. The types performed operations and procedures shown in the table below.

Types of performed operations and procedures	#
US guided Temporary Jugular Catheter insertion	68
US guided Permanent Jugular Catheter insertion	42
US guided Temporary Femoral Catheter insertion	14
US guided Permanent Femoral Catheter insertion	4
Creation or reconstruction radio-cephalic AVF	94
Creation or reconstruction brachio-cephalic AVF	65
Staged operations, creation brachio-basilic AVF, transposition or superficialisation	9
Creation GSV-femoral AVF	3
Creation ulnar-basilic AVF	1
Thrombectomy and reconstruction AVF	19
Ligation AVF on the still syndrome and venous hypertension	7
Creation AVF by forearm loop grafting	4
Brachio-axillary AVF grafting	3
Resection veins AVF (neointimal hyperplasia) with interposition grafting	6
Resection aneurisms AVF with reconstruction	3

Balloon angioplasty AVF (neointimal hyperplasia)	4
Angioplasty central veins (post catheter occlusions)	12
Resection pseudo aneurisms of AVF with stopping bleedings	4
Removing infected grafts AVF	2
Thrombolysis of catheter occlusions	3
Thrombolysis of AVF graft thrombosis	2
Total	369

Results: For all patients which was inserted catheters for HD was done under US guided anesthesia and by the US guided puncture. Malfunction catheters and catheter infection were observed in the 3 case and catheters were successfully reinserted. All patients with vascular accesses complications (still syndrome, pseudo aneurism bleedings, venous hypertension, AV aneurisms, and AV fistula and graft infections) treated successfully. In 3 cases AV fistula not functioned because of thrombosis after AV creation operations, 2 cases redo operated with successful results, 1 case was inserted permanent catheter. 10 patients with post catheter occlusions SVC was treated by balloon angioplasty. 1 patient 2 year later angioplasty was repeated because of restenosis. 2 patients with occlusions all central veins were done recanalisation of jugular vein and CVC, balloon angioplasty and permanent catheter inserted. All patients with AV fistula thrombosis were successful treated by selection patients for thrombectomy. Patients in AV graft thrombosis group 2 patients were done thrombectomy after 6 months and one year later from access creation.

Conclusion: Performing operations and procedures of vascular accesses for HD by the using clinical and practical guidelines KDOQI definitely improve results operations and prolong duration of functioning vascular accesses, which will improve patient's condition by the making possibility to perform adequate HD.

FUNCTIONAL STATE OF THE KIDNEYS IN ELDERLY PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

R.M.Talipov, Kh.T.Nurmetov, N.Kh.Khudayberganova

Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan

Relevance: The relationship between cardiac and renal pathology has long attracted the attention of both cardiologists and nephrologists. The kidneys, the glomeruli of which are part of the microcirculatory system of the body, affect the formation of cardiovascular pathology, while at the same time they themselves are involved in the pathological process in various cardiovascular diseases (CVD). At the same time, impaired renal function is an important independent risk factor for the development of such cardiovascular complications as myocardial infarction (MI) [3,4]. Renal dysfunction is associated with a more frequent development of complications and death in patients with acute coronary syndrome, including thrombolytic therapy, and one

third of patients who have had myocardial infarction are diagnosed with stage 3–5 CKD [5]. Numerous studies have shown a relationship between a decrease in glomerular filtration rate (eGFR) and an increase in total and cardiovascular mortality, while even the earliest renal dysfunction is a risk factor for CVD and its complications [2].

Objective: To identify the relationship between the functional state of the kidneys in elderly patients with myocardial infarction.

Materials and Methods: A simple observational cross-sectional study included 100 patients with a myocardial infarction more than 6 months ago, of which 86 (86%) were men and 14 (14%) were women. The mean age of the patients was 67 years. Patients were examined at the City Clinical Hospital No. 7, Department of Emergency Cardiology. All patients underwent clinical examination, which included questioning, physical and additional research methods. Anthropometric study included the measurement of body weight and height, followed by the calculation of the body mass index (BMI). Laboratory research methods were carried out according to generally accepted methods in the laboratory of the City Clinical Hospital № 7. Instrumental diagnostic methods included ECG and Doppler echocardiography (ECHO). In order to assess kidney function, the calculation method for determining GFR (eGFR) was used according to the CKD-EPI formula in ml/min/1.73 m² [1]. The analysis of the obtained data was carried out using the spreadsheet editor MS Excel 7.0 and the statistical program STATISTICA 6.0

Results: When assessing the functional state of the kidneys in patients with a history of MI, it was found that 12 (12%) patients with eGFR over 90 ml/min/1.73 m² had proteinuria, which corresponds to the 1st stage of CKD. 59 (59%) patients have eGFR less than 90 ml/min 1.73 m², while in 19 of them (19%) a decrease in eGFR in the range from 60 to 89 ml/min/1.73 m² was associated with proteinuria, which corresponds to 2 - stage CKD, in 5 (5%) patients eGFR was in the range from 30 to 59 ml / min / 1.73 m², which corresponds to the 3rd stage of CKD

Decrease in eGFR below 30 ml/min/1.73 m², corresponding to stages 4–5 of CKD, was not detected in the examined group of patients. When eGFR was determined in patients with various CVD risk factors and signs of target organ damage, it was found that in patients after MI, in the presence of hypertension, dyslipidemia, LV hypertrophy, and proteinuria, eGFR was statistically significantly lower than in their absence. In the presence of obesity/overweight, smoking, and DM, the differences did not reach statistical significance, but had a similar trend (Table 1).

Table 1.

Glomerular filtration rate in patients after myocardial infarction with various risk factors and signs of target organ damage (ml/min/1.73 m²)

Risk factors and signs of target organ damage	Available	Not available	Statistical significance of differences (d)
Arterialhypertension	82,4 ±15,4 (n=88)	85,3 ±19,0 (n=12)	0,04
Dyslipidemia	81,8 ±16,1 (n=74)	85,6 ±14,4 (n=26)	0,02

Obesity/Overweight	82,5 ±15,7 (n=84)	84,0 ±15,7 (n=16)	0,19
Diabetes mellitus	81,7 ±14,5 (n=14)	83,0 ±16,1 (n=86)	0,37
Smoking	82,3 ±16,3 (n=62)	83,4 ±14,8 (n=38)	0,37
LV hypertrophy	78,6 ±14,4 (n=32)	83,6 ±15,9 (n=68)	0,02
Proteinuria	79,9 ±15,8 (n=38)	84,0 ±15,3 (n=62)	0,04

Conclusion: In our study, in elderly patients with a history of myocardial infarction, the occurrence of cardiovascular risk factors depending on the functional state of the kidneys was established. It was found that more than a third of patients who underwent myocardial infarction have signs of renal dysfunction in the form of CKD stage 1–3, while the presence of CVD risk factors aggravates the severity of renal dysfunction. Assessment of the functional state of the kidneys in patients with a history of MI is important for risk stratification, as well as the choice of preventive and therapeutic measures.

ПРИМЕНЕНИЕ САНБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ДИАЛИЗНОМ ЭТАПЕ

Ташпулатова М.Х.¹, Нарзикулова М.Ш.¹, Адилова Н.А.¹, Максудова Л.И.²

Ташкентский государственный стоматологический институт¹

Ташкентский педиатрический медицинский институт²

В наши дни хроническая болезнь почек (ХБП) на разных стадиях её развития встречается у 10% взрослого населения в странах мира. Ежегодный охват больных ХБП на терминальной стадии, при которой скорость клубочковой фильтрации (СКФ) <15мл/мин/1,73м², получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ) диализом (С5д), в Узбекистане составляет примерно 50 больн./1млн. населения, а распространённость - 250 больн./1млн. населения. Перитонеальный диализ (ПД) является одним из признанных методов адекватного замещения функции почек, активно внедряемый в медицину. Так, ЗПТ в Узбекистане, по предварительным данным, получают более 38тыс. пациентов. В последние годы число больных, впервые начавших лечение диализом, увеличилось по сравнению с предыдущими годами и составило свыше 7 тыс. человек. Лечение программным гемодиализом (ГД) начали 6713 человек (91%), а ПД 663 (9%). Согласно данным по Узбекистану ЗПТ диализом получали 1805 пациентов, в том числе ПД – 161 больной. Лечение пациентов на терминальной стадии ХБП, помимо проведения ЗПТ, заключается в замедлении прогрессирования ХБП, сохранения остаточной функции почек и коррекции осложнений ХБП. Одним из таких направлений является применение препаратов, нормализующих кишечный микробиоценоз, таких как пре-, про-, сим-, синбиотики.

Цель исследования. Оценить эффективность добавления к терапии синбиотика Симбиоактив в течение 1 месяца на показатели азотистого обмена и кишечный микробиоценоз у пациентов с ХБП С5д на ПД.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 пациентов, получавших ПД, без тяжёлой сопутствующей соматической патологии, разделённые на 2 группы: 1-я группа в составе терапии получала Симбиоактив 2-я группа - антигипертензивные препараты, статины, фосфатсвязывающие агенты, кетоаналоги незаменимых аминокислот, сопоставимые по полу и возрасту (41,7±1,4). Проведены биохимический анализ крови (мочевина, креатинин) и анализ кала на кишечную микробиоту методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР-РВ) с флуоресцентной детекцией.

Результаты. До начала терапии среднее значение креатинина у пациентов 1-й группы составило 667±221мкмоль/л, мочевины - 22,6±5,5 ммоль/л, у 2-й – соответственно 658±198мкмоль/л и 19,8±5,7ммоль/л при p (ДА) <0,001, через месяц лечения у пациентов 1-й группы отмечалось снижение как креатинина - 638±187мкмоль/л, так и мочевины - 18,2±4,7ммоль/л, а у 2-й прослежилась тенденция к нарастанию креатинина - 665±186мкмоль/л и мочевины - 21,3±4,8 ммоль/л при p (ДА) <0,001. При анализе кишечной микрофлоры оценивались такие показатели, как общая бактериальная масса (12,3 [11,9; 12,5] log КОЕ/л), *Lactobacillus* spp. (6,5 [5,6; 7,3] log КОЕ/л), *Bifidobacterium* spp. (8,5 [8,0; 9,8] log КОЕ/л), *E. coli* (7,0 [6,3; 7,6] log КОЕ/л), *E. coli enteropathogenic* (8,5 [8,3; 9,5] log КОЕ/л), *Enterobacter/Citrobacter* (9,2 [8,6; 9,5] log КОЕ/л), *Cl. perfringens* (выявление у 30% пациентов), исходные значения которых до курса лечения были примерно одинаковыми у обеих групп. После месяца терапии у пациентов 1-й группы наблюдалось улучшение показателей в виде уменьшения общей бактериальной массы (12,8 [12,0; 13,5] log КОЕ/л), *E. coli enteropathogenic* (6,9 [5,5; 7,3] log КОЕ/л),

Enterobacter/Citrobacter (6,3 [6,0; 7,2] log КОЕ/л), увеличения *Lactobacillus* spp.(8,7 [8,5; 9,5] log КОЕ/л), *Bifidobacterium* spp. (10,7 [8,0; 11,3] log КОЕ/л) и *E. coli* (9,2 [8,8; 9,5] log КОЕ/л), отсутствия *Cl. perfringens*, в то время как у пациентов 2-й группы сохранение на прежнем уровне общей бактериальной массы (13,3 [13,0; 13,5] log КОЕ/л), *Lactobacillus* spp.(7,4 [6,5; 7,7] log КОЕ/л), *E.coli* (7,3 [6,7; 8,6] log КОЕ/л), *E. coli enteropathogenic* (9,8 [9,5; 10,0] log КОЕ/л), *Enterobacter/Citrobacter* (9,7 [9,3; 10,3] log КОЕ/л), *Cl. perfringens* (35%), уменьшения *Bifidobacterium* spp. (7,2 [7,5; 9,7] log КОЕ/л) при p (ДА) < 0,001. Таким образом, Симбиоактив благотворно влияет не только на состояние кишечного микробиоценоза, но и на показатели азотистого обмена.

Выводы. Синбиотик Симбиоактив эффективен в комплексном лечении пациентов с ХБП С5д на ПД и требует включения в тактику ведения таких больных.

УЛУЧШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ТОЦИЛИЗУМАБ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Турсунбаев Р.С.,¹ Абдуллаев Ш.С.^{1,2}

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан¹*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр нефрологии и трансплантации почки г.Ташкент, Узбекистан²*

Введение. Ревматоидный артрит (РА) - наиболее частое заболевание среди известных нозологических форм артритов, поражающее примерно 1% населения. Поражение почек при РА встречается с высокой частотой от 36 до 73%, чаще проявляясь незначительными, неспецифическими изменениями в анализах мочи, которые, однако, могут соответствовать выраженным функциональным почечным нарушениям.

Цель. Изучить влияние тоцилизумаба на улучшения функций почек при ревматоидном артрите.

Материал и методы. Обследованы 25 больных с РА. Все пациенты получили по шесть инфузий тоцилизумаб в дозе 8 мг/кг внутривенно с интервалом в 4 недели на фоне стабильной терапии метотрексатом и глюкокортикоидами. Для оценки эффективности терапии тоцилизумаб использовали индексы DAS28 и показатели СКФ, креатинин.

Результаты и обсуждение. Обследование проводилось непосредственно перед началом терапии и через 24 недели после последней инфузии тоцилизумаба. После первого введения препарата наблюдались очень быстрый положительный эффект в отношении всех клинических показателей активности заболевания. До начала терапии тоцилизумаба значения индексов DAS28 составили 6,1 баллов, у всех пациентов отмечалась высокая активность РА. К 24-й неделе терапии отмечено снижение уровня DAS28 до 4,3 баллов ($p < 0,01$). Исходные значения СКФ и креатинин соответственно составили $58,1 \pm 31,4$ мл/мин и $3,1 \text{ мг\%} \pm 0,31 \text{ мг\%}$. После терапии замечено улучшение СКФ на 22,5% (составила $71,2 \pm 27,5$ мл/мин), а креатинин уменьшился на 2,4 мг% ($p < 0,01$), при этом был достоверно ниже исходного уровня.

Выводы. Анализ данных исследования на фоне терапии препаратом Тоцилизумаб убедительно свидетельствует об улучшении функции почек при ревматоидном артрите.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БОР БЎЛГАН ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ТУРЛИ ХИЛ ТЕРАПИЯНИНГ АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИ ЦИРКАД РИТМИГА ТАЪСИРИ

Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги. Бизга яхши маълумки, турли хил этиологияли нефропатияларинг патогенетик терапияси буйрак фаолияти барқарорлашишига олиб келади. Афсуски, бу терапиянинг имкониятлари чегараланган бўлиб, сурункали буйрак касаллигида терминал буйрак етишмовчилигини шаклланиш муддатини максимал кечиктириш/узайтириш СБЕнинг ривожланишини тўхтатишнинг энг истикболли усулларида бири бу интрагломеруляр гипертензияга қарши кураш бўлиб, унинг самарадорлигини билвосита тизимли қон босимининг пасайиш даражаси билан боғлаш мумкин. MDRD тадқиқотларида ҚБ 120/70 мм.сим.уст.да буйраклар фаолиятининг ёмонлашувида аниқ секинлашув кузатилди. Бундан ташқари, бу қон босими кўрсаткич сутка давомида тебранишларсиз сақланиши керак, хоҳ юқорига кўтарилиш, хоҳ пастга тушиш бўлсин. Гемодинамик омиллар таъсирида буйраклар фаолиятининг прогрессив пасайишининг асосий механизмларидан бири бу РААТнинг фаоллашиши ҳисобланади. Бугунги кунга келиб, РААТ ни қисман блокловчи дориларнинг икки гуруҳи маълум. Бу – АЎФ ва АРБ. АЎФи яққол нефропротектив самарага эга бўлиб, гломеруляр филтрациянинг пасайишини секинлаштириши билан намоён бўлади. Шунинг учун улар нефропатиаларни антигипертензив даволаш учун танланган. АП-рецепторлари блокаторлари ҳам гипотензив гуруҳга кириб, улар АП-рецепторларини селектив блоклаши ҳисобига РААТни тўлиқроқ сўндиради ва АЎФи га хос бўлган ножуя таъсирларни (йўтал, ангионевротик шиш ва б.) нисбатан камроқ келтириб чиқаради. Бироқ бу препаратларнинг турли хил этиологияли СБК ли беморлардаги гемодинамик таъсирларига бағишланган ишлар кам. Маълумки, АҚБ суткалик профили орган ва тизимларга кучли таъсир қилувчи шикастловчи омиллардан ҳисобланади (юрак-қон томир тизими, бош миёда қон айланиши, буйракларнинг коптокчалар тизими). Шунинг учун антигипертензив дориларни танлашда нафақат қон босимини самарали пасайтириши, балки қон босимининг циркад ритми динамикасига таъсири ҳам аҳамиятлидир.

Мақсад: Сурункали буйрак касаллиги ренокардиал синдроми бор бўлган диабетик нефропатияли беморларда сакубитрил/валсартаннинг суткалик артериал қон босими кўрсаткичларига самарасини солиштирма баҳолаш.

СБК ли ренокардиал синдроми бор бўлган ДН ли беморларнинг 3 ой давомида сакубитрил/валсартан ва валсартан дори воситасини қабул қилиш фонидagi СМАД таҳлилига кўра нафақат артериал босимни пасайиши, балки стабиллашиши ҳам кузатилди.

Текширув материал ва методлари: Тадқиқотимизга 2-тур қандли диабет бор бўлган сурункали буйрак касаллиги билан асоратланган 80 та

бемор жалб қилинган бўлиб, улардан 37 таси эркак ва 43 таси аёллар. Уларнинг ўртача ёши $61,4 \pm 1,13$ ёшни ташкил этди. Беморлар антигипертензив дори воситасини қабул қилишига кўра 2та гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳ беморларимизга сакубитрил/валсартан 200 мг/сутка, иккинчи гуруҳ беморларимиз эса валсартан 160 мг/сутка миқдорида тавсия этилди ва 3 ойлик даволаш давомидаги динамика ўрганилди.

Текширув натижалари: Тадқиқотимиздаги 1-гуруҳ ва 2-гуруҳ беморларида кундузги ўртача САҚБ даволашдан аввал $164,4 \pm 2,20$ ва $167,0 \pm 1,97$ мм.сим.уст.ни кўрсатган эди. 1 ойлик даволаш давомида бу кўрсаткич гуруҳларда $133,4 \pm 0,87$ мм.сим.уст. ва $139,0 \pm 0,49$ мм.сим.уст. мос равишда тушган. 3 ойлик даволашдан сўнг эса 1-гуруҳда $126,5 \pm 0,76$ мм.сим.уст. ва 2-гуруҳда $134,8 \pm 0,33$ мм.сим.уст.га тенг бўлди. Демак, кундузги ўртача САҚБ сакубитрил/валсартан ва валсартан қабул қилган гуруҳларда 3 ойдан сўнг 23,1% ($P < 0,001$) ва 19,3% га ($P < 0,001$) ишончли даражада пасайди. Шу билан бирга, кун давомида САҚБ нинг ўзгарувчанлиги даволашдан олдинги кўрсаткичга нисбатан 1-гуруҳда 65,4 % ($P < 0,001$) га ва 2-гуруҳда 43,4 % ($P < 0,001$) га камайди. Сакубитрил/валсартан қабул қилган беморларда валсартан ыабул ыилган беморларга нисбатан кундузги САҚБ вариабиллиги сезиларли даражада пасайишини кузатдик. Шунингдек, биз кундузги ўртача ДАҚБ нинг кўрсаткичларида ҳам шундай динамикани кузатдик, яъни уларнинг кўрсаткичлари дастлабки кўрсаткичларга нисбатан 1-гуруҳда 1 ойда 15,6% ва 3 ойда 20,9%га, 2-гуруҳда эса 9,7 % ва 14,1 % га мос равишда ишончли даражада камайди. Кундузги ДАҚБ вариабиллиги ҳам 1 ойда ва 3 ойда 1-гуруҳда 41,1 % ва 60,3 % га, 2-гуруҳимизда эса 32,9% ва 47,3 %га мос равишда даволашдан олдинги кўрсаткичга нисбатан ишончли даражада камайгани қайд этилди. Бу кундузги ўртача АҚБ нинг иккала гуруҳларда ҳам 17,1% ва 21,9% га, ҳамда 12,9% ва 16,5% га мос равишда камайишига олиб келди.

Диабетик нефропатияли беморларда сакубитрил/валсартан ва валсартан таъсирида тунги САҚБ нинг кўрсаткичлари даволаш давомида 1 ойдан сўнг 20,3% ($P < 0,001$) ва 17,8% ($P < 0,001$), 3 ойдан сўнг эса 25,9% ($P < 0,001$) ва 21,9% ($P < 0,001$) % га гуруҳларга мос равишда тушиши кузатилди. Икки гуруҳда ҳам тунги САҚБ нинг биров барқарорлашуви унинг вариабиллигининг даволашдан олдинги кўрсаткичга нисбатан 1-ойда 1,6 ($P < 0,001$) ва 1,2 ($P < 0,001$) маротабага, 3-ойда эса 3,1 ($P < 0,001$) ва 1,8 ($P < 0,001$) марттага ишончли даражада камайишига сабаб бўлди. Тунги ўртача ДАҚБ ҳам 1,20 ($P < 0,001$) ва 1,11 ($P < 0,001$) маротабага, 1,31 ($P < 0,001$) ва 1,21 ($P < 0,001$) маротабага ишончли даражада гуруҳларга мос равишда камайди. Шу билан бир қаторда тунги ДАҚБ ўзгарувчанлиги ҳам 1,68 ($P < 0,001$) ва 1,54 ($P < 0,001$) маротабага, сўнг 2,50 ($P < 0,001$) ва 1,94 маротабага камайди. Тунги ўртача АҚБ даволаш давомида икки гуруҳда ҳам даволашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан 1,21 ($P < 0,001$) ва 1,16 ($P < 0,001$) маротабага, 1,31 ($P < 0,001$) ва 1,24 ($P < 0,001$) маротабага, 1,67 ($P < 0,001$) ва 1,42 ($P < 0,001$) маротабага, вариабиллик эса 2,76 ($P < 0,001$) ва 1,86 ($P < 0,001$) маротабага ишончли даражада камайди.

Юқорида келтирилган маълумотлардан кўришиб турибдики, сакубитрил/валсартан ва валсартан билан узоқ муддатли даволаниш пайтида кундузги ва тунги қон босими ишончли даражада пасайган ва нормал кўрсаткичларга яқинлашган, уларнинг ўзгариш диапазони камайган, бу қон босимининг кундузи ва тунда ҳам барқарорлашишига сабаб бўлган. Яққол ўзгаришлар сакубитрил/валсартан қабул қилган беморларда қайд этилди.

Антигипертензив дориларни узоқ муддатли қўллаш орқали диабетик этиологияли СБК бор беморларда тунги қон босимини камайтириш даражасига таъсирини гуруҳларда солиштириб ўрганилди. Ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра гуруҳларда ўртача АҚБ тунги тушиш даражаси, САҚБ тунги тушиш даражаси ва ДАҚБ тунги тушиш даражаси ишончли даражада ошганини кўрсатди. Шундай қилиб, бу кўрсаткичлар даволашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан сакубитрил/валсартан қабул қилган беморларда 1,5 ($P<0,05$) ва 7,04 ($P<0,05$) маротабага; 1,5 ($P<0,05$) ва 2,1 ($P<0,05$) маротабага; 1,4 ($P<0,05$) ва 2,05 ($P<0,05$) маротабага; валсартан билан даволанишда эса – 0,7 ($P<0,05$) ва 2,4 ($P<0,05$) маротабага; 1,16 ($P<0,05$) ва 1,80 ($P<0,05$) маротабага; 1,32 ($P<0,05$) ва 1,90 ($P<0,05$) маротабага ошиши қайд этилди.

Хулоса. Шундай қилиб, СБК бор ДН ли беморларда антигипертензив терапия давомида АҚБ тунги тушиш даражаси сезиларли даражада ортади. Энг катта ўзгаришлар сакубитрил/валсартан билан даволанган беморлар гуруҳида қайд этилган. Олинган маълумотлар сакубитрил/валсартан дори воситасини диабетик этиологияли СБК билан касалланган беморларни даволаш комплексига киритиш зарурлигини кўрсатади.

РОЛЬ ДИГИДРОПИРИДИНОВЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ВЛИЯНИЯ НА СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ (СКФ) У БОЛЬНЫХ ХБП 3 СТАДИИ

Узакова Н.И., Собиров У.Х.

Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии и трансплантации почки

Введение. Лерканидипин – представитель третьего поколения дигидропиридиновых антагонистов кальция, применяющийся для достижения целевого АД у пациентов с уже существующей почечной недостаточностью, продемонстрировал не только хороший антигипертензивный эффект и отличную переносимость, но и способность улучшать функцию почек. Доказано, что лерканидипин обладает нефропротективными свойствами. В отличие от большинства антагонистов кальция, лерканидипин расширяет не только приносящие, но и выносящие артериолы, предупреждая повреждение клубочков и собирательных трубочек со спонтанной гипертензией. Что объясняется его вазодилатирующим действием в отношении как афферентных,

так и эфферентных артериол клубочков почек. Его аналогом являются таблетки Леркамен.

Цель исследования. Оценка влияния леркамена на показатели гемодинамики и СКФ у больных ХБП 3 стадии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 больных с Хронической болезнью почек (ХБП) III стадии, находящиеся на лечении в отделениях нефрологии РСНПМЦН и ТП с последующим амбулаторным наблюдением. Из них – 25 (62,5 %) мужчин и 15 (37,5 %) женщин. Средний возраст пациентов составил (36 ± 6) лет. Длительность исследования составляла с ноября 2021 года до декабря 2021 г. У больных помимо контроля артериального давления (АД) определялись: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (общий белок, холестерин, мочевины, креатинин), ЭКГ, УЗИ почек. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) высчитывалась по формуле СКД-ЕРІ. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакетов программ Microsoft Excel и Statistica с использованием t-критерия Стьюдента.

Всем больным на фоне базисного лечения ХБП в качестве гипотензивной терапии был назначен «Леркамен» в суточной дозе 20 мг.

Результаты исследования. Проведенное лечение привело к улучшению параметров суточного профиля АД, что выразилось в снижении у больных (САД сут – соответственно на 17,7 ($P < 0,05$), а также в снижении уровня ДАД сут – соответственно на 11 % ($P < 0,05$).

Уровень САД у пациентов составил вначале лечения в среднем $158,52 \pm 5,24$ мм рт. ст. и снизился до $130 \pm 3,41$ мм.рт.ст. Уровень ДАД бывший до лечения $90,54 \pm 3,24$ мм. рт. ст. снизился до $75,42 \pm 2,44$ мм.рт. ст.

СКФ к концу 4 недели лечения повысилась с 39 ± 5 мм.рт.ст. до 43 ± 4 мм. рт.ст..ст.

У наблюдаемых пациентов на фоне терапии Леркаменом были обнаружены лишь единичные побочные эффекты: у одного больного отмечали пастозность обеих лодыжек, у двух – ощущение жара и покраснение лица. Эти побочные эффекты были незначительно выражены, поэтому не требовали отмены препарата.

Заключение:

1. Можно сделать вывод, что антагонист кальция третьего поколения лерканидипин является высокоэффективным, длительно действующим антигипертензивным препаратом для лечения АГ любой стадии и степени тяжести.

2. Применение Леркамена у больных ХБП 3 стадии позволило значительно улучшить как контроль АД, так и фильтрационную функцию почек.

3. Использование Леркамена может быть рекомендовано в комплексной терапии больным с ХБП 3 стадии.

КАРДИО И НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Узакова Н.И., Собиров У.Х.

Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии и трансплантации почки

Цель. Провести сравнительную оценку динамики гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и изменению СКФ на фоне 3-месячной терапии Лизиноприлом и лерканидипином, и их комбинацией у больных артериальной гипертензией (АГ) 2–3-й степени.

Материалы и методы. Обследованы 40 больных АГ 2-3-й степени с наличием ГЛЖ по данным ЭхоКГ, средний возраст $50,3 \pm 4,3$ года, из них 22 мужчины и 18 женщин, с АГ 2-й степени – 24 (60%) человека, 3-й степени – 16 (40%). Средняя длительность АГ составила $6,8 \pm 1,5$ года. У больных помимо контроля артериального давления (АД) определялись: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (общий белок, холестерин, мочевины, креатинин), ЭКГ, УЗИ почек. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) высчитывалась по формуле СКД-ЕРІ. ГЛЖ по данным ЭхоКГ: более 115 г/м^2 у мужчин и более 95 г/м^2 у женщин. Пациенты с АГ 2-й степени рандомизировались в группы монотерапии лизиноприлом 20 мг/сут (1-я группа) и лерканидипином 10–20 мг/сут (2-я группа), с АГ 3-й степени включались в группу комбинированной терапии изучаемыми препаратами (3-я группа). Дозы препаратов титровались до достижения целевых уровней АД (менее 140/90 мм рт. ст.). Статистический анализ проводился с применением программы Statistica 7.0.

Результаты. Исходно индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) в 1-й группе составил $128,4 \pm 10,6 \text{ г/м}^2$ у мужчины $105,9 \pm 9,5 \text{ г/м}^2$ у женщин, во 2-й – $128,9 \pm 15,8 \text{ г/м}^2$ у мужчин и $106,1 \pm 10,4 \text{ г/м}^2$ у женщин, в 3-й – $129,4 \pm 19,5 \text{ г/м}^2$ и $110,8 \pm 14,8 \text{ г/м}^2$ соответственно. Через 3 мес терапии ИММЛЖ в 1-й группе достоверно снизился на 12,1% у мужчин и 11,0% у женщин ($p < 0,05$); во 2-й – на 11,5 и 10,7% соответственно ($p < 0,05$). В группе комбинированной терапии зафиксировано более значимое снижение ИММЛЖ – на 14,3% у мужчин и 14,2% у женщин ($p < 0,05$). СКФ к концу третьего месяца лечения в 1 группе повысилась с 39 ± 5 мм/сек. до 41 ± 4 мм/сек, во 2 группе с 38 ± 5 мм.рт.ст. до 43 ± 4 мм.рт.ст.. При комбинированной терапии СКФ повысилась с $35,6 \pm 4,5$ мм/сек.

Выводы. Трехмесячная монотерапия лизиноприлом и лерканидипином привела к достоверному и сопоставимому между собой снижению ИММЛЖ и увеличению СКФ, а использование их в комбинации оказало более выраженное кардио- и нефропротективное воздействие, оцениваемое по степени регресса ГЛЖ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИЙ ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ

Фозилов Н.С., Изатшоев А., Пиров Б.С.

*Хатлонский государственный медицинский университет, Таджикистан.
РНПЦ «Трансплантация органов и тканей» Минск, Беларусь*

Актуальность. В настоящее время количество больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности увеличивается, как в развитых, так и в развивающихся странах. Не смотря на очевидный прогресс в области нефротрансплантологии, вопрос о дисфункции почки после пересадки остаётся актуальным. Одним из основных факторов происхождения данного случая является кумулятивное воздействие на аллотрансплантат почки повреждающих факторов иммунной и неиммунной природы, что приводит к его склерозу и уменьшению нефронов. В результате влияния различных повреждающих аллотрансплантата почки факторов и их вероятных ассоциаций, дифференциальная диагностика причины дисфункции сложна, преимущественно в поздние сроки после трансплантации.

Цель исследования. Изучить сравнительные результаты лечения дисфункции трансплантата почек различными способами.

Материалы и методы. Было проведено проспективное исследование 50 пациентов с дисфункцией почек после трансплантации почек в двух параллельных группах в РНПЦ «Трансплантация органов и тканей» Минск, Республика Беларусь. Средний возраст реципиентов составил $31,7 \pm 7$ лет. В основную группу входили 25 (50%) пациентов с дисфункцией трансплантата почки, которым с целью лечения применяли низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) в сочетании с иммуносупрессивной, противогрибковой и антибактериальной терапией в раннем послеоперационном периоде. Контрольную группу составили 25 (50%) пациентов. Лечение проводилось в комплексе с иммуносупрессивной, противогрибковой и антибактериальной терапией. Критерии включения в контрольной группе были доноры, реципиенты с дисфункцией (пиелонефрит трансплантата, ИРП, острое отторжение), повышенные уровни креатинина и мочевины, NGAL и показателей УЗ исследования трансплантата почки в раннем периоде после операции. Критерии исключения из исследования явились: нарушения функциональной способности почечного трансплантата, обусловленные операционными осложнениями (кровотечение, развитие нефропатии почечного трансплантата обструктивного характера, тромбоз сосудов почки), обструктивная нефропатия трансплантата в позднем периоде после операции. Диагностика дисфункции трансплантата почки выполнялась по результатам клинических и лабораторных исследований (уменьшение объема суточного диуреза, появление субфебрильной температуры, увеличение артериального давления, увеличение количества содержания креатинина и мочевины в сывороточной крови на 25% от исходного уровня, или увеличение уровней

данных показателей крови в течении 3 дней, повышение NGAL в моче), ультразвуковых методов исследования (вычисление размера и объема трансплантата, определение эхогенности паренхимы, оценка почечной гемодинамики (индекс резистентности, пульсационный индекс, давление в почечной артерии) и показателей эластометрии (увеличение скорости прохождения сдвиговых волн по тканям почки), либо в случаях «стертой» клинической картины, биопсией.

Результаты. По результатам проведённого нами исследования средние показатели биохимии крови пациентов основной группы на 1 - 2 сутки после операции были следующими: мочевины – 25 ммоль/л, креатинин – 1300 ммоль/л, NGAL мочи - 904 нг/мл; а в контрольной группе: мочевины – 24 ммоль/л, а креатинин – 1430 ммоль/л, NGAL мочи - 870 нг/мл. На 3 сутки после появления лабораторных, ультразвуковых и эластометрических признаков дисфункции, на фоне комплексного (антибактериального, противогрибкового и иммуносупрессивного и диализотерапии) лечения провели низкоинтенсивное лазерное излучение по примененной нами схеме. Показатели начали постепенно уменьшаться, в том числе, в основной группе, мочевины – 23 ммоль/л, креатинин – 1140 ммоль/л, NGAL мочи - 732 нг/мл, а в контрольной группе: мочевины – 22 ммоль/л, а креатинин – 1342 ммоль/л, NGAL мочи - 856 нг/мл. На следующие сутки в основной группе уровень мочевины составили 20 ммоль/л, креатинин – 843 ммоль/л, NGAL мочи - 398 нг/мл, а в контрольной группе мочевины – 20 ммоль/л, а креатинин – 1200 ммоль/л, NGAL мочи - 700 нг/мл. На 5 сутки показатели основной группы были следующими: мочевины – 11 ммоль/л, креатинин – 398 ммоль/л, NGAL мочи - 230 нг/мл, а в контрольной группе мочевины – 17 ммоль/л, а креатинин – 900 ммоль/л, NGAL мочи - 602 нг/мл. На 6 сутки в основной группе уровень мочевины достиг 9,7 ммоль/л, креатинин – 270 ммоль/л, NGAL мочи - 199 нг/мл, а в контрольной группе мочевины – 15 ммоль/л, а креатинин – 780 ммоль/л, NGAL мочи - 420 нг/мл. Большинство пациентов 13/15 основной группы в среднем на 15 сутки (медиана = 13-21) были выписаны домой, так как все показатели были близки к норме. В контрольной группе лечение проводилось стандартной методикой с применением антибактериальной, противогрибковой, иммуносупрессивной терапией. Показатели эластометрии в обеих группах составили 2,4 м/с. Большинство пациентов 12/15 контрольной группы в среднем на 18 сутки (медиана = 15-26) были выписаны домой, что на три дня позднее основной группы.

Выводы. Из проведённого исследования исходит, что низкоинтенсивные лазерные лучи обладают протективным действием не только по отношению к ультраструктуре отдельных клеток, но и в целом по всему организму.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Хаджибаев Ф.А., Султанов П.К., Эргашев Д.Н., Садилов Р.К.
*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.
г.Ташкент, Узбекистан.*

Трансплантация почки имеет более чем полувековую историю и продолжает развиваться. Альтернативные методы заместительной терапии хронической почечной недостаточности по сравнению с трансплантацией почки имеют более низкие показатели, которые определяют качество и продолжительность жизни больного. После трансплантации пациенту необходимо постоянно принимать иммуносупрессивные препараты для предотвращения отторжения и гибели трансплантата. Иммуносупрессия в свою очередь имеет и нежелательные качества, вызывая у пациентов многочисленные побочные эффекты, такие как развитие и манифестация тяжелых инфекционных и опухолевых процессов, органотоксичности, сахарного диабета, патологических изменений состава крови, артериальной гипертензии, нейропатии и другие.

Материал и методы. За период с апрель 2018 г. по декабрь 2019 г. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи были оперированы и находились под наблюдением 75 реципиентов с трансплантацией почки, среди которых наблюдались различные ранние и поздние патологии трансплантата.

Результаты: В посттрансплантационном периоде проводится следующее лечение: диета, иммуносупрессивная, антибактериальная, противовирусная, противогрибковая и симптоматическая терапия (коррекция фосфорно-кальциевых и электролитных нарушений, гипотензивная, спазмолитическая, анальгетическая, инфузионная, гемостатическая, трансфузионная терапия, лечение анемии т.д.). Профилактическая терапия (противоязвенные, уросептики, антикоагулянты). Основными осложнениями в ранний послеоперационный период явились: урологические - в 4%, сосудистые - 2,7% и раневая инфекция – 9,3%. В первые три месяца после операции чаще выявлялись инфекции, вызванные иммуномодулирующими вирусами. В позднем послеоперационном периоде в 6 случаях (8%) – наблюдались явления медикаментозной диспепсии, обострения хронического гепатита и нефротоксичности, связанные с приемом такролимуса, У 12 больных (16%) было отмечено стойкое повышение уровня глюкозы на фоне приема иммуносупрессантов по стандартной схеме.

Выводы: Таким образом, среди 75 больных после ТП у 23 (30,6%) были выявлены различные послеоперационные осложнения, включающие, – как хирургические, так и иммунологические. Послеоперационное ведение больных после трансплантации почки включает тщательное наблюдение за реципиентами с проведением профилактики возникновения инфекционных процессов, мониторинг и коррекцию доз иммуносупрессивных препаратов,

регулярное применение различных методов исследования в раннем и позднем посттрансплантационном периоде для своевременного выявления и лечения хирургических и нехирургических осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ

Хаджибаев Ф.А., Султанов П.К., Эргашев Д.Н., Садиков Р.К.
*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.
г.Ташкент, Узбекистан.*

Трансплантация почки – это метод заместительной почечной терапии, заключающаяся в пересадке человеку почки, полученной от другого человека. В 2018 г. в мире программный гемодиализ получало 2,62 миллиона больных с терминальной стадией почечной недостаточности. Однако, несмотря на постоянное увеличение количества пересадок почек в мире, превышающее 95 500 операций в год, из которых 36% - от живого донора, нуждаемость в этом виде лечения, а именно, число пациентов, находящихся в «листе ожидания» донорского органа, превышает 350 000, т.е. в 6 раз больше. Это закономерно приводит к увеличению времени ожидания пересадки почки.

Материал и методы. За период с апрель 2018 г. по декабрь 2019 г. в Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи для трансплантации почки обратились 212 больных с терминальной стадией хронической болезни почки вместе с потенциальными родственными донорами.

Результаты: Среди 212 обратившихся к нам реципиентов, 110 (51,9%) больным была показана ТП после проведения обследований представленных доноров, среди которых только 75 (35,4%) реципиентам произведена операция. Наличие тяжелых осложненных форм ХПН, требующих коррекции для проведения ТП у 35 (16,5%) обратившихся к нам больных и 6 (2,8%) больных, у которых отмечался летальный исход в ходе проведения обследований донора, говорит о том, что эти больные получают неполноценный диализ по месту их жительства и обращаются к нам на поздних стадиях ХПН. Немалое количество больных (96, 45,3%) которым невозможно было проведение ТП в связи с отказом доноров от операции в ходе их обследования (16, 7,5%) и наличием противопоказаний к донорской нефрэктомии (80, 37,7%) указывает на проблему донорства в трансплантологии не только во всем мире, но и в Узбекистане.

Выводы: Для подготовки больных на трансплантации почки необходимо подробное изучение анамнеза и объективная экспертиза, онкологический и инфекционный скрининг, соответствующий возрасту и визуализирующие методы, как донора, так и реципиента. Качественный диализ с одновременной коррекцией осложнений ХПН на ранних стадиях позволяет сократить время подготовки реципиента на операцию и достигнуть наилучших результатов после трансплантации почки.

БУЙРАК ЎРИНБОСАР ТЕРАПИЯСИГА МУҲТОЖ БЕМОРЛАРНИ РУҲИЙ ҲОЛАТИНИ СПИЛБЕРГЕР-ХАНИН ВА HADS ГОСПИТАЛ ШКАЛА СЎРОВНОМАСИ БЎЙИЧА БАҲОЛАШ

Хайитов Х.А.¹, Рахимов И.Ш.²

*Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси
илмий-амалий тиббиёт маркази Сурхондарё вилояти филиали,
Термиз, Ўзбекистон¹
Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон²*

Сурункали буйрак касаллиги (СБК) беморларда экзистенциал хавф солувчи асосий муаммолар юз кўрсатиши билан бирга бу каби кутилмаган ҳолатлар кучли стресс юзага келтириб, у беморнинг психологик статусига ва ҳаёт сифатига салбий таъсирлар оқибатда сурункали буйрак етишмовчили беморларининг ҳаётида яққол психосоциал муаммоларни юзага келтирмоқда. Бу ўз навбатида шундоқ ҳам даволаш қийин бўлган сурункали буйрак етишмовчилиги беморларини психологик ҳолатига негатив таъсир этади ва оқибатда пасайган ҳаёт сифатини янада қийинлаштиради. Ривожланган мамлакатларда ҳам режали гемодиализ тадбирларини олаётган шахслар орасида когнитив бузилишлар билан бошланган руҳий патологиялар пировардда енгил деменциягача ривожланишгача юз тутмоқда. Шунинг учун биз режали гемодиализ беморларининг руҳий ҳолатини баҳолаш бўйича тадқиқотларни олиб боришни лозим топдик.

Тадқиқот мақсади.

Режали гемодиализ беморларининг руҳий ҳолатини Спилбергер-Ханин ва HADS госпитал шкаласи сўровномаси бўйича баҳолаш.

Тадқиқот материали ва услублари.

Тадқиқот учун РИНваБТИАТМ Сурхондарё вилояти филиали нефрология ва гемодиализ бўлимида назоратда бўлган, ҳамда мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 30 нафар СБК 5-босқичи беморлари олинди. Руҳий ҳолатни баҳолаш учун барча беморларда психологик тест ўтказилди. Буйрак ўринбосар терапия қабул қилаётган беморларининг руҳий ҳолати Спилбергер-Ханин ва HADS госпитал шкаласи сўровномаси бўйича баҳоланди.

Натижалар муҳокамаси.

Режали гемодиализ муолажаларини олаётган беморларда шахсий тушкунлик кўрсаткичи 19 (63,3 %) нафар беморда юқори даражада, 9 (30 %) нафар беморда ўртача даражада, 2 (6,7%) нафар беморларда эса паст даражадаги қайд этилди. Юқори даражада вазиятли тушкунлик кўрсаткичи 24 (80 %) нафар беморда кузатилиб, 5 (16,7 %) нафар беморда ўртача даражада, 1 (3,3 %) нафар беморда эса паст даражада намоён бўлди. HADS кўрқув ва депрессия госпитал шкаласи ёрдамидаги текширувларда клиник яққол ифодаланган кўрқув 21 (70 %) нафар беморда, субклиник ифодалангани 7 (23,3 %) нафар беморларда намоён бўлди. Шкала бўйича 2 (6,7 %) нафар беморда

меърий кўрсаткичлар қайд этилди. Тадқиқод натижалари бўйича олинган маълумотлар Спилбергер шкаласи бўйича вазиятли тушкунлик кўрсаткичига мос келади. HADS шкаласи бўйича клиник яққол ифодаланган депрессия 21 (70 %) нафар беморда, 9 (30 %) нафарда эса субклиник ифодаланган депрессия кўрсаткичлар кузатилди.

Хулосалар:

1. Буйрак ўринбосар терапия қабул қилаётган беморларининг руҳий ҳолати салбий томонга ўзгаради.

2. Буйрак ўринбосар терапия қабул қилаётган беморлари билан шифокорлар психокоррекцион ва психотерапевтик ишлар олиб боришлари лозим.

РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ БЕМОРЛАРИНИ ҲАЁТ СИФАТИНИ SF-36 ПСИХОДИАГНОСТИК ТЕСТ ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ

Хайитов Х. А.

*Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси
илмий-амалий тиббиёт маркази Сурхондарё вилояти филиали,
Термиз, Ўзбекистон*

Уремия марказий ва периферик асаб тизимига бир хилда шикастловчи таъсир кўрсатади. Сурункали буйрак етишмовчилигининг (СБК) нисбатан эрта симптомларсиз даврларидаёқ беморларда уремияда церебрал когнитив бузилишлар фикрлаш жараёнини ёмонлашиши кўришинида намоён бўла бошлайди. Буйрак касалликларида марказий асаб тизимини шикастланиши уремик энцефалопатия, диализ энцефалопатияси ва диализ номутаносиблиги синдроми сифатида кузатилади. Уремик энцефалопатия СБКда одатда секинлик билан босқичма-босқич шаклланади. Уремия фонида асосан делирия, талваса ва кома ривожланади. Психоневрологик симптомлар СБЕ фонида асаб-мушак кўзгалувчанлик, депрессия ва уйқу бузилиши билан кузатилади. Буларнинг барчаси экстркорпорал детоксикация муолажасига муҳтож беморнинг ҳаёт сифатини бузади. Шунинг учун биз экстркорпорал детоксикация муолажасига муҳтож беморнинг ҳаёт сифатини ўрганиш бўйича тадқиқотларни олиб боришни лозим топдик.

Тадқиқот мақсади.

Экстркорпорал детоксикация муолажасига муҳтож беморнинг ҳаёт сифатини SF-36 психодиагностик тест услуби кўрсаткичлари бўйича баҳолаш.

Тадқиқот материали ва услублари.

Тадқиқот учун РИНваБТИАТМ Сурхондарё вилояти филиали нефрология ва гемодиализ бўлимида назоратда бўлган, ҳамда мазкур муассасада дастурли гемодиализ муолажаларини қабул қилиб юрган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 30 нафар СБК 5-босқичи беморлари танлаб олинди. Уларнинг ҳаёт сифатини SF-36 психодиагностик тест услубида ўрганилди.

Буйрак ўринбосар терапия қабул қилаётган беморларининг ҳаёт сифатидаги ўзгаришларини SF-36 психодиагностик тест натижаларига кўра баҳоланди.

Натижалар муҳокамаси.

Режали гемодиализ муолажаларини олаётган беморларда шкаладаги «жисмоний ҳолатга асосланган фаолият ўрни» 37,3 % га ва «эмоционал ҳолатга асосланган фаолият ўрни» кўрсаткичлари 56,7 % гача сезиларли даражада пасайди, бу беморларнинг ўз-ўзига хизмат қилиш, жисмоний зўриқишлардаги муҳим чекловлар натижасида одатий ижтимоий ҳаётдаги ўрнини камайиши, ҳаёт сифатини ва ҳиссини сезиларли ёмонлаштиради. Шу билан бирга, оғрик интенсивлигини 79,8 % гача ўсиш саломатликнинг умумий ҳолатини 68,2 % гача ёмонлашишига олиб келди. Умуман, SF-36 психодиагностик усули кўрсаткичларига кўра, биз даволаш олдин СБЕ билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифати амбивалент тенденциялардаги ўзгаришларни қайд қилиш мумкин. Бу асосан беморларда яшашга негатив қарашнинг ўсиши, ижтимоий фаолияти ва уларнинг саломатлигини яхшилаш субъектив тажрибалар билан боғлиқ тажрибаларда ифодаланган. Бу албатта касалликнинг прогрессив ривожланиб бориши билан нафақат клиник-лаборатор кўрсаткичларини ошиб бориши балки беморларнинг руҳий ҳолатини ёмонлашиши ва ҳаёт сифатини ҳам пасайиб боришига олиб келишидан далолат беради.

Хулосалар:

1. SF-36 психодиагностик тест натижаларига кўра, СБК V босқич беморларнинг ҳаёт сифати, жисмоний ва эмоционал фаолияти ўз турмуш тарзидан қониқмаслик ҳисси соғлом шахсларга нисбатан сезиларли даражада фарқ қилади.

2. Буйрак ўринбосар терапия қабул қилаётган беморлар билан клиник психологлар ва психотерапевтлар психокоррекцион ва психотерапевтик ишлар олиб боришларида эътиборга олишлари лозим бўлади.

К ВОПРОСУ О СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ХРОНИОГЕМОДИАЛИЗЕ

Халмухамедов Ж.А., Даминов Б.Т.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр нефрологии и трансплантации почки
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Хроническая скелетно-мышечная боль (ХСМБ) - очень частый симптом у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), связанный со значительным ухудшением качества жизни.

Цели: провести анализ современной зарубежной литературы для определения распространенности ХСМБ, у пациентов с запущенной ХБП, находящихся на диализе, и проанализировать их связь с другими уремическими симптомами и их значимость для прогноза.

Материал и методы: проводилось исследование для анализа уремических симптомов в неотобранной когорте пациентов с ХБП 5 стадии до диализа. Чтобы охарактеризовать пациентов с ХСМБ, были собраны демографические и антропометрические данные, а также данные о сопутствующих заболеваниях и функции почек. Кроме того, регистрировались воспалительные параметры, параметры мочевой системы, минеральный метаболизм в костях, включая 25-гидроксиколекальциферол (25-ГХК), креатинкиназу и препараты, представляющие потенциальный интерес, включая аллопуринол, статины и средства, стимулирующие эритропоэз.

Результаты. В исследуемую группу вошли 1169 пациентов (средний возраст 65 ± 15 лет, 54% мужчины). В общей сложности 38% пациентов жаловались на ХСМБ, и этот симптом был более распространен у женщин, чем у мужчин (49 против 28%; $P < 0,0001$). Мышечная слабость, зуд, мышечные спазмы, экхимоз, бессонница, отек и одышка были наиболее частыми симптомами, связанными с ХСМБ. Женский пол, пожилой возраст, ожирение, сопутствующие заболевания (в основном диабет, сердечная недостаточность или ХОБЛ) и повышенные уровни воспалительных маркеров (С-реактивный белок и ненейтрофильные лейкоциты) были лучшими детерминантами ХСМБ.

Выводы. ХСМБ широко распространена у пациентов с запущенной ХБП и связана с другими общими симптомами хронической уремии. Как и в случае с населением в целом, пожилой возраст, женский пол, ожирение и некоторые сопутствующие заболевания являются лучшими детерминантами ХСМБ. Повышенные маркеры воспаления, обычно наблюдаемые у пациентов с ХСМБ, могут играть важную роль в его патогенезе.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек; Воспаление; Скелетно-мышечная боль; Уремические симптомы.

АНАЛИЗ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕМОДИАЛИЗ: МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Халмухамедов Ж.А., Даминов Б.Т.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр нефрологии и трансплантации почки
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность: Боль является частой жалобой у пациентов, получающих процедуры гемодиализа (ППП), однако ее часто неадекватно оценивают и не лечат.

Цели. Целью данного исследования было оценить распространенность, характеристики, интенсивность и влияние боли у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП).

Методы. В поперечном исследовании, проведенном в период с 2020 по 2021 год, были опрошены и оценены 336 пациентов на программном

гемодиализе (ПГ) в четырех отделениях гемодиализа в многопрофильных больницах Самаркандской, Джизакской, Алмалыкской областей, а также в Республиканском центре эндокринологии в городе Ташкент. Инструментами исследования являлись шкалы по оценке боли (визуально-аналоговая и визуально-рейтинговая), Лидскую шкалу оценки невропатических симптомов и признаков боли, а также демографические и клинические характеристики. Кроме того, были проанализированы фармацевтические данные.

Результаты. Боль испытывали 82% исследуемой популяции (средний уровень боли: $7,2 \pm 2,2$) в течение 24 часов до опроса, в то время как 61,5% испытали невропатические характеристики боли. Две трети пациентов с болью сообщили, что регулярно лечатся обезболивающими препаратами, а 24,5% получали немедикаментозное обезболивание. Среднее облегчение болевого синдрома благодаря лекарственным препаратам среди пациентов боли составило $62,5 \pm 30\%$. В многофакторном анализе женский пол, высокий индекс сопутствующих заболеваний и время на диализе >24 месяцев были связаны с наличием значительной боли в предыдущие 24 часа. Кроме того, сообщение о сильной боли было связано с женским полом, депрессией, наличием ≥ 4 болезненных участков и безработицей. Наконец, невропатическая боль была связана со временем на диализе > 24 месяцев, депрессией, ≥ 4 болезненными участками и текущей интенсивностью боли > 2 .

Заключение. Боль часто встречается у пациентов с ХБП на ПГ и в значительной степени связана с женским полом, сопутствующими заболеваниями, длительностью диализа и депрессией. Результаты этого исследования могут служить отправной точкой для паллиативных вмешательств у больных на ПГ.

Ключевые слова: Боль; поддерживающий гемодиализ; невропатическая боль; паллиативная помощь; симптомы.

К ВОПРОСУ О БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ПРИ КАНЮЛЯЦИИ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ

Халмухамедов Ж.А., Даминов Б.Т.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр нефрологии и трансплантации почки
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность: боль, связанная с пункцией во время катетеризации артериовенозной фистулы, является одним из влияющих факторов на качество жизни пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе (ХГ).

Цели: изучить болевой синдром у пациентов, получающих программный гемодиализ (ППГ).

Методы: В этом проспективном одноцентровом исследовании мы использовали анкету для оценки характера боли при катетеризации артериовенозной фистулы в группе пациентов, находящихся на ХГ.

Результаты. В исследование было включено 83 пациента находившихся на гемодиализе, из которых 58(70%) составили мужчины и 25 (30%) женщины, средний возраст 58 лет. Анальгетическое вмешательство при катетеризации понадобилось 65 пациентам, из которых 62 пациента посчитали обезболивание эффективным. Мы оценили интенсивность боли с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Из 65 пациентов с обезболиванием, 30 пациентов сообщили о боли при катетеризации >1 балл по шкале ВАШ, 21 пациент сообщил о боли при вытаскивании иглы >1 балл по шкале ВАШ, 40 пациентов испытывают стресс перед каждой канюляцией. Из 18 пациентов без обезболивания, 10 пациентов сообщили о боли при катетеризации >1 балл по шкале ВАШ, 6 пациент сообщил о боли при вытаскивании иглы >1 балл по шкале ВАШ, 11 пациентов испытывают стресс перед каждой канюляцией. Стресс боли, связанной с артериовенозной фистулой, в значительной степени связан с ощущением боли при катетеризации ($P = 0,047$) и вытаскивания иглы ($P = 0,002$).

Заключение. Несмотря на профилактические мероприятия по поводу болевого синдрома при канюляции артериовенозных фистул, пациенты часто испытывают стресс и неприятные ощущения, связанные с процедурой.

Ключевые слова: артериовенозная фистула; канюляция; боль.

ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Ходжанова Ш.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: Известно, что при хронической сердечной недостаточности (ХСН) поражаются различные органы и ткани, что становится непосредственной причиной смерти больных. Одними из таких органов-мишеней являются почки. Результаты исследований свидетельствуют о том, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек являются независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти, а также повторных событий у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Данные взаимосвязи отражают концепцию кардиоренальных взаимоотношений. Распространенность хронической сердечной недостаточности значительно увеличивается в пожилом и старческом возрасте. Нарушение функции почек у больных пожилого возраста отмечается в 1,7 раза чаще, чем у лиц моложе 60 лет. Хроническая сердечная недостаточность в пожилом возрасте при снижении скорости клубочковой фильтрации чаще сопровождается фибрилляцией предсердий. Структурные изменения сердца, ассоциированные с возрастом, также рассматриваются среди причин фибрилляции предсердий (ФП).

Недавно было показано, что факторы риска и патогенетические механизмы развития фибрилляции предсердий и дисфункции почек во многом совпадают и проведено большое количество исследований, направленных на изучение

взаимосвязи фибрилляции предсердий и функционального состояния почек. Основными факторами риска развития фибрилляции предсердий и хронической болезни почек являются: ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа, сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром. Общими патогенетическими механизмами при ФП и дисфункции почек являются: воспаление, оксидативный стресс, активация РААС. Исследование Niigata preventive medicine study показало, что наличие дисфункции почек в общей популяции связано с большей вероятностью развития ФП, а наличие ФП, наоборот, с большей вероятностью снижения СКФ <60 мл/мин/1,73 м² и развития протеинурии.

Цель исследования: изучить особенности течения хронической сердечной недостаточности и взаимосвязь функционального состояния почек у больных с ХСН различного класса с фибрилляцией предсердий.

Материалы исследования: Обследовано 75 больных с ХСН (43-мужчин, 32-женщины, средний возраст - 59 ± 12 лет). Причиной ХСН у 18 (24%) была артериальная гипертензия, у 24 (32 %) - ИБС, у 33 (44 %) – их сочетание и 37 (49 %) больных перенесли инфаркт миокарда. Объективно выраженность симптоматики ХСН оценивали с помощью классификации NYHA. Для оценки клинического состояния больных пользовались шкалой оценки клинического состояния больных (ШОКС).

Всем больным проведена эхокардиография в М-режиме импульсным датчиком 365 МГц в положении больного на левом боку. Всем пациентам определяли уровень креатинина (Кр) и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD. В зависимости от СКФ больных разделили на 2 группы: первую составили 25 больных, у которых СКФ была <60 мл/мин/1,73 м², вторую- 50 больных, у которых СКФ была ≥ 60 мл/мин/1,73 м². Данные исследования обработаны с применением компьютерного пакета «STATISTICA 6.0» (Statsoft, USA).

Результаты. СКФ составляла $67,6 \pm 18,7$ мл/мин/1,73 м², и у 25 (33 %) больных СКФ была <60 мл/мин/1,73 м². У большинства больных - 51 (68 %) фракция выброса левого желудочка была сохранена (ФВ $>50\%$). Больные со сниженной функцией почек имели больше диаметр левого предсердия.

Среди обследованных больных постоянная (>1 года) форма ФП встречалась у 37 % пациентов. У 63 % больных был синусовый ритм. Средний СКФ составила $67,6 \pm 18,7$ мл/мин/1,73 м². При этом, к больных с ХСН ФК I СКФ составила $84,3 \pm 7,44$ мл/мин/1,73 м², с ХСН ФК II $76,2 \pm 16,34$ мл/мин/1,73 м², с ХСН ФК III $62,8 \pm 7,3$ мл/мин/1,73 м², с ХСН ФК IV $57,6 \pm 5,1$ мл/мин/1,73 м². СКФ была меньше у больных с ФП, чем без ФП ($57,6 \pm 15,3$ против $68,2 \pm 17,6$ мл/мин/1,73 м², соответственно, $p < 0,001$).

Результаты по шкале ШОКС показали, что пониженная СКФ ведёт к ухудшению клинического состояния больных с ХСН и баллы составили $8,3 \pm 0,57$ у больных со СКФ <60 мл/мин/1,73 м² и $5,5 \pm 0,53$ у больных со СКФ ≥ 60 мл/мин/1,73 м². Исследование симптоматики не выявило различий в выраженности одышки, слабости, ощущения перебоев в работе сердца у больных с синусовым ритмом и

ФП. Единственным симптомом, выраженность которого отличалась в этих группах, был анатомический уровень отеков. Выраженность отеков была больше при ФП, чем СР. Фракция выброса левого желудочка составила $55,7 \pm 10,4\%$. Большинство больных – 51 (68%) имели ХСН с сохраненной фракцией выброса. Фракция выброса была меньше у больных с дисфункцией почек и с ФП ($53,6 \pm 11,7\%$ и $55,8 \pm 9,4\%$, соотв., $p=0,03$). А также у этих больных был больший диаметр левого предсердия ($38,5 \pm 4,1$ мм и $37,9 \pm 3,2$ мм, соотв., $p=0,02$) и больше конечный диастолический размер правого желудочка ($3,31$ ($2,93-3,77$) см, соотв., $p=0,003$).

Количество исследований, в которых оценивается взаимосвязь ФП и дисфункции почек у больных с ХСН, в настоящее время крайне ограничено и требует пристального внимания к этой проблеме. В основе взаимосвязи дисфункции почек и ФП при ХСН могут лежать следующие механизмы. С одной стороны, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) может сопровождаться задержкой натрия и воды, дилатацией предсердий и, следовательно, развитием ФП. С другой стороны, независимо от влияния на гемодинамику, активация РААС приводит к патологическому структурному и электрофизиологическому ремоделированию предсердий, что может явиться субстратом для развития ФП. У обследованных нами больных с ХСН диаметр левого предсердия был больше при наличии дисфункции почек. Увеличение диаметра левого предсердия и изменения миокарда левого желудочка часто наблюдается у больных с диастолической дисфункцией левого желудочка, что способствует развитию фибрилляции предсердий.

Выводы. Дисфункции почек и функциональный класс ХСН были независимо ассоциированы с фибрилляцией предсердий. Наличие дисфункции почек предрасполагает к фибрилляции предсердий у больных с хронической сердечной недостаточностью. Особенностью клинической симптоматики у больных с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий в отличие от пациентов с синусовым ритмом оказался более выраженный отечный синдром, а эхокардиографической картины - увеличенные размеры левого предсердия и правого желудочка.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Холиков А.Ю., Урманова Ю.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова

Актуальность проблемы. По данным исследователей, распространенность когнитивных нарушений высока среди взрослых с хронической болезнью почек (ХБП), и эти два состояния имеют несколько общих факторов

риска, что позволяет предположить, что они могут иметь общий патогенез. Повреждение микрососудов в почках является характерной чертой двух наиболее частых причин ХБП, сахарного диабета и артериальной гипертензии [Kurella Tamura M, Wadley V, Yaffe K, 2008].

Точно так же нейровизуализирующие маркеры микрососудистых повреждений головного мозга связаны с повышенным риском снижения когнитивных функций и деменции [Vermeer SE, Prins N.D., den Heijer T, 2013; Debette S, Seshadri S, Beiser A, Au R, 2011]. Эти результаты нейровизуализации чаще встречаются у пациентов с ХБП по сравнению с пациентами с нормальной функцией почек [Martinez-Vea A, Salvado E, Bardaji A, 2016]. Кроме того, среди пациентов с сахарным диабетом микрососудистые заболевания головного мозга являются предикторами возникновения нефропатии и прогрессирования до терминальной стадии почечной недостаточности (ТХПН) [Manjula Kurella Tamura, 2016].

Таким образом, наличие нарушений когнитивных функций может идентифицировать пациентов с системными микрососудистыми заболеваниями, которые входят в группу риска по развитию и прогрессированию ХБП. В то время как для оценки микрососудистых заболеваний в почках требуется биопсия, а для оценки микрососудистых заболеваний в головном мозге требуется визуализация, тестирование когнитивных функций является неинвазивным и менее дорогостоящим.

Нарушение когнитивной функции также может предрасполагать пациентов к прогрессированию заболевания почек из-за меньшего использования или приверженности стратегиям снижения риска ХБП. Например, лечение артериальной гипертензии может быть менее интенсивным у пациентов с когнитивными нарушениями из-за боязни развития побочных эффектов.

Таким образом, оценка когнитивной функции может быть потенциально полезной для уточнения прогноза терминальной почечной недостаточности у пациентов из группы риска.

Все вышеуказанное подчеркивает актуальность настоящего исследования.

Цель - изучить характеристику когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа с терминальной стадией хронической болезни почек.

Материал и методы. Нами было осмотрено и обследовано всего за период с 1 января 2019 г по 31 декабря 2021 г - 115 пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа, с ХБП IV-V ст. на программном гемодиализе.

Из них женщин было-53, мужчин -62. Средний возраст мужчин составил $67 \pm 4,2$ лет, а средний возраст женщин – $64 \pm 5,6$ лет. 20 больных соответствующего возраста составили группу контроля.

По степени хронической ишемии мозга (ХИМ) больные были разделены на 3 группы: 1 гр. – 35 (30,4%) больных с ХБП IV-V ст с ХИМ 1 степени; 2 гр. – 37 (32,2%) больных с IV-V ст с ХИМ 2 степени; 3 гр. - 43 (37,4%) больных с IV-V ст с ХИМ 3 степени.

Всем 115 пациентам выполнялись все исследования, включавшие общеклинические, биохимические, гормональные исследования крови в лаборатории РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз, а также ЭКГ, УЗИ внутренних органов, доплерография магистральных артерий головы, УЗИ внутренних и половых органов, консультация узких специалистов.

Оценка когнитивных функций выполнялась с помощью **краткой шкалы оценки психического статуса - Mini-mental State Examination (MMSE)**.

Результаты. В анализе результатов исследования когнитивные нарушения были связаны с повышением риска терминальной ХБП на 41% и повышением риска терминальной ХБП на 50% или снижением рСКФ на 50%.

Участники с когнитивными нарушениями доминировали во 2 и 3 группах больных, у них была более низкая средняя рСКФ и более высокий уровень альбуминурии.

Обнаружена корреляционная связь между показателями когнитивной функции и демографическими показателями – возраст, образование ($r = 0,76/0,88$).

Выводы. Установлена корреляционная связь между показателями когнитивной функции и демографическими показателями – возраст, образование ($r = 0,76/0,88$), а также с уровнем снижения скорости клубочковой фильтрации ($r = 0,69$).

ДАСТУРЛИ ГЕМОДИАЛИЗДАГИ БЕМОРЛАРДА РЕНАЛ ОСТЕОДИСТРОФИЯНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Худойбердиева Г.А., Мирзаева Б.М.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Коранар кальцификация - қон томир деворида кальций фосфат минерали алмашинувини тўлиқ етишмаслиги ва ноанъанавий халқа ҳосил қилиб бириқиши ҳисобланади. Сурункали буйрак етишмовчилиги каби патологик ҳолатлар (ёшга мос эмас) қон томирлари кальцификациясини келтириб чиқаради. Сурункали буйрак касаллиги (СБК) бўлган беморларда коронар кальцификация хавфи ошиши, ўлим даражасининг юқорилашига сабаб бўлиқ бўлади ва уларнинг мустақил прогнози оғирлаштиради. Коранар қон томирлар интима қаватида кальций тўпланиши, вақтинчалик кальцификация эндотелиал дисфункция билан боғлиқ бўлиб, атеросклерознинг ривожланиши ва атеросклеротик плакчаларнинг беқарорлиги билан боғлиқ. Кальцификация интима медиа қон томирларининг ўзани торайиши билан бирга эмас, аммо қон томир деворининг қаттиқлигини оширади. СБК 5 босқичли беморларда қон томирлар кальцификацияси беморларнинг ёши ва неча йил мобайнида дастурли гемодиализдалигига ҳам боғлиқ.

Тадқиқот мақсади: Сурункали буйрак касаллиги 5 босқичли беморларда кальций-фосфор алмашинуви натижасида коронар томирлардаги ўзгаришларни аниқлаш.

Материал ва усуллар: СБК 5 босқичда бўлган 49 бемор, гемодиализ давомийлиги камида 3 ой бўлган. Дастурли гемодиализдан кейинги 2-кун давомида барча беморларда кальций, фосфор, паратироид гормони, гидроксид фосфатаза фаоллигининг периферик қондаги концентрациясини аниқладилар ва Са-SCORE дастури бўйича кўкрак қафасинингнинг мультислайсли томографиясини (МСКТ) ўтказиб, коронар кальций ва Агатстон индексини аниқлади. Таққослаш гуруҳи сифатида солиштирма ёшдаги 20 нафар соғлом кўнгилли назорат гуруҳи (НГ) патологик белгилари бўлмаган ҳолда текширилди. Тадқиқот давомида коронар кальцификация индекслари ва фосфор-кальций метаболизми кўрсаткичлари ўртасидаги ўзаро боғлиқлик таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамалар: Кальций ва фосфор концентрациясида кўп томонлама силжишлар паратироид гормони ва кальций-фосфор маҳсулоти концентрацияси ўртасидаги ишончсизликка эга бўлишига олиб келди. Тадқиқотга киритилган беморларда коронар кальцификация. Тадқиқотга киритилган барча беморлар, шунингдек, НГ вакиллари Са-SCORE МСКТ ўтказилди. СБК 5д гуруҳида (88.89%) ва НГнинг 2 та вакили (10%, квадрат гуруҳлари=33.43, $p < 0.001$) ўртасида коронар артерияларда кальций аниқланди. Ўртача гуруҳларда СБК 5д бўлган беморларда коронар кальцификация кўрсаткичлари (кальций миқдори, масса ва Агатсон индекслари) НГда бўлганларга нисбатан анча юқори ($p < 0.001$). СБК 5д гуруҳида 1297 ва НГ-6 та коронар артерияларда кальцификатлар аниқланди. Коронар артерияларнинг хавфхатарига қараб, Агатсон индексидagi беморларнинг СБК гуруҳида юқори хавфли (24% юрак-қон томир хатарлари 10 йил мобайнида) ва НГ вакиллари паст хавфли (10 йил давомида 4% хавф) бўлганларга тўғри келди.

1-жадвал

СБК 5д касалликларида коронар кальцификация МСКТ параметрлари

Кўрсаткичлари	СБК 5д (n = 36)	НГ (n = 20)	p
Сони	36.12 ± 2.64	0.29 ± 0.15	<0.001
Ҳажми, мм ³	387.15 ± 83.78	12.14 ± 0.91	<0.001
Масса, мг	201.25 ± 56.21	5.26 ± 0.43	<0.001
Агатсон индекси, бирликлар	607.36 ± 86.25	32.17 ± 0.87	<0.001

Коронар кальцификация оғирлигининг бошқа клиник белгилар билан ассоциациясини аниқлаш учун корреляцион таҳлил қилинди. НГда Агатсон индексининг қиймати беморларнинг ёши билан ишончли равишда ижобий ($p=0,64$, $p < 0,01$) ва кальций-фосфор метаболизм кўрсаткичлари билан аниқ боғлиқлик топилмади. СБК 5д гуруҳида, аксинча, Агатсон индекс қиймати ва ёш ўртасидаги муносабат ишончсиз, паратироид гормони концентрацияси билан коронар кальцификация индексининг ишончли корреляцияси топилган бўлса - ижобий ўртача муносабат ($p=0.38$, $p < 0.05$) ва фосфор кальций концентрацияси - салбий кучли ($p=-0.63$, $p < 0.001$). Агар бир кальций-фосфор маҳсулот фосфор концентрацияси ва ишқорий фосфатаза фаолияти билан мазмунли уланиш Агатстон индекс қиймати топилган.

Коронар артериялари ўрта калибрли ва иккиламчи гиперпаратироидизм фонида қон томирларида бўлган, қондаги фосфор билан боғлиқ, уларнинг силлиқ мушак хужайралари остеобластик ўзгарди.

Керакли остеобластик трансдифференциация механизми бу эластин деградацияси маҳсулотларининг тўпланиши (матрикс металлопротеиназларнинг таъсири, унинг генлари бузилган гломеруляр фильтрация шароитида ортиб боришини таъминлайди) [8]. Трансдиферансация қилинган хужайралар камайтириш қобилятини йўқотади, лекин коллаген ишлаб чиқариш ва кальций ва фосфорга бой матрисли весикуллар ҳосил қилиш қобилятини сақлаб қолади. Эластин деградацияси маҳсулотлари ўсиши қон томир силлиқ мушак хужайралари интима қаватида остеокалцин, остеопонтин остерикс, ишқорий фосфатаза медиаторлари фаоллашиши ва бу ўз навбатида қон томирларда кальцификатлар тўпланишига сабаб бўлади. Сурункали буйрак касаллиги 5 босқичли беморларда минерал кальций фосфат алмашинуви бузилиши коронар тож томирлардаги жиддий ўзгаришларга олиб келади ва беморларда миокард инфаркт ива улим хавфини оширади.

Хулоса: Бизнинг ўтказилган текширувлар натижасида СБК 5 босқичли беморларда қон томирлар кальцификацияси аниқланди, кальцификациянинг яққоллиги кальций ва фосфор алмашинуви бузилиши билан боғлиқлиги ўрганилди. Паратироид гормон, фосфор, кальций-фосфор ва ишқорий фосфатаза беморларда сезиларли томирларни кальцификациялашда ва билвосита кардиоваскуляр хавфни оширишда СБК ролини тасдиқлайди ва бу ўзгаришлар беморларнинг ёшига мос келмайди.

НОРМАЛИЗАЦИЯ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III- IV СТАДИИ

Хусанходжаева Ф.Т., Шукурова Л.Х., Зуннунов Х.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, Узбекистан

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность: Исследуя кишечную микробиоту при ХБП, выявили значительные изменения, как в количественном, так и качественном ее составе. В результате этого в кишечнике образуется большое количество аммония, который губительно действует на рост симбионтных бактерий.

Цель работы: Изучить биоценоз кишечника и его коррекцию у больных с хронической болезнью почек III- IV стадии.

Материалы и методы: Обследовано 32 больных с хронической болезнью почек III- IV стадии находившихся на стационарном лечении нефрологии многопрофильной клиники ТМА. Средний возраст больных составил $42,3 \pm 1,2$ года. У обследованных больных, помимо общеклинических и биохимических

анализов, исследовались следующие параметры характеризующие бактериологическое исследование микрофлоры кишечника. Больные были обследованы до начала лечения и в конце курса стационарной терапии, средняя продолжительность которой составила $10,1 \pm 1,5$ дня. Все пациенты получали стандартную терапию в течение 10 дней согласно утвержденным Национальным стандартам. Части больных (19 человек) дополнительно было назначено синбиотик Биофлор по 1 десертной ложке х 3 раза в день внутрь, ежедневно на 10 дней. **Результаты:** Как показали результаты исследования, у всех больных хронической болезнью почек III- IV стадии имелся выраженное нарушение в желудочно-кишечной системе, при изменениях кишечной микрофлоры повышается риск развития уремии, местных и системных воспалительных процессов, а также приводит к расстройству питания пациента с хронической почечной недостаточностью. Десятидневный курс стандартной терапии больных не получавших Биофлор привел к незначимым изменениям в желудочно-кишечной системе. При этом, у больных, получавших, Биофлор обнаружена более положительная динамика этих параметров: изменение кишечника снизилось с $45,4 \pm 2,1\%$ до $25,0 \pm 2,4\%$ ($p < 0,05$),

Выводы: У всех больных хронической болезнью почек III- IV стадии имеется дисбаланс в кишечной системе, что проявляется дисбактериозом кишечника. Стандартное лечение оказывает существенного влияния на нарушения в этой системе. Но использование Биофлор в стандартной терапии у больных хронической болезнью почек III- IV стадии привел к более достоверному поддержанию кишечной микрофлоры.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Хусанходжаева Ф.Т., Шукурова Л.Х., Салямова Ф.Э.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, Узбекистан

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан*

Цель работы: Согласно современным рекомендациям при лечении артериальной гипертензии (АГ) у больных хронической болезнью почек (ХБП) предпочтение следует отдавать нефропротективным препаратам, блокирующим ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС), – ингибиторам ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) и блокаторам рецепторов ангиотензина II. Однако, указанные средства имеют ряд противопоказаний и не могут быть назначены абсолютно у всех больных ХБП. В связи с этим нами было проведено ретроспективное фармако-эпидемиологическое исследование для определения истинной частоты применения блокаторов РААС при лечении ХБП в клинической практике.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 250 больных ХБП II-IV стадий с АГ, находившихся на лечении в отделении нефрологии многопрофильной клиники ТМА. Фиксировались следующие данные: пол и возраст пациентов, клинический диагноз, длительность пребывания в отделении, степень АГ, цифры клинического артериального давления (АД) при поступлении и при выписке, уровень креатинина, калия в динамике, суточная протеинурия. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле СКД-ЕРІ. Анализ фармакотерапии проводился по листам назначения: отмечалось общее число антигипертензивных препаратов, их международное название, сроки назначения и отмены, дозировки.

Результаты: В изученной группе преобладали женщины (57,36%). Возраст больных варьировал от 22 до 75 лет (средний возраст $55,41 \pm 0,76$ года). Время пребывания в отделении колебалось от 7 до 10 дней. (в среднем - $9 \pm 0,14$ суток). АГ 1 степени по данным анамнеза имели 13,28% больных, АГ 2 степени - 37,98%, АГ 3 степени - 48,84% больных. Ожирение имели 80,72% больных. У 87,60% пациентов была выявлена дислипидемия, у 79,04% - гиперурикемия. 8,91% больных страдали ишемической болезнью сердца (ИБС), 24,42% - сахарным диабетом. ХБП 2 стадии была установлена у 25,42% больных. ХБП 3, 4 стадии была у 40,55%, 34,03% больных соответственно. Оптимальная или незначительно повышенная протеинурия (500 мг/сут) – у 45,35% больных. Объем антигипертензивной терапии варьировал от 1 до 6 препаратов (в среднем $3,08 \pm 0,08$ лекарственных средств на пациента). 92,25% больных получали комбинированную антигипертензивную терапию. Среди антигипертензивных препаратов наиболее часто назначались бета-адреноблокаторы (у 72,48% больных), хотя преимущественные показания для их назначения (ИБС: стенокардия, постинфарктный кардиосклероз, нарушения ритма сердца и другие) имелись только у 48 из 250 больных (19,2%). Вторую позицию по частоте назначения заняли антагонисты кальция - 57,75%, третью - тиазидные и тиазидоподобные диуретики - 55,81%. Далее по снижению частоты назначения следовали ингибиторы АПФ – 40,70%, блокаторы рецепторов ангиотензина II – 31,01%, петлевые диуретики – 27,91%, агонисты центральных имидазолиновых рецепторов – 20,54%, альфа-адреноблокаторы – 12,79%, калийсберегающие диуретики – 1,94%. Выбор конкретных препаратов производился с учетом степени снижения функции почек. Так, среди бета-адреноблокаторов применялись препараты с печеночным клиренсом: бисопролол – 70,47% назначений, карведилол - 21,93%, небиволол – 7,6%. Среди антагонистов кальция наиболее часто назначался амлодипин – в 57,72% случаев, реже - лерканидипин (44,30%) и нифедипин в продленных формах (1,34% случаев). Недигидропиридиновые антагонисты кальция не назначались. В группе тиазидных и тиазидоподобных диуретиков наиболее часто применялся индапамид (в 95,14% случаев), реже - гидрохлоротиазид (4,86%). Из группы петлевых диуретиков наиболее часто назначался торасемид – в 72,22% случаев, реже фуросемид – в 29,17% случаев. Хотя петлевые диуретики не являются

основными средствами для лечения АГ, их применение является оправданным при низкой СКФ, когда тиазидные диуретики неэффективны, а также при наличии выраженного отека синдрома. Кроме того, петлевые диуретики могут использоваться для коррекции гиперкалиемии у больных ХБП. В нашем случае у 47,22% пациентов, получавших петлевые диуретики, была выявлена СКФ <30 мл/мин, у 27,78% - гиперкалиемия. 6 пациентов (2,4%) получали калийсберегающий диуретик спиронолактон (при наличии нефротического синдрома или застойной сердечной недостаточности). Среди ингибиторов АПФ чаще всего назначался эналаприл – в 70,48% случаев. Еще реже назначались периндоприл – в 26,57%, лизиноприл – в 3,95%.

В группе блокаторов рецепторов ангиотензина II в 70% случаев назначался лозартан, реже телмисартан – в 16,25%, вальсартан – в 13,75%. Общее число больных, получавших блокаторы РААС, составило 69,38%. 30,62% пациентов не получали ни ингибиторов АПФ, ни сартанов. Оказалось, что в этой группе у многих пациентов были противопоказания для назначения блокаторов РААС. Так, частота гиперкалиемии при поступлении или в процессе лечения составила 36,71%. У 81,01% больных данной группы СКФ была ниже 30 мл/мин, что требует осторожности при назначении блокаторов РААС.

Среди альфа-адреноблокаторов применялись доксазозин (87,88%) и тамсулозин (12,12%). Последняя группа антигипертензивных средств считаются дополнительными и могут использоваться в комбинированной терапии тяжелой АГ. Так, в нашем случае среднее число гипотензивных препаратов у больных, получавших альфа-адреноблокаторы, - $4,45 \pm 0,22$.

На фоне проводимой терапии АД достоверно ($p < 0,01$) снизилось со $149,64 \pm 1,49 / 90,76 \pm 0,67$ до $126,40 \pm 0,46 / 81,94 \pm 0,29$ мм рт. ст. Цифры АД <140/90 мм рт. ст. на момент выписки были достигнуты у 90,31% больных.

Выводы: У 92,25% больных ХБП с АГ для достижения целевых цифр АД требуется проведение комбинированной антигипертензивной терапии. В целом фармакотерапия АГ у пациентов с ХБП соответствовала Национальным рекомендациям, поскольку преимущественно использовались основные группы антигипертензивных лекарственных средств. Назначение дополнительных групп было обоснованным и проводилось при наличии дополнительных показаний, либо при проведении комбинированной терапии тяжелой АГ. Среди основных групп антигипертензивных лекарственных средств наиболее часто назначались бета-адреноблокаторы (72,48%), что вряд ли можно считать оправданным при отсутствии показаний для их преимущественного применения. Большая часть пациентов (69,38%) получала ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II, что соответствует современным рекомендациям по лечению АГ при ХБП. Отказ от назначения нефропротективных средств в большинстве случаев был обусловлен наличием противопоказаний (гиперкалиемия, стенозы почечных артерий).

PATTERNS OF ARTERIAL BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE DEPENDING ON PATHOGENETIC SUBTYPES AND FUNCTIONAL STATE OF KIDNEYS

Kh.A. Rasulova, I.D. Khusinbaev

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

An increase in blood pressure (BP) on the first day of stroke is observed in 60-93% of patients, not only in patients with arterial hypertension, but also in patients with normal blood pressure before stroke. In renal pathology, hypertension is known to be more severe. An increase in blood pressure in the first day of stroke is associated with both favorable and unfavorable outcomes of the stroke. However, in the literature there are no studies reflecting the patterns of blood pressure in various subtypes of ischemic stroke (IS) and depending on impaired renal function.

Objective: To study BP levels in the acutest and acute periods of various subtypes of IS with assessment of the functional state of kidneys.

Methods. The study was conducted on 302 patients with IS at the age of 65.34 ± 4.77 years. The severity and degree of hypertension was determined in accordance with the Recommendations for the treatment of patients with hypertension (EHS/ESH, 2018). The generally accepted criteria were used to determine the IS subtypes. The functional state of kidneys was evaluated using clinical and nephrological, laboratory and instrumental methods of study.

Results. Analysis of the results of measuring BP in the IS debut showed its increase for all IS subtypes. An increase in BP was observed in 219 (72.5%) patients. The mean values of SBP and DBP in all patients were: SBP on the right hand - 152.32 ± 24.94 mm Hg, on the left - 148.18 ± 26.60 mm Hg. DBP on the right hand was 90.53 ± 10.65 mm Hg, on the left - 88.98 ± 7.59 mm Hg. The maximum increase in SBP and DBP was observed in patients with lacunar stroke (240 mm Hg and 140 mm Hg, respectively), which can be explained by a more frequent and severe previous hypertension in this subtype. In atherothrombotic (SBP 149 mm Hg, DBP 89 mm Hg) and cardioembolic stroke (SBP 150 mm Hg, DBP 90 mm Hg), BP levels did not differ significantly from each other, but were lower than in lacunar stroke. The study of hemodynamic parameters in IS, considering the presence of renal pathology or without it, showed the absence of statistically significant differences in the level of SBP and heart rate values. At the same time, in patients with renal dysfunction, it was possible to identify specific changes in the level of DBP, which under certain conditions can lead to the formation of ischemic damage to the brain and heart.

Conclusions: At the time of the development of stroke, the degree of increase in systolic and diastolic pressure for all subtypes is significantly associated with the severity and duration of hypertension before stroke and is maximum in lacunar subtype. The dependence of BP on the presence of hypertension, chronic kidney disease, and diabetes mellitus was revealed. In stroke patients with impaired renal function, there was a slight increase in the DBP level in almost all subtypes and

periods of the disease, especially in the morning, which, in turn, is a risk factor for the development of cardiovascular complications and can affect the stroke outcome.

ИЗМЕНЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Расулова Х.А., Хусинбаев И.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Актуальность сердечно-сосудистых заболеваний, к числу которых относится инсульт, не подлежит сомнению. Они являются причиной №1 преждевременной смерти во всем мире. При этом страны Азии, СНГ и Восточной Европы имеют самый высокий уровень смертности и инвалидности от инсультов. Ишемический инсульт (ИИ) встречается почти в 3 раза чаще геморрагического и имеет тенденцию к росту и омоложению.

Делая акцент на кардио- и церебральным болезням почек, которые являются важным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности. В последние годы кардио- и цереброренальные взаимодействия привлекают все большее внимание клиницистов. Получает развитие концепция «хроническая болезнь почек», «кардио-ренальный синдром», «кардио-ренальный континуум», «церебро-ренальный континуум», «кардио-церебро-ренальный континуум», «сердечно-сосудистый континуум».

Снижение скорости клубочковой (гломерулярной) фильтрации (СКФ), наряду с альбуминурией и другими маркерами почечного поражения, является одним из основных маркеров нарушения функции почек или ренальной дисфункции (РД) различной этиологии.

Целью настоящего исследования было изучить значения СКФ у больных с ИИ.

Материал и методы. Клинические исследования были проведены у 50 больных с ИИ. Контрольную группу составили 20 больных с дисциркуляторной энцефалопатией 1-2 стадии, для сравнения лабораторных показателей. Использовались клинико-неврологические, нефрологические, лабораторно-инструментальные (анализы крови и мочи, креатинин, мочевины, УЗИ почек и др.) исследования. Подтип ИИ определялся согласно шкале дифференциальной диагностики патогенетических подтипов ИИ (Расуловой Х.А., 2014). СКФ определяли по формуле СКД-EPI. Все полученные показатели подвергались статистической обработке.

Результаты. Средний возраст больных составил 65,3 года. Соотношение мужчин и женщин было 1,5:1. В зависимости от степени тяжести все больные были разделены на три группы с легким, среднетяжелым и тяжелым инсультом. Неврологическая картина укладывалась в общую схему заболевания с преобладанием очаговых симптомов. В зависимости от функционального состояния почек больные с ИИ были разделены на 2 группы: с РД – 65% и без

РД. Ренальные нарушения отмечены чаще в острейшем, остром, позднем восстановительном периоде и периоде стойких последствий. В анализах крови больных с ИИ на фоне нарушения функции почек достоверно преобладали признаки уремии, гиперкреатинемии и дислипидемии. В моче отмечались признаки альбуминурия, протеинурия, лейкоцитурия, гематурия. При ИИ у 64% отмечено снижение СКФ ($90,3 \pm 22,8$ мл/мин/1,73 м²), особенно у женщин при всех подтипах ($80,9 \pm 20,44$ мл/мин/1,73 м²), а у мужчин – только при криптогенном инсульте ($78,4 \pm 30,24$ мл/мин/1,73 м²), хотя в целом СКФ у них была в пределах нормальных значений ($90,3 \pm 22,86$ мл/мин/1,73 м²). Различные маркеры РД чаще всего диагностировались в острейшем и позднем восстановительном периодах, а также в периоде стойких остаточных явлений в виде альбуминурии, протеинурии, незначительного снижения СКФ ($89,5 \pm 23,68$ мл/мин/1,73 м²) и почечной недостаточности (<60 мл/мин/1,73 м²).

Заключение. Таким образом, снижение СКФ является одним из ранних признаков нарушения функции почек при ИИ. Учитывая высокий риск развития ренальной дисфункции при ИИ (65%), больных следует скринировать на почечные нарушения в динамике, а в программу лечения и ведения таких пациентов рекомендуется включить консультацию нефролога.

THE INFLUENCE OF CARDIOVASCULAR COMORBIDITY ON THE SURVIVAL RATES OF DIALYSIS PATIENTS

Sharapov O.N.^{1,2} Daminov B.T.^{1,2}

¹Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

²Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Nephrology and Kidney transplantation, Tashkent, Uzbekistan

Background. Kidney diseases is associated with a huge economic burden. High-income countries spend up to 2-3% of their annual health budget on end-stage kidney disease. Even if less than 0.03% of the total population receives such treatment. In 2010, 2.62 million people worldwide received dialysis and the need for dialysis is projected to double by 2030. The most common cause of death in patients with CKD is complications from cardiovascular disease. They are the main factor determining the decline in the effectiveness of renal replacement therapy, especially among young and middle-aged people. Mortality from cardiovascular disease is 10 to 30 times higher in people with end-stage CKD than in the general population.

Aim. Comparative study of survival rates in dialysis patients, depending on the presence of cardiovascular diseases.

Materials and methods. We conducted a prospective cohort study of 165 patients (90 men, 75 women) in 3 different dialysis centers in Uzbekistan. The study lasted for 30 months (from January 2018 to July 2020). The mean age was 48.1 ± 14.1 years. The main primary diseases were glomerulonephritis (46%), diabetes mellitus (27%) and urolithiasis (8%). The duration of hemodialysis at the time of

inclusion of patients in the study ranged from 6 to 165 months. Among the examined dialysis patients, 56% (n = 92) of patients (52 men and 40 women) had CVD and 44% (n = 73) of patients (38 men and 35 women) did not have CVD. The main CVDs were arterial hypertension, coronary heart disease, heart failure and various arrhythmias. Survival was determined by the Kaplan-Meier method. The 95% confidence interval was determined using the Greenwood method.

Results. After 30 months of follow-up, 43.6% (n = 72) of all patients died, 56.4% (n = 93) of patients survived (of which 11 underwent kidney transplantation). When analyzing the causes of mortality, the main causes of death in dialysis patients were acute cardiovascular failure, acute respiratory failure, acute cerebrovascular accident, coma and acute bleeding. In dialysis patients with CVD, sudden cardiac death accounted for 63% (n = 30) of all causes of death, while in patients without CVD it was 59% (n = 14). The mean age of the deceased (53.6 ± 1.6) was significantly higher than in patients who continued to receive HD (45.6 ± 1.5). The average duration of hemodialysis in survivors (33.0 ± 5.4) was higher than in the deceased (28.6 ± 3.9). The study of the further fate of patients showed that among the deceased patients, 68.1% (n = 49) of patients had cardiovascular diseases, and among the survivors, 53.7% (n = 44) did not have cardiovascular diseases. 31.7% more patients without CVD continued to receive dialysis than those with diagnosed CVD. Dialysis patients with CVD who died within 30 months of prospective follow-up had 39.6% more deaths than those without CVD. Survival in patients with CVD was 0.44 [95% CI 0.34–0.55], and in patients without CVD it was 0.67 [95% CI 0.55–0.78].

Conclusions. According to our study, more than 80% of dialysis patients with CKD die due to cardiovascular disease. The main place in the structure of mortality is occupied by sudden cardiac death, which is the cause of death of more than 60% of deceased patients. Cardiovascular comorbidity adversely affects the survival of dialysis patients in Uzbekistan. In dialysis patients without cardiovascular disease in our country, the survival rate is 33% higher than in patients with CVD. These data in practical terms force us to reconsider the strategy of managing these patients in favor of a strict system of prevention and treatment of CVD, which has significant prospects for increasing survival and referral to kidney transplantation.

«THE NEGATIVE IMPACT OF REUSE OF DIALYZERS ON SURVIVAL RATES OF DIALYSIS PATIENTS»

Daminov B.T.^{1,2}, Sharapov O.N.^{1,2}

¹*Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan*

²*Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Nephrology and Kidney transplantation, Tashkent, Uzbekistan*

Background: Until 2019 in Uzbekistan, disposable dialyzers for dialysis were reused several times due to underfunding of the system. But in 2018, the President of the Republic of Uzbekistan Shavkat Mirziyoyev signed a Decree on improving the

nephrological and dialysis services in the country. After that, there is a sharp increase in funding and attention to the provision of hemodialysis care to the population of our country. Thanks to this Resolution, since 2019, in all regions of Uzbekistan, only disposable dialyzers are used for hemodialysis.

Aim: To prospectively study the negative impact of the reusable use of disposable dialyzers in dialysis patients in Uzbekistan.

Methods: The study took place in three dialysis centers in the country at different levels. Our observation of 165 (90 men and 75 women) patients took place for 2 years: from the beginning of 2018 to the end of 2019. The average age of the patients was 49.7 ± 14.1 years. During the first 12 months (before the release of the decree of the President of the Republic and funding), dialysis patients underwent multiple use of dialyzers, the next 12 months were completely switched to single use. The average age of the patients was 48.1 ± 14.3 years. The average duration of hemodialysis was 37 (6-252) months. Survival was assessed using the Kaplan-Meier method, the confidence interval was determined by Greenwood.

Results: During the 24 months of observation, out of 165 patients, 29,1% (n=48) patients died, 70,9% (n=117) survived (of which 11 patients underwent Tx). During 1 year of follow-up (the period of repeated use of disposable dialyzers), 21,2% (n=35) patients died, 78,8% (n=130) survived and continued to receive hemodialysis (6 patients Tx). 68,6% (n=24) of patients died from cardiovascular complications. The survival rate for 1 year (multiple use period) was $S(t)=0,796$ [95% CI, 0.736-0.856]. Over the next 12 months (single use period), out of 124 patients continuing to receive hemodialysis, 10,5% (n=13) patients died, 89,5% (n=111) patients survived (5 patients Tx). 53,8% (n=7) of this deceased patients died from CVD. The survival rate at the 2nd year (single use period) was $S(t)=0,894$ [95% CI, 0.839-0.948].

Conclusions: Compliance with the standards for hemodialysis, in particular, the single use of disposable dialyzers for hemodialysis sessions leads to a decrease in the lethality of dialysis patients. The transition from multiple to single use of disposable dialyzers in one dialysis center in Uzbekistan showed a significant increase in survival by 12.3%.

БУЙРАК ТОШ КАСАЛЛИГИНИ РИВОЖЛАНИШИДА СУВНИ ҚАТТИҚЛИГИНИНГ АҲАМИЯТИ

Шерқўзиева Г.Ф., Самигова Н.Р., Бекмуратова С.Б.
Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги.

Ўзбекистон Республикасида сийдик тош касаллиги ҳудудий патология ҳисобланади, кўп ҳолларда аъзонинг фаолиятини бузилишига ва қовжирашига олиб келувчи буйракда жойлашган маржонсимон ва кўп сонли тошлар кузатилади. Статистик маълумотларга кўра, буйрак-тош касаллиги –

нефролитиазга чалинувчилар сони кундан-кунга ошиб бормоқда. Хасталикка доир кўрсаткич эркак ва аёлларда деярли бир хил. Буйракдаги тошлар жойлашиши ва ҳажмига кўра турлича бўлади. Урат, оксалат, фосфат тошлари, пешоб суюқлигида шовул кислотасининг кўпайиб кетишини натижасида чўкмалар пайдо бўлишидан сўнг келиб чиқадиганлари, шунингдек, кальций тузининг сийдикда меърдан ортиқча ажралиши сабабли пайдо бўладиган тошлар шулар жумласидан. ЖССТ берган маълумотларга кўра, ер юзининг 3 млрд. аҳолиси сифатсиз сувни истеъмол қилмоқда. Ер юзи аҳолисида учраган касалликларининг 2 минг дан ортиқ тури айнан сифатсиз сув истеъмоли билан боғлиқдир. Худди шу сабаб билан дунёнинг 25% аҳолиси сифатсиз сув истеъмоли сабабли турли касалликларга учрайди, ер юзи аҳолисининг ҳар ўнинчиси касалланади, ҳар йили деярли 4 миллион болалар ва 18 миллион катталар айнан сифатсиз сув истеъмоли турли касалликлардан вафот этадилар.

Шу нарса аниқландики, 100 нафар онкологик касалликларнинг 20 дан 35 нафари айнан хлорланган ичимлик сувини истеъмол қилиш оқибатида келиб чиқади. Сувни ва бошқа чанқов босди ичимликларни хаддан зиёд кўп истеъмол қилиш зарарлидир чунки бундай ҳолатда юрак ишининг ва ажратиш аъзоларининг (тери, буйрак) фаолиятининг ошишига олиб келади. Бундай ҳолларда организмнинг тери сатҳидан кўп миқдорда суюқлик ажралиши натижасида шу билан бир қаторда тери билан организмда сувда эрийдиган витаминлар ош тузи ва минерал тузлар ҳам чиқиб кетади.

Одам бир кеча кундуз мобайнида ёшига қараб 100 мл – 3000 мл атрофида сув истеъмол қилади, жумладан 1200-300 мл (48%) сувни суюқлик кўринишида 1000-1200 сувни овқат таркибида истеъмол қилади. Озиқа моддаларнинг эндоген оксидланиши натижасида организмда 300 мл атрофида сув ҳосил бўлади. Организмдаги сув доимо янгилашиб туради: катта ёшли одамда 15 кун мобайнида болаларда эса 35 кун ичида барча сув молекулалари янгилашиб туради. Инсон организмнинг буйрак, ўпка, меъда-ичак йўли, тери сув алмашинувида фаол иштирок этади.

Ичимлик сувининг қаттиқлиги ҳам муҳим аҳамиятга эга, чунки қаттиқлик меърдан юқори бўлса аҳоли ўртасида буйрак тош касалликлари кўпайишга сабаб бўлади. Мутахассислар, буйрак хасталиклари билан боғлиқ ирсий мойиллик 1-2 фоиз эканлигини таъкидлашади. Баъзан оила аъзоларида сийдик-тош касаллиги ёхуд поликистоз аниқланган бўлса, унинг кейинги авлодларида мазкур хасталикларнинг бирортаси ҳам кузатилмаслиги мумкин. Кўпчилик буйракда тош пайдо бўлишига фақатгина организмда модда алмашинувининг бузилиши, тузли овқатларни меъридан ортиқ истеъмол қилиш, деб ўйлайди. Ушбу касалликка чалинишнинг ичимлик сувининг сифати хусусан қаттиқлигидан ташқари бошқа бир қатор омиллари ҳам мавжуд. Етарли миқдорда суюқлик қабул қилмаслик, сийдик йўлларидаги инфекциялар, пешоб ҳажми камайиши ёки таркибида тош ҳосил қилувчи моддалар кўпайишидан ҳам буйракда тош йиғилиши мумкин. Иқлим омили бунда инсон иссиқ иқлим шароитида яшаса, кўп терлайди. Натижада танадаги баъзи тузларнинг концентрацияси ошади ва тошлар пайдо бўлишни бошлаши мумкин. Географик омил ҳам ушбу касалликнинг пайдо

бўлишида муҳим ҳисобланади. Бунда сувнинг таркиби муҳим роль ўйнайди (таркибида кальций тузлари кўп бўлган қаттиқ сув уролитиаз юзага келишига имкон яратади), озиқ-овқат (аччиқ ва нордон овқат сийдикнинг кислоталилигини оширади, бунинг оқибатида тошлар осонроқ ҳосил бўлади). Озиқ-овқатларда витаминларнинг ва ультрабинафша нурларининг доимий етишмаслиги тош ҳосил бўлишига ёрдам беради ва бошқалар.

Текширишлар мақсади: Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, биз аҳоли истеъмол қилаётган водопровод ва қудуқ сувларининг умумий қаттиқлик кўрсаткичларини ва унга боғлиқ равшда аҳоли ўртасида буйрак тош касаллигининг тарқалишини ретоспектив таҳлил қилишни мақсад қилдик.

Текшириш усуллари ва материаллар: текшириш объекти бўлиб аҳоли яшаш жойларида водопровод ва қудуқ сувларининг умумий қаттиқлик кўрсаткичлари. Ишни бажаришда қонуний меъёрий ҳужжат ДавСТ 950-2011 “Ичимлик суви” дан фойдаланилди.

Олинган натижалар: Биз аҳоли истеъмол қилаётган водопровод ва қудуқ сувларининг умумий қаттиқлик кўрсаткичларини ва унга боғлиқ равшда аҳоли ўртасида буйрак тош касаллигининг тарқалишини ретоспектив таҳлил қилдик ва қуйидаги натижаларни олдик: 2017 йил водопровод сувдан олинган умумий намуналар сони 640 та бўлиб, улардан 48 (7,5%) ида, қудуқ сувида эса барча олинган намуналарда умумий қаттиқлик меъёрдан юқори эканлиги аниқланди. 2018 йилда водопровод сувдан олинган умумий намуналар сони 709 та, улардан 75 (10,5%) ида, қудуқ сувида эса барча олинган намуналарда умумий қаттиқлик меъёрдан юқори эканлиги қайд этилди. 2019 йил водопровод сувдан олинган умумий намуналар сони 983 та бўлиб, улардан 68 (6,9%) ида, қудуқ сувида эса барча олинган намуналарда умумий қаттиқлик бўйича гигиеник талабларга жавоб бермаган. Ушбу йилларда биз аҳоли ўртасида буйрак тош касаллигининг тарқалишини таҳлил қилганимизда 2017 йил сийдик таносил тизими касалликлари жаъми - 2034 та ҳолат қайд этилган бўлиб, улардан 10 та (0,5%) ҳолат бевосита сийдик тош касаллиги бўлиб, улардан 6 та ҳолат аёлларда қайд этилган ва 2 та ҳолат диспансер назоратга олинган. 2018 йил сийдик таносил тизими касалликлари жаъми - 1673 та ҳолат қайд этилган бўлиб, улардан 10 та (0,6%) ҳолат бевосита сийдик тош касаллиги бўлиб, улардан 6 та ҳолат аёлларда қайд этилган ва 4 та ҳолат диспансер назоратга олинган. 2019 йил сийдик таносил тизими касалликлари жаъми - 1815 та ҳолат қайд этилган бўлиб, улардан 10 та (0,6%) ҳолат бевосита сийдик тош касаллиги бўлиб, улардан 6 та ҳолат аёлларда қайд этилган ва 4 та ҳолат диспансер назоратга олинган.

Хулоса: Кузатув йилларининг барчасида қудуқ сувининг қаттиқлик даражаси гигиеник талабларга мос келмади. Сийдик тош касаллиги эркакларга нисбатан аёлларда кўп қайд этилганлиги аниқланди. Аҳоли ўртасида сувнинг умумий қаттиқлигига боғлиқ касалликлар профилактикасида ичимлик сувининг умумий қаттиқлигини доимий назорат қилиб туриш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Буйрак тоши пайдо бўлмаслигининг асосий талабларидан бири соғлом турмуш тарзига риоя этиш, ўз вақтида таомланиш, витаминга бой маҳсулотларга урғу бериш, етарлича суюқлик ичишдир.

СОСТОЯНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шоалимова З.М., Абдуакимова Б.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Существуют разноречивые мнения о частоте почечного поражения при артериальной гипертензии (АГ). Анализ современных регистров больных на заместительной почечной терапии (гемодиализ и перитонеальный диализ) показывает, что среди причин развития терминальной хронической почечной недостаточности АГ занимает второе место после сахарного диабета, опережая первичные болезни почек [1]. По данным Российского регистра заместительной почечной терапии гипертонический нефросклероз, как причина ХПН, находится на 5-м месте [2,3]. Увеличение доли гипертонического нефросклероза за последние 5 лет произошло, в основном, за счет старших возрастных групп. А результат исследования, в прибайкальском регионе, обнаружил 1,2 % больных с креатининемией в популяции больных АГ [4]. Мониторинг изменений скорости клубочковой фильтрации (СКФ) может охарактеризовать прогрессирование заболевания почек. Уровень СКФ является сильным предиктором времени начала почечной недостаточности, равно как риска осложнений хронического заболевания почек.

Цель работы: Определить диагностическую значимость оценки СКФ по формуле MDRD у пациентов с АГ в зависимости от ее степени и сочетания с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы исследования. Исследование проводили у 86 пациентов с различными степенями АГ — 2,6% с первой, 44,6% со второй, 42,8% с третьей степенью АГ. Среди обследованных у 28,3% имелись клинические признаки застойной ХСН (II-III ФК), причем и ХСН и II ФК, и III ФК чаще сочеталась с АГ 3 степени.

Согласно половозрастной характеристике пациентов удельный вес женщин составил 68% от общего количества обследованных, средний возраст пациентов 58,7 лет. СКФ определялся расчетным методом по формуле MDRD на основании величины креатинина сыворотки крови, в зависимости от возраста и пола.

Результаты исследования. Во всех группах обследованных, а именно вне зависимости от степени АГ и сочетания ее с различными функциональными классами, уровни креатинина крови не превышали нормативных величин.

При этом средние показатели СКФ, в отличие от показателей креатинина сыворотки крови, существенно и достоверно снижались в зависимости от степени АГ — от $96,1 \pm 2,31$ мл/мин при 1 степени до $76,1 \pm 1,3$ мл/мин при 3 степени, соответствуя стадии повреждения (умеренного нарушения) почечной функции у пациентов со 2 и 3 степенями АГ.

У больных с сочетанием АГ и ХСН II-III ФК снижение СКФ было еще большим: от $78,85 \pm 1,1$ мл/мин при АГ 2 степени и ХСН II ФК, $62,2 \pm 1,1$ мл/мин при АГ 2 степени и ХСН III ФК до $65,5 \pm 1,4$ мл/мин при АГ 3 степени и ХСН II

ФК, $57,3 \pm 1,1$ мл/мин при АГ 3 степени и ХСН III ФК, соответствуя в последней группе 3 стадии ХБП.

При оценке частоты выявления снижения СКФ нарушение функции почек выявилось у 40% пациентов с АГ 1 степени, а также у 47,2% и 43,7% при АГ 2 и 3 степени соответственно. Снижение функциональных возможностей почек до 3 стадии ХБП выявлено у 16,7% и 18,8% больных с АГ 2 и 3 степени соответственно.

При сочетании АГ с ХСН (II-III ФК) частота выявления как умеренного нарушения функции почек (СКФ = 90-60 мл/мин), так и ХБП 3 стадии (СКФ = 60-30 мл/мин) увеличивалась в прямой зависимости и от степени АГ, и от выраженности ХСН, ее функционального класса. Так при ХСН II ФК умеренное снижение почечной функции выявлено у 75% и 60%, а ХБП 3 стадии у 25% и 33,3% больных с АГ 2 и 3 степени соответственно. В то время как при ХСН III ФК ниже была частота выявления умеренно нарушенной функции почек (СКФ 90-60 мл/мин), а именно 66,6% и 43,5%, но возростал процент выявления ХБП 3 стадии — 33,4% и 56,5% соответственно при АГ 2 и 3 степени.

Сопоставление степени снижения почечной функции (СКФ) в группах больных с АГ различной степени и ХСН разных функциональных классов показало, что при АГ 2 степени СКФ снизилась на 4,8% при ХСН II ФК и на 24,4% при ХСН III ФК в сравнении с АГ без явных клинических признаков ХСН. В то же время у больных с АГ 3 степени это снижение было большим — 14,4% при ХСН II ФК и 25% при ХСН III ФК.

Частота выявления нарушения функции почек также возрастала в зависимости от степени АГ и выраженности ХСН. При ХСН II ФК на 37,3% и 28,3% увеличилось выявление повреждения (умеренного снижения) почечной функции, на 32% и 40,5% возросла частота ХБП 3 стадии при АГ 2 и 3 степени соответственно, в сравнении с АГ без явных клинических признаков ХСН. При ХСН III ФК эти показатели возросли в еще большей степени - на 34,5% увеличилось выявление умеренного нарушения почечной функции при АГ 2 степени, оставшись прежним при АГ 3 степени, в сравнении с АГ этих же степеней, но без явных клинических признаков ХСН. Частота ХБП 3 стадии возросла на 50% и 66,7% у пациентов АГ 2 и 3 стадии соответственно по сравнению с больными, имевшими АГ с ХСН I ФК.

Следовательно, оценка СКФ по MDRD позволяет выявить начальные нарушения почечной функции уже при 1 степени АГ. Тем более позволяет оценить степень снижения функции почек при АГ 2 и 3 степени, в том числе при сочетании с ХСН, имеющей явные клинические признаки. Серьезные нарушения функции почек — ХБП 3 стадии — выявлены почти у 20,0% больных АГ 2 и 3 степени с ХСН латентной стадии (I ФК), почти у трети при сочетании АГ с ХСН II ФК и более чем у половины при ХСН III ФК с АГ 3 степени.

Выводы. Таким образом, определение СКФ по формуле MDRD у пациентов АГ должно шире использоваться в клинической практике для ранней и своевременной диагностики нарушений функции почек и их коррекции в целях профилактики серьезных сердечно-сосудистых осложнений.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ АССОЦИИРОВАНО С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Шокиров Х.Ш., Камалов Т.Т.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова*

Актуальность проблемы. Сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) – это заболевание, являющееся актуальной проблемой современного общества, так как это связано с неуклонно растущей его распространенностью и с высокой частотой микро- и макрососудистых осложнений данного заболевания. В этом ряду диабетическая нефропатия (ДН) – одно из серьезных осложнений длительно декомпенсированного СД 2 типа. ДН без адекватной терапии неумолимо развивается до терминальной хронической болезни почек (ХБП).

При этом снижение продолжительности жизни пациентов с ДН с терминальной ХБП (ТХБП) на диализе обусловлено, прежде всего, высокой частотой развития других серьезных осложнений СД 2 типа. Одним из осложнений, определяющих высокий риск инвалидизации и летальности у больных СД 2 типа с ТХБП на диализе, является синдром диабетической стопы (СДС) [Бублик Е.В., 2008 г, Gunter W., 2011 г].

В 2012 г Jonathan Valabhji и др. были описаны три основных патологических аспекта диабетической стопы, при которых сопутствующее заболевание почек либо способствует более высокой заболеваемости, либо изменяет клинические проявления и исходы: изъязвление; Нейроартропатия Шарко и некротические пальцы ног. Описаны патофизиология, клинические особенности и стратегии лечения этих трех состояний. Он отметил, что СДС встречается гораздо чаще у пациентов с сопутствующим заболеванием почек, а исходы, включая ампутацию и смертность, обычно хуже. Описаны факторы риска, способствующие более высокой заболеваемости болезнью стопы у пациентов с диабетом и почечной недостаточностью, а также изучены данные, свидетельствующие о более высокой частоте заболеваемости стопы при разных категориях почечной недостаточности, включая нарушение функции почек (хроническая болезнь почек 3 и 4 стадии).), гемодиализ, непрерывный амбулаторный перитонеальный диализ, трансплантация почки и одновременная трансплантация поджелудочной железы и почки

Известно, что осложнения сахарного диабета имеют агрессивный и прогрессирующий характер, в том числе с высокой распространенностью диабетической нефропатии [Jamal A., 2009].

По данным зарубежных авторов [Маслова О.В, 2011 г, Максимова Н.В. 2011 г, Калашникова М.Ф., 2014 г], у пациентов с СД с началом развития ТХБП (уремии), риск СДС возрастает более чем в пять раз.

С началом ЗПТ частота СДС значительно увеличивается [Hinnen D. A., и др., 2019 г]. В тоже время, СДС не только значительно снижает качество жизни пациентов, снижает шансы на проведение успешной трансплантации почки, но и создает реальную угрозу ампутации конечности и высокий риск летальности.

Данные по распространенности СДС у пациентов на заместительной почечной терапии (ЗПТ) в Узбекистане и в России отсутствуют. Несмотря на то, что с каждым годом увеличивается количество больных СД с ТХБП, нуждающихся и получающих терапию диализом, в нашей стране проблема поражения нижних конечностей у больных СД 2 типа с ТХБП практически не изучалась. Стоит отметить, что и в зарубежной литературе имеются единичные работы, рассматривающие данный вопрос.

Публикации ряда зарубежных исследователей убедительно показывают, что больные СД 2 типа с ТХБП на ЗПТ являются группой высокого риска СДС и ампутаций нижних конечностей [Palmer A. J., 2013г, Penno G, 2012 г]. Тем не менее, по мнению авторов, остается не вполне ясным, какие патогенетические механизмы приводят к прогрессированию поражения нижних конечностей, приросту частоты СДС в данной группе пациентов. Качество жизни у этих пациентов изучалось в единичных работах. Так, по мнению зарубежных авторов, SF-36 может быть недостаточно чувствителен для регистрации нарушений умственного качества жизни, потому что обе группы имели относительно высокие баллы ФК. Низкое физическое качество жизни может быть связано с возможной необходимостью большой ампутации [Rasпович K., Junkho An., 2017].

Все вышеуказанное подчеркивает актуальность настоящего исследования.

Цель: Оценка влияние терминальной стадии хронической болезни почек на связанное со здоровьем качество жизни у пациентов с синдромом диабетической стопы.

Материал и методы. Были обследованы 48 больных (проспективно) с СД 2 типа в период 2021 -2022 гг в РСНПМЦ эндокринологии им. Акад. Ё.Х. Туракулова, в отделении диабетической стопы

Все наблюдаемые больные были разделены на 3 группы:

1 гр. – 23 больных с СДС, осложненным язвой, гангреной и ампутацией и в сочетании с ХБП 4-5 стадий на гемодиализе

2 гр – 25 больных с СДС, осложненным гангреной и ампутацией, без ХБП.

Группу контроля составили 20 здоровых лиц.

Больным были выполнены биохимические (билирубин, прямой, непрямой, липидный спектр, АЛТ, АСТ, ПТИ, коагулограмма, сахар крови, гликированный гемоглобин, мочевины, креатинин, СКФ, и инструментальные: ЭКГ, МРТ стоп, доплерография магистральных сосудов ног, УЗИ внутренних органов, глазное дно.

Качество жизни оценивали с помощью международного вопросника краткой формы SF-36. Самооценка качества жизни оценивалась с использованием краткой формы 36 (SF-36), сводки физических и психических компонентов (ФК и ПК).

Результаты. Обе группы состояли из пациентов с активной формой диабетической стопы (язва, стопа Шарко, инфекция) и были сопоставимы по возрасту и полу.

Было обнаружено, что пациенты с СДС и ТХБП на гемодиализе имеют значительно более высокие уровни креатинина, более низкие уровни гемоглобина, более низкие уровни альбумина, более высокие показатели заболевания периферических артерий, и более низкие показатели нейроартропатии Шарко, чем у пациентов с СДС без ТХБП.

При исследовании качества жизни было выявлено, что медиана ФК была значительно ниже в группе СДС с ТХБП на гемодиализе по сравнению с пациентами с СДС без ХБП

У пациентов с СДС с ТХБП на гемодиализе отмечается снижение качества жизни, проявляющееся низкими показателями как физического (на 49,3%), так и психологического (на 50,1%) компонентов здоровья.

У пациентов с СДС без ХБП отмечается снижение качества жизни, проявляющееся низкими показателями как физического (на 27,8%), так и психологического (на 34,6%) компонентов здоровья.

Снижение качества жизни, проявляющееся низкими показателями физического и психологического компонентов здоровья у больных с СДС с ТХБП на гемодиализе напрямую связано с активностью заболевания и осложнениями, зарегистрированными при манифестации заболевания и худшими биохимическими данными.

Пациенты, которым в конечном итоге потребовалась обширная ампутация, также сообщали о более низких баллах ФК на исходном уровне.

Выводы. 1) ТХБП отрицательно влияет на физическое КЖ в большей степени, чем умственное, у пациентов с СДС.2)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК II-III СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ

Шукурова Л.Х., Ибинхужаев Э.Т., Хусанхаджаева Ф.Т.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии
и трансплантации почки*

Цель исследования: Оценка эффективности комбинированной антиоксидантной терапии с включением в лечение препарата этилметилгидроксипиридин сукцинат у больных с ХБП II-III стадии диабетической этиологии.

Материалы и методы исследования: В исследовании были включены 80 больных сопоставимых по возрасту, длительности анамнеза с клиническим установленным диагнозом СД II типа осложненной ДН (ХБП II-III стадия) находящихся на стационарном лечении в отделение нефрологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии (ТМА) в период с декабря 2019 года

по сентября 2021 года. Среднее нахождения больных в стационаре составилось 8 ± 1.8 с последующим амбулаторным наблюдением в течение 1 месяца. Больным были проводиться общепринятые в соответствии со стандартами, принятых министерством здравоохранения Республики Узбекистана, лабораторно-инструментальные методы исследования. Для сравнительной оценки нефропротективной терапии больные были разделены на две группы. Первая группа больных (контрольная 40) получила традиционную нефропротективную терапию. Больные II группы (40) получали в отличие от первой группы в дополнение к традиционной терапии комбинированное нефропротективное терапии в состав которого вошел этилметилгидроксипиридин сукцинат. Для оценки проводимый нефропротективной терапии, результаты исследований (белок в моче, уровень мочевины и креатинина, измерение СКФ по формуле СКД-ЕРІ) оценены в первой, десятой и тридцатый дни лечения.

Результаты: Как показали результаты наших исследований, у всех больных имелись клиничко-лабораторные признаки диабетической нефропатии осложненной ХБП II-III стадии. Среди жалоб можно было выделить жажду, сухость во рту, умеренные отеки нижних конечностей, уменьшение количества суточной мочи в среднем до 954 ± 65 мл/сут, тошноту, реже рвоту, головную боль, сильную слабость. Также у всех пациентов при поступлении в общем анализе крови (ОАК) отмечено достоверное уменьшение уровня гемоглобина в среднем до $101.9 \pm 5,8$ мкмоль/л ($p < 0,05$) и повышение скорость оседания эритроцитов (СОЭ) до $25.1 \pm 2,9$ мм/ч ($p < 0,05$). В общем же анализе мочи (ОАМ) наблюдалась протеинурия в среднем $1,5 \pm 0,72\%$ ($p < 0,05$). Среди биохимических показателей исходно было характерно повышение уровня креатинина ($146.4 \pm 5,8$ мкмоль/л ($p < 0,05$) и мочевины ($9,7 \pm 3,2$ ммоль/л ($p < 0,05$), снижение СКФ до $27.95 \pm 2,9$ мл/мин ($p < 0,05$) и общего белка до $62 \pm 2,6$ г/л ($p < 0,05$).

К 30 дню лечения, у пациентов, получавших этилметилгидроксипиридин сукцинат, общеклинические параметры были следующими: гемоглобин возрос до $111 \pm 3,6$ г/л ($p < 0,05$), СОЭ достигло субнормальных значений - $14 \pm 2,6$ мм/ч ($p < 0,05$), а протеинурия в среднем уменьшилась до $0,4 \pm 1,1\%$ ($p < 0,05$), в биохимических показателях отмечено заметное снижение креатинина до $125.4 \pm 8,9$ ммоль/л ($p < 0,05$) и мочевины до $9 \pm 1,21$ ммоль/л ($p < 0,05$), которые, однако, не достигли нормальных значений, СКФ же повысилось до $41,7$ ($p < 0,05$) мл/мин, концентрация общего холестерина снизилось до $5 \pm 2,9$ ($p < 0,05$). В группе больных, получавших стандартную патогенетическую терапию данные параметры изменились не достоверно, но прослеживалась тенденция к их нормализации

Выводы:

1. У всех больных с ХБП II-III стадии диабетической этиологии имеется ухудшение функции почек, что выражается в снижении СКФ и повышение уровня мочевины и креатинина в крови.

2. Стандартная нефропротективная терапия в течение 30 дней привела к незначительному восстановлению функции почек.

3. При использовании в комплексной терапии этилметилгидроксипиридин сукцината в течении 30 дней у больных с ХБП III стадии отмечается

значительное восстановление выделительной функции почек, что проявляется достоверным повышением СКФ и снижением уровня мочевины и креатинина до субнормального уровня. Также, умеренное снижение уровня суточной протеинурии можно рассматривать как проявление улучшения эндотелиальной функции. Кроме этого было выявлено улучшение липидного спектра крови.

ВЛИЯНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК И ВНУТРИПОЧЕЧНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

Шукурова Л.Х., Эргашов Ж.И., Султонов Н.Н.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии
и трансплантации почки*

Цель исследования: сравнить эффективность гепарина и ривороксабана в антикоагулянтной терапии у пациентов со смешанными и нефротическими формами хронического гломерулонефрита.

Материалы и методы исследования: Исследование основано на клинических материалах, лабораторных анализах и инструментальных исследованиях 100 пациентов, проходящих лечение в нефрологическом отделении многопрофильной клиники ТГА. Все пациенты условно разделены на 2 группы. В группе 1 53 пациентам регулярно давали гепарин в качестве антикоагулянтной терапии. Во 2-группе 47 пациентам в качестве антикоагулянтной терапии был назначен ривороксабан. В обеих группах - общеклинические (ОАК, СОЭ, ОАМ,) и биохимические (мочевина, креатинин, об белок, АлТ, АсТ, билирубин), коагулограмма, АЧТВ.

Результаты исследования и их обсуждение: как показали результаты нашего исследования, у всех пациентов были клинические и лабораторные признаки смешанной формы хронического гломерулонефрита. Жалобы включали в себе снижение диуреза и помутнение мочи, никтурия, головную боль и симптомы общей слабости. В нашем исследовании мы сравнили 2 препарата-антикоагулянта гепарин и Ривороксабан. В нашем исследовании были получены показатели анализа коагулограммы (ПТИ, МНО, Фибриноген, АЧТВ) из системы гемостаза, а для оценки функционального состояния почек мы использовали показатели биохимического анализа крови (мочевина, креатинин, скорость клубочковой фильтрации). При применении препарата ривороксабан по данным показателям: На коагулограмме ПТИ до лечения составлял 95,17%. После 10 дней лечения ПТИ изменилась до 90,70%, ПТИ улучшился на 4,6%. Фибриногена до лечения составлял 3,85 г / л. После 10 дней лечения уровень фибриногена изменился до 3,34 г / л, показатель фибриногена улучшился на 13,3%. МНО до лечения составляла 1,25. После 10 дней лечения МНО изменилась до 1,29. МНО улучшился на 1,7%. До лечения АЧТВ

составлял 25,66 с. Через 10 дней лечения 25,96 сек. изменился, улучшилась на 0,3%.

При применении гепарина по этим параметрам: ПТИ на коагулограмме до лечения составлял 95,34%. После 10 дней ПТИ изменилась до 90,96%. ПТИ улучшился на 4,6%. Фибриногена до лечения составлял 3,88 г / л. После 10 дней лечения фибриноген изменился до 3,27 г / л, улучшился на 15,8%. МНО до лечения составлял 1,13. После 10 дней лечения МНО изменилась до 1,30. МНО улучшился на 1,5%. До лечения показатель АЧТВ составлял 24,96 с. был. Через 10 дней лечения 26,84 сек, улучшилась на 0,7%. При использовании ривароксабана в соответствии со следующими параметрами: Биохимический анализ крови: мочевины до лечения составлял 13,05 ммоль / л. Через 10 дней лечения уровень мочевины изменился до 10,53 ммоль / л. Мочевина улучшился на 2,52%. Креатинин до лечения составлял 145,63 ммоль / л. После 10 дней лечения было обнаружено, что Креатинин изменился до 119,11 ммоль / л. Креатинин улучшился на 18,3%. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) составляла 47,9 мл / мин. После 10 дней лечения СКФ изменилась до 62,5 мл / мин. СКФ улучшилась на 23,5%. При применении Гепарина по этим параметрам: В биохимическом анализе крови: Мочевины до лечения составлял 13,02 ммоль / л. Через 10 дней 9,90 ммоль / л. Мочевина улучшился на 3,12%. Креатинин до лечения составлял 143,36 ммоль / л. Через 10 дней лечения 111,56 ммоль / л. Креатинин улучшился на 22,2%.

СКФ перед лечения составляла 47,32 мл / мин. После 10 дней лечения 64,02 мл / мин. улучшилась на 26,1%. При применении Ривароксабана по этим параметрам: Скорость оседания эритроцитов по общему анализу крови: до лечения составляла 22,62 мм / с. После 10 дней лечения изменилась до 17,15 мм / с. эритроцитов улучшилась на 5,4%. При использовании гепарина по этим параметрам: Скорость оседания эритроцитов из общего анализа крови: до 10 дней лечения составляла 22,72 мм / с. Через 10 дней лечения изменилась на 17,7 мм / с. улучшилась на 5,02%.

Выводы: Применения Ривораксабана у пациентов со смешанными и нефротическими формами хронического гломерулонефрита улучшает внутривисочечное кровообращения и функциональное состояние почек.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК И ВНУТРИПОЧЕЧНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК II-III СТАДИИ

Шукурова Л.Х.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии
и трансплантации почки*

Цель работы. Изучить влияние Доксихема на функциональное состояние почек и внутривисочечное кровообращения у больных хронической болезнью почек II-III стадии.

Материалы и методы. В исследовании будут принимать участие 105 больных. Из них первую группу составит (группа А) в которую будут включены 55 больных и вторая группа (группа Б) состоящая из 50 больных с осложненной ХБП II-III стадии, страдающие нефропатией недиабетической этиологии. Группа А будет получать традиционное лечение. Группа Б будет получать стандартную терапию с доксихемом. Больные контрольной и опытной группы будут находиться на лечении в отделении нефрологии III клиники Ташкентской медицинской академии с последующим амбулаторным наблюдением. Длительность исследования составит 60 дней. Контрольными точками будут являться первый, десятый, тридцатый и шестидесятой дни. Всем больным будет проводиться стандартное лечение ХБП, включающую диету, коррекцию гемостаза, агрегационных свойств крови, коррекция водноэлектролитных нарушений, артериальной гипертензии, ацидоза и т.п. Результаты. Как показали результаты исследования, у всех больных хронической болезнью почек II-III стадии имелся выраженное нарушение в системе агрегации, что проявлялось в повышении агрегации тромбоцитов, с одновременным снижением ВСК от нормы. Шестидесятидневный курс стандартной терапии больных, получавших вазонит (пентоксифиллин) привел к значимым изменениям в системе агрегации тромбоцитов. Но при этом, у больных, получавших «Доксихем», обнаружена более положительная динамика этих параметров: агрегация тромбоцитов снизилось $82,4 \pm 5,2$ % до $53,0 \pm 3,4$ % ($p < 0,05$) при этом ВСК изменилось недостоверно и возросло с $3,05 \pm 1,15$ мин до $4,2 \pm 0,37$ мин в сравнении со значениями до начала лечения.

Выводы. У всех больных хронической болезнью почек II-III стадии имеется дисбаланс в системе агрегации тромбоцитов, что проявляется резким повышением свертываемости крови. Стандартное лечение с вазонитом оказывает существенного влияния на нарушения в этой системе. Но использование «доксихем» в стандартной терапии у больных хронической болезнью почек II-III стадии привел к более достоверному понижению уровня агрегации тромбоцитов до субнормального уровня, без достоверного влияния на соотношение ВСК.

ГЕНЕТИКО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОЖИРЕНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Эрназарова М.М., Абдуллаев Ш.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Ташкент, Узбекистан.

Актуальность проблемы. Ожирение является результатом чрезмерное употребления калорийной пищи и накопление жира, которое способствует развитию многих сопутствующих заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, дислипидемия, гипертония, диабет 2 типа, стеатоз печени или

метаболический синдром и другие. Поддержание положительного энергетического дисбаланса между потребляемыми и усвоившимися калориями приводит к ожирению, также влияют многие другие факторы. Факторы влияют на энергетическое уравнение, например, образ жизни, социальные факторы, эндокринные нарушения или влияние определенных лекарств. Использование разных генетико-методических признаков ожирения в ранней диагностике пороков сердца у больных с хронической болезнью почек имеет большую значимость. Внедрение полученных данных в клиническую практику, ранняя диагностика пороков сердца и лечению ожирения.

Цель. Использование современных достижений в метилировании ДНК для оценки метаболического риска и персонализации клинического лечения ожирения, для диагностики сердечных заболеваний у больных с почечной патологией.

Материал и методы. Материалом являются гены больных, страдающих с хронической почечной недостаточностью. Многоэтапный полногеномный ассоциативный анализ на сегодняшний день обнаруживает около 30 локусов, последовательно связанных с ожирением. Полногеномные исследования сцепления путем изучения всего генома направлены на выявление новых генетических вариантов, связанных с интересующим заболеванием или признаками. Локусы генетического риска, идентифицированные ассоциативными исследованиями, объясняют только часть генетической изменчивости в риске заболевания, предполагая, что для понимания многофакторной патологии ожирения необходимо учитывать больше факторов. Эпигенетика как фактор, участвует в развитии ожирения, потому что на нее влияют как генетические факторы, так и факторы окружающей среды.

Результаты. Эпигенетика предложила новые объяснения механизмов, при которых факторы окружающей среды изменяют экспрессию генов, связанных с ожирением и сопутствующими ему заболеваниями. Ожирение объясняется положительным энергетическим балансом, снижение поступления энергии, увеличение физической активности приводят к отрицательному энергетическому балансу. Использование современных достижений в метилировании ДНК для оценки метаболического риска и персонализации клинического лечения ожирения, для диагностики сердечных заболеваний у больных с почечной патологией.

Генетические исследования определяется как процессы, которые изменяют активность гена без модификации нуклеотидной последовательности, но включают изменения структуры хроматина как прямое следствие. Наиболее важными эпигенетическими механизмами, участвующими в регуляции активности 10 генов, являются метилирование ДНК, модификации гистонов и некодирующие РНК. Сравнение индекс массы тела (ИМТ) больных, болеющих хронической почечной болезнью, показывает, что гены оказывают большее влияние, чем окружающая среда. Наиболее часто вовлекаемым геном является MC4R, который кодирует рецептор меланокортина. Изменения MC4R, снижающие его функцию, обнаруживаются у небольшой доли (<5%) людей с ожирением в различных этнических группах. Мозг регулирует потребление

пищи, реагируя на сигналы, поступающие от жировой ткани, поджелудочной железы и пищеварительного тракта. Чаще всего люди с хронической недостаточностью почек имеют несколько генов, которые предрасполагают их к набору лишнего веса. Одним из таких генов является ген жировой массы и ожирения (FTO). Результаты исследований позволяют предположить, что ожирение тесно связано с генетическими вариантами гена рецептора меланокортина-4, гена лептина и других.

Выводы. Гены - это сигналов и реакций, определяющих потребление пищи, и небольшие изменения в этих генах могут влиять на уровень их активности. Генетика открыла более 50 генов, которые тесно связаны с ожирением, которые помогают диагностировать предрасположенность к сердечным заболеваниям у почечных больных. Необходимы дальнейшие эпидемиологические исследования, которые контролируют влияние пренатального и послеродового питания и окружающей среды, а также хорошо спланированные эксперименты на людях, чтобы понять трансгенерационную эпигенетическую наследственность у людей в отношении ожирения и других метаболических нарушений.

СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ КАСАЛЛИГИДА ПАТОГИНЕТИК ДАВО БИЛАН ПЛАЗМОФЕРЕЗ АМАЛИЁТИНИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Эшонов Ш.Н., Жабборов А.А., Умарова З.Ф., Зарипов С.И.

*Тошкент тиббиёт академияси, 2-сон факультет ва госпитал терапия
кафедраси*

Мавзунинг долзарблиги: Сурункали гломерулонефрит- буйрак коптокча, каналча ва оралиқ тўқимасини сурункали иммун яллиғланиши бўлиб, узоқ вақт давомида қайталанувчи ҳамда авж олиб борувчи касаллик. Бу касаллик сийдик, нефротик ва артериал гипертензия синдромлари билан кечиб, буйрак етишмовчилигига олиб келади. Сурункали гломерулонефрит аралаш ва нефротик шакли билан касалланган беморларда нефронлар сони ва улар функциясининг прогрессив тарзда камайиб боради ва бу аутоиммун жараён билан кечадиган касаллик. Гломерулонефрит бу стрептакоккли инфекциялар, токсинлари оғир асорати сифатида ривожланади. Бунда антителалар структураси бузилиб аутоантителага айланади ва буйрак нефронлар базал мембранасига ўтиради ва охири қайтмас шикастланиш жараёнини келтириб чиқаради. Касалликни аутоиммун характердалигини ҳисобга олиб, мақсадли равишда плазмафорез амалиётини – яни илк белгилари пайдо бўлиши биланоқ, (Haris A. et, al., 2011) ўтказиш керак. Бугунги кунда гломерулонефрит касаллигини учраши хар 10000 одамдан 10-15 сида учрайди. Сурункали гломерулонефритни 10-20% зи эса ўткир гломерулонефрит каби, 80-90%зи эса секинлик билан кечади ва текширувлар вақтида аниқланади. Сурункали

гломерулонефрит нефрология муаммоларидан энг муҳимларидан бири бўлиб қолмоқда. Кўп ҳолларда сурункали гломерулонефрит прогрессив кечиб, сурункали буйрак етишмовчилигига олиб келади. 40-76% да оғир кечиб беморларнинг ногиронлигига сабаб бўлади.

Шундай экан айни дамда соҳа мутахассисларининг асосий мақсади сурункали гломерулонефрит касаллиги патогенетик бўғинларини чуқур таҳлил қилиш ва турли йўллар билан коррекция қилиб жараёни секинлаштириб, бемор ҳаётини узайтиришдан иборат. Сурункали гломерулонефрит касаллигида прогрессивланувчи жараёни секинлаштириш ва буйрак фаолиятини яхшилашнинг йўллари билан бириб бу қон реологиясини яхшилаш, аутоантителалар миқдорини камайтириш, ҳаёт сифатини яхшилигини таминлаш ва бу касалликни узоқ вақт ремиссияга тушириш назарда тутилади. Шунинг учун сурункали гломерулонефрит касаллигини даволашда яллиғланишга қарши стероид дори воситалари, ситостатиклар ва плазмаферез амалиёти муҳим аҳамият касб этади. Касалликнинг аутоиммун характердалигини инобатга олиб, мақсадли равишда плазмаферез амалиётини – яъни касалликни илк босқичларида, илк белгилари пайдо бўлиши билан оқ ўтказиш керак ва анъанавий даволашни тавсия этиб, ушбу касаллик жараёнини таъсирини ўрганишни лозим деб топдик.

Тадқиқот мақсади:

Сурункали гломерулонефрит аралаш ва нефротик шакли билан оғирган беморларда анъанавий даво билан бирга пульс терапия ва анъанавий даво билан бирга плазмаферез муолажалари ўтказилганда уларнинг самарадорлигини солиштирма ўрганиш.

Тадқиқот материали ва услублари:

Илмий текшириш учун ТТА кўп тармоқли клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган 80 нафар беморга оид клиник материаллар, лаборатория таҳлиллари ва инструментал текширувлар асос қилиб олинди. Илмий текширувлар 2020 йилнинг сентябрь ойидан 2021 йил февраль ойигача бўлган вақт давомида олиб борилди. Барча беморлар шартли 2 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳда 50 та беморга патогинетик даво сифатида преднизалон, курантил, гепарин ва комбинирланган пульс терапия тавсия этилди. 2-гуруҳда 30 та беморга эса патогинетик даво сифатида преднизалон, курантил, гепарин, пульс терапия ва плазмаферез амалиёти ўтказилди. Иккала гуруҳдан даводан олдин биринчи, даводан сўнг ўнинчи кунлари умум клиник (УКТ, УСТ,) ва биокимёвий (мочевина, креатинин, ум оксил), таҳлиллар олинди, коптокчалар фильтрацияси ҳисобланди.

Тадқиқот натижалари:

Тадқиқот натижасига кўра I гуруҳдаги беморлар 10 кун давомида преднизалон, курантил, гепарин ва пульс терапия олди. 10 чи кун таҳлил натижалари кўриб чиқилди. Давонинг биринчи куни 15-35 ёш оралиғидаги беморларда пешоб умумий таҳлилида оксил- $3,7 \pm 1.7$ г/л, эритроцитлар: ўзгармаган- 13.7 ± 8.2 , ўзгарган- 6.4 ± 1.4 , лейкоцитлар- 15.0 ± 5.6 бўлган бўлса, давонинг ўнинчи куни оксил- 1.99 ± 1.7 г/л, эритроцитлар: ўзгармаган- 8.4 ± 4.1 ,

ўзгарган- 3.8 ± 1.5 , лейкоцитлар- 6.0 ± 3.4 , гача, пасайиши кузатилди. Қон биокимёвий анализида умумий оқсил- $61,4 \pm 3,1$, мочевино $11,6 \pm 2,1$ ммоль/литр, креатинин $180 \pm 2,5$ ммоль/литр, коптокча филтрация тезлиги (КФТ)- $45,66 \pm 1,05$ биринчи кун бўлган бўлса, давонинг ўнинчи куни бу кўрсаткичлар умумий оқсил- $64,3 \pm 3,3$, мочевино $9,0 \pm 2,2$ ммоль/литр, креатинин $152,0 \pm 2,7$ ммоль/литр, коптокча филтрация тезлиги(КФТ)- $51,86 \pm 4,95$ ўзгаришлар кузатилди. Даво курсидан кейин протеинурия $46,2\%$, эритроцитоурия- $38,6\%$, лейкоцитурия- $60,0\%$ га камайди. мочевино микдори $22,4\%$, креатинин $15,6\%$, камайиши кузатилди, умумий оқсил $4,9\%$, ва КФТ кўрсаткичи эса $13,6\%$ га яхшиланди. II гуруҳимиздаги беморларга 10 кун давомида патогинетик даво ва бир курс (мембранали) плазмафарез амалиёти ўтказилди. Бунга кўра, куйидаги натижалар олинди. Пешоб умумий тахлилида оқсил- 1.32 ± 1.2 г/л, эритроцитлар: ўзгармаган- 6.3 ± 1.7 , ўзгарган- $2,1 \pm 0,5$, лейкоцитлар- $5.0 \pm 1,5$, гача, пасайиши кузатилди. Қон биокимёвий анализида умумий оқсил- $62,6 \pm 2,3$, мочевино 8.4 ± 1.6 ммоль/литр, креатинин 129 ± 3.4 ммоль/литр, коптокча филтрация тезлиги(КФТ)- $68,30 \pm 0,7$ Даво курсидан кейин протеинурия $64,3\%$, эритроцитоурия- 54.01% , лейкоцитурия- 66.7% га камайди, мочевино микдори 27.5% , креатинин 28.3% , камайиши кузатилди, умумий оқсил $1,9\%$, ва КФТ кўрсаткичи эса 49.5% га яхшиланди. яхшиланиши кузатилди.

Хулоса:

Даволаш натижаларга кўра, сурункали гломерулонефрит билан касалланган беморларда патогенетик давога нисбатан ҳам плазмафарез амалиётидан ҳам патогенетик даводан фойдаланиш протеинурия 18.1% , эритроцитурия 15.44% , лейкоцитурия 6.7% , қонда мочевино 5.1% , креатинин 12.7% , КФТ эса 35.9% га яхшиланди. Плазмафарез касалликни клиник белгиларини камайишига ва касалликни эрта ремиссияга тушишига катта ёрдам беради. Патогинетик давога қарши кўрсатма бўлганда, плазмафарез амалиётидан фойдаланиш яхши самара беради.

СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ L-АРГИНИНОМ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ, ХБП III-IV стадии

Эшонов Ш.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан.

Цель: Изучить влияние L-аргинина на метаболизм оксида азота (NO) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа с диабетической нефропатией (ДН), ХБП III-IV стадии.

Материалы и методы исследования: Обследовано 27 больных с диабетической нефропатией IV стадии, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре нефрологии в отделение нефрологии на базе Многопрофильной Клинике ТМА в период с

октября 2020 года по май 2021 года. Средний возраст больных составил $43 \pm 4,3$ года.

У обследованных больных, помимо общеклинических и биохимических анализов, исследовались следующие параметры характеризующие метаболизм оксида азота: фермент NO-синтетаза, соотношение NO_2/NO_3 методом Грейвса.

Больные были обследованы до начала лечения и в конце курса стационарной терапии, средняя продолжительность которой составила $9,1 \pm 1,3$ дня.

Все пациенты получали комплексную терапию в течение 10 дней согласно утвержденным Национальным стандартам. Части больным (17 человек) дополнительно было назначен L-аргинин в виде препарата «Тивортин» в дозе 100,0мл 4,2% раствора в/в капельно ежедневно, на курс 10 вливаний.

Результаты исследования:

Как показали результаты исследования, у всех больных СД 2 типа с ДН IV стадии (по Могенсену) имелся выраженный дисбаланс в системе NO, что проявлялось в повышении содержания NO-синтетазы на 200%, с одновременным снижением соотношения NO_2/NO_3 на 30% от нормы.

Десятидневный курс комплексной терапии больных без L-аргинина не привел к значимым изменениям в метаболизме NO: содержание NO-синтетазы и соотношение NO_2/NO_3 изменилось не достоверно.

При этом, у больных, получавших «Тивортин», обнаружена положительная динамика этих параметров: содержание NO-синтетазы снизилось с $298,5 \pm 12,3$ пг/мл до $259,0 \pm 21,4$ пг/мл ($p < 0,05$), при этом соотношение NO_2/NO_3 изменилось недостоверно и возросло с $7,9 \pm 0,98$ ммоль/л до $8,2 \pm 0,87$ ммоль/л в сравнении со значениями до начала лечения.

Выводы:

1. У всех больных СД 2 типа с ДН IV стадии (по Могенсену) имеется дисбаланс в метаболизме NO, что проявляется резким повышением уровня фермента NO-синтетазы, при одновременном небольшом снижении соотношения нитритов и нитратов.

2. Стандартное лечение ДН без использования донаторов NO не оказывает существенного влияния на нарушения в этой системе.

3. Использование донатора NO L-аргинина в комплексной терапии у больных с ДН приводит к достоверному понижению уровня NO-синтетазы до субнормального уровня, без достоверного влияния на соотношение NO_2/NO_3 .

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛУТАТИОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III СТАДИИ

Эшонов Ш.Н

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан.

Целью настоящего исследования является изучение эффективности Глутатиона в комплексной терапии диабетической нефропатии с хронической болезнью почек III стадии.

Задачи: Провести лечение препаратом «Глутатион» больных хронической болезнью почек III стадии диабетической этиологии в составе комплексной терапии.

Материалы и методы: В исследование были включены 30 больных с клинически установленным диагнозом «Хроническая болезнь почек» с нефропатией диабетической этиологии находившиеся в стационарном лечении в отделение нефрологии на базе Многопрофильной Клинике ТМА в период с 2018 год сентября по декабрь 2019 года. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа, состоящая из 15 больных с ХБП III стадии диабетической этиологии, получала традиционную терапию, а вторая группа, состоящая из 15 больных с ХБП III стадии диабетической этиологии, получила традиционную терапию с Глутатионом, который был предварительно растворен в 200,0 мл 0,9% физиологического раствора хлорида натрия, вводили внутривенно, медленно путем инфузий по 1 ампуле (600 мг восстановленного глутатиона) в сутки. Для оценки эффективности проводимой терапии использовались такие показатели, как динамика субъективных и объективных симптомов болезни, а также динамика лабораторных показателей и инструментальные методы исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, калий, общий белок), СКФ, ПТИ, фибриноген, ультразвуковое исследование почек). Побочных эффектов от проводимой терапии не наблюдалось.

Результаты исследования. Как показали результаты исследования, все больные до лечения имели клиничко-лабораторные признаки нефропатии умеренной и высокой степени активности. При поступлении были следующие показатели: СОЭ $23,3 \pm 2,1$ мм/ч, мочевины $17,1 \pm 2,1$ ммоль/л, креатинин $220 \pm 15,05$ ммоль/л, протеинурия $1,40 \pm 0,21$ г/л, СКФ $45 \pm 2,2$ мл/мин. После лечения в первой группе больных наблюдались следующие лабораторные показатели: СОЭ понизилось до $18,1 \pm 2,2$ мм/ч ($p < 0,05$); протеинурия до $1,20 \pm 0,1$ г/л ($p < 0,05$); показатель мочевины снизился до $16,2 \pm 0,11$ ммоль/л ($p < 0,01$); креатинина до $200 \pm 1,33$ ммоль/л ($p < 0,001$), СКФ $48 \pm 1,2$ мл/мин. После лечения во второй группе больных наблюдалась положительная динамика лабораторных показателей: СОЭ понизилось до $17,1 \pm 1,2$ мм/ч ($p < 0,05$); протеинурия умеренно уменьшилась до $0,99 \pm 0,1$ г/л ($p < 0,05$); показатель

мочевины снизился до $12,2 \pm 0,11$ ммоль/л ($p < 0,01$); креатинина до $188 \pm 0,33$ ммоль/л ($p < 0,001$), СКФ $48 \pm 1,5$ мл/мин.

Выводы: На основании полученных результатов сделаны следующие выводы:

1. Препарат Глутатион хорошо переносится больными с хронической болезнью почек III стадии диабетической этиологии.

2. Антиоксидант Глутатион при 10 дневном курсе лечения привел к больше достоверному снижению уровня мочевины и креатинина, тем самым устраняя у больных проявления хронической болезни почек III стадии диабетической этиологии.

КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРЕПАРАТОМ «ПОЛИСОРБ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК III СТАДИИ

Эшонов Ш.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан.

Целью настоящего исследования будет являться изучение в сравнительном аспекте эффективность препарата «Полисорб» у больных хронической болезнью почек III стадии.

Задачи: Провести лечение препаратом «Полисорб» больных хронической болезни почек III стадии в составе комплексной терапии.

Материалы и методы: В исследование были включены 30 больных с клинически установленным диагнозом «Хроническая болезнь почек» недиабетической этиологии (хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит), находившиеся на стационарном лечении в отделение нефрологии на базе Многопрофильной Клинике ТМА в период с 2018 год сентября по декабрь 2019 года в течении 10 дней и последующим амбулаторным наблюдением в течении 20 дней. Для оценки эффективности проводимой детоксикационной терапии использовались такие показатели, как динамика субъективных и объективных симптомов болезни, а также динамика лабораторных показателей (общий анализ крови, общий анализ мочи, Нечипоренко, мочевина, креатинин, калий, общий белок, остаточный азот, СКФ, ПТИ, фибриноген). Комплексное лечение включало: в ходе исследования больные получали сходные дозы «Полисорб», составлявшие 2г. (2 столовые ложки) 3 раза в сутки течение 10 дней. Побочных эффектов от проводимой терапии не наблюдалось.

Результаты исследования. Как показали результаты исследования, все больные до лечения имели клинико-лабораторные признаки нефропатии умеренной и высокой степени активности.

При поступлении были следующие показатели: СОЭ $22,3 \pm 2,1$ мм/ч, мочевина $17,1 \pm 2,3$ ммоль/л, креатинин $235 \pm 16,05$ ммоль/л, протеинурия

1,33±0,20 г/л, СКФ 47±3,2 мл/мин. После лечения у больных наблюдалась положительная динамика лабораторных показателей: СОЭ понизилась до 17,1±1,2 мм/ч ($p<0,05$); протеинурия умеренно уменьшилась до 0,99±0,1 г/л ($p<0,05$); показатель мочевины снизилась до 13,2±0,11 ммоль/л ($p<0,01$); креатинина до 189±0,33 ммоль/л ($p<0,001$), СКФ уменьшилась недостоверно.

Выводы: На основании полученных результатов сделаны следующие выводы:

1. Препарат «Полисорб» хорошо переносится больными хронической хронической болезни почек III стадии.

2. Энтеросорбент «Полисорб» при месячном курсе лечения привел к достоверному снижению уровня мочевины и креатинина, тем самым устраняя проявления эндотоксемии у больных хронической болезни почек III стадии.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Холиков А.Ю., Урманова Ю.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова

Актуальность проблемы. По данным исследователей, распространенность когнитивных нарушений высока среди взрослых с хронической болезнью почек (ХБП), и эти два состояния имеют несколько общих факторов риска, что позволяет предположить, что они могут иметь общий патогенез. Повреждение микрососудов в почках является характерной чертой двух наиболее частых причин ХБП, сахарного диабета и артериальной гипертензии [Kurella Tamura M, Wadley V, Yaffe K, 2008].

Точно так же нейровизуализирующие маркеры микрососудистых повреждений головного мозга связаны с повышенным риском снижения когнитивных функций и деменции [Vermeer SE, Prins N.D., den Heijer T, 2013; Debette S, Seshadri S, Beiser A, Au R, 2011]. Эти результаты нейровизуализации чаще встречаются у пациентов с ХБП по сравнению с пациентами с нормальной функцией почек [Martinez-Vea A, Salvado E, Bardaji A, 2016]. Кроме того, среди пациентов с сахарным диабетом микрососудистые заболевания головного мозга являются предикторами возникновения нефропатии и прогрессирования до терминальной стадии почечной недостаточности (ТХПН) [Manjula Kurella Tamura, 2016].

Таким образом, наличие нарушений когнитивных функций может идентифицировать пациентов с системными микрососудистыми заболеваниями, которые входят в группу риска по развитию и прогрессированию ХБП. В то время как для оценки микрососудистых заболеваний в почках требуется биопсия, а для оценки микрососудистых заболеваний в головном мозге

требуется визуализация, тестирование когнитивных функций является неинвазивным и менее дорогостоящим.

Нарушение когнитивной функции также может предрасполагать пациентов к прогрессированию заболевания почек из-за меньшего использования или приверженности стратегиям снижения риска ХБП. Например, лечение артериальной гипертензии может быть менее интенсивным у пациентов с когнитивными нарушениями из-за боязни развития побочных эффектов.

Таким образом, оценка когнитивной функции может быть потенциально полезной для уточнения прогноза терминальной почечной недостаточности у пациентов из группы риска.

Все вышеуказанное подчеркивает актуальность настоящего исследования.

Цель - изучить характеристику когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа с терминальной стадией хронической болезни почек

Материал и методы. Нами было осмотрено и обследовано всего за период с 1 января 2019 г по 31 декабря 2021 г - 115 пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа, с ХБП IV-V ст. на программном гемодиализе.

Из них женщин было-53, мужчин -62. Средний возраст мужчин составил $67 \pm 4,2$ лет , а средний возраст женщин – $64 \pm 5,6$ лет. 20 больных соответствующего возраста составили группу контроля.

По степени хронической ишемии мозга (ХИМ) больные были разделены на 3 группы: 1 гр. – 35 (30,4%) больных с ХБП IV-V ст с ХИМ 1 степени; 2 гр. – 37 (32,2%) больных с IV-V ст с ХИМ 2 степени; 3 гр. - 43 (37,4%) больных с IV-V ст с ХИМ 3 степени.

Всем 115 пациентам выполнялись все исследования, включавшие общеклинические, биохимические, гормональные исследования крови в лаборатории РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз , а также ЭКГ, УЗИ внутренних органов, доплерография магистральных артерий головы, УЗИ внутренних и половых органов, консультация узких специалистов.

Оценка когнитивных функций выполнялась с помощью краткой шкалы оценки психического статуса - Mini-mental State Examination (**MMSE**).

Результаты. В анализе результатов исследования когнитивные нарушения были связаны с повышением риска терминальной ХБП на 41% и повышением риска терминальной ХБП на 50% или снижением рСКФ на 50%.

Участники с когнитивными нарушениями доминировали во 2 и 3 группах больных, у них была более низкая средняя рСКФ и более высокий уровень альбуминурии.

Обнаружена корреляционная связь между показателями когнитивной функции и демографическими показателями – возраст, образование ($r = 0,76/0,88$).

Выводы. Установлена корреляционная связь между показателями когнитивной функции и демографическими показателями – возраст, образование ($r = 0,76/0,88$), а также с уровнем снижения скорости клубочковой фильтрации ($r = 0,69$).

МУНДАРИЖА

1. ДИНАМИКА ЭРИТРОЦИТАРНО - ТРОМБОЦИТАРНОГО СОСТАВА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ Абдувахитова А.Н, Турсунбаев А.К. Расулев Ё.Э.	5
2. РАННИЕ МАРКЕРЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Абдуллаев Ш.С.	6
3. МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМНАЯ НЕФРОПАТИЯ Абдурахманова Н.Н., Ашурова Д.Т., Очилова О.У., Шукурова Э.Б	7
4. ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ МИЕЛОМНОЙ НЕФРОПАТИИ Абдурахманова Н.Н., Каюмова Г.Х., Ядгарова Н.Д., Эгамбердиева .М.Л	8
5. НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМИ АРТРИТАМИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И НАРУШЕНИЕМ МИКРОБИОЦЕНОЗА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ Азадаева К.Э., Тухтаева Н.Х., Худайберганова Н.Х.	10
6. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА AGT 174 (C>T) У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Акалаев Р.Н., Рузибакиева М.Р., Стопницкий АА., Азимов Д.С.	11
7. БОЛАЛАРДА ГЕРПЕСВИРУС АССОЦИАЦИЯЛИ СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТНИНГ КЛИНИК-ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ. Акалаев Р.Н., Ахмедова М.А., Эгамбердиев С.Б., Арипходжаева Ф.А.	13
8. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА HCV-ПОЗИТИВНЫХ БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ Акалаев Р.Н., Арипходжаева Г.З., Закиров Д.Ф., Рахимова Н.С.	15
9. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА У БЕРЕМЕННЫХ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ АССОЦИИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИЕЙ (АФСН). Д.Ш.Акрамходжаева, З.С.Камалов.	16
10. НЕФРИНУРИЯ КАК МАРКЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ COVID-19 Амонов М.К.	18
11. РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗДАГИ БЕМОРЛАРДА HCV ИНФЕКЦИЯ-НИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ Арипходжаева Г.З., Абдуллаев А.Н., Акалаев Р.Н.	19
12. ПРОБЛЕМА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК Арипходжаева Ф.А., Рахимова Н.С., Холодова Е.Г., Рахимов А.А., Акалаев Р.Н.	21

13.	ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ Арипходжаева Ф.З.	23
14.	К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ Арипходжаева Ф.З.	24
15.	ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ Атаходжаева Г.А., Арипова Дж.Ш.	25
16.	СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Атаходжаева Г.А., Арипова Дж.Ш.	28
17.	ТУРЛИ ЭТИОЛОГИЯЛИ НЕФРОПАТИЯЛАРНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШДА ЛАБОРАТОР МАРКЕРЛАР АҲАМИЯТИ Ахмедова Н.Ш., Гадаев А.Г.	34
18.	ОСОБЕННОСТИ КОНТРОЛЯ КАЛЬЦИЙ – ФОСФОРНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ Бадридинова Б.К., Хаттабов М.Х.	36
19.	БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИ ҰТКАЗГАН БЕМОРЛАРНИ ХАЁТ СИФАТИНИ SF-36 ПСИХОДИАГНОСТИК ТЕСТ ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ Бобокулов М.Б, Тошпулатов Ш.П.	38
20.	БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИ АМАЛИЁТИНИ ҰТКАЗГАН БЕМОРЛАРНИ РУҲИЙ ХОЛАТИНИ СПИЛБЕРГЕР-ХАНИН ВА NADS ГОСПИТАЛ ШКАЛА СЎРОВНОМАСИ БЎЙИЧА БАҲОЛАШ Бобокулов М.Б, Бабажанова Н.Р.	39
21.	АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ Даминов Б.Т., Расулова Х.А., Аббасов А.К.	41
22.	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С ПОМОЩЬЮ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА Даминов Б.Т., Аширбаев Ш.П., Вихров И.П.	43
23.	ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПРИ COVID-19. Даминов Б.Т. Раимкулова Н.Р., Даминов А.Б	45
24.	ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИСОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДА ГЕМОДИАЛИЗ ХИЗМАТИНИ ТЎҒРИ ТАШКИЛ ҚИЛИШДА СТАТИСТИКА МАЪЛУМОТЛАРИНИ ҰРНИ Даминов Б.Т., Бозарипов С.Ж., Саттаров О.Т.	46

25. ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ Даминов Б.Т., Нурмухамедова Ё.К., Шамухамедова Н.Ш., Кадирова Г.Г.	48
26. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДА ГЕМОДИАЛИЗ ХИЗМАТИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШДА ДАВЛАТ-ХУСУСИЙ ШЕРИКЛИКНИ ЎРНИ Даминов Б.Т., Бозарипов С.Ж., Саттаров О.Т.	50
27. КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 Даминов Б.Т. Раимкулова Н.Р., ¹ Даминов А.Б	51
28. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ Даминов Б.Т., Нурмухамедова Ё.К., Шамухамедова Н.Ш., Кадирова Г.Г	53
29. ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА Даминов Б.Т., Мирзаева Б.М., Газиева Х.Ш., Усманова У.Ш.	55
30. ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ. Даминов Б.Т. Газиева Х.Ш	59
31. ВНЕКОСТНОЙ КАЛЬЦИФИКАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Б.Т. Даминов, Б.М. Мирзаева	61
32. ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ Даминов Б.Т Абдувахитова А.Н Расулев Ё.Э.	62
33. <i>ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТА L-КАРНИТИНА И C-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА, У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19</i> Даминов Б.Т. Раимкулова Н.Р. Даминов А.Б	64
34. RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT AND PROGRESSION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE Daminov B. T., Rasulova Kh. A., Abbasov A. K.	65
35. ГЕНДЕРНАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ПАЦИЕНТОВ ГОРОДА ТАШКЕНТА Даминов Б.Т. , Шарапов О.Н, Турсунбаев А.К.	68
36. THE STRUCTURE OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN DIALYSIS PATIENTS OF THE RURAL POPULATION. Daminov B. T., Sharapov O. N	69

37. ПРЕДИКТОРНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХБП НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Даминова К. М., Исламова М.С., Адилова Н.	70
38. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Даминова Л.Т., Муминова С.У., Рашидова А, Зуннунов Х	73
39. НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ Даминова Л.Т., Муминова С.У.	74
40. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ Даминова Л.Т., Касымов А.Ш. Муминова С.У.	75
41. НАШ ОПЫТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВРЕМЕННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА ПУТЕМ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН Джалилов У.А.	77
42. КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХБП Закиров Д.Ф., Дуржанова М.Х., Абдуллаева Х.А.	79
43. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ COVID-19 У БОЛЬНЫХ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ Зуфаров А.К., Закиров Д.Ф., Азизов С.К.	80
44. ТЕХНОЛОГИЯ СОХРАНЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ЛЮДЕЙ С ХБП И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ Иванов Д.Д., Кушниренко С.В., Мельник И.И., Ротова С.А., Навальная И.Н.	81
45. ДИНАМИКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХБП И ФП НА ФОНЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С., Турсунбаев Р.С., Саидов Ш.	85
46. БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НОАК СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ХБП 4 СТАДИИ И ФП Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С., Каримджанова Г.А., Баходирова А.А	86
47. ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ РИВАРОКСАБАНА У ПАЦИЕНТОВ С ХБП ПРЕРЕНАЛЬНОЙ СТАДИИ ПРИ ФП Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С., Каримджанова Г.А., Шарипова А.У.	87
48. СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ II-III БОСҚИЧИ КЛИМАКТЕРИК ДАВРДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАРНИ КОРРЕКЦИЯ ҚИЛИШ Исиргапова С.Н.	88
49. ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ХБП У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ Исламова М.С., Сабиров М.А., Даминова К.М.	90

50. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ЛЕПТИНА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ Исламова М. С., Даминова К. М.	92
51. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАЛИЗА И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ Ишонкулова Б.А.	95
52. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ Кадирова Г.Г. Ташкентский педиатрический медицинский институт Ташкент, Узбекистан	96
53. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА С РАЗВИТИЕМ АФС АССОЦИИРОВАННОЙ ПЕРВИЧНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ З.С.Камалов, Д.Ш.Акрамходжаева	97
54. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХСН I-III ФК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК Камилова У.К., Атаходжаева Г.А., Абдуллаева Ч.А., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.	99
55. ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I-III ФК Камилова У.К., Атаходжаева Г.А., Абдуллаева Ч.А., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.	103
56. ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНОГО ФОНА И ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ. Каримджанова Г.А., Эгамбердиева Д.А., Игамбердиева Р.Ш	106
57. СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАР КЛИНИК КЕЧИШИГА САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАН ДОРИ ВОСИТАСИНИ ТАЪСИРИ Каримов А.А., Сайдалиев Р.С.	108
58. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА Кодирова Ш.А., Туляганова А. А.	110
59. KIDNEY TRANSPLANTATION RATES: EXPERIENCE OF KHATLON REGION Komilova B.I., Samadov A.X., Pirov B.	112
60. СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ 4 БОСҚИЧИДА ЭНТЕРО-ДИАЛ ПРЕПАРАТИНИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ Қурбонов А.Х., Султонов Н.Н., Исиргапова С.Н.	114

61. ТЕРМИНАЛ БОСҚИЧДАГИ СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БЕМОРЛАРДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ХОЛАТИ Мадаминов Ғ.Ғ., Абдилхаева З.А.	115
62. ЭКСТРОКОРПОРАЛ ДЕТОКСИКАЦИЯ МУОЛАЖАСИДА ТРОМБОЭМБОЛИК АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА АНТИАГРЕГАНТ ТЕРАПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ Мадаминов Ғ.Ғ.	116
63. ДАСТУРЛИ ГЕМОДИАЛИЗДАГИ БЕМОРЛАРДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ БУЗИЛИШЛАРИНИ БАҲОЛАШ Мадаминов Ғ.Ғ., Мунавваров Б.А	117
64. ГЕМОДИАЛИЗ ТАДБИРЛАРИДА ТРОМБОЭМБОЛИК АСОРАТЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИДА АНТИАГРЕГАНТ ТЕРАПИЯНИНГ ЎРНИ Мадаминов Ғ.Ғ., Мунавваров Б.А.	119
65. РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ МУОЛАЖАЛАРИ ОЛАЁТГАН БЕМОРЛАРДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ХОЛАТИ Мадаминов Ғ.Ғ., Мунавваров Б.А.	120
66. ЭКСТРОКОРПОРАЛ ДЕТОКСИКАЦИЯ МУОЛАЖАЛАРИГА МУХТОЖ БЕМОРЛАРДА ЮРАК РЕМОДЕЛЛАНИШИ ЎЗГАРИШЛАРИ Мадаминов Ғ.Ғ.	121
67. ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ И ФОЛАТНОГО ЦИКЛА НА РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ Манахов К.М., Дударев М.В., Сарксян Д.С.	122
68. ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЕ РЕНАЛЬНОЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХБП Мирзаева Б.М., Худойбердиева Г.А.	125
69. ОСОБЕННОСТИ КАЛЬЦИЙ - ФОСФОРНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК V СТАДИИ Мирзаева Б.М.	126
70. FEATURES OF CALCIUM-PHOSPHORUS DISORDER IN PATIENTS WITH STAGE 5 CHRONIC KIDNEY DISEASE RECEIVING HEMODIALYSIS B.M. Mirzaeva, J. A. Nazarov	128
71. СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Мирзаева Б.М. Газиева Х.Ш., Валиев А.А., Нигманов Б.Б.	129
72. СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ III БОСҚИЧИДА РЕНАЛ ОСТЕОПОРОЗ ВА КАЛЦИЙ-ФОСФОР МУВОЗАНАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ЎЗГАРИШИ Мунавваров Б.А., Барноев Х.Б.	132

73. РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РАЗВИТИИ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕН ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОЦЕДУР Муминов Ш.К., Нигманов Б.Б., Даминов А.Б.	133
74. ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ИБС Муминов.Ш.К., Нигманов Б.Б.	134
75. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К СТАНДАРТАМ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА Муминов Ш.К., Нигманов Б.Б.	135
76. КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Муминов.Ш.К., Нигманов Б.Б.	136
77. ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД НЕФРОПАТИЙ ПРИ COVID-19 У ДЕТЕЙ Нугманова А.М., Диканбаева С.А., Садвакасова С.М., Жумагулова З.Е., Эшанкулов Х.С., Ауезханов Б.М., Есенгали Н.М.	137
78. РОЛЬ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ Нурмухамедова Ё.К., Даминов Б.Т., Кадирова Г.Г.	139
79. ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ БЕРЕМЕННЫХ Нурмухамедова Ё.К., Даминов Б.Т., Кадирова Г.Г.	140
80. МАКСИБАЛАНС СИНБИОТИГИНИ ГЕМОДИАЛИЗ МУОЛАЖАСИ БОШЛАНМАГАН, СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ 2-5 БОСҚИЧЛИ БЕМОРЛАРДА БУЙРАК ФУНКЦИЯСИГА, УРЕМИК ТОКСИНЛАРГА ВА ИЧАК МИКРОБИОМИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ. Олимов Ш.Б., Тошматов Д.М.	142
81. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НЕКОТОРЫМИ БИОМАРКЕРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ И СТАТУСА МИКРОБИОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Олимхонова К.Н., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А., Сабиржанова З.Т.	143
82. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЖАЛОБ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Олимхонова К.Н Расулев Ё.Э Абдуллаев А.Х	144
83. РЕЗУЛЬТАТЫ КОПРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Олимхонова К.Н Эгамбердиева Д.А Халмухамедов Ж.А	146
84. РОЛЬ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ГЕМОДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ Ортикбаев Ж.О. Ортикбаев Ш.О. Расулев Ё.Э. Халмухамедров Ж.А.	148

85. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ, НОРМАЛИЗУЮЩИХ КИШЕЧНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ, В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ДИАЛИЗНОМ ЭТАПЕ Ортикбоев Ж.О., Расулев Ё.Э., Ортикбоева Ш.О.	149
86. STRUCTURAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF THE THYROID GLAND IN PATIENTS RECEIVING PROGRAMMATIC HEMODIALYSIS Ortiqbojev J.O, Mahkamova M.M, Ortiqbojeva Sh.O.	151
87. СОСТОЯНИЕ КАЛЬЦЕ – ФОСФОРНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ХБП С ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА Расулев Ё.Э. Мирзаева Б.М. Косимова Г.Б. Равшанова Ф.Р.	152
88. СОЗДАНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ПРОГНОЗА И РОЛЬ P-СЕЛЕКТИНА В ФОРМИРОВАНИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Расулова Х.А., Аббасов А.К.	154
89. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ Расулова Х.А., Даминов Б.Т.	157
90. КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ Расулова Х.А., Тохирова Д.М.	158
91. БУЙРАК ВА ЖИГАРНИ ҲАСТАЛАНТИРУВЧИ ОМИЛЛАР ВА УНИ ДАВОЛАШДА ШИФОБАХШ ЎСИМЛИКЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ Рахматуллаева Н. И., Юнусова Н.Б.	159
92. ВЛИЯНИЕ БИОАКТИВНЫХ ДОБАВОК НА ПОЧКИ М.А. Собиров, О.В.Скосырева, А.П. Маркушина	161
93. НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК V СТ КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСК Сабиров М.А, Салямova Ф.Э, Рашидова А.С.	163
94. ЛЮПУС НЕФРИТДА АВИМЕДРОЛ ПРЕПАРАТИНИ ПАТОГЕНЕТИК ДАВО СИФАТИДА САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ Сабиров М.А., Султонов Н.Н., Исиргапова С.Н.	166
95. СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ КЕЧИШИДА КЛИМАКТЕРИК ДАВРНИ АҲАМИЯТИ Сабиров М.А., Исиргапова С.Н., Султонов Н.Н.	168
96. ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ЭЗОМЕПРАЗОЛА И ЦИНКА В ЛЕЧЕНИИ НПВП ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА С НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК Саидов Ш.Б, Хамрабаева Ф.И.	170

97. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЕ 12-НЕДЕЛЬНЫХ ТРЕНИРОВОК НА ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, НАХОДЯЩИХСЯ НА МАЛОБЕЛКОВОЙ ДИЕТЕ	Саипова Д.С., Сабиржанова З.Т., Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А.	171
98. КЛИНИКАДАН ОЛДИНГИ БОСКИЧЛАРДА II ТИПДАГИ КАНДЛИ ДИАБЕТДА БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИНИНГ КУРСАТКИЧЛАРИ	Сафарова Г.А.	173
99. STUDY OF PECULIARITIES OF FIBRILLATIONS AND HEART A IN CHRONIC KIDNEY DISEASE	Sobirov U.Kh., Tursunbaev A.K.	175
100. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ	Собиров У.Х. Турсунбаев А.К.	176
101. ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗА И ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	Стопницкий А.А., Рузибакиева М.Р., Акалаев Р.Н.,	177
102. ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОЧЕК ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ СОСТОЯНИИ ГИПЕРТОНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	Сулаймонова Г.Т., Ахмедова Н.Ш.	180
103. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШДА БАКТАЗОН ПРЕПАРАТИНИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ	Султонов Н.Н., Исиргапова С.Н.	182
104. СОСТОЯНИЕ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ В ДИНАМИКЕ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК II-III СТАДИИ	Султонов Н.Н., Барноев Х.Б.	184
105. OUR RESULTS SURGICAL ACCESS CREATION FOR DIALYSIS BY USING CLINICAL AND PRACTICAL GUIDELINES KDOQI	Sunnatov R.D., Keldiyorov B.K., Ganiev D.A., Zakirov Dj.F.	185
106. FUNCTIONAL STATE OF THE KIDNEYS IN ELDERLY PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION	R.M.Talipov, Kh.T.Nurmetov, N.Kh.Khudayberganova	186
107. ПРИМЕНЕНИЕ САНБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ДИАЛИЗНОМ ЭТАПЕ.	Ташпулатова М.Х, Нарзикулова М.Ш, Адилова Н.А, Максудова Л.И.2	188
108. УЛУЧШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ТОЦИЛИЗУМАБ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	Турсунбаев Р.С., Абдуллаев Ш.С.	190

109. СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БОР БЎЛГАН ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ТУРЛИ ХИЛ ТЕРАПИЯНИНГ АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИ ЦИРКАД РИТМИГА ТАЪСИРИ Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.	191
110. РОЛЬ ДИГИДРОПИРИДИНОВЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ВЛИЯНИЯ НА СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ (СКФ) У БОЛЬНЫХ ХБП 3 СТАДИИ. Узакова Н.И., Собиров У.Х.	193
111. КАРДИО И НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ Узакова Н.И., Собиров У.Х.	195
112. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИЙ ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ Фозилов Н.С., Изатшоев А., Пиров Б.С.	196
113. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ Хаджибаев Ф.А., Султанов П.К., Эргашев Д.Н., Садиков Р.К.	198
114. ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ Хаджибаев Ф.А., Султанов П.К., Эргашев Д.Н., Садиков Р.К.	199
115. БУЙРАК УРИНБОСАР ТЕРАПИЯСИГА МУХТОЖ БЕМОРЛАРНИ РУҲИЙ ХОЛАТИНИ СПИЛБЕРГЕР-ХАНИН ВА НАДС ГОСПИТАЛ ШКАЛА СЎРОВНОМАСИ БЎЙИЧА БАҲОЛАШ Хайитов Х.А., Рахимов И.Ш.	200
116. РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ БЕМОРЛАРИНИ ХАЁТ СИФАТИНИ SF-36 ПСИХОДИАГНОСТИК ТЕСТ ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ Хайитов Хайрулло Абдуганиевич	201
117. К ВОПРОСУ О СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ХРОНИОГЕМОДИАЛИЗЕ Халмухамедов Ж.А., Даминов Б.Т.	202
118. АНАЛИЗ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕМОДИАЛИЗ: МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Халмухамедов Ж.А., Даминов Б.Т.	203
119. К ВОПРОСУ О БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ПРИ КАНЮЛЯЦИИ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ Халмухамедов Ж.А., Даминов Б.Т.	204
120. ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ Ходжанова Ш.И.	205

121. ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Холиков А.Ю., Урманова Ю.М.	207
122. ДАСТУРЛИ ГЕМОДИАЛИЗДАГИ БЕМОРЛАРДА РЕНАЛ ОСТЕОДИСТРОФИЯНИНГ УЗИГА ХОСЛИГИ Худойбердиева Г.А., Мирзаева Б.М.	209
123. НОРМАЛИЗАЦИЯ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III- IV СТАДИИ Хусанходжаева Ф.Т., Шукурова Л.Х., Зуннунов Х.М.	211
124. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Хусанходжаева Ф.Т., Шукурова Л.Х., Саямова Ф.Э.	212
125. PATTERNS OF ARTERIAL BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE DEPENDING ON PATHOGENETIC SUBTYPES AND FUNCTIONAL STATE OF KIDNEYS Kh.A. Rasulova, I.D. Khusinbaev	215
126. ИЗМЕНЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ Расулова Х.А., Хусинбаев И.Д.	216
127. «THE INFLUENCE OF CARDIOVASCULAR COMORBIDITY ON THE SURVIVAL RATES OF DIALYSIS PATIENTS» Sharapov O.N(olimkhon@gmail.com), Daminov B.T. ¹	217
128. «THE NEGATIVE IMPACT OF REUSE OF DIALYZERS ON SURVIVAL RATES OF DIALYSIS PATIENTS» Daminov B.T. , Sharapov O.N	218
129. БУЙРАК ТОШ КАСАЛЛИГИНИ РИВОЖЛАНИШИДА СУВИНИ ҚАТТИҚЛИГИНИНГ АҲАМИЯТИ Шерқўзиёва Г.Ф., Самигова Н.Р., Бекмуратова С.Б.	219
130. СОСТОЯНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Шоалимова З.М., Абдуакимова Б.И.	222
131. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ АССОЦИИРОВАНО С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Шокиров Х.Ш., Камалов Т.Т.	224
132. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК II-III СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ. Шукурова Л.Х., Ибинхужаев Э.Т., Хусанхаджаева Ф.Т.	226
133. ВЛИЯНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК И ВНУТРИПОЧЕЧНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ. Шукурова Л.Х., Эргашов Ж.И., Султонов Н.Н.	228

134. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК И ВНУТРИПОЧЕЧНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК II-III СТАДИИ Шукурова Л.Х.	229
135. ГЕНЕТИКО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОЖИРЕНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Эрназарова М.М., Абдуллаев Ш.С.	230
136. СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ КАСАЛЛИГИДА ПАТОГЕНЕТИК ДАВО БИЛАН ПЛАЗМОФЕРЕЗ АМАЛИЁТИНИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ Эшонов Ш.Н., Жабборов А.А., Умарова З.Ф., Зарипов С.И.	232
137. СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ L-АРГНИНОМ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ, ХБП III-IV стадии. Эшонов Ш.Н.	234
138. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛУТАТИОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III СТАДИИ Эшонов Ш.Н.	236
139. КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРЕПАРАТОМ «ПОЛИСОРБ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК III СТАДИИ Эшонов Ш.Н.	237
140. ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Холиков А.Ю., Урманова Ю.М.	238

Бутунжахон буйрак кунига бағишланган

“СОҒЛОМ БУЙРАК – СОҒЛОМ ҲАЁТ”

3-чи халқаро илмий-амалий анжуман

Тошкент – «Fan va texnologiyalar nashriyot-matbaa uyi» – 2022

Муҳаррир:	Ш.Кушербаева
Тех муҳаррир:	Ш.Мирқосимова
Расом:	У.Ортиқов
Компьютерда саҳифаловчи:	Н.Рахматуллаева

ISBN 978-9943-7977-3-4



E-mail: tipografiyacent@mail.ru Tel: 97-450-11-14, 93-381-22-07.

Босишга рухсат этилди 17.03.2022.

Бичими 60x84 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.

Офсет босма усулида босилди.

Шартли босма табоғи 31,75. Нашриёт босма табоғи 31,5.

Тиражи 300. Буюртма № 34.

«Fan va texnologiyalar nashriyot-matbaa uyi»

босмаҳонасида чоп этилди.

Тошкент ш., Фозилтепа кўчаси, 22 б уй.