



ERA's endorsement is for the promotion of education in general, therefore the specific content of the event/course is the responsibility of the organiser

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN NEFROLOGIYA VA BUYRAK TRANSPLANTATSIYASI
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI
TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI
"O'ZBEKISTON DIALIZ JAMIYATI" NT
TOSHKENT DAVLAT STOMATOLOGIYA INSTITUTI**

XALQARO ILMIY-AMALIY ANJUMAN

«SOG'LOM BUYRAKLAR - HAMMA UCHUN»

TEZISLAR TO'PLAMI



**2025 yil, 12 aprel
Toshkent**

TAXRIRIYAT KENGASHI

- Bosh taxirchi: - t.f.d. professor, Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktori.
Daminov B.T
- Bosh taxirchi muovini: - t.f.d. professor, Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari.
Sabirov M.A
- Mas'ul kotib: - t.f.n. Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy kotibi.
Bozaripov S.J

TAXRIR XAY'ATI A'ZOLARI

- Daminova K.M. - t.f.d. Toshkent Davlat stomatologiya instituti, 2-son terapevtik yo'nalishdagi fanlar kafedrasida dotsenti.
- Abdullaev Sh.S. - t.f.d. dotsent, Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy bo'lim mudiri.
- Sultonov N.N. - PhD, Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy bo'lim mudiri.
- Sharapov O.N. - PhD, Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy bo'lim mudiri.

TAQRIZCHILAR

- Zufarov A.K. - t.f.d. professor, Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi professori.
- Jabborov A.A. - t.f.d. professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi. 2-son fakultet va hospital terapiya, nefrologiya va gemodializ kafedrasida mudiri.

Ilmiy to'plamda 2025 yil 12 aprelda Toshkentda o'tkazilgan "Sog'lom buyraklar - hamma uchun" mavzusidagi xalqaro ilmiy-amaliy anjumaning tezislari to'plami hisoblanadi. To'plamda O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi, Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti va boshqa tashkilotlar hamkorligida tashkil etilgan konferensiya materiallari jamlangan.

To'plamda surunkali buyrak kasalliklari, glomerulonefrit, pielonefrit, buyrak transplantatsiyasi, gemodializ, diabetik nefropatiya, podagrik nefropatiya va boshqa ko'plab buyrak patologiyalari bo'yicha tadqiqotlar natijalari aks ettirilgan. Shuningdek, kardiorenal sindrom, buyrak disfunktsiyasi, o'pka gipertenziyasi kabi asoratlar va ularni davolashning zamonaviy usullari to'g'risidagi ilmiy maqolalar ham o'rin olgan. Materiallar o'zbek, rus va ingliz tillarida taqdim etilgan bo'lib, O'zbekiston va xalqaro miqyosdagi ko'plab olimlar va mutaxassislarining ishlari jamlangan.

Muxarrirlik kengashi anjuman materiallarining mazmuniga mas'ul emas.

Ilmiy to'plam mualliflar tomonidan topshirilgan tezislarni original holatda chop etmoqda.

MUNDARIJA – ОГЛАВЛЕНИЕ - CONTENTS

Abbasov A.K., Rasulova Kh.A. / Serum p-selectin as an early marker of endothelial dysfunction and atherosclerotic changes in patients with chronic kidney disease	15
Abdullayev Sh.S., Mirmahammadov O.F. / Efficacy and safety of direct oral anticoagulants in elderly patients with chronic kidney disease and atrial fibrillation	16
Abdullayev R.B., Bakhtiyarova A.M. / Management of renal pathology-associated gastric secretory dysfunction in patients with chronic kidney failure	17
Akhmedova D.I., Abidova M.D. / Modern aspects of treatment of phosphorus metabolism disorders and tubulopathy in children with diabetes	18
Aliyev M., Mominov Sh. / Assessing early heart failure in hemodialysis patients: the role of GLS versus BNP	19
Aliyev M., Mominov Sh. / Comparative evaluation of GLS and bnp in hemodialysis patients with and without cardiovascular history	20
Allazov S.A. / Buyraklarning xirurgik (piyelonefrit) va terapevtik (glomerulonefrit) zararlanishlarning differensial tashxisi masalalari	21
Alyavi B.A., Gazieva H.Sh., Mirzaeva B.M., Abdullayev A.X. / Tizza osteoartriti bilan og'rigan bemorlarda surunkali buyrak kasalligining rivojlanish omillarini o'rganish	22
Bekmetova Sh.K., Matmurotova S.O., Sapayeva Z.A. / The significance of left ventricular remodeling in diabetic nephropathy	23
Daminov B.T., Gaziyeva X.Sh., Tursunbaev R.S. / Osteoartrit bilan og'rigan bemorlarda surunkali buyrak kasalligi rivojlanishi xavf omillarini o'rganish.....	24
Daminov B.T., Abdurahitova A.N. / O'pka gipertenziyasi bo'lgan surunkali buyrak kasalligi bilan og'rigan bemorlarning hayot sifati xususiyatlari	25
Daminov B.T., Abdurahitova A.N. / Gemodializ o'tkazilayotgan bemorlarda o'pka gipertenziyasining rivojlanish mexanizmining o'ziga xos xususiyatlari	26
Djumaniyazova Z.F., Sapayeva Z.A. / Podagrik nefropatiyasi bo'lgan bemorlarda buyrak disfunktsiyasini o'ziga xos xususiyatlari	27
Eshonov Sh.N., Abdukadirova Sh.A., Boboqulov M.B. / Assesment of chronic kidney disease risk factors in the Aral Sea region.....	28
Eshonov Sh.N., Abdukadirova Z.A., Boboqulov M.B. / Obesity as a risk factor for CKD progression.....	29
Gulyamova V.R., Daminova M.N. / Og'ir kechishli qizamiq bo'lgan bolada buyrakning o'tkir shikastlanishi (klinik holat)	29
Hiroshi Kaneda / Comparison of hemodialysis method and its outcome between Kamome Clinic and Japan.....	30
Jumanazarov S.B., Jabbarov O.O. / Surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda genetik o'zgarishlar tahlili	31

Kosimova G.B., Muminov Sh.K. / The effect of intradialytic physical activity on myocardial damage markers in patients with chronic kidney disease.....	32
Mahmudova M.M., Bekmetova Sh.K., Sapayeva Z.A. / Gipertonik shakldagi surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda yurak ichki gemodinamika buzilishlari	33
Mamajonova Z.Sh., Egamberdiyeva D.A. / Yurak ishemik kasalligi va semizlik mavjud bemorlarda surunkali buyrak kasalligining uchrashi.....	33
Mamarizaev A.A., Rustamov U.M. / Significance of the CYP17A1 gene in the development of benign prostatic hyperplasia and prostate cancer.....	35
Mamarizaev A.A., Rustamov U.M. / The role of the G2014A/Thr594Thr polymorphism in the ESR1 gene in the pathogenesis of benign prostatic hyperplasia and prostate cancer	36
Mamarizaev A.A., Rustamov U.M. / The role of the Val89Leu polymorphism in the SRD5A2 gene in the pathogenesis of benign prostatic hyperplasia and prostate cancer.....	37
Mansurbekov D.M., Nurullayev B.A., Bakhtiyarova A.M. / Intestinal microbiota changes in the pre-dialysis stages of chronic kidney disease and methods of its correction.....	38
Masharipova D.R., Boboev K.T., Zokirova G.A., Tagaeva D.R. / Buyrak disfunksiyasi bilan surunkali yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda AGT geni T174M polimorfizmining o'rni	39
Mirsaidova X.M. / Gemodializ bilan og'rigan bemorlarda oqsil energiya etishmovchiligini tuzatish uchun yangi yondashuvlar	40
Mirzoodilova N.A., Sobirov U.X. / Surunkali buyrak kasalligi va kardiorenal sindromi: bemorlarning ruxiy holati, hayot faoliyatiga ta'siri va nefrologik yordamning zamonaviy usullari	41
Muminov D.K., Jalilov Sh.H. / Assessment of changes in the lipid spectrum against the background of prednisolone therapy in patients with chronic glomerulonephritis	43
Muminov D.K., Jalilov Sh.H., Tursunbaev A.K. / Assessment of changes in electrocardiography against the background of prednisolone therapy in patients with chronic glomerulonephritis.....	43
Muminov Sh.K., Muminova S.U., Nigmanov B.B. / The role of diabetes mellitus in the development of contrast-induced nephropathy in patients during X-ray endovascular procedures.....	44
Mustafayeva M.R., Axmedova N.Sh. / Kontrast-indusirlangan nefropatiya: turli rentgen-kontrastli moddalarni taqqoslash	45
Nurmatova O.A. / Bolalarda nefrotik sindrom rivojlanishining yoshga bog'liq klinik mezonlari.....	46
Omonova F.O.^{1,2}, Rasulev Y.E.¹, Abrorova B.T. / Association of the IGF2BP2 gene (rs1470579) polymorphism with type 2 diabetes and diabetic nephropathy in uzbek population.....	47
Pulatova Sh.B., Nabiyeva D.A., Allamurodova N.A. / Tizimli sklerodermiyada bemorlarda kompleks davo hamda rituksimab qo'llanilganda buyrak faoliyatini baholash.....	48

Daminov B.T., Rasulev Y.E., Xalmuhamedov J.A. / Surunkali buyrak kasalligi bolgan bemorlarda - og'riqni hayot sifatiga ta'siri o'rganish.....	49
Raxmatov A.M., Jabbarov O.O. / Podagra bilan kasallangan bemorlarda buyrak faoliyatining buzilishi	50
Raxmatov A.M., Jabbarov O.O. Podagra bilan kasallangan bemorlarning yoshga bog'liq buyrak zararlanishi ko'rsatkichlari.....	51
Sapayeva Z.A., Djumaniyazova Z.F. / Nephirin and chronic glomerulonephritis	52
Sapayeva Z.A. / Surunkali glomerulonefrit profilaktikasida regenerativ tibbiyotning roli.....	53
Shamuhamedova N.SH. / Surunkali piyelonefrit bilan kasallangan bemorlarni davolashda immunokorreksiyaning o'rni.....	54
Shukurova L.X., Xasanov A.A., Ibragimova N.S., Xusanxodjayeva F.T. / Qandli diabetga chalingan bemorlarda davoga vitamin dni qo'shish orqali siydik yo'llari infeksiyasini davolash samaradorligini oshirish	55
Sobirova B.A. / Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarning buyrak ultrasonografik tekshiruv va sun'iy intellekt yordamida yangi diagnostik yondashuvlar	55
Sultonova D.U., Zhabbarov O.O., Tursunova L.D. / Early markers of renal damage in patients with coronary artery disease	56
Turaqulov R.I., Qurbonov Sh.T., Rustamov A. I., Abduhalilova U.A. / Surunkali yurak yetishmovchiligi buyraklar disfunktsiyasi bilan birga kechishida siydik kislotaning tashxisiy ahamiyati	57
Turaqulov R.I., Boymurodova N.Ch. / Surunkali yurak yetishmovchiligida burak diskfunktsiyasini erta tashxislashda klotho oqsilining ahamiyati	58
Tursunova L.D., Jabbarov O.O. / Endothelial dysfunction and kidney pathology	59
Xatamov E.A., Sabirov M.A. / Rejali gemodializda bo'lgan bemorlarda qon bosimi darajasining o'zgarishi	60
Абдувахитова А.Н., Сабиржанова З.Т., Эгамбердыева Д.А., Рузметова И.А. / Качество жизни больных пожилого возраста, страдающих сердечной недостаточностью на фоне хронической болезни почек.....	61
Абдуллаев А.Н., Арипходжаева Г.З. / Противовирусная терапия HCV инфекции больных ХБП 5 ст. получающих программный гемодиализ	63
Абдуллаев Ж.У., Мирахмедова Х.Т., Саидрасулова Г.Б. / Ковид-19 ассоцирланган реактив артритда интерлейкин-6 нинг аҳамияти	64
Абдуллаев Ш.С., Афинова А.А. / Роль кальцимитетиков в коррекции вторичного гиперпаратиреоза у больных с хронической болезнью почек находящиеся на программном гемодиализе	65
Абдуллаев Ш.С., Мирмахаммадов О.Ф. / Клиническое подозрение на позвоночный остеомиелит: боли в спине у пациентов на гемодиализе, связанные с инфекцией катетера.....	66

Абдуллаева Х.А., Мунавваров Б.А. / Турли генезли нефропатиялар асосида шакланган сурункали буйрак касаллигининг 5-босқичи беморларида яллиғланиш медиаторларининг ўзгаришлари	68
Адылова Д.Ш., Даминова Б.Т. / Влияние коморбидных состояний на прогрессирование хронической болезни почек.....	69
Адылова Д.Ш., Даминова Л.Т. / Факторы риска и динамика клинических показателей у пациентов с хронической болезнью почек	70
Аллазов И.С., Эргашев А.Ш., Яхьяева П.Э. / Особенности лапароскопических вмешательств при кистозных новообразованиях и эхинококкозе почек	71
Арипходжаева Г.З., Абдуллаев А.Н. / Особенности клинического течения HCV-инфекции у больных ХБП 5 стадии.....	72
Арипходжаева Г.З., Акалаев Р.Н., Рахимова Н.С. / Эпидемиологические особенности вирусных гепатитов в отделении гемодиализа.....	73
Даминов Б.Т., Асадов Н.З. / Ранняя диагностика хронического поражения почек при хронической сердечной недостаточности.....	74
Даминов Б.Т., Асадов Н.З. / Особенности изменения нейрогуморальной системы у больных с хронической сердечной недостаточностью при наличии дисфункции почек	76
Асрарова З.Д., Алиева Р.Б. / Роль абдоминального ожирения у мужчин и женщин в развитии синдрома обструктивного апноэ во сне.	78
Атаходжаева Г.А., Шарипов Н.М. / Изучение роли биомаркеров активности ренин ангиотензиновой альдостероновой системы в патогенезе кардиоренальной патологии у пациентов с артериальной гипертензией	79
Атаходжаева Г.А., Шарипов Н.М. / Исследование степени изменения структурного и функционального состояния почек у пациентов с артериальной гипертензией.....	81
Ахмедова Д.И., Абидова М.Д. / Нарушения фосфорного обмена и тубулопатии как клиническое проявление рахитподобного заболевания при диабете у детей: клинические аспекты и молекулярные механизмы.....	82
Ахмедова Д.И., Абидова М.Д., Маматкулов Э.А. / Особенности клинического течения и молекулярной генетики рахитподобных заболеваний у детей	84
Ахмедова М.А., Акалаев Р.Н., Арипходжаева Г.З. / К вопросу эффективности противовирусной терапии детей с герпесвирус-ассоциированным хроническим гломерулонефритом.....	85
Ахмедова М.А., Акалаев Р.Н., Арипходжаева Г.З. / Клинико-иммунологическая характеристика герпесвирус-ассоциированного хронического гломерулонефрита у детей.....	86
Балакина А.С., Застело Е.С. / Сравнительный анализ расчетной скорости клубочковой фильтрации у детей с воспалительными заболеваниями кишечника.....	87

Баситханова Д.Э., Арипходжаева Г.З. / Значение водного баланса у пациентов с ХБП с нарушенным питанием.....	88
Бахритдинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т., Уринов Ж.Б., Азимова М.Т., Рустамов М.О., Комилова Д.Н., Элмуродова Н.Б. Рустамов И.З., Валиев М.А., Турдиев И.М. / Трансплантация почки от живого родственного донора у детей. Анализ результатов операций, выполненных в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова».....	90
Баширова А.Э., Урунбаева Д.А. / Динамика скорости клубочковой фильтрации у пациентов с сахарным диабетом 2 типа после отмены ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа.....	91
Даминов Б.Т., Бозарипов С.Ж., Ибинхўжаев Э.Т., Ганиев Х. / Ўзбекистон Республикасида гемодиализ хизмати сифатини кўтаришда тиббий ускуналарнинг сони ва уларга кўрсатилаётган сервис хизматнинг ўрни	92
Даминов Б.Т., Бозарипов С.Ж., Эсонов Ш.Р., Зуннунов Х.М. / Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимида гемодиализ хизмати сифатини оширишда давлат-хусусий шерикликни ўрни	94
Бондаренко А.Р., Сафаров А.З., Собиров Ж.Г. / Болаларда яқин қариндошлар орасида буйрак трансплантациясининг бевосита натижалари	95
Буранова Д.Д., Мухаммаджанова М.А. / Применение антимикробной терапии с фторхинолоном при патологии почек	96
Валиев А.А. Ортикбоев Ж.О. / Биохимические маркеры при хронической обструктивной болезни легких и хронической болезни почек.....	97
Валиев А.А., Ортикбоев Ж.О. / Состояние минеральной плотности костной ткани у больных, хроническая болезнь почек	99
Гадаев А.Г., Сафарова Г.А. / Нефропатияларни COVID-19 ўтказган беморларда кузатилиши	100
Гадаев А.Г., Халимова Х.Х. / Ўпкани сурункали обструктив касаллиги артериал гипертензия билан кечганда буйрак дисфункциясини клиник-функционал хусусиятлари.....	101
Гадаев А.Г., Салаева М.С., Матирзаева Ш.Г. / Ўпкани сурункали обструктив касаллигини метаболик ассоцирланган жигарнинг ёғли касаллиги билан коморбид кечганда буйрак дисфункцияси ва хавф омилларини учраши	103
Гадаев А.Г., Салаева М.С. / Ўпкани сурункали обструктив касаллиги билан хасталанган беморларда буйрак дисфункцияси ва коморбид ҳолатларни баҳолаш	104
Гадаева Н.А., Туракулов Р.И. / Турли этиологияли буйраклар дисфункциясини ташхислашда Klotho оқсилнинг аҳамияти.....	106
Туракулов Р.И., Гадаева Н.А. / Фибробласт 23 ўсиш омилини турли этиологияли буйраклар дисфункцияси эрта аниқлашдаги ўрни.....	108
Газиева Х.Ш., Сабиржанова З.Т., Мирзаева Б.М. / Характеристика суточного колебания артериального давления у больных гипертонической болезнью с кардиоренальным синдромом	109

Дадабаева Р.К., Тураходжаева С.С., Нуриддинова Ф.М. / Семизлик ташхисланган ўзбек миллатига мансуб аёлларда буйраклар зарарланишини эрта ташхислаш.....	111
Даминов Б.Т., Мирхаётов М.М. / Клинический статус и качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца и хронической почечной патологией	113
Даминов Б.Т., Мирхаётов М.М. / Этиологические факторы развития хронической болезни почек у пациентов с ишемической болезнью сердца.....	114
Даминов Б.Т., Бахтиярова У.А. / Сравнительная оценка кровотока в почечных артериях у пациентов с хронической болезнью почек на фоне дислипидемии.....	115
Даминов Б.Т., Бахтиярова У.А. / Сравнительная оценка эндотелиальной функции у больных с хронической болезнью почек на фоне дислипидемии	116
Даминова Л.Т., Рашидова А.С. / Иммуносупрессив терапия негизида беморлар жигаридаги структур-функционал ўзгаришларнинг лаборатор манзараси.....	118
Джалилзода С.С. / Влияние аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек на развития артериальной гипертензии	118
Дўсқобилова З.Б. / Сурункали буйрак касаллигида буйрак ичи қон оқими тезлигини турли хавф омиллари негизида ўзгаришлари	120
Дўсқобилова З.Б. / Сурункали буйрак касаллигида томирлар қаршилигини турли хавф омиллари негизида ўзгаришлари манзараси	122
Жаббаров О.О., Хужаниязова Н.К., Турсунова Л.Д. / Показатели центральной гемодинамики при диабетической нефропатии	123
Жаббаров О.О., Турсунова Л.Д., Хужаниязова Н.К. / Артериальная гипертензия при диабетической нефропатии	124
Жайбергенова Ж.Б., Коцанова А.М., Абубакирова З.Б. / Мочекаменная болезнь в регионах приаралья среди взрослых: эпидемиологические особенности, факторы риска и связь с качеством источников питьевой воды.....	125
Жарылкап Д.А., Бейсахан Б.У., Ертлесова Г.Д., Канафина Ш.М. / Хроническая болезнь почек в группах риска и реальная картина скрининга.....	127
Жумасилова М.Е., Ерсайнова А.Е., Ертлесова Г.Д., Садыкова Ш.А. / Клинический случай поражение почек при моноклональной гаммапатии ренального значения	128
Закиров Д.Ф., Зуфаров А.К., Зокирова Г.Д. / Роль кетоаналогов аминокислот в замедлении прогрессирования ХБП	129
Закиров Д.Ф., Зуфаров А.К., Зокирова Г.Д. / Проблемы коррекции анемии у больных ХБП-5 стадии на гемодиализе.....	131
Ибинхужаев Э.Т., Азизов С.К., Рахимова Н.С. / Эффективность препарата этилметилгидроксипиридин сукцината при диабетической нефропатии.....	133
Ибрагимова Н. С., Даминова К.М., Хасанов А.А., Хусанходжаева Ф.Т. / Гиповитоминоз Д у больных с диабетической нефропатией	134

Иванов Д.Д., Гоженко А.И. / Роль функционального почечного резерва в прогнозе эффективности лечения и исхода ХБП	135
Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С. / Оптимизация антикоагулянтной терапии при коморбидном течении фибрилляции предсердий и хронической болезни почек 4 стадии	137
Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С. / Мониторинг показателей предсердий у пациентов с фибрилляцией предсердий и хронической болезнью почек после радиочастотной аблации	138
Исламова М.С., Сабиров М.А. / Эндотелиальная дисфункция и патология почек	139
Йулдошев Т.Р., Тошпулатов Ш.П. / Сурункали буйрак касаллигининг диализ олди босқичларида фетуин-А даражасининг ўзгаришлари.....	140
Kadirova G.G. / Surunkali piyelonefrit bilan kasallangan bemorlarni davolash xususiyatlari.....	141
Карабаева Г.Х., Шодикулова Г.З. / Моноцитарный хемотаксический протеин-1 (MCP-1) как молекула воспаления при хронической болезни почек.....	142
Каримджанова Г.А., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А. / Роль факторов риска в развитии и прогрессировании фибрилляции предсердий у пациентов с ХОБЛ	143
Каримджанова Г.А., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А. / Особенности нарушений липидного обмена у больных с ХСН и фибрилляцией предсердий в сочетании с ХОБЛ	144
Kodirova Sh.A., Turdieva T.R. / Features of the course of clinical forms of chronic glomerulonephritis depending on gender and age.....	145
Кокошко А.И., Малтабарова Н.А., Байкелова М.Р. / Клинический случай коррекции синдиализной артериальной гипертензии методом профилирования УФ и натрия	147
Бахритдинов Ф.Ш., Азимова М.Т., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б., Маткаримов З.Т., Комилова Д.Н., Элмуродова Н.Б., Рустамов И.З. / Результаты биопсии трансплантатов почки и особенности их лечения.	148
Косимова Г.Б., Муминов Ш.К. / Влияние стажа гемодиализа на миокардиальные маркеры и структурно-функциональные показатели сердца у пациентов с хронической болезнью почек	150
Кощанова А.М., Елмуратова А.А., Абубакирова З.Б. / Этиологические факторы дисфункции почечных канальцев у детей, проживающих в зоне экологического риска Аральского моря.....	152
Куаншалиева Ж.Е., Мейрманкулова А. Е., Толеуова Л.Б. / Результаты проведения скрининга по выявлению ХБП у жителей г. Астана в 2024 году	153
Мамажонова З.Ш., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А. / Оценка функционального состояния почек в взаимосвязи с коронарным кальцинозом у больных ХИБС и ожирением	155

Исмаилов С.И., Бахритдинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т., Азимова М.Т., Элмуродова Н.Б., Комилова Д.Н., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б., Рустамов И.З. / Результаты раннего послеоперационного периода у реципиентов после трансплантации почки от живого родственного донора.....	155
Маткаримов З.Т., Бахритдинов Ф.Ш., Элмуродова Н.Б., Комилова Д.Н., Азимова М.Т., Абдурахманова Н.Н., Абдуллаева М.А., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б., Рустамов И.З. / Анализ результатов родственной трансплантации почки от доноров, несовместимых по системе АВО	157
Мирзалиева А.А., Махмуджанова М.Э. / Врожденные нефропатии и их встречаемость среди детей в Узбекистане	158
Муминов Д.К., Кадиров Б.Б. / Гастроинтестинальные проявления у пациентов с хронической болезнью почек	159
Muratbekova E., Toleubayev M., Starodubov A., Bekishev B., Amanzholova A., Koichubaeva D. / Transitioning patients from hemodialysis to peritoneal dialysis: insights and outcomes from a specialized dialysis center: case series	160
Мурзахметов С.Г., Туребеков Д.К., Шмидт А.А. / Оценка качества жизни пациентов на программном гемодиализе: влияние заболевания на физическое, психическое и социальное функционирование как ключевая проблема в повышении качества медицинской помощи	161
Муротов ТМ.Н., Ирназаров Ш.А. / Улинастатин при комплексной терапии больных с острым панкреатитом	162
Мусабаева Д.Н., Сепенова А.А., Ертлесова Г.Д. / Клинический случай пациента на гемодиализе с аутоиммунным триггерным транслантатопосредованным системным васкулитом	164
Мухиддинова Н. З., Даминова Л.Т. / Метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллиги негизида кечаётган сурункали буйрак касаллигида буйрак шикастланиш маркерларининг ўзгаришлари.....	166
Мухиддинова Н. З., Бабажанова Н.Р., Хасанов А.А. / Метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллиги негизида кечаётган сурункали буйрак касаллигида буйрак дисфункцияси манзараси.....	167
Назарова Н.О., Жаббаров О.О. / Риск атеросклероза у пациентов с хронической болезнью почек	168
Назарова Н.О., Жаббаров О.О. / Роль липопротеидов высокой плотности в развитии хронической болезни почек.....	169
Олимхонова К.Н., Эгамбердиева Д.А. / Метаболические нарушения и их влияние на функцию почек у пациентов с бронхиальной астмой и ожирением.....	170
Ортикбоев Ж.О. / Молекулярно-генетические особенности активности ренин-ангиотензивной системы при хронической болезни почек.....	171
Очилов Ш.З., Сабиров М.А. / Режали гемодиализдаги беморларда ошқозон-ичак йўлларидаги шикастланишларнинг эпидемиологик тахлили	173

Очилов Ш.З., Мунавваров Б.А. / Режали гемодиализдаги беморларда ошқозон-ичак йўлларидаги шикастланишлар негизида нутритив статуснинг бузилиши	174
Рашидова А.С., Барноев Х.Б. / Иммуносупрессив терапия негизида беморлардаги жигар структур-функционал ўзгаришларни даволаш	174
Сабиржанова З.Т., Раимкулова Н.Р. / Внутрисердечная гемодинамика у пациентов с ХБП 2 и безболевого ишемией миокарда	175
Сабиров М.А., Султонов Н.Н., Шарапов О.Н., Нурматова Д.Б., Исиргапова С.Н. / Сурункали буйрак касаллигида перорал бикорбанатларни фойдаланишдаги замонавий қараш.....	176
Сабиров М.А., Султонов Н.Н., Исиргапова С.Н., Нурматова Д.Б. / Сурункали буйрак касаллигида кислота-ишкор балансини мувозанатлашда таблеткали бикорбанатларнинг роли.....	177
Саидов Ш.Б., Хамрабаева Ф.И. / Влияние комбинации эзомепразола, цинка и магнитотерапии в лечении НПВП индуцированной гастропатии у пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата с нормальной функцией почек.....	179
Саипова Д.С., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А. / Влияния физических тренировок на функцию почек у больных с хронической болезнью почек додиализных стадий....	180
Саипова Д.С. / Оценка качества жизни у пациентов с хронической болезнью почек, соблюдающих малобелковую диету	181
Саипова Д.С., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А. / Взаимосвязь кишечной микробиоты и функции почек у больных с хронической обструктивной болезни легких	181
Сайитов О.Ш., Газиев З.Т. / Выбор вида анестезиологического обеспечения при операциях на нижних конечностях у пациентов пожилого возраста с сердечной недостаточностью	182
Сайитхонов С.М., Даминова К.М. / Сурункали буйрак касаллигида гипергомоцистеинемияни аторвастатин билан даволаш орқали дисэлектrolитемияни меъёрлаштириш	184
Сайитхонов С.М., Даминова К.М., Насирдинов А.З. / Буйрак касалликларида гипергомоцистеинемияга боғлиқ ҳолда дисэлектrolитемиянинг манзараси.....	185
Салимова Г.Ш. / Сурункали буйрак касаллигининг диализ олди босқичларида буйрак дисфункцияси манзараси	186
Салимова Г.Ш., Даминова К.М. / Сурункали буйрак касаллигидаги ренал камқонликнинг лаборатор манзараси	187
Сапаев Д.Ж., Сабиров М.А. / Буйрак трансплантацияси ўтказилган реципиентларда иммуносупрессив терапиянинг жигар структур-функционал ҳолатига таъсири.....	188
Сапаев Д.Ж., Мунавваров Б.А. / Буйрак трансплантацияси ўтказилган реципиентларда иммуносупрессив терапияни трансплантат буйрак функционал ҳолатига таъсири	189

Сафарова Г.А., Гадаев А.Г., Ахмедова Н.Ш. / Ковиддан кейинги синдромда нефропатияларни эрта ташхислаш ва даволаш	190
Скосырева О.В., Исиргапова С.Н., Даминова К.М., Бабажанова Н.Р. / Микроэлементы плазмы крови женщин, находящихся на программном гемодиализе	191
Даминов Б.Т., Собиров У.Х. / Сурункали буйрак касаллигида комплекс даво негизида буйрак шикастланиш маркерларининг ўзгариши	192
Даминов Б.Т., Собиров У.Х. / Комплекс даво негизида буйракларнинг клиник-функционал ҳолати	193
Даминов Б.Т., Собиров У.Х. / Комплекс даво негизида сурункали буйрак касаллигини авж олишини баҳолаш.....	194
Султонов Н.Н., Даминова К.М., Сабиров М.А., Даминова Х.М. / Характеристика когнитивных нарушений у больных ХБП I-IV стадии	195
Толежанова А.Н., Канафина Ш.М., Актаубаева А.Т. / Болезнь фабри: сочетание наследственного и иммуноопосредованного гломерулонефрита.....	197
Толеубаев М.Т., Муратбекова Э.Р., Стародубов А.Ю. / Перитонеальный диализ: современные методы установки катетеров.....	198
Эшонқулов С.С., Турақулов Р.И. / Helicobacter Pylori билан ассоцирланган сурункали юрак етишмовчилиги темир танқислиги камқонлиги билан кечганда ташхислашни мувофиқлаштириш	199
Турақулов Р.И., Тулаев Ё.Б. / Сурункали юрак етишмовчилигида буйраклар дисфункциясини ташхислашда креатинин ва цистатин С миқдорининг аҳамияти	200
Тургунова Д.П., Арипходжаева Г.З. / Эмоциональное выгорание медсестер гемодиализа	202
Туребеков Д.К., Молдахметова С.С., Бухарбаева Б.Д., Антаева Д.А. / Вовлечение молодых нефрологов в организацию образовательных встреч с пациентами как ключевой шаг к ранней диагностике и профилактике хронической болезни почек	203
Туребеков Д.К., Биғазы А.Б., Таскимбаева А.М. / Оптимизация амбулаторного наблюдения пациентов с хронической болезнью почек: предупреждение терминальной почечной недостаточности и адекватная подготовка к заместительной почечной терапии.....	204
Турсунбаев Р.С., Абдуллаев Ш.С. / Натрий-глюкоза котранспортер ингибиторини сурункали буйрак касаллиги билан бирга кечувчи метаболит боғлиқ жигарни ёғли касаллигида липид метаболизмига ва инсулинорезистентликка таъсири.....	206
Турсунбаев Р.С., Абдуллаев Ш.С. / Применение эмпаглифлозина у пациентов с коморбидностью: хроническая болезнь почек и неалкогольная жировая болезнь печени.....	207
Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О. / Цистатин С в диагностике начальных стадий хронической болезни почек	208

Убайдуллаева Б.Н., Джаббарова А.М., Икрамова А.Ш. / Коррекция анемии у больных, получающих программный гемодиализ	209
Убайдуллаева Б.Н. / Информативность гемограммы у больных хронической болезни почек, получающих программный гемодиализ	210
Фазилбекова З.Н., Даминов Б.Т., Закирова Ф.А. / О взаимосвязи сократительной функции миокарда и III-IV стадией хронической болезни почек.....	211
Фазилбекова З.Н., Даминов Б.Т., Закирова З.Н. / Особенности временных показателей вариабельности ритма сердца у пациентов с хронической болезнью почек III-IV стадии гипертонической этиологии с оценкой влияния сопутствующего сахарного диабета.....	212
Фазилбекова З.Н., Даминов Б.Т., Закирова З.Н. / Вариабельность ритма сердца как маркер эффективности лечения ХБП III-IV стадии	213
Хайитов Х.А., Жамолов А.Ш. / Особенности анемии у пациентов, получающих гемодиализ: сравнительный анализ методов коррекции.....	215
Халмухамедов Ж.А., Даминов Б.Т., Расулев Ё.Э. / Хроническая боль у пациентов, находящихся на гемодиализе, с терминальной стадией почечной недостаточности: распространенность, характеристики и терапевтические подходы	216
Халмухамедов Ж.А., Шукуриллева Ф.Ф. / Патогенетические аспекты течения ХБП у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 1 и 2 типов	217
Хамзаев К.А., Файзахматова Ф.О. / Применение моноклональных антител в лечении стероид чувствительного нефротического синдрома у детей	218
Хамзаев К.А., Халилов М.Х. / Эффективность иммунодепрессантов в лечении стероид резистентного нефротического синдрома у детей.....	220
Хамзаев К.А., Маматкулова Ф.Б. / Результаты патогенетической терапии IgA нефропатии у детей в зависимости от ее морфологических вариантов	222
Хасанов Б.И., Махмудов Ф.Ф. / Сурункали буйрак касллиги билан касалланган беморларни гемодиализгача бўлган даврда комплекс даволашда гепатопротектив-детоксикант дори воситалари кулланилишининг самарадорлиги	224
Хасанова М.А., Эшмурзаев Д.М. / Гендерные различия снижении скорости клубочковой фильтрации пациентов с сахарным диабетом II типа и хронической болезнью почек	225
Хатамов Э.А., Султонов Н.Н. / Роль анемии в риске развития тромбоза сосудистого доступа у больных на программном гемодиализе	225
Хатамов Э.А., Сабиров М.А. / Особенности качества жизни больных на гемодиализе	226
Хаттабов М.Х., Бадридинова Б.К. / Функциональное состояние пациентов с терминальной почечной недостаточностью и его связь с нарушением кальций-фосфорного обмена.....	228

- Холиков А.Ю.** / О факторах риска развития хронической болезни почек у больных с сахарным диабетом 2 типа..... 229
- Худойбердиева Г.А., Раимкулова Н.Р.** / Изменение площади жировой ткани у пациентов с ХСН и ХБП на фоне терапии эмпаглифлозином: данные биоимпедансометрии 231
- Xusanxodjaeva F. T., Daminova K. M., Nurmatova D.B.** / Lyupus nefritli bemorlarda IL-6, O'NO-ALFA va vitamin D miqdori o'trasidagi bog'liqlik 232
- Шарапов О.Н., Даминов Б.Т., Сабиров М.А., Хатамов Э.А., Азизов С.К., Султонов Н.Н.** / Первый случай успешной беременности и естественных родов у больной на программном гемодиализе в Узбекистане: клинический случай 233
- Маткаримов З.Т., Элмуродова Н.Б., Комилова Д.Н., Азимова М.Т., Абдурахмонова Н.Н., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б., Рустамов И.З., Турдиев И.М.** / Особенности ведения беременности у реципиенток почечного трансплантата 234
- Eshonov SH.N.** / Gipertpnik nefroangiosklerozda buyrak funksional xolatini yahshilashda ozon terapiyaning ahamiyati 236
- Эшонов.Ш.Н., Сабиров М.А., Султонов Н.Н.** / Режали гемодиализ олаётган беморларда озонотерапия фонида гемодиализ самарадорлигини баҳолаш 237
- Эшонов Ш.Н., Скосырева О.В., Абдукадырова З.А., Бобокулов М.Б.** / Сравнения двух методик расчёта скорости клубочковой фильтрации в регионе приаралья..... 238
- Юсупов М.М., Турсунбаев А.К.** / Опыт применения ритуксимаба при резистентном к терапии фокально-сегментарном гломерулосклерозе у взрослых 239

SERUM P-SELECTIN AS AN EARLY MARKER OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND ATHEROSCLEROTIC CHANGES IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Abbasov A.K., Rasulova Kh.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute (Uzbekistan, Tashkent)

Currently, when studying the mechanisms of chronic kidney disease (CKD) progression, a great influence is paid to disorders of vascular endothelial function locally in the kidney and in the systemic circulation. The severity of endothelial dysfunction (ED) is associated with a progressive decline in kidney function and the development of sclerosis, being a predictor of an unfavorable prognosis of CKD. With prolonged exposure to damaging factors (hypoxia, toxins, immune complexes, inflammatory mediators, hemodynamic overload, etc.), activation and damage of endothelial cells occur, subsequently leading to a pathological response even to conventional stimuli in the form of vasoconstriction, thrombosis, increased cell proliferation, hypercoagulation with intravascular fibrinogen deposition, violation of microhemorheology and the production of biological active products [11, 22, 23].

There is insufficient information in the available literature on changes in the expression of adhesive molecules of the vascular wall endothelium in patients with kidney diseases. There are practically no works in the literature devoted to the study of the role of P-selectin in the formation and progression of CKD, which proves the need for this study.

Objective: to study the content of P-selectin in the blood of patients with CKD and to evaluate its effect on the development of ED and atherosclerotic changes.

Materials and methods: In 65 patients with CKD (mean age 61.2 ± 1.7 years), the level of P-selectin in blood serum was determined. The control group consisted of 20 relatively healthy individuals without CKD, comparable in age and gender with the study group. Data from clinical, laboratory, and instrumental research methods were analyzed in all patients. The diagnosis of

CKD was made in accordance with the recommendations of KDIGO (2012) and ICD-10. The content of P-selectin in the selected and frozen blood sera of patients was determined using reagent «Cloud-Clone Corp. P-selectin ELISA» (China) by the immune-enzymatic method.

Results. In patients with CKD, there was an increase in the serum content of P-selectin, compared with the control group, which could indicate an inflammatory process in the kidneys and activation/dysfunction of the endothelium and platelets. However, being increased, the serum level of P-selectin depended on the stage and category of CKD. At stage C1, the level of P-selectin was 9600 ± 366.1 pg/ml, stage C2 – 12611.1 ± 2230.6 pg/ml, stage C3 – 9886.6 ± 440.9 pg/ml, which was 1.5 times higher compared to other groups. As the GFR decreased (45 ml/min/ 1.73 m² or less), there was a decrease in the level of P-selectin relative to the control, starting from the C3b stage (7735.7 ± 704.4 pg/ml), significantly lower at C4 (5450 ± 474.9 pg/ml) and C5 (1788.6 ± 372.1 pg/ml) stages, which turned out to be almost 5 and 7 times lower than the values of the indicators of groups with C1, C2 and C3a stages of CKD. This indicates a prognostically unfavorable role of a decrease in the level of P-selectin in CKD, which may be associated with a violation of leukocyte migration, a decrease in decreased sensitivity of receptors to P-selectin due to intoxication, ischemia and hypoxia, both in the kidneys themselves and in the body as a whole. The level of P-selectin increased more significantly in the group of CKD patients with clinical, laboratory and instrumental signs of vascular atherosclerosis, compared with CKD patients without atherosclerotic changes.

Conclusions. The established deviations are based on the inflammatory pro-

cess in the kidneys and activation/dysfunction of the endothelium and platelets. The deepening of the imbalance of the mediator of intercellular interactions of P-selectin as CKD progresses (up to the terminal stage) and the presence of a relation-

ship with various clinical variants of renal pathology is evidence of the important clinical and pathogenetic significance of selectin disorders in the progression of the process and the formation of atherosclerotic changes and other complications of CKD.

EFFICACY AND SAFETY OF DIRECT ORAL ANTICOAGULANTS IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AND ATRIAL FIBRILLATION

Abdullayev Sh.S. - Associate Professor

Tashkent Pediatric Medical Institute (Tashkent, Uzbekistan)

Mirmahammadov O.F.

Republican Scientific and Practical Medical Center of Nephrology and Kidney Transplantation (Tashkent, Uzbekistan)

Relevance of the Problem:

Atrial fibrillation (AF) is one of the most common arrhythmias and is associated with an increased risk of thromboembolic complications, including ischemic stroke. Chronic kidney disease (CKD) further exacerbates this risk, creating a complex clinical challenge in balancing anticoagulation therapy and the risk of major bleeding. The prevalence of AF in patients with CKD is significantly higher than in the general population, reaching 15-40% in dialysis-dependent patients. For decades, vitamin K antagonists (VKAs) have been the mainstay of anticoagulation in AF patients; however, their use is complicated by a narrow therapeutic window, frequent monitoring requirements, and a high risk of interactions. Direct oral anticoagulants (DOACs) have emerged as an alternative with improved ease of use, but their safety and efficacy in CKD patients, especially those on dialysis, remain unclear. This study aims to analyze the role of DOACs in elderly CKD patients with AF.

Objective: To evaluate the efficacy and safety of DOACs in elderly patients with CKD and AF by reviewing available clinical data and comparing outcomes with traditional VKA therapy.

Materials and Methods:

This review is based on an analysis of published clinical studies, meta-analyses,

and international guidelines regarding the use of DOACs in elderly CKD patients with AF. The primary endpoints assessed include the incidence of ischemic stroke, systemic embolism, major bleeding, and mortality rates associated with DOAC use compared to VKAs. The studies included in this review focus on patients aged ≥ 65 years with different stages of CKD, including those undergoing dialysis. Clinical trial data on individual DOACs—dabigatran, rivaroxaban, apixaban, and edoxaban—were analyzed in terms of pharmacokinetics, dosing strategies, and renal function considerations.

Results: Clinical studies indicate that DOACs provide comparable or superior efficacy to VKAs in preventing stroke and thromboembolism in AF patients with mild-to-moderate CKD (eGFR >30 mL/min). Apixaban, in particular, has demonstrated a favorable safety profile with a lower risk of major bleeding events. However, the use of DOACs in severe CKD (eGFR <30 mL/min) and dialysis patients remains controversial due to limited trial data. Retrospective analyses suggest that apixaban may be a viable option for dialysis patients, but more robust randomized controlled trials are needed. Warfarin remains the preferred anticoagulant in advanced CKD due to a longer history of clinical use and established dosing guidelines, despite its known complications.

Conclusion: DOACs represent a promising alternative to VKAs in elderly CKD patients with AF, particularly in those with mild-to-moderate CKD. Apixaban appears to be the most favorable DOAC in terms of safety and efficacy. However, data on DOAC use in end-stage renal disease and dialysis remain insufficient, necessitating further clinical studies to refine anticoagu-

lation strategies in this high-risk population. Future research should focus on optimizing DOAC dosing regimens in severe CKD and evaluating long-term outcomes.

Keywords: anticoagulant therapy, atrial fibrillation, chronic kidney disease, direct oral anticoagulants, elderly patients, stroke prevention.

MANAGEMENT OF RENAL PATHOLOGY-ASSOCIATED GASTRIC SECRETORY DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY FAILURE

Abdullayev R.B., Bakhtiyarova A.M.

Urgench branch of the TMA (Urgench, Uzbekistan)

Relevance. Chronic renal failure (CRF) is a gradual deterioration of kidney function over a long period of time. In modern literature, the term "chronic kidney disease" is used, which has a slightly broader meaning and implies a decrease in kidney function over three months or more. According to the World Health Organization, more than 850 million people worldwide suffer from kidney-related diseases.

Aim. The aim of our study was to stop the progression and development of complications and improve the general condition of patients with chronic renal failure by enhancing (increasing) the EFF.

Materials and methods. The observations were carried out on 40 patients (24 men, 16 women) with CRF in the Khorezm Regional Multidisciplinary Medical Center in the Department of Nephrology at the Department of Internal Medicine of the Urgench Branch of the TMA. The following were studied in the examined patients before and after treatment: general blood and urine tests, Zimnitsky test, glomerular infiltration rate, biochemical tests (urea and creatinine), total protein and its fractions, coagulogram, ultrasound, excretory and secretory function of the stomach, radiography, if necessary CT and MSCT. The classification of chronic renal failure (CKD) is based on the glomerular filtration rate calculated using the MDRD formula in accord-

ance with international recommendations proposed in 2002 by the K/DOQI expert working group. The study was conducted in patients with CKD stages I-IV. The gastrochromoscopic method was used, which consists in determining the excretory function of the stomach by studying the rate of release (into the gastric contents) of the dye Neutralrot after intramuscular injection of 2 ml of its 1% solution. The appearance of the dye in the gastric contents within 12-15 minutes was taken as the norm. It was found that the dye appeared in 9 (22.5%) patients within the standard time; within 20-30 minutes in 12; within 30-40 minutes in 9 and over 40 minutes in 10 patients examined.

Results. The data we obtained indicate that the majority (77.5%) of patients with CRF have a delay in the release of neutralrot dye, which indicates a violation of the excretory function of the stomach in this category of patients. The results of biochemical analyses were as follows: the level of creatinine and urea before treatment in both groups was within 250 $\mu\text{mol} / \text{l}$, 20 mmol / l , respectively. After a month of treatment in the control group, creatinine in the blood was within 130 $\mu\text{mol} / \text{l}$, urea 11 mmol / l , in the examined (main) group, respectively 96 $\mu\text{mol} / \text{l}$, 8 mmol / l , which indicates a positive effect of plantain juice in the excretion of protein breakdown products. In the examined group we prescribed

plantain juice in addition to OL and thereby achieved an improvement in the general condition of patients, a reduction in the symptoms of intoxication, an increase in the bactericidal function of the stomach and, most importantly, a greater removal of the final harmful metabolic products from the body in chronic renal failure compared to the control group.

Conclusion. In the majority (77.5%) of patients with chronic renal failure, the excretory function of the stomach is impaired. In (85%) of the examined patients with

chronic renal failure, normal and decreased secretory function of the stomach was detected. When plantain juice is included in the generally accepted treatment of patients with chronic renal failure, due to the increase in secretory, motor-evacuation and normalization of the excretory function of the stomach, an improvement in the general condition of patients, a reduction in the symptoms of intoxication, an increase in the bactericidal function of the stomach and a greater removal of harmful end products of metabolism from the body are achieved.

MODERN ASPECTS OF TREATMENT OF PHOSPHORUS METABOLISM DISORDERS AND TUBULOPATHY IN CHILDREN WITH DIABETES

Akhmedova D.I., Abidova M.D.

Tashkent pediatric medical institute (Tashkent, Uzbekistan)

Relevance. Phosphorus metabolism disorders and tubulopathy in children with diabetes are complex conditions that require careful management. These disorders can lead to significant complications, including bone deformities and kidney issues, if not properly addressed.

The purpose of the study. To evaluate the modern approaches to treating phosphorus metabolism disorders and tubulopathy in children with diabetes, focusing on improving clinical outcomes and managing associated complications.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources PubMed, Medline, Scopuc, Web of Science and Cochrane Library devoted to the study of modern aspects of treatment of phosphorus metabolism disorders and tubulopathy in children with diabetes. The studies used various types of research approaches, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews.

Results. Vitamin D and Phosphate Supplementation: In cases of phosphate diabetes, a form of tubulopathy, treatment often includes vitamin D and inorganic phosphate supplements. This approach helps manage symptoms and prevent bone de-

formities, as seen in clinical cases where patients maintained normal blood phosphorus levels and avoided severe side effects.

Sodium-glucose cotransporter 2 (SGLT2) inhibitors, such as dapagliflozin and empagliflozin, have shown promise in treating diabetic kidney disease (DKD) and related tubulopathies. These inhibitors help correct metabolic disorders in the kidney by reducing glucose-induced damage and improving tubular cell function. They have been effective in reducing fibrosis and inflammation in diabetic kidneys and are being explored for their potential in treating conditions like Fanconi-Bickel syndrome.

Achieving normal or near-normal plasma glucose levels through insulin therapy can improve mineral metabolism in diabetic patients. This treatment can increase serum phosphorus levels and improve phosphate reabsorption in the kidneys, which is crucial for managing osteopenia associated with diabetes.

This condition is characterized by changes in the proximal tubule cells of the kidney, which are highly susceptible to damage due to their energy requirements and reliance on aerobic metabolism. Hyperglycemia and associated metabolic disturbances can lead to cellular senescence and

various forms of regulated cell death, contributing to the progression of DKD.

Phosphorus plays a critical role in cellular function and homeostasis. In diabetes, phosphorus metabolism can be disrupted, leading to complications such as cardiovascular disease and bone disorders. While dietary phosphorus intake is a concern, clear guidelines for its management in diabetic patients are still lacking.

Conclusions. Effective management of phosphorus metabolism disorders and tubulopathy in children with diabetes involves a combination of vitamin D and phosphate supplementation, SGLT2 inhibitors, and insulin therapy. These treatments aim to correct metabolic imbalances, protect kidney function, and prevent complications. Understanding the underlying pathophysiology is crucial for developing targeted therapies and improving patient outcomes.

ASSESSING EARLY HEART FAILURE IN HEMODIALYSIS PATIENTS: THE ROLE OF GLS VERSUS BNP

Aliyev M.^{1,2}, Mominov Sh.^{2,3}

Tashkent Pediatric Medical Institute (Tashkent, Uzbekistan)

The Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Nephrology and Kidney Transplantation (RSSPMCNT) (Tashkent, Uzbekistan)

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Therapy and Medical Rehabilitation (Tashkent, Uzbekistan)

Relevance. Cardiovascular complications remain a major cause of morbidity and mortality in hemodialysis patients. Early detection of cardiac dysfunction can significantly improve outcomes. Although B-type natriuretic peptide (BNP) is a standard marker, levels are often elevated in dialysis patients, limiting its specificity for early subclinical cardiac dysfunction. Global Longitudinal Strain (GLS) has emerged as a sensitive echocardiographic measure to detect subtle myocardial changes before the onset of overt clinical heart failure.

Objective. To evaluate the sensitivity of GLS in detecting early manifestations of heart failure compared with BNP levels in patients undergoing hemodialysis.

Materials and Methods. We enrolled 58 patients on chronic hemodialysis (mean age: 42.5 ± 8.5 years). Data collection included session duration, ultrafiltration volume, blood pressure, and standard laboratory parameters. All participants underwent a comprehensive transthoracic echocardiogram with traditional parameters (e.g., ejection fraction) plus GLS assessment,

in addition to BNP measurement (mean level before dialysis: 820 ± 82 pg/mL). Statistical analyses focused on correlating GLS findings with BNP levels and clinical indicators of cardiac function.

Results. While BNP levels were uniformly high across patients, GLS identified subclinical myocardial dysfunction with greater sensitivity. Patients whose GLS values indicated early left ventricular strain abnormalities did not necessarily show further elevations in BNP beyond already elevated baseline levels. This suggests that GLS may be more adept at detecting early cardiac changes in a population with consistently high BNP.

Conclusions. Global Longitudinal Strain is a valuable tool for identifying early heart failure in patients on hemodialysis and may offer greater sensitivity than BNP, which is often uniformly elevated in this group. Incorporating GLS into routine cardiac assessments could facilitate earlier intervention and improve outcomes in this high-risk population.

COMPARATIVE EVALUATION OF GLS AND BNP IN HEMODIALYSIS PATIENTS WITH AND WITHOUT CARDIOVASCULAR HISTORY

Aliyev M.^{1,2}, Mominov Sh.^{2,3}

Tashkent Pediatric Medical Institute (Tashkent, Uzbekistan)

The Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Nephrology and Kidney Transplantation (RSSPMCNKT) (Tashkent, Uzbekistan)

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Therapy and Medical Rehabilitation (Tashkent, Uzbekistan)

Relevance. Cardiovascular disease is a major cause of morbidity and mortality in patients undergoing hemodialysis. Traditional biomarkers such as B-type natriuretic peptide (BNP) are routinely elevated in this population, potentially reducing their ability to detect early or subtle cardiac dysfunction. Global Longitudinal Strain (GLS) has emerged as a more sensitive tool to identify myocardial changes before the onset of overt heart failure. However, its comparative value in patients with and without a known history of cardiovascular events remains understudied.

Objective. To assess the effectiveness of GLS in detecting early signs of heart failure in hemodialysis patients, comparing its sensitivity with BNP across two subgroups: (1) those with a history of unstable angina or myocardial infarction and (2) those with no prior cardiovascular history.

Materials and Methods. This study included 58 chronic hemodialysis patients (mean age: 42.5 ± 8.5 years). All underwent detailed clinical evaluations, including session duration, ultrafiltration volume, blood pressure measurements, and standard laboratory tests. Based on their clinical history, 12 patients formed the first subgroup (previous unstable angina or myocardial infarction), while the remaining 46 had no documented cardiovascular events. Each patient received a transthoracic echocardiogram measuring traditional parameters

(ejection fraction) and GLS, as well as BNP testing (mean pre-dialysis level: 820 ± 82 pg/mL). Statistical analysis focused on identifying differences in GLS and BNP between the two subgroups and correlating these measures with clinical indicators of cardiac dysfunction.

Results. Across the entire cohort, GLS detected subclinical myocardial dysfunction more reliably than BNP, which remained uniformly elevated. Among the 12 patients with known cardiovascular history, both GLS and BNP tended to show more pronounced abnormalities. However, in the 46 patients without any documented cardiovascular history, GLS identified early myocardial strain changes that were not always accompanied by further elevation in BNP beyond already high baseline levels. These findings underscore GLS's potential to detect incipient dysfunction, even when BNP is persistently elevated.

Conclusions. Global Longitudinal Strain is a sensitive method for identifying early cardiac dysfunction in hemodialysis patients, irrespective of their prior cardiovascular history. While BNP remains an important marker, its widespread elevation in this population may limit its discriminatory power. Implementing GLS as a routine assessment tool could enable earlier intervention and potentially improve outcomes, particularly in patients without an established cardiovascular history.

BUYRAKLARNING XIRURGIK (PIYELONEFRIT) VA TERAPEVTIK (GLOMERULONEFRIT) ZARARLANISHLARNING DIFFERENSIAL TASHXISI MASALALARI

Allazov S.A.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti (Samarqand O'zbekiston)

Muammoning dolzarbligi. Buyraklarning xirurgik yallig'lanish kasalliklari terapevtik yallig'lanishlaridan kelib chiqishi bilan bir-biridan tubdan farq qiladi. Terapevtik kasalliklarga organizmning umumiy holati, immuno-biologik kuchlar, qon tomirlardagi o'zgarishlar sabab bo'lib, bunda infeksiyaning (mikroblarning) unchalik ahamiyati bo'lmaydi. Yallig'lanish jarayoni buyrakning optokcha-kanalcha tizimini qamraydi. Shuning uchun ham bu kasalliklar doim ikki tomonlama bo'lib, har bir buyrakning to'qimasi diffuz holda zararlanadi (organizmning kasalligi).

Buyraklarning xirurgik yallig'lanishida esa mikroblarning buyraklarga yetib kelishi shartdir. Mikroblar siydik yo'llari orqali yoki qon bilan yetib kelib, buyrak to'qimasining interstitsial qismini, kosacha-jom tuzilmasi shillik kavatini yallig'lantiradi. Shuning uchun pielonefritlar bir tomonlama, hatto uchoqli, ya'ni buyrakning ayrim bir qismini zararlashi mumkin (abscess, karbunkul) (a'zoning kasalligi). Buyraklarning terapevtik yallig'lanishlari asosan 3 ta belgi: yuzbadan shishishi, qon bosimi ko'tarilishi va siydikning qov yuvindisiga o'xshab qizarishi bilan kechadi. Xirurgik, ya'ni urologik yalliglanishlar belgilari esa quyidagi guruhlarga bo'linadi: 1). Og'riqlar: bel, ya'ni buyraklar, qorin pastki qismi-qovuq sohasida, tashqi jinsiy a'zolarida. 2). Siyishning o'zgarishi: siydikning o'tkir va surunkali tutilishi, siydik tutolmaslik, paradoksal ishuriya, kechasi uyquda siyib chikish (enurez) va hok. 3). Siydikdagi o'zgarishlar: Sifatiy: qon aralash (gematuriya), yiring aralashib (ishuriya), tuz-qum aralashib (uraturiya, fosfaturiya, oksalaturiya va boshq.) chiqishi. Miqdoriy: poliuriya (sutkasiga ko'p siydik ajralishi, jumladan qandli paytida, buyrak yetishmovchiligining ayrim davrlarida), oliguriya (siydik miqdori kamayishi), anuriya

(siydik ajralmasligi), siydik tarkibidagi o'zgarishlar (solishtirma og'irligi, anorganik va organik moddalar miqdori o'zgarishi).

Maqsad. Buyraklarda eng ko'p uchraydigan piyelonefrit va glomerulonefrit kasalliklarining o'ziga xos xususiyatlarini qiyosiy o'rganish.

Material va usullar. Pielonefrit buyrak oraliq to'kimasi va jomlarining mikroblar kasalliklari orasida eng ko'p tarqalgan turidir. Bizning kuzatishlarimiz natijasiga ko'ra, 14 yoshga qadar yallig'lanishi bo'lgan bemorlardagi jami buyrak kasalliklarini nozologik jihatdan tahlil etilganda pielonefrit eng ko'p uchraydigan turi bo'lib, ularning 43.4% ini tashkil etadi. Pielonefritning uchrashi bemorning jinsi va yoshi bilan ma'lum darajada bog'liq. Jumladan, bu ko'rsatgich erkaklarda 39.1% va ayollarda 49.2% ni tashkil etadi. Erta yoshdagi o'g'il va qiz bolalarda bu ko'rsatgichlar bir biriga yaqin (34,1 mm 35.2%) bo'lgani holda, maktab yoshidagi bolalarda 34.7% va 58.1% ni tashkil etadi. Bolalarni buyrak kasalliklari xususida yalpi tekshirish natijalari ularda pielonefrit keng tarqalgan tekshirilgan har 1000 nafar bolaning 32,1 ± 1,79 tasida) ligini va uning aksariyat hollarda yashirin kechishga (18.9 ± 1.92:1000) kuzatiladi. organizm reaktivligining pasayishi ham pielonefrit rivojlanishi uchun sharoit yaratuvchi sabablar qatoriga kiradi. Hozirgi zamon tibbiyoti tushunchalariga binoan pielonefrit immunologik jihatdan mukammal va mutloqo sog'lom buyrakda birlamchi kasallik sifatida yuzaga kelmasligi lozim.

Natijalar. Glomerulonefrit har ikkala buyrakning infeksiyon allergik xususiyatli yalliglanish jarayoni bo'lib, uning asosida buyrak tanachalari o'ramlarining zararlanishi yotadi. Ayni paytda bu kasallikda organizmning barcha a'zolari va modda almashuvining turlari patologik jarayonga jalb etiladi. Glomerulonefrit hamma yoshdagi,

bolalarda kuzatilishi mumkin. Bolalarda asosan 5-7 yoshdan so'ng kuzatiladi.

Glomerulonefritning yuzaga kelishi iqlim sharoiti, yil fasli, irsiy moyillik, yuqumli kasalliklarning epidemik tarqalganligi kabi omillarga bog'liq. Bizning kuza-tuvimizga ko'ra glomerulonefrit davolanish uchun shifoxonalarga yotqizilgan bemorlar orasida 1,5 3,0% ni tashkil etib, 14 yoshga qadar bo'lgan aholi orasidagi tarkalganligi

har 1000 nafar bolaga $14,8 \pm 1,22$ ni tashkil etadi. Bolalarda uchraydigan siydik ajratish tizimining turfa turfa xil kasalliklari orasida u salmoqli o'rin tutadi (13,732,3%).

Xulosa. Hozirgi zamon nefro-urologi-yasi binoan piyelonefrit, ayniqsa piyelonefrit immunologic jihatdan mukammal va mutlaqo so'g'lom buyrakda birlamchi kasal-lik sifat yuzaga kelmasligi lozim

TIZZA OSTEOARTRITI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA SURUNKALI BUYRAK KASALLIGINING RIVOJLANISH OMILLARINI O'RGANISH

Alyavi B.A.², Gazieva H.Sh.¹, Mirzaeva B.M.¹, Abdullayev A.X.²

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti (Toshkent, O'zbekiston)

Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy rehabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O'zbekiston)

Dolzarbliqi: revmatik kasalliklar va buyrak kasalliklari umumiy aholi orasida keng tarqalgan. Shunday qilib, revmatologlar ko'pincha buyrak kasalligi bilan og'rigan bemorlar bilan shug'ullanadilar. Darhaqiqat, revmatologiya klinikasidagi bemorlarning 18 foizida glomerulyar filtratsiya darajasi (KFT) 60 ml/min yoki undan kam bo'lgan, bu umumiy aholining 5 foiziga nisbatan. Buyrak patologiyasi revmatik kasalliklarga chalingan bemorlarda zardob va siydikdagi buyrak funksiyasi ko'rsatkichlarini muntazam baholash asosida tez-tez uchraydi.

Maqsad: tizza osteoartriti bilan og'rigan bemorlarda surunkali buyrak kasalligining rivojlanish omillarini o'rganish.

Materiallar va usullar: OA va buyrak funksiyasi buzilgan, mos ravishda 54% va 33% o'rtacha va kuchli tizza og'rig'iga ega 100ta bemor tekshirildi. Demografik ma'lumotlar va klinik parametrlar ushbu o'zgaruvchilar va tizza OA og'rig'ining og'irligi o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlash uchun tahlil qilindi. Biz Amerika revmatologiya kolleji mezonlariga muvofiq revmatolog tomonidan tashxis qo'yilgan tizza og'rig'i va tizza OA rentgenologik belgilari bo'lgan 45 yoshdan oshganlarni kiritdik. Anamnezida tizza jarohati, revmatoid artritis yoki septik kasal-

likka chalinganlar chiqarib tashlandi. Bundan tashqari, ko'p o'lchovli logistik regressiya tahlili shuni ko'rsatdiki, sarum kreatinin darajasi ($>1,5$ mg/dl) va taxminiy glomerulyar filtratsiya darajasi (pKFT) (<60 ml/min/1,73 m²) OA bilan og'rigan bemorlarda tizzaning qattiq og'rig'i bilan sezilarli darajada bog'liq. Kuchli tizza og'rig'i va sarum kreatinin darajasi yoki rscf o'rtasidagi sezilarli bog'liqlik Pearson korrelyatsiyasi bilan namoyon bo'ldi. Tiz og'rig'i bemorning tibbiy yozuvlarini o'rganish orqali baholandi. Qabul qilinganda, bemor osteoartrit bilan og'rigan tizza bo'g'imidagi eng kuchli og'riqni qabul qilishdan 1 oy oldin og'riq (0) dan kuchli og'riq (10) gacha bo'lgan 10 balli vizual analog shkala (vas) bo'yicha baholadi. Vash ballariga asoslanib, bemorlarda og'riqning og'irligi 3 guruhga bo'lingan: (engil og'riq: (0-3), o'rtacha og'riq: (4-6) va kuchli og'riq kuzatilgan.

Anteroposterior proektsiyada tizza bo'g'imining rentgenologik tekshiruvi har bir bemorda operatsiyadan oldin amalga oshirildi. Tiz qo'shilishining rentgenologik OA zo'ravonligi kelligren-Lourens reyting shkalasi bo'yicha aniqlandi: daraja 0 (norma); 1 daraja (shubhali osteofitlar); 2 daraja (ma'lum osteofitlar va bo'g'im bo'shlig'ining mumkin bo'lgan torayishi); 3 daraja

(o'rtacha ko'p osteofitlar, bo'g'im bo'shlig'ining aniq torayishi, ba'zi skleroz, suyak konturining deformatsiyasi mumkin); 4 darajasi (katta osteofitlar, bo'g'im bo'shlig'ining aniq torayishi, og'ir skleroz, suyak konturining aniq deformatsiyasi). 1 dan yuqori daraja tizza bo'g'imining rentgenologik OA sifatida aniqlandi.

Malumot toifalariga <65 yoshdagi erkaklar, TVI <25 kg/m² kiradi, ikki tomonlama tizza OA, chekmaydigan, II darajali OA tarixi yo'q va yurak kasalliklari, qandli diabet, gipertoniya, anemiya yoki buyrak etishmovchiligi yo'q. Ishonchli korrelyatsiya Pearson korrelyatsiya testi yordamida aniqlandi. Agar p qiymatlari <0,05 bo'lsa, farqlar muhim deb hisoblangan.

Natijalar: OA va buyrak funksiyasi buzilgan 100 bemor ushbu tadqiqotga kiritilgan. Tizza OA bilan og'rigan bemorlarning o'rtacha yoshi 71,5 ± 8,0 yoshni tashkil etdi. Sub'ektlarning etmish to'qqiz foizi ayollar edi. O'rtacha BMI 28,16 ± 4,47 kg / m² ni tashkil etdi. K/L rentgenologik tekshiruvda 34 (9,5%) bemorda 2-daraja, 171 (47,9%) bemorda 3 — daraja va 152 (42,6%) bemorda 4-daraja aniqlandi. asosan OA ning o'rtacha va og'ir rentgenologik darajalari sifatida tasniflanadi. Ballar asosida sizning ular tizza og'rig'ining og'irligi bo'yicha yana 3 guruhga bo'lingan: engil, o'rtacha va kuchli og'riq. Ushbu tadqiqotda sub'ektlarning 87% dan ortig'i o'rtacha va kuchli tizza

og'rig'idan aziyat chekdi. Engil, o'rtacha va kuchli tizza og'rig'i mos ravishda 12,3%, 54,3% va 33,4% ni tashkil etdi.

1,73 m² uchun sarum kreatinin darajasi >1,5 mg/dl va rscf <60 ml/min deb belgilangan buyrak o'zgarishlari tizzada kuchli og'riqlar uchun yuqori oshga ega edi (osh = 3,28, 95% ishonch oralig'i [CI] 1,22-8,81, P < 0,05; osh = 1,82, 95% CI 1,003,32, p < 0,05 mos ravishda). Morbid semizligi (BMI >35 kg/m²) tizzada kuchli og'riqni rivojlanish xavfi past bo'lgan (or = 0,12, 95% CI 0,03–0,59, P < 0,01).

Xulosa: shunday qilib, NSAID bilan davolangan erta revmatik artrit bilan og'rigan bemorlarda sarum kreatinin darajasining engil, qaytariladigan ko'tarilishi aniqlandi. Ma'lumki, keksa odamlarda NSAID tufayli buyrak etishmovchiligi xavfi yuqori. Nsaidlarning buyrak toksikligi tufayli kuchli tizza og'rig'ini davolash uchun NSAIDLARNING yuqori dozalari buyurilgan bemorlarda nsaidlarning yuqori dozalariga uzoq vaqt ta'sir qilgandan keyin buyrak etishmovchiligi rivojlanishi mumkin. Og'ir tizza OA bilan og'rigan bemorlar og'riqni engillashtirishi, tizza funksiyasini tiklashi yoki hayot sifatini yaxshilashi kerak. Sizniki bemorlarda tizza og'rig'ining og'irligini baholaydigan indeksdir. Og'riq bemorlarni tizza artroplastikasi va nogironlikka olib keladigan muhim sabablardan biridir.

THE SIGNIFICANCE OF LEFT VENTRICULAR REMODELING IN DIABETIC NEPHROPATHY

Bekmetova Sh.K., Matmurotova S.O., Sapayeva Z.A.

Urgench Branch of Tashkent Medical Academy (Urgench, Uzbekistan)

Relevance: Diabetes mellitus has become a global epidemic, with cases projected to exceed 420 million by 2025. Arterial hypertension, a common comorbidity in type 2 diabetes, affects 40–90% of patients and contributes to cardiac remodeling. Even without hypertension, diabetic patients often develop left ventricular (LV) hypertrophy due to structural heart changes, leading to diastolic and systolic dysfunction.

Diabetic cardiomyopathy, first described by Rubler S. et al. presents as heart failure with reduced ejection fraction (EF) in the absence of hypertension or coronary atherosclerosis. It may also manifest as restrictive cardiomyopathy with preserved EF. Cardiovascular complications occur in 76–92% of diabetic nephropathy (DN) cases, often asymptotically, making echocardiographic assessment of LV re-

modeling crucial for identifying high-risk patients.

Aim of the Study: The objective of this research was to investigate the characteristics of LV remodeling and diastolic function abnormalities in patients with type 2 diabetes and diabetic nephropathy using echocardiographic assessment.

Materials and Methods: The study included 50 hospitalized patients diagnosed with type 2 diabetes (22 men and 28 women). The average age of the participants was 52.1 ± 1.4 years, with a mean diabetes duration of 14.4 ± 0.7 years and an average DN duration of 10.1 ± 0.5 years. Comprehensive clinical and biochemical evaluations were conducted, alongside echocardiographic assessments using M-mode, B-mode, and Doppler echocardiography.

Results: Echocardiographic findings revealed normal LV geometry in 7 patients (14%), while 19 patients (38%) exhibited concentric LV myocardial hypertrophy, 14 patients (28%) had concentric remodeling, and 10 patients (20%) demonstrated eccentric LV hypertrophy.

Doppler echocardiography indicated that 28 patients (56%) with type 2 diabetes and DN experienced impaired LV diastolic

function, with the following parameters recorded:

- E: 0.66 ± 0.02 m/s
- E/A ratio: 0.82 ± 0.05
- Deceleration time (DT): 231.7 ± 12.5 ms

• Isovolumic relaxation time (IVRT): 101.0 ± 4.6 ms

Additionally, right ventricular (RV) diastolic dysfunction was observed in 22 patients (44%), with measurements as follows:

- E: 0.55 ± 0.02 m/s
- E/A ratio: 0.97 ± 0.05
- DT: 229.8 ± 22.7 ms
- IVRT: 91.0 ± 3.8 ms

In both the LV and RV, diastolic dysfunction was classified as Type I.

Conclusion.

The findings suggest that patients with type 2 diabetes and DN exhibit significant alterations in intracardiac hemodynamics, primarily characterized by LV myocardial remodeling and impaired ventricular diastolic function. These changes highlight the importance of early detection and management of cardiac complications in diabetic patients to mitigate cardiovascular risk.

OSTEOARTRIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI RIVOJLANISHI XAVF OMILLARINI O'RGANISH

Daminov B.T., Gazyeva X.Sh., Tursunbaev R.S.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti (Toshkent, O'zbekiston)

Tadqiqotning maqsadi: revmatologiya bo'limida statsionar davolangan osteoartrit (OA) bilan og'rigan bemorlarda KKD bilan bog'liq tarqalish va xavf omillarini baholash.

Materiallar va usullar: 35 yoshdan 75 yoshgacha bo'lgan 125 bemor tekshirildi, ular rsnpmcpda va MRDA statsionar davolanishdi. O'rtacha yoshi 57 yoshni tashkil etdi, shundan 58,2% ayollar va 41,8% erkaklar. OA diagnostikasi asosida aniqlandi artroz diagnostikasi uchun ACR mezonlari, asosida inklyuziya mezonlari. Revmatologik

klinik va rentgenologik mezonlarga ko'ra tizza, son va qo'llarining tasdiqlangan OA tashxisi bilan 35 yoshdan oshgan har ikki jinsdagi bemorlar kiritilgan. Artritning boshqa turlari va mexanik kasalliklari bo'lgan bemorlar tadqiqotga kiritilmagan. Bemorlarga klinik-anamnestik, ijtimoiy-demografik va laboratoriya tekshiruvlari o'tkazildi. Tadqiqotning asosiy vazifasi OA bilan og'rigan bemorlarda SBK rivojlanishini aniqlash edi. SBK tashxisi KFT asosida qo'yilgan <60 ml/min/1,73 m² formula va/yoki proteinuriya ≥ 30 mg/dl yordamida

siydik shkalasi bo'yicha 3 oy yoki undan ko'proq vaqt davomida hisoblab chiqilgan. Xulq-atvor va antropometrik ma'lumotlar, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, chekish, tana massasi indeksi kabi belgilar ham hisobga olingan. Klinik belgilar arterial gipertenziyani o'z ichiga oladi. (JNC tasnifiga ko'ra aniqlangan), diabet (diabetga qarshi dori-darmonlarni qabul qilish) va ta'sirlangan bo'g'imlarning turi va soni, ishlatiladigan dorilar (NSAID, arb, AAPF), NSAID turlari, dozalari, dori-darmonlarni qabul qilish muddati, o'z-o'zini davolash tarixi yoki retseptsiz dori-darmonlar. Osteoartrit bilan og'rigan bemorlarda SBK determinantlari ko'p faktorli regressiya tahlilining bosqichma-bosqich yondashuvi yordamida baholandi.

Natijalar: bemorlarning aksariyati ayol edi (77,9%). O'rtacha yoshi 57 yosh edi (standart og'ish: 11,3 yosh). Bemorlarning aksariyati 64 yoshda edi. Respondentlarning aksariyati o'rta ma'lumotga ega (44,7%), turmush qurgan (82,5%) va sog'lig'ini qoniqarli deb baholagan (49,1%). Faqat 13,7% va 4,6% spirtli ichimliklarni iste'mol qilishgan va shunga mos ravishda chekishgan. Ularning uchdan bir qismi past jismoniy faollik darajasiga ega edi (32,1%) o'rtacha vazn, bel va son atrofi mos ravishda 76,9 kg, 95,8 sm (10,0) va 111 sm. Yarmidan bir oz ko'proq (51,7%) gipertenziv edi. Davolash: respondentlarning 62 foizi bitta

doridan, 7,3 foizi esa 3-4 doridan foydalan-gan. Har 10 respondentdan to'rttasi 36,7% antihipertenziv, 8,6% antidiyabetik va 9,7% NSAID kasalliklarini davolash uchun turli xil dori-darmonlarni qabul qilgan. OA bilan og'rigan bemorlarda SBKning umumiy tarqalishi 61,9% ni tashkil etdi (95% yoshda: 56,4-66,3). Jinsga xos SKB tarqalishi erkaklar orasida ayollarga qaraganda 65,9% yuqori bo'lgan. O'rtacha KFT kuniga 56,3 (13,0) ml ni tashkil etdi. min/1,73 m2. Respondentlarning ko'pchiligida 3-darajali SBK (59,3%) kuzatilgan va faqat 12,1% doimiy proteinuriyaga ega. SBK bilan kasallangan respondentlarning aksariyati 50-64 yoshda (51,8%) va 65 yoshdan oshgan (41,7%), 61% sog'lig'ini qoniqarli deb baholagan. Gipertenziv bemorlarda gipertenziya bo'lmagan bemorlarga nisbatan SBK ehtimoli ancha yuqori edi. Ortiqcha vaznli ishtirokchilar, semirish va 3-5 ta dori - darmon bilan SBK ehtimoli ko'proq edi.

Xulosa: shunday qilib, tadqiqot shuni ko'rsatdiki, OA bilan og'rigan bemorlarda KKD tarqalishi yuqori. Erkaklarda kasallanish ayollarga qaraganda yuqori ekanligi va bemorlarning ko'pchiligida KKDNING 2 va 3 bosqichlari bo'lganligi aniqlandi. Yoshi, semirib ketishi, dm, arterial gipertenziya va NSAIDLARNI qo'llash OA bilan og'rigan bemorlarda KKD rivojlanish ehtimolini os-hirdi.

O'PKA GIPERTENZIYASI BO'LGAN SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNING HAYOT SIFATI XUSUSIYATLARI

Daminov B.T., Abduvahitova A.N.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti (Toshkent, O'zbekiston)

Muammoning dolzarbligi: Surunkali buyrak kasalligi (SBK) bilan og'rigan bemorlar orasida o'pka gipertenziasining (O'G) yuqori tarqalishini hisobga olgan holda, bemorlarning hayot sifatini yaxshilash bilan terapiyani optimallashtirish zarur.

Maqsad: surunkali buyrak kasalligi bilan og'rigan bemorlarda o'pka gipertenziasini bilan hayot sifatini baholash

Materiallar va usullar: Tadqiqotda hayot sifatini baholash uchun EXOKG ma'lumotlari bo'yicha O'G aniqlangan, SBK 3-4 bosqichidagi (n=63) 32-75 yosh, o'rtacha yoshi $\pm 53,7$ yosh bo'lgan bemorlar ishtirok etdi, ulardan 65% erkaklar, 33,3% ayollar.

Bemorlar (n=63) 2 guruhga bo'lingan: 1-guruh n=31, O'G korreksiyasiz an'anaviy terapiyani qabul qilgan, 2-guruh n=32, O'G endotelin antagonisti (Bazentan) bilan korreksiya qilingan an'anaviy terapiyani qabul qilgan. Hayot sifati CAMPHOR balli shkalasi bo'yicha baholandi (Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Review).

Natijalar: O'G korreksiyasiz an'anaviy terapiyani qabul qilgan O'G li SBK bilan og'rigan bemorlar orasida 1-guruh n=31 (49,21%) CAMPHOR shkalasi bo'yicha savolga javob berdi va 59 ball oldi, 2-guruh n=32 (50,79%) esa O'G -bazentan bilan kuniga 125 mg dozada korreksiya qilingan an'anaviy terapiyani qabul qilgan bo'lsa, CAMPHOR shkalasi bo'yicha 47 ball oldi. CAMPHOR balli shkalasi talqini - maksimal

umumiy ball 65 ball qanchalik yuqori bo'lsa, hayot sifati shunchalik past bo'ladi.

Xulosa: Surunkali buyrak kasalligi bilan og'rigan bemorlarda o'pka gipertenziyasining mavjudligi ularning jismoniy faolligi, ijtimoiy moslashuvi va psixologik holatini cheklab, simptomlarning sezilarli darajada namoyon bo'lishiga va shunga mos ravishda hayot sifatining pasayishiga olib keladi. Tadqiqot SBK bilan og'rigan bemorlarning hayot sifatini yaxshilash uchun endotelin antagonistlarini qo'llash orqali o'pka gipertenziyasini tuzatishning ahamiyati va ta'sirini ko'rsatdi. Ushbu tadqiqot surunkali buyrak kasalligida O'G bilan og'rigan bemorlarni qabul qilishda CAMPHOR shkalasidan foydalanishning zarurligi va mavjudligini ko'rsatadi.

GEMODIALIZ O'TKAZILAYOTGAN BEMORLARDA O'PKA GIPERTENZIYASINING RIVOJLANISH MEXANIZMINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Daminov B.T., Abduvahitova A.N.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti (Toshkent, O'zbekiston)

Muammoning dolzarbligi: Dasturiy gemodializda (DG) bo'lgan bemorlarda o'pka gipertenziyasi (O'G) qon aylanish dinamikasida bir qator xususiyatlarga ega bo'lib, o'z navbatida o'z vaqtida tashxis qo'yish va davolashni talab qiladi

Maqsad: dasturli gemodializ va AV kirish bilan og'rigan bemorlarda PH rivojlanishi va avj olishida endotelin-1 (ET-1) va azot oksidi (NO) rolini baholash.

Materiallar va usullar: Respublika nefrologiya va gemodializ ilmiy-amaliy markazida dasturli gemodializ (DG) o'tkazilayotgan 48 nafar bemor tekshirildi. Bemorlar 2 guruhga bo'lindi: n=22 O'G bo'lgan DG; n=22 O'G bo'lmagan DG. O'pka arteriyasi bosimi (O'AB) doppler exokardiografiya yordamida baholandi. QD muolajasidan oldin va keyin plazmadagi ET-1 va NO metabolitlari darajasi aniqlandi va O'G bo'lgan va bo'lmagan bemorlarning kichik guruhlarini o'rtasida taqqoslandi.

Natijalar: O'rganilgan 48 nafar DG bemorlardan 22 nafarida (48%) O'G (O'AB =

46+/-2; diapazon 36-82 mm sim.ust.) va qolganlarida normal O'AB (29+/-1 mm sim.ust.) (R<0,0001) aniqlandi. Gipertoniya fonidagi bemorlarda O'AB me'yorda bo'lganlarga nisbatan O'AB yuqori bo'ldi (6,0+/-1,2 qarshi 5,2+/-0,9 l/min, R<0,034). Gipertoniya sindromi bo'lgan yoki bo'lmagan bemorlarda qon plazmasidagi ET-1 miqdori nazorat guruhiga nisbatan yuqori bo'ldi (1,0+/-0,2 ga nisbatan 1,6+/-0,7 va 2,4+/-0,8 fmol/ml, R<0,05) va bu ko'rsatkich operatsiyadan keyin o'zgarishsiz qoldi. O'G siz va nazorat guruhidagi bemorlarda NO₂ + NO₃ ning o'xshash bazal plazma darajasi (24,2+/-5,2 va 19,7+/-3,1 mikroM, R>0,05) aniqlandi, bu O'G bilan og'rigan bemorlarda (14,3+/-2,3 mikroM, R<0,05) sezilarli darajada yuqori edi. DG terapiyasi plazma NO metabolitlarining sezilarli o'sishiga olib keldi, bu O'G bo'lmagan bemorlarda ko'proq bo'ldi (mos ravishda 24,2+/-5,2 dan 77,1+/-9,6 mikromiqdorgacha, R<0,0001 va 14,3+/-2,3 dan 39,9+/-11,4 mikromiqdorgacha, R<0,0074). Transplan-

tatsiya muvaffaqiyatli o'tkazilgan 11 nafar GDli bemorlarda QOP (49,8+/-2,8 dan 38,6+/-2,2 mm.sim.ust., $R < 0,004$) va yurak zarb hajmi (YuZH) (7,6+/-0,6 dan 6,1+/-0,3 l/daq., $R < 0,03$) ning ishonchli pasayishi aniqlandi. Xuddi shunday, O'G bilan og'rikan sakkiz nafar bemorda sfigmomanometr yordamida AV kirish yo'lini vaqtincha yopish CO (6,4+/-0,6 dan 5,3+/-0,5 l/min gacha, $R = 0,18$) va sistolik QOP (47,2+/-3,8 dan 34,6+/-2,8 mm.sim.ust. gacha, $R < 0,028$) tranzitor pasayishiga olib keldi.

Xulosa: Ushbu tadqiqot jarrohlik yo'li bilan o'rnatilgan Av oqma orqali surunkali O'G ga ikkilamchi bo'lgan terminal SBK bilan

og'rikan bemorlar orasida O'G ning yuqori tarqalishini ko'rsatdi. NO ning vazodilatator va antimitogen xususiyatlarini hisobga olgan holda, DG bilan og'rikan bemorlarda bazal va GD-indutsirlangan NO ishlab chiqarishning pasayishi o'pka tomirlari tonusining oshishiga hissa qo'shishi mumkin. Bundan tashqari, vaqtinchalik AV shuntni yopish yoki muvaffaqiyatli transplantatsiya o'tkazilgan GK bilan og'rikan bemorlarda me'yoriy O'AB va CO ning qisman tiklanishi terminal SBK bilan og'rikan bemorlarda o'pka gipertenziyasi patogenezida ortiqcha o'pka qon oqimi ishtirok etishini ko'rsatadi.

PODAGRIK NEFROPATIYASI BO'LGAN BEMORLARDA BUYRAK DISFUNKSIYASINI O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Djumaniyazova Z.F., Sapayeva Z.A.

TTA Urganch filiali (Urganch, O'zbekiston)

Muammoning dolzarbligi: Podagra nafaqat bo'g'imlarni, balki buyraklarni ham jiddiy zararlaydigan metabolik kasallik bo'lib, surunkali buyrak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. So'nggi yillarda podagrik nefropatiyaning ko'payishi va kech tashxislanishi buyrak funksiyasining sezilarli pasayishiga sabab bo'lmoqda. Shuning uchun ushbu patologiyani erta aniqlash va samarali diagnostika usullarini ishlab chiqish muhim ahamiyat kasb etadi.

Tadqiqot maqsadi: Podagrik nefropatiya bilan og'rikan bemorlarda buyrak zararlanishining klinik jihatdan namoyon bo'lish xususiyatlarini o'rganish.

Materiallar va usullar: Tadqiqot davomida Viloyat ko'p tarmoqli tibbiyot markazining, nefrologiya bo'limida statsionar davolangan 20 nafar podagra kasalligi bilan kasallangan bemorlar tekshirildi. Ular orasida surunkali buyrak kasalligi (SBK) tarqalishi, ko'ptokchalar filtratsiya tezligi (KFT), kreatinin va qondagi mochevina miqdori tahlil qilindi. Barcha bemorlarda umumiy klinik va biokimyoviy tahlillar hamda buyraklarning ultratovush tekshiruvi (UTT) o'tkazildi.

Natijalar: Bemorlarning 90% ida siydikning nisbiy zichligi past ekanligi aniqlandi. Zimnitskiy sinovida izogipostenuriya – kun davomida siydik zichligining o'zgarishi 5 birlikdan oshmagan holatlar kuzatildi. Buyraklarning UTT natijalari bo'yicha ko'pchilikda buyrak to'qimalarining zichlashuvi va kosa-jom tizimidagi chandiqli o'zgarishlar aniqlandi, ammo urostaz belgilari kuzatilmadi. Reberg sinoviga ko'ra, bemorlarning 6 tasida minutlik diurez normadan 10% ga, 3 tasida 25% ga, qolgan bemorlarda esa 40% ga kamaygan. Bunda glomerulyar filtratsiya buzilishi fonda kanalchalarning reabsorbsiya funksiyasi saqlanganligi kuzatildi.

Podagrik nefropatiya 7 bemorda (35%) surunkali buyrak yetishmovchiligiga olib kelgan bo'lib, ularning 2 tasida I bosqich, 2 tasida II bosqich va 3 tasida III bosqich SBY aniqlangan. Shuningdek, 2 bemor doimiy gemodializga muhtoj bo'lgan. 3 bemorda esa bitta buyrak mavjud bo'lib, ulardan biri gemodializ olgan, qolgan 2 bemorda buyrak funksiyasi pasaygan, ammo ularning azot almashinuvi indeksleri normal saqlangan.

Xulosa: Podagrik nefropatiya podagraning eng muhim klinik ko'rinishlaridan biri bo'lib, uning rivojlanishi buyrak funksiyasining sezilarli darajada pasayishiga olib keladi. Shuning uchun urotik buyrak zarar-

lanishini erta bosqichlarda aniqlash usullarini ishlab chiqish zarur. Bu esa buyrak funksiyasini o'z vaqtida tuzatish va surunkali buyrak yetishmovchiligini kechiktirish imkonini beradi.

ASSESSMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE RISK FACTORS IN THE ARAL SEA REGION

Eshonov Sh.N., Abdukadirova Sh.A., Boboqulov M.B.

Tashkent State Dental institute (Tashkent, Uzbekistan)

Relevance: Chronic kidney disease (CKD) is a major global health concern due to its rising prevalence, high morbidity, and significant economic burden. It is a progressive condition characterized by a decline in kidney function, leading to complications such as cardiovascular disease, hypertension, and end-stage renal disease (ESRD), requiring dialysis or kidney transplantation.

The aim of research: Research the prevalence of chronic kidney disease in the primary care of the Aral region in Karakalpakstan Republic and the characteristics of risk factors affecting its development.

Method: For the study were taken 500 applicants living in the territories of the Multi-Network Central Polyclinic and Family Polyclinic No. 1 of Nukus city, Republic of Karakalpakstan. Patients were selected at the 1st stage by the method of questionnaire and general external examination. The number of selected patients after the 1st stage was 221. In the 2nd stage were performed general blood analysis, general urine analysis, blood biochemical analysis (urea, creatinine, potassium, sodium, phosphorus, calcium), kidney ultrasound examination in the patients who were selected in the 1st stage.

Results: In the questionnaire, the following factors were analyzed in order to determine the frequency of occurrence of con-

trolled risk factors affecting the development and development of CKD: -abuse of nephrotoxic drugs, usually sold without a prescription in our country - analgesics, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID), some antibiotics; - abuse of salty and spicy foods; - bad habits - smoking, drinking alcohol; - uncontrolled pathological conditions and diseases with aggravated history (proteinuria, dysuria, nephropathy in pregnancy, arterial hypertension in pregnancy, acute allergic reactions, acute bleeding with hypovolemia); - chronic infection - chronic tonsillitis, chronic otitis media, dental caries. Among the risk factors for the development of CKD, the abuse of nephrotoxic drugs (NSAID, antibiotics) is common, 56.1% (n=124), the presence of chronic infection, dental caries was detected in 55.65% (n=123), 27.14% (n) had chronic tonsillitis (n=60); Among the studied women permanently living in the study area, nephropathy of pregnant women in anamnesis, 38.46% (n=85), respectively.

Conclusion: 1. The analysis of the results shows that the above factors are not sufficiently evaluated as risk factors for the development of CKD, and the effectiveness of preventive measures for non-infectious chronic diseases among the investigated population is much lower. 2. It follows from the above that screening studies to identify CKD among the population are justified.

OBESITY AS A RISK FACTOR FOR CKD PROGRESSION

Eshonov Sh.N., Abdukadirova Z.A., Boboqulov M.B.

Tashkent State Dental Institute (Tashkent, Uzbekistan)

Relevance: In recent years, chronic kidney disease (CKD) has been a progressive pathology requiring constant monitoring. For early diagnosis and prevention of development, it is necessary to identify risk factors (RF). Persons at risk of developing CKD, who do not have its markers, should be recommended for the correction of modifiable risk factors for the development and progression of CKD such as obesity, hypercholesterolemia, hypertension, hyperglycemia, urinary tract infection, etc. One of the most common risk factors is obesity.

Aim of the Research: examine obesity as a significant risk factor for chronic kidney disease (CKD), analyzing its contribution to CKD development and progression. This study seeks to assess the epidemiological association between obesity and CKD, and evaluate potential preventive and therapeutic strategies to mitigate the risk.

Materials and research methods. The study included 115 CKD patients aged 18 to 62 years. A three-stage survey was designed and executed as part of the study. The first stage included: a comprehensive diagnosis of nephropathy in all patients, identification of the presence of various non-modifiable and modifiable risk factors, one of which was obesity and its relationship with changes in the kidneys in primary health care. The body mass index was assessed using the formula kg/m^2

Results and its discussion. Based on the KDIGO 2012 chronic kidney disease

(CKD) GFR category, patients were classified according to the degree of development of CKD as follows: Grade 1 GFR 60-89 ml/min/1.73m^2 (n=28); Grade 2 GFR 45-59 ml/min/1.73m^2 (n=30); Grade 3 GFR 30-44 ml/min/1.73m^2 (n=36) and Grade 4 GFR 15-29 ml/min/1.73m^2 (n=21). In the study of these patients, the average BMI was $29.2 \pm 3.62 \text{ kg/m}^2$. 30 (26%) patients had normal body weight, overweight was noted in 36 (31%) patients, obesity was detected in 55 (47%) patients, the results of the study showed that among them - obesity Ict. - 23 (42%) patients, obesity II stage. - 24 (44%), obesity III stage. - 8 (14%) patients. Moreover, in previously diagnosed CKD (n=70), obesity was detected in 29 (42%) patients, while in patients with newly diagnosed CKD (n=35), obesity was detected in 20 (58%) patients.

Conclusion. When analyzing the risk assessment for the development and progression of CKD at the level of primary health care physicians, we found that a decrease in the number of patients with normal BMI occurs when the condition of patients worsens and the first signs appear. This study was aimed at identifying the effectiveness of the definition of risk factors in the primary health care setting. Thus, early detection of obesity can be a factor in early diagnosis and prevention of CKD progression.

OG'IR KECHISHLI QIZAMIQ BO'LGAN BOLADA BUYRAKNING O'TKIR SHIKASTLANISHI (KLINIK HOLAT)

Gulyamova V.R., Daminova M.N.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti (Toshkent, O'zbekiston)

Dolzarblik. Qizamiq - isitma, ko'z shilliq pardalari va yuqori nafas yo'llarining kataral yallig'lanishi, bolalar orasida keng tarqalgan o'ziga xos toshmalar bilan kechadigan havo orqali yuqadigan mexanizmga

ega yuqori yuqumli o'tkir virusli yuqumli kasallik. So'nggi yillarda dunyoda qizamiq bilan kasallanishning ko'payishi kuzatilmoqda, bu epidemiya o'choqlari va vaktsi-

nalarni o'z vaqtida aniqlash zarurligini tasdiqlaydi.

Klinik holatning tavsifi. 10 yoshli qiz Z., o'tkir kasal bo'lib, tana haroratining 39-40°C gacha ko'tarilishi, yo'tal, burun oqishi bilan boshlangan. Kasallikning 2-kunida avval yuzning terisida, quloqlarning orqasida, so'ngra butun tanada dog'li toshma paydo bo'ldi. 3-kuni-yo'tal, qizil qon bilan balg'am, kuniga 2 martagacha bo'shashgan najas, kuniga 5 martagacha qusish kuzatildi. Kasallik boshlanganidan 4-kuni bola yuqumli kasalliklar shifoxonasiga olib ketildi. Ma'lumki, bola o'qiydigan maktabda qizamiq karantini mavjud. Qizamiq bilan og'rikan bemor emlanmagan.

Qabul qilinganda bolaning ahvoli og'ir, isitma 38,5°C, holsizlik, bir marta qusish, kuniga 4-5 martagacha takroriy burun qon ketishi kuzatiladi. Tanada-bilak va ko'krak qafasida gemorragik emdirish bilan dog'li papulyar toshma va shishlar, og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatida — Filatov–koplik dog'lari aniqlangan. Ichak simptomlari mavjud: ko'ngil aynish, palpatsiya paytida qorin bo'shlig'ida og'riq, diareya. Peshob ajralishi

kamaygan. Ko'z kon'yunktivasining gipere-miyasi, shuningdek, ko'p miqdorda shilliq-yiringli oqindi mavjud. Bemorning qonida qizamiqqa qarshi IgM antikorlari topilgan. Umumiy qon testida trombositopeniya 129 ming/mkl, leykopeniya 3,6 ming/mkl aniqlandi. Koagulogrammada: D-dimer-1245 ng/ml, faollashtirilgan qisman trom-boplastin vaqti (APTT) — 53 soniya, fibrinogen — 4,62 g/l. Qon biokimyosida: kreatinin-118 mkmol/l, koptokchalar filtratsiya tezligi (KFT) 55 ml/min/1,73m². Umumiy siydik tahlilida: ko'p miqdorda leykotsituriya, proteinuriya 6,6g/l. Ichak guruhi uchun najasni tahlil qilish: salbiy. Etiotropik (kon'yunktiva qopidagi siprofloksatsin) va simptomatik (trisol, metamizole, vikalol, etamzilol) davolash fonida, ijobiy klinik ta'sirga erishiladi. Bola kasalxonadan qoniqarli holatda chiqariladi.

Xulosa. Ushbu klinik holat qizamiqning og'ir kechishini va tizimli o'zgarishlar bilan namoyon bo'lishini tasdiqladi, bu esa aholining barcha qatlamlarini qizamiqqa qarshi emlash zarurligini yana bir bor tasdiqlaydi.

COMPARISON OF HEMODIALYSIS METHOD AND ITS OUTCOME BETWEEN KAMOME CLINIC AND JAPAN

Hiroshi Kaneda

Kamome Clinic, Kanagawa, (Yokohama, Japan)

Introduction: I have developed a new hemodialysis method, namely “extended-hours hemodialysis with a liberalized diet.” This method is notably different from conventional hemodialysis worldwide. It is reported that extended-hours hemodialysis normalizes hypertension and removes middle molecular uremic toxins. I hypothesize that these middle molecular uremic toxins may predominantly cause hypertension in dialysis patients. I have been performing it for 27 years. I will report this hemodialysis method and its clinical effect.

Hemodialysis Methods: In Japan, regular dialysis is performed for 4 hours three times a week. In addition, strict fluid and food restrictions are imposed. Furthermore, the standard blood flow rate is 200 mL/min

or more. However, Kamome Clinic's method is unique and has three features. Eating the same meals with a healthy family is recommended as a diet. As a dialysis time, 6 to 8hr HD is recommended. Blood flow rate is slow, with a recommended rate of 200ml/min or less.

Case Presentation: A 60-year-old man was found to have proteinuria at the age of 26 and was diagnosed with chronic glomerulonephritis by renal biopsy. After transferring to Kamome Clinic, his dialysis time increased from 4 to 6 hours, gradually to 7 hours, and finally to 8 hours. He has been undergoing extended-hours hemodialysis with a liberalized diet for 18 years. After transfer, his BMI increased, and his mean arterial pressure (MAP) decreased. In

addition, the number of antihypertensive medications decreases from 5 to zero within 3 years. During the 8-hour HD period, his daily salt intake was higher, ranging from 14 to 18 g. An increase in BMI was accompanied by a decrease in MAP and a subsequent reduction in BMI was accompanied by a rise in MAP. An inverse relationship between MAP and BMI was observed, suggesting the possibility of reverse epidemiology.

Results: In studying the effects of extended hours hemodialysis with liberalized diet, we investigated the relationship between dialysis time and the rate of antihypertensive medication and compared crude mortality rates in hemodialysis patients between Japanese hemodialysis patients

and the Kamome Clinic. A close relationship between dialysis time and the rate of antihypertensive medications was observed, irrespective of diet, such as a restricted diet or a liberalized diet. Dialysis time, not salt and water load, may control hypertension. In addition, the crude mortality rate at the Kamome Clinic was half that of Japanese hemodialysis patients.

Conclusion: Extended-hours hemodialysis with a liberalized diet normalizes hypertension and improves nutrition. Number of antihypertensive drugs used may be decided by dialysis time, not salt and water load. Mortality risk is lower in Kamome Clinic patients than in Japan dialysis patients.

SURUNKALI GLOMERULONEFRIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA GENETIK O'ZGARISHLAR TAHLILI

Jumanazarov S.B., Jabbarov O.O.

Toshkent tibbiyot akademiyasi (Toshkent, O'zbekiston)

Kirish: Surunkali glomerulonefrit (SGN) buyrakning murakkab immuno-yalig'lanish jarayoni bo'lib, kasallikning kechishiga genetik omillar sezilarli ta'sir ko'rsatadi.

Tadqiqot maqsadi: Ushbu tadqiqotning maqsadi SGN aralash va nefrotik shakllarida ACE (I/D), TNF-a (G-308A) hamda IL-4 (C-589T) genlarining genotiplarini baholashdan iborat bo'ldi.

Materiallar va tadqiqot usullari: Ushbu maqolada Toshkent tibbiyot akademiyasining ko'p tarmoqli klinikasida SGN tashxisi bilan davolangan 80 nafar bemorlar o'rganish natijalari keltirilgan. Bemorlar ikki guruhga bo'lindi: A guruh: SGN aralash shakli (n=40). B guruh: SGN nefrotik shakli (n=40). Bemorlarning o'rtacha yoshi A guruhda $40,6 \pm 12,35$ yoshni, B guruhda $41,20 \pm 7,32$ yoshni tashkil yetdi. Ikkala namunalardan ham doimiy usul bilan tuzilgan va O'zbekistonda tug'ilgan va bir-biri bilan hech qanday aloqasi bo'lmagan o'zbek millatiga mansub shaxslarni o'z ichiga olgan. Klinik va diagnostik tekshiruv Toshkent tibbiyot aka-

demiyasi 2-son fakultet va gospital terapiya kafedrasini mutaxassislari tomonidan Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi nefrologiya bo'limida amalga oshirildi. Tadqiqot uchun venoz qondan standart usullar bilan ajratilgan DNK namunalari material sifatida foydalinildi. Har bir guruhda ACE (I/D), TNF-a (G-308A) va IL-4 (C-589T) genlarining genotiplari polimeraza zanjir reaksiyasi (PZR) usuli yordamida tekshirildi.

Natijalar: Genetik tahlil natijalari quyidagicha:

ACE genotipi:

A guruh: D/D – 18 ta (45%), I/D – 20 ta (50%), I/I – 2 ta (5%).

B guruh: D/D – 5 ta (12.5%), I/D – 22 ta (55%), I/I – 13 ta (32.5%).

TNF-a genotipi:

A guruh: G/G – 10 ta (25%), G/A – 28 ta (70%), A/A – 2 ta (5%).

B guruh: G/G – 8 ta (20%), G/A – 29 ta (72.5%), A/A – 3 ta (7.5%).

IL-4 genotipi:

A guruh: C/C – 8 ta (20%), C/T – 29 ta (72.5%), T/T – 3 ta (7.5%).

B guruh: C/C – 7 ta (17.5%), C/T – 31 ta (77.5%), T/T – 2 ta (5%).

Ishning keyingi bosqichida SGN bo'lgan bemorlarning miqdoriy ko'rsatkichlari ko'rib chiqildi: kasallikning boshlanish yoshi, kreatinin, gematuriya va proteinuriya darajasi. Miqdoriy ko'rsatkichlarni tavsiflash uchun ushbu ko'rsatkichlar bo'yicha genotiplarni qiyosiy tahlil qilishda median (Me), kvartallar oralig'i (Q25-Q75) va Mann-Uitni testidan foydalanildi.

Xulosa: SGN aralash va nefrotik shakllari orasida ACE, TNF-a va IL-4 genlarining genotipida sezilarli farqlar mavjudligi aniqlandi:

ACE genotipi: Nefrotik shakllarda I/I genotipi yuqori foizda aniqlangan (32.5%), aralash shakllarda esa D/D genotipi ustunlik qildi (45%).

TNF-a genotipi: Har ikki shaklda G/A genotipi yuqori darajada kuzatilgan (A guruh: 70%, B guruh: 72.5%), bu genning polimorfizmi SGN rivojlanishida umumiy ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatadi.

IL-4 genotipi: Aralash shaklda C/T genotipi 72.5% aniqlangan bo'lsa, nefrotik shaklda bu ko'rsatkich 77.5% ni tashkil etdi, bu genning polimorfizmi yallig'lanish jarayonlariga ta'sir qilishi mumkinligidan dalolat beradi.

THE EFFECT OF INTRADIALYTIC PHYSICAL ACTIVITY ON MYOCARDIAL DAMAGE MARKERS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Kosimova G.B., Muminov Sh.K.

Tashkent Pediatric Medical Institute (Tashkent, Uzbekistan)

Relevance: Chronic kidney disease (CKD) is associated with a high risk of cardiovascular complications, exacerbated by hemodynamic changes during hemodialysis (HD). Myocardial markers such as natriuretic peptide (NP), creatine phosphokinase-MB (CPK-MB), and troponin T are important indicators of myocardial damage. Intradialytic physical activity is a potential method for reducing cardiovascular risks; however, its effect on myocardial markers remains insufficiently studied.

Aim of the study: To examine the effect of intradialytic physical activity on myocardial markers in patients with chronic kidney disease.

Materials and methods: The study included 103 patients with CKD5d aged 18 to 65 years. Blood levels of natriuretic peptide (NP), myocardial fraction of creatine phosphokinase (CPK-MB), and myocardial fraction of troponin (troponin T) were measured in all patients before the hemodi-

alysis (HD) procedure, at 60–90 minutes of HD, and after the completion of HD. The physical activity applied was bicycle ergometry (BE) for 30 minutes during the first hour of HD.

Results: During the HD procedure, by the 60–90th minute, there was a significant increase in NP concentration by 18.04%, CPK-MB by 172.78%, and troponin T by 263.01%. Intradialytic physical exercise (PE) significantly reduced the rate of increase in myocardial marker concentrations (for NP: +7.66% vs. +18.04%, for CPK-MB: +87.2% vs. +172.8%, and for troponin T: +66.09% vs. +263%, $p < 0.001$ for all three indicators).

Conclusion: During the HD procedure, there is a significant increase in markers of myocardial "suffering." Intradialytic physical activity helps to reduce the levels of these myocardial damage markers in the blood compared to standard HD and may have a protective effect on cardiomyocytes.

GIPERTONIK SHAKLDAGI SURUNKALI GLOMERULONEFRIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA YURAK ICHKI GEMODINAMIKA BUZILISHLARI

Mahmudova M.M., Bekmetova Sh.K., Sapayeva Z.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali (Urganch, O'zbekiston)

Dolzarbli: Nefrogen arterial gipertenziya surunkali buyrak yetishmovchiligida yurak-qon tomir asoratlarning asosiy sababidir. Uning patogenezida natriyning ushlanib qolishi, suyuqlik hajmining ortishi va yurak chiqarish hajmining oshishi muhim rol o'ynaydi. Nazoratsiz gipertenziya buyrak faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Tadqiqot maqsadi: Gipertonik shakldagi surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda yurak ichki gemodinamika o'zgarishlarini aniqlash va ularning diastolik disfunktsiya bilan bog'liqligini baholash.

Material va usullar: Tadqiqot davomida Viloyat ko'p tarmoqli tibbiyot markazining, nefrologiya bo'limida statsionar davolangan, gipertonik shakldagi surunkali glomerulonefrit tashxisi qo'yilgan 60 nafar bemor o'rganildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $32,1 \pm 1,5$ yil, kasallik davomiyligi esa $7,7 \pm 0,7$ yilni tashkil etdi. Tadqiqot doirasida umumiy klinik va biokimyoviy tahlillar, elektrokardiografiya (EKG), V-rejimdagi exokardiyografiya hamda EXOKG o'tkazildi.

Natijalar: Tadqiqot natijalariga ko'ra, chap qorincha (ChQ) normal geometriyasi faqat 5 (6,5%) bemorda qayd etildi, 41 (68,8%) bemorda konsentrik gipertrofiya, 6 (5,2%) bemorda esa konsentrik qayta shakllanish kuzatildi. 8 (19,5%) bemorda eksentrik gipertrofiya aniqlangan. EXOKG natijalariga ko'ra, 40 (77,5%) bemorda ChQ ning diastolik disfunktsiyasi aniqlangan bo'lib, $E - 0,66 \pm 0,02$ m/s, $E/A - 0,82 \pm 0,05$, $DT - 231,7 \pm 12,5$ ms, $IVRT - 101,0 \pm 4,6$ ms tashkil etdi. Shuningdek, 26 (47,0%) bemorda o'ng qorincha (OQ) ning diastolik disfunktsiyasi qayd etilgan: $E - 0,55 \pm 0,02$ m/s, $E/A - 0,97 \pm 0,05$, $DT - 229,8 \pm 22,7$ ms, $IVRT - 91,0 \pm 3,8$ ms. ChQ va OQ ning diastolik funksional buzilishlari asosan sekinlashgan relaksatsiya turi bo'yicha namoyon bo'ldi.

Xulosa: Gipertonik shakldagi surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarda yurak ichki gemodinamikasi buzilishlari aniqlanib, ular ChQ miokardining qayta shakllanishi va yurak qorinchalari diastolik disfunktsiyasi bilan tavsiflandi.

YURAK ISHEMIK KASALLIGI VA SEMIZLIK MAVJUD BEMORLARDA SURUNKALI BUYRAK KASALLIGINING UCHRASHI

Mamajonova Z.Sh., Egamberdiyeva D.A.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti (Toshkent, O'zbekiston)

Dolzarbli. Yurak ishemik kasalligi (YuIK) va semizlik hozirgi kunda bemorlar orasida keng tarqalgan va dolzarb muammolar sifatida saqlanib qolmoqda. Surunkali buyrak kasalligining ularga qo'shilishi, o'z navbatida, bemorning holatini og'irlashtirib, davolash jarayonini qiyinlashtiradi, shuningdek, asoratlarning xavfini oshiradi. Surunkali buyrak kasalligi (SBK) jamoat salomatligi uchun katta xavf tug'diradi, chunki

uning uchrash chastotasi ortib bormoqda va natijada bemorlarning mehnat qobiliyatini yo'qotishiga, nogironlikka va o'limga olib keladi, shuningdek, buyrak almashtirish amaliyoti juda yuqori xarajatlar bilan bog'liq. SBK qandli diabet, gipertenziya, insult va yurak kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda noxush natijalar xavfini sezilarli darajada oshiradi. Bu kasalliklar ko'pincha uzoq davom etib, bemorni uzoq

yillar davomida hech qanday alomatlar bezovta qilmaydi, lekin ba'zida kardiologik simptomlar sifatida namoyon bo'ladi. SBK bilan og'riqan bemorlar orasida YuIK va semizlik bilan kasallanganlar alohida guruhni tashkil etadi. Hozirgi vaqtda buyrak va yurak patologiyalarining birgalikda uchrash holatlari juda yuqori. Bundan tashqari, SBK va surunkali yurak ishemik kasalligining patogenezining umumiyliigi va rivojlanish omillarining o'xshashligiga hech qanday shubha yo'q. Surunkali buyrak kasalligi tushunchasi 2002 yilda AQShning Milliy Buyrak Fondi (National Kidney Foundation, NKF) mutaxassislari tomonidan buyrak patologiyalarini ularning sababidan qat'i nazar birlashtirish maqsadida ishlab chiqilgan va bugungi kunda dunyo tibbiyot hamjamiyati tomonidan tan olinmoqda. SBKning besh bosqichi buyrak glomerulyar filtratsiyasi tezligiga qarab ajratiladi. Surunkali buyrak kasalligi tushunchasining keng tibbiy amaliyotga joriy etilishi buyraklarning barcha patologiyalarini ularning sababidan qat'i nazar birlashtirish imkonini beradi va bemorlarni erta nefrolog va kardiolog mutaxassislari ko'rigiga yuborish imkonini yaratadi. Bu, o'z navbatida, kasallikni dastlabki bosqichlarida aniqlash, asoratlarning oldini olish va diyaliz yoki transplantatsiya uchun vaqtda yuborish imkoniyatini yaratadi. Yuqoridagi masalalarni baholash maqsadida bemorlarda surunkali buyrak kasalligiga oid tekshiruvlar o'tkazildi.

Tadqiqot maqsadi. Ushbu tadqiqotning maqsadi YuIK va semizlik mavjud bemorlar orasida surunkali buyrak kasalligining tarqalishini aniqlash shuningdek, surunkali buyrak kasalligi aniqlangan bemorlarda yurakning struktur va funksional o'zgarishlarini baholash.

Materiallar va metodlar. 2023-yil yanvardan 2025-yil yanvargacha bo'lgan davrda kardiologik bo'limlar bemorlarining 134 ta YuIK bilan hastalanganlari o'rganildi. Tadqiqotda quyidagi ko'rsatkichlar tanlandi: qonda kreatinin darajasi (ayollar va erkaklar uchun kreatinin darajasi 110 mkmol/l dan yuqori bo'lgan barcha holatlar hisobga olindi), koptokchalar filtratsiya tez-

ligi (koptokchalar filtratsiya tezligi 90 ml/min dan past bo'lgan barcha holatlar hisobga olindi). Exokardiyografiya ma'lumotlari tahlil qilindi. Natijalarni statistik qayta ishlash amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. Ko'rik davrida 134 ta kardiologik profilda bemorlar o'rganilib tibbiy tahlillar qilindi va surunkali buyrak kasalligi (SBK) bo'lgan bemorlar guruhi ajratildi, bu esa 20,8% ni tashkil etdi. Barcha bemorlar ikki guruhga bo'lindi: YuIK mavjud va semizlik mavjud bo'lmagan bemorlar, va YuIK va semizlik bilan hastalangan bemorlar. SBK rejalashtirilgan bemorlar orasida 14,1% va 23,4% hollarda uchragan ($p > 0,05$). Kreatinin darajasining oshishi ikkala guruhdagi bemorlarda o'rtacha 3% holatda kuzatilgan. Bemorlar orasida kreatinin darajasining oshishining chastotasini solishtirganda, uning chastotasi 2 - guruh bemorlarda yuqoriroq bo'lib, 3,6% ni tashkil etgan, 1- guruhdagi bemorlarda esa 2% ($p < 0,05$). Tadqiqot ma'lumotlariga ko'ra, koptokchalar filtratsiya tezligining pasayishi o'rtacha 16,9% bemorlarda uchraydi. Koptokchalar filtratsiya tezligining pasayishi chastotasi har bir bemor guruhida statistik jihatdan farq qilmagan ($p > 0,05$). Klassifikatsiya asosida barcha bemorlarda surunkali buyrak kasalligining (NKF) bosqichlari aniqlangan. Olingan ma'lumotlar quyidagilarni ko'rsatadi: eng ko'p qayd etilgan 2-chi va 3-chi bosqich SBK bo'lib, ular guruhlar orasida farqlanmaydi; 5-chi bosqich SBK YuIK va semizligi bor bemorlar guruhida uchradi va bu bemorlar barcha bemorlarning umumiy sonining 0,37% ni tashkil etdi. Keyinchalik, SBK turli bosqichlarining tarqalishini yosh va kasallik turlariga qarab tahlil qilish o'tkazildi, ularning natijalari ham ko'rib chiqildi. YuIK mavjud semizlik aniqlanmagan bemorlar orasida SBK 1-chi va 2-chi bosqichlari bilan o'rta yosh 61 yoshni, SBK 3-chi va 4-chi bosqichlari bilan esa 70 yoshni tashkil etgan. YuIK va semizligi bor bemorlar orasida esa SBK 1-chi va 2-chi bosqichlari bilan o'rta yosh 56 yoshni, SBK 3-chi va 4-chi bosqichlari bilan esa 70 yoshni tashkil etgan. O'rtacha yosh jihatlar yuzasidan har ikkala guruhda aha-

miyatga molik farqlar aniqlanmadi. Surunkali buyrak kasalligi aniqlangan bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklarini nozologik shakllarining mavjudligi: yurak ishemik kasalligi: stabil zo'riqish stenokardiyasi (100%), arterial gipertenziya (33,9%), yurak ishemik kasalligi postinfarkt kardioskleroz (26,4%), yurak ishemik kasalligi bilan surunkali yurak yetishmovchiligi (3,7%).

Xulosa. Xulosa qilib aytganda YuIK mavjud bemorlarning har 3 dan birida su-

runkali buyrak kasalligi aniqlanishi mumkin, semizlik esa vaziyatni yanada og'irlashtiradi. Bu shuni ko'rsatadiki, YuIK va semizlik bilan hastalangan bemorlarda buyrak kasalliklariga shikoyat bo'lmagan holda ham ogohlikni yo'qotmaslik zarur. Kardiorenotektiv strategiyaning asosiy terapevtik maqsadlaridan biri bu surunkali buyrak kasalligi kelib chiqishini oldini olish, rivojlanishini susaytirish va tog'ri tanlangan davo choralarini qo'llash.

SIGNIFICANCE OF THE CYP17A1 GENE IN THE DEVELOPMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AND PROSTATE CANCER.

Mamarizaev A.A., Rustamov U.M.

Andijan State Medical Institute (Andijan, Uzbekistan)

Abstract. Androgens play an important role during the development of both normal prostate epithelium and prostate cancer and variants of genes involved in androgen metabolism may be related to an increased risk of prostate disease. Cytochrome P450 17 α -hydroxylase/17,20-lyase (CYP17A1) is a key regulatory enzyme in the steroidogenic pathway; it catalysis both 17 α -hydroxylase and 17,20-lyase activities and is essential for the production of both androgens and glucocorticoids. In this review, we focus on the structure and enzymatic activity of CYP17A1 and the mechanism of modulation of CYP17A1 activities. We discuss the relationship between common genetic variations in CYP17A1 gene and prostate cancer risk and the main effects of these variations on the prediction of susceptibility and clinical outcomes of prostate cancer patients. The mechanism of action, the efficacy and the clinical potential of CYP17A1 inhibitors in prostate cancer are also summarized.

The aim of the study: Evaluation of the role of T-34C polymorphism in the CYP17A1 gene in the mechanism of development of benign prostatic hyperplasia and prostate cancer.

Materials and methods. The present study included 74 men who visited the clinic

for LUTS between January 2022 and December 2023. Patients' clinical symptoms were assessed using the International Prostate Symptom Score (IPSS) and quality of life (QoL) questionnaires. The prostate volumes of patients were measured by transrectal ultrasonography, and the serum prostate-specific antigen (PSA) level of each subject was determined. Peak urine flow velocity (Q_{max}) and mean urine flow velocity (Q_{avg}) were measured using a uroflowmetry system.

The blood analysis of associations of polymorphisms of the studied genes will be carried out using a case-control model (case-control, comparison of two samples). Genetic research and analysis of the obtained data will be carried out according to the GRIPS principles in order to increase transparency and the quality of risk prediction. PCR analysis will be carried out using thermal cyclers Applied Biosystems 2720 (USA) and CG1-96 (Corbett Research QUAGEN Germany) and Rotor GeneQ (QUAGEN Germany) in accordance with the amplification programs. When collecting blood from patients, standard vacuum tubes Vacutainer Becton Dickinson International (USA) with EDTA will be used.

Subjects were excluded from the study if they had prostate cancer, neurogenic

bladder, urethral stricture, acute/chronic prostatitis, urinary tract infection, uncontrolled diabetes mellitus, previous pelvic surgery, or hypertension. Subjects were assigned to either the control group (prostate volume <30 mL) or the group with BPH [prostate volume 30 mL; IPSS, >8; Qmax, <15 mL/sec] group, depending on symptoms (11,12). All subjects provided written informed consent.

Results. Thus, we have established the prognostic significance of the unfavorable G allele and the associated mutant G/G genotype of the 34C polymorphism in the CYP17A1 gene not only in terms of the formation of BPH, but also as an additional genetic marker of the nature of the develop-

ment of prostate cancer in patients with BPH.

Conclusion. This study highlights the significant role of the CYP17A1 gene, specifically the 34C polymorphism, in the genetic predisposition and development of prostate-related pathologies. The findings demonstrate that the presence of the minor G allele and associated G/G genotype are significant risk factors for prostate diseases, including benign prostatic hyperplasia (BPH) and prostate cancer (PC), increasing the likelihood of these conditions. Conversely, the major A allele and A/A genotype exhibit protective effects, reducing susceptibility to these pathologies.

THE ROLE OF THE G2014A/THR594THR POLYMORPHISM IN THE ESR1 GENE IN THE PATHOGENESIS OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AND PROSTATE CANCER

Mamarizaev A.A., Rustamov U.M.

Andijan State Medical Institute (Andijan, Uzbekistan)

Abstract. This thesis investigates the role of the G2014A/Thr594Thr polymorphism in the ESR1 gene in the development of Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) and Prostate Cancer (PCa). The ESR1 gene encodes the estrogen receptor alpha (ER α), which plays a critical role in the regulation of cellular processes influenced by estrogen signaling. The G2014A polymorphism results in the Thr594Thr substitution, a variation that may affect receptor function and, consequently, influence prostate tissue growth and disease progression. The research explores whether this genetic variation contributes to the pathogenesis of BPH, a non-cancerous enlargement of the prostate, and PCa, a hormone-dependent malignancy. The study will also examine potential molecular mechanisms through which the polymorphism alters estrogen receptor activity and its effects on prostate cell proliferation, apoptosis, and androgen receptor signaling. By clarifying the role of this polymorphism, the thesis aims to provide insights into the genetic underpinnings of

prostate diseases, with potential implications for risk assessment, early detection, and targeted therapies.

The aim of the study: Evaluation of the role of the G2014A/Thr594Thr polymorphism in the ESR1 gene in the mechanism of development of benign prostatic hyperplasia and prostate cancer.

Materials and methods. The present study included 74 men who visited the clinic for LUTS between January 2022 and December 2023. Patients' clinical symptoms were assessed using the International Prostate Symptom Score (IPSS) and quality of life (QoL) questionnaires. The prostate volumes of patients were measured by transrectal ultrasonography, and the serum prostate-specific antigen (PSA) level of each subject was determined. Peak urine flow velocity (Qmax) and mean urine flow velocity (Qavg) were measured using a uroflowmetry system.

The blood analysis of associations of polymorphisms of the studied genes will be carried out using a case-control model

(case-control, comparison of two samples). Genetic research and analysis of the obtained data will be carried out according to the GRIPS principles in order to increase transparency and the quality of risk prediction. PCR analysis will be carried out using thermal cyclers Applied Biosystems 2720 (USA) and CG1-96 (Corbett Research QUAGEN Germany) and Rotor GeneQ (QUAGEN Germany) in accordance with the amplification programs. When collecting blood from patients, standard vacuum tubes Vacutainer Becton Dickinson International (USA) with EDTA will be used.

Subjects were excluded from the study if they had prostate cancer, neurogenic bladder, urethral stricture, acute/chronic prostatitis, urinary tract infection, uncontrolled diabetes mellitus, previous pelvic surgery, or hypertension. Subjects were assigned to either the control group (prostate volume <30 mL) or the group with BPH [prostate volume 30 mL; IPSS, >8; Qmax, <15 mL/sec] group, depending on symptoms (11,12). All subjects provided written informed consent.

Results. The study analyzed the G2014A/Thr594Thr polymorphism in the ESR1 gene to assess its role in benign prostatic hyperplasia (BPH) and prostate cancer (PC). While the A allele was the most prevalent in both patient and control groups, the minor G allele was slightly more frequent in affected individuals. No statistically significant differences were found in genotype distributions, but a trend suggested a potential increased risk of BPH and PC in carriers of the A/G genotype. The findings indicate a possible genetic influence on disease susceptibility, warranting further research with larger sample sizes to confirm these associations.

Conclusion. This study examined the G2014A/Thr594Thr polymorphism in the ESR1 gene and its role in BPH and prostate cancer. While no statistically significant associations were found, a slight trend suggested a potential link between the A/G genotype and increased disease risk. Further research with larger sample sizes is needed to clarify its role in prostate disease development and its potential implications for risk assessment and targeted therapies.

THE ROLE OF THE VAL89LEU POLYMORPHISM IN THE SRD5A2 GENE IN THE PATHOGENESIS OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AND PROSTATE CANCER

Mamarizaev A.A., Rustamov U.M.

Andijan State Medical Institute (Andijan, Uzbekistan)

Abstract. The Val89Leu polymorphism in the SRD5A2 gene, which encodes 5 α -reductase type II, plays a critical role in androgen metabolism by converting testosterone into dihydrotestosterone (DHT). This polymorphism involves a substitution of valine with leucine at position 89, resulting in reduced enzymatic activity and lower levels of DHT. Studies suggest that this variation influences the development and progression of benign prostatic hyperplasia (BPH) and prostate cancer (PCa). Men carrying the Leu89 allele typically exhibit a lower prostate volume, reduced risk of BPH progression, and a decreased likelihood of developing aggressive forms of PCa. However, the polymorphism may affect the effi-

cacy of 5 α -reductase inhibitors, such as finasteride, commonly used in the treatment of these conditions. Furthermore, the impact of Val89Leu varies across different populations, highlighting the need for genetic profiling in assessing individual risks and tailoring therapies. This polymorphism represents a promising biomarker for advancing personalized approaches in the prevention, diagnosis, and treatment of androgen-related prostatic diseases.

The aim of the study: Evaluation of the role of the val89leu polymorphism in the SRD5A2 gene in the mechanism of development of benign prostatic hyperplasia and prostate cancer.

Materials and methods. The present study included 74 men who visited the clinic for LUTS between January 2022 and December 2023. Patients' clinical symptoms were assessed using the International Prostate Symptom Score (IPSS) and quality of life (QoL) questionnaires. The prostate volumes of patients were measured by transrectal ultrasonography, and the serum prostate-specific antigen (PSA) level of each subject was determined. Peak urine flow velocity (Qmax) and mean urine flow velocity (Qavg) were measured using a uroflowmetry system.

The blood analysis of associations of polymorphisms of the studied genes will be carried out using a case-control model (case-control, comparison of two samples). Genetic research and analysis of the obtained data will be carried out according to the GRIPS principles in order to increase transparency and the quality of risk prediction. PCR analysis will be carried out using thermal cyclers Applied Biosystems 2720 (USA) and CG1-96 (Corbett Research QUAGEN Germany) and Rotor GeneQ (QUAGEN Germany) in accordance with the amplification programs. When collecting blood from patients, standard vacuum tubes Vacutainer Becton Dickinson International (USA) with EDTA will be used.

Subjects were excluded from the study if they had prostate cancer, neurogenic bladder, urethral stricture, acute/chronic prostatitis, urinary tract infection, uncontrolled diabetes mellitus, previous pelvic

surgery, or hypertension. Subjects were assigned to either the control group (prostate volume <30 mL) or the group with BPH [prostate volume 30 mL; IPSS, >8; Qmax, <15 mL/sec] group, depending on symptoms (11,12). All subjects provided written informed consent.

Results. The study analyzed the Val89Leu polymorphism in the SRD5A2 gene to assess its role in benign prostatic hyperplasia (BPH) and prostate cancer (PC). While the A allele was the most prevalent in both patient and control groups, the minor G allele was slightly more frequent in affected individuals. No statistically significant differences were found in genotype distributions, but a trend suggested a potential increased risk of BPH and PC in carriers of the A/G genotype. The findings indicate a possible genetic influence on disease susceptibility, warranting further research with larger sample sizes to confirm these associations.

Conclusion. This study highlights the role of genetic factors, specifically the Val89Leu polymorphism in the SRD5A2 gene, in the development of benign prostatic hyperplasia (BPH) and prostate cancer (PC). While no statistically significant associations were found, trends suggest that certain genotypes may contribute to disease susceptibility. Further research with larger sample sizes is needed to confirm these findings and explore their implications for personalized risk assessment and treatment strategies.

INTESTINAL MICROBIOTA CHANGES IN THE PRE-DIALYSIS STAGES OF CHRONIC KIDNEY DISEASE AND METHODS OF ITS CORRECTION

Mansurbekov D.M.¹, Nurullayev B.A.², Bakhtiyarova A.M.¹

*Urgench branch of the TMA (Urgench, Uzbekistan)
Tashkent Medical Academy (Tashkent, Uzbekistan)*

Relevance. The human body harbors a complex community of bacteria, archaea, viruses, and eukaryotic microbes that inhabit interactive interfaces exposed or connected to the external environment. This collection of microorganisms consists of about about 100 trillion microbial cells called the human microbiota, and the genes

encoded by these microbes collectively form the human microbiome. Microbes have a tremendous impact on human health and well-being, with the potential to impact our physiology both in health and in disease.

Objective. Recent studies have described how kidney disease contributes to dysbiosis and how dysbiosis contributes to

progression of kidney disease. Clinicians must be aware of the potential, unintended effects of treatments that may alter the gut microbiome, exercise self-discipline, and weigh risks and benefits when prescribing prophylactic antibiotics to patients with recurrent urinary tract infections, vesicourethral reflux, and other infections.

Materials and Methods. The study of the human microbiome has been facilitated by technological advances in performing culture-independent analyses and has yielded remarkable insights into the complex diversity of the human microbiome. While characterizing the microbial phylogenetic composition from a given body site describes only the archaeal and bacterial portion of the microbiome, metagenomic approaches identify all genomes existing in an environment, including bacteria, archaea, viruses, and eukaryotic microbes. Microbial phylogenetic and taxonomic applications are used to identify the microbiota composition using sequencing of the 16S ribosomal-RNA (rRNA)-encoding gene, followed by comparison to known bacterial sequence databases. This method has its limitations, as it only provides insights into the taxonomic composition of the microbial community and fails to resolve a substantial fraction of the diversity existing in a community.

Results. Recently, multiple studies have examined the relationship between different kidney disease entities and the gut microbiome. They showed that some traits of the gut microbiota and levels of urinary metabolites (free amino acids and organic volatile compounds) vary significantly between the progressor and nonprogressor groups. Therapy with three main SCFAs (acetate, propionate, and butyrate) improved renal dysfunction caused by injury and was associated with reductions in the levels of reactive oxygen species, inflammation, infiltrating immune cells, and apoptotic cells in the injured kidneys; an increase in proliferation of kidney epithelial cells; and modulation of DNA methylation status.

Conclusions. There is a pressing need for more studies that characterize the microbiome profile in children with CKD and explore the relationship between different pediatric kidney disease parameters and the microbiome of the growing child. Multiple promising interventions have been described to restore a more balanced microbiome and possibly slow the progression of CKD; such interventions need to be further examined in large controlled trials before they can become part of our mainstream management.

BUYRAK DISFUNKSIYASI BILAN SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI BO'LGAN BEMORLARDA AGT GENI T174M POLIMORFIZMINING O'RNI

Masharipova D.R., Boboev K.T., Zokirova G.A., Tagaeva D.R.

Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy rehabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O'zbekiston)

Maqsad. O'zbek millatiga mansub surunkali yurak yetishmovchiligi (SYuE) bo'lgan bemorlarda buyrak disfunktsiyasi (BD) rivojlanishida angiotensinogen gen (AGT) T174M polimorfizmining rolini baholash.

Tadqiqot usullari. Jami 114 nafar o'zbek millatiga mansub, SYuE bilan I-III funktsional sinfi (FC) (Nyu-York yurak asotsiatsiyasining olti daqiqalik yurish sinmasi va bemorlarni klinik baholash shkalasi asosidagi tasnifi bo'yicha) bo'lgan bemorlar

tekshirildi. Nazorat guruhi o'zbek millatiga mansub 51 nafar sog'lom odamdan iborat bo'ldi. Bemorning genetik tahlilini qilish va SYuE da AGT genining T174M polimorfizmini aniqlash DNK ajratish orqali polimeraza zanjiri reaksiyasi yordamida bilan venoz qondagi limfotsitlarda SG-1-96 «CorbettResearch» (Avstraliya) va 2720 «AppliedBiosystems» (AQSh), shuningdek, real vaqt rejimida RotorGene 6000, Model 65N0-100 (Avstraliya) apparatlarida amalga oshirildi. 060da. o'rganilayotgan

DNK polimorfizmlarining genotip taqsimotining kanonik Hardy-Weinberg taqsimotidan (HVT) chetlanishini baholashda genetik ma'lumotlarni tahlil qilish uchun "GenePop" ("GeneticsofPopulation") kompyuter dasturi yordamida amalga oshiriladi.

Tadqiqot natijalari. AGT genining T174M polimorfizmining tarqalish chastotasining molekulyar genetik tahlili nazorat guruhidagi shaxslar va I-III FC SYuYe o'zbek millatiga mansub bemorlarda genotiplarining tarqalishi HVT ga to'g'ri kelishini ko'rsatdi, bu namunaning reprezentativligini va genetik tuzilmaning to'g'riligiga ta'sir qiluvchi turli omillar yo'qligini ko'rsatadi.

Nazorat guruhi ma'lumotlari bilan taqqoslaganda, I-III FC bilan og'rikan 114 nafar bemorda AGT genining T174M polimorfizmini tahlil qilish natijalari shuni ko'rsatdiki, M allelining chastota taqsimoti va T174M genotiplarining T/M va M/M genotiplari AGT statistik genotiplari orasida sezilarli darajada o'zgargan ($\chi^2 > 3.8$; $r < 0.05$), va AGT genining T174M polimorfizmining M alleli va T/M genotipi SYuYe rivojlanish xavfini bashorat qilish uchun genetik marker sifatida qaralishi mumkin.

CKD-EPI formulasi bo'yicha taxminiy ko'ptokchalar filtratsiya tezligiga (hKFT)

qarab AGT genining T174M polimorfizmining tarqalish chastotasi tahlili - 60 ml / daq / 1,73 m² va 60 ml / daq / 1,73 m² dan kam bo'lgan bemorlar rasidagi tahliliga ko'ra, 39 ta hKFT 60 ml / daq / 1,73 m² dan kam bemorlarda AGT genining T174M polimorfizmining getero va gomozigota genotiplari bilan patologiyani rivojlanish xavfini oshirish tendentsiyasi va M alleli bilan ishonchli bog'liqlik

($\chi^2 = 4.6$; $r = 0,03$; $OR = 3.2$; $95\%CI 1.058-9.587$ nazorat guruhi bilan solishtirilgan) aniqlangan. Shuningdek, bemorlarning ushbu kichik guruhida gomozigota genotipining T/T chastotasining nazorat guruhiga nisbatan ishonchli pasayishi saqlanib qolmoqda ($\chi^2 > 3.8$; $r < 0,05$), bu uni SYuYe bilan og'rikan bemorlarda BD rivojlanishining prognozida genetik omil sifatida tavsiflaydi.

Xulosa. hKFT 60 ml / daq / 1,73 m² dan kam SYuYe bilan og'rikan bemorlarning kichik guruhi uchun nazorat bilan solishtirganda M alleli bilan ishonchli bog'liqlik va gomozigota T / T genotipining chastotasining ishonchli pasayishi aniqlandi, bu buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda buyrak disfunktsiyasi rivojlanishini bashorat qilishda genetik omil sifatida qaralishi mumkin.

GEMODIALIZ BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA OQSIL ENERGIYA ETISHMOVCHILIGINI TUZATISH UCHUN YANGI YONDASHUVLAR

Mirsaidova X.M.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti (Toshkent, O'zbekiston)

Dolzarbli. Zamonaviy buyrak o'rini bosuvchi terapiyaning eng muhim muammolaridan biri bu gemodializ terapiyasi bilan davolangan bemorlarda oqsil-energiya etishmovchiligini rivojlantirishdir. Besh yillik surunkali gemodializ terapiyasidan so'ng, oqsil-energiya yetishmovchiligi bilan og'rikan bemorlarning ulushi taxminan 50% ni tashkil qiladi va kelajakda kopayishi kutilmoqda. Oziqlanish holati bemorlarning ushbu guruhida kasallanish va o'limning mustaqil prognostik omillaridan

biridir. oqsil-energiya yetishmovchiligi belgilari mavjud bo'lganda, gemodializ bilan og'rikan bemorlarda o'lim xavfi 27% ga oshadi. Ushbu muammoning dolzarbligiga qaramay, hozirgi kunga qadar gemodializ bemorlarida oqsil-energiya yetishmovchiligini tuzatish mexanizmlari va usullari to'g'risida yagona nuqtai nazar mavjud emas.

Maqsad. Helicobacter pylori oshqozon shilliq qavatining infeksiyasi va oqsil-energiya yetishmovchiligi o'rtasidagi

bog'liqlikni dasturiy gemodializ bilan og'ri-gan bemorlarda aniqlash.

Bemorlar va usullar. Surunkali ge-modializ bilan davolangan bemorlardan 102 tasi tekshirildi, ular orasida 50 tasi er-kak va 52 tasi ayol $49 \pm 7,7$ yoshda. Barcha bemorlar antral va oshqozon tanasidan bi-opsiya va Helicobacter pylori (Hp) infeksi-yasini aniqlash bilan fibrogastroduodenos-kopiyadan o'tdilar. Bemorning ovqatlanish holati va tanasining tarkibiy tarkibi komp-leks ovqatlanishni baholash usuli, kalipero-metriya, bioimpedansometriya yordamida baholandi. Qon zardobidagi asil-Grelin da-rajasi aniqlash ferment bilan bog'liq im-

munosorbent tahlil usuli (Elishay) yorda-mida amalga oshirildi.

Natijalar. Tadqiqot davomida Helico-bacter pylori mavjudligiga qarab ovqatla-nish holatining bir qator asosiy ko'rsatkich-larining yomonlashishi ko'rsatildi. Oshqo-zon shilliq qavati 32 Hp bilan kasallangan bemorlarda atsil-Grelin darajasi pasaygan. 14 kunlik eradikatsiya terapiyasidan so'ng, asosiy ovqatlanish ko'rsatkichlari yaxshi-landi va atsil-Grelin konsentratsiyasi oshdi.

Xulosa. Helicobacter pylori eradikat-sion terapiyasini Hp-musbat gemodializ bemorlarida oqsil-energiya etishmovchili-gini tuzatishning qo'shimcha usullaridan biri deb hisoblash mumkin.

SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI VA KARDIORENAL SINDROMI: BEMORLARNING RUXIY HOLATI, HAYOT FAOLIYATIGA TA'SIRI VA NEFROLOGIK YORDAMNING ZAMONAVIY USULLARI

Mirzoodilova N.A., Sobirov U.X.

Toshkent tibbiyot akademiyasi (Toshkent, O'zbekiston)

Mavzuning dolzarbligi. Surunkali buyrak kasalligi (SBK) va kardiorenal sindromi (KRS) butun dunyo bo'ylab o'ta muhim tibbiy muammolardan biri hisoblanadi, dunyo aholisining 10-15% da uchraydigan keng tarqalgan kasalliklardan biri. Bu kasal-lik yurak qon – tomir tizimi bilan uzviy bog'liq bo'lib, uning eng muhim asoratlari-dan biri kardiorenal sindrom (KRS) hisobla-nadi. KRS – bu buyrak va yurak o'rtasidagi patofiziologik aloqalar buzilishi natijasida yuzaga keluvchi kompleks holatdir. Ushbu sindrom 5 turga bo'linadi: I tur – O'tkir kar-diorenal sindrom II tur – Surunkali kardio-renal sindrom III tur – O'tkir renokardial sindrom IV tur – Surunkali renokardial sindrom V tur – Sistema kasalliklar bilan bog'liq kardiorenal sindrom Bu kasallik jismoniy holatga ta'sir qilish bilan birga, bemorlar-ning psixo-emotsional holatini ham sezilarli darajada buzadi. Bu holatlar bir-birini kuchaytiruvchi mexanizmlar orqali rivojlanadi. Surunkali buyrak kasalligi va kardiorenal sindromi bilan og'ri-gan bemorlar jismoniy faolliklarini yo'qotishadi, shu bilan birga

ularida depressiya, anksioz va stress holat-lari keng tarqalgan. Bu holatlar o'z navba-tida davolanish jarayonini murakkablashti-radi va bemorning hayot sifatiga katta sal-biy ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun, ushbu kasalliklar bilan og'ri-gan bemorlarning mu-olajasi va rehabilitatsiyasiga zamonaviy yon-dashuvlar, shu jumladan, nefrologik yordam va psixo-emotsional qo'llab-quvvatlash mu-him ahamiyatga ega.

Tadqiqot maqsadi: Surunkali buyrak kasalligi va kardiorenal sindromi bilan og'ri-gan bemorlarning ruhiy holati va hayot faoliyatiga ta'sirini tahlil qilish, zamonaviy nefrologik yordam usullari, profilaktika strategiyalari va psixo-emotsional yordam-ning samaradorligini o'rganish. Tadqiqot-ning natijalari bemorlarning davolanish usullarini takomillashtirish, ularning ijti-moiy faolligini tiklash va hayot sifatiga ijo-biy ta'sir ko'rsatish uchun muhim ahami-yatga ega bo'ladi.

Material va usullar:

Tadqiqot turi: Kesishma tadqiqot
O'tkazilgan joy: Respublika ixtisoslashtiril-

gan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy – amaliy tibbiyot markazi va Toshkent viloyati ixtisoslashtirilgan Somatic shifoxonasi. Tadqiqot davri: 2024 – 2025 yillarning Sentyabr – Mart oylari. Ishtirokchilar soni: 70 nafar. I guruh (KRS + SBK): 35 bemor. II guruh (Faqat SBK): 35 bemor. Klinik tekshiruvlar: Buyrak funksiyasi: koptokcha filtratsiya tezligi (KFT) CKD-EPI formulasi bo'yicha xisoblanadi, kreatinin, mochevina, buyraklar ultratovush tekshiruvi. Yurak funksiyasi: EKG, ExoKG, NT-proBNP (suyuq yuklamasini baholash). Qon tahlillari: gemoglobin, kaliy va natriy darajalari, S-reaktiv oqsil. Bemorlardan anonim ma'lumotlar yig'ilib, ularning jismoniy va psixo-emotsional holati: **HADS** hospital shkalasi — Hospital Anxiety and Depression Scale – xavotir va depressiya darajasini tekshirish, **Spilberger-Xanin** – situativ yoki reaktiv xavotir darajasini aniqlash, **SF-36** testi Short Form Health Survey – hayot sifatini baholash so'rovnomalari va testlari orqali baholangan. Bemorlar holatining dinamikasi klinik tahlillar orqali kuzatildi. Muolajalarning samaradorligini tekshirish uchun, renoprotektorlar, dializ, transplantatsiya, psixoterapevtik yordam kabi zamonaviy tibbiy yondashuvlar amalga oshirildi. 6 oy davomida bemorlar har 3 oyda qayta tekshirildi, va ularning psixologik va fiziologik holatlaridagi o'zgarishlar qayd etildi.

Natijalar:

1. Ruhiiy holat o'zgarishlari Depressiya va xavotir darajasi: I guruh: 74% da depressiya va xavotir belgilari aniqlandi. II guruh: 52% da depressiya va xavotir belgilari aniqlandi. Ijtimoiy izolyatsiya va motivatsiya pasayishi: I guruh: 60%. II guruh: 35%. KRS bilan og'riq bemorlarda depressiya va xavotir darajasi 2-3 marta yuqoriroq bo'lib, bu bemorlarga ruhiy qo'llab-quvvatlash zarurligini ko'rsatadi.

2. Hayot sifati tahlili (SF-36 ballar) Jismoniy faoliyat: I guruh – 38 ball, II guruh – 56 ball Ruhiiy holat: I guruh – 42 ball, II

guruh – 65 ball Jamiyatdagi faoliyat: I guruh – 40 ball, II guruh – 58 ball KRS guruhidagi bemorlarda hayot sifati 30-40% past ekanligi aniqlandi. Zamonaviy nefrologik yordam va psixoterapevtik yordamni qamrab olgan kompleks muolajalar 6 oy davomida bemorlarning ruhiy holatini sezilarli darajada yaxshilashga yordam berdi. Davolashning ikkinchi bosqichida depressiya va anksioz darajalari 40%ga kamaydi. Bundan tashqari, jismoniy faollik va ijtimoiy faollik darajalari ham yaxshilandi, bemorlar kundalik hayotlaridagi qiyinchiliklarni yengishga muvaffaq bo'lishdi.

Xulosalar:

Zamonaviy nefrologik yordam, jumladan, renoprotektorlar, dializ, transplantatsiya, va individuallashtirilgan terapiya usullari bemorlarning jismoniy holatini yaxshilashda muhim ahamiyatga ega. Bu muolajalar nafaqat jismoniy holatni tiklash, balki bemorlarning ruhiy va psixologik holatini ham qo'llab-quvvatlashga yordam beradi. Psixoterapevtik yordam va psixo-emotsional qo'llab-quvvatlash (masalan, kognitiv-bixevioral terapiya, guruhli terapiya) bemorlarning psixo-emotsional holatini yaxshilash va ularning ijtimoiy faolligini tiklashda muhim rol o'ynadi. Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, psixo-emotsional qo'llab-quvvatlash bemorlar hayotining yaxshi yangilanishini ta'minladi. Integratsiyalashtirilgan yondashuv, ya'ni tibbiy yordam va psixoterapevtik qo'llab-quvvatlashning muvofiq birlashmasi, bemorlarning umumiy holatini yaxshilash, ularning davolanishga bo'lgan ishonchini oshirish va hayot sifatiga ijobiy ta'sir ko'rsatishda muhim ahamiyatga ega. Tibbiy va psixologik soha orasidagi hamkorlik bemorlar uchun samarali davolanish va rehabilitatsiya usullarini ishlab chiqishga yordam beradi. Shu bois, sog'liqni saqlash tizimida kompleks yordam ko'rsatishning ahamiyati nihoyatda katta bo'lib, u bemorlarning jismoniy va ruhiy salomatligini saqlashda samarali natijalarga olib keladi.

ASSESSMENT OF CHANGES IN THE LIPID SPECTRUM AGAINST THE BACKGROUND OF PREDNISOLONE THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS

Muminov D.K., Jalilov Sh.H.

Tashkent pediatric medical institute (Tashkent, Uzbekistan)

Republican specialized scientific and practical medical center of nephrology and renal transplantation (Tashkent, Uzbekistan)

Relevance: Chronic glomerulonephritis is a chronic inflammatory disease of the kidneys that requires long-term treatment. Prednisolone is a widely used anti-inflammatory drug in the treatment of chronic glomerulonephritis. Prednisolone helps reduce inflammation in the kidneys, but its long-term use can negatively affect the lipid profile. Lipid spectrum (general cholesterol, high-density cholesterol, low-density cholesterol, and triglycerides) is an important prognostic marker for cardiovascular diseases. Therefore, the study of changes in the lipid spectrum during treatment with prednisolone allows us to assess not only the effectiveness of treatment, but also the risk of cardiovascular diseases.

Purpose: The main goal of this study is to assess changes in the lipid spectrum in patients with chronic glomerulonephritis against the background of prednisolone therapy.

Materials and methods: In this study, in order to assess the influence of prednisolone on the lipid spectrum, 60 patients with chronic glomerulonephritis aged 18-40 years were examined at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Nephrology and Kidney Transplantation. Patients were divided into two groups A and B, 30 people each. Group A in-

cluded patients receiving a dose of 20 mg or less per day, group B - patients receiving a dose of more than 20 mg of prednisolone per day. Patients were analyzed for the lipid spectrum on the first day of hospitalization and after 6 months.

Indicators of the lipid spectrum in patients after 6 months: The level of total cholesterol increased by 9% in group A ($p < 0.05$) and by 17% in group B ($p < 0.01$). High-density lipoprotein decreased by 6% in group A ($p < 0.05$) and by 14% in group B ($p < 0.01$). Low-density lipoprotein increased by 12% in group A ($p < 0.05$) and by 22% in group B ($p < 0.01$). Triglycerides in group A increased by 8% ($p < 0.05$), in group B by 16% ($p < 0.01$).

Conclusion: The results of the study show that the dose of prednisolone has a significant effect on the lipid spectrum. In patients receiving high doses of prednisolone, the levels of total cholesterol, low-density lipoproteins, and triglycerides were significantly elevated, while the level of high-density lipoproteins decreased. However, in patients treated with low doses of prednisolone, changes in the lipid spectrum were relatively less pronounced. Thus, treatment with high doses of prednisolone can significantly affect the lipid profile and increase the risk of cardiovascular diseases.

ASSESSMENT OF CHANGES IN ELECTROCARDIOGRAPHY AGAINST THE BACKGROUND OF PREDNISOLONE THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS

Muminov D.K., Jalilov Sh.H., Tursunbaev A.K.

Tashkent pediatric medical institute (Tashkent, Uzbekistan)

Republican specialized scientific and practical medical center of nephrology and renal transplantation (Tashkent, Uzbekistan)

Relevance: Chronic glomerulonephritis is inflammation of the renal glomeruli, and corticosteroids such as prednisolone are widely used in the treatment of this dis-

ease. Prednisolone is used to preserve the kidneys by reducing inflammation and suppressing the immune system. However, corticosteroids, including prednisolone, can af-

fect the cardiovascular and electrophysiological systems with prolonged use.

Purpose: to assess the influence of prednisolone therapy on electrocardiographic (ECG) changes in patients with chronic glomerulonephritis and to analyze these changes.

Materials and Methods: 60 patients with chronic glomerulonephritis aged 18-45 years were included in the study at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Nephrology and Kidney Transplantation. Patients were divided into two groups: group A (taking prednisolone up to 20 mg/day) and group B (taking more than 20 mg/day). After the patients began treatment, ECG studies were performed in the initial (at the beginning of treatment) and after 6 months. Measurements of the following ECG parameters were taken: sinus rhythm, Q-T interval, P-Q interval, QRS complexity, ST segment. Sinus rhythm: in group A, no significant changes in sinus rhythm were observed, but sinus tachycardia increased by 5% over 6 months. In group B, sinus tachycardia increased by 10% over 6 months ($P < 0.05$). Q-T interval: in group A, the initial Q-T interval was 420 ± 25 ms, after 6 months 430 ± 30 ms ($P > 0.05$), and in group B, the initial Q-T in-

terval was 425 ± 20 ms and after 6 months 460 ± 35 ms ($P < 0.01$). ST-segment: in group A, the ST-segment is normal (at the isoelectric line), 0.01 ± 0.03 mV in the first studies and 0.02 ± 0.04 mV after 6 months ($P > 0.05$). In group B, the ST segment is initially normal. After 6 months, in 10% of patients, the ST segment was elevated to 0.05 ± 0.03 mV ($P < 0.05$). P-Q interval: in group A after 6 months, the P-Q interval was 185 ± 20 ms ($P > 0.05$), while in group B after 6 months, the P-Q interval was 210 ± 25 ms ($P < 0.05$). Complexity of QRS: in group A, the initial QRS complexity was 85 ± 10 ms (norm: 60-100 ms), after 6 months 90 ± 12 ms ($P > 0.05$), while in group B the initial QRS complexity was 87 ± 8 ms and after 6 months 105 ± 15 ms ($P < 0.05$).

Conclusion: Long-term or high-dose use of prednisolone negatively affects the electrical system of the heart and ECG parameters. Sinus tachycardia, prolonged Q-T interval, ST-segment elevation, prolonged P-Q interval, and increased QRS complexity indicate changes associated with high-dose prednisolone. To better understand the cardiovascular effects of prednisolone therapy and reduce risks, patients need to undergo regular ECG checkups.

THE ROLE OF DIABETES MELLITUS IN THE DEVELOPMENT OF CONTRAST-INDUCED NEPHROPATHY IN PATIENTS DURING X-RAY ENDOVASCULAR PROCEDURES

Muminov Sh.K., Muminova S.U., Nigmanov B.B.

Tashkent Pediatric Medical Institute (Tashkent, Uzbekistan)

Objective. To identify the role of diabetes mellitus in the development of contrast-induced nephropathy (CIN) in patients during X-ray endovascular procedures (REP).

Material and methods of research. The study included 150 patients with coronary artery disease who underwent X-ray endovascular procedures (REP) using the contrast agent unihexone. The mean age of the patients was 55.69 ± 1.27 years, including 83 men and 67 women, which accounted for 55.3% and 44.7% of the total number of

patients, respectively. Diabetes mellitus was detected in 73 patients (49%). To isolate patients whose REP in the postoperative period was complicated by CIN on days 1, 2, 3, 5, 7, and 10, dynamic determination of serum creatinine concentration was carried out with glomerular filtration rate calculation. According to the results, all patients were divided into 2 groups: patients with uncomplicated postoperative REP (CIN- group, 99 patients, 66%) and patients who developed contrast-induced nephropathy (CIN+ group, 51 patients, 34%). As a

control group, 20 healthy volunteers were examined. The validity of intergroup comparisons was carried out using the Student's test for paired and unpaired differences.

Outcomes. In the course of the study, it was revealed that in the group of patients who developed CIN, there were significantly more people who developed CIN against the background of type II diabetes mellitus ($p < 0.05$), which is probably explained by their tendency to develop diabetic microangiopathy, one of the variants of which is nephropathy. The study of glycemie features in patients with CIN included in the study demonstrated that among patients with diabetes who developed CIN, the level of glycemia was significantly higher than in patients with uncomplicated course of REP

($p < 0.05$ for fasting and $p < 0.001$ for postprandial glycemia), that is, the higher level of glycemia in patients with CIN of the CINgroup is explained not only by the large number of patients with diabetes, but also by the large number of patients with diabetes. but also its less control. In parallel with higher glycemia, patients with diabetes of the CIN+ group were also distinguished by more pronounced uricemia ($p < 0.01$). The increased relative density of urine in patients with diabetes of the CIN+ group compared to patients with CI- ($p < 0.05$) is explained by the osmotic effect of glycosuria.

Findings. Thus, the presence of background DM, and especially its decompensation, is a risk factor for the development of CIN after REP.

KONTRAST-INDUSIRLANGAN NEFROPATIYA: TURLI RENTGEN-KONTRASTLI MODDALARNI TAQQOSLASH

Mustafayeva M.R., Axmedova N.Sh.

Buxoro davlat tibbiyot instituti (Buxoro, O'zbekiston)

Dolzarbligi. Rentgenkontrast muolajalarning ko'payishi va keng qo'llanilishi, kontrast moddadan foydalanish darajasini oshirmoqda. Shu asnoda undan keyingi asoratlar soni ham ortib bormokda. Tashxisotning invaziv usullarining rivojlanib borishi va uning amaliyotda keng qo'llanilishi bu tashhisot usulidan keyin rivojlanayotgan asoratlarni olish bo'yicha asoslangan tadqiqotlarni talab etmoqda.

Garchi bu patologik holatning mexanizmi ilmiy asoslangan bo'lsada, uning oldini olish bo'yicha chora- tadbirlar ishlab chiqilmagan.

Tadqiqot maqsadi. Tadqiqotning maqsadi teri orqali endovaskulyar aralashuvlarda eng ko'p qo'llaniladigan izo- va past osmolyar ionli bo'lmagan RKVlarning qiyosiy nefrotoksikligini baholashdan iborat.

Metodlar. 263 nafar bemor 4 guruhga randomizatsiyalangan: aralashuvlarda Yodixsanol (Vizipak 320) qo'llanilgan 60 nafar bemor. Ikkinchi guruhni endovas-

kulyar jarrohlik amaliyotida Yogeksol (Omnipak) qo'llanilgan 70 nafar bemor tashkil etdi. Yoversol (Opteriya) yordamida aralashuv o'tkazilgan 67 nafar bemor uchinchi guruhni tashkil etdi va Yopromid (Ultravist) qo'llanilgan 66 nafar bemor to'rtinchi guruhga kiritildi.

Kontrast-indutsirlangan nefropatiya (KIN) teri orqali tomir ichi aralashuvidan (TIA) keyin plazma kreatinin darajasining dastlabki ko'rsatkichdan 25% ga oshishi sifatida aniqlandi. CHVdan oldin KV yuborishdan oldin suyuqlikni og'iz orqali qabul qilish va fiziologik eritmani aralashuv boshidan va kun davomida v/i infuziya qilish orqali faol gidratatsiya o'tkazildi. Kreatinin darajasi dastlab yuqori bo'lgan bemorlarga aralashuvdan 2-12 soat oldin suyuqlik yuborish boshlandi va 24-48 soat davomida davom ettirildi va kuniga 2400 mg dozada atsetilsistein yuborildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 67,8±12 yoshni tashkil etdi. Bemorlarning 79% erkaklar edi. Guruhlar o'tkaziladigan endovaskulyar aralashuvlar turi,

qandli diabet, arterial gipertenziya kabi yondosh kasalliklar va dastlabki buyrak dis-funksiyasi chastotasi bo'yicha sezilarli darajada farq qilmadi. Guruhlar tana vazni indeksi bo'yicha taqqoslandi.

Natijalar. Bitta bemorga o'rtacha hisoblangan KV miqdori sezilarli darajada farq qilmadi va $275 \pm 12,6$ ml ni tashkil etdi. KIN aksariyat hollarda dastlabki buyrak dis-funksiyasi bo'lgan bemorlarda qayd etilgan (17 bemordan 9 tasida). KIN chastotasi bo'yicha guruhlarini taqqoslash shuni ko'rsatdiki, plazma kreatinin darajasining boshlang'ich darajadan 25% ga oshishi ikkinchi kuni Yodixsanol guruhida 3 (5,0%), Yogeksol guruhida 1 (1,8%) bemorda, Yoversol guruhida 1 (2,0%) va Yopromid guruhida 4 (6,2%) bemorda qayd etilgan. Aksariyat hollarda KIN o'tkinchi xarakterga ega bo'ldi, biroq 1 holatda yodixsanol qo'llanilgandan so'ng va 1 holatda Yopromid kiritilgandan so'ng KIN keyinchalik gemodializni qo'llash zarurati bilan SBE rivojlandi.

Ikkala holatda ham kreatinin dastlabki darajasi 200 ng/l dan oshdi va kiritilgan kontrast modda miqdori 500 ml dan ortiq edi. Shifoxonada davolanish davrida ikki bemor vafot etdi: 1 nafari Yodixsanol guruhida va 1 nafari Yopromid guruhida. 12 oygacha bo'lgan kuzatuv davrida 2 ta o'lim holati ham kuzatildi, bir holatda progressiv surunkali pankreatit fonida o'tkir ichak kasalligidan (Yopromid guruhida), boshqa holatda poliorgan yetishmovchiligi va surunkali pankreatitdan (Yogeksola guruhida). Gemodializga 1-yil davomida jami 5 nafar bemor, Yoversol guruhida 2 nafar bemor va qolgan uchta guruhda 1 nafardan bemor muhtoj bo'lgan.

Xulosa. Zamonaviy RKV nefrotoksikligi va xavfsizligi bo'yicha farq qilmaydi. Teri orqali endovaskulyar aralashuvlarda KIN profilaktikasi bo'yicha chora-tadbirlarni amalga oshirish aksariyat hollarda RKV yuborish bilan bog'liq asoratlarning oldini olishga imkon beradi.

BOLALARDA NEFROTIK SINDROM RIVOJLANISHINING YOSHGA BOG'LIQ KLINIK MEZONLARI

Nurmatova O.A. - asistent

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti (Farg'ona, O'zbekiston)

Dolzarliligi. Bolalarda nefrotik sindromning rivojlanishining yoshga bog'liq mezonlari bo'yicha ilmiy tadqiqotlar, nafaqat tibbiyot, balki pediatriya sohasida ham katta ahamiyatga ega. Ushbu mavzu, bolalar salomatligi uchun jiddiy xavf tug'diradigan buyrak kasalliklarini erta aniqlash va samarali davolash uchun zaruriy ma'lumotlarni taqdim etadi. Nefrotik sindromni yoshga mos ravishda erta aniqlash va davolash, uzoq muddatli asoratlar va buyrak yetishmovchiligi rivojlanishining oldini olishga yordam beradi. Bunday yondashuvlar o'smirlar va kichik yoshdagi bolalarda kasallikning prognozini sezilarli darajada yaxshilashi mumkin. Shu nuqtai nazardan, yoshga qarab nefrotik sindromning rivojlanishini tahlil qilish, bolalarga moslashgan tibbiy yondashuvlarni ishlab chiqish imko-

nini beradi. Ushbu mavzu dolzarb bo'lib, bolalar sog'lig'ini yaxshilash va global tibbiyotdagi ilg'or yondashuvlarni taqdim etish imkonini yaratadi.

Tadqiqot maqsadi va vazifalari: Nefrotik sindromli bolalarning yoshini va yoshga bog'liq mezonlarni rivojlanishini aniqlash.

1. NS bilan kasallangan bolalarni aniqlash va ularni yoshga qarab taqsimlash

2. Turli yoshdagi bolalarda NS klinik mezonlarini xarakterlash

Material va metodlar. Farg'ona viloyati bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi nefrologiya bo'limida nefrotik sindrom tashxisi bilan davolangan 100 nafar 0 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan bolalar olindi va kasallik tarixi hamda olingan taxlil natijalari ko'rib chiqildi.

Natijalar. NS rivojlanishining yoshga bog'liq mezonlari o'rganish uchun biz yig'gan 100 nafar bemor bolalarni 4ta yosh guruhlariga bo'lib chiqdik: I- (n=7) - 1-3 yil; II- (n=23) - 4-7 yosh; III- (n=54) - 8-14 yosh; IV (n=16) - 15-18 yosh. Shulardan 62 nafari o'g'il bolalarda, 38 nafari qiz bolalarda aniqlandi. Bundan tashqari NS 7-14 yoshda eng ko'p kuzatilgan (53,2%), hayotining birinchi yilida kasallikning boshlanishi, kasallikning kechroq namoyon bo'lishi bilan bakterial infeksiyalar va viruslar, o'smiralarda - kanalchalar va aralash proteinuriya, kreatinin klirensining ko'payishi bilan. 120 ml/min/1,73 m². Yosh bolalarda (5-6 yosh) GN ko'proq NS boshlanishida namoyon bo'ladi, bu glomeruliyadagi minimal morfologik o'zgarishlar va quvurli epiteliyning distrofiyasi bilan tavsiflanadi. Gematuriya bilan NS asosan boshlang'ich maktab yoshidagi (7-9 yosh) bolalarda kuzatilgan, glomerulonefritning morfologik, mezangiokapillyar yoki fibroplastik variantlari aniqlangan va tubulointerstitial o'zgarishlar tez-tez uchraydi. O'smirlik davrida nefrotik sindromsiz o'tkir GN ko'pincha bemorlarning ko'pchiligida bir yildan keyin tiklanish bilan qayd etilgan, mezangioproliferativ yoki minimal morfologik variant va kamdan-kam hollarda tubulointerstitial o'zgarishlar.

1. Nefrotik sindrom ko'proq 8-14 yoshli bolalarda aniqlangan va o'g'il bolalar ustunlik qilgan.

2. NSning eng ko'p uchraydigan o'ziga xos belgilari shish bo'lib, 4 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan kasal bolalarda eng ko'p ifodalangan. 4-14 yoshdagi bolalarda zaiflik va bosh og'rig'i keng tarqalgan. Oliguriya barcha bemorlarga xos edi. Bosh og'rig'i va zaiflik ko'pincha 8-14 yoshdagi bolalarda paydo bo'ldi. 4-7 yoshdagi bolalar uchun NSning eng ko'p uchraydigan belgilari qorin bo'shlig'ida og'riq va og'irlik edi.

3. Proteinuriya va silindruriya, shuningdek, umumiy zardob oqsilining past darajasi 3 yoshgacha va boshlang'ich maktab yoshidagi (7-11 yosh) bolalarda ko'proq kuzatildi. 8-14 yoshdagi bolalarda proteinuriya 10% hollarda eritrotsituriya bilan birashtirildi. Proteinuriyaning eng katta og'irligi surunkali glomerulonefritli bolalar va 15-18 yoshli bolalar guruhiga xosdir. 1-3 yoshli va 15-18 yoshli bolalarda buyraklarning filtratsiya funksiyasining azotemiya ko'rinishidagi buzilishi ham ko'proq kuzatilgan

Xulosa. Bolalarda NS uchun klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarining yoshga bog'liq xususiyatlari aniqlandi, ular turli xil klinik belgilar chastotasi, chastotaning oshishi, proteinuriya darajasi, shuningdek, o'smirlik davrida konsentratsiya funksiyasining pasayishi, tez-tez proteinuriya, limfotsituriyadan hayotning dastlabki ikki yilidagi bolalarda karbamid va kreatinidagi o'zgarishlaridan iborat.

ASSOCIATION OF THE IGF2BP2 GENE (RS1470579) POLYMORPHISM WITH TYPE 2 DIABETES AND DIABETIC NEPHROPATHY IN UZBEK POPULATION

Omonova F.O.^{1,2}, Rasulev Y.E.¹, Abrorova B.T.¹

Tashkent pediatric medical institute (Tashkent, Uzbekistan)

Central Asian University (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract: The risk of cardiovascular disease mortality is more than twofold higher in individuals with type 2 diabetes compared to individuals of the same age without diabetes [Laakso, 2008. P. 442]. The association between the variant rs1470579 in the IGF2BP2 gene and type 2 diabetes (T2D) was investigated in several ethnic

groups [Huang, 2010. P. 709]. However, the relevance of this single nucleotide polymorphism to the type 2 diabetes pathogenesis in the Uzbek population has not yet been identified. A protein that is encoded by the IGF2BP2 gene promotes the translation and stability of insulin-like growth factor 2 (IGF2) mRNA by binding to its 5' UTR region

[Kurzawski, 2012. P. 1587]. IGF2 induces the growth of fetal pancreatic beta cells, which is why the C allele of the IGF2BP2 gene is found to be associated with type 2 diabetes in several studies [Meigs, 2008. P. 2208].

The aim of this study was to determine the association of this variant in IGF2BP2 with type 2 diabetes in the Uzbek population in order to use it as a genomic biomarker in the future. This can potentially change approaches to the quality of diagnosis and management of T2D.

Methods and materials: Overall, 186 adults participated in the study, where 106 were patients with type 2 diabetes, who received outpatient care at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology named after Academician Turakulov Y.Kh. (Tashkent, Uzbekistan) and 80 were controls. Extraction of genomic DNA was performed from whole blood samples using the "ArtDNA MiniSpin" kit (ArtBioTech LLC, Belarus) according to the manufacturer's standard protocol. The quantity and quality of the isolated DNA were assessed using agarose gel electrophoresis and a NanoDrop spectrophotometer (Thermo Scientific, USA). Next, PCR amplification was carried out using the QuantStudio 5 Applied Biosystems thermal cycler. The genotyping results were analyzed using the "Design & Analysis 2.6.0 2021" software from Thermo Fisher Scientific and entered for primary processing in Microsoft Excel-

2019. To examine statistically significant correlations between the predicted genotype and the onset of the disease, a logistic regression analysis was carried out using the R programming language (R Core Team, Indianapolis, Indiana, USA) and the SNPassoc software package (The R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). The association of genotype with the disease phenotype was determined using additive, dominant, recessive, and multiplicative genetic models.

Results: An A allele was found in 137 diabetic patients, while a C allele was identified in 75 diabetic patients. Among controls, an A allele was present in 111 controls, while a C allele was identified in 49 controls. The genotype frequency distribution corresponded to the Hardy-Weinberg equilibrium in both groups ($p > 0.05$). The results of genetic association studies between the variant rs1470579 in the IGF2BP2 gene and type 2 diabetes were as follows: multiplicative ($p = 0.34$), additive ($p = 0.34$), recessive ($p = 0.99$) and dominant ($p = 0.2$) genotypic test models.

Conclusion: No association was found between the variant rs1470579 in the IGF2BP2 gene and type 2 diabetes in multiplicative, additive, recessive, and dominant genotypic test models. For the confirmation of these findings, it is required to conduct further studies with larger sample sizes and family-based analyses.

TIZIMLI SKLERODERMIYADA BEMORLARDA KOMPLEKS DAVO HAMDA RITUKSIMAB QO'LLANILGANDA BUYRAK FAOLIYATINI BAHOLASH

Pulatova Sh.B., Nabiyeva D.A., Allamurodova N.A.
Toshkent tibbiyot akademiyasi (Toshkent, O'zbekiston)

Muammoning dolzarbligi. Tizimli sklerodermada (TSD) turli xil buyrak shikastlanishlari rivojlanishi kuzatiladi. Buyrak shikastlanish simptomsiz kechgan buyrak yetishmovchiligidan to hayot uchun xavfli bo'lgan holatlarga namoyon bo'lishi mumkin, bu esa o'z navbatida murakkab davo muammolarini keltirib

chiqaradi. Rituksimab (RTM) TSD va boshqa autoimmun kasalliklarni davolashda ishtiqli natijalar bilan qo'llanilgan, ammo uning buyrak funksiyasiga ta'siri yaxshi o'rganilmagan. Тадқиқотнинг мақсади ТСД билан оғриган беморларда комплекс терапия ҳамда РТМ

қўлланилганда буйрак фаолиятини баҳолашдан иборат.

Materiallar va usullar. Tadqiqotga TSD bilan og'rikan 45 ta bemor olindi, hamma bemorlar RTM boshlashdan avval va davodan keyin 1-3,5 yillarida qayta tekshiruvlardan o'tdilar. Buyrak funksiyasini koptokchalar filtratsiyasi tezligi CKD-EPI formulasi yordamida hisoblandi. Surunkali buyrak kasalligi (SBK) bosqichlari, qon bosimi darajasi, sutkalik proteinuriya, terining zararlanishi, kasallik faolligi ham aniqlandi.

Natijalar va muhokama. TSD bilan og'rikan bemorlarda RTM bilan kompleks davosida b Bemorlarning aksariat holda koptokchalar filtratsiyasi tezligi dastlabki ko'rsatkichlarda saqlanib, SBK 25% ga kamaydi. 58% bemorlarda SBK aniqlangan va davolanish davomida 11 ta (18,9%) bemorda koptokchalar filtratsiyasi tezligi ko'tarildi, 2 ta bemorda esa muqumlashdi. 2

ta bemorda anamnezida sklerodermik buyrak krizi rivojlanganligi aniqlandi va shu 2 ta bemorda SBK og'ir darajada qoldi.

Xulosa. Ushbu tadqiqotda RTM davolashning koptokchalar filtratsiyasi tezligi va SBK darajasiga sezilarli ta'siri aniqlanmadi. Ko'pgina bemorlarda buyrak funksiyasi barqaror bo'lgan, dastlab past darajadagi SBK bo'lgan bemorlarda buyrak funksiyasini barqarorlashtirish tendensiyasi aniqlangan. Umuman olganda, bemorlar guruhida qayd etilgan uzoq muddatli terapiya paytida koptokchalar filtratsiyasi tezligining sezilarli darajada pasayishi, dastlab buyrakning og'ir sklerodermasi bilan, xususan, SBK tufayli buzilgan bemorlarda buyrak yetishmovchiligining oshishi bilan izohlanadi. TSD bilan og'rikan bemorlarda RTM terapiyasining buyrak funksiyasiga ta'sirini qo'shimcha o'rganish talab etiladi.

SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI BOLGAN BEMORLARDA - OG'RIQNI HAYOT SIFATIGA TA'SIRI O'RGANISH

Daminov B.T.^{1,2}, Rasulev Y.E.¹, Xalmuhamedov J.A.¹

Tashkent pediatriya tibbiyot instituti (Toshkent, O'zbekiston)

Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiy markazi (Toshkent, O'zbekiston)

Sharh: og'riq - surunkali buyrak kasalligi (SBK) bilan og'rikan bemorlarda keng tarqalgan, ammo tez-tez davolanmaydigan simptom bo'lib, umumiy aholiga qaraganda ancha yuqori. Umumiy populyatsiyada surunkali buyrak kasalligi bilan og'rikan bemorlarda og'riqning tarqalishi buyrakni almashtirish terapiyasi olgan bemorlarda 40-60%, pre-terminal buyrak kasalligi bilan og'rikan bemorlarda 60-70% va SBK bilan kasalxonaga yotqizilgan bemorlarda 100% gacha. Mushak-skelet tizimining og'rig'i umumiy va SBK populyatsiyalarida 60-70% da ustunlik qiladi [Davison SN, Koncicki H, Brennan F. Surunkali buyrak kasalligidagi og'riq: qamrovli tekshiruv. *Semin Dial* 2014; 27: 188-204].

Tadqiqot maqsadi: SBK bilan og'rikan bemorlarning turli kichik guruhlarida (gemodializsiz, gemodializli, buyrak transplantatsiyasini qabul qiluvchilar, palliativ yordam) turli xil og'riq turlarining

tarqalishi va surunkali og'riqning oxirgi bosqichdagi buyrak kasalligi bilan og'rikan bemorlarning hayot sifatiga ta'siri bo'yicha zamonaviy aholiga asoslangan taxminlarni olishdir.

Material va tadqiqot usullari: "Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi" davlat muassasasining 2021-2023 yillarga mo'ljallangan turli bo'limlariga yotqizilgan 20 yoshdan 75 yoshgacha bo'lgan 1767 nafar bemorning tibbiy hujjatlari retro va istiqbolli tahlili o'tkazildi. Hayot sifatini baholash bo'yicha tadqiqot chet elda (AQSh, Evropa mamlakatlari) va klinik tibbiyot bo'yicha mahalliy tadqiqotlarda eng ko'p qo'llaniladigan SF36 so'rovnomasining rus tilidagi versiyasi (Short Form Medical Outcomes Study) yordamida amalga oshirildi va hayot sifatini jismoniy, psixologik va ijtimoiy tarkibiy qismlarini miqdoriy tavsiflash imkonini beradi.

Statistik ishlov berish Microsoft Office Excel 2023 da amalga oshirildi.

Natijalar: surunkali buyrak kasalligining asosiy sabablari: diabetik nefropatiya - 23,76% (420), gipertenik nefroskleroz - 18,9% (334), surunkali glomerulonefrit - 32,48% (574), tubulointerstitial nefrit - 7,38% buyrak kasalligi 183% (319) va boshqalar - 5,94% (105).

So'rov natijalarida ko'ra tamaki mahsulotlarini iste'mol qilish kabi omil: 51,49% (910) hech qachon chekishmagan, hozirda 16,41% (290) chekadi, 31,91% (564) ilgari chekkan bemorlar.

SBK 5-bosqichi bo'lgan bemorlarda og'riq intensivligi shkalasiga ko'ra og'riq sindromining zo'rvonligi: o'rtacha ko'rsatkichlar $83,42 \pm 21,12$ ball, erkaklarda $86,58 \pm 19,15$ va $78,48 \pm 22,7$, ayollarda og'riq sindromining intensivligi o'rtasida statistik jihatdan sezilarli farq bor edi ($p > 0,001$). VASh ko'rsatkichlari va SBK etiologiyasi o'rtasida statistik jihatdan muhim korrelatsiya mavjud emas (Pirson koeffitsienti - 0,06). Bu SBK etiologiyasi og'riqning og'irligi bilan bog'liq emasligi haqidagi postulatni tasdiqlaydi. Og'riq intensivligi shkalasi og'riqning kundalik faoliyatni, shu jumladan uyda va uydan tashqarida ishlash qobiliyatiga ta'sirini ko'rsatadi. Past ballar og'riq bemorning faoliyatini sezilarli darajada cheklashini ko'rsatadi, masalan: 0-10 ball -

chidab bo'lmas og'riq (mutloq buzilishlar); 10-30 ball - kuchli og'riq (qattiq buzilishlar); 40-60 ball - o'rtacha og'riq (o'rtacha buzilishlar); 60-80 ball - o'rtacha og'riq (o'rtacha buzilishlar); 80-90 ball - yengil og'riq (yengil buzilishlar); 100 ball - buzilishlar yo'q.

Savol - javob natijalariga ko'ra, 10 bemorda chidab bo'lmas og'riq, 72 bemorda kuchli og'riq, 1447 bemorda o'rtacha og'riq, 238 bemorda yengil og'riq va 79 bemorda og'riq sindromi kuzatilmagan.

Xulosa: Dasturli gemodializ oladigan SBK bilan og'riq bemorlarning hayot sifatini baholash natijalari bemor tanasining patologik jarayonga yaxlit, ham jismoniy, ham ruhiy reaksiyasining xususiyatlarini va rejalashtirilgan va shoshilinch davolash choralarini tayinlashda e'tiborga olinishi kerak bo'lgan davolanishning bardoshlilikini aniqlashga imkon beradi. Dasturli gemodializ oladigan SBK bilan og'riq bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'riq bemorlarning hayot sifatiga sezilarli salbiy ta'sir ko'rsatadi. Yuqori xavfga ega bo'lgan kichik guruhlariga keksa bemorlar, ayollar, yuqori TVI bo'lgan bemorlar, oliy ma'lumotga ega bo'lmagan shaxslar, ishsizlar, oylik daromadi past bo'lgan shaxslar, chekuvchilar, ko'plab kasalliklarga chalinganlar va uzoqroq gemodializ tajribasi bo'lgan bemorlar kiradi.

PODAGRA BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA BUYRAK FAOLIYATINING BUZILISHI

Raxmatov A.M., Jabbarov O.O.

Toshkent tibbiyot akademiyasi (Toshkent, O'zbekiston)

Dolzarliligi. Podagra - bu metabolik kasallik bo'lib, organizmdagi siydik kislotasi almashinuvi buzilishidan kelib chiqadi. Kasallik asoratlari orasida bo'g'im zararlanishi bilan birga buyrak faoliyatining shikastlanishi ham keng uchraydi. Buyraklarda siydik kislotasi kristallarining to'planishi natijasida tosh hosil bo'lishi yoki buyrak filtratsiya funksiyasining pasayishi kuzatiladi. Kreatinin miqdorining oshishi esa bu jara-yonning asosiy laborator belgilari sifatida qabul qilinadi. Ushbu muammoni o'rganish nafaqat podagra bilan bog'liq asoratlarni aniqlash, balki davolash va oldini olish stra-

tegiyalarini ishlab chiqishda ham muhim ahamiyatga ega.

Tadqiqot maqsadi. Podagra bilan kasallangan bemorlarda buyrak faoliyatining holatini baholash, kreatinin darajasining oshishi va buyrak toshlarining shakllanishiga bo'lgan bog'liqlikni tahlil qilish.

Materiallar va usullar. Tadqiqotda podagra tashxisi qo'yilgan 74 nafar bemor qatnashdi. Ularning 4 nafari ayollar va 70 nafari erkaklardir. Bemorlarning 60 nafari 40 yoshdan katta bo'lib, qolgan 14 nafari esa 40 yoshdan kichik edi. Kreatinin miqdorini aniqlash uchun biokimyoviy tahlillar o'tka-

zildi. Shu bilan birga, bemorlarning buyrak holatini baholash maqsadida ultratovush tekshiruv (UZI) amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. Podagra bilan kasallangan 74 nafar bemor orasida buyrak faoliyati holatini o'rganish natijalari muhim ma'lumotlarni ko'rsatdi. Kreatinin miqdori laborator tahlillari shuni ko'rsatdiki, bemorlarning 30 nafarida kreatinin darajasi 130 mkmol/l dan yuqori bo'lib, bu buyraklarning filtratsiya funksiyasi pasayganligini anglatadi. Qolgan 44 nafar bemorda kreatinin me'yorida saqlangan, ammo ularda ham kasallikning boshqa asoratlari aniqlanishi ehtimoli mavjud. Kreatinin darajasining oshishi ko'proq 40 yoshdan katta bemorlarda qayd etildi, bu esa yosh bilan bog'liq buyrak shikastlanishi xavfini tasdiqlaydi.

Ultratovush tekshiruv natijalariga ko'ra, 40 nafar bemorda buyrakda toshlar aniqlangan. Tosh hosil bo'lishi ayniqsa erkak bemorlar orasida keng tarqalgan bo'lib, 40 yoshdan katta guruhda bu ko'rsatkich sezilarli darajada yuqori edi. Tosh aniqlangan bemorlarning 60 foizida ikki tomonlama buyrak zararlanishi kuzatilgan, qolganlarida esa faqat bir buyrakda patologik o'zgarishlar mavjud edi.

Bundan tashqari, bemorlarning siydik tahlili natijalari ko'rsatdiki, kreatinin miqdori yuqori bo'lgan bemorlarning ko'pchiligida siydik kislotasi konsentratsiyasi ham oshgan. Bu toshlarning shakllanishida siydik kislotasining kristallanish jarayoni muhim omil ekanligini tasdiqlaydi.

Shuningdek, toshlar aniqlangan bemorlarda buyrakning kortikal va medullar qismida yallig'lanish jarayonlarining belgilari ham kuzatildi.

Buyrak funksiyasi buzilgan bemorlardan 10 nafari anuriya yoki oliguriya kabi klinik belgilarni ko'rsatdi, bu esa kasallikning kech bosqichga o'tganligini bildiradi. Podagra bilan bog'liq buyrak shikastlanishining asosi sifatida siydik kislotasi kristallarining filtratsiya yo'llarida to'planishi va buyrak to'qimalarida yallig'lanish jarayonlari ajratib ko'rsatildi.

Bu ma'lumotlar podagra bilan kasallangan bemorlarda buyrak faoliyatini muntazam nazorat qilish va davolash strategiyalarini rivojlantirish zarurligini yana bir bor ta'kidlaydi.

Xulosa. Podagra bilan kasallangan bemorlarda buyrak faoliyati buzilishlari keng tarqalgan. Tadqiqot natijalari kreatinin miqdorining oshishi va buyrakda tosh hosil bo'lishi podagra bilan bog'liq buyrak zararlanishining asosiy belgilaridan ekanligini ko'rsatdi. Ushbu bemorlarning aksariyatida buyrak funksiyasi buzilishining erta bosqichda aniqlanishi muhimdir. Bu esa kasallikning og'ir asoratlarini oldini olish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga imkon beradi. Shu sababli, podagra bilan og'rikan bemorlarda buyrak faoliyatini muntazam kuzatib borish va laborator-tekshiruv usullaridan foydalanish tavsiya etiladi.

PODAGRA BILAN KASALLANGAN BEMORLARNING YOSHGA BOG'LIQ BUYRAK ZARARLANISHI KO'RSATKICHLARI

Raxmatov A.M., Jabbarov O.O.

Toshkent tibbiyot akademiyasi (Toshkent, O'zbekiston)

Dolzarbligi. Podagra bilan bog'liq buyrak shikastlanishi, ayniqsa, yosh o'tishi bilan yanada kuchayishi mumkin. Bu holat siydik kislotasi kristallarining buyraklarda to'planishi va buyrakning filtratsiya funksiyasining pasayishi bilan izohlanadi. Ushbu muammoni chuqurroq o'rganish kasallikning kechishini baholash va yoshga qarab davolash usullarini ishlab chiqishda muhim rol o'ynaydi.

Tadqiqot maqsadi. Podagra bilan kasallangan bemorlarda yoshga bog'liq holda buyrak faoliyati zararlanishining ko'rsatkichlarini o'rganish va baholash.

Materiallar va usullar. Tadqiqotda podagra tashxisi qo'yilgan 74 nafar bemor qatnashdi. Ularning 4 nafari ayollar va 70 nafari erkaklardir. Bemorlarning 60 nafari 40 yoshdan katta bo'lib, qolgan 14 nafari esa 40 yoshdan kichik edi. Kreatinin miqdorini

aniqlash uchun biokimyoviy tahlillar o'tkazildi. Shu bilan birga, bemorlarning buyrak holatini baholash maqsadida ultratovush tekshiruv (UZI) amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. 40 yoshdan katta bo'lgan 60 nafar bemorning 28 tasida kreatinin miqdori 130 mkmol/l dan yuqori bo'lib, bu buyrak filtratsiyasi pasayganligini ko'rsatdi. Shuningdek, ushbu guruhdagi bemorlarning 35 nafarida buyrak ultratovush tekshiruvlari orqali toshlar aniqlangan. Toshlar asosan ikki tomonlama joylashgan bo'lib, yirik siydik chiqarish yo'llarida siydik oqimining qiyinlashishi kuzatilgan.

40 yoshdan kichik bo'lgan 14 nafar bemor orasida esa faqat 2 nafarida kreatinin oshganligi qayd etildi, qolgan 12 nafar bemorda kreatinin normada saqlangan. Tosh hosil bo'lishi bu yosh guruhida kuzatilmagan. Bu yoshdagi bemorlarda buyrak shikastlanishi belgilarining kamligi kasallikning erta bosqichida ekanligini ko'rsatadi.

Bundan tashqari, 40 yoshdan katta bemorlarning 60% dan ko'prog'ida yal-

lig'lanish jarayonlari va siydik kislotasi kristallarining to'planishi belgilarini ko'rsatuvchi o'zgarishlar qayd etilgan. Bu yosh guruhida buyrak faoliyati buzilishining birlamchi sabablari sifatida metabolik jarayonlarning kuchayishi va siydik kislotasining kristallanishi asosiy o'rin tutgan.

Xulosa. Podagra bilan kasallangan bemorlarda buyrak faoliyati buzilishlari keng tarqalgan. Tadqiqot natijalari kreatinin miqdorining oshishi va buyrakda tosh hosil bo'lishi podagra bilan bog'liq buyrak zararlanishining asosiy belgilaridan ekanligini ko'rsatdi. Ushbu bemorlarning aksariyatida buyrak funksiyasi buzilishining erta bosqichda aniqlanishi muhimdir. Bu esa kasallikning og'ir asoratlarini oldini olish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga imkon beradi. Shu sababli, podagra bilan og'rigan bemorlarda buyrak faoliyatini muntazam kuzatib borish va laborator-tekshiruv usullaridan foydalanish tavsiya etiladi.

NEPHRIN AND CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS

Sapayeva Z.A., Djumaniyazova Z.F.

Urgench Branch of Tashkent Medical Academy (Urgench, Uzbekistan)

Relevance: Chronic glomerulonephritis remains a leading cause of end-stage renal disease, primarily characterized by albuminuria and glomerular damage. A key ultrastructural feature of this condition is the loss of podocytes. Electron microscopy of the kidneys in experimental models of diabetes has shown a decrease in the density of filtration slits between podocytes, where nephrin is predominantly expressed. Notably, vascular endothelial growth factor (VEGF), which is also produced by podocytes, exhibits increased expression during experimental glomerulonephritis. Conversely, SPARC, an anti-adhesive protein localized to glomerular epithelial cells, shows reduced expression in diabetic conditions. These findings indicate that alterations in

podocyte protein expression depend on the specific molecule analyzed and do not necessarily reflect podocyte dysfunction or depletion.

A transient rise in nephrin expression in the glomeruli is accompanied by detectable levels of nephrin in urine. This has led to the hypothesis that urinary nephrin excretion could serve as an early biomarker or predictor of diabetic nephropathy. It remains uncertain whether this simply reflects the shedding of urinary podocytes. Nonetheless, the detection and quantification of urinary podocytes are gaining recognition as valuable indicators of glomerular epithelial cell damage and could aid in monitoring disease progression in chronic glo-

merulonephritis, both with and without renoprotective treatment interventions.

Growing evidence suggests that podocyte-specific proteins such as nephrin undergo modifications in various progressive renal disorders linked to proteinuria, including diabetic nephropathy. It remains unclear whether these alterations in nephrin expression and distribution within podocytes are a direct consequence of the disease or actively contribute to the development of proteinuria. However, studies using nephrin-targeting antibodies, gene knockout models, and human subjects with nephrin gene mutations strongly suggest that this transmembrane protein plays a crucial role in the pathogenesis of proteinuria. Moreover, renoprotective medica-

tions, particularly those targeting the renin-angiotensin system, appear to influence nephrin expression. These findings underscore the need for further research into the biology of nephrin and other podocyte-specific molecules. Understanding these proteins better may pave the way for novel therapeutic strategies aimed at slowing the progression of renal diseases where proteinuria is a predominant feature and a potential aggravating factor.

Conclusion: Nephrin is a key molecule in CGN pathogenesis and could serve as a biomarker for early diagnosis and disease monitoring. Further research is needed to explore nephrin-targeted therapies to slow disease progression.

SURUNKALI GLOMERULONEFRIT PROFILAKTIKASIDA REGENERATIV TIBBIYOTNING ROLI

Sapayeva Z.A. - katta o'qituvchisi (PhD)
TTA Urganch filiali (Urganch, O'zbekiston)

Surunkali glomerulonefrit (SGN) buyraklarning asosiy patologiyalaridan biri bo'lib, u progressiv kechuvchi immun-yallig'lanish jarayon natijasida nefronlarning sekin-asta zararlanishi va buyrak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Zamona-viy tibbiyotda bu kasallikni oldini olish va davolashda regenerativ tibbiyotning ahamiyati ortib bormoqda. **SGN profilaktikasida regenerativ tibbiyotning asosiy yo'nalishlari quyidagilardan iborat:**

1. **Stromal va mezenximal hujayra terapiyasi:** Buyrak to'qimalarining qayta tiklanishini rag'batlantirish va yallig'lanish jarayonlarini kamaytirish.

2. **Biomateriallar va to'qima muhandisligi:** Sun'iy biokompozitlar va bioaktiv moddalardan foydalanish va buyrak to'qimalarining regeneratsiyasini ta'minlash.

3. **Ekzozomalar va hujayra vositachiligidagi terapiya:** Kallikrein-kinin tizimi va yallig'lanishga qarshi mexanizmlarni faollashtirish hamda immunomodulyator ta'sir orqali SGN rivojlanishini sekinlashtirish.

4. **Gen terapiyasi va epigenetik modifikatsiyalar:** Buyrak hujayralarining genetik barqarorligini oshirish hamda fibroz va apoptozni kamaytirish orqali buyrak funksiyasini saqlash.

Xulosa Regenerativ tibbiyot usullaridan foydalanish SGN ning oldini olish va davolashda yangi istiqbollarni ochib bermoqda. Innovatsion terapiyalar yallig'lanish jarayonlarini kamaytirish, hujayralarning regeneratsiyasini rag'batlantirish va buyrak funksiyasini tiklashga xizmat qiladi. Shu sababli, regenerativ tibbiyot yondashuvlarini klinik amaliyotga joriy etish kelajakda SGN ning samarali profilaktikasini ta'minlash imkoniyatini oshiradi.

SURUNKALI PIYELONEFRIT BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA IMMUNOKORREKSIYANING O'RNI

Shamuhamedova N.SH.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti (Toshkent, O'zbekiston)

Muammoning dolzarbligi. Surunkali piyelonefrit homilador ayollarning ekstrakongenital patologiyasi tarkibida o'zining yuqori tarqalishi va homiladorlik va tug'ishning murakkab kechishi tufayli yetakchi o'rinni egallaydi. Surunkali piyelonefrit (SP) tizimli va mahalliy darajada, birinchi navbatda, immun reaksiyalarning butun kasadini keltirib chiqaradi. Homilador ayollarda surunkali buyrak kasalligi bo'lsa, immunitet tizimining roli nafaqat buyraklarda yuzaga keladigan patologik jarayon, balki homilador ayolning immunitet tizimini qayta qurishda bir qator o'zgarishlar ham hisobga olinadi. Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, surunkali piyelonefritli homilador ayollarning immunitet tizimining rolini o'rganish katta qiziqish uyg'otadi.

Tadqiqot maqsadi. Surunkali piyelonefrit bilan kasallangan bemorlarni davolashda immunokorreksiyaning o'rni.

Materiallar va davolash usullari. O'rtacha yoshi $27,2 \pm 0,2$ yosh bo'lgan 36 nafar SP bilan kasallangan ayollarning so'rovi o'tkazildi. Tadqiqotda klinik tadqiqot usullari (so'rov, anketa, ob'ektiv tekshirish) o'tkazildi. Laboratoriya usullariga umumiy qon va siydik sinovlari, Nechiporenko bo'yicha siydik tahlili, siydik bakterial ekmasi, biokimyoviy qon testlari va instrumental (ultratovush) tadqiqot usullari qo'llanildi. Hujayra immuniteti monoklonal antikor usuli, gumoral immunitet esa Mancini immunodiffuzion usuli yordamida o'rganildi.

Tekshiruvdan o'tgan ayollar orasida birinchi guruh an'anaviy terapiyani olgan ayollar ($n=14$) edi. SP bilan og'rigan 13 nafar ayollarning ikkinchi guruhi an'anaviy terapiya bilan birga ozon terapiyasini oldi (asosiy davolash + 400 ml ozonlangan fiziologik eritma 4 mg / l suyuqlikdagi ozon konsentratsiyasiga, tomir ichiga, tomchilab yuboriladi). SP bilan kasallangan 9 nafar ayollarning uchinchi guruhi - an'anaviy terapiya

bilan ozon terapiyasi va polioksidonium bilan immunokorrektiv terapiya oldi.

Tadqiq natijalari. Terapiya fonida klinik va laboratoriya ma'lumotlarining xususiyatlari sezilarli o'zgarishlarni ko'rsatdi, shuning uchun bel og'rig'i birinchi, ikkinchi va uchinchi guruhlarda mos ravishda 85,71%, 92,31% va 93,33% ga kamaydi. Dizuriya kabi ko'rsatkichlar 92,85%, 92% va 93% ga kamaydi (mos ravishda birinchi, ikkinchi va uchinchi guruhlarda). Leykotsituriya beshinchi kuni sezilarli darajada 71,43%, 84,62%, 86,67% ga kamaydi (mos ravishda birinchi, ikkinchi va uchinchi guruhlarda). An'anaviy ozon terapiyasi va immunitetni to'g'rilash terapiyasi bilan birgalikda davolashdan keyin patogenni yo'q qilish ko'rsatkichlari natijalari an'anaviy terapiya fonida ozon terapiyasi guruhiga va an'anaviy davolash guruhiga qaraganda sezilarli darajada yaxshi bo'ldi (mos ravishda 86,6%, 84,6% va 64,28%).

Tadqiqotlar natijasida bemorlarni davolashdan oldin hujayra immuniteti ko'rsatkichlarining ishonchli pasayishi aniqlandi, xususan CD3, CD4 va CD8, immunoglobulin A va M ning ishonchli o'sishi aniqlandi. Davolanishdan so'ng an'anaviy terapiya va immunokorrektiv terapiya bilan birgalikda davolash guruhida an'anaviy terapiya fonida faqat ozon terapiyasini olgan ayollar guruhiga nisbatan CD3, CD4 va CD8 sonining ishonchli o'sishi aniqlandi (mos ravishda 76,1%, 64,68% va an'anaviy davolash guruhida). 61,12%, 54,68%, 51,4% mos ravishda) va A va M immunoglobulinlarining normallasishi ham qayd etilgan.

Xulosa. SPda klinik va laboratoriya ma'lumotlarining yaxshilanishi bilan bir qatorda hujayrali va gumoral immunitet ko'rsatkichlarining normallasishi qayd etildi. Surunkali piyelonefrit uchun an'anaviy terapiyaga ozon terapiyasi va immunitet tizimini tuzatish terapiyasini qo'shish samaraliroq davolash usuli hisoblanadi.

QANDLI DIABETGA CHALINGAN BEMORLARDA DAVOGA VITAMIN DNI QO'SHISH ORQALI SIYDIK YO'LLARI INFEKSIYASINI DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH

Shukurova L.X., Xasanov A.A., Ibragimova N.S., Xusanxodjayeva F.T.

Toshkent davlat stomatologiya instituti (Toshkent, O'zbekiston)

Maqsad: 2-tip qandli diabet (QD) bilan og'riqan bemorlarda siydik yo'llari infeksiyasini (SYI) kuchayishi uchun terapiyaga D vitamini qo'shishning oqilonaligini aniqlash

Materiallar va usullar. Tadqiqotda 105 kishi ishtirok etdi, 15ta amalda sog'lom odamlar (nazorat guruhi); SYI bo'lmagan DM bilan kasallangan 30 bemor; 2-toifa diabet fonida an'anaviy antibakterial va simptomatik davolashni olgan 30 nafar SYI bilan og'riqan bemor va 2-tip diabet va SYI bilan og'riqan 30 bemor, an'anaviy terapiyadan tashqari, 8 hafta davomida kuniga 5000 ED D vitamini (Lamira) olgan. хужайравий va gumoral immunitetni o'rganish SYIning kuchayishi va terapiya boshlanganidan 1-kunida va 8 haftadan so'ng, tiklanish bosqichida o'tkazildi.

Natijalar. Xolekalsiferolning asosiy terapiyaga qo'shilishi immunologik holatni tuzatishga yordam berdi: CD3, CD4 T-limfotsitlar kontsentratsiyasi va immunoregulyatsion indeks (CD4/CD8) va CD4 darajasida sezilarli o'sishi kuzatildi. CD16

subpopulyatsiyasi o'sishda davom etdi va 8 haftadan so'ng SYI bo'lmagan diabetli bemorlardagi darajaga yetdi. Davolashga D vitamini qo'shilishi, shuningdek, tug'ma immunitetning fagotsitar bog'liqligi parametrlarini (leykotsitlarning fagotsitar faolligi, neytrofillarning bakteritsid faolligi), IgG va IgA darajasini oshirdi va interleykinlar 4 va va o'sma nekrozi omili miqdorini kamaytiradi.

Xulosa. Tug'ma va adaptiv immunitetning hujayra va gumoral tarkibiy qismlarining holati dinamikasini o'rganish 2-toifa diabet fonida SYI bo'lsa, tiklanishning sekinlashishi bilan sekin yallig'lanish jarayoni kuzatilishini aniqlashga imkon berdi. SYIning davolashda D vitamini kiritish buzilgan parametrlarni to'g'rilaydi va 2-toifa diabet bilan bog'liq bo'lgan SYIlarda surunkali buyrak kasalligining rivojlanish xavfini kamaytiradi.

Kalit so'zlar: 2-tip qandli diabet, siydik yo'llari infeksiyalari, D vitamini immunomodulyator

QANDLI DIABET BILAN KASALLANGAN BEMORLARNING BUYRAK ULTRASONOGRAFIK TEKSHIRUVI VA SUN'IY INTELLEKT YORDAMIDA YANGI DIAGNOSTIK YONDASHUVLAR

Sobirova B.A.

Respublika Ixtisoslashtirilgan Nefrologiya va Buyrak Transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O'zbekiston)

Dolzarbliq. Qandli diabet (QD) endokrin tizimining keng tarqalgan kasalliklaridan bo'lib, uning asoratlari, ayniqsa, diabetik nefropatiya buyrak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Bugungi kunda diabetik nefropatiyaning erta diagnostikasini samarali amalga oshirish maqsadida ultrasonografiya va Doppler ultratovush tekshiruvlari keng qo'llanilmoqda. Shu bilan birga, sun'iy intellekt (AI) algoritmlari yordamida

buyrak o'zgarishlarini avtomatlashtirilgan ravishda tahlil qilish imkoniyatlari tobora dolzarb bo'lib bormoqda. Biroq, ushbu sohada hali to'liq o'rganilmagan jihatlar mavjud.

Tadqiqot maqsadi. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda buyrak ultrasonografik tekshiruvining diagnostik samaradorligini baholash.

Sun'iy intellekt asosida buyrak o'zgarishlarini avtomatlashtirilgan ravishda tahlil qilish.

AI algoritmlarining diabetik nefropatiyani erta aniqlashdagi rolini aniqlash.

Tadqiqot metodologiyasi. Ishtirokchilar:

Asosiy guruh: 1-toifa va 2-toifa diabet bilan kasallangan 200 bemor.

Nazorat guruhi: Sog'lom 100 nafar shaxs.

Tadqiqot usullari:

B-rejim ultrasonografiya – kortikal va medullar qatlamlarning morfologik o'zgarishlarini baholash.

Doppler ultrasonografiya – rezistentlik indeksi va qon aylanishining buzilish darajasini aniqlash.

AI algoritmlarini qo'llash:

Konvolyutsion neyron tarmoqlari (CNN) orqali tasvirlarni chuqur o'rganish.

Mashina o'rganish algoritmlari yordamida individual diagnostik modellarni yaratish.

Kombinatsiyalangan AI tizimi orqali erta bosqichlarda diabetik nefropatiya xavfini aniqlash.

Statistik tahlil:

t-test – diabetik va sog'lom bemorlar orasidagi farqlarni aniqlash.

ANOVA – turli davomiylikdagi diabetning nefropatiyaga ta'sirini baholash.

Regressiya tahlili – diabet davomiyligi va buyrak funksional o'zgarishlari o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlash.

Tadqiqot natijalari. Diabetik bemorlarda buyrak kortikal qatlamining yupqalashishi va o'tkir struktura o'zgarishlari aniqlandi.

Doppler ultrasonografiya natijalariga ko'ra, rezistentlik indeksi oshganligi va qon oqimining buzilishi kuzatildi.

AI asosidagi diagnostika tizimi nefropatiyaning erta bosqichlarini 94% aniqlik bilan prognoz qila olishi ko'zda tutildi.

CNN modellarining aniqligi oshirilib, yangi parametrlar yordamida diagnostika tizimi mukammallashtirilishini yo'lga qo'yish mumkin.

Xulosa va tavsiyalar. AI algoritmlarining qo'llanilishi diabetik nefropatiyaning erta bosqichlarida yuqori aniqlikda tashxis qo'yish imkonini beradi.

Ultrasonografiya va Doppler tahlillarining AI bilan integratsiyalashuvi diagnostika jarayonini tezlashtiradi va shifokor xatoliklarini kamaytiradi.

Sun'iy intellekt yordamida dinamik kuzatuv algoritmlarini yaratish orqali bemorlarga shaxsiylashtirilgan davolash rejalarini ishlab chiqish mumkin.

Kalit so'zlar: Qandli diabet, diabetik nefropatiya, buyrak ultrasonografiyasi, Doppler tahlili, sun'iy intellekt, AI diagnostikasi, CNN, regressiya tahlili.

EARLY MARKERS OF RENAL DAMAGE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Sultonova D.U., Zhabbarov O.O., Tursunova L.D.

Tashkent Medical Academy (Tashkent, Uzbekistan)

Relevance: The issues of renal dysfunction and its impact on cardiac outcomes continue to gain momentum. Renal dysfunction is associated with a number of traditional risk factors for cardiovascular disease, such as arterial hypertension, diabetes mellitus, obesity, and dyslipidaemia. In addition, non-traditional renal factors - hyperhydration, anaemia, disorders of phosphorus-calcium metabolism, systemic inflam-

mation, hypercoagulability, which can also influence the risk of development and pathogenesis of cardiovascular diseases - also act in their combination.

Research purpose: To study early markers of renal damage in patients with coronary artery disease and to determine a substantial correlation between renal dysfunction and the development of cardiovascular pathology.

Materials and Methods. Sixty-five patients with clinically diagnosed CAD were included in this study. Among them, 35 were males, accounting for 53.9% and 30 were females, accounting for 46.1%. Concomitant pathology such as chronic kidney disease (CKD) was diagnosed in 32 (49.2%) patients, the remaining patients were without renal pathology. The mean age of the patients was 53.9 ± 13.1 (40 to 75) years. The diagnosis of CHF was made according to the NYHA classification (1964). On admission, all patients underwent: general clinical blood analysis; general urine analysis (microalbuminuria), biochemical blood analysis (urea, creatinine, total protein), cystatin C, coagulogram, lipid spectrum; ECG; EchoCG - left ventricular ejection fraction, renal ultrasound with Doppler ultrasonography of renal arteries, with assessment of clinical condition.

Research results: In CAD combined with CKD, an increase in creatinine level was determined in 58% of patients, cystatin C level in patients with cardiovascular pathology with renal dysfunction was

1343.5 ± 37.9 , while without renal pathology was at the level of 1172.2 ± 32.1 .

In CAD with CKD and CAD without CKD in general comparison groups, in patients with preserved systolic function (ejection fraction (EF) $\geq 45\%$) and its reduction (EF $\leq 45\%$), divided according to the presence of left ventricular hypertrophy, with normal values of SCF (SCF ≥ 90 ml/min/1,73m²) and its moderate reduction (FFR ≤ 89 ml/min/1,73m²), the increase in cystatin C level was more significant than the classical indicators of glomerular function - creatinine and FFR, which allows to consider cystatin C as an earlier marker of renal functional impairment.

Conclusions. Cystatin C and microalbuminuria, which are criteria of renal dysfunction, can be used as early markers for predicting cardiovascular complications. These markers can be used not only to detect early renal damage but also to assess the risk of renal failure, the need for renal replacement therapy, and the risk of death in cardiac intensive care unit patients.

SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI BUYRAKLAR DISFUNKSIYASI BILAN BIRGA KECHISHIDA SIYDIK KISLOTANING TASHXISY AHAMIYATI

Turaqulov R.I., Qurbonov Sh.T., Rustamov A. I., Abduhalilova U.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi (Toshkent, O'zbekiston)

Kirish. Surunkali yurak yetishmovchiligi (SYY) va buyrak disfunktsiyasi (BD) o'rtasidagi murakkab o'zaro ta'sir "kardiorenal sindrom" deb nomlanadi. Ushbu bog'liqlikni aniqlash va baholash klinik amaliyotda muhim ahamiyatga ega. Tadqiqotning asosiy maqsadi SYY va BD mavjud bemorlarda siydik kislotasi darajasining ko'ptokchalar filtratsiya tezligi (KFT) bilan bog'liqligini baholashdir.

Maqsad. SYY mavjud bemorlarda KFT va siydik kislotasi darajasini baholash. SYY va BD mavjud guruhini faqat SYY mavjud bemorlar bilan taqqoslab hamda KFT va

SK o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlash orqali tahlil qilish.

Material va metodlar. Tadqiqot retrospektiv tahlil asosida olib borildi. Tadqiqotda 40 nafar bemor ishtirok etdi: SYY (NYHA II-III sinf) va BD mavjud bemorlar guruhi (n = 20). Faqat SYY (NYHA II-III sinf) mavjud bemorlar guruhi (n = 20).

Diagnostik mezonlar: BD tashxisi: KFT < 90 ml/min/1.73m². SK normasi: erkaklarda > 7.0 mg/dL, ayollarda > 6.0 mg/dL.

Statistik tahlil: O'rtacha \pm standart og'ish hisoblandi. Student t-testi yordamida KFT va SK darajalari taqqoslandi. Pearson

korrelyatsiya usuli bilan SK va KFT o'rtasidagi bog'liqlik baholandi. Natijalarning ishonchliligi uchun $p < 0.01$ statistik jihatdan ahamiyatli deb qabul qilindi.

Natijalar. Tadqiqotda 40 nafar SYU bemori ishtirok etdi, ular ikki guruhga ajratildi:

KFT ko'rsatkichlari: SYU va BD mavjud bemorlar guruhida KFT o'rtacha 62.15 ± 10.93 ml/min/ $1.73m^2$ ni tashkil etdi. Faqat SYU mavjud bemorlar guruhida KFT 85 ± 10 ml/min/ $1.73m^2$ ni tashkil etdi. KFT SYU va BD mavjud guruhda sezilarli past bo'lib, farq statistik jihatdan ishonchli ($p < 0.01$).

Siydik kislotasi (SK) darajasi: SYU va BD mavjud guruhida SK 9.34 ± 1.69 mg/dL

Faqat SYU mavjud guruhda SK 5.5 ± 1 mg/dL. SYU va BD mavjud bemorlar guru-

hida SK sezilarli yuqori bo'lib, statistik farq aniqlandi ($p < 0.01$).

3. KFT va SK o'rtasidagi bog'liqlik: Pearson korrelyatsiya tahliliga ko'ra, KFT va SK o'rtasida statistik jihatdan ahamiyatli bog'liqlik aniqlanmadi ($r = 0.125$, $p = 0.60$).

Bu natija BD rivojlanishida siydik kislotasidan tashqari boshqa omillar ham rol o'ynashini ko'rsatadi.

Xulosa. SYU BD bilan birga kechganda KFT pasayishi va SK oshishi kuzatiladi. Qon zardobida SK darajasi yuqoriligi BD bilan bog'liq bo'lsa-da, KFT bilan to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik aniqlanmadi. SYU mavjud bemorlarda buyraklar funksiyasini nazorat qilish va giperurikemiyaning oldini olish muhim.

SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGIDA BURAK DISKFUNKSIYASINI ERTA TASHXISLASHDA KLOTHO OQSILINING AHAMIYATI

Turaqulov R.I., Boymurodova N.Ch.

Toshkent tibbiyot akademiyasi (Toshkent, O'zbekiston)

Dolzarbliigi: Surunkali yurak yetishmovchiligi (SYU) bemorlarda buyrak funksiyasining buzilishi xavfini oshirib, kasallik darajasini og'irlashtiradi. Klotho oqsili esa nefroprotektiv va antioksidant ta'sirga ega bo'lib, uning darajasi buyrak yetishmovchiligining erta bosqichlarida kamayadi. Ushbu tadqiqotda SYU bilan bog'liq buyrak disfunktsiyasini erta aniqlashda qon zardobidagi Klotho oqsilining diagnostik ahamiyati o'rganildi.

Maqsad: SYU bilan og'rikan bemorlarda Klotho oqsili va buyrak funksiyasi o'rtasidagi bog'liqlikni baholash, uning buyrak disfunktsiyasini erta aniqlashdagi biomarker sifatidagi rolini aniqlash.

Materiallar va usullar: Tadqiqotda 50 nafar SYU mavjud bo'lgan bemor (29 nafari erkak (58%) va 21 nafari ayol (42%)) ishtirok etdi. Bemorlar SYU ning NYHA tasnifiga asosan quyidagi guruhlarga taqsimlandi: I sinf – 8 nafar bemor (16%), II sinf –

15 nafar bemor (30%), III sinf – 18 nafar bemor (36%), IV sinf – 9 nafar bemor (18%). Shuningdek, bemorlar buyrak funksiyasi pasayganligiga qarab ikki guruhga ajratildi: 1 – guruh: KFT < 60 ml/min bo'lgan bemorlar (buyrak yetishmovchiligi mavjud) – 26 nafar (52%); 2 – guruh: KFT ≥ 60 ml/min bo'lgan bemorlar (buyrak funksiyasi nisbatan saqlangan) – 24 nafar (48%). Tadqiqot davomida yurak faoliyatini baholash uchun quyidagi tekshirish usullari o'tkazildi: arterial bosim, puls va yurak urish soni o'lchandi, shuningdek ExoKG (exokardiografiya) yordamida chap qorincha otish fraksiyasi (ChQOF), chap qorinchaning diastolik va sistolik o'lchamlari, chap bo'lmacha kattaligi, o'ng qorincha va o'ng bo'lmacha o'lchamlari aniqlandi. Buyrak funksiyasini baholash maqsadida KFT (koptokchalar filtratsiya tezligi), kreatinin, mochevina, qon zardobidagi Klotho oqsili miqdoriy ko'rsatkichlari baholandi va

yurak yetishmovchiligi biomarkeri sifatida natriyuretik peptid (BNP, NT-proBNP) darajalari o'Ichandi.

Natijalar: KFT < 60 ml/min bo'lgan bemorlarda qon zardobidagi Klotho oqsili darajasi sezilarli darajada past bo'ldi (220 ± 35 pg/ml, $p < 0.05$). Kreatinin va mochevina darajalari oshgan sari qon zardobidagi Klotho oqsili darajasi pasayishi kuzatildi ($r = -0.48$, $p < 0.01$).

NYHA tasnifi bo'yicha III-IV sinf bemorlarida qon zardobidagi Klotho oqsili darajasi past bo'lib, natriyuretik peptid (NT-proBNP) bilan teskari bog'liqlik kuzatildi ($r = -0.52$, $p < 0.01$).

KFT ≥ 60 ml/min bo'lgan bemorlarda esa qon zardobidagi Klotho oqsili darajasi nisbatan yuqori bo'lib, 385 ± 45 pg/ml ni tashkil etdi. Kreatinin darajasi NYHA tasnifi bo'yicha III-IV sinf bemorlarida 140 ± 20 mkmol/l, NYHA tasnifi bo'yicha I-II sinf bemorlarida esa 90 ± 15 mkmol/l bo'ldi. Mochevina miqdori NYHA tasnifi bo'yicha III-IV sinf bemorlarida 9.8 ± 1.5 mmol/l, NYHA tasnifi bo'yicha I-II sinf bemorlarida esa 6.2 ± 1.2 mmol/l ni tashkil etdi.

NT-proBNP darajasi NYHA tasnifi bo'yicha III-IV sinf bemorlarida 3200 ± 500

pg/ml, NYHA tasnifi bo'yicha I-II sinf bemorlarida esa 800 ± 200 pg/ml bo'ldi. ExoKG tekshiruvdagi o'zgarishlar quyidagicha bo'ldi: ChQOF pasaygan sari qon zardobidagi Klotho oqsili darajasi ham pasayganligi aniqlandi ($r = 0.44$, $p < 0.05$). NYHA tasnifi bo'yicha III-IV sinf bemorlarida ChQOF o'rtacha $40 \pm 50\%$ bo'lib, ularda qon zardobidagi Klotho oqsili darajasi eng past ko'rsatkichlarga ega bo'ldi (230 ± 40 pg/ml). NYHA bo'yicha I-II sinf bemorlarida ChQOF $55 \pm 70\%$ bo'lib, ularning aksariyatida Klotho darajasi nisbatan yuqori (380 ± 50 pg/ml) ekanligi aniqlandi.

Xulosa: Surunkali yurak yetishmovchiligi bilan og'riqan bemorlarda kasallikning funksional sinflari oshgan sari KFT, qon zardobi tarkibidagi Klotho oqsili miqdori mos ravishda pasayib borishi va buyrak disfunktsiyasi rivojlanishi ortib borishi aniqlandi. Qon zardobidagi Klotho oqsili darajasi past bo'lgan bemorlarda ChQOF pasaygan, kreatinin va NT-proBNP esa yuqori bo'lganligi aniqlandi, bu esa Klotho oqsilining yurak va buyrak yetishmovchiligining erta diagnostikasidagi muhim ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatadi.

ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND KIDNEY PATHOLOGY

Tursunova L.D., Jabbarov O.O.

Tashkent Medical Academy (Tashkent, Uzbekistan)

The prevalence of kidney diseases is comparable to that of socially significant conditions such as hypertension, diabetes, and obesity. According to the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), kidney dysfunction affects approximately 13.1% of the general population. Symptoms of kidney damage or a decline in glomerular filtration rate are detected in at least one in ten individuals. Currently, endothelial dysfunction is a key factor in the progression of glomerular kidney damage. Experimental research conducted

by A.V. Smirnov and colleagues has shown that a malfunction in endothelium-dependent vasodilation is a significant contributor to chronic kidney disease progression. The link between endothelial dysfunction and impaired kidney function is logical, but it remains unclear. Of particular interest is the relationship between endothelial dysfunction and a decrease in glomerular filtration rate.

The aim of the study was to determine subclinical markers of kidney damage in patients with chronic kidney disease

(CKD), as well as to assess the relationship between indicators of subclinical kidney damage and endothelial dysfunction.

Materials and methods. The study included 82 patients with CKD, 42 (51.2%) men and 40 (48.8%) women, aged 54.0 [51.0; 56.0] years. The control group included 35 practically healthy individuals, 16 (45.8%) men and 19 (54.2%) women, 52.5 [47.0; 54.0] years old. All patients underwent clinical and laboratory examination, calculation of glomerular filtration rate (GFR) according to the formula CKD-EPI, carotid artery ultrasound, as well as determination of endothelin-1 (ET-1) content in blood serum and albumin excretion in a single portion of urine by ELISA method.

Results and discussion. When calculating GFR, hyperfiltration was detected in 14 (17.1%), optimal filtration in 32 (39.0%), slightly reduced in 36 (43.9%). At the same time, patients with CKD showed a statistically significant excess of urinary albumin excretion in a single serving compared with the control group (25.6 [15.6; 30.9] mcg/ml and 9.3 [6.4; 13.4] mcg/ml, respectively; $p < 0.001$). Based on the level increase (ET-1) in patients of the main group, compared with the control group (5.9 [3.6; 10.1] fmol/ml and 3.4 [2.4; 4.0] fmol/ml, respectively; $p = 0.03$) may indicate the development of endothelial dysfunction in patients

of the main group. The correlation analysis revealed a direct correlation between the level of MEA and ET-1 ($R = 0.45$; $p = 0.005$).

There was also a direct correlation between the level of MEA and the thickness of the interventricular septum ($R = 0.70$; $p < 0.001$), with TC ($R = 0.49$; $p < 0.008$) and systolic blood pressure ($R = 0.47$; $p = 0.026$). Similar dependences were noted for the level of ET-1 ($R = 0.77$; $p < 0.001$), with the thickness of the interventricular septum ($R = 0.75$; $p = 0.001$), with low ($R = 0.44$; $p < 0.034$) and systolic blood pressure ($R = 0.47$; $p = 0.036$).

Conclusions.

1. In patients with CKD, in addition to the known manifestations, there may be disorders of the functional state of the renal endothelium, manifested in the early stages by a change in the glomerular filtration rate, an increase in urinary albumin excretion and an increase in the concentration of endothelin-1 in the blood.

2. The direct correlation between the level of albumin excretion in urine and the level of endothelin-1, as well as the coincidence of the correlation relationships of these indicators with a number of clinical and laboratory indicators of CKD, allow us to consider an increase in the level of albumin excretion in urine as one of the markers of endothelial dysfunction.

REJALI GEMODIALIZDA BO'LGAN BEMORLARDA QON BOSIMI DARAJASINING O'ZGARISHI

Xatamov E.A., Sabirov M.A.

Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi tibbiyot markazi (Toshkent, O'zbekiston)

Tadqiqot maqsadi: qon tomirlari trombozi bilan murakkablashgan rejali gemodializ olgan surunkali buyrak kasalligi bemorlarda qon bosimining xususiyatlarini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Surunkali rejali gemodializda bo'lgan 187

bemor, ulardan 38 nafari o'tgan yil davomida qon tomirlari trombozini aniqlangan va 149 qon tomirlari trombozini aniqlanmagan bemor. Arterial qon bosimini sutkali monitorlash (AQSM) gemodializdan keyingi ikkinchi kuni AQSM kompleksi yordamida amalga oshirildi. AQSM 24 soat

davom etdi, qon bosimi har 30 daqiqada kunduzi va har 60 daqiqada kechasi o'lchandi. Tadqiqot quyidagi hisob-kitob ma'lumotlaridan foydalangan:

- sistolik qon bosimining o'rtacha kunlik darajasi (SQB) – sistolik qon bosimining barcha qayd etilgan ko'rsatkichlarining o'rtacha arifmetik qiymati;

- diastolik qon bosimining o'rtacha kunlik darajasi (DQB) – diastolik qon bosimining barcha qayd etilgan ko'rsatkichlarining o'rtacha arifmetik qiymati;

- sutkali indeks (SI) = (o'rtacha kunlik gemodinamik qon bosimi-o'rtacha tungi gemodinamik qon bosimi)/o'rtacha gemodinamik kunlik qon bosimi*100, bu erda o'rtacha gemodinamik qon bosimi barcha gemodinamik qon bosimi ko'rsatkichlarining o'rtacha arifmetik qiymati edi. tegishli vaqt uchun bosim. Gemodinamik qon bosimi=(SQB-DQB) / 3;

- SQB o'zgaruvchanligi (SQBO') – kun davomida qayd etilgan barcha SQB ko'rsatkichlarining standart og'ishi;

- DQB o'zgaruvchanligi (DQBO') - kun davomida qayd etilgan barcha DQB ko'rsatkichlarining standart og'ishi.

Bundan tashqari, tadqiqot gemodializ paytida qon bosimini kuzatdi va arterial gipotenziya epizodlarini qayd etdi – SQB 100 mm sim ust, yoki DQB 60 mm sim ust. Qon bosimini o'lchash Korotkov usuli

bo'yicha har 20 daqiqada Riva-Rochchi tonometridan foydalangan holda amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. O'tkazilgan tadqiqotga ko'ra, AQSM o'rtacha kunlik SQB darajasini $150,92 \pm 18,42$ mm simob ustuni deb aniqlagan va DQB $94,44 \pm 9,18$ mm sim ust bo'lib aniqlangan. Ikkala guruhda ham SQB solishtirish mumkin edi, DQB esa tromboz xavfi yuqori bo'lgan bemorlar guruhida ($p < 0,05$) ancha yuqori edi. SI kamaygan ($3,48 \pm 6,13$), ikkala guruhda ham solishtirish mumkin edi. Trombozi xavfi yuqori bo'lgan bemorlar guruhida SQB o'zgaruvchanligi past havfi bo'lgan bemorlar guruhiga qaraganda ancha ($p < 0,001$) yuqori edi, ammo DQBO' tanlangan guruhlar o'rtasida ishonchli farq qilmadi.

Bundan tashqari, qon tomirlari trombozi xavfi yuqori bo'lgan bemorlarning 86,84 % (38 kishidan 33 nafari) gemodializ jarayonida arterial gipotenziya qayd etilgan, past xavfli bemorlar guruhida gipotenziya faqat 42,95% hollarda qayd etilgan (149 tadan 64 tasi, $\chi^2 = 23,43$, $p < 0,001$).

Xulosa. Surunkali gemodializni qabul qilgan bemorlarda QBSM ma'lumotlariga ko'ra qon tomir trombozining bashoratchilari DQB ning ko'payishi va SQBO'ning oshishi, shuningdek, gemodializ paytida gipotenziya bo'lgan.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.

Абдувахитова А.Н., Сабиржанова З.Т., Эгамбердыева Д.А., Рузметова И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность: В настоящее время сохраняется несоответствие между возможностями современной медицины и фактической терапией больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с развитием кардиоренального синдрома. Согласно существующим рекомендациям, терапия ХСН в сочетании с хронической нефропатией различного

генеза, предполагает длительный прием лекарственных препаратов, а также соблюдение некоторых ограничений, касающихся образа жизни и питания больных. В качестве факторов, связанных с низкой приверженностью больных к длительному приему лекарственных препаратов для лечения патологии сердца на фоне поражения почек, осо-

бенно в пожилом возрасте, можно рассматривать психосоциальные и личностные особенности больного, а также наличие тревожно-депрессивных состояний.

Цель исследования: определить факторы социальной дезадаптации, оказывающие негативное влияние на психоэмоциональный статус и качество жизни (КЖ) больных пожилого возраста с ХСН и хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы: В исследование были включены 28 больных (18 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 70 до 85 лет с ХСН II ФК по классификации NYHA, развившейся вследствие ИБС и артериальной гипертензии (АГ) и ХБП 3А ст. В исследование не включали больных с ревматическими пороками сердца, инфекционным эндокардитом, инсультом и инфарктом миокарда в анамнезе, с воспалительными заболеваниями почек в стадии обострения. Для оценки качества жизни использовался Миннесотский опросник «Жизнь больных с хронической сердечной недостаточностью». Наличие и выраженность тревоги и депрессии оценивали с помощью шкалы самооценки депрессии Уэйкфилда. При интерпретации полученных результатов учитывали суммарную оценку шкалы, которая в пределах 0-15 баллов указывала на субклиническую тревогу/депрессию, 15-36 — на клинически выраженную тревогу/депрессию.

Результаты и обсуждения: Анализируя ответы на вопросы анкеты больные при поступлении набирали 30 баллов, при выписке - 33 балла. Одышка, быстрая утомляемость, необходимость в дневном отдыхе, ограничения в прогулках, выполнении работы по дому ухудшали КЖ больных. При проведении корреляции показателей качества жизни с параметрами, характеризующими основные правила лечения больных (прием лекарственных средств, соблюдение диеты, выполнение рекоменда-

ций по физической активности) были получены следующие данные: ухудшение КЖ ассоциировалось с приемом больными большого количества лекарственных препаратов ($r=0,24$; $p=0,014$) и сниженной физической активностью ($r=0,34$; $p<0,001$). Следует отметить, что пожилыми больными прием более 3х препаратов в день воспринимался, как «большой». Согласно нашим данным, клинически выраженная депрессия встречалась у 22,8% больных, клинически выраженная тревожность — у 19,6% больных соответственно. Субклинически выраженная депрессия отмечена у 19,6%, субклинически выраженная тревожность — у 18,5. Чувство паники выявлялось у 34 (28,6%) больных со сниженной и у 40 (31%) с сохраненной ФВ ЛЖ, тревожные мысли беспокоили (50,4%) и (54%) больных соответственно. Депрессивное состояние больных с различной ФВ ЛЖ в основном было связано с появлением ограничений при выполнении какой-либо работы, требующей физического или эмоционального напряжения, и выявлялось у 20 больных со сниженной и у 8 с сохраненной ФВ ЛЖ. Не были удовлетворены делами и занятиями, которые ранее приносили им удовольствие (чтение книг, просмотр телепередач) - 24 больных. Результаты нашего исследования показали тесную корреляцию тревожно-депрессивного статуса у больных с низким КЖ ($r=0,209$; $p=0,32$).

Выводы: Социальная дезадаптация и медицинские факторы оказались ведущими показателями, определяющими ухудшение качества жизни и развитие тревожно-депрессивного состояния у больных пожилого возраста с ХСН и ХБП. Низкое качество жизни, наличие тревожно-депрессивного состояния служат не только проявлением тяжелого течения заболевания, но и влекут за собой ухудшение функционального состояния, что ограничивает физическую и социальную активность больных.

ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ HCV ИНФЕКЦИИ БОЛЬНЫХ ХБП 5 СТ. ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ

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

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
(Ташкент, Узбекистан)*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний
(Ташкент, Узбекистан)*

Актуальность. В нашей стране на сегодняшний день интенсивно развивается трансплантология, и особенно прогрессивно растет количество трансплантаций почек. Стимулом для этого послужил государственный нормативный документ ПП РУ за №3846 от 12.07.2018г. «О мерах по повышению эффективности оказания нефрологической и гемодиализной помощи населению Республики Узбекистан». В связи с этим особое значение приобретает подготовка больных, находящихся на программном гемодиализе к операции трансплантации почки. При этом необходимо отметить, что у значительного числа больных, готовящихся к трансплантации почки выявляется гепатит С (Акалаев Р.Н. и др., 2019; 2020). В связи с этим применение эффективных противовирусных программ у HCV-позитивных больных, находящихся на программном гемодиализе и листе ожидания трансплантации на сегодняшний день является весьма актуальным.

Цель исследования. Изучить эффективность, переносимость и безопасность противовирусных препаратов прямого действия у HCV-инфицированных больных ХБП 5 ст, получающих программный гемодиализ.

Материал и методы. Обследовано 125 HCV-инфицированных больных, находящихся на программном гемодиализе от 1 года до 7 лет. Возраст больных

– $43,5 \pm 0,91$ лет. Из них женщины составили 33% (41), и мужчины – 67% (84). У 28 HCV-позитивных больных отделения гемодиализа нами была проведена противовирусная терапия препаратом прямого действия ВИРПАС (ледипасвир 90 мг + софосбувир 400 мг).

Результаты. У HCV-инфицированных больных ХБП 5 ст, получающих программный гемодиализ достоверно ($p < 0,05$) чаще регистрируются симптомы интоксикации. В этой группе больных, нами также выявлены достоверно ($p < 0,05$) более высокая частота развития анемии и полисерозитов в виде асцита, перикардита, гидроторакса. На фоне проведения противовирусной терапии препаратами прямого противовирусного действия уровень РНК-HCV определялся на 4-й неделе у 42,8% больных. К концу 12-й недели клинических наблюдений отрицательный результат РНК-HCV был отмечен у 92,5% больных.

Заключение: применение противовирусных препаратов прямого действия в составе ледипасвир+софосбувир показали хорошую переносимость, безопасность и эффективность их применения у больных ХБП 5 ст на фоне HCV-инфекции, что позволяет рекомендовать этот препарат для больных на программном гемодиализе и особенно в период подготовки их к операции трансплантации почки.

КОВИД-19 АССОЦИРЛАНГАН РЕАКТИВ АРТРИТДА ИНТЕРЛЕЙКИН-6 НИНГ АҲАМИЯТИ

Абдуллаев Ж.У.¹, Мирахмедова Х.Т.², Саидрасулова Г.Б.²

Андижон тиббиёт институти (Андижон, Ўзбекистон)

Тошкент тиббиёт академияси (Тошкент, Ўзбекистон)

Долзарблиги. Ковид-19 ассоцирланган реактив артрит Ковид-19 туфайли суяк-мушак тизимининг шикастланишининг оқибатларидан бири ҳисобланади. Ковид-19 ассоцирланган реактив артритнинг кечиши, клиник кўриниши ва касалликнинг кечишида интерлейкин-6 нинг аҳамияти тўғрисида маълумотлар етарли эмас.

Мақсад: Беморларда Ковид-19 ассоцирланган реактив артритнинг кечишида ИЛ-6 нинг аҳамиятини баҳолаш.

Материал ва усуллар: Тадқиқот Тошкент тиббиёт академиясида 2021-2025 йиллар оралиғида ўтказилди. Тадқиқотда Ковид-19ни турли оғирликда ўтказган, турли бўғимларда оғриқ ва шиш безовта қилган, 135 нафар беморлар иштирок этишди. Барча беморларда Ковид-19 ўтказганлигини аниқлаш мақсадида SARS-CoV-2 IgG мавжудлиги аниқланди. Тадқиқотда 20-65 ёш оралиғидаги беморлар иштирок этишди. Тадқиқотда иштирок этган беморларнинг 71,9%ини аёллар, 28,1% қисмини эркеклар ташкил этишди. Беморларда демографик кўрсаткичлар, шишган бўғимлар сони (ШБС), оғриқли бўғимлар сони (ОБС), визуал аналогли шкала (ВАШ 0-10 мм), эрталабки қарахлик давомийлиги ва лаборатор эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ), С-реактив оқсил (СРО) миқдори ва иммунологик-ИЛ-6 нинг миқдори ўрганилди. Уроген этиологияли реактив артритларни истисно қилиш мақсадида барча беморларда уреоплазмага IgG миқдори аниқланди.

Натижалар: Тадқиқотда иштирок этган беморларнинг ўртача ёши **54,7±3,8** ни ташкил этди, аёллар ва эркеклар нисбати эса 2.6:1га тенг бўлди. Бўғим синдромининг давомийлиги 5

ҳафтадан 42 ҳафтагача, ўртача 15,4±11,8 ҳафтани ташкил этди. Ўтказилган Ковид-19нинг оғирлик даражаси ўрганилганида 63,7% ҳолларда енгил, 27,4% ўртача ва 8,9% ида оғир бўлганлиги аниқланди. Ковид-19 ташхиси ва яллиғланишли артрит белгилари пайдо бўлиши ўртасидаги интервал турлича бўлиб, ўртача давомийлиги 8,1±3,2 ҳафта (диапазон 1-12 ҳафта)дан иборат бўлди. Беморларда бўғим синдроми 12,6% ҳолатда моноартикуляр, 37,8% ҳолатда олигоартикуляр ва 49,4% ҳолатда полиартикуляр тарзда кечганлиги аниқланди. Беморларнинг 68,1%ида периферик бўғимларнинг шикастланиши (синовит), 31,8%ида периартикуляр шикастланиш (энтезит) кўринишида кузатилди. 57,8% беморларда бўғим синдроми симметрик кўринишга эга бўлди. Синовит шакли ўртача оғриқли бўғимлар сони ОБС 6,25±5,2 (1-16 диапазон) ва ШБС 2,3±1,4 (0-7 диапазон) билан тавсифланди. ОБС ва ШБС эрталабки қарахлик давомийлиги билан ижобий ўзаро боғлиқликни кўрсатди (мос равишда $r=0,9$ ва $r=0,6$), лекин ВАШ шкаласи билан боғлиқлик ($r=0,03$) аниқланмади. Кўпгина ҳолларда синовит беморларнинг 18,52%ида фақатгина қўл бўғимларида (шу жумладан биллак, метакарпофалангеал ва проксимал интерфалангеал бўғимларида) ва 50,37%ида фақат оёқ бўғимларида артрит белгилари аниқланган бўлса, 31,11% беморларда ҳам қўл ҳам оёқ бўғимларининг шикастланганлигининг гувоҳи бўлинди. Тадқиқот гуруҳининг 92,6%ида яллиғланиш маркёрларининг ортиши (ЭЧТ ва / ёки СРО) қайд этилди. ИЛ-6 нинг қон зардобидидаги миқдори беморларнинг 47,4%ида 0-50 пг/мл, 9,6%ида 51-100 пг/мл ва 42,9 %ида 100 пг/мл дан

юқори бўлган ва яллиғланиш маркёрлари билан мусбат ($r=0,73$) боғлиқликка эга.

Хулоса: Ўтказилган Ковид-19 дан кейин 1 ва 12 ҳавфта орасида Ковид-19 ассоцирланган реактив артрит белгилари пайдо бўлади ва касаллик асосан, поли-, олигоартрит кўринишида кечади. Касалликнинг клиник кўриниши

бўғимда оғриқ, шиш билан ёки периартикуляр шикастланиш белгилари билан қўл ва оёқ бўғимларида намоён бўлади. ИЛ-6 миқдорининг ортиши Ковид-19 ассоцирланган реактив артритнинг намоён бўлишида ва ривожланишида рағбатлантирувчи муҳим аҳамиятга эга эканлигини кўрсатади.

РОЛЬ КАЛЬЦИМИМЕТИКОВ В КОРРЕКЦИИ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НАХОДИЩИЕСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Абдуллаев Ш.С.¹, Афинова А.А.²

*Ташкентский Педиатрический Медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки (Ташкент, Узбекистан)*

Введение. Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) – частое осложнение хронической болезни почек (ХБП), приводящее к остеодистрофии, переломам, сосудистой кальцификации и кожному зуду. Высокие уровни ПТГ, гипокальциемия и гиперфосфатемия связаны с повышенной смертностью в с сердечно сосудистыми осложнениями. Традиционная терапия витамином D подавляет ПТГ, но вызывает гиперкальциемию и гиперфосфатемию, способствующие кальцификации мягких тканей. В 2004 году в клиническую практику введены кальцимитетики, одним из которых является цинакальцет, который повышает чувствительность кальцийчувствительных рецепторов паращитовидных желез, снижая уровень ПТГ, Са и Р. Цинакальцет уменьшает гиперплазию ПЩЖ, снижает риск паратиреоидэктомии, уменьшает уремическую остеодистрофию, частоту переломов и сосудистый кальциноз. Его применение снижает госпитализации по кардиоваскулярным причинам.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения кальцимитетиков в сравнении с активными формами витамина D при вто-

ричном гиперпаратиреозе у пациентов, получающих программный гемодиализ.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 32 больных в течении 12 мес, которые в момент исследования находились на программном гемодиализе, с установленным диагнозом: Вторичный гиперпаратиреоз. Пациенты были распределены по II группам: I группа- терапия цинакальцетом -n20, II группа- терапия витамином D -n12. Проводились лабораторные исследования (уровень фосфора, кальция, ПТГ) инструментальные исследования (ЭхоКГ). Анкетирование пациентов

Результаты и обсуждения. На фоне терапии кальцимитетиком (цинакальцет) целевые значения паратиреоидного гормона (ПТГ) достигнуты у 12% пациентов. У больных с неконтролируемым вторичным гиперпаратиреозом (ВГПТ) (ПТГ >800 пг/мл) уровень ПТГ в среднем снизился более чем в два раза. Также в группе цинакальцета отмечалась тенденция к нормализации показателей кальция и фосфора.

За время исследования два пациента в группе цинакальцета прекратили участие из-за симптомов диспепсии. Основным критерием эффективности те-

рапии являлось изменение уровня интактного ПТГ в динамике, что отмечено в обеих группах. Однако цинакальцет показал более выраженный эффект, снижая уровень интактного ПТГ на 55,4% по сравнению с 46,5% в группе активных форм витамина D ($p < 0,05$).

Среди 32 пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), получавших гемодиализ, случаев летального исхода за период наблюдения не зарегистрировано.

Выводы: Целью настоящего исследования являлась сравнительная оценка эффективности и безопасности традиционной терапии препаратами витамина D и терапии кальцимитетом (цинакальцет) у пациентов с вторичным гиперпаратиреозом (ВГПТ), находящихся на программном гемодиализе.

В настоящее время в клинической практике появился новый препарат – ци-

накальцет, который, однако, еще не зарегистрирован в Узбекистане. Согласно данным клинических исследований и результатам реальной практики, применение цинакальцета демонстрирует более высокую приверженность лечению и большую эффективность в снижении уровня паратиреоидного гормона (ПТГ) по сравнению с традиционной терапией витамином D.

Таким образом, цинакальцет представляет собой перспективный терапевтический подход к лечению ВГПТ у пациентов, получающих гемодиализ.

Однако проблема оптимального ведения ВГПТ у данной категории больных остается нерешенной и требует дальнейших клинических исследований для разработки наиболее эффективных и безопасных схем терапии.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПОДОЗРЕНИЕ НА ПОЗВОНОЧНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ: БОЛИ В СПИНЕ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ, СВЯЗАННЫЕ С ИНФЕКЦИЕЙ КАТЕТЕРА

Абдуллаев Ш.С.¹, Мирмахаммадов О.Ф.²

*Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)
Республиканский научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки (Ташкент, Узбекистан)*

Актуальность проблемы.

Позвоночный остеомиелит представляет собой редкое, но серьезное инфекционное осложнение, которое часто остается недиагностированным на ранних стадиях. Пациенты, находящиеся на гемодиализе, подвержены повышенному риску инфекций из-за длительного использования сосудистых катетеров, снижения иммунного ответа и сопутствующих заболеваний. Катетер-ассоциированные инфекции могут привести к бактериемии, что способствует гематогенному распространению инфекции и поражению позвоночника. Согласно данным мета-анализа, включающего более 10 000 пациентов на гемодиализе, частота позвоночного остеомиелита со-

ставляет 5,4%, а уровень летальности при несвоевременной диагностике достигает 25%. Исследование, проведенное в США среди 2 500 пациентов на программном гемодиализе, показало, что 72% случаев спондилодисцита были связаны с бактериемией, вызванной сосудистыми катетерами. В другом ретроспективном исследовании, охватывающем 15-летний период наблюдения, было установлено, что у пациентов с длительным использованием туннелированных катетеров риск развития позвоночного остеомиелита в 6 раз выше по сравнению с пациентами, имеющими артериовенозную фистулу или трансплантат. Данные Европейского регистра диализных пациентов (ERA-EDTA) указы-

вают, что на фоне инфекционных осложнений, связанных с сосудистыми катетерами, риск развития тяжелых осложнений, включая остеомиелит, возрастает на 30–40%. В то же время исследование, проведенное в клиниках Южной Кореи, выявило, что пациенты с ХБП на гемодиализе имеют выраженные нарушения костного метаболизма, что способствует быстрому прогрессированию остеомиелита и увеличивает вероятность патологических переломов на 18%. Все эти данные подчеркивают необходимость раннего выявления позвоночного остеомиелита у пациентов на гемодиализе, особенно при наличии катетер-ассоциированных инфекций и хронической боли в спине. Оптимизация методов диагностики и своевременное лечение могут значительно снизить уровень инвалидизации и смертности среди данной категории пациентов.

Цель. Оценить частоту, клинические проявления, диагностические подходы и результаты лечения позвоночного остеомиелита у пациентов, находящихся на гемодиализе, с катетер-ассоциированными инфекциями на основе собственного ретроспективного исследования.

Материалы и методы.

Проведено ретроспективное исследование на базе нефрологического центра. В исследование включены 48 пациентов, находящихся на программном гемодиализе с сосудистыми катетерами, у которых диагностирован позвоночный остеомиелит в период с 2018 по 2023 год. Возраст пациентов варьировал от 45 до 76 лет. Основными критериями включения были: наличие хронической почечной недостаточности терминальной стадии, катетер-ассоциированная инфекция, подтвержденная бактериемия, и наличие болей в спине неясной этиологии. Диагностика проводилась на основе клинических данных, лабораторных исследований (СРБ, прокальцитонин, гемокультура), МРТ позвоночника и ПЭТ-

КТ. Оценивалась эффективность различных схем антибактериальной терапии и хирургического лечения.

Результаты. Анализ данных показал, что наиболее частыми возбудителями позвоночного остеомиелита у пациентов на гемодиализе являются *Staphylococcus aureus* (MRSA – 35%) и коагулазонегативные стафилококки (28%). В 79% случаев инфекция развивалась на фоне предшествующей бактериемии. Среднее время от появления первых симптомов (боль в спине, лихорадка) до установления диагноза составило $4,2 \pm 1,5$ недели. МРТ имело диагностическую чувствительность 92%, ПЭТ-КТ – 95%. Комбинированная антибиотикотерапия (ванкомицин + цефтазидим) в течение 8 недель обеспечила клиническое улучшение в 67% случаев, в 29% потребовалось хирургическое вмешательство (декомпрессия, ламинэктомия). Летальность составила 8% в течение 6 месяцев наблюдения.

Выводы. Позвоночный остеомиелит у пациентов на гемодиализе, связанный с катетер-ассоциированной инфекцией, представляет серьезную диагностическую и лечебную проблему. Высокий уровень бактериемии, связанный с сосудистыми катетерами, требует повышенного клинического внимания при появлении болей в спине у данной категории пациентов. Оптимальная диагностика включает комбинацию МРТ и ПЭТ-КТ. Продолжительная комбинированная антибиотикотерапия эффективна в большинстве случаев, однако при осложненных формах требуется хирургическое вмешательство. Дальнейшие исследования должны быть направлены на оптимизацию алгоритмов ранней диагностики и профилактики этого осложнения.

Ключевые слова: позвоночный остеомиелит, гемодиализ, катетер-ассоциированные инфекции, боли в спине, диагностика, лечение.

ТУРЛИ ГЕНЕЗЛИ НЕФРОПАТИЯЛАР АСОСИДА ШАКЛЛАНГАН СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ 5-БОСҚИЧИ БЕМОРЛАРИДА ЯЛЛИҒЛАНИШ МЕДИАТОРЛАРИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИ

Абдуллаева Х.А. - мустақил изланувчи

Тошкент педиатрия тиббиёт институти (Тошкент, Ўзбекистон)

Мунавваров Б.А. - доцент

Тошкент давлат стоматология институти (Тошкент, Ўзбекистон)

XXI асрнинг биринчи чорагига келиб дунё миқёсида терминал босқичидаги сурункали буйрак етишмовчилиги беморлари, оқибатда буйрак ўринбосар терапияларига мухтожлар сонини кескин ошиб бораётганлиги кузатилмоқда. Ушбу беморлар контингентлари орасида буйрак ўринбосар терапиясининг асосий шакли экстрокорпорал детоксикация бўлиб, айти дамда уларнинг 70 % дан ортиғи мазкур тадбирни бошидан кечирмоқда. Бу ўринда соҳа мутахассисларининг асосий вазифалари гемодиализ жараёнини ҳам техник, ҳам тиббий ёндашув жиҳатидан такомиллаштириш, режали гемодиализ беморларининг яшовчанлигини оширишдан иборатдир. Кейинги йилларда соҳада олиб борилган илғор технологик ёндашувлар туфайли мазкур популяция беморларини яшовчанлигини 20 йилдан оширишга мушарраф бўлинди. Бироқ, улар орасида кардиоваскуляр асоратлар ва улар туфайли юзага келадиган ўлим кўрсаткичи умумий популяцияларга нисбатан анча юқори эканлиги эътироф этилмоқда.

Тадқиқот мақсади.

Турли генезли нефропатиялар асосида буйрак етишмовчилиги ривожланиб режали гемодиализ бошлаган беморлардан иборат тадқиқот гуруҳларида қон зардобидаги яллиғланиш медиаторлари даражасини ўрганиш ва тахлил қилиш.

Материал ва услублар.

Тадқиқот учун Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий амалий тиббиёт маркази 1-гемодиализ бўлимида режали гемодиализ тадбирларини бо-

шидан кечириётган 96 нафар беморлар танлаб олиниб, улардан иккита гуруҳи шакллантирилди. 1-гуруҳ (n-57) бирламчи касаллик буйрак касаллиги бўлмаган (қандли диабет, гипертония касаллиги, юрак-қон томир касалликлари) генезли нефропатиялар асосида шаклланган сурункали буйрак касаллигининг 5-босқичи билан оғриб режали гемодиализ беморларидан иборат. 2-гуруҳ (n-39) бирламчи буйрак касалликлари туфайли (гломерулонефритлар, пиелонефритлар, интерстициал нефрит, буйрак туғма касалликлари) сурункали буйрак касаллигининг 5-босқичи билан оғриб режали гемодиализ беморларидан ташкил топган. Тадқиқот гуруҳларида ИЛ-6 (интерлейкин-6) (N 0-10 пг/мл.), СРО (С-реактив оқсил) (N 1-5 мг/л.) ва α-ўсма некроз омили (N 8 пг/мл.гача) текширилди. Олинган натижалар статистик тахлил қилинди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси.

Ўтказган тадқиқотларимиз асосида олинган натижаларга кўра, қон зардобидида ИЛ-6 1-гуруҳда $15,2 \pm 2,17$ пг/мл ва 2-гуруҳда эса у $12,7 \pm 1,92$ пг/мл. эканлиги аниқланди. СРО 1-гуруҳда $6,11 \pm 1,23$ мг/л ва 2-гуруҳда эса у $5,97 \pm 1,19$ мг/л. эканлиги аниқланди. α-ўсма некроз омили 1-гуруҳда $9,12 \pm 2,21$ мг/л ва 2-гуруҳда эса у $9,26 \pm 2,18$ мг/л. қийматни ташкил этди.

ХУЛОСА.

Ҳар иккала тадқиқот гуруҳларида яллиғланиш медиаторлари ошиб деярли бир-бирига яқиш қийматларни кўрсатди. Бироқ, бирламчи касаллик буйрак касаллиги бўлмаган генезли нефропатиялар асосида шаклланган су-

рункали буйрак касаллигининг 5-босқичи билан оғриб режали гемодиализ беморларидан иборат 1-гурухда ИЛ-6 қийматини бирламчи буйрак касалликлари туфайли сурункали буйрак касаллигининг 5-босқичи билан оғриб ре-

жали гемодиализ беморларидан иборат 2-гурухга нисбатан сезиларли юқори чиқиши мазкур гуруҳдаги атеросклеротик шикастланишларни интерлейкинлар билан боғлиқлиги туфайли деб изоҳланади.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Адылова Д.Ш., Даминова Б.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность.

Хроническая болезнь почек (ХБП) представляет собой глобальную медицинскую проблему, приводящую к высокой смертности и снижению качества жизни пациентов. Развитие ХБП тесно связано с наличием коморбидных состояний, таких как сахарный диабет, артериальная гипертензия и сердечно-сосудистые заболевания. Выявление взаимосвязей между сопутствующими патологиями и динамикой почечной функции имеет ключевое значение для оптимизации диагностики и лечения пациентов с ХБП.

Цель исследования.

Оценить влияние коморбидных состояний на скорость прогрессирования хронической болезни почек у пациентов с различными вариантами течения заболевания.

Задачи исследования.

1. Проанализировать распространенность и сочетание коморбидных состояний среди пациентов с ХБП.
2. Изучить влияние сахарного диабета и артериальной гипертензии на уровень клубочковой фильтрации (СКФ) и скорость его снижения.
3. Оценить влияние индекса массы тела (ИМТ), курения и возрастных факторов на течение ХБП.
4. Разработать клинические рекомендации для стратификации риска прогрессирования ХБП у пациентов с коморбидными заболеваниями.

Материалы и методы исследования.

В исследование включены данные 1767 пациентов, у которых диагностирована ХБП. Оценивались демографические характеристики, наличие сахарного диабета, артериальной гипертензии, сердечно-сосудистых заболеваний, курение, индекс массы тела, уровень СКФ и биохимические показатели. Для анализа использованы методы описательной статистики, корреляционный и регрессионный анализ для выявления значимых факторов, влияющих на прогрессирование заболевания.

Результаты исследования.

- 70% пациентов имели коморбидные состояния, среди которых наиболее распространенными были артериальная гипертензия (60%) и сахарный диабет (42%).
- У пациентов с диабетом уровень СКФ снижался быстрее, чем у пациентов без этого диагноза.
- Курение и повышенный индекс массы тела ассоциировались с увеличенной скоростью снижения почечной функции.
- Разработана математическая модель, позволяющая прогнозировать прогрессирование ХБП в зависимости от наличия коморбидных состояний.

Заключение.

Результаты исследования подтверждают значительное влияние коморбидных состояний на течение ХБП. Учитыв-

вая выявленные факторы риска, рекомендуется проведение регулярного мониторинга пациентов с диабетом и гипертонией для раннего выявления прогрессирования заболевания. Разработка

индивидуальных схем ведения пациентов с учетом их коморбидного фона позволит улучшить прогноз и замедлить развитие почечной недостаточности.

ФАКТОРЫ РИСКА И ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Адылова Д.Ш.¹, Даминова Л.Т.²

Ташкентский Педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Ташкентский государственный стоматологический институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность.

Хроническая болезнь почек (ХБП) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в мире. Согласно статистике, распространенность ХБП неуклонно растет, что связано с увеличением числа пациентов с сахарным диабетом, артериальной гипертензией и сердечно-сосудистыми заболеваниями. ХБП существенно снижает качество жизни пациентов и увеличивает риск развития терминальной почечной недостаточности, требующей заместительной почечной терапии. Несмотря на значительные достижения в лечении, вопросы ранней диагностики и прогнозирования прогрессирования заболевания остаются актуальными. В связи с этим изучение факторов риска и динамики клинических показателей у пациентов с ХБП имеет важное значение для разработки эффективных стратегий профилактики и лечения.

Цель исследования.

Определение влияния факторов риска на прогрессирование хронической болезни почек у пациентов с различными сопутствующими заболеваниями.

Задачи исследования

1. Оценить распространенность сахарного диабета, артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний среди пациентов с ХБП.

2. Проанализировать влияние индекса массы тела (ИМТ), уровня клубочковой фильтрации (СКФ) и других био-

химических показателей на течение заболевания.

3. Определить связь между курением, исходными клиническими параметрами и риском ухудшения почечной функции.

4. Разработать предиктивные модели для оценки вероятности прогрессирования ХБП.

Материалы и методы исследования.

В исследование включены данные 1767 пациентов с диагностированной ХБП. Проведен ретроспективный анализ клинических и лабораторных данных, включающих возраст, пол, наличие диабета, гипертонии, сердечно-сосудистых заболеваний, уровень СКФ, индекс массы тела и другие параметры. Выявлены группы риска с различными вариантами течения заболевания. Для статистического анализа использованы методы корреляционного и регрессионного анализа, что позволило оценить взаимосвязь клинических параметров с прогрессированием ХБП.

Результаты исследования.

• Установлено, что 65% пациентов имели артериальную гипертензию, 40% — сахарный диабет 2 типа, 30% — сердечно-сосудистые заболевания.

• У пациентов с диабетом и гипертонией наблюдалось более быстрое снижение СКФ, что подтверждает их значительное влияние на прогрессирование ХБП.

- Курение ассоциировалось с более выраженным ухудшением почечной функции, особенно у пациентов с длительным анамнезом заболевания.

- Повышенный индекс массы тела (более 30 кг/м²) являлся дополнительным фактором риска прогрессирования ХБП.

- Разработаны предиктивные модели, позволяющие прогнозировать снижение функции почек в зависимости от наличия коморбидных состояний.

Заключение.

Выявленные факторы риска играют ключевую роль в прогрессирова-

нии хронической болезни почек и могут быть использованы для ранней диагностики и индивидуализированного подхода к лечению пациентов. Результаты исследования подчеркивают необходимость тщательного мониторинга пациентов с ХБП, особенно при наличии сопутствующих заболеваний. Введение комплексных профилактических мероприятий, направленных на контроль артериального давления, уровня глюкозы и массы тела, может замедлить прогрессирование заболевания и улучшить прогноз пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕЩАТЕЛЬСТВ ПРИ КИСТОЗНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ И ЭХИНОКОККОЗЕ ПОЧЕК

Аллазов И.С., Эргашев А.Ш., Яхъяева П.Э.

Самарский государственный медицинский университет (Самарканд, Узбекистан)

Актуальность проблемы. При люмботомном традиционном доступе для резекции кисты почки в завершении операции ложа кисты заполняется околопочечной клетчаткой, что способствует частичному восстановлению утраченной ткани почки в области кисты. Недостатком этой операции является то, что почка замуровывается в своем паранефроне, который склерозизируется и ухудшает восстановление ткани в области ложа кисты. Мы считаем, что для улучшения дополнительного кровоснабжения и регенерации почечной ткани в углублении на месте резецированной кисты заполнить его сальником кишечника, используя для этой цели лапароскопический доступ.

Цель исследования. Усовершенствовать дифференцированный подхода в диагностике и лечении кистозных новообразований и эхинококкоза почек лапароскопическим доступом

Материал и методы. Наши клинические наблюдения охватывают 84 пациентов, в возрасте 17-68 лет. Из них 58 мужчины, 26 женщины. Пункция кисты

является первым этапом лапароскопической резекции кисты почки. Техника пункции и меры профилактики попадания жидкости кисты в брюшную полость мы соблюдали путём подведения страховочный лапароскопический аспиратор для эвакуации жидкости, а зону операции обкладывали влажными марлевыми салфетками смоченным 10% настоем или 12% настойкой местного гемостатика лагохилуса. После прокола капсулы кисты почки и попадания в полость кисты электроотсосом эвакуируется содержимое кисты. Не вынимая иглу, вводили экстракт лагохилуса, подогретый до 50 градусов с 5 минутной экспозицией.

Затем резецировали выступающую часть кисты. После удаления основной клинически значимой кисты проводили ревизию поверхности почки, в поисках других более мелких кисты. Это является заодно и подготовкой для укрытия почки. Далее ее укрывали сальником, а затем фиксировали его не ушиванием к почке, а покрытием и ушиванием поверх салника околопочечной клетчаткой.

Результаты. Суть научной значимости заключается в доказательстве эффективности лапароскопической резекции кисты почки с обработкой ложа экстрактом лагохилуса с последующим укрытием поверхности почки сперва салником, поверх него околопочечной клетчаткой. При такой тактике регенерация утраченной ткани почки происходит более интенсивно и активно, чем при покрытии только паранефроном, ибо кровообращение салника многократно сильнее, чем околопочечной клетчатки.

При перфорации эхинококковой кисты (ЭК) ревизии поверхности почки и подготовки поля для укрытия его салником и паранефроном, тактика идентичная, но дополнительно полость кисты обрабатывается экстрактом лагохилуса. Затем брюшная полость – малый таз, правый боковой канал дренируются силиконовой трубкой.

Осложненные эхинококковые кисты почки нагноением или перфорацией выполняются традиционным путем. Мы считаем, что при соблюдении определенных условий в ряде случаев можно успешно провести эхинококкэктомия менее травматичным лапароскопическим путем.

Техника пункции и меры профилактики обсеменения имеют первостепенное значение для соблюдения принципов апаразитарности операции - недопущения попадания содержимого ЭК в брюшную полость. С этой целью перед пункцией к кисте подводили страховоч-

ный лапароскопический аспиратор для эвакуации жидкости, а зону операции обкладывали влажными марлевыми салфетками- 10% настоем лагохилуса. После прокола фиброзной капсулы почек и попадания в полость кисты электроотсосом эвакуируется эхинококковая жидкость. Не вынимая иглу, в ОП вводили подогретый до 60 градусов 100% раствор глицерина с 10 минутной экспозицией. Затем с двух сторон, отступя 1-1,5 см от места пункции - фиброзную капсулу ЭК захватывали эндоскопическими зажимами и приподняли. Далее электрохирургическими ножницами вскрывали фиброзную капсулу (частичная перцистэктомия) и в полость ЭК вводили эндохирургический отсос для эвакуации остаточного содержимого и вакуум-экстракции хитиновой оболочки кисты.

При перфорации ЭК и признаках перитонита тактика идентичная, но дополнительно брюшная полость санируется раствором бетадинасмешанным в соотношении 1: 10-15 с теплым физиологическим раствором до чистых вод. Затем брюшная полость – малый таз, правый боковой канал дренируются силиконовой трубкой.

Выводы. Резецирование кистозных новообразований и эхинококковой кисты лапароскопическим доступом способствует ранней активации больного, сокращению сроков госпитального этапа лечения, улучшению и ускорению регенерации почечной ткани, отличному косметическому эффекту.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НСВ-ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХБП 5 СТАДИИ

Арипходжаева Г.З., Абдуллаев А.Н.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
(Ташкент, Узбекистан)*

Введение. У пациентов отделений хронического гемодиализа отмечается низкий уровень иммунной защиты, что является причиной стертого течения вирусных гепатитов В и С. В этой связи практически все больные центров хро-

нического гемодиализа переносят малосимптомные формы как острых, так и хронических форм заболевания. На высокую частоту хронизации вирусных гепатитов у больных в терминальной ста-

дии ХПН указывает большинство исследований.

Цель исследования. Изучить клинические особенности HCV-инфекции у больных ХБП 5 стадии находящихся на гемодиализе.

Материалы и методы. Было проведено многоцентровое исследование пациентов отделений гемодиализа города Ташкента и областных отделений находящихся по Республики Узбекистан. Нами обследовано 395 больных находящихся на программном гемодиализе от 3 до 15 лет. Возраст больных колебался от 17 по 65 лет. Среди обследованных пациентов 132 (33,4%) составили женщины и 263 (66,6%) мужчины. Диагноз HCV-инфекции выставлялся на основании анамнеза, клинико-лабораторных данных, а также подтверждался положительными результатами ПЦР (ДНК- HCV, РНК-HCV, РНК-HDV). Для исключения микст - инфицирования всем больным проведено тестирование сыворотки крови на ВИЧ-инфекцию.

Результаты исследований. Исследованиями было установлено, что у больных ХБП5ст на фоне HCV-инфекции достоверно ($p < 0,05$) чаще регистрируются симптомы интоксикации, как постоянная слабость, тошнота, отсутствие аппетита по сравнению с больными ХБП5ст без сопутствующих заболеваний.

Нами также выявлено достоверно ($p < 0,05$) высокая частота развития анемии, полисерозитов в виде асцита, перикардита, гидроторакса в этой группе больных. Для больных ХБП5ст без сопутствующих заболеваний было характерно преходящий отечный синдром, который после адекватно проведенного диализа хорошо корригировался, тогда как у 8 (25%) больных ХБП5ст на фоне HCV-инфекции наблюдались стойкие отеки, не корригируемые диализом, что очевидно связано нарушением белково-синтетической функции печени у данного контингента. Анализ течения ХБП5ст на фоне HCV-инфекции показал, что у 11 (34%) больных болезнь протекает в виде скоротечной формы хронической почечно-печеночной недостаточности с развитием неблагоприятных исходов. У 13 (40%) больных этой же группы на фоне геморрагического синдрома развивается прогрессирующая анемия, на фоне которого у 8 (25%) больных развивается упорные полисерозиты в виде гидроторакса, асцита и перикардита, что отражало отягощающее влияние HCV-инфекции на течение ХБП5ст.

Заключение. HCV-инфекция имеет отягощающее влияние на течение основного заболевания с развитием неблагоприятных исходов.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ОТДЕЛЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗА

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

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
(Ташкент, Узбекистан)*

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

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) является одним из заболеваний, имеющих большое медико-социальное значение в связи с его распространенностью среди населения. По данным Всемирной организации здравоохранения в структуре летальности населения экономических развитых

стран болезни почек занимают 7-е место и составляют 2,5-3% от всех причин смертности. В число отраслей медицины подверженных большому риску распространения вирусными гепатитами относятся отделения хронического гемодиализа, где частые оперативные вмешательства на сосудах, непрерывный ле-

чебный процесс, частые по жизненным показаниям гемотрансфузии обуславливают большой риск заражения вирусными гепатитами.

Целью исследования явилось изучение распространенности заболеваемости вирусными гепатитами В, С, и Дельта у больных с хронической болезнью почек 5 стадии в отделениях гемодиализа в г.Ташкенте и в областных филиалах отделений гемодиализа по Республики Узбекистан.

Материалы и методы. Нами обследовано 395 больных находящихся на программном гемодиализе от 3 до 15 лет. Возраст больных колебался от 17 по 65 лет. Больным проводилась постоянная консервативная терапия и программный гемодиализ. Серологические методы исследования включали определения в сыворотке крови HBsAg (ИФА), anti-HCV IgG (ИФА), anti-HDV IgG и IgM (ИФА) набором Вектор-Бест (Новосибирск). Диагноз хронический вирусный гепатит выставлялся на основании анамнеза, клинико-лабораторных данных, а также положительных результатов ПЦР (ДНК- HBV, РНК- HCV, РНК- HDV) и ИФА (HBsAg, анти- HCV, anti-HDV IgG и IgM). Для исключения микст-инфицирования с другими инфекциями с парентеральным механизмом передачи всем больным проведено тестирование сыворотки крови на ВИЧ-инфекцию.

Результаты исследований. Обследовано 395 больных находящихся на программном гемодиализе. Из них 217 (56%) составили больные находящиеся на программном гемодиализе в г.Ташкент, 40 (11%) больных из Бухарского областного отделения гемодиализа, 28 (7%) больных из Навоинского областного отделения гемодиализа, 23 (6%) больных из Джизакского, 38 (10%) больных из Кашкадарьинского, 21 (6%) больных из Ферганского и 28 (7%) из Хорезмского отделений гемодиализа.

Анализ клинико – лабораторных результатов обследования 395 больных ХБП5ст показал выявления маркеров инфицирования парентеральными вирусными инфекциями у 181 (45,8%) больных. Исследованиями было установлено наибольшая заболеваемость ХВГС (125 больных (31,6%)) в обследованной группе больных по сравнению с заболеваемостью ХВГВ (23 больных (5,8%)). Следует отметить, что в отделениях гемодиализа имеет место микст-инфицирование ХВГВ+ХВГС у 16 (4,1%) больных, ХВГВ+Дельта инфекция у 8 (2%) больных и ХВГС+ВИЧ инфекция у 4 (1%) больных.

Заключение: В отделении гемодиализа как в г. Ташкенте так и в областных филиалах отделений гемодиализа наряду с другими вирусными гепатитами, превалирует заболеваемость ХВГС.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПОРАЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Даминов Б.Т., Асадов Н.З.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)
Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии и трансплантации почек Республики Узбекистан (Ташкент, Узбекистан)*

Актуальность. В Европе на долю ХСН приходится 5% всех госпитализаций, а в США ХСН приводит к 1,023 миллиону госпитализаций ежегодно (6,5 миллионов койко-дней). Это заболевание является самой частой причиной

стационарного лечения среди лиц старше 65 лет, при этом около 50% больных с ХСН повторно госпитализируется в течение 6 месяцев, 20-25% больных — в течение 30 дней после выписки из стационара. Тесная ассоциация между дис-

функции почек (ДП) и ХБП доказана в крупных клинических исследованиях. Хроническая сердечная недостаточность приводит к функциональным и выраженным структурным изменениям почек, в ряде случаев с формированием фокального сегментарного гломерулосклероза. Увеличение распространенности ДП у больных с ХСН, сопряжено с увеличением риска развития поражения почек, что обуславливает поиска факторов риска и эффективных подходов к лечению ДП при ХСН. Изучение указанных аспектов данной проблемы представляется важным для оптимизации лечения и реабилитации больных с ХСН, обусловленных с постинфарктным кардиосклерозом.

Цель. Оценить выраженность подоцитарного повреждения у больных по уровню подоцитурии, у пациентов с хронической сердечной недостаточностью для выявления ранней диагностики хронического поражения почек

Материал и методы. проведено комплексное обследование 105 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с II-IV функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ХСН I-III ФК с оценкой клинического состояния, толерантности к физической нагрузке, процессов ремоделирования левого желудочка, и функционального состояния почек. Больные, включенные в исследование были подразделены по ФК ХСН, а также по уровню скорости клубочковой фильтрации почек (I группа больных с ХСН I-III ФК $rСКФ_{СКД-ЕРІ} \geq 60$ мл/мин/1,73м² (n=55) II группа больных с ХСН I-III ФК $rСКФ_{СКД-ЕРІ} \geq 60$ мл/мин/1,73м² (n=50). Средний возраст больных в I группе составил 58,77±0,94 лет, во II группе 61,3±0,68 года. Длительность заболевания у больных I группы составило 5,81±0,75 лет; 6,6±0,63 лет во II группе. 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.

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.

Всем пациентам проводили комплексное клиническое обследование, включающее оценку ТШХ, клиническое состояние больных по шкале оценки клинического состояния (ШОКС), модифицированная Мареевым В.Ю. 2000, качество жизни (КЖ) больных исследовали с помощью «Миннесотского опросника КЖ, при СН» (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire), предложенного в 1985 году Т.Rector и J.Cohn по суммарному индексу качества жизни (СИ КЖ), ЭхоКГ с доплерографией, определяли уровень сывороточного креатинина (Кр), СКФ высчитывали по расчетным формулам СКД-ЕРІ.

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 ЕРІ, в которой учитываются раса, пол, возраст, уровень креатинина сыворотки крови. Для расчета СКФ по формуле СКД-ЕРІ можно воспользоваться специальными приложениями для мобильных устройств (QxMDCalculator) [58, 101, 173, 215].

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

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

Подоцитурия изучена методом цитофлуометрии с помощью антител, ме-

ченных подокаликсином. Расчет осуществлялся по количеству окрашенных подокаликсином частиц (целые клетки и их обломки) в мкл осадка мочи. Уровень ИЛ-6 и БТШ-27 в моче исследовали методом непрямого иммуноферментного анализа (ELISA), исследуемые показатели экскреции были стандартизованы по величине креатинина в утренней порции мочи. Статистический анализ данных проведен с применением стандартных статистических методик с помощью программы STATISTICA 6,0. Для сравнения двух групп использован непараметрический критерий Манна-Уитни. Корреляционный анализ проведен методом ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Первую группу составили 55 пациентов с неактивным течением заболевания: У больных этой группы выявлено ПУ около 1 г/сут (0,76 [0,27; 1,1] г/сут), у 10 из них – изолированная, а у остальных – в сочетании с умеренной эритроцитурией. Функция почек у 13 больных была сохранна, у 7 отмечались признаки хронической почечной недостаточности (ХПН) – стойкое снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (67 [60;71] мл/мин) и повышение креатинина сыворотки крови (1,4 [1,3; 1,89] мг/дл).

Во II группу включены 50 пациента: Клинически II группа больных ХСН характеризовалась ПУ 1–3 г/сут (2,0 [1,74;3,0] г/сут); у 11 больных выявлена

изолированная ПУ субнефротического уровня, у 12 – ПУ сочеталась с умеренной эритроцитурией. У всех больных отмечено стойкое нарушение функции почек (СКФ – 44,5 [36; 76] мл/мин, креатинин – 1,72 [1,34; 2,13] мг/дл); АГ (от 150/90 до 180/100 мм рт. ст.) выявлена у 19 больных.

У пациентов с активным ХГН выявляется высокая подоцитурия, коррелирующая с уровнем ПУ, тяжестью ХСН и величиной альбуминурии, что отражает выраженность функционального дефекта гломерулярного барьера, подчеркивает роль ишемического повреждения и связанного с ним подоцитарного повреждения в формировании дисфункции почек при ХСН. Увеличение экскреции с мочой поврежденных подоцитов у больных ХСН является механизмом самозащиты почек, направленным на ограничение структурных и функциональных нарушений подоцитов, предупреждающих рост ПУ. Прогностически неблагоприятным признаком, указывающим на нарушение механизмов клеточной адаптации к повреждению и риск развития дисфункции почек.

Заключение. Неинвазивное мониторирование подоцитарного повреждения с помощью изученных мочевых тестов важно с клинических позиций для определения активности болезни, оценки прогноза ХГН и выбора тактики лечения.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ НАЛИЧИИ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК

Даминов Б.Т., Асадов Н.З.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)
Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии и трансплантации почек Республики Узбекистан (Ташкент, Узбекистан)*

Актуальность. Несмотря на значительные достижения в лечении различных сердечно-сосудистых заболеваний,

распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) продолжает расти. В мире 37 миллионов чело-

век страдают ХСН. В Европейских странах эта патология диагностирована у 1-2,6% населения, в США — у 2,2%, при этом распространенность этого заболевания в нашей стране значительно превышает таковую в Европейских странах и США.

Хроническая гиперактивность РААС играет ключевую роль в патофизиологии развития ХСН, она является основополагающим в общей регуляции сердечно-сосудистого гомеостаза благодаря действию гормонов, которые регулируют сосудистый тонус и, в частности, кровяное давление посредством вазоконстрикции и почечного введения натрия и воды. Усиление продукции альдостерона, как следствие активации РАСС, стимулирует синтез коллагена фибробластами, а также может играть роль в апоптозе кардиомиоцитов и гломерулосклероза. Хроническое воздействие высоких уровней альдостерона и постоянная активация МР могут вызывать повреждение не только ткани миокарда, но и формирование фиброза почечной ткани.

Материалы и методы исследования. проведено комплексное обследование 105 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с II-IV функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ХСН I-III ФК с оценкой клинического состояния, толерантности к физической нагрузке, процессов ремоделирования левого желудочка, и функционального состояния почек. Больные, включенные в исследование были подразделены по ФК ХСН, а также по уровню скорости клубочковой фильтрации почек (I группа больных с ХСН I-III ФК $rСКФ_{СКД-ЕРІ} \geq 60$ мл/мин/1,73м² (n=55) II группа больных с ХСН I-III ФК $rСКФ_{СКД-ЕРІ} \geq 60$ мл/мин/1,73м² (n=50). Средний возраст больных в I группе составил 58,77±0,94 лет, во II группе 61,3±0,68 года. Длительность заболевания у больных I группы составило 5,81±0,75 лет; 6,6±0,63 лет во II группе.

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, Сакубутрил вальсартан (АРНИ 200мг), антиагреганты, петлевые диуретики по показаниям на короткие курсы.

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.

Всем пациентам проводили комплексное клиническое обследование, включающее оценку ТШХ, клиническое состояние больных по шкале оценки клинического состояния (ШОКС), модифицированная Мареевым В.Ю. 2000, качество жизни (КЖ) больных исследовали с помощью «Миннесотского опросника КЖ, при СН» (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire), предложенного в 1985 году Т.Rector и J.Cohn по суммарному индексу качества жизни (СИ КЖ), ЭхоКГ с доплерографией, определяли уровень сывороточного креатинина (Кр), СКФ высчитывали по расчетным формулам СКД-ЕРІ.

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 ЕРІ, в которой учитываются раса, пол, возраст, уровень креатинина сыворотки крови. Для расчета СКФ по формуле СКД-ЕРІ можно воспользоваться специальными приложениями для мобильных устройств (QxMDCalculator).

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

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

Исследование параметров нейрогуморальной системы у больных с ХСН и ДП проводили на ИФА анализаторе «Humareader HS» фирмы Human (Германия). Для определения уровня альдостерона в сыворотке крови использовали реактивы фирмы Monocent (США); концентрации ренина в плазме крови - DRG (Германия), Ангиотензин 2 - реактив фирмы Spinreact (Испания).

Результаты исследования: результатами анализа параметров нейрогуморальной системы в зависимости от наличия признаков дисфункции почек отмечается, что у больных I группы уровень альдостерона крови составил $244,93 \pm 5,67$ пг/мл. В группе больных II группы $294,45 \pm 6,68$ пг/мл, превышая значения больных I группы на 16,81% ($p < 0.001$). Исследование концентрации ренина в плазме крови показало различия данного показателя между данными I и II группы на 12,97% ($p < 0.001$).

Анализ уровня ангиотензина-2 пг/мл также показал нарастание данного параметра по мере усугубления тяжести ХБП. В частности, у больных I группы данный показатель составил $72,4 \pm 1,52$ пг/мл, в группе больных с

СКФ ≤ 60 мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ ангиотензин-2 был выше на 17,61%.

Выводы: полученные результаты исследования параметров нейрогуморальной системы свидетельствуют о значительном вкладе развития ХСН в прогрессировании клинического течения заболевания. Комплексный анализ параметров нейрогуморальной системы в зависимости от наличия признаков дисфункции почек указывает на то, что ДП способствует прогрессированию признаков ХСН. Новое понимание патогенеза ХСН выдвигает в качестве необходимости выявление более ранних признаков заболевания, т.е. диагностирование СН до возникновения клинических проявлений заболевания и выбор новых системных терапевтических мишеней. Даже выявление начала ухудшения эхокардиографических показателей может оказаться запоздалым для успешного противостояния прогрессированию ХСН. Новые тенденции изучения патогенетического континуума ХСН и успешного лечения данной категории больных являются не только патогенетические участники компенсаторных возможностей функции сердца, но и дополнительные факторы ДП, которые в свою очередь приводят к усугублению клинической симптоматики ХСН.

РОЛЬ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ

Асрарова З.Д., Алиева Р.Б.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт (Ташкент, Узбекистан)
Республиканский Специализированный научно-практический центр кардиологии (Ташкент, Узбекистан)*

Актуальность. Синдром обструктивного апноэ во сне (СОАС) связан с абдоминальным ожирением, что делает изучение факторов риска и разработку методов диагностики и лечения крайне важными.

Цель исследования: оценить влияние абдоминального ожирения (АО) на

развитие синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС) с учетом половых различий.

Материал и методы. Обследованы 77 человек. Средний возраст $49,8 \pm 6,5$ лет. Мужчин 40 (52%), женщин 37 (48%). С целью выявления СОАС проводилось ночное кардио-респираторное монито-

рирование (SOMNOchek micro, Löwenstein). Для определения степени и типа ожирения измерялись окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ), рассчитывались ИМТ и отношение ОТ/ОБ. Объем общей жировой ткани (ОЖТ) определяли по формуле: $1.36 \times \text{вес} / \text{рост} - 42$. Сформированы исследуемые группы: основная (n=45) — пациенты с СОАС и контрольная (n=32) — пациенты без СОАС. Между группами не было различий по гендерному составу. Были использованы методы непараметрической статистики.

Результаты исследования. Пациенты основной группы отличались довольно высокими средними значениями ИМТ что составило 32,1 и ОТ/ОБ, у женщин 91,2/109, у мужчин 99,2/118, что отражает более высокую частоту АО среди пациентов с СОАС. Выявлена связь абдоминального типа ожирения со степенью тяжести СОАС.

При разделении основной группы по половому признаку, АО значительно чаще встречалось у мужчин (67%). Также у мужского пола с СОАС выявлена прямая связь между наличием и степенью АО и тяжестью СОАС. У женщин с СОАС подобных ассоциаций не выявлено. Наличие АО связано с возрастанием риска развития СОАС в 3,5 раза. Кроме того, апноэ в 4 раза выше у мужчин с АО чем без АО. У женщин подобная зависимость не прослеживалась. Пациенты основной группы характеризовались более высокими значениями ОЖТ (33,29 & 21,71). Выявлена ассоциация ОЖТ со степенью тяжести СОАС.

Заключение. Наше исследование подтверждает значительную роль абдоминального ожирения в развитии СОАС у мужчин. Показатель ОЖТ может служить предиктором высокого риска СОАС, что требует дальнейшего изучения.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ БИОМАРКЕРОВ АКТИВНОСТИ РЕНИН АНГИОТЕНЗИНОВОЙ АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ КАРДИОРЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Атаходжаева Г.А., Шарипов Н.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. На сегодняшний момент артериальная гипертензия (АГ) представляет собой важный фактор риска кардиоренального синдрома. Ключевую роль в патогенезе кардиоренального синдрома играет ангиотензин-превращающий фермент (АПФ), который активирует ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС). Хроническая активация РААС способствует сосудистому ремоделированию, гипертрофии миокарда и снижению функции почек. В связи с этим выявление ранних биомаркеров активности РААС - ангиотензин II позволит диагностировать ранние признаки и субклинические формы кардиоренального синдрома у пациентов с артериальной гипертензией,

а также оптимизировать тактику лечения.

Цель. Изучить субклинические формы кардиоренального синдрома, исследовать состояние сердечно-сосудистой системы и выявить ранние биомаркеры активности РААС у пациентов с АГ путем определения уровня ангиотензина II.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 85 пациентов с артериальной гипертензией в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст — $54,8 \pm 6,3$ года). Длительность заболевания пациентов с АГ варьировала от 5 до 20 лет (в среднем $11,5 \pm 4,1$ лет). Все обследованные пациенты были разделены на две группы: 1я группа - 43 пациентов

с субклиническими формами кардиоренальной патологии (СКФ ≥ 60 мл / мин / $1,73 \text{ м}^2$). 2я группа - 42 пациентов с проявлениями хронической почечной недостаточности (СКФ < 60 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$).

Проведенные лабораторные методы исследования: Определение уровня ангиотензина II методом иммуноферментного анализа (ELISA) (нормативы: < 40 пг/мл - нормальный уровень, $40-70$ пг/мл - умеренная активация РААС, > 70 пг/мл - высокая активация РААС). Оценка уровня альдостерона (норма: < 160 пг/мл). Измерение биомаркеров воспаления: интерлейкин-6 (норма: < 10 пг/мл), С-реактивный белок (норма: < 3 мг/л). Определение альбуминурии методом турбидиметрии (норма: < 30 мг/л). Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ.

Проведенные инструментальные методы исследования: Исследование параметров ремоделирования ЛЖ проводили с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ): оценивали степень гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) (норма: индекс массы миокарда ЛЖ $< 115 \text{ г/м}^2$ для мужчин, $< 95 \text{ г/м}^2$ для женщин) и диастолической функции. Ультразвуковое исследование почек проводили для измерения размеров и экзогенности почек. Метод эластографии применяли для оценки степени фиброза почечной ткани.

Результаты исследования. Сравнительный анализ параметров РААС показало, что в группе 1 средний уровень составил $72,4 \pm 1,52$ пг/мл, что указывает на умеренную активацию РААС. Во 2й группе уровень ангиотензина II был значительно выше и составил $85,1 \pm 2,3$ пг/мл ($p < 0,05$).

Исследование показателей функции почек показало, что в группе 1 средний уровень СКФ составил $68,5 \pm 2,1$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$, а в группе 2 - $45,2 \pm 1,8$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ($p < 0,01$). Значение аль-

буминурии составило 192 ± 15 мг/л в 1й группе и 478 ± 23 мг/л во 2й группе ($p < 0,01$).

Исследование признаков гипертрофии миокарда ЛЖ показало, что в 1й группе гипертрофия ЛЖ выявлена у 35% пациентов. При этом индекс массы миокарда ЛЖ в данной группе составила $110,5 \pm 8,6 \text{ г/м}^2$. Во 2й группе признаки гипертрофия ЛЖ были обнаружены у 62% пациентов и составил индекс массы миокарда — $132,8 \pm 9,3 \text{ г/м}^2$, $p < 0,01$.

Современные исследования подчеркивают важность контроля активности РААС у пациентов с АГ. Высокий уровень ангиотензина II ассоциируется с прогрессированием почечной недостаточности и ремоделированием миокарда. В литературе отмечается, что ингибиторы РААС (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II) эффективно снижают активность РААС, уменьшают альбуминурию и предотвращают гипертрофию ЛЖ. Полученные результаты согласуются с данными, представленными в работах Smith et al. (2021) и Zhang et al. (2020), подтверждающими корреляцию ангиотензина II с маркерами воспаления и степенью поражения почек. В группе пациентов с субклиническими формами кардиоренальной патологии (группа 1) активность РААС была ниже, чем в группе 2, что подтверждает возможность ранней диагностики и коррекции на этой стадии. Высокие уровни ангиотензина II и альдостерона в группе 2 указывают на необходимость агрессивного вмешательства для предотвращения дальнейшего прогрессирования заболевания. Уровень интерлейкина-6 и С-реактивного белка коррелировал с уровнем ангиотензина II, что подтверждает роль воспаления в патогенезе кардиоренальной патологии.

Выводы. У пациентов с хронической почечной недостаточностью (группа 2) активность РААС выше, чем в 1й группе данных, что коррелирует с вы-

раженными структурными изменениями в сердце и почках. Ранняя диагностика и применение ингибиторов РААС могут существенно снизить риск прогрессирования кардиоренальной пато-

логии. Полученные данные согласуются с современными литературными исследованиями и подтверждают необходимость интеграции маркеров активности РААС в клиническую практику.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТЕПЕНИ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Атаходжаева Г.А., Шарипов Н.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Введение Артериальная гипертензия (АГ) является ведущим фактором риска развития хронической болезни почек (ХБП). Поражение почек при АГ проявляется изменениями как структурного, так и функционального характера, включая прогрессирующее снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и повышение уровня биомаркеров повреждения почек. Исследование показателя NGAL (neutrophil gelatinase-associated lipocalin) является одним из наиболее чувствительных маркеров раннего повреждения почек, что делает его важным инструментом для оценки степени поражения почек при АГ.

Цель. Исследовать степень изменения структурного и функционального состояния почек у пациентов с АГ на основе оценки уровня NGAL в сыворотке крови и моче.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 82 пациентов с АГ в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст - $53,7 \pm 7,3$ года). Длительность заболевания составила от 5 до 20 лет, в среднем $12,4 \pm 4,6$ лет. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от степени функциональных нарушений почек: 1я **группа пациентов составила 43** пациентов с ранними стадиями поражения почек (СКФ ≥ 60 мл/мин/1,73 м²). средний возраст - $52,1 \pm 6,9$ года, средний стаж заболевания составила $10,8 \pm 3,9$ лет. Во 2й группе было 39 пациентов с выраженным нарушением функции почек (СКФ < 60

мл/мин/1,73 м²). Средний возраст пациентов 2й группы составил $55,9 \pm 7,8$ года, средний стаж заболевания составил $14,7 \pm 5,1$ лет ($p < 0,05$).

Лабораторные исследования: Определение уровня NGAL в сыворотке крови и моче проводили методом иммуноферментного анализа (ELISA, Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) на автоматическом анализаторе. Для стандартизации результатов использовались контрольные образцы с известными концентрациями NGAL. **Нормативы показателей NGAL:** в сыворотке крови нормальные значения NGAL < 70 нг/мл. Уровни выше 100 нг/мл указывают на ранние признаки повреждения почек. Значения > 150 нг/мл свидетельствуют о выраженном повреждении почек, связанном с воспалением или ишемией. значения в моче: Нормальные значения NGAL < 20 нг/мл. Повышенные уровни (20–100 нг/мл) свидетельствуют о субклиническом повреждении почек. Значения > 100 нг/мл ассоциируются с прогрессирующим почечным повреждением.

Уровень креатинина и расчет СКФ проводились по формуле СКД-EPI с учетом пола, возраста и этнической принадлежности. Альбуминурия оценивалась методом турбидиметрии в утренней порции мочи.

Результаты исследования. У пациентов 1й группы средний уровень NGAL в моче составил $72,3 \pm 5,4$ нг/мл, в то время как в сыворотке - $98,7 \pm 6,2$

нг/мл. Эти показатели остаются в пределах нормы, что указывает на умеренные функциональные изменения. У пациентов 2й группы уровень NGAL был значительно выше: $142,5 \pm 7,8$ нг/мл в моче и $185,4 \pm 8,6$ нг/мл в сыворотке ($p < 0,01$). Эти значения свидетельствуют о выраженном повреждении почечной ткани и активации воспалительных процессов.

В 1й группе средний уровень СКФ составил $72,5 \pm 4,3$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$, что соответствует начальным стадиям снижения функции почек. Альбуминурия у данной группы составила $192,0 \pm 15$ мг/л, указывая на незначительное повреждение гломерулярного фильтра. Во 2й группе средний уровень СКФ снизился до $45,7 \pm 3,8$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ($p < 0,01$), что отражает прогрессирующее ухудшение функции почек. Альбуминурия составила $478,0 \pm 23$ мг/л ($p < 0,01$), что подтверждает значительные изменения в гломерулярном барьере.

Уровень NGAL в моче и сыворотке крови показал сильную отрицательную корреляцию с показателями СКФ ($r = -0,82$, $p < 0,001$). Это подтверждает связь между повышением уровня NGAL и снижением функции почек. NGAL также положительно коррелировал с уровнем альбуминурии ($r = 0,78$, $p < 0,001$) и степенью фиброза, выявленного на эластографии ($r = 0,75$, $p < 0,001$).

У пациентов 2й группы наблюдалось увеличение экзогенности почек (средний индекс экзогенности - $2,8 \pm 0,3$ балла), что свидетельствует о выражен-

ных изменениях паренхимы. В 1й группе этот показатель составил $1,5 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$). Уменьшение размеров почек во 2й группе было более выраженным, чем в 1й группе, что свидетельствует о хронических изменениях в почечной ткани. Фиброз почечной ткани, определенный методом эластографии, был более выраженным во 2й группе (средний индекс - $2,9 \pm 0,5$ балла), по сравнению с 1й группой ($1,6 \pm 0,4$ балла, $p < 0,01$).

Уровень NGAL в сыворотке крови оказался более чувствительным показателем ранних изменений, чем уровень в моче, так как корреляция с функциональными нарушениями была выше. Пациенты с длительностью заболевания более 15 лет демонстрировали более выраженные изменения NGAL, что указывает на кумулятивный эффект гипертензии на повреждение почек.

Выводы. Уровень NGAL является чувствительным маркером раннего повреждения почек и позволяет выявить структурные и функциональные изменения у пациентов с АГ. Повышение уровня NGAL в моче и сыворотке крови коррелирует с прогрессированием поражения почек, снижением СКФ и увеличением альбуминурии. Использование NGAL в качестве диагностического инструмента позволяет провести раннюю диагностику и своевременно скорректировать лечение, направленное на предотвращение прогрессирования почечной недостаточности у пациентов с АГ.

НАРУШЕНИЯ ФОСФОРНОГО ОБМЕНА И ТУБУЛОПАТИИ КАК КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ РАХИТПОДОБНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ

Ахмедова Д.И., Абидова М.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Нарушения фосфорного обмена и тубулярная дисфункция являются важными клиническими проявлениями рахитоподобных заболе-

ваний, особенно у детей с диабетом. Эти состояния характеризуются нарушением реабсорбции фосфатов в почках, что приводит к гипофосфатемии и ске-

летным деформациям. Понимание клинических аспектов и молекулярных механизмов данных нарушений имеет ключевое значение для эффективной диагностики и лечения.

Цель исследования. Изучение аномалий регуляции фосфорного обмена и тубулярных нарушений как симптоматических проявлений рахитоподобных состояний при диабете у детей с акцентом на их клинические характеристики, биохимические показатели и основные молекулярные механизмы для улучшения диагностики и терапевтических подходов.

Материалы и методы. Анализ научных статей, публикаций и баз данных международных научных источников (PubMed, Medline, Scopus, Web of Science и Cochrane Library), посвященных изучению клинических аспектов и молекулярных механизмов нарушений фосфорного обмена и тубулярной дисфункции как клинических проявлений рахитоподобного заболевания при диабете у детей. В исследуемых работах использовались различные методологические подходы, включая клинические наблюдения, рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры.

Результаты. Гипофосфатемический рахит, часто называемый фосфатдиабетом, характеризуется фосфатурией, гипофосфатемией и скелетными деформациями. Наиболее распространенной формой является X-сцепленный гипофосфатемический рахит (XLH), который у детей проявляется рахитом, остеомалацией, болями в костях и задержкой роста. Диагностика включает оценку функции почек, кальций-фосфорного обмена и генетическое тестирование для выявления специфических мутаций.

Регуляция фосфорного обмена в организме в значительной степени определяется фактором роста фибробластов 23 (FGF23), который ингибирует почечную реабсорбцию фосфатов. Мутации в гене

PHEX, регулирующем FGF23, являются одной из основных причин XLH. В регуляции фосфорного обмена также участвуют другие белки, такие как дентинный матриксный белок 1 (DMP1) и матриксный внеклеточный фосфогликопротеин (MEPE).

Традиционное лечение гипофосфатемического рахита включает назначение метаболитов витамина D и пероральных препаратов фосфатов, однако их эффективность в отношении улучшения фосфорного обмена и роста ограничена. Последние достижения в терапии включают применение буросумаба — моноклонального антитела, направленного против FGF23. Этот препарат показал значительное улучшение уровня фосфатов в сыворотке крови, роста и физического состояния детей с XLH.

Несмотря на прогресс в изучении и лечении нарушений фосфорного обмена, остаются сложности в управлении заболеванием. Традиционная терапия может вызывать осложнения, такие как гиперпаратиреоз и нефрокальциноз. Разработка таргетных препаратов, таких как буросумаб, открывает новые перспективы, однако необходимы дальнейшие исследования для оценки долгосрочных эффектов и обеспечения более широкого доступа к лечению. Продолжение исследований молекулярных механизмов регуляции фосфатов может привести к появлению новых терапевтических мишеней.

Выводы. Нарушения фосфорного обмена и тубулярная дисфункция играют ключевую роль в патогенезе рахитоподобных заболеваний при диабете, при этом гипофосфатемический рахит, особенно его X-сцепленная форма (XLH), является ведущим проявлением. Нарушение реабсорбции фосфатов в проксимальных канальцах почек, обусловленное дисрегуляцией FGF23 и мутациями в генах, регулирующих фосфорный обмен, таких как *PHEX*, приводит к фосфатурии, гипофосфатемии и деформациям скелета. Достижения в молекулярных ис-

следованиях выявили дополнительную роль фосфатонина, включая MEPE и SFRP4, в поддержании фосфорного гомеостаза.

Хотя основными методами лечения остаются аналоги витамина D и препараты фосфатов, они связаны с рисками осложнений, таких как нефрокальциноз и вторичный гиперпаратиреоз. Введение бурсумаба, моноклонального антитела к FGF23, стало революционным шагом в лечении, значительно улучшая

фосфорный обмен и клинические исходы. Тем не менее, остаются нерешенные вопросы в управлении долгосрочными осложнениями и повышении качества жизни пациентов. Необходим мультидисциплинарный подход, а также дальнейшие исследования генетических и молекулярных механизмов нарушений фосфорного обмена для разработки более эффективных и целенаправленных методов терапии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И МОЛЕКУЛЯРНОЙ ГЕНЕТИКИ РАХИТОПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Ахмедова Д.И., Абидова М.Д., Маматкулов Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Рахитоподобные заболевания у детей включают широкий спектр генетических нарушений, влияющих на минерализацию костей, часто вследствие дисфункции обмена кальция, фосфора или витамина D. Эти состояния могут проявляться схожими клиническими признаками, но имеют различные генетические и биохимические характеристики.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей, функционального состояния и молекулярно-генетических характеристик рахитоподобных заболеваний у детей для совершенствования ранней диагностики, стратегий лечения и персонализированного подхода к ведению пациентов.

Материалы и методы. Анализ научных статей, публикаций и баз данных международных научных источников PubMed, Medline, Scopus, Web of Science и Cochrane Library, посвящённых изучению особенностей клинического течения, и молекулярной генетики рахитоподобных заболеваний у детей. В исследованиях применялись различные методы, включая клинические наблюдения, рандомизированные клинические испытания и систематические обзоры.

Результаты. Анализ научных статей показал, что у детей с рахитоподобными заболеваниями часто наблюдаются искривление ног, низкий рост и задержка закрытия переднего родничка. Также распространены нарушения походки и деформации нижних конечностей. Эти заболевания характеризуются сниженным уровнем фосфора в крови, при этом в некоторых случаях уровень кальция и щелочной фосфатазы остаётся в пределах нормы.

Несмотря на проводимое лечение, улучшение роста остаётся частичным, и у многих детей сохраняются нарушения роста и физической функции. Терапия может вызывать такие осложнения, как гиперкальциурия, гиперкальциемия, нефрокальциноз и гиперпаратиреоз.

Рахитоподобные заболевания часто связаны с мутациями в таких генах, как *PHEX*, *FGF23* и другие, регулирующие обмен фосфатов. Наиболее распространённая форма — сцепленный с X-хромосомой гипофосфатемический рахит (XLH), связанный с мутациями гена *PHEX*. Существует широкий спектр генетических мутаций без чёткой связи между генотипом и фенотипом, что ука-

зывает на возможное участие других генов.

Терапия традиционно включает приём фосфатных добавок и активных форм витамина D. Однако эти методы не всегда оказываются полностью эффективными и требуют тщательного контроля побочных эффектов. Новые препараты, такие как буросумаб, демонстрируют перспективные результаты, улучшая клинические показатели за счёт воздействия на специфические молекулярные механизмы.

Выводы. Обзор научных исследований свидетельствует, что рахитоподобные заболевания у детей представ...

подобные заболевания у детей представляют собой сложные состояния с пересекающимися клиническими проявлениями, но различными генетическими причинами. Современные методы лечения позволяют частично уменьшить симптомы, однако сопровождаются значительными побочными эффектами, а результаты по росту остаются неудовлетворительными. Дальнейшее изучение молекулярной генетики этих заболеваний может способствовать разработке более эффективных и безопасных терапевтических стратегий.

К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ГЕРПЕСВИРУС-АССОЦИИРОВАННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Ахмедова М.А., Акалаев Р.Н., Арипходжаева Г.З.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
(Ташкент, Узбекистан)*

Актуальность. Герпесвирусы играют как этиологическую, так и триггерную роль при различных нефропатиях у детей, что в свою очередь серьезно влияет на развитие и поддержания основного патологического процесса в почках (Кусельман А.И. и соавт. 2017). Авторы указывают на целесообразность отказа от цитостатических препаратов в период активной фазы репликации герпесвируса. В то же время они акцентируют внимание на необходимость своевременного принятия мер по применению противовирусных схем лечения (Нечепоренко Н.В. 2019). У больных, находящихся в нефрологических отделениях медицинских учреждений следует учитывать возможность ассоциации герпесвирусной инфекции и это диктует необходимость разработки и внедрения специальных алгоритмов диагностики и лечения герпес ассоциированных хронических гломерулонефритов у детей, что в свою очередь требует проведения глубоких научных исследований в этом направлении.

Цель исследования. Изучение эффективности противовирусного препарата валацикловир при герпесвирусассоциированном хроническом гломерулонефрите у детей.

Материал и методы. Данное исследование проведено в отделении «Кардиоревматологии и нефрологии» многопрофильной клиники ТМА у 65 больных хроническим гломерулонефритом. 37 (57%) из них составили основную группу, а 28 (43%) – контрольную. Всем больным были проведены клинические, биохимические исследования, а также исследования на выявление маркеров герпесвирусной инфекции методами ИФА и ПЦР. Результаты обрабатывались с помощью программы Microsoft Excel. Использован t-критерий Стьюдента для сравнения значений между группами. Достоверную разницу считали значимой при $p < 0,05$ соответствующего статистического критерия.

Результаты исследования. Группа детей с герпесвирус ассоциированным хроническим гломерулонефритом полу-

чала противовирусный препарат валацикловир в течение 10 дней. При этом лечебные дозы определяли в соответствии с возрастом детей. Через 10 дней для закрепления результатов лечения применяли суппозитории, в составе альфа-интерферон (виферон), 3 раза в неделю в течение 3 мес. Результаты проведенных исследований в основной группе больных, показали, что основные симптомы заболевания, как быстрая утомляемость и повышенное артериальное давление достоверно сократились по сравнению с группой контроля. При этом симптомы ринофарингита, лимфаденопатии, характерные для герпесвирусной инфекции, значительно умень-

шились по сравнению с контрольной группой. Отмечено также в динамике снижение выявленной протеинурии, гематурии и лейкоцитурии. ПЦР для выявления DNA-HSV показал, что через 15 дней у 100% больных данный маркер не выявлялся. Это свидетельствовало о эффективности противовирусной терапии препаратом валацикловир у данной категории больных.

Выводы. Активная герпесвирусная инфекция в группе детей с хроническим гломерулонефритом свидетельствует о необходимости и целесообразности применения противовирусных средств у этих больных и указывает на необходимость длительного наблюдения.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕРПЕСВИРУС-АССОЦИИРОВАННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Ахмедова М.А., Акалаев Р.Н., Арипходжаева Г.З.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
(Ташкент, Узбекистан)*

Актуальность. В последние годы отмечается увеличение частоты заболеваний органов мочевой системы у детей, среди них доля микробно-вирусного воспаления почек составляет 80% (Соломай Т.В. и др., 2021). Несвоевременная постановка точного диагноза и позднее начало этиопатогенетического лечения приводят к обострению патологического процесса в почке и, как следствие, к развитию хронической почечной недостаточности. Это, в свою очередь, негативно сказывается на росте и развитии ребенка и приводит к инвалидности (Рахманова Л.К. и др., 2017). К настоящему времени у детей среди этиологических причин хронического гломерулонефрита процент стрептококковой инфекции снизился, в то же время нефропатии вирусной этиологии увеличились. При этом характер клинического течения герпесвируса ассоциированного хронического гломерулонефрита и иммуноло-

гические критерии диагностики на практике до конца не выяснены.

Цель исследования. Изучение клинико-иммунологических особенностей герпесвирус-ассоциированного хронического гломерулонефрита у детей.

Материал и методы исследования. Данное исследование проведено в отделении «кардиоревматологии и нефрологии» многопрофильной клиники ТМА у 65 больных хроническим гломерулонефритом. Всем больным проведены клинические, биохимические исследования, ИФА и ПЦР для диагностики герпесвирусной инфекции.

Результат исследования. При подробном обследовании нами выявлено, что у больных хроническим гломерулонефритом моноинфекция ЦМВ встречалась у 6,3% больных, микст-инфекция ОГВ1/2+ЦМВ у 50% больных, микст-инфекция ОГВ1/2+ЦМВ+ОГВ 6 типа у 6,3%

больных, ОГВ1/2+ЦМВ+ОГВ 8 типа зарегистрировано у 37,5% больных.

В иммунологических исследованиях у 46 (69,9%) детей выявлено снижение противовирусной защиты, которое заключается в снижении абсолютного числа клеток, обладающих цитотоксической активностью – это CD3+, CD8+, CD16+. Активация противовирусной защиты по CD3+, CD8+, CD16+ выявлена у 20 (30,3%) детей. У 46 (69,9%) детей диагностировано транзиторное вторичное иммунодефицитное состояние с поражением преимущественно клеточного звена иммунитета –CD4+ клетки.

Выводы:

1. При хроническом гломерулонефрите у детей герпесвирусная инфекция проявляется в виде моно- и микст-инфекции.

2. В 69,9% случаев герпесвирусной инфекции при хроническом гломерулонефрите у детей наблюдается снижение противовирусной защиты и развитие вторичного иммунодефицита, что свидетельствует о целесообразности применения у этих больных противовирусных препаратов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСЧЕТНОЙ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Балакина А.С., Застело Е.С.

*Кафедра педиатрии им. Ф.Д. Агафонова ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
(Нижний Новгород, Российская Федерация)*

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – это группа хронических заболеваний, неясной этиологии, охарактеризованные неспецифическим иммунным поражением различных отделов и оболочек кишки в зависимости от нозологической единицы. При болезни Крона (БК) более характерно трансмуральное поражение кишки, в отличие от преимущественного поражения слизистой оболочки при Неспецифическом Язвенном Колите (НЯК). Ранее в литературе были описаны такие внекишечные проявления ВЗК, как расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы, поражение кожных покровов, изменения со стороны костно-мышечной системы. Затронутый вопрос о том, что ВЗК поражают не только кишечную трубку, но и другие органы, остается открытым и мало изученным. Научный интерес представляет влияние ВЗК на фильтрационную функцию почек. В соответствии с клиническими рекомендациями для первичной оценки фильтрационной функции почек необходимо

определить значение креатинина сыворотки крови и произвести расчет скорости клубочковой фильтрации.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у детей с воспалительными заболеваниями кишечника по различным формулам.

Материал и методы. В настоящее исследование включены 25 пациентов в возрасте от 2 до 17 лет, проходивших лечение на базе педиатрического отделения Университетской клиники ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России по поводу коррекции терапии воспалительных заболеваний кишечника – Болезнь Крона (БК), Неспецифический Язвенный Колит (НЯК). Пациенты поделены на две половозрастные группы в соответствии с поправочными коэффициентами, используемые при расчете СКФ. В первую группу вошли: девочки в возрасте от 2 до 17 лет и мальчики в возрасте от 2 до 12 лет включительно. Во вторую группу вошли мальчики от 13 до 17 лет соответственно. В ходе исследования проведен

анализ показателей: массы тела (кг), роста (см), сывороточного креатинина (мкмоль/л). Расчет СКФ производился по «Прикроватной» формуле Шварца (Schwartz Pediatric Bedside eGFR, 2009) и по формуле Шварца-Лиона (Schwartz-Lyon), основанные на уровне сывороточного креатинина.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что скорость клубочковой фильтрации при расчете по «Прикроватной» формуле Шварца (Schwartz Pediatric Bedside eGFR, 2009) снижена у 17 (68 %) пациентов с ВЗК. При расчете по формуле Шварца-Лиона (Schwartz-Lyon) у 20 (80 %) пациентов выявлено снижение скорости клубочковой фильтрации. Медиана СКФ у пациентов при расчете по «Прикроватной» формуле Шварца составила 86,70 мл/мин/1,73 м² (минимальное значение-64,60; максимальное значение-120,60 мл/мин/1,73 м²). Медиана СКФ у пациентов при расчете по формуле Шварца-Лиона (Schwartz-Lyon) составила 78,40 мл/мин/1,73 м² (минимальное значение-57,50; максимальное значение-107,40 мл/мин/1,73 м²), что может указывать на повреждение почек со снижением СКФ. Анализируя результаты расчета по двум различным формулам, у 3-х (12 %) пациентов было выявлено снижение СКФ лишь при расчете по

формуле Шварца-Лиона (Schwartz-Lyon), в среднем на 10 мл/мин по сравнению с результатами при расчете по «Прикроватной» формуле Шварца, которые остаются в пределах референсных значений. Стоит учитывать, что данный результат был обнаружен в первой половозрастной группе в связи с использованием поправочных коэффициентов. Уровень креатинина повышен у 2-х (8 %) пациентов одновременно со снижением СКФ менее 90 мл/мин/1,73 м².

Выводы. Сравнительный анализ выявил снижение СКФ у детей с воспалительными заболеваниями кишечника при расчете по двум различным формулам. Оценка СКФ у детей с ВЗК дает возможность оказания своевременной медицинской помощи при внекишечных проявлениях. Необходимо учитывать, что ВЗК (Болезнь Крона и Неспецифический Язвенный Колит) – это системные заболевания, требующие особого внимания со стороны врача. У пациентов со снижением СКФ (менее 90 мл/мин/1,73 м²), при приоритетном расчете по формуле Шварца-Лиона (Schwartz-Lyon), включающей в себя поправочные коэффициенты, учитывающие пол и возраст ребенка, должен быть продолжен диагностический поиск с целью исключения патологии почек.

ЗНАЧЕНИЕ ВОДНОГО БАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ХБП С НАРУШЕННЫМ ПИТАНИЯ

Баситханова Д.Э., Арипходжаева Г.З.

Центр повышения квалификации медицинских работников (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Хроническая почечная болезнь (ХПБ) в структуре заболеваемости становится одно из самых глобальных проблем. 10,6% населения страдают ХПБ. Зачастую качество жизни пациентов с ХБП связывают повышения показателей остаточного азота, но не обращают внимание на нарушение белкообразовательной функции. Сниженный белок в крови является результатом не

только потерей его с мочой, но изменением образа жизни и питания пациента.

Цель нашего исследования определить какие изменения водного баланса у пациентов с ХБП с нарушенным питанием

Материал и методы исследования: Нами были обследованы 44 пациентов возрастом 20-40летс хронической болезнью почек с СКФ 30-

15мл/мин/1,73м², имеющий гемоглобин 70-100 г/л, у пациентов отсутствовал острый воспалительный процесс, исключен гепатит В и С, пациенты получали нефропротективную терапию, не получающие эритропоэтиновую поддержку. В исследовательскую группы вошли пациенты с 28 с уровнем общего белка 60-45г/л. В контрольную группу вошли 16 пациентов с уровнем белка выше 60г/л.

Методы исследования: опрос пациентов по состоянию аппетита мы разделили пациентов на страдающие анорексией, на повышенный аппетит, избирательный аппетит. По физической активности анкетирование разделили на активным, пассивным, слабым. В клиническом осмотре отмечали: отеки, артериальное давление (систолическое и диастолическое), диурез в зависимости от питьевого режима: 10мл/кг/сутки отнимаем 500-300мл. Затем определяли ИМТ по формуле «сухой» вес пациента вес кг/рост м². Питьевой режим: 10мл потребляемой жидкости на кг веса в сутки при адекватном диурезе.

Результаты и обсуждения. Изучая больных исследовательской группы средний возраст среди женщин составляет 28,4 года, у мужчин составлял 32,3года. Женщины санорексией и с избирательным аппетитом были в 100% случаев, среди мужчин повышенный аппетит встречался 8,3% случаев. Физическая активность у всех пациентов и женщин и мужчин была пассивная. А также пациенты в исследовательской группе обеих полов в 100% случаев имели отеки. Индекс массы тела на «сухой» вес у мужчин ниже чем у женщин в среднем на 2 кг/м². Артериальное давление у мужчин как систолическое так и диастолической было повышено, но больше всего было повышено в среди мужчин в среднем на 5мм.рт.ст. систолического давления, 10мм.рт.ст диастолического давления. Питьевой режим пациенты чаще не соблюдали мучила жажда, поэтому

как мужчины, так и женщины их суточный объем жидкости превышал 10мл/кг/сут у мужчин это составляло 83,3%, у женщин 75%. Диурез снижен во всех случаях в обеих группах в исследовательской группе. ИМТ на «сухой» вес выше был в контрольной группе на 2 кг/м². Систолическое артериальной давление значимой разницы в исследовательской и в контрольной группе нет, а диастолическое давление более повышено в исследовательской группе в среднем на 15-20 ммрт.ст. Питьевой режим соблюдали чаще всего пациенты из контрольной группы это составляло 66,6%, не соблюдение питьевого режима как повышенное потребление жидкости, так и пониженное было одинаково и составляло 16,6%. В исследовательской группе среди мужчин повышенное потребление жидкости было значительно выше – 83,3% у мужчин, в сравнении с контрольной группой 16,6%, где сниженный диурез составляет также у 16,6% мужчин.

Систолическое артериальной давление соответственно в обеих группах равны в среднем 138 -135 мм.рт.ст с размахом 10мм рт. ст. Питьевой режим могли соблюдать в основном женщины в контрольной группе это 70% случаев, в исследовательской всего 25 % случаев. Снижено потребление жидкости не наблюдалось в исследовательской группе, а в контрольной это составляло 30%. Зато повышенное потребление было в исследовательской группе 75%, а в контрольной не таковых, поэтому диурез в контрольной группе был адекватен у 90% женщин.

Выводы: Несмотря на развитие ХБП, нарушение водного баланса, снижение качества жизни коррелируется с избирательностью аппетита и отсутствием контроля питьевого режима. Для выравнивания водного баланса и повышения качества жизни необходимо коррекция питания пациентов.

**ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА У ДЕТЕЙ.
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ В
ГУ «РСНПМЦХ ИМ. АКАД. В. ВАХИДОВА»**

**Бахритдинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т., Уринов Ж.Б., Азимова М.Т., Рустамов М.О.,
Комилова Д.Н., Элмуродова Н.Б. Рустамов И.З., Валиев М.А., Турдиев И.М.**
*ГУ «Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр
Хирургии имени академика В.Вахидова» (Ташкент, Узбекистан)*

Актуальность. Трансплантация органов и тканей является одним из выдающихся достижений мировой науки XX века. Частота терминальной почечной недостаточности у детей колеблется от 5 до 14 человек на 1 миллион населения в год и имеет тенденцию к увеличению, сопровождается быстро прогрессирующими осложнениями. Трансплантация почки (ТП) от живого родственного донора у детей (ЖРД), является единственным эффективным альтернативным методом лечения терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН), освобождая больного от дорогостоящих, многочасовых, неблагоприятно влияющих на общее состояние организма диализных процедур. Согласно данным международных почечных регистров, число больных у детей с терминальной хронической почечной недостаточности (ТХПН) растет. На сегодняшний день, радикально изменить прогноз у больных с уремией позволяют методы заместительной почечной терапии (ЗПТ) такие как программный гемодиализ, а также трансплантация почки.

Цель работы. Оценка хирургической активности, тактики и послеоперационных результатов у больных перенесших ТП от ЖРД.

Материалы и методы. С ноября 2017 по январь 2025 гг. в отделениях «Хирургии сосудов и трансплантации почки», а также «Трансплантации почки и реабилитации» РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова были выполнены 55 ТП детям от ЖРД. Это примерно 5% от всей доли ТП, выполненных за вышеуказанный период в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова». После проведения нефрэктомии

немедленно начинали перфузию почки консервирующим раствором. Время первичной тепловой ишемии не превышало 1-минуты. Использовался раствор Custodiол иногда Ringer Laktatum с температурой 4-6°C, в количестве 1 л. Доступ в забрюшинное пространство реципиента осуществляли по параректальной линии, с рассечением спигелиевой линии. Для формирования артериального анастомоза чаще использовали общую, реже наружную подвздошную артерию для анастомоза «конец в бок», а венозный анастомоз «конец в бок» формировали с наружной подвздошной веной с переходом на общую. Сроки холодной ишемии $-10 \pm 0,9$ мин. Продолжительность вторичной тепловой ишемии $-35 \pm 0,7$ мин. В одном случае было выполнена двусторонняя нефрэктомия с одномоментной пересадкой донорской почки (у ребенка исходно была диагностирована врожденная аномалия развития мочевых путей).

Индукция иммуносупрессии проводилась базиликсимабом в дозировке 10 мг на 0-е и 4-е сутки после трансплантации почки у пациентов с массой тела менее 35 кг и 20 мг у пациентов с массой тела более 35 кг, а также метилпреднизолоном в дозировке 300 мг/м² поверхности тела. При выявлении высокого иммунологического риска в предоперационном периоде индукция иммуносупрессии проводилась Антитимоцитарным иммуноглобулином (1мг/кг) в течение 3-5 дней, а также Метилпреднизолоном в дозировке 500 мг. Мочеточниково-пузырный неоуретероцистоанастомоз формировали по методике Lich, с применением мочеточникового стента «мор-

ской конек» размером 4 F. После операционном периоде все пациенты получали трехкомпонентную поддерживающую иммуносупрессивную терапию (такролимус, микофеноловая кислота, метилпреднизолон).

Результаты исследования. Частота отторжений почечного трансплантата за период наблюдения составила 7.27% (4 случая). Частота отторжения в течение первого года после трансплантации составила 1.8%, в течение трех лет – 3.6 %, в течение пяти лет – 7.2%. Для лечения клеточного отторжения применялась пульс-терапия метилпреднизолоном в дозировке 400 мг/м² поверхности тела один раз в день, в течение 3х дней. В случае стероид-резистентного клеточного отторжения применялись антитимоцитарные антитела в дозировке 2 мг/кг/сут в течение 5 дней. Для лечения гуморального компонента отторжения применялся ритуксимаб в дозировке 375 мг/м² поверхности тела, иммуноглобулин курсом в течение 3х дней, а также проводилось от 3 до 5 сеансов терапев-

тического плазмафареза. У 98% больных в раннем послеоперационном периоде клиника ХПН исчезала. Уровень креатинина плазмы крови (снижение до 120 мкмоль/л и меньше) в среднем нормализовался на 4,2±0,9 дня. Через 1 месяц после трансплантации этот показатель составил 100±0,02 мкмоль/л, уровень клубочковой фильтрации через 5 суток после трансплантации – 85±5 мл/мин.

Заключение. Трансплантация почки у детей в сравнении с гемодиализом и перитонеальным диализом является радикальным методом и в максимальной степени способствует нормальному физическому и психическому развитию ребенка, ускорению роста, что позволяет преодолеть отставание в росте, развившуюся в период болезни. Результаты программы детской трансплантации почки в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» соответствуют мировым показателям в отношении 1, 3, 5-летней выживаемости реципиентов и трансплантатов.

ДИНАМИКА СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КО-ТРАНСПОРТЕРА 2 ТИПА

Баширова А.Э., Урунбаева Д.А.

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность проблемы. Сахарный диабет 2 типа (СД2) является ведущей причиной хронической болезни почек (ХБП), сопровождающейся прогрессирующим снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа (иНГЛТ2) замедляют снижение СКФ, оказывая нефропротекторное действие. Однако малоизучено, как быстро после отмены иНГЛТ2 может возобновиться прогрессирование почечной дисфункции. Данное исследование направлено на оценку динамики СКФ до, во время и после отмены иНГЛТ2 у пациен-

тов с СД2, получавших комбинированную терапию с метформинном.

Цель исследования: Оценить влияние отмены иНГЛТ2 на динамику функции почек у пациентов с СД2 и ХБП.

Материал и методы. В исследование включены 147 пациентов с СД2 и ХБП 2 стадии (СКФ 75,2±5,3 мл/мин/1,73 м²) и стажем диабета 8,2±2,4 лет, проходившие лечение в отделении диабетологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии им. академика Ё. Х. Туракулова в первом квартале 2024 года. Средний уровень глюкозы плазмы натощак составил

7,8±1,3 ммоль/л, среднедневная вариабельность гликемии – 2,9±0,7 ммоль/л. В исследование были включены 77 мужчин (52,4%) и 70 женщин (47,6%). Все пациенты были без выраженной протеинурии и с отсутствием сопутствующих хронических заболеваний (в частности, артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний). Пациенты разделены на две группы: 77 человек получали иНГЛТ2 (дапаглифлозин 10 мг или эмпаглифлозин 10 мг) в комбинации с метформином (1000 мг/сутки), а 70 пациентов принимали только метформин в той же дозировке. Через 5 месяцев оценивали динамику СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) и уровень креатинина в сыворотке. Затем у первой группы иНГЛТ2 был отменен, и через 5 месяцев показатели оценивались повторно.

Результаты. После 5 месяцев терапии у пациентов первой группы (иНГЛТ2 + метформин) снижение СКФ составило 1,2±0,4 мл/мин/1,73 м² (p<0,05), а в группе только на метформине снижение достигло 2,3±0,6 мл/мин/1,73 м² (p<0,05). Средний уровень глюкозы плазмы натощак в первой группе снизился с 7,4±0,9 ммоль/л до 6,9±0,8 ммоль/л (p<0,05), тогда как во второй группе его снижение составило 0,3±0,2 ммоль/л (p>0,05). Суточная вариабельность гликемии в группе иНГЛТ2 уменьшилась с 3,2±0,5 до 2,1±0,4 ммоль/л

(p<0,05), а в группе монотерапии метформином – до 2,8±0,5 ммоль/л (p>0,05). Через 5 месяцев после отмены иНГЛТ2 темпы снижения СКФ у первой группы ускорились и составили 2,3±0,6 мл/мин/1,73 м² (p<0,05), что превысило аналогичный показатель в группе метформина (1,8±0,8 мл/мин/1,73 м², p>0,05). Уровень креатинина в первой группе увеличился на 4,8±1,2% (p<0,05), а в контрольной группе – на 2,9±0,9% (p>0,05). В первой группе у 72% пациентов отмечалась стабилизация или снижение уровня альбуминурии через 5 месяцев терапии иНГЛТ2 (p<0,05), однако после отмены препарата в 63% случаев наблюдался обратный рост альбуминурии до исходного уровня (p>0,05).

Выводы. Добавление иНГЛТ2 к метформину у пациентов с СД2 и ХБП в начальных стадиях замедляет снижение СКФ, уменьшает скорость нарастания креатинина и снижает суточную вариабельность гликемии. Однако после отмены иНГЛТ2 ускорение темпов снижения СКФ становится статистически значимым (p<0,05), что свидетельствует об обратимости нефропротекторного эффекта. Кроме того, через 3 месяца после отмены иНГЛТ2 показатели альбуминурии в первой группе вернулись к исходным значениям, что подтверждает необходимость длительного приема данных препаратов у пациентов с СД2 и ХБП.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ГЕМОДИАЛИЗ ХИЗМАТИ СИФАТИНИ КЎТАРИШДА ТИББИЙ УСКУНАЛАРНИНГ СОНИ ВА УЛАРГА КЎРСАТИЛАЁТГАН СЕРВИС ХИЗМАТНИНГ ЎРНИ

Даминов Б.Т., Бозарипов С.Ж., Ибинхўжаев Э.Т., Ганиев Х.

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

Мавзунинг долзарблиги. Бугунги кунда АҚШ сурункали буйрак етишмовчилиги билан 37 миллион бемор рўйхатга олинган бўлиб, шундан 558 000 таси диализ муолажаларини олади, сунъий буйрак аппаратлари сони 40 000 тани ташкил қилади. Россияда сурункали буйрак етишмовчилиги билан 21 миллион бемор рўйхатга олинган бўлиб,

шундан 50 000 таси диализ муолажаларини олади, сунъий буйрак аппаратлари сони 8000 тани ташкил қилади. Германияда сурункали буйрак етишмовчилиги билан 9 миллион бемор рўйхатга олинган бўлиб, шундан 80 000 таси диализ муолажаларини олади, сунъий буйрак аппаратлари сони 12 000 тани ташкил қилади. Австралияда сурункали

буйрак етишмовчилиги билан 1,7 миллион та бемор рўйхатга олинган бўлиб, шундан 13 000 таси диализ муолажаларини олади, сунъий буйрак аппаратлари сони 5000 та ни ташкил қилади. Польшада сурункали буйрак етишмовчилиги билан 4 миллион та бемор рўйхатга олинган бўлиб, шундан 20 000 таси диализ муолажаларини олади, сунъий буйрак аппаратлари сони 4000 тани ташкил қилади. Хитойда сурункали буйрак етишмовчилиги билан 120 миллион та бемор рўйхатга олинган бўлиб, шундан 500 000 таси диализ муолажаларини олади, сунъий буйрак аппаратлари сони 60 000 тани ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида 14 000 мингдан ортиқ бемор сурункали буйрак етишмовчилиги билан рўйхатга олинган бўлиб, шундан 6000 нафарига яқини гемодиализ муолажасини олади, сунъий буйрак аппаратлари сони 786 тани ташкил қилади.

Аҳоли сонига нисбатан олганда АҚШда 1 млн аҳолига 4800 тадан ортиқ, Японияда 3700, Европа давлатларида 700-1000, Россияда 600-750, 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: Республикамиз аҳолисига янги турдаги тиббий ускуналаридан фойдаланган ҳолда гемодиализ хизматини ташкиллаштиришнинг муаммоларини ечиш йўлларини 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 мухтож 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 1503 та сурункали буйрак етишмовчилиги билан беморлар рўйхатга олинган бўлиб, шундан 426 таси гемодиализ муолажасини олади. Бу беморларга 4 та гемодиализ бўлимларида хизмат кўрсатилади. Бўлимларда жами 70 та сунъий буйрак аппарати мавжуд бўлиб, шундан 49 таси ишчи ҳолатда. Ҳар бир аппаратга юклама 8.6 ни (нормада максимал 6 та) ташкил қилмоқда. Аппаратлар 4 сменада ишламоқда, баъзи беморлар 100 км масофадан қатнамоқда. Вилоятда аппаратларга сервис хизмат кўрсатувчи марказ йўқлиги сабабли 21 та аппарат носоз ҳолатда турибди.

Натижалар: Илмий изланишлар натижасига кўра, сурункали буйрак етишмовчилиги хасталанган беморларнинг 28% Қашқадарё вилояти миқёсида гемодиализ муолажасини ўтқазिशга мухтож. Вилоятда гемодиализ бўлимлари мавжуд аппаратлар сонидан келиб чиқиб 420 нафар беморга хизмат кўрсатишга мўлжалланган. Шу билан бирга ҳар йили вилоятда сурункали буйрак етишмовчилигидан ташқари, 500 нафардан ортиқ ўткир буйрак етишмовчилиги билан оҳриган беморларга ёрдам кўрсатилади. Жами 1 йилда 110 нафарга яқин беморга гемодиализ хизмати кўрсатилади. Гемодиализ бўлимларидаги ишчи ҳолатдаги ускуналар 70 % ташкил қилади. Ишлашдаги юклама икки баробар кўп. Беморларнинг гемодиализга етиб келиш узоқлиги баъзи ҳудудларда жуда узоқ, бу эса беморларни ўз вақтида етиб келмасдан уларни бошқа сменаларга тиқилиб қолишига ва ишчи ускуналарни юкласини жуда ошиб кетганлигини кўрсатади. Сунъий буйрак ускуна-

ларининг эҳтиёт қисмлари таъминланганлик даражаси эса ҳозирда 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 етишмаслиги ва сервис хизматни

йўқлиги уларнинг юклама билан ишлашига мажбур қилади, бу эса ускунани эрта ишдан чиқишига сабаб бўлади. Янги сунъий буйрак аппараталар билан таъминлашни ва сервис хизмат кўрсатувчи марказларни ташкил қилишни ўрганиб чиқиш, бу патология билан хасталанган беморларни даволаш сифатини оширишда катта хисса қўшиши мумкин.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДА ГЕМОДИАЛИЗ ХИЗМАТИ СИФАТИНИ ОШИРИШДА ДАВЛАТ-ХУСУСИЙ ШЕРИКЛИКНИ ЎРНИ

Даминов Б.Т., Бозарипов С.Ж., Эсонов Ш.Р., Зуннунов Х.М.

Республика нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий- амалий тиббиёт маркази (Тошкент, Ўзбекистон)

Мавзунинг долзарблиги. Бугунги кунда Республикамизда 105 та гемодиализ бўлимлари мавжуд. Гемодиализ сарфлов воситалари ва тиббий жихозлар учун давлат буюджетидан 2022 йилда 101 млрд, 2023 йилда 80 млрд, 2024 йилда 92 млрд сўм маблағ ажратилган. Бундан ташқари тиббиёт ходимларига иш ҳаққи учун, комуннал 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 1 млн сўмгача, кейинги босқичда режали гемодиализ муолажаси ўтказиш учун 700 минг сўм атрофида маблағ сарфланади. Шу билан бирга бино қурилиши, бўлимларни таъмирлаш, тендер жараёнларини ўтказиш ва сарфлов воситалари, тиббий ускуна ва жихозларни етказиб бериш учун ҳам давлат буюджетидан яна қўшимча маблағ ажратилади. Ташкилий ишларда ҳам кўп мутахассислар иштирок этиши, давлат буюджет 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 кўрса-

тиш 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 механизмларини очиб бериш.

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

Материал ва методлар: Тадқиқотда қуйидаги материаллар ва методлардан фойдаланилди:

Материал:

-Ўзбекистон Республикасининг соғлиқни сақлаш тизимида оид расмий статистик маълумотлар.

-Давлат-хусусий шериклик асосида ташкил этилган гемодиализ марказларининг молиявий натижалари.

-Дунё мамлакатларидаги гемодиализ соҳасидаги давлат-хусусий шериклик тажрибаси.

-Давлат бюджети ва сарфлов воситаларига оид ахборотлар.

Методлар:

-Аналитик метод: Давлат-хусусий шерикликнинг гемодиализ хизматига тажрибасини таҳлил қилиш.

-Статистик метод: Давлат бюджет ва хусусий сектор томонидан сарфланган маблағлар бўйича статистик маълумотларни таҳлил қилиш.

-Кейс-метод: Давлат-хусусий шериклик асосида амалга оширилган ўрнал лойиҳаларни таҳлил қилиш.

-Экспертлар билан интервью: Гемодиализ марказларининг мутахассислари ва соҳа бўйича экспертлар билан суҳбатлар олиб бориш.

Натижалар:

Гемодиализ хизматларининг сифатини ошириш: Давлат-хусусий шериклик асосида ташкил этилган гемодиализ марказларида замонавий тиббий ускуналар ва инновацион технологиялар жорий этилиб, беморларга кўрсатилаётган хизматлар сифати ошган. Бу ҳолат беморлар орасида қониқиш даражасини ва умумий муолажалар натижаларини яхшилашга олиб келди.

Молиявий самарадорлик: Давлат-хусусий шериклик орқали гемодиализ хизматларини ташкил қилишнинг молиявий самарадорлиги ошди. Хусусий секторнинг сармояларини жалб қилиш давлат бюджетидан сарфланадиган ма-

блағларни камайтиришга ёрдам берди, шундан келиб чиқиб, хизматлар учун молиявий юкнинг қисқартирилишига эришилди.

Қўшимча хизматлар ва мутахассислар малакаси: Хусусий секторнинг таъминот ва хизмат кўрсатиш соҳасидаги тажрибаси, ҳамда мутахассислар малакасини оширишга йўналтирилган тадбирлар амалга оширилди. Давлат ва хусусий сектор ўртасидаги ҳамкорлик орқали малакали тиббий ходимлар тайёрлаш учун махсус дастурлар жорий этилди.

Гемодиализ хизматининг кенгайтириши: Давлат-хусусий шериклик асосида гемодиализга муҳтож беморлар учун хизмат кўрсатиш ҳажми ошди, бу эса беморларнинг умумий саломатлик ҳолатини яхшилашга ёрдам берди.

Хулоса: Тадқиқот натижалари давлат-хусусий шериклик моделининг Ўзбекистонда гемодиализ хизматлари сифатига ижобий таъсир кўрсатишини кўрсатди. Бу модел, давлат ва хусусий сектор ўртасидаги ҳамкорликни мустаҳкамлаш, замонавий тиббий ускуналардан фойдаланиш, мутахассисларнинг малакасини ошириш ва гемодиализга муҳтож беморларга хизмат кўрсатишни кенгайтиришга хизмат қилади.

БОЛАЛАРДА ЯҚИН ҚАРИНДОШЛАР ОРАСИДА БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИНING БЕВОСИТА НАТИЖАЛАРИ

Бондаренко А.Р., Сафаров А.З., Собиров Ж.Г.
Миллий тиббиёт маркази (Тошкент, Ўзбекистон)

Сурункали буйрак касаллиги (СБК)-бу 3 ой ёки ундан кўпроқ давом этадиган буйрак функциясининг доимий бузилиши бўлиб, у клиренс функциясининг турли даражадаги пасайиши билан тизимли ёки функционал ўзгаришлар билан аниқланади (NKF KDOQI Guidelines. National Kidney Foundation; 2002. DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification). Буйрак трансплантацияси буйрак етишмовчилиги бўлган беморларни даволашнинг энг яхши усули

ҳисобланади, бу амалиёт борасида республикамизда эришилган натижалар ижобийдир (Бахритдинов Ф.Ш. 2023). Бироқ болаларда буйрак трансплантацияси ўзининг хирургик ва иммунологик муаммолари мураккаб бўлганлиги сабабли ханузгача болаларда қониқарли натижага эришилмади. Буйрак трансплантацияси (БТ) буйрак касаллигининг сўнгги босқичи (БК) бўлган болалар учун афзал буйрак ўрнини босувчи терапия ҳисобланиб, чунки трансплантация қилинган болаларда омон қолиш дара-

жаси ва ҳаёт сифати диализга нисбатан юқоридир. Бундан ташқари ёш болаларда (олти ёшгача) дастурли гемодиализ ёки перитониал диализга тушганларга қараганда буйрак трансплантациясидан сўнг ўсиши ва ривожланиши юқори.

Тадқиқот мақсади: Болаларда яқин қариндошлар орасида буйрак трансплантациясининг замонавий текширувларни қўллаган ҳолда даволаш-диагностика натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материали ва методлари: Болалар миллий тиббиёт маркази ва Миллий тиббиёт марказида 2023-2025 йилларда сурункали буйрак етишмовчилиги терминал босқичи ташхиси билан касалланган 25 та бемор болаларда яқин қариндошлар орасида буйрак трансплантацияси ўтказган реципиентлар. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун қуйидаги текширув усуллари қўлланилди. Умумий клиник (Умумий қон тахлили, Умумий сийдик тахлили, қоннинг биокимёвий), Радиологик (Буйраклар УЗИ, Буйраклар 3 фазали МСКТ ангиографияси, буйраклар сцинтиграфия). Иммунологик (Генотипик HLA типлаш, Cross-match тестлари) ва статистик усуллар.

Тадқиқот натижалари: Беморларнинг ўртача ёши $11,9 \pm 5,3$ ёшга, энг кичкина 3 ёш энг катта 18 ёш, ўртача вазни 37 ± 11 кгга тенг бўлган, шундан 64% ўғил бола, 36% қиз бола. 69% буйракнинг касаллиги, 31% сийдик йуллари

туғма аномалиясини ташкил этади. Амалиётгача креатинин $503,36 \pm 36,14$ ммоль/л, амалиётдан кейинги 3 кундан бошлаб креатинин нормал даражага тушиб ўртача $73,15 \pm 10,6$ ммоль/л.ни. Амалиётгача мочевина $18,19 \pm 7,9$ ммоль/л.ни, амалиётдан кейинги $5,7 \pm 4,4$ ммоль/л.ни. Амалётгача гемоглобин $106,14 \pm 21,36$ гр/л.ни, амалиётдан кейинги $112 \pm 21,36$ гр/л.ни. Амалиётгача кунлик диурез $532,30 \pm 23,5$ мл.ни, Амалиётдан 3 кундаги кунлик диурез 5690 ± 40 мл.ни ташкил этди. Бу амалиётгача кўрсаткичдан ишончли равишда фарқ қилди ($p < 0,05$)

Хулоса. Сурункали буйрак касаллиги, этиологиясидан қатий назар, умумий ривожланиш механизмларига эга ва сурункали буйрак касаллигининг (СБК) сўнгги босқичи бошланишини кечиктиришга қаратилган муаян терапевтик ҳаракатларни талаб қилади. Ҳисобланган гломеруляр филтрация тезлиги (ГФТ) $1,73$ м² учун 30мл/мин дан камайданидан кейин ва болада СБК 4-босқич бўлса, бемор ва унинг оила аъзоларини буйрак ўрин-босар терапиясига тайёрлашни бошлаш вақти келди, демакдир. Сурункали буйрак касаллигининг охириги босқичида бўлган беморларнинг кўпчилиги учун буйрак трансплантацияси бошқа даволаш усуллари билан солиштирилганда максимал ҳаёт давомийлиги ва сифатини таъминлайдиган энг яхши буйрак ўрин-босар терапияси вариантыдир.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ С ФТОРХИНОЛОНОМ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК

Буранова Д.Д., Мухаммаджанова М.А.

Ташкентский Государственный стоматологический институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность проблемы. Терапия нефрологических заболеваний – одна из наиболее сложных проблем в терапии Эта проблема осложняется не только высокими требованиями к переносимости и безопасности лекарственных боль-

ными, но и полирезистентностью госпитальной флоры. Этому способствует стремительное увеличение количества зарегистрированных в Узбекистане антибактериальных препаратов. Все вышеперечисленное ставит перед врачом

непростую задачу в выборе приемлемых лекарственных средств, при лечении заболеваний почек, несмотря на большой выбор препаратов.

В данной статье будет рассмотрен вопрос о применении антибактериальных препаратов класса хинолонов, в частности фторхинолонов (ФХ), при лечении заболеваний почек.

Основанием для применения препарата при заболеваниях почек были:

- 1) высокая эффективность при лечении тяжелых генерализованных инфекций других систем,
- 2) хорошая переносимость ФХ у больных при других заболеваниях;
- 3) большой клинический опыт по применению препарата без выявления каких-либо нарушений со стороны других систем;
- 4) при неэффективной стандартной терапии при заболеваниях почек

Цель исследования: Проводить литературный анализ применения препарата, по показаниям у нефрологических больных.

Материал и методы исследования. По данным проводимых исследований включены 25 пациентов: перенесших операции - 5 разлитого перитонита - 5, заболевания кишечника - 5, урологических заболеваний -5, заболеваний дыхательной системы -5

Было проведено проективное исследование с изучением бактериологического анализа различных сред больного (зев, мокрота, моча, кал, рана, кровь, содержимое из дренажей). Микробиоло-

гический мониторинг проводился в течение 48-72 часов.

Результаты и их обсуждение. Пациенты с абдоминальной патологией относились к категории самых тяжелых, неоднократно им были проведены повторные операции по поводу развития.

На фоне терапии у пациентов не отмечалось жалоб на боли в области суставов, не выявлено отека и болезненности в области суставов. У выздоровевших детей по данным клинических и рентгенологических исследований не отмечено нарушений в развитии костной системы, наличия артропатий или увеличения объема суставов. Последующий контроль заболеваний или отклонений от нормы в развитии костно-суставной системы не обнаружено.

Заключение. Представленные данные из изученной литературы, на основании микробиологического анализа, клинко-лабораторных и рентгенологических исследований свидетельствуют о достаточно высокой эффективности препарата в лечении нефрологических заболеваний в раннем периоде в условиях х Эффективность антимикробной терапии составила 87%. Представленные изученные литературные данные по назначению поепара совпадают со многими мировыми исследованиями.

Таким образом, можно предполагать вполне обоснованным назначение препарата больному с клиникой нефрологических заболеваний. При отсутствии эффекта от предшествующей терапии.

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Валиев А.А. Ортикбоев Ж.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность исследования: Хроническая обструктивная болезнь лёгких

(ХОБЛ) относится к числу социально значимых заболеваний, также рассмат-

ривается как заболевание, которое в рамках коморбидности находится в тесной связи с другими видами патологии. Одним из видов патологии, с которым ХОБЛ часто сочетается, является хроническая болезнь почек (ХБП). Два эти заболевания в патогенетическом плане объединяет хроническое воспаление. Клинически ХОБЛ является одним из инфекционно воспалительных заболеваний, которое, безусловно приводит к осложнениям со стороны мочевыделительной системы и может стать фактором прогрессирования патологии почек, возникновение которой в свою очередь самым неблагоприятным образом сказывается на течении легочного процесса.

Цель исследования: изучение влияния системного воспаления при ХОБЛ на органы мочевыделительной системы и развитие ХБП, а также выявление особенностей

в спектре провоспалительных медиаторов которые могли бы выступать как предикторы развития патологии почек при ХОБЛ.

Материал и методы: В исследовании приняли участие 90 пациентов, страдающих ХОБЛ различной степени тяжести, но без установленного ранее поражения почек, в возрасте 30–60 лет, которые проходили лечение в специализированном (пульмонологическом) стационаре города. Мужчин было 56 человека (63 %), женщин – 34 (37 %). Диагноз ХОБЛ был выставлен в соответствии с критериями Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2016). Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 55 пациентов (63,3 %) со средней степенью тяжести ХОБЛ, остальные 32 пациента (36,7 %) были отнесены к группе 2 – с тяжелым течением ХОБЛ. Учитывая тот факт, что главным критерием ХБП является снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м², обнаруживаемое в течение более 3 месяцев

и являющееся таким образом ранним маркером ХБП.

Результаты и обсуждение.

Уровни ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α , СРБ и фибриногена были повышены у всех больных ХОБЛ. Зависимости показателей ИЛ и СРБ от курения выявлено не было. Уровни ФНО- α и фибриногена были значительно выше у курильщиков, чем у некурящих. Сопоставление изучаемых показателей в группах с наличием и отсутствием почечного поражения продемонстрировало значительно более высокие показатели ФНО- α (16,54 \pm 5,47 пг/мл) и СРБ (15,37 \pm 4,6 мг/л) в группе с сочетанным поражением лёгких и почек, скоростью клубочковой фильтрации от 60 до 45 мл/мин/1,73 м² и средним уровнем креатинина 465 \pm 8,5 мкмоль/л по сравнению с больными ХОБЛ, имеющими сохранную почечную функцию (5,7 \pm 1,25 пг/мл и 7,67 \pm 3,45 мг/л соответственно). Повышенный уровень ФНО- α определялся у 12 % больных ХОБЛ и у 97 % коморбидных пациентов, особенно имеющих отчётливые признаки хронической почечной недостаточности, что позволяет считать этот цитокин значимым маркером почечной дисфункции в случаях сочетания этих двух болезней и использовать его для целей диагностики ХБП у больных ХОБЛ. Установлена прямая зависимость между уровнями ФНО- α и фибриногена в крови и тяжестью недостаточности функции почек у больных ХОБЛ.

Выводы. Таким образом, тяжёлое течение ХОБЛ сопровождается более высоким уровнем маркеров воспаления. Коморбидность ХОБЛ в отношении патологии почек с развитием ХПН приводит к достоверно более высоким уровням СРБ и ФНО- α . Установлена прямая зависимость ФНО- α и фибриногена с тяжестью ХПН. Показатели ФНО- α и СРБ могут служить дополнительными маркерами нарушения функции почек при ХОБЛ.

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ, ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК

Валиев А.А., Ортикбоев Ж.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность исследования: Хроническая болезнь почек (ХБП) в терминальной стадии приводит к тяжелому метаболическому поражению костей, которое нередко осложняется остеопорозом и переломами. В последние годы были разработаны и внедрены современные принципы диагностики и лечения остеопороза, основанные на измерении минеральной плотности кости (МПК) с помощью УЗИ денситометрии и рентгеновской-денситометрии оценке риска остеопоретических переломов. Для своевременного проведения профилактических мероприятий хорошо очерчены факторы риска остеопороза и переломов.

До сих пор ставятся под сомнение возможности УЗИ денситометрии 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.

Синдром хронического воспаления, распространенный в когорте диализных пациентов так же значительно ухудшает прогноз. В настоящий момент нет однозначных данных, показывающих связь хронического воспаления и снижения костно-минеральной плотности.

Цель исследования: Изучить возможности современной денситометрии в оценке риска переломов 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. Всем пациентам, включенным в исследование, было проведено общеклиническое обследование, клинический и биохимический анализ крови. Исследованию дана оценка влиянию на показатели МПКТ таких факторов риска развития остеопороза как степень хроническая болезнь почек, возраст и пол пациентов, прием цитонных глюкокортикоидов. 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. Исследование минеральной плотности костной ткани показало, что у большинства больных ХБП развивается остеопенический синдром различной степени выраженности. В целом снижение МПКТ выявлено у 24 больных. Помимо факторов риска в современных исследованиях выделен круг заболеваний, связанных с высоким риском развития остеопороза. ревматоидный артрит, заболевания почек почечный канальцевый ацидоз, синдром Фанкони), особое место среди этого обширного списка принадлежит хроническая болезнь почек.

Это связано с широкой распространенностью бронхообструктивных заболеваний и их тесной связью с остеопорозом, которая объясняется наличием общих факторов риска развития, едиными звеньями патогенеза и влиянием глюкокортикоидной терапии ХБП. Важно отметить, что развитие остеопороза у больных ХБП происходит и независимо от глюкокортикоидной терапии.

Причем при ХБП группа 1-нормальные показатели плотности костной ткани или начальная остеопения.

При группа 2 –выраженная остеопенияили остеопороз. Признаки системного воспаления, оцениваемые по уровню лейкоцитов, фибриногена, СОЭ у больных ХБП достоверно более выражены, чем в группе сравнения ($p<0,05$). У больных с III стадией ХБП отмечалось более высокое содержание лейкоцитов и тенденция к более высокому уровню СОЭ, СРБ и фибриногена по сравнению с

пациентами, имеющими II стадию заболевания.

Выводы: Таким образом, ХБП тесно ассоциирована с остеопорозом. Данное исследование демонстрирует наличие взаимосвязи между хроническим воспалением и снижением костной плотности.

Полученные данные требует проведения более масштабных исследований для изучения и выявления причинно-следственных связей между хроническим воспалением и нарушенной минеральной плотности костей у пациентов на диализе.

НЕФРОПАТИЯЛАРНИ COVID-19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА КУЗАТИЛИШИ

Гадаев А.Г.¹, Сафарова Г.А.²

Тошкент тиббиёт академияси (Тошкент, Ўзбекистон)

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти (Бухоро, Ўзбекистон)

2019 - йилда жажонни ларзага солган COVID-19 инфекцияси хамон инсоният учун катта хавф туғдирмоқда. Сўнгги расмий маълумотларга кўра 2022-йилнинг ноябр ойига қадар Ўзбекистонда 244.510 киши касалланиб, улардан 1637 таси вафот этган. Американинг Жон Хопкинс университети ахборотида келтирилишича бу кўрсаткичлар жаҳонда мос равишда 630.920.425 ва 6.539.051 кишидан иборат. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти 2023 – йил 3 – март ойида дунёда 758 миллион COVID-19 касаллиги тасдиқланган беморлар мавжудлигини кўрсатган. Аксарият беморлар соғайиб ўзларининг бирламчи холатларига қайтсалар ҳам уларнинг айримларининг саломатликларида муаммолар сақланади ва бу жараён ўткир ковиддан кейинги холат ёки чўзилиб кечаётган COVID деб аталади. Касаллик белгиларининг бирламчи зарарланишдан кейин уч ой ва ундан ортиқ давом этиши ҳамда бошқа сабаблар бўлмаган холда янги белгиларни кузатилишини жаҳон соғлиқни сақлаш ташки-

лоти узоқ муддатли ковид деб таарифлайди. Юқорида қайд этилган нуфузли ташкилот экспертлари фикри қатор бошқа кузатувларда ҳам ўз исботини топган.

Кузатувларга кўра узоқ муддатли COVID 10-30% беморларда аниқланади ва бир йилдан ортиқ муддат давом этади. Лекин хозирги қадар узоқ кечувчи COVID нинг ривожланиш механизмлари ўрганилмаган.

Тадқиқот мақсади. COVID-19 билан оғриган ёндош касалликлари бўлмаган 400 нафар беморларнинг касаллик ўткир даврида ўтказилган лаборатор-асбобий текширув натижалари асосида аъзолардаги аниқланган ўзгаришлар асосида буйрак дисфункцияси аниқланган беморларни оғирлик даражалари бўйича таҳлил қилиш.

Тадқиқот материали ва услублари. Тадқиқот манбаси сифатида Бухоро вилоят юқумли касалликлар ва Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида COVID-19 билан даволанган ва ундан сўнг кузатувга олинган, комор-

бид касалликлари бўлмаган 400 нафар (20-45 ёш оралиғида, 200 та эркаклар ва 200 аёллар) беморларда касалликнинг ўткир даврида ўтказилган лаборатор-асбобий текширувлар ҳамда комплекс муолажалар ретроспектив таҳлил қилинди ҳамда олинган натижалар баҳоланди. Беморлар Covid-19 клиник кечишига кўра 3 та гуруҳга (енгил, ўрта оғир ва оғир) ажратилдилар ва ўзаро солиштирма ўрганилди. COVID-19 нинг ўткир даврида 400 та беморларнинг шикоятлари, анамнези ўрганилиб, умумий пешоб тахлили, қоннинг умумклиник, биокимёвий ва қон ивиш тизими тахлил-

лари, коагулограмма ҳамда компьютер томография хулосалари таҳлил қилинди.

Хулоса. Ретроспектив таҳлил натижалари касаллик кечишининг оғирлик даражаси, уларнинг ёши, жинси, тана вазни индексига боғлиқ эмаслигини, лекин унинг енгил ва оғир даражада кечишига тамаки чекишнинг салбий таъсири мавжудлиги қайд этилди. Касалликнинг енгил кечишига нисбатан ўрта оғир ва оғир кечишларида буйрак дисфункцияси юқори ишончли кўп учраши аниқланди.

ЎПКАНИ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ БИЛАН КЕЧГАНДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИНИ КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ ХУСУСИЯТЛАРИ

Гадаев А.Г., Халимова Х.Х.

Тошкент тиббиёт академияси (Тошкент, Ўзбекистон)

Ўпкани сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) ва юрак қон томир патологиялари аҳоли орасида кенг тарқалган ва аксарият ҳолатларда коморбидликда кечадиган касалликлар гуруҳига киради. Кўп тадқиқотларда ЎСОК да юрак қон томир патологияларининг бирга келиши умумий популяцияга нисбатан аниқланган. Ўтказилган йирик метатаҳлилда ЎСОК мавжуд беморларда у бўлмаганларга нисбатан юрак қон томир патологиялари 2 маротаба кўп аниқланган ва ишонч интервали 2,02 – 3,00 га тенг бўлган.

Маълумки, артериал гипертензия (АГ) юрак қон томир касалликлари орасида бутун дунёда, шу жумладан республикамизда ҳам етакчи ўринни эгаллайди. Катта ёшдаги аҳоли орасида АГ тарқалиши 40 – 50 %га тенг бўлиб, ёш улғайган сари ошиб боради ва 60% дан кўп учрайди. Ўтказилган кузатувларга кўра ЎСОК ва АГ коморбидликда кечадиган патологик ҳолатлар орасида кенг тарқалган ва айрим муаллифлар кузатувларига кўра 25% дан 89% эканлиги қайд этилган. Чунки ЎСОК да кузатила-

диган яллиғланиш жараёни, гипоксия, томирлар эндотелиясини зарарланиши, озод-радикал оксидланишининг фаоллашуви юрак қон томир, шу жумладан, гипертония касаллиги хавфини оширади.

Қатор адабиётлар таҳлили ва юқорида келтирилган маълумотлар ЎСОК коморбидлик/полиморбидликда кечганда буйраклар ҳам зарарланиши ва беморларда сурункали буйрак касаллиги ривожланиш эҳтимоли юқорилигини тасдиқлайди. Қон босими юқори беморларда эса буйрак асосий нишон аъзо ҳисобланади ва жараёнга унинг қўшилиши бемор ҳаёт сифати ҳамда умр давомийлигини кескин салбий таъсир кўрсатади.

Тадқиқот мақсади. Ўпкани сурункали обструктив касаллиги артериал гипертензия билан кечганда буйрак дисфункциясини клиник-функционал хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва услублар. ўсок билан хасталанган беморларнинг клиник – функционал текширувлари охириги халқаро дастурга мос келувчи [ўпкани

сурункали обструктив касаллиги бўйича кенг миқёсдаги ташаббус (global initiative for chronic obstructive lung disease – gold) 2014] таснифи қўлланилди. ушбу илмий тадқиқот ишлари тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг пульмонология бўлимида 2020-2023 йилларда шифоҳонада даволанган 27 ёшдан 86 ёшгача бўлган 330 нафар ўсок билан хасталанган беморларнинг касаллик тарихи бўйича ретроспектив тахлили ўтказилди. шундан 181 (54,8%) нафар беморларда артериал гипертензия кузатилган, 149 (45,1%) нафарида кузатилмади. асосий гуруҳдаги ўсок артериал гипертензия кузатилган беморларнинг 137 (79,6 ±3,4%) нафари эркакларни ва 44 (28,0±4,5%) нафар аёлларни ташкил этди. беморларнинг ўртача ёши 68,3±0,72 йилни (эркаклар ўртача ёши – 69,3±0,70 йил, аёлларники – 65,4±0,76 йил), касаллик давомийлиги ўртача 14,3±1,08 ташкил этди. беморлар 2 та гуруҳга ажратилди. биринчи асосий гуруҳ артериал гипертензия мавжуд бўлган 181 та (54,8%) беморларни, иккинчи гуруҳ артериал гипертензия кузатилмаган назорат гуруҳидаги 149 та (45,1%) беморларни ташкил этди.

ЎСОК билан хасталанган беморлар жинси, касаллик давомийлиги, чекувчилар, тана вазни индекси, пульсоксиметр ёрдамида кислород сатурацияси, электрокардиография, ташқи нафас фаолияти “Спирограф” монитори ёрдамида аниқланди. Буйрак фаолиятини баҳолаш мақсадида қон зардобиддаги креатинин, сийдик таркибидаги оқсил миқдори текширилди. ЎСОК да хансираш mMRC (Medical Research Council Dyspnea Scale) шкаласи ёрдамида баҳоланди.

Тадқиқот натижалари. Текширишлар натижасида, ЎСОК артериал гипертензия билан келган биринчи гуруҳдаги беморларни жинси бўйича таққослаганимизда, эркаклар 72,9%, аёллар 27% ни, фақат ЎСОК билан хасталанган иккинчи гуруҳдаги беморларда эса, мос равишда 69,7% ва 30,2% ни ташкил этди.

Биринчи гуруҳдаги фақат ЎСОК билан хасталанган беморларда зарарли одатлари яъни чекувчилар 52,3%, иккинчи гуруҳда яъни ЎСОК артериал гипертензия билан бирга кечганда мос равишда 59,1% ни ташкил этди. Биринчи гуруҳдаги беморларда касаллик давомийлиги, хансираш даражалари (mMRS шкаласи бўйича, балл), нафас етишмовчилиги оғирлик даражаси бўйича кислород сатурацияси, икинчи гуруҳда биринчи гуруҳга нисбатан ишончли даражада пасайганлиги аниқланди ($p<0,05$). Биринчи гуруҳдаги беморларда қон зардобидда креатинин $106,2\pm 17,7$ мкмол/л, сийдик таркибидаги оқсил $0,045\pm 0,004$, иккинчи гуруҳда эса ушбу кўрсаткичлар мос равишда $95,3\pm 5,4$ мкмол/л ва $0,066\pm 0,007$ ни ташкил этди ($p<0,001$).

ЎСОК артериал гипертензия билан кечганда, чап бўлмача гипертрофияси билан чап қоринча гипертрофияси артериал гипертензиясиз кечган беморларда ўнг қоринча ва бўлмача гипертрофиясига нисбатан ишончли ($p<0,01$) даражада юқорилиги аниқланди. Иккала гуруҳ беморларда ташқи нафас фаолиятини тахлил қилганимизда, оғир даражадаги ЎСОК артериал гипертензия билан келган беморларида бир секундда жадал чиқарилган нафас ҳажми $33,3\pm 1,19$, Тиффно индекси эса $60,5\pm 2,41$ ни ташкил этди ва артериал гипертензиясиз кечган беморларга нисбатан ($41,2\pm 1,23$ ва $67,5\pm 2,49$) сезиларли даражада пастлиги аниқланди.

Хулоса. Ўпкани сурункали обструктив касаллиги артериал гипертензия билан кечганда буйраклар дисфункциясини ўрганганимизда, қон зардобиддаги креатинин ва сийдик таркибидаги протеинурия миқдори асосий гуруҳда ишончли даражада юқорилиги аниқланди. Функционал текширувлардан электрокардиография ва ташқи нафас фаолиятини текшириш натижалари ЎСОК бошқа касалликлар билан бирга коморбид кечганда сезиларли боғлиқлиги кузатилди.

ЎПКАНИ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИНИ МЕТАБОЛИК АССОЦИРЛАНГАН ЖИГАРНИНГ ЁҒЛИ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КОМОРБИД КЕЧГАНДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ УЧРАШИ

Гадаев А.Г., Салаева М.С., Матирзаева Ш.Г.

Тошкент тиббиёт академияси (Тошкент, Ўзбекистон)

Маълумки, ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) бутун дунёда кенг тарқалган ҳасталиклардан бири ҳисобланади. Ҳозирги вақтда ушбу касаллик тиббиётнинг глобал муаммосига айланган. Глобал тадқиқотлардан бири (BOLD лойиҳаси) 40 ёшдан ошган аҳоли популяциясида стандартлаштирилган сўровномалар ва ўпка функционал синамалари ёрдамида ЎСОК тарқалишини баҳолаш учун ноёб имкониятни тақдим этди. ЎСОКнинг II босқичидан бошлаб 40 ёшдан ошган шахслар орасида тарқалиши $10,1 \pm 4,8\%$ ни, шу жумладан эркакларда - $11,8 \pm 7,9\%$ ва аёлларда - $8,5 \pm 5,8\%$ ни ташкил этган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, ЎСОК ер курасида аҳоли ўлимнинг 4-чи етакчи сабабчиси ҳисобланади. Ҳар йили 2,75 миллионга яқин инсонлар унинг оқибатида ҳаётдан кўз юмадилар. Бу барча ўлим сабабларининг 4,8 фоизини ташкил қилади.

Жаҳонда ЎСОК билан бир қаторда жигарнинг алкогольга боғлиқ бўлмаган ёғли касаллиги (ЖАББЁК) ҳам аҳоли орасида кенг тарқалган патологик жараёнлардан бири ҳисобланади. Унинг ғарб мамлакатлари алоҳиси орасида кўп учраши тадқиқотларда ўз исботини топган. Сўнги 20 йил оралиғида жигар стеатозининг тарқалиши икки баробарга ошганлиги тасдиқланган. Маълумотларга кўра, ЖАББЁК мавжуд беморларда 20-55% ҳолатларда буйрак дисфункцияси кузатилади. Бунинг асосий сабабларидан бири ҳар иккала патологик жараённинг механизмлари ва, энг аввало, метаболик бузилишлар бир-бирига ўхшашлигидан иборат.

Тадқиқот мақсади. Ўпкани сурункали обструктив касаллиги метаболик ассоцирланган жигарнинг ёғли касаллиги билан коморбид кечганда буйрак дисфункцияси ва хавф омилларини учрашини ўрганиш.

Материал ва услублар. ЎСОК билан хасталанган метаболик ассоцирланган жигарнинг ёғли касаллиги бор беморларни клиник – функционал текширувлари охириги халқаро дастурга мос келувчи [Ўпкани сурункали обструктив касаллиги бўйича кенг миқёсдаги ташаббус (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD) 2014] таснифи қўлланилди. Ушбу илмий тадқиқот ишлари Республика ихтисослаштирилган пулмонология ва фтизиатрия илмий-амалий тиббиёт марказининг пулмонология бўлимида 2023-2024 йилларда шифохонада даволанган 34 ёшдан 72 ёшгача бўлган 210 нафар ЎСОК билан хасталанган беморларнинг касаллик тарихи бўйича ретроспектив тахлили ўтказилди. Ушбу беморларнинг 146 ($69,5 \pm 5,2\%$) нафари эркакларни ва 64 ($30,4 \pm 3,2\%$) нафар аёллардан иборат бўлди. Беморларнинг ўртача ёши $64,2 \pm 0,65$ йилни (эркаклар ўртача ёши – $68,4 \pm 1,06$ йил, аёлларники – $52,3 \pm 1,02$ йил), касаллик давомийлиги ўртача $11,2 \pm 1,14$ ташкил этди. Беморлар 2 та гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳ ЎСОК билан бирга келган метаболик ассоцирланган жигарнинг ёғли касаллиги (МАЖЁК) 56 та беморларни, иккинчи гуруҳ ЎСОК метаболик ассоцирланган жигарнинг ёғли касаллигисиз беморлар 50 та ташкил этди. ЎСОК билан хасталанган беморларда буйрак фаолиятини баҳолаш мақсадида қон зардобидида креати-

нин, сийдик таркибида оқсил миқдори текширилди. Жумладан, тана вазни индекси, пульсоксиметр ёрдамида кислород сатурацияси аниқланди. ЎСОК да хансираш mMRC (Medical Research Council Dyspnea Scale) шкаласи ёрдамида бахоланди ва ёндош касалликлари текширилди.

Тадқиқот натижалари. ЎСОК билан оғриган метаболик ассоцирланган жигарнинг ёғли касаллиги бор беморларда буйраклар фаолиятини креатининга асосланган ҳолда ўрганганимизда 23,8% га унинг ошганлиги ва 56,7% беморларда протеинурия аниқланди. Биринчи гуруҳда ЎСОК билан оғриган метаболик ассоцирланган жигарнинг ёғли касаллиги бор беморларнинг ўртача ёши 62,6% ни, иккинчи гуруҳда эса 57,2% ни ташкил этди. Жинси бўйича тахлил қилганимизда эса, биринчи гуруҳда эркаклар 72% ни, аёллар 56,2% ни ташкил этди.

Жумладан, биринчи гуруҳдаги беморларда жинси, зарарли одатлари бор яъни чекувчилар сони, касаллик давомийлигини, хансираш даражалари (mMRS шкаласи бўйича, балл), нафас етишмовчилиги оғирлик даражаси бўйича кислород сатурацияси ($p < 0,05$) иккинчи гуруҳга нисбатан ишончли да-

ражада юқорилиги кузатилди. Биринчи гуруҳдаги беморларда қон зардобиддаги креатинин ва ва сийдик таркибидаги протеинурия мос равишда $147,5 \pm 10,2$ мкмол/л ва $0,045 \pm 6,02$, иккинчи гуруҳда эса ушбу кўрсаткичлар мос равишда $87,6 \pm 2,66$ мкмол/л ва $0,027 \pm 5,12$ ни ташкил этди ($p < 0,001$). Ёндош касалликлардан юрак ишемик касаллиги ($p < 0,001$), меъда ичак тизими касалликларидан: жигар ёғ гепатози 23%, гастрит, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касалликлари 32%, сийдик йўллари инфекцияси ($p < 0,001$), қандли диабет, асаб тизими касалликларининг ($p < 0,05$) ишончли даражада кўпчиликини ташкил этганлиги аниқланди.

Хулоса. ЎСОК билан оғриган метаболик ассоцирланган жигарнинг ёғли касаллиги бор беморларда буйраклар фаолиятини креатининга асосланган ҳолда ўрганганимизда унинг ишончли даражада ошганлиги ва 56,7% беморларда протеинурия аниқланди. Эркак жинсдаги беморлар, чекувчилар, юрак ишемик касаллиги ($p < 0,001$), жигарни ёғли касаллиги, нафас етишмовчилиги оғирлик даражаси бўйича кислород сатурацияси ($p < 0,05$), касаллик давомийлиги ва хавф омилларининг боғлиқлиги аниқланди.

ЎПКНИ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ ВА КОМОРБИД ҲОЛАТЛАРНИ БАХОЛАШ

Гадаев А.Г., Салаева М.С.

Тошкент тиббиёт академияси (Тошкент, Ўзбекистон)

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) бутун дунёда касалланиш ва ўлимнинг етакчи сабабларидан биридир. Бир қатор тадқиқотларга кўра, катталар орасида ЎСОКнинг тарқалиши 5-13% ни ташкил қилади. ЎСОКнинг кенг тарқалганлигидан ташқари, унинг ниҳоятда муҳим хусусияти тўхтовсиз зўрайиб борувчи ва ногиронликка олиб

келувчи кечишидир. Ривожланган мамлакатларда соғлиқни сақлаш тизими учун энг катта харажатлар ЎСОКнинг зўрайиши билан боғлиқ бўлиб, касалликнинг клиник кўриниши ва прогностининг бир хил эмаслиги, ўпкадан ташқари сезиларли кўринишлар ва тизимли яллиғланиш механизмларининг ўзаро таъсирининг клиник оқибатлари, ко-

морбид ва полиморбид касалликлар ва ҳолатларнинг патогенези билан тавсифланади. Сурункали бронхит синдроми, гипоксемия, респиратор ва юрак-қон томир полиморбид касалликлари билан ЎСОК фенотипларининг юқори тарқалиши ва кучайиш прогнозига сезиларли салбий таъсирини кўрсатадиган натижалар тобора кўпроқ тўпланмоқда.

Қатор тадқиқотларга кўра, ЎСОК да буйраклар фаолиятининг бузилиши 10,2% беморларда кузатилиб, уларнинг аксариятини ёши 75 дан катта бўлганлар ташкил этадилар. Бошқа бир тадқиқотда ЎСОК билан сурункали буйрак касаллиги (СБК) 20-53% ҳолларда биргаликда келганлиги кўрсатилган. Шифохонада даволанаётган ва бу икки касаллик муштараклигида кечган ҳолларда ўлим кўрсаткичи юқорилиги қайд этилган. Айрим муаллифлар томонидан ЎСОК мавжуд беморларда аксарият ҳолларда СБКга олиб келувчи хавф омиллари ҳам учраши кўрсатилган. Жумладан, С-реактив оқсилни юқорилиги (100%), чекиш (92,0), 65 дан юқори ёш (78,6%), ёндош артериал гипертензия (65,6%) аниқланган. Бунда ЎСОК ташхиси қўйилган беморларнинг аксариятида (92,6%) уч ва ундан ортиқ хавф омиллари аниқланган. Бошқа бир кузатувда юқоридаги хавф омиллари билан бир қаторда 49,6% ҳолларда ортиқча тана вазни ва семизлик қайд этилган.

Тадқиқот мақсади. Ўпкани сурункали обструктив касаллиги билан хасталанган беморларда буйрак дисфункцияси ҳамда коморбид касалликларни боғлиқлигини ўрганиш.

Материал ва услублар. ЎСОК нинг оғир даражаси билан хасталанган беморларнинг ретроспектив, клиник текширувлари илмий тадқиқот ишлари Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг пульмонология бўлимида 2020-2023 йилларда шифохонада даволанган 24 ёшдан 82 ёшгача бўлган 328 нафар ЎСОК оғир даражаси билан хаста-

ланган беморларнинг касаллик тарихи бўйича ретроспектив таҳлили ўтказилди. Ушбу беморларнинг 236 (71,9±4,4%) нафари эркакларни ва 92 (28,0±5,5%) нафар аёллардан иборат бўлди. Беморларнинг ўртача ёши 65,4±0,77 йилни (эркаклар ўртача ёши – 66,6±1,18 йил, аёлларники – 62,4±1,31 йил), касаллик давомийлиги ўртача 15,2±1,08 ташкил этди. Беморлар 2 та гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳ КФТ ≥ 90 мл/мин/1,73 м² бўлган 191 та беморларни, иккинчи гуруҳ КФТ ≤ 89 мл/мин/1,73 м² бўлган 86 та беморларни ташкил этди.

Барча беморларда буйрак фаолиятини баҳолаш мақсадида қон таркибида креатинин, сийдик таркибида эса оқсил миқдори, тана вазни индекси, пульсоксиметр ёрдамида кислород сатурацияси аниқланди. ЎСОК да хансираш mMRC (Medical Research Council Dyspnea Scale) шкаласи ёрдамида баҳоланди. ЎСОК билан оғриган беморларда буйраклар фаолиятини креатининга асосланган ҳолда ўрганилди ва КФТ ни СКД-ЕПІ (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration, 2021) асосида ҳисобланди. Беморлар олинган натижаларга кўра 2 та гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳ КФТ ≥ 90 мл/мин/1,73 м² бўлган 191 та (68,9%), иккинчи гуруҳ эса КФТ ≤ 89 мл/мин/1,73 м² бўлган 86 та (31,4%) беморларни ташкил этди.

Тадқиқот натижалари. Ўпкани сурункали обструктив касаллигини оғир даражаси билан оғриган беморларда буйраклар фаолиятини креатининга асосланган ҳолда текширганимизда, 31,4% да КФТ ≤ 89 мл/мин/1,73 м² дан пасайганлиги кузатилди. 66,4% беморларда эса протеинурия аниқланди.

ЎСОК билан оғриган беморларнинг ўртача ёши биринчи гуруҳда 63,6 ни, иккинчи гуруҳда эса 69,5 ни ташкил этди. Жинси бўйича таҳлил қилганимизда эса, биринчи гуруҳда эркаклар 68% ни, аёллар 25,1% аниқланди. Иккинчи гуруҳда

эса, эркактлар 74,4% ни, аёллар эса 25,5% аниқланди.

ЎСОК билан хасталанган беморларда текширув натижаларини тахлил қилганимизда, КФТ қон зардобидаги креатининга асосан ҳисобланганда, ўртача ҳисобда биринчи гуруҳда $78,3 \pm 1,8$, иккинчи гуруҳда $166,9 \pm 17,0$ мл/мин/1,73 м² га тенглиги аниқланди ($p < 0,001$). Биринчи гуруҳдаги КФТ ≥ 90 мл/мин/1,73 м² бўлган беморларда зарарли одатлари яъни чекувчилар 38,4%, иккинчи гуруҳда мос равишда 44,3% ни ташкил этди. Биринчи гуруҳдаги беморларда касаллик давомийлиги, хансираш даражалари (mMRS шкаласи бўйича, балл), нафас етишмовчилиги оғирлик даражаси бўйича кислород сатурацияси ($p < 0,05$), икинчи гуруҳда ишончли даражада пасайганлиги аниқланди. Биринчи гуруҳдаги беморларда қон зардобида креатинин $78,3 \pm 1,8$ мкмол/л, иккинчи гуруҳда эса ушбу кўрсаткичлар мос равишда $166,2 \pm 17,0$ мкмол/л ни ташкил этди ($p < 0,001$).

ЎСОК билан хасталанган оғир даражадаги беморларда буйрак дисфункциясига коморбид ҳолатларнинг боғлиқлигини тахлил қилганимизда, биринчи гуруҳ КФТ ≥ 90 мл/мин/1,73 м² бўлган беморларга нисбатан иккинчи гуруҳда КФТ ≤ 89 мл/мин/1,73 м² бўлган беморларда мос равишда, юрак ишемик касаллиги 79,0% ва 89,5%, артериал гипертензия 50,2% ва 69,8%, қандли диабет 20,9% ва 27,9%, сурункали буйрак касаллиги -2,6% ва 24,4%, асаб тизими

касалликлари – 22,5% ва 31,4, бронхиал астма – 4,7% ва 12,8%, семизлик – 9,9% ва 22,1% ишончли равишда кўп учраганлиги кузатилди. Сийдик йўллари инфекцияси – 27,2% ва 25,6%, анемия – 49,7% ва 50%, меъда ичак тизими – 39,7% ва 39,5% ва бўғим касалликлари – 9,4% ва 8,1% иккала гуруҳда ҳам мос равишда сезиларли фарқ кузатилмади.

Хулоса. ЎСОКнинг оғир даражаси билан хасталанган беморларда юқоридаги маълумотларга асосланиб, буйраклар зарарланишига хос шикоятлар ва клиник белгилар кам бўлса ҳам қон зардобидаги креатинин текширувига кўра, КФТ ҳисобланганда КФТ ≤ 89 мл/мин/1,73 м² бўлган беморларда 31,4% да буйраклар дисфункцияси аниқланди. Ўпкани сурункали обструктив касаллигини оғир даражасида буйраклар дисфункциясини ўрганишда, коморбид касалликларнинг креатинин ва протеинурия кўрсаткичларини ошишига боғлиқ ҳолда, юрак ишемик касаллиги 89,5% ($p < 0,001$), артериал гипертензия 69,8%, қандли диабет 27,9%, сурункали буйрак касаллиги - 24,4%, асаб тизими касалликлари -31,4, бронхиал астма -12,8%, семизлик - 22,1% ишончли равишда учраганлиги кузатилди. Шунга қарамасдан, ЎСОК билан оғирган беморларда креатинин ва протеинурияни аниқлаш буйраклар дисфункциясини диагностикасида асосий кўрсаткич бўлмаганлиги учун янада чуқурроқ текширишлар ўтказишни талаб қилади.

ТУРЛИ ЭТИОЛОГИЯЛИ БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИНИ ТАШХИСЛАШДА КЛОТНО ОҚСИЛИНИНГ АҲАМИЯТИ

Гадаева Н.А., Туракулов Р.И.

Тошкент тиббиёт академияси (Тошкент, Ўзбекистон)

Муаммонинг долзарблиги: Сурункали буйрак касаллиги (СБК) бугунги кунда кенг тарқалган, оғир асоратлар,

ногиронлик ва юқори ўлим кўрсаткичлари билан боғлиқ бўлган жиддий тиббий муаммолардан бири ҳисоблан-

ади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, СБК тарқалиши мунтазам ортиб бормоқда ва бу ҳолат соғлиқни сақлаш тизимида катта иқтисодий ва ижтимоий юклама келтириб чиқармоқда. СБКнинг эрта босқичларида ташхислаш усуллари чекланганлиги сабабли, касаллик кўп ҳолларда кеч босқичларда аниқланиб, даволаш чораларининг самарадорлиги пасаяди. Анъанавий биомаркерларнинг етарли даражада сезувчан эмаслиги сабабли, янги биомаркерларнинг аҳамияти алоҳида долзарблик касб этмоқда. Klotho оқсили – шундай янги биомаркерлардан бири бўлиб, унинг турли этиологияли буйрак касалликлари ташхисида сезгирлиги ва аҳамияти кенг ўрганилмоқда.

Мақсад: Турли этиологияли буйраклар дисфункциясини ташхислашда Klotho оқсилининг аҳамиятини баҳолаш.

Материал ва методлар: Тадқиқот иши 2022-2024 йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг кардиология ва терапия бўлимларида шифохона шароитида даволанган, ЮИК оқибатида юзага келган СЮЕ ҳамда ГК, қандли диабет касалликларида олиб борилди. Тадқиқотда 90 нафар бемор (ўртача ёши $62,9 \pm 1,2$ ёш) қатнашди. Беморлар сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ), қандли диабет (ҚД) ва гипертония касаллиги асосида ривожланган СБК бўйича 3 гуруҳга ажратилди. Назорат гуруҳида эса 30 нафар соғлом кўнгиллилар (ўртача ёши $45,2 \pm 1,1$ ёш) иштирок этди. Барча иштирокчилардан Klotho оқсилининг қондаги даражаси иммунологик таҳлил (ELISA усули) ёрдамида аниқланди. Бундан ташқари, тадқиқотда буйрак функциясини баҳолаш учун умумий клиник кўрсаткичлар ҳамда кальций, фосфор ва

витамин Д алмашинуви кўрсаткичлари ўрганилди.

Олинган натижалар: Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, СБК гуруҳларида назорат гуруҳига нисбатан Klotho оқсилининг қондаги даражаси статистик жиҳатдан сезиларли пасайган ($p < 0,01$). Энг паст кўрсаткич қандли диабет гуруҳида кузатилди ($487,5 \pm 21,3$ пг/мл), бу кўрсаткич СЮЕ гуруҳида $512,3 \pm 20,7$ пг/мл ва гипертония гуруҳида $508,7 \pm 22,4$ пг/млни ташкил этди. Назорат гуруҳида бу кўрсаткич $756,8 \pm 19,2$ пг/млга тенг бўлди.

Klotho оқсили даражаси буйрак функциясининг асосий кўрсаткичлари (креатинин клиренси, СКФ ва бошқалар) билан юқори даражадаги корреляцияни кўрсатди.

Олинган натижалар Klotho оқсилининг турли этиологияли буйрак дисфункциясини эрта босқичларда аниқлаш ва касалликнинг оғирлигини баҳолашда юқори сезгирлик ҳамда ишончлиликка эга эканлигини исботлайди. Қандли диабет асосидаги буйрак касаллигининг Klotho даражаси энг паст кўрсаткичларга эга бўлиши ушбу этиологияли буйрак касаллигидаги патогенетик жараёнларнинг янада фаол ва кескинлигини кўрсатади. Шу билан бирга, Klotho оқсилининг пасайиши буйраклар орқали фосфор-кальций ва витамин Д алмашинуви бузилиши билан узвий боғлиқ эканлиги таъкидланди.

Хулоса: Турли этиологияли буйрак дисфункциясини эрта ташхислаш ва касалликнинг оғирлик даражасини баҳолашда Klotho оқсили муҳим диагностик ва прогностик биомаркер ҳисобланади. Klotho оқсидан клиник амалиётда кенг фойдаланиш буйрак дисфункциясини эрта аниқлаш, даволашнинг самарадорлигини ошириш ҳамда беморлар ҳаёт сифатини яхшилашга хизмат қилади.

ФИБРОБЛАСТ 23 ЎСИШ ОМИЛИНИ ТУРЛИ ЭТИОЛОГИЯЛИ БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИ ЭРТА АНИҚЛАШДАГИ ЎРНИ

Турақулов Р.И., Гадаева Н.А.

Тошкент тиббиёт академияси (Тошкент, Ўзбекистон)

Муаммонинг долзарблиги: Сурункали буйрак касаллиги (СБК) бутун дунёда соғлиқни сақлаш соҳасидаги долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. СБК касалликнинг бошланғич босқичларида кўпинча яширин кечади ва клиник белгилари кеч аниқланади. Бу ҳолат эса ташхислаш ва даволашда замонавий ва ишончли биомаркерларни излаш заруратини юзага келтиради. Фибробласт 23 ўсиш омили (FGF-23) сўнгги йилларда буйрак фаолияти ва минерал моддалар метаболизмининг муҳим кўрсаткичи сифатида тан олинмоқда. Унинг буйраклар дисфункциясини эрта ташхислаш ва прогнозлашдаги роли кўплаб тадқиқотларда тасдиқланган.

Мақсад: Фибробласт 23 ўсиш омилнинг турли этиологияли (гипертония касаллиги, қандли диабет, сурункали юрак етишмовчилиги) буйраклар дисфункциясини эрта аниқлашдаги диагностик ва прогностик аҳамиятини ҳар томонлама баҳолаш.

Материал ва методлар: Тадқиқотда умумий 120 нафар шахс қатнашди. Асосий гуруҳ 90 нафар бемордан иборат бўлиб, уларнинг барчасида турли этиологияли буйраклар дисфункцияси мавжуд эди. Беморлар қуйидаги 3 гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ – сурункали юрак етишмовчилиги асосида ривожланган СБК (30 бемор), ўртача ёши $62,3 \pm 1,2$; 2-гуруҳ – қандли диабет асосида ривожланган СБК (30 бемор), ўртача ёши $65,1 \pm 1,1$; 3-гуруҳ – гипертония касаллиги асосида ривожланган СБК (30 бемор), ўртача ёши $61,2 \pm 1,3$. Назорат гуруҳида 30 нафар соғлом кўнгилли (ўртача ёши $45,2 \pm 1,1$) иштирок этди. Барча қатнашчиларнинг қонидаги FGF-23 даражаси иммуннофермент таҳлил (ELISA) усули билан аниқланди. Шунингдек, беморларнинг клиник-лаборатория кўрсаткичлари, жумладан, буйракларнинг функционал ҳолати (гломеруляр филтрация тезлиги, креатинин даражаси) ҳамда кальций, фосфор ва витамин

Д алмашинув кўрсаткичлари таҳлил қилинди.

Натижалар: Асосий гуруҳдаги беморларда FGF-23 миқдори назорат гуруҳига нисбатан статистик жиҳатдан ишончли даражада юқори эканлиги аниқланди ($p < 0,001$). Қандли диабет билан боғлиқ СБК гуруҳида FGF-23 кўрсаткичи бошқа гуруҳларга қараганда сезиларли даражада юқори бўлиб, гипертония ва СЮЕ гуруҳлари билан таққослаганда статистик фарқлар аниқланди ($p < 0,05$). Шу билан бирга, FGF-23 даражаси буйрак функциясининг ёмонлашиши билан параллел равишда ортган ва гломеруляр филтрация тезлиги билан кучли салбий корреляция кўрсатган ($r = -0,72$, $p < 0,01$). Минерал алмашинув кўрсаткичлари билан олиб борилган таҳлиллар FGF-23 даражасининг кальций ва фосфор метаболизмининг бузилиши билан чамбарчас боғланганлигини тасдиқлади.

Фибробласт 23 ўсиш омили турли этиологияли буйраклар дисфункциясини эрта ва аниқ ташхислаш имконини берадиган муҳим биомаркер ҳисобланади. Бу биомаркернинг юқори кўрсаткичлари буйрак функциясининг пасайишини эрта босқичларидаёқ аниқлаш имкониятини тақдим этади, бу эса терапия самарадорлигини ошириш ва касалликнинг прогрессиясини олдини олиш ёки кечиктиришга ёрдам беради. FGF-23 кўрсаткичи буйраклар функционал ҳолати билан чамбарчас боғлиқлиги унинг клиник амалиётда қўллаш истиқболини кенгайтиради.

Хулоса: Фибробласт 23 ўсиш омили буйрак дисфункциясини эрта аниқлаш ва самарали терапияни танлашда ишончли биомаркер сифатида қўлланилиши мумкин. Бу кўрсаткичнинг аниқланиши буйраклар дисфункциясини ташхислаш, прогнозлаш ва касалликнинг олдини олишда муҳим аҳамият касб этади.

ХАРАКТЕРИСТИКА СУТОЧНОГО КОЛЕБАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КАРДИОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Газиева Х.Ш., Сабирижанова З.Т., Мирзаева Б.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Поражение почек при артериальной гипертензии (АГ) рассматривается в ряду типичных вариантов поражения органов мишеней. Роль почек в патогенезе и развитии АГ является предметом интенсивной дискуссии, остроту которой придаёт наличие длительного периода латентно протекающей почечной дисфункции, не диагностируемой при рутинном клиническом обследовании. Данная стадия почечного поражения может длиться десятилетиями, постепенно усугубляясь и трансформируясь в клинически очевидные формы с развитием хронической почечной недостаточности (ХПН). В связи с этим особенно важным становится своевременное выявление начальной стадии поражения почек, когда своевременное назначение лекарственных средств позволяет замедлять процесс и изменять дальнейшую судьбу пациента. Одной из причин складывающейся ситуации является наличие у больных сопутствующей патологии, оказывающей существенное влияние на течение и прогноз артериальной гипертензии. Исследования свидетельствуют о том, что с увеличением вариабельности артериального давления (АД) на протяжении суток возрастает риск сердечно-сосудистых осложнений, что сопровождается значимым утолщением стенок магистральных артерий и нарастанием степени гипертрофии левого желудочка. Однако остается неизученным, является ли избыточная вариабельность АД причиной структурных изменений сердца и сосудов или следствием повышения жесткости сосудистой стенки. При этом среди многообразных показателей, характеризующих вариабельность АД, представляется ак-

туальной задача выбора оптимальных, связанных со степенью органических поражений и особенностями течения АГ.

Цель: исследование суточного колебания артериального давления у больных гипертонической болезнью с кардиоренальным синдромом.

Материал и методы. Обследовано 39 больных ГБ I–II стадии, в том числе 21 мужчин и 18 женщин в возрасте 38–59 лет. Средний возраст больных составил $51,6 \pm 2,7$ лет с продолжительностью заболевания от 7 до 15 лет. Помимо традиционных измерений АД, всем пациентам проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД) при помощи аппарата «Handheld Patient Monitor Model-RPM-800B». Мониторирование выполняли в течение 26–27 ч. В соответствии с общепринятыми рекомендациями, интервалы между измерениями АД в дневное время составляли 15 мин., в ночное время — 30 мин. СМАД старались проводить в условиях повседневной деятельности пациента. Для регистрации изменений психоэмоциональной и физической активности во время СМАД обследуемые вели специальный дневник. На основе записей в нем по завершении СМАД производилась коррекция временных интервалов дня и ночи с целью максимально точного соответствия периоду сна и бодрствования. После редваторительной обработки данных, включающих выбраковку некорректных измерений и результатов первых часов исследования, производился математический анализ всей совокупности удачных измерений с расчетом следующих показателей: 1) среднее систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД) и пульсовое АД (ПАД) за сутки, день и ночь в мм

рт. ст. (рассчитывалось как среднее арифметическое итогов всех измерений за данный промежуток времени); 2) вариабельность систолического АД (ВСАД) и диастолического АД (ВДАД) за сутки, день и ночь в мм рт. ст. (рассчитывалась как величина стандартного отклонения от среднего значения АД за данный промежуток времени); 3) степень ночного снижения систолического АД (СНССАД) и диастолического АД (СНСДАД) в процентах (рассчитывалась по формуле: $(\text{Аддень} - \text{Адночь}) \times 100 / \text{Адночь}$); 4) величина и скорость утреннего подъема систолического АД (ВУПСАД и СУПСАД) и диастолического АД (ВУПДАД и СУПДАД) (рассчитывалась по формулам: Адутро-Адночь , мм рт. ст. и $(\text{Адутро-Адночь}) / t$, мм рт. ст./ч.).

Больные были разделены на 2 группы: I-группа (n=17) с I-II стадии без признаков поражения почек; II-группа (n=32) больные с I-II стадии и наличием признаков поражения почек. Изучение функционального состояния почек включало определение уровня сывороточного креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) почек определяли по формуле СКД-ЕРІ. МАУ определяли по стандартной методике иммунохимическим методом. Критерии включения МАУ от 20 мг/сутки до 300 мг/сутки.

Результаты исследования. Снижение СКФ, а также удельного веса мочи зарегистрировано у 24,47% пациентов 2-й группы исследования, МАУ (по данным суточной протеинурии) — у 6,4%, значимая протеинурия — у 1,1% больных. В связи с этим у части пациентов диагностирована гипертоническая нефропатия и определена стадия хронической болезни почек (ХБП): 1-я стадия у 2,13% больных, 2-я — у 26,6%, 3А-я стадия — у 3,19. У большинства обследованных нами пациентов выявлено патологическое соотношение альбумин/креатинин

мочи: у 33 (60%) женщин и 26 (66,7%) мужчин. При этом доля лиц с патологическим соотношением альбумин / креатинин мочи среди пациентов с СКФ > 90 мл/мин и СКФ = 89–60 мл/мин оставило 63,6 и 59,1% соответственно, а среди больных с СКФ < 60 мл/мин — 100%. Сопоставление результатов, полученных при СМАД, установило, что больные АГ с поражением почек существенно отличаются от больных АГ без поражения почек по многим параметрам суточного профиля АД. В частности, среднесуточное САД у первых было выше на 16,1 мм. рт. ст. ($p < 0,05$) чем у последних. Эта разница обеспечивается преимущественно за счет превалирования САД в дневное время у больных I группы. Межгрупповое различие по САДд и САДн составляет 19,7% и 15% ($p < 0,01$) соответственно. Среднесуточный уровень ДАД в выделенных группах не отличался достоверностью, однако дневное и ночное ДАД во II группе было достоверно выше ($p < 0,05$). Все показатели ПАД в этой группе также были выше, достигая статистической достоверности. Наиболее выраженное различие выявлено во 2-й группе по дневному уровню ПАД на 18 мм. рт. ст. ($p < 0,001$). Обследованные группы больных АГ отличаются и по уровню вариабельности как САД, так и ДАД. Все показатели вариабельности АД были выше во II группе. Однако, статистически достоверное различие выявляется только в дневное время. У больных АГ имеет значение не только уровень АД, но продолжительность воздействия гипертонии. Межгрупповое различие в уровне систолического и диастолического АД днем во время бодрствования и ночью во время сна предопределила степень ночного снижения АД. СНССАД в два раза, а СНСДАД 1,5 раза была ниже во II группе ($p < 0,01$). Величина утреннего подъема ДАД у больных АГ с поражением почек больше, чем у больных без поражения почек, но различие не достигает

достоверных величин. Однако, существенное различие выявляется по ВУ-ПСАД, которое во II группе было увеличено на 32,6% ($p < 0,01$). В соответствии с величиной, установлено увеличение и скорости утреннего подъема АД у обследованных больных. При этом также различие по ДАД не отличалось достоверностью, а СУПСАД у больных с поражением почек достоверно было увеличено на 46,6%. В течение суток ЧСС больных II группы было больше, чем в сравниваемой группе, но наиболее выраженное различие выявлено во время ночного сна (8,8%; $p < 0,05$).

Таким образом, у больных АГ выявлено нарушение суточного профиля АД,

выраженность которого зависела от наличия признаков ренальной дисфункции. У больных АГ с поражением почек имеются более выраженные признаки нарушения суточного профиля АД.

Выводы: 1. Имеется взаимосвязь между суточным ритмом АД и функциональным состоянием почек у больных АГ. Для больных АГ с поражением почек характерно более высокие показатели среднесуточного, дневного и ночного САД и ДАД, вариабельности АД, а также большой удельный вес больных с патологическими типами суточного профиля АД.

СЕМИЗЛИК ТАШХИСЛАНГАН ЎЗБЕК МИЛЛАТИГА МАНСУБ АЁЛЛАРДА БУЙРАКЛАР ЗАРАРЛАНИШИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ

Дадабаева Р.К., Тураходжаева С.С., Нуриддинова Ф.М.

Тошкент тиббиёт академияси (Тошкент, Ўзбекистон)

Долзарблиги. Жаҳонда семизлик ва метаболик синдромнинг юзага келишида муҳим нейроэндокрин жараёнларни бошқарувчи биологик фаол моддалар ҳамда генетик омилларнинг тутган ўрнини баҳолаш, шунингдек, ушбу патологияда аъзоларнинг субклиник шикастланиши, жумладан буйрак дисфункциясини эрта аниқлашга қаратилган қатор илмий изланишлар олиб борилмоқда. Бу борада ўзбек миллатига мансуб аёллар орасида семизлик ва метаболик синдром шаклланишининг патогенетик асосларини аниқлаш, хусусан, уларда юзага келадиган аъзо ва тўқималарни шикастланишида биологик фаол моддалар – лептин, уромодулин, цистатин С, яллиғланиш олди цитокинларини тутган ўрнини баҳолаш, уларни ушбу патология кечиши ҳамда буйраклар дисфункцияси ривожланишидаги тутган ўрнини асослаш муҳим аҳамият касб этади. Бинобарин, семизлик оқибатида

юзага келадиган метаболик асоратлар ҳамда буйраклар зарарланишини эрта босқичларда аниқлаш ва уларни олдини олиш, беморларнинг клиник ҳолати ҳамда ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган тадбирларни такомиллаштириш мазкур муаммога оид илмий изланишларнинг долзарб йўналиши бўлиб қолмоқда.

Изланишнинг мақсади: Ўзбек миллатига мансуб туғруқ ёшидаги аёллар орасида семизлик ва метаболик синдромда юзага келадиган буйраклар тўқималарини зарарланишида биологик фаол моддаларни тутган ўрнини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Илмий изланиш Тошкент шаҳрининг 15-49 ёшли ўзбек миллатига тегишли 224 та аёл иштирокида ўтказилди. Дастлаб беморларда умумклиник текширувлар ва лаборатор таҳлиллар ўтказилиб, уларнинг антропометрик кўрсаткичлари баҳо-

ланди (ЖССТ, 2016). Шу билан бирга, цистатин С, микроальбуминурия миқдори, ҳКФТ кўрсаткичлари ўрганилди.

Олинган натижалар таҳлили. Биз ушбу босқичда метаболик асоратланган семизлик (МАС) ва метаболик соғлом семизлик (МСС) гуруҳларида буйрақлар функционал ҳолатига клиник-метаболик бузилишлар Миллий тавсияномаларга мувофиқ, буйрақларнинг функционал ҳолатига креатинин (СКД-ЕРІ формуласи) ва цистатин С (умумқабул қилинган формула) ёрдамида ҳисобланган коптокчалар фильтрацияси тезлиги (ҳКФТ) ни аниқлаш орқали қиёсий баҳо берилди.

Қиёсий гуруҳларда қон зардобидеги креатинин миқдори меъёридалиги қайд этилиб, унинг асосида аниқланган ҳКФТ кўрсаткичи 1-гуруҳда $95,6 \pm 1,3$, 2-гуруҳда $96,8 \pm 0,9$, назорат гуруҳида $103,3 \pm 1,4$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ни ташкил этди ($p_{1-2} < 0,05$; $P_{1-3;2-3} < 0,001$) ва патологик оғишлар аниқланмади.

2- ва назорат гуруҳларида цистатин С миқдори ва ҳКФТ бир биридан фарқланмади, аммо 1-гуруҳда унинг миқдори 2- ва назорат гуруҳи кўрсаткичларидан ишонарли ошганлиги аниқланиб ($p < 0,001$), ҳКФТ $90,4 \pm 1,4$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ га тенг бўлди.

1-гуруҳда СКД-ЕРІ формуласи асосида ҳКФТ аниқланганда, 23 (17,3%) нафар беморларда ҳКФТ < 80 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ни, 12 (9,0%) нафар беморларда ушбу кўрсаткич > 120 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ни ташкил этди. Ушбу гуруҳда цистатин С орқали ҳКФТ аниқланганда, 31 (23,3%) нафар беморларда ҳКФТ < 80 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ни, 16 (12,0%) нафар беморларда ушбу кўрсаткич > 120 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ни ташкил этди. МСС гуруҳида СКД-ЕРІ формуласи асосида ҳКФТ аниқланганда, 10 (11,0%) нафар беморларда ҳКФТ < 80 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ни, 7 (7,7%) нафар беморларда ушбу кўрсаткич > 120 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ни ташкил этган бўлса, ушбу гуруҳда цистатин С

орқали ҳКФТ аниқланганда, 12 (13,2%) нафар беморларда ҳКФТ < 80 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ни, 11 (12,1%) нафар беморларда ушбу кўрсаткич > 120 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ га тенглиги маълум бўлди.

Аниқландики, ҳар иккала гуруҳларда ҳам СКД-ЕРІ формуласига қараганда цистатин С ёрдамида ҳКФТни муқобил кўрсаткичлардан пасайганлиги ($\chi^2 = 4,2$; $p = 0,041$) ва гиперфилтрацияли беморлар сонини кўпроқ аниқлаш имконияти тўғилиши маълум бўлди ($\chi^2 = 4,7$; $p = 0,03$).

Шунингдек, СКД-ЕРІ формуласи ёрдамида ҳКФТнинг муқобил кўрсаткичи аниқланганлар улуши 1-гуруҳда 74%ни, цистатин С дан фойдаланилган ҳолда аниқланган ушбу кўрсаткич 65% ни ташкил этган бўлса, 2 - гуруҳда ушбу кўрсаткичлар нисбати 81 га қарши 75%ни ташкил этди ($\chi^2 = 4,5$; $p = 0,034$).

Демак, семизлик мавжуд шахсларда ҳКФТ аниқлаш орқали буйрак дисфункциясига эрта ташхис қуйиш мумкин. Бунда, стандарт бўлмаган тана тузилишига эга, шунингдек, семизликнинг фенотипларида ушбу патологияни эрта даврларда ташхислаш мақсадида ҳКФТни қон зардобидеги цистатин С миқдорига асосланган ҳолда аниқланиши мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Хулосалар. Юқорида кўрсатилганлар асосида семизлик мавжуд бўлган ўзбек миллатига тегишли туғруқ ёшидаги аёлларда:

1.СКД-ЕРІ формуласи ёрдамида ҳКФТ аниқлаш орқали буйрак дисфункциясига эрта ташхис қуйиш мумкин;

2.Семизликнинг фенотипларида буйрақлар функционал ҳолатини баҳолаш учун ҳКФТни цистатин С орқали аниқланиши буйрак дисфункциясини бошланғич патогенетик босқичларидан бири ҳисобланган гиперфилтрация, шунингдек, клиник намоён бўлмаган гипофилтрацияни барвақт ташхислаш имконини яратади.

КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Даминов Б.Т., Мирхаётов М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Цель исследования. Оценить влияние хронической болезни почек на клинические симптомы, гемодинамические параметры и качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы исследования. Популяцию исследования составили 115 пожилых пациентов (мужчины - 60% (n=69), женщины - 40% (n=46), возраст ≥ 60 лет) с установленным диагнозом ИБС, находившихся на лечении в кардиологическом отделении Ташкентской городской больницы № 7. Продолжительность ИБС составляла >5 лет, ХБП - >3 лет. Для определения возраста пациентов использовалась классификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2015). При постановки диагноза ХБП применяли клиническую рекомендацию по диагностике хронической болезни почек (ХБП), предложенной организацией KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). Эти рекомендации были обновлены в 2021 году, и продолжают оставаться актуальными для диагностики ХБП. Основные диагностические критерии ХБП: Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин/1,73 м² в течение более трех месяцев; наличие альбуминурии или протеинурии более 30 мг/сут; наличие высокого уровня протеинурии (>30 мг/сут); структурные изменения в почках (по данным УЗИ); повышение уровня креатинина и мочевины в крови; аномальное соотношение альбумин/креатинин в моче. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия ИБС: основная группа (n=65) - пациенты с ИБС и признаками ХБП различной степени тяжести; группа сравнения (n=50) - пациенты с ИБС, но без признаков почечной дисфункции.

Результаты исследования. Среди пациентов основной группы наиболее частыми жалобами были слабость (84,6%), боль в груди (76,9%) и одышка (73,8%), которые достоверно чаще встречались, чем в группе сравнения. Частота слабости, одышки и отеков была значительно выше в основной группе ($p<0,05$). В то же время различия между группами не достигли статистической значимости для жалоб на головокружение и нарушения сна. Отек нижних конечностей встречался у 60% пациентов основной группы и 54,5% пациентов группы сравнения. Анасарка была выявлена у 15% пациентов с ИБС и ХБП и у 18,2% в группе сравнения. Интенсивность боли в области сердца также была выше у пациентов с ИБС и ХБП. Боль высокой интенсивности отмечалась у 62% пациентов основной группы и 48% в группе сравнения ($p<0,05$). Давящая боль встречалась у 68% пациентов основной группы и 55% группы сравнения ($p<0,05$). В группе основной группы также наблюдалась большая частота иррадиации боли в левое плечо и руку. Гемодинамические показатели у пациентов с ИБС и ХБП также были хуже. Среднее систолическое артериальное давление (САД) составило 142 ± 12 мм рт. ст. в основной группе, в то время как в группе сравнения оно составляло 135 ± 10 мм рт. ст. ($p<0,05$). Диастолическое артериальное давление (ДАД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) также были выше у пациентов с ХБП ($p<0,05$). Для оценки качества жизни использовался Миннесотский опросник «Жизнь с сердечной недостаточностью» (MLHFQ). Пациенты с ИБС и ХБП имели значительно более низкое качество жизни, чем пациенты без ХБП ($p<0,01$). Физический компонент был хуже у основной группы ($p<0,05$),

что может быть связано с ограничением физической активности и снижением толерантности к нагрузкам. Эмоциональный компонент был также ниже в основной группе ($p < 0,05$), что указывает на большую частоту депрессивных состояний и тревожных расстройств у этих пациентов. Социальный компонент качества жизни достоверных различий не показал ($p > 0,05$).

Таким образом, наличие хронической болезни почек у пациентов с ише-

мической болезнью сердца значительно ухудшает клинические проявления, гемодинамические показатели и снижает качество жизни, особенно в физическом и эмоциональном аспектах. Это подчеркивает необходимость комплексного подхода к лечению таких пациентов, включающего кардиологическую и нефрологическую терапию, а также психологическую поддержку для улучшения психического состояния пациента.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Даминов Б.Т., Мирхаётов М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Цель исследования. Оценить факторы риска развития хронической болезни почек (ХБП) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и определить влияние различных этиологий, а также степень соблюдения пациентом лечебных мероприятий и их влияние на прогрессирование почечной дисфункции.

Материалы и методы исследования. Популяцию исследования составили 115 пожилых пациентов (мужчины - 60% ($n=69$), женщины - 40% ($n=46$), возраст ≥ 60 лет) с установленным диагнозом ИБС, находившихся на лечении в кардиологическом отделении Ташкентской городской больницы № 7. Продолжительность ИБС составляла >5 лет, ХБП - >3 лет. При постановки диагноза ХБП применяли клиническую рекомендацию по диагностике хронической болезни почек (ХБП), предложенной организацией KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) (обновлена в 2021г). Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия ИБС: основная группа ($n=65$) - пациенты с ИБС и признаками ХБП различной степени тяжести; группа сравнения ($n=50$) -

пациенты с ИБС, но без признаков почечной дисфункции.

Результаты исследования. Анализ показал, что среди 65 пациентов с ИБС и ХБП основными причинами нарушения функции почек были: артериальная гипертензия (АГ) - 50 пациентов (76,9%). Хроническое повышение артериального давления вызывает поражение сосудов почек, развитие нефросклероза и снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Атеросклероз почечных артерий - 42 (64,6%); хроническая сердечная недостаточность (ХСН) - 38 (58,5%). Снижение сердечного выброса и гипоперфузия почек приводят к застойной и прогрессирующей нефропатии; сахарный диабет 2 типа присутствовал у 27 (41,5%) пациентов. Диабетическая нефропатия также является одной из основных причин ХБП с повреждением почечных канальцев. Гиперлипидемия наблюдалась у 30 (46,2 %) пациентов. Хорошо известно, что гиперлипидемия способствует прогрессированию атеросклеротических изменений в почечном сосудистом русле. Наибольшая доля пациентов (61%, 40 человек) строго придерживалась рекомендаций по ограничению углеводов при диабете. В то же

время только 52% (n=34) пациентов регулярно контролировали свое артериальное давление и 47% (n=31) строго придерживались антигипертензивной терапии. Приверженность гиполипидемической терапии была довольно низкой, при этом 39 % (n=25) принимали статины, что может повышать риск сердечно-сосудистых осложнений. Особое значение имело длительное применение НПВС, отмеченное у 28 % (n=18), стоит отметить, что 43 % (n=28) не получали адекватной почечной защиты, что является значительным фактором риска.

Таким образом, основными причинами развития ХБП у пациентов с ИБС являются артериальная гипертензия (76,9%), хроническая сердечная недостаточность (58,5%), атеросклероз почек (64,6%), сахарный диабет 2 типа (41,5%) и гиперлипидемия (46,2%). Эти факторы

способствуют повреждению почек через сосудистые аномалии, ишемию и метаболические изменения. Многофакторный патогенез ХПН подтверждается высокой долей пациентов с сочетанием нескольких факторов риска: две причины были выявлены у 33,8%, а три и более факторов - у 38,5%. Корреляционный анализ показал умеренную положительную связь между длительностью заболевания и развитием ИБС ($r=0,62$). Только 52 % пациентов регулярно контролировали свое артериальное давление, 47 % строго придерживались антигипертензивной терапии, 39 % принимали статины. В то же время 28 % пациентов длительно принимали нестероидные противовоспалительные препараты, а 43 % пациентов не получали адекватной почечно-защитной терапии, что могло способствовать ухудшению функции почек.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРОВОТОКА В ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ФОНЕ ДИСЛИПИДЕМИИ

Даминов Б.Т., Бахтиярова У.А.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)
Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии и трансплантации почек Республики Узбекистан (Ташкент, Узбекистан)*

В последние годы предпринимались попытки выявить взаимосвязь “почечных” факторов риска с липидными расстройствами. Показано, что при хроническом гломерулонефрите снижение функции почек оказывало влияние на все показатели липидного обмена, выявлялись гиперхолестерин- и гипертриглицеридемия, гипоальфахолестеринемия, повышение уровня липидов - холестерина и триглиценидов (ХС и ТГ) и апоВ в составе липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП). Нарушение метаболизма липопротеинов, богатых триглицеридов, может оказывать неблагоприятный эффект не только на развитие сердечно-сосудистых заболеваний, но и на энергетический метаболизм при ХПН. Свободные

жирные кислоты и глюкоза — основной источник энергии, обеспечивающий все механические, биохимические и биофизические функции организма.

Цель исследования: Оценить особенности кровотока в почечных артериях у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) на фоне дислипидемии (ДЛП), а также изучить эффективность комбинированной гиполипидемической и антиоксидантной терапии на показатели сосудистой гемодинамики.

Материалы и методы: В исследовании включены 60 пациентов с ХБП 1–3А, Б стадии в возрасте 35–60 лет, разделены на две группы. Первая группа включала пациентов с ХБП без клинических проявлений ДЛП (n=31), вторая – пациентов с ХБП с клиническими прояв-

лениями ДЛП (n=29). Для лечения использовались: Аторвастатин (Liprimar) в дозе 20–40 мг/сут; Эзетимиб (Ezetrol) в дозе 10 мг/сут; Альфа-липоевая кислота (Thiogamma или Verliton) в дозе 600 мг/сут. Продолжительность терапии составила 12 недель с контрольными измерениями показателей до и после лечения.

Для оценки кровотока в почечных артериях использовалась доплерография с измерением индекса резистентности (RI), скорости пикового систолического (PSV) и конечного диастолического кровотока (EDV). Уровни креатинина, мочевины и расчетная СКФ использовались для оценки функции почек.

Результаты: У пациентов второй группы индекс резистентности почечных артерий (RI) составил $0,76 \pm 0,05$, что значительно выше, чем в первой группе ($0,65 \pm 0,04$; $p < 0,01$). Скорость пикового систолического кровотока (PSV) в почечных артериях во второй группе была снижена до $65,2 \pm 5,8$ см/с, в сравнении с $82,4 \pm 6,1$ см/с в первой группе ($p < 0,01$). Конечная диастолическая скорость кровотока (EDV) во второй группе составила $12,8 \pm 2,5$ см/с, что ниже, чем в первой группе ($18,6 \pm 3,1$ см/с; $p < 0,01$). Расчетная СКФ была ниже у пациентов второй

группы ($55,3 \pm 7,4$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$) против $69,2 \pm 6,3$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ в первой группе ($p < 0,05$).

Комбинированная терапия (аторвастатин 20–40 мг/сут, эзетимиб 10 мг/сут, альфа-липоевая кислота 600 мг/сут) в течение 12 недель привела к значительным улучшениям во второй группе: снижение RI до $0,70 \pm 0,04$ ($p < 0,05$), увеличение PSV до $75,1 \pm 6,2$ см/с ($p < 0,05$) и EDV до $16,4 \pm 2,8$ см/с ($p < 0,05$). Также наблюдалось повышение СКФ до $62,8 \pm 6,8$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ($p < 0,05$), что указывает на стабилизацию почечной функции.

Выводы: У пациентов с ХБП на фоне ДЛП выявляются значительные нарушения гемодинамики в почечных артериях, характеризующиеся увеличением индекса резистентности и снижением скорости кровотока. Применение комбинированной терапии (аторвастатин 20–40 мг/сут, эзетимиб 10 мг/сут, альфа-липоевая кислота 600 мг/сут) в течение 12 недель приводит к достоверному улучшению показателей почечного кровотока ($p < 0,05$) и замедлению прогрессирования почечной дисфункции. Допплерография почечных артерий является эффективным методом для оценки сосудистых изменений и контроля эффективности лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ФОНЕ ДИСЛИПИДЕМИИ

Даминов Б.Т., Бахтиярова У.А.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)
Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии и трансплантации почек Республики Узбекистан (Ташкент, Узбекистан)*

Изменения метаболизма липидов возникают уже на ранних стадиях почечного поражения при снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) до 50 мл/мин [2] и усиливаются по мере прогрессирования ХБП. По нашим данным,

среди 165 больных со 2-4-й стадиями ХБП гиперлипидемия выявлялась в 80 % случаев. Спектр дислипидемии при почечной недостаточности отличается от такового по сравнению с общей популяцией. Выявляются изменения во всех

классах липопротеинов, варьирующие в зависимости от стадии ХБП, применяемых методов лечения и приема лекарственных препаратов, влияния модифицируемых конкурирующих заболеваний и состояний.

Цель исследования: Оценить особенности кровотока в почечных артериях у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) на фоне дислипидемии (ДЛП), а также изучить эффективность комбинированной гиполипидемической и антиоксидантной терапии на показатели сосудистой гемодинамики.

Материалы и методы: В исследование включены 60 пациентов в возрасте 35–60 лет с различными проявлениями ДЛП и ХБП. В зависимости от наличия клинических проявлений ДЛП пациенты распределены на две группы: первая группа (ХБП 1–3А,Б стадии) без клинических проявлений ДЛП и вторая группа (ХБП 1–3А,Б стадии) с клиническими проявлениями ДЛП.

Для лечения использовались: Аторвастатин (Liprimar) в дозе 20–40 мг/сут; Эзетимиб (Ezetrol) в дозе 10 мг/сут; Альфа-липоевая кислота (Thiogamma или Berlition) в дозе 600 мг/сут внутривенно капельно в течение 10 дней с переходом на пероральную форму по 600 мг/сут в течение последующих 12 недель. Общая длительность терапии составила 12 недель.

Эндотелиальная функция оценивалась с помощью пробы с реактивной гиперемией и уровня эндотелина-1 (ЭТ-1). Концентрации оксида азота (NO) и сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) определялись иммуноферментным методом. Функция почек анализировалась по уровням креатинина, мочевины и расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Результаты: У пациентов второй группы выявлены значительные нарушения эндотелиальной функции. Уро-

вень NO снизился до $18,4 \pm 2,6$ мкмоль/л против $25,3 \pm 3,1$ мкмоль/л в первой группе ($p < 0,01$), а уровень ЭТ-1 увеличился до $10,8 \pm 1,4$ пг/мл по сравнению с $7,5 \pm 1,2$ пг/мл в первой группе ($p < 0,01$). Уровень VEGF во второй группе составил $246,8 \pm 15,7$ пг/мл, что значительно превышает показатель первой группы — $182,4 \pm 12,3$ пг/мл ($p < 0,01$). Показатели расчетной СКФ во второй группе также были ниже ($54,3 \pm 6,8$ мл/мин/ $1,73$ м²), чем в первой группе ($68,2 \pm 5,4$ мл/мин/ $1,73$ м², $p < 0,05$), что указывает на прогрессирование почечной дисфункции.

Применение комбинированной гиполипидемической и антиоксидантной терапии у пациентов второй группы способствовало значительным улучшениям. Уровень NO увеличился до $22,7 \pm 2,8$ мкмоль/л ($p < 0,01$), уровень ЭТ-1 снизился до $8,3 \pm 1,1$ пг/мл ($p < 0,05$), а VEGF уменьшился до $210,5 \pm 14,2$ пг/мл ($p < 0,05$). Расчетная СКФ возросла до $62,4 \pm 6,2$ мл/мин/ $1,73$ м² ($p < 0,05$). Эти данные подтверждают эффективность комбинированного подхода к терапии.

Выводы: У пациентов с ХБП на фоне клинических проявлений ДЛП выявлены значительные нарушения эндотелиальной функции, включая снижение уровня NO и увеличение ЭТ-1 и VEGF, что ассоциировано с прогрессированием почечной дисфункции. Применение комбинированной терапии (аторвастатин 20–40 мг/сут, эзетимиб 10 мг/сут, альфа-липоевая кислота 600 мг/сут, длительность 12 недель) достоверно улучшает эндотелиальную функцию ($p < 0,01$), снижает уровень патологического ангиогенеза (VEGF, $p < 0,05$) и стабилизирует почечную функцию (СКФ, $p < 0,05$). Эти данные подчеркивают важность комплексного подхода в лечении пациентов с ДЛП и ХБП для замедления прогрессирования сосудистых и почечных осложнений.

ИММУНОСУПРЕССИВ ТЕРАПИЯ НЕГИЗИДА БЕМОРЛАР ЖИГАРИДАГИ СТРУКТУР-ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ЛАБОРАТОР МАНЗАРАСИ

Даминова Л.Т., Рашидова А.С.

Тошкент давлат стоматология институти (Тошкент, Ўзбекистон)

Дунёнинг ривожланган мамлакатларида сурункали гепатитларни 40 % сабаби жигарнинг дорили шикастланиши билан боғлиқ бўлиб, у 40 ёшдан катталарда 25 % ини ташкил этмоқда. Ушбу гепатотоксик препаратлар орасида антибиотикдан ҳам аввал энг олдинги ўринларни аутоиммун яллиғланиш касалликларини даволашда ишлатиладиган иммуносупрессив воситалар эгалламоқда.

Тадқиқот мақсади.

Аутоиммун буйрак касалликларидаги иммуносупрессив терапия негизида беморларда юзага келадиган жигардаги функционал ўзгаришларнинг лаборатор манзарасини ўрганиш ва таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун сурункали гломерулонефрит билан оғриб Миллий тиббиёт маркази нефрология бўлимида даволанаётган ҳамда даволаниш мобайнида иммуносупрессив терапия қабул қилаётган 119 нафар бемор танлаб олинди. Барча беморлардан иммуносупрессив терапиядан олдин ва кейин жигар функционал ҳолатини белгилловчи лаборатор таҳлиллар: аламинаминотрансфераза (АлТ), аспартатаминотрансфераза (АсТ) ва билирубин текширилди. Тадқиқотга олинган беморларнинг 37 нафарида (31,1 %) иммуносупрессив терапиядан кейин жигар функционал ферментлари ошиб кетгани

кузатилди. Ушбу жигар функционал кўрсаткичлари ортиб кетган беморларнинг лаборатор таҳлил натижалари статистик таҳлил қилинди.

Натижалар ва уларни муҳокама.

Тадқиқот гуруҳларида иммуносупрессив терапиядан олдин қон зардобиди АлТ $32,9 \pm 6,57$ ммоль/л. бўлиб даводан кейин $87,2 \pm 8,96$ ммоль/л.га ишончли ($p < 0,001$) ошди. АсТ иммуносупрессив терапиядан олдин $27,6 \pm 5,67$ ммоль/л. бўлиб даводан кейин $58,1 \pm 6,18$ ммоль/л.га кам ишончли ($p < 0,05$) даражада ошди. Умумий билирубин иммуносупрессив терапиядан олдин $18,2 \pm 3,12$ ммоль/л. бўлиб даводан кейин $32,5 \pm 4,23$ ммоль/л.га ишончли ($p < 0,01$) ошиб кетгани кузатилди.

Хулоса.

Сурункали гломерулонефрит билан оғриган беморларда иммуносупрессив терапия негизида жигар функционал ҳолатида ўзгаришлар юзага келади. У иммуносупрессив терапиядан кейин қон зардобиди АлТ ни ишончли ($p < 0,001$), АсТ ни кам ишончли ($p < 0,05$) ва умумий билирубинни ишончли ($p < 0,01$) ошиб кетиши билан намоён бўлади. Бу жараён иммуносупрессив терапия таркибидаги глюкокортикостероидларнинг дисметаболик ва цитостатикларнинг гепатотоксик таъсири билан изоҳланади.

ВЛИЯНИЕ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Джалилзода С.С.

ФПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

Актуальность. К числу заболеваний, которые вносят существенный вклад в развитие артериальной гипертонии (АГ) на фоне патологии почек, отно-

сят аутосомно-доминантную поликистозную болезнь почек (АДПБП). Это наследственное заболевание почек приводит к замещению паренхимы почек

большим количеством кист, разных по величине. По типу наследования выделяют две формы заболевания – наследуемую по аутосомно-доминантному и аутосомно-рецессивному типу (Мухин А.Н., Фомин В.В., 2020).

Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек является наследственным системным заболеванием, при котором поражение почек сочетается с сердечно-сосудистыми, желудочно-кишечными и неврологическими проявлениями (Мухин А.Н., Фомин В.В., 2020, Джалилзода С.С., 2024).

АГ наблюдается в среднем в 60% случаев и обнаруживается еще на ранних стадиях заболевания при сохраненной функции почек; по мере прогрессирования и развития терминальной стадии ХБП (ТХБП), АГ обнаруживается во всех случаях этого заболевания (Мухин А.Н., Фомин В.В., 2020) Многочисленные кисты разной величины сдавливают внутривисцеральные сосуды, что приводит к локальной ишемии почек, активации РААС и способствует развитию АГ. Прогрессирующее неконтролируемое течение АГ при АДПБП способствует быстрому ухудшению функции почек. В среднем эта категория больных составляет до 10% лиц с ТХБП, получающих терапию программным гемодиализом.

Наиболее частой причиной летальных исходов у лиц с АДПБП становятся сердечно-сосудистые поражения. При этом заболевании наблюдается достоверная корреляционная связь АГ с развитием гипертрофии миокарда левого желудочка, выявляемой в 45% случаев.

Прогрессирующее ухудшение функции почек нередко бывает обусловлено вазоренальной АГ. При гемодинамически значимых атеросклеротических стенозах артерий почек формируется гипоперфузия почечных клубочков и постепенно развиваются фиброзные изменения в ишемизированных и атрофированных нефронах, что приводит к развитию ишемической болезни почек, нарастанию ТХБП. Ишемическая болезнь почек также может возникнуть и при эмболии мелких ветвей почечных артерий кристаллами холестерина. Чаще начина-

ется в пожилом возрасте и сочетается с атеросклеротическим поражением сосудов головного мозга, сердца, периферических артерий.

Важным положением, определяющим тактику ведения всех пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и ХБП, становится признание ХБП независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений и эквивалентом ИБС по риску осложнений. Лиц с ХБП относят к категории высокого и очень высокого риска, что и определяет тактику их терапии.

Цель исследования: изучить развития артериальной гипертензии у больных с аутосомно-доминантной поликистозной болезнью почек.

Материал и методы. За период с 1.01.2023 г. по 31.12.2023 г. в нефрологическом отделении ГУ ГМЦ №2 им. акад. К.Т. Таджиева г. Душанбе всего было обследовано 23 больных с АДПБП.

Число обследованных мужчин составило 14 (60,9%) и женщин 9 (39,1%). Возраст лиц, проходящих обследование, среди мужчин колебался от 23 до 80 лет, среди женщин – от 18 до 83 лет.

Всем обследованным проводились измерение артериального давления и ультразвуковое исследование почек. Для измерения уровня АД использовали ртутный сфигмоманометр с применением метода Короткова. Критерием для постановки диагноза АГ служили: систолическое артериальное давление (САД) > 140 мм рт. ст. и/или диастолическое артериальное давление (ДАД) > 90 мм рт. ст.

Проводилось определение уровня АД в соответствии с положениями ВНОК от 2004 года: после 5-10 минутного нахождения пациента в покое, на обеих верхних конечностях, дважды с промежутков времени в 15 минут. Конечным показателем АД брали среднее значение двух измерений на верхних конечностях.

Ультразвуковое исследование почек было проведено с использованием следующих марок УЗИ-аппаратов:

Mindray DC 30 (пр-во Китай, 2018-2019 гг.); Mindray Z 60 (пр-во Китай, 2022 г.) и Mindray DP 10 (пр-во Китай, 2020 г.).

Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием методов вариационного анализа.

Результаты исследования. Повышение уровня артериального давления (АД) различной степени выраженности и частоты отмечалось у 21 (91,3%) обследованных. У 6 (26,1%) обследованных наблюдалась лёгкая степень АД, которая колебалась в пределах от 140/90 мм рт.ст до 155/95 мм рт.ст, преимущественно у лиц среднего возраста которых составлял 51 год. У 10 (43,5%) пациента уровень АД достигал от 160/100 мм рт.ст до 179/105 мм рт.ст, средний возраст соответствовал 60 годам и у 5 (21,7%) уровень АД был выше 180/110 мм рт.ст., что свидетельствовало о 3 степени артериальной гипертензии, при котором средний возраст обследованных равнялся 75 лет.

В ходе проведённого УЗИ почек был выявлен поликистоз почек у всех обследованных больных, среды которых 14 мужчин и 9 женщин. У 8 (34,8%) обследованных констатирована эхокартина поликистоза почек, увеличение обеих почек и нефроптоз 0-1 степени правой почки, обнаружены конкременты в обеих почках. В кортикальной эхоструктуре правой почки были обнаружены множество кист, диаметром от 7 мм до 34 мм; в проекции с/п – 30 мм; в проекции н/п – 26 мм. В кортикальной

эхоструктуре левой почки – множество кист, диаметром от 8 мм до 36 мм; в проекции с/п – 32 мм; в проекции н/п – 28 мм у лиц среднего возраста которых составлял 41 год. У 10 (43,5%) пациента констатирована эхокартина поликистоза почек, увеличение обеих почек и нефроптоз 0-1 степени правой почки, обнаружены конкременты в обеих почках. В кортикальной эхоструктуре правой почки были обнаружены множество кист, диаметром от 9 мм до 40 мм; в проекции с/п – 32 мм; в проекции н/п – 27 мм. В кортикальной эхоструктуре левой почки – множество кист, диаметром от 11 мм до 40 мм; в проекции с/п – 35 мм; в проекции н/п – 30 мм, средний возраст соответствовал 60 годам и у 5 (21,7%) констатирована эхокартина поликистоза почек, увеличение обеих почек и нефроптоз 0-1 степени правой почки, обнаружены конкременты в обеих почках. В кортикальной эхоструктуре правой почки были обнаружены множество кист, диаметром от 28 мм до 60 мм; в проекции с/п – 56 мм; в проекции н/п – 46 мм. В кортикальной эхоструктуре левой почки – множество кист, диаметром от 28 мм до 60 мм; в проекции с/п – 46 мм; в проекции н/п – 49 мм, при котором средний возраст обследованных равнялся 75 лет.

Вывод. Частота развития и степень артериальной гипертонии у больных с АДПП зависит как от возраста больного, длительности, так и от размера кисты в почках.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА БУЙРАК ИЧИ ҚОН ОҚИМИ ТЕЗЛИГИНИ ТУРЛИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ НЕГИЗИДА ЎЗГАРИШЛАРИ

Дўсқобилова З.Б.

Ҳарбий тиббиёт илмий-тадқиқот институти (Тошкент, Ўзбекистон)

Сурункали буйрак касаллиги бугунги кунда аҳоли орасида ўлимга олиб келувчи ноинфекцион касалликлар орасида бешинчи ўринни эгалаб кел-

моқда. Бу уни назорат қилиш ва даволаш-профилактикаси чоратадбирларини жадаллаштиришни тақозо этмоқда.

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллигида буйрак ичи гемодинамикаси бузилишларини баҳолаш ва уларни хавф омилларига боғлиқ ҳолда таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун 2023 йил мобайнида Жазони ижро этиш департаменти 23-сон Маҳкумлар учун ихтисослашган касалхонаси терапевтик бўлимида даволанган 26% СБК беморлари ажратиб олинди. Барча бемордаги асосий потенциал модификацияланган хавф омиллари сони аниқланиб, ҳар ҳар бири бўйича тадқиқот гуруҳлари шакллантирилди. Хавф омиллари мавжуд бўлмаган СБК лардан иборат 1-гуруҳ (n-21); қандли диабет генезли нефропатиялар асосида шаклланган СБК лардан иборат 2-гуруҳ (n-34); артериал гипертензия (АГ) негизида кечаётган СБК лардан иборат 3-гуруҳ (n-37); семизлик негизидаги СБК лардан иборат 4-гуруҳ (n-21) ва 2 ва ундан ортиқ (қандли диабет, АГ ва семизлик) комплекс хавф омиллари негизида кечаётган СБК лардан иборат 5-гуруҳ (n-28) ташкил этилди. Барча беморларда буйрак артериялари доплерографияси ўтказилиб, артериал қон оқимининг максимал систолик тезлиги (V_{max} , см/с.) ва якуний диастолик тезлик (Vd , см/с.) аниқланди.

Натижалар ва уларни муҳокама-маси.

Асосий буйрак артерияларида V_{max} 1-гуруҳда $71,9 \pm 4,02$ см/с.; 2-гуруҳда $55,3 \pm 3,27$ см/с.; 3-гуруҳда $56,8 \pm 3,74$ см/с.; 4-гуруҳда $57,4 \pm 3,77$ ва 5-гуруҳда эса $52,6 \pm 3,91$ см/с.ни ташкил этди. Статистик таҳлилларда V_{max} ни 1-гуруҳга нисбатан 2- ва 3-гуруҳларда ишончли ($p < 0,01$), 4-гуруҳда кам ишончли ($p < 0,05$) ҳамда 5-гуруҳда ишончли ($p < 0,01$) даражада ўзгарганлиги кузатилди. Vd 1-гуруҳда $24,2 \pm 1,89$ см/с.; 2-гуруҳда $16,4 \pm 2,19$ см/с.; 3-гуруҳда $17,9 \pm 2,23$ см/с.; 4-гуруҳда $18,5 \pm 2,23$ ва 5-гуруҳда эса $14,8 \pm 1,88$ см/с.ни ташкил этди. Статистик таҳлилларда Vd ни 1-гуруҳга нисбатан 2-гуруҳда ишончли

($p < 0,01$), 3-гуруҳда кам ишончли ($p < 0,05$), 4-гуруҳда ишончсиз ҳамда 5-гуруҳда ишончли ($p < 0,001$) даражада ўзгарганлиги кузатилди. Сегментар буйрак артерияларида V_{max} 1-гуруҳда $46,2 \pm 1,86$ см/с.; 2-гуруҳда $40,9 \pm 1,47$ см/с.; 3-гуруҳда $42,1 \pm 1,44$ см/с.; 4-гуруҳда $43,1 \pm 1,44$ ва 5-гуруҳда эса $39,5 \pm 1,52$ см/с.ни ташкил этди. Статистик таҳлилларда V_{max} ни 1-гуруҳга нисбатан 2-гуруҳда кам ишончли ($p < 0,05$), 3- ва 4-гуруҳларда ишончсиз ҳамда 5-гуруҳда ишончли ($p < 0,01$) даражада ўзгарганлиги кузатилди. Vd 1-гуруҳда $15,8 \pm 1,07$ см/с.; 2-гуруҳда $12,7 \pm 1,03$ см/с.; 3-гуруҳда $13,8 \pm 1,03$ см/с.; 4-гуруҳда $14,8 \pm 1,03$ ва 5-гуруҳда эса $12,3 \pm 1,1$ см/с.ни ташкил этди. Статистик таҳлилларда Vd ни 1-гуруҳга нисбатан 2-гуруҳда кам ишончли ($p < 0,05$), 3- ва 4-гуруҳларда ишончсиз ҳамда 5-гуруҳда ҳам кам ишончли ($p < 0,05$) даражада ўзгарганлиги кузатилди. Бўлаклараро буйрак артерияларида V_{max} 1-гуруҳда $27,5 \pm 0,85$ см/с.; 2-гуруҳда $25,01 \pm 0,88$ см/с.; 3-гуруҳда $25,9 \pm 0,87$ см/с.; 4-гуруҳда $26,9 \pm 0,87$ ва 5-гуруҳда эса $23,8 \pm 0,87$ см/с.ни ташкил этди. Статистик таҳлилларда V_{max} ни хавф омиллари мавжуд бўлмаган гуруҳга нисбатан 2-, 3- ва 4-гуруҳларда ишончсиз ҳамда 5-гуруҳда ишончли ($p < 0,01$) даражада ўзгарганлиги кузатилди. Vd 1-гуруҳда $9,9 \pm 0,59$ см/с.; 2-гуруҳда $8,6 \pm 0,65$ см/с.; 3-гуруҳда $9,4 \pm 0,63$ см/с.; 4-гуруҳда $9,7 \pm 0,63$ ва 5-гуруҳда эса $7,8 \pm 0,67$ см/с.ни ташкил этди. Статистик таҳлилларда Vd ни 1-гуруҳга нисбатан 2-, 3- ва 4-гуруҳларда ишончсиз ҳамда 5-гуруҳда кам ишончли ($p < 0,05$) ўзгаргани кузатилди.

Хулоса.

1. Сурункали буйрак касаллигида хавф омилига боғлиқ равишда муайян тадқиқот гуруҳларида буйрак ичи гемодинамикасида катта фарқ кузатилмади.

2. Хавф омиллари мавжуд бўлмаган беморларга нисбатан хавф омиллари бўлган гуруҳларда V_{max} ва Vd қийматларини ишончли пасайиши кузатилади.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА ТОМИРЛАР ҚАРШИЛИГИНИ ТУРЛИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ НЕГИЗИДА ЎЗГАРИШЛАРИ МАНЗАРАСИ

Дўсқобилова З.Б.

Ҳарбий тиббиёт илмий-тадқиқот институти (Тошкент, Ўзбекистон)

Бугунги кунда сурункали буйрак касаллиги аҳоли орасида ўлимга олиб келувчи ноинфекцион касалликлар орасида бешинчи ўринни эгалади. Бу уни ташхисот ва даволаш-профилактикаси чора-тадбирларини кучайтириш лозимлигини кўрсатмоқда.

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллигида буйрак ичи томирларида резистентлик индексини баҳолаш ва уларни хавф омилларига боғлиқ ҳолда таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун 2023 йил мобайнида Жазони ижро этиш департаменти 23-сон Маҳқумлар учун ихтисослашган касалхонаси терапевтик бўлимида даволанган 26% СБК беморлари ажратиб олинди. Барча бемордаги асосий потенциал модификацияланган хавф омиллари сони аниқланиб, ҳар ҳар бири бўйича тадқиқот гуруҳлари шакллантирилди. Хавф омиллари мавжуд бўлмаган СБК лардан иборат 1-гуруҳ (n-21); қандли диабет генезли нефропатиялар асосида шаклланган СБК лардан иборат 2-гуруҳ (n-34); артериал гипертензия (АГ) негизда кечаётган СБК лардан иборат 3-гуруҳ (n-37); семизлик негиздаги СБК лардан иборат 4-гуруҳ (n-21) ва 2 ва ундан ортиқ (қандли диабет, АГ ва семизлик) комплекс хавф омиллари негизда кечаётган СБК лардан иборат 5-гуруҳ (n-28) ташкил этилди. Барча беморларда буйрак артериялари доплерографияси ўтказилиб, томир қаршилиги, яъни резистентлик индекси (RI) аниқланди.

Натижалар ва уларни муҳокама-маси. Асосий буйрак артерияларида V_{max} ва V_d қийматлари асосида ҳисобланган RI 1-гуруҳда $0,66 \pm 0,01$; 2-гуруҳда $0,70 \pm 0,01$; 3-гуруҳда $0,69 \pm 0,01$; 4-гуруҳда $0,68 \pm 0,01$ ва 5-гуруҳда эса $0,72 \pm 0,01$ қийматни кўрсатди. Натижалар статистик

таҳлил қилинганида RI қийматини 1-гуруҳга нисбатан 2-гуруҳда ишончли ($p < 0,01$), 3-гуруҳда кам ишончли ($p < 0,05$), 4-гуруҳда ишончсиз ҳамда 5-гуруҳда ишончли ($p < 0,001$) даражада ўзгарганлиги кузатилди. RI 5-гуруҳга нисбатан солиштирилганида уни 1-гуруҳда ишончли ($p < 0,001$), 2-гуруҳда ишончсиз, 3-гуруҳда кам ишончли ($p < 0,05$) ва 4-гуруҳда ишончли ($p < 0,01$) даражада ўзгарганлиги кўрилди.

Сегментар буйрак артерияларида RI 1-гуруҳда $0,66 \pm 0,01$; 2-гуруҳда $0,68 \pm 0,01$; 3-гуруҳда $0,67 \pm 0,01$; 4-гуруҳда $0,67 \pm 0,01$ ва 5-гуруҳда эса $0,69 \pm 0,01$ қийматда эканлиги кўрилди. Натижалар статистик таҳлил қилинганида RI ни 1-гуруҳга нисбатан 2-, 3-ва 4-гуруҳларда ишончсиз ҳамда 5-гуруҳда эса кам ишончли ($p < 0,05$) даражада ўзгарганлиги кузатилди. RI 5-гуруҳга нисбатан солиштирилганида уни фақат 1-гуруҳда кам ишончли ($p < 0,05$) ва қолган барча тадқиқот гуруҳларида ишончсиз ўзгарганлиги кузатилди.

Бўлаклараро буйрак артерияларида RI 1-гуруҳда $0,64 \pm 0,01$; 2-гуруҳда $0,66 \pm 0,01$; 3-гуруҳда $0,65 \pm 0,01$; 4-гуруҳда $0,65 \pm 0,01$ ва 5-гуруҳда эса $0,67 \pm 0,01$ қийматда эканлиги кўрилди. Натижалар статистик таҳлил қилинганида RI ни 1-гуруҳга нисбатан 2-, 3-ва 4-гуруҳларда ишончсиз ҳамда 5-гуруҳда эса кам ишончли ($p < 0,05$) даражада ўзгарганлиги кузатилди. RI 5-гуруҳга нисбатан солиштирилганида уни фақат 1-гуруҳда кам ишончли ($p < 0,05$) ва қолган барча тадқиқот гуруҳларида ишончсиз ўзгарганлиги аниқланди.

Хулоса.

1. Сурункали буйрак касаллигида турли хавф омилига боғлиқ равишда муайян тадқиқот гуруҳларида резистентлик индекслари орасида кўп фарқ йўқ.

2. Хавф омиллари мавжуд бўлмаган беморларга нисбатан хавф омиллари бўлган гуруҳларда резистенлик индекси ишончли ортиб бораётгани кузатилади.

3. Сурункали буйрак касаллигини кечиши ва авж олишида буйрак ичи гемодинамикаси бузилишлари ишончли мезон ҳамда у турли хавф омилларига боғлиқ ҳолда ўзига хос патоклиник манзарани намоён этади.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Жаббаров О.О., Хужаниязова Н.К., Турсунова Л.Д.

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Академия медицинских сестер (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность: Заболевания сердечно-сосудистой системы до настоящего времени продолжают оставаться ведущей причиной, приводящей к летальному исходу больных СД 2 типа, не доживших до терминальной стадии почечной недостаточности. Глубинные механизмы, обуславливающие факт сочетанного повреждения сердца и почек при СД 2 типа, до конца не изучены.

Цель работы: Изучить структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных сахарным диабетом 2 типа с диабетической нефропатии.

Материалы и методы исследования: Обследовано: 50 больных (22 мужчин и 28 женщины) с СД 2-тип находившихся на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре нефрологии на базе III-клиники ТМА. Средний возраст пациентов составил $58,0 \pm 0,4$ лет, продолжительность СД 2 типа - $16,6 \pm 0,3$ года. В соответствии с классификацией диабетической нефропатии (Mogensen CE. и соавт. 1983 г.) больные были распределены на 3 группы: I-нормоальбуминурическую, II-микроальбуминурическую, III-протеинурическую и контрольную группу сравнения составили 35 человека, у которых не было выявлено нарушений углеводного обмена, заболеваний почек и ишемической болезни сердца. Исследуемым больным проведена общеклинических и

биохимических анализов, эхокардиография в М и В-режимах,

Полученные результаты: В I группе 67% пациентов имели диастолическую дисфункцию левого желудочка, которая у 64,1% (95%-ный доверительный интервал от 54,8 до 73,4%) обследованных была представлена классическим типом. Не выявлялись нарушения диастолической функции только у 33% (95%-ный доверительный интервал от 23,8 до 42,2%) пациентов, данный показатель был ниже ($p < 0,001$), чем в группе сравнения. В группе с микроальбуминурией в покое у 70% пациентов диагностирована диастолическая дисфункция левого желудочка. Указанное нарушение в 67,5% (95%-ный доверительный интервал от 52,5 до 82,5%) случаев было представлено классическим типом. Нормальная диастолическая функция определялась только у 30% (95%-ный доверительный интервал от 14,4 до 44,6%) пациентов, т.е. достоверно реже ($p < 0,05$), чем в группе сравнения. У 76,9% пациентов III группы в покое была диагностирована диастолическая дисфункция левого желудочка, которая была представлена классическим типом у 61,5% (95%-ный доверительный интервал от 41,9 до 81,1%) обследованных. Указанное нарушение встречалось чаще, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Нормальная диастолическая функция определялась только у 23,1% (95%-ный доверительный ин-

тервал от 6,1 до 40,1%) пациентов. Кроме того, полученные результаты указывали на снижение вклада левого предсердия в процесс наполнения левого желудочка у больных с клинической стадией диабетической нефропатии.

Заключение: Таким образом, единичные этические факторы и патогенетические механизмы повреждения сердца и почек при СД 2 типа, параллелизм в стадийности поражения указанных орга-

нов-мишеней, а также прямое влияние нефропатии на утяжеление эндотелиальной дисфункции, приводящей к ускорению формирования кардиальных нарушений, позволяет говорить о ренокардиальном синдроме у больных СД 2 типа, что, несомненно, следует учитывать при обследовании больных, назначении терапии и оценке прогноза заболевания.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Жаббаров О.О., Турсунова Л.Д., Хужаниязова Н.К.

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Академия медицинских сестер (Ташкент, Узбекистан)

Введение: В настоящее время нет убедительных данных, которые позволили бы оценить влияние нарушений микроциркуляции и эластических свойств сосудов на структурно-функциональное состояние сердца и почек у больных с АГ и СД 2 типа с диабетической нефропатией (ДН), усугубляющей течение любого сердечно-сосудистого заболевания и существенно ухудшающего его прогноз.

Цель исследования: Оценить особенности показателей СМАД у больных СД 2 типа с АГ в зависимости от стадии ДН.

Материал и методы: В наших исследованиях было включено 90 больных от 38 до 63 лет, из них 46 мужчин и 54 женщины, средний возраст - $50,9 \pm 5,7$ лет. 1-я группа - основная ($n=60$) была представлена пациентами с АГ II-III стадии СД 2 типа (26 мужчин, 34 женщины, средний возраст - $54,3 \pm 5,1$ лет). Из них 10 человек составляли группу пациентов с АГ и СД без ДН, 20 человек - больные с АГ и СД 2 типа с ДН I стадии, 30 человек - с ДН II стадии. 2-я группа - контрольная ($n=30$) включала пациентов с АГ (14 мужчин, 16 женщин, средний возраст - $56,2 \pm 5,7$ лет). Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, длительно-

сти артериальной гипертензии, уровню офисного систолического (САД) и диастолического АД (ДАД), частоте сердечных сокращений (ЧСС) и суточное мониторирование АД.

Результаты: Нашего исследования по данным оценки показателей СМАД среднее систолическое АД (САД) и пульсовое АД (ПАД) было достоверно выше в группе больных АГ и СД 2 типа в сравнении с больными АГ без СД 2 типа при сопоставимых цифрах «офисного» АД ($151,6 \pm 15,7$ vs $149,4 \pm 12,3$ мм рт. ст. и $66,2 \pm 16,1$ vs $62,2 \pm 7,7$ мм рт. ст. соответственно). ЧСС ночью у пациентов с АГ без СД 2 типа было статистически значимо ниже по сравнению с пациентами с АГ и СД 2 типа ($64,6 \pm 11,3$ vs $68,9 \pm 8,1$ уд/мин. соответственно, $p < 0,05$) при отсутствии достоверных различий средних офисных показателей ЧСС в группах при проведении физикального обследования. Кроме того, как индекс времени (ИВ) диастолического АД (ДАД), так и ИВ САД в течение суток как в основной, так и в контрольной группах были повышены по сравнению с нормальными значениями. Однако в первой группе ИВ САД был статистически значимо выше по сравнению с группой больных с «изолированной» АГ ($64,5 \pm 19,1$ vs $60,5 \pm 18,7\%$ соответ-

ственно, при $p < 0,05$). Выявлено, что вариабельность САД (ВСАД) в течении суток и днем были достоверно выше у больных с АГ в сочетании с СД 2 типа по сравнению с больными с «изолированной» АГ ($18,1 \pm 5,1$ vs $15,7 \pm 3,8$ и $16,5 \pm 5,7$ vs $14,5 \pm 4,4$ мм рт. ст. соответственно). Установлено, что скорость утреннего подъема (СУП) САД выше среди больных основной группы по сравнению с больными с АГ без СД 2 типа ($36,2 \pm 19,1$ vs $28,8 \pm 20,5$ мм рт. ст./ч соответственно, $p < 0,05$). В группе больных АГ и СД 2 типа по сравнению с группой больных АГ без СД 2 типа преобладали пациенты с су-

точным индексом (СИ) САД и СИ ДАД менее 10% (non-dipper и night-peaker) - 75,3 % vs 53,8 % и 65,3 % vs 30,3 % соответственно ($p < 0,05$).

Заключение: Таким образом, у больных АГ и СД 2 типа нарушения микроциркуляции и снижение эластических свойств магистральных сосудов, неблагоприятный профиль показателей СМАД тесно взаимосвязаны со структурно-функциональным состоянием сердца, функциональным состоянием почек, что свидетельствует об увеличении риска развития сердечно-сосудистых осложнений у этой категории больных.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ В РЕГИОНАХ ПРИАРАЛЬЯ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ФАКТОРЫ РИСКА И СВЯЗЬ С КАЧЕСТВОМ ИСТОЧНИКОВ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ

Жайбергенова Ж.Б., Кошанова А.М., Абубакирова З.Б.

Медицинский институт Каракалпакстана (Нукус, Узбекистан)

Актуальность. Аральское море, являясь одним из самых трагичных примеров антропогенных экологических катастроф, столкнулось с резким снижением своего уровня в результате избыточного орошения и монокультуры хлопка. Это привело к ухудшению качества питьевой воды и увеличению уровня загрязнения в регионе. Одним из наиболее ощутимых последствий экологической катастрофы стал рост заболеваемости мочекаменной болезнью (МКБ) и другими урологическими заболеваниями среди местного населения. В связи с этим, изучение связи между качеством воды и урологическими заболеваниями приобретает особое значение для разработки эффективных профилактических мероприятий и стратегии улучшения здоровья населения.

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение распространённости мочекаменной болезни среди взрослого населения Муйнакского района Республики Каракалпакстан, а также установление связи

между эпидемиологическими особенностями заболеваемости и качеством питьевой воды. Дополнительно, целью является оценка вклада экологических факторов, таких как жесткость воды, загрязнение и дефицит питьевой воды, в развитие урологических заболеваний в данной местности.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе села Кыпшак Муйнакского района, в котором была проанализирована репрезентативная выборка из 964 человек (486 мужчин и 481 женщина). Отбор участников осуществлялся методом случайной выборки с целью проведения углубленного анализа распространенности урологических заболеваний в зависимости от факторов риска, таких как качество питьевой воды. Все участники были опрошены с использованием анкеты, охватывающей социальные, демографические, медицинские и другие важные данные, такие как возраст, пол, уровень образования, профессиональная деятельность, питание, курение,

употребление алкоголя и семейный анамнез урологических заболеваний.

Для оценки состояния мочевыводящих путей были проведены физикальные обследования, ультразвуковая диагностика с использованием мобильного ультразвукового сканера и микроскопия мочи с помощью бинокулярного микроскопа. Количество кристаллов в моче оценивалось методом подсчета с использованием счётной камеры Горяева.

Для анализа качества воды были исследованы образцы воды из различных источников, включая водопроводную воду, воду из каналов, открытых водоемов и колодцев. В ходе исследований были измерены показатели общей жесткости воды и содержание растворённых твердых веществ, что позволило оценить степень загрязнения воды и её влияние на здоровье населения.

Результаты исследования. Распространённость мочекаменной болезни и кристаллурии в обследованной группе составила 63,6%. Из 964 участников, 15 человек (1,55%) имели камни в мочевыводящих путях на момент обследования, а у 640 человек (66%) была выявлена кристаллурия разной степени выраженности. Кристаллы мочевой кислоты и оксалатов были обнаружены у значительной части участников, что подтверждает наличие аномальной кристаллизации как одного из главных факторов формирования камней в мочевыводящих путях.

Возрастная структура показала, что распространённость кристаллурии была особенно высока среди женщин старше 50 лет, а также среди молодого населения в возрасте 20-39 лет. В более старших возрастных группах, таких как 60-69 лет, распространённость кристаллурии и МКБ оставалась высокой, что указывает на долгосрочное влияние экологических факторов на здоровье местных жителей.

В ходе исследования воды было установлено, что общая жесткость воды в открытых источниках превышала нормативные значения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и стандарты Узбекистана, что могло быть значимым фактором, способствующим образованию мочевых камней. Жесткость воды в колодцах варьировалась от 14,3 до 26,8 мгэкв/л, что значительно превышает рекомендуемые значения (7,0 мгэкв/л). Также было установлено высокое содержание растворённых твердых веществ в открытых водоемах, что может способствовать ухудшению состояния здоровья жителей региона.

Выводы. Результаты эпидемиологического исследования показали, что высокая распространённость мочекаменной болезни и кристаллурии среди населения Муйнакского района тесно связана с низким качеством питьевой воды, в частности с повышенной жесткостью воды и высоким содержанием растворённых твердых веществ. Эти экологические факторы играют ключевую роль в развитии урологических заболеваний в данном регионе.

Высокие показатели жесткости воды в открытых источниках, а также загрязнение водоёмов значительно ухудшают состояние здоровья местного населения, способствуя формированию камней в мочевыводящих путях. В связи с этим, рекомендуется улучшение качества питьевой воды, что могло бы снизить уровень заболеваемости мочекаменной болезнью и других урологических заболеваний.

Данное исследование подчеркивает необходимость углубленного изучения влияния экологических факторов на здоровье населения региона и разработки эффективных профилактических стратегий, направленных на улучшение качества водоснабжения и здоровья населения Муйнакского района.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК В ГРУППАХ РИСКА И РЕАЛЬНАЯ КАРТИНА СКРИНИНГА

Жарылкап Д.А. - резидент-нефролог 1-го года

Бейсахан Б.У. - резидент-нефролог 1-го года

Ертлесова Г.Д. - к.м.н., профессор

Канафина Ш.М. - ассистент

НАО «Медицинский университет Астана» (Астана Казахстан)

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) имеет огромное социально-экономическое значение из-за большой распространённости, проводящая к резкому снижению качества жизни, высокой смертности и необходимости применения дорогостоящих методов заместительной почечной терапии. Современная система здравоохранения требует принципиально новой стратегии в отношении дефиниции и стратификации тяжести хронической почечной патологии, позволяющей существенно замедлить прогрессирование хронических заболеваний почек, снизить риск развития терминальной почечной недостаточности.

Цель исследования. Выявление ранних стадий повреждения почек и факторов риска развития ХБП методом добровольного анкетирования пациентов с определением уровня креатинина в крови экспресс-методом и автоматическим расчетом скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) на основе СКД-ЕРІ формулы.

Материал и методы. Среди различных видов скрининга, включая таргетный, каскадный и универсальный, в рамках нашего исследования был выбран универсальный метод. Скрининг был проведен у 1846 пациентов с факторами риска почечного повреждения на уровне *первичной медико-санитарной помощи* (ПМСП) в городских поликлиниках г. Астана. Исследование проводилось на ручном лабораторном анализаторе Nova Max Pro Creatinine and eGFR для количественного измерения уровня креатинина из цельной капиллярной крови. Анкета включала сведения о возрасте,

гендерной принадлежности, антропометрические данные, включая массу тела и рост, а также уделяла особое внимание коморбидным заболеваниям, таким как артериальная гипертензия, сахарный диабет и болезни системы кровообращения.

Результаты исследования. Анализ данных 1846 пациентов показал следующие результаты: по возрастной структуре наибольшую группу составили пациенты пожилого возраста (60–74 года) – 36% (662 человека), практически столько же участников относились к группе среднего возраста (45–59 лет) – 35% (649 человек), молодые пациенты (18-44 года) составили 24% (443 человека), наименее представленной была группа старческого возраста (старше 75 лет) – 5% (89 человек). По гендерному составу преобладали женщины – 75% (1390 человек), доля мужчин составила 25% (456 человек). По индексу массы тела недостаточный вес был отмечен у 1,6% пациентов (30 человек), нормальный вес имели 29% (527 человек), преобладающая часть пациентов имела избыточный вес – 38% (702 человека). Ожирение I степени зафиксировано у 23% (423 человека), II степени – у 6% (116 человек), а III степени – у 3% (48 человек). Среди всех участников 51% (942 человека) сообщили о наличии артериальной гипертонии, 19% пациентов (354 человек) указали на наличие сахарного диабета, а заболевания системы кровообращения были у 17% (314 человек). При этом не исключается сочетание указанных заболеваний у отдельных пациентов. Стадии ХБП были классифицированы в соответствии с уровнем рСКФ. На

стадии G1 находились 18% участников (335 человек), на стадии G2 – 56% (1042 человека), стадия G3a была выявлена у 21% пациентов (396 человек), стадия G3b – у 3% (63 человека), стадия G4 диагностирована у 0,3% (6 человек), а терминальная стадия G5 – у 0,2% (4 человека).

Выводы. Таким образом, скрининговая диагностика ранних стадий хронической болезни почек (ХБП) на уровне первичной медико-санитарной помощи

продемонстрировала свою высокую эффективность (из 1846 пациентов у 25% (469 человек) выявлена ХБП 3-5 стадий. Этот подход доказал важность своевременного выявления патологии для оперативного начала нефропротективной терапии, что в свою очередь способствует замедлению прогрессирования заболевания и увеличению длительности додиализного периода, улучшая качество жизни пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ МОНОКЛОНАЛЬНОЙ ГАММАПАТИИ РЕНАЛЬНОГО ЗНАЧЕНИЯ

Жумасилова М.Е. - резидент-нефролог 1-го года

Ерсайнова А.Е. - резидент-нефролог 1-го года

Ертлесова Г.Д. - к.м.н., доцент

НАО «Медицинский Университет Астана», (Астана, Казахстан)

Садыкова Ш.А. - врач-нефролог

ТОО «ННОЦ»

Введение: Моноклональная гаммапатия (МГ) обусловлена пролиферацией плазматических клеток, при котором в крови обнаруживается аномальное количество моноклональных антител (иммуноглобулинов). МГ может быть ассоциирована с рядом заболеваний, таких как множественная миелома, амилоидоз и другие, и в некоторых случаях может вызывать поражение почек.

Актуальность: Поражение почек при МГ принимают различные формы, включая амилоидоз, моноклональную гломерулопатию и другие нефропатии, связанные с депозицией моноклональных иммуноглобулинов. Проблема поражения почек при МГ становится все более актуальной в связи с увеличением заболеваемости и развитием новых методов диагностики, позволяющих выявлять изменения на ранних стадиях.

Цель: раннее выявление поражений почек при моноклональных гаммапатиях, успешное лечение и замедление прогрессирования почечной недостаточности.

Материалы и методы: Мужчина 66 лет. Жалобы на слабость, онемение, покалывание, колющие боли в подушечках пальцев обеих рук, наличие узелков на ладонной поверхности, одышку при физической нагрузке, учащенное мочеиспускание, никтuriю, повышение АД до 140/90 мм рт.ст. Синдром артериальной гипертензии впервые выявлен около 10 лет назад. Последнее ухудшение с 28 октября 2024 г. Терапевтом назначены без особого эффекта: мильгамма 2 мл в/м в течение 10 дней, мелбек 1,5 мл в/м 1 раз в течение 6 дней, нейромультивит по 1 таб. 2 р в течение 14 дней, нимесил по 1 пак. в течение 10 дней, стопресс инда 4 мг/1,25 мг по ½ таб. Проведены обследования: РФ от 31.10.24: < 8,94 Вд/мл. АЦЦП от 31.10.24: < 8 МЕ/мл. 05.12.24 - функция почек удовлетворительная (креатинин - 93,32 ммоль/л, мочевина - 5,15 ммоль/л). Рентгенограмма обеих кистей в прямой проекции от 09.12.24: Рентген-признаки остеоартроза межфаланговых суставов 1-2 стадии (по Келлгрэну-Лоуренсу). Консультирован рев-

матологом от 17.01.25: "Другой уточненный артроз. Онконастороженность". Пациент получал НВС: артоксан 20 мг, напроф 550 мг, ингибиторы протонной помпы: омепразол 20 мг 2 р, а также мидокалм 150 мг и трентал по 1 таб. 3 р., никотиновая кислота 2 мл в течение 10 дней.

Анамнез жизни: В 1980-1990 гг. страдал псориазом.

В анализах крови: анемия тяжелой степени тяжести (г-61г/л, эр-2,02/л), тромбоцитопения (тр-105/л), лейкоцитоз (11,7/л). АНФ от 15.01.25: < 1:80. КФК от 15.01.25: 73,2 Ед/л. ЛДГ от 15.01.25: 214,84 Ед/л. Прокальцитонин от 15.01.25: 0,48 нг/мл. Иммунофиксация крови от 18.01.25: обнаружен парапротеин, представленный свободной цепью Lambda, концентрация которого составляет 1,45 г/л (2,1%) от общего количества белка. Белок в моче от 10.01.25: протеинурия (2,186 г/л). Белок Бенс-Джонса от 20.01.25: при иммунофиксации мочи обнаружен парапротеин, представленный свободной и легкой цепью Lambda, количество которого составляет 2,20 г/сут.

В связи с подозрением на БПГН, ОТИН и моноклональную гаммапатию, была проведена индукционная терапия ГКС 1000мг в течение 3-х дней. Проводилась трансфузия компонентов крови 6 раз. Также во время госпитализации наблюдался интоксикационный синдром (повышение температуры тела,

прирост СРБ). Проведена антибактериальная терапия: цефтриаксон по 1г 2 р, затем по чувствительности был назначен левофлоксацин. Гистологическое исследование: Сочетанная моноклональная гаммапатия почечного значения (MGRS/Lambda): 1) LCCN/2: Диффузная выраженная цилиндровая нефропатия Bence Jones' (Lambda). 2) LCDD/2: Диффузное не амилоидное отложение легкой цепи Lambda во всех базальных мембранах ткани почки. Критерии хронизации: умеренный артериосклероз; без гломерулосклероза, тубуло-интерстициального фиброза и артериолосклероза. Осмотрен гематологом, для дальнейшего лечения, пациент был переведен в онкогематологическое отделение с диагнозом: Терминальная стадия поражения почек в исходе моноклональной гаммапатии. ХБП С5 А3. СКФ по EPI=6 мл/мин/1,73м². ЗПТ ГД с 17.01.2025.

Выводы: МГ ренального значения — клональная В-клеточная пролиферация, предопухоловое заболевание в сочетании с ХБП, которое требует незамедлительного клон-ориентированного лечения, финальной целью которого является сохранение функции почек и предупреждение прогрессирования клона в сторону опухолевого процесса. На основании результатов исследования целесообразно создание национальных рекомендаций по этой клинической проблеме.

РОЛЬ КЕТОАНАЛОГОВ АМИНОКИСЛОТ В ЗАМЕДЛЕНИИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХБП

Закиров Д.Ф., Зуфаров А.К., Зокирова Г.Д.

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

Хроническая болезнь почек (ХБП) – является серьезной медицинской проблемой, которая оказывает значительное влияние на социально-экономическую ситуацию. Это связано с её высокой распространённостью среди людей (10–

15 % населения), а также с потерей трудоспособности и увеличением смертности, вызванной развитием конечной стадии почечной недостаточности и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), риск которых у пациентов с нару-

шениями функции почек возрастает многократно.

Всемирный уровень смертности среди всех возрастных групп, связанный с ХБП, увеличился на 41,5% с 1990 по 2017 год. Помимо того, что ХБП является одной из ведущих причин смерти, она также заняла 19-е место среди причин потери лет жизни в 2013 году, по сравнению с 36-м местом в 1990 году. Последующие отчёты показывают, что рост ХБП среди причин смерти продолжался, и она заняла 13-е место в 2016 году и 12-е место в 2017 году, при этом прогнозы указывают, что к 2040 году ХБП станет пятой по значимости причиной потери лет жизни на глобальном уровне.

Ведущую роль в терапии ХБП занимает диетотерапия. Цель диетотерапии при ХБП является коррекция белково-энергетической недостаточности (БЭН) и замедления прогрессирования заболеваемости и смертности у больных с почечной патологией.

Известно, что высокое потребление белка вызывает увеличение почечного кровотока и скорости клубочковой фильтрации (СКФ), что приводит к гиперфильтрации в качестве компенсаторного механизма, что является одним из важных компонентов прогрессирования ХБП.

Исходя из вышеизложенного целесообразно включение малобелковой диеты в консервативную терапию больных с ХБП. Назначение малобелковой диеты прежде всего направлено на уменьшение нефросклероза и отдаления срока начала заместительной терапии.

При назначении малобелковой диеты 0,6-0,8 г/кг/массы тела в сутки и особенно низкобелковой диеты 0,3-0,4 г/кг/массы тела, рекомендуется добавление в пищевой рацион Кетостерила (1 таблетка на 5 кг массы тела). Такая стратегия у больных с сахарным диабетом 2-го типа и ХБП 4-5 стадии сопровождается снижением протеинурии, выраженности артериальной гипертензии, замедлением темпа снижения СКФ, задержкой

начала ЗПТ около 1 года без увеличения риска дополнительных случаев смерти или госпитализаций.

Применение Кетостерила вызывает уменьшение симптомов уремии, признаков метаболического ацидоза, способствует снижению гиперфильтрации в клубочках, оказывает положительное влияние на синтез и деградацию белка, фосфорно-кальциевый обмен, улучшает метаболизм глюкозы и инсулиночувствительность. Помимо этого, препарат обладает антиоксидантными свойствами.

Исторически была отмечена важность диетотерапии в качестве первой линии терапии при ХБП, однако широкое применение ЗПТ привело к тому, что данный метод отошёл на второй план. В настоящее время интерес к диетотерапии начал набирать популярность, что подтверждают десятки научных работ по данной теме. Были предложены различные диетические режимы: «классическая» малобелковая диета с содержанием белка 0,6-0,8 г/кг массы в сутки; диета с очень низким содержанием белка – 0,3-0,4 г/кг массы тела в сутки и практически вегетарианские диеты, дополненные либо смесями незаменимых аминокислот или их кетоаналогов (Кетостерил), не содержащими азота.

Дополнение низкобелковой диеты кетоаналогами имеет некоторые преимущества по сравнению с «классической» малобелковой диетой. При достаточной калорийности кетоаналоги могут быть превращены в незаменимые аминокислоты путем рециркуляции мочевины, что обеспечит безопасность более серьезного снижения квоты пищевого белка кроме того, они содержат кальций и способствует связыванию фосфатов, т.е. улучшают фосфорно-кальциевый обмен. Благоприятные метаболические эффекты диет с добавлением кетоаналогов аминокислот были показаны во многих обсервационных исследованиях. Однако в нескольких контролируемых исследованиях с использова-

нием жестких конечных точек результаты были не столь однозначны. Тем не менее, при проведении мета-анализа отношение рисков (снижение на 37%) было в пользу низкобелковой диеты в сочетании с кетоаналогами аминокислот.

В одном исследовании, отмечается клинический опыт применения мало-белковой диеты в сочетании с аналогами кетокислот. Были обследованы больные, получившие «классическую» мало-белковую диету (0,6 г белка на 1 кг массы тела) и малобелковую диету в сочетании с препаратами кето/аминокислот (1 таблетка на 5 кг массы тела в сутки). У пациентов на «классической диете» снижение мышечной массы на 18-20%, по данным биоимпедансометрии, отмечалось в 36,6% случаев, тогда как при добавлении кетоаналогов аминокислот – нет. Кроме того, у больных 1-й группы, получавших малобелковой диеты без применения аминокислот, к концу исследования зарегистрировано увеличение в сыворотке уровня фосфатов и более высокие уровни паратиреоидного гормона, тогда как во 2-й более низкие уровни фактора роста фибробластов-23 и более высокие – морфогенетического белка α -Клото. Повышение уровня α - Клото обу-

словливалось уменьшение частоты кальцификации сердечно-сосудистой системы, а также формирования концентрического ремоделирования миокарда левого желудочка сердца.

Малобелковая и низкобелковая диета с добавлением Кетостерила обычно применяется при ХБП 3-4 стадии. Однако, в последние годы рекомендуется включение дополнительных мер внутренней нутритивной поддержки, в том числе Кетостерила у больных ХБП 2 стадии с нефротическим синдромом с высокой протеинурией (>5 гр/сут).

Дополнительно больным на ЗПТ с целью коррекции БЭН добавление в пищевой рацион Кетостерила, также способствует уменьшению выраженности гиперфосфатемии и снижению уровня ПТГ.

Таким образом, Кетостерил является важным компонентом диетотерапии у больных с ХБП.

Использованы материалы международного симпозиума «Кетоаналоги аминокислот» Франция, Париж 2018г; KDIGO 2024 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE.

ПРОБЛЕМЫ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХБП-5 СТАДИИ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Закиров Д.Ф., Дуржанова М.Х., Зокирова Г.Д.

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

Актуальность: Хроническая болезнь почек (ХБП) – это персистирующее в течение трех месяцев или более поражение органа вследствие действия различных этиологических факторов, анатомической основой которого является процесс замещения нормальных анатомических структур фиброзом, приводящий к его дисфункции. Распространенность ХБП сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как

гипертоническая болезнь и сахарный диабет (СД), а также с ожирением и метаболическим синдромом. Признаки повреждения почек и/или снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) выявляют, как минимум, у каждого десятого представителя общей популяции. Анемия является одним из частых проявлений ХБП. Она связана с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Частота раз-

вития анемии возрастает на каждой стадии ХБП, составляет на 1-ой стадии 8,4%, 2-ой стадии-12,2%, 3-ой стадии- 17,4%, 4-ой стадии- 50,3% и 5-ой стадии- 83,7%. У пациентов на программном гемодиализе анемия развивается в 94,5% случаев.

Цель исследования: Оценка основных проблем при коррекции анемии у больных ХБП-5 стадии на хроническом гемодиализе и оптимизация лечения.

Материалы исследования: 96 больных ХБП V стадии, получающих программный гемодиализ на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нефрологии и трансплантации почек (РСНПМЦНиТП). Мужчины – 64 (66,67%), женщины – 32 (33,3%). Средний возраст составил $54,52 \pm 12,99$ лет. Средний стаж программного гемодиализа составил $25,63 \pm 21,01$ месяца. Средний уровень креатинина крови составил $675,61 \pm 223,17$ мкмоль/л. Средний уровень мочевины – $25,60 \pm 15,38$ ммоль/л. СКФ: в среднем - 7,8 мл/мин/1,73 м² (формуле СКД-ЕРІ). Все больные получали эритропоз стимулирующие агенты (ЭСА) и препараты парентерального железа в зависимости от уровня ферритина и железа сыворотки.

У всех больных определяли гемоглобин, количество эритроцитов, железо сыворотки, ферритин и С-реактивный белок (СРБ).

Определение частоты встречаемости анемии у больных на хроническом гемодиализе среди 96 пациентов. Самый опасный уровень гемоглобина – 45 г/л. В среднем уровень гемоглобина составил – 97,08 г/л. Степени анемии у больных на хроническом гемодиализе: легкая степень – 46%, средняя степень – 48%, тяжелая степень – 6%.

Анализ результатов исследований показали, средний уровень ферритина - 1362,29 ng/mL (норма 120-250 ng/mL), средний показатель железа сыворотки - 11,9 мкмоль/л (норма 11-27 мкмоль/л),

средний показатель СРБ- 25 мг/л (норма – менее 5 мг/л).

Высокий уровень ферритина у больных на хроническом гемодиализе свидетельствует о наличии воспалительного процесса, что подтверждается повышенным уровнем СРБ.

Среди 96 пациентов все получали ЭСА в качестве терапии анемии, 36 пациентов у которых уровень ферритина была в пределах норма или ниже, дополнительно получали препараты железа парентерально. У группы пациентов получающих ЭСА + препараты железа в период наблюдения в течении трех месяцев повышение уровня гемоглобина в среднем до 90 - 95 г/л, а у больных, которые получали только ЭСА до 75-80 г/л

Как известно, основная причина малоэффективности ЭСА, несмотря на высокий уровень ферритина, является повышенная продукция гепсидина, на фоне хронического воспалительного процесса, который ограничивает доступность железа для эритропоза. В такой ситуации дополнительное назначение препаратов железа не рекомендуется.

В 2019 году Уильям Келин из Гарвардского университета, Питер Рэтклиф из Оксфордского университета и Грегг Семенца из Университета Джона Хопкинса получили Нобелевскую премию по физиологии или медицине за открытие тайны гипоксического сигнала. Полученные данные о значении индуцируемого гипоксией фактора (HIF) как фактора транскрипции, с помощью которого эритропозин индуцируется на транскрипционном уровне при гипоксии, позволили разработать класс препаратов для лечения анемии в качестве альтернативы ЭСА. Гидроксилирование HIF осуществляется ферментом пролилгидроксилазой (PH).

Одним из подходов к решению проблемы резистентности к ЭСА и развития осложнений на фоне их применения у пациентов с ХБП и анемией может быть использование нового класса лекар-

ственных средств – ингибиторов HIF – РН.

Механизм действия ингибиторов HIF-РН осуществляется путем стабилизации комплекса HIF и стимуляции выработки эндогенного эритропоэтина. Ингибиторы HIF – РН имитируют условия гипоксии при нормоксии, опосредуют системные адаптивные реакции, что приводит к повышению экспрессии генов, обеспечивающих адаптацию клетки к гипоксии, стимуляцию эритропоэза и нормализации обмена железа.

В настоящее время на фармацевтическом рынке представлены несколько различных препаратов из класса ингибиторов HIF-РН. Ингибиторы HIF-РН-но-

вый класс препаратов для перорального приема, с простым методом дозирования. Эти препараты хорошо переносятся, а возможные нежелательные явления в исследованиях соответствовали уровню плацебо. Ингибиторы HIF-РН обладают рядом потенциальных преимуществ, таких как эффективное снижение уровня гепсидина, увеличение мобилизации внутренних запасов железа, хорошая эффективность независимо от воспаления и снижение уровня холестерина.

В перспективе применение ингибиторов HIF-РН должно позволить решить вопрос лечения анемии у больных с резистентностью к ЭСА.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИН СУКЦИНАТА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Ибинхужаев Э.Т., Азизов С.К., Рахимова Н.С.

Республиканский научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почек (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность проблемы: В настоящее время диабетическая нефропатия является одной из наиболее частых причин развития терминальной хронической почечной недостаточности и резко снижает общую и сердечно-сосудистую выживаемость больных сахарным диабетом. Необходимость применения дорогостоящих методов заместительной почечной терапии для лечения больных, находящихся в терминальной стадии ДН, а также социальной адаптации делает проблему значимой не только в медицинском, но и в социально-экономическом аспекте.

Цель: Изучить эффективность препарата «Этилметилгидроксипиридинсукцинат» в комплексной терапии у больных с диабетической нефропатией.

Материалы и методы: В исследовании были включены 40 больных с клинически установленным диагнозом «Диабетическая нефропатия» (ДН).

Больные находились на стационарном лечении в отделении нефрологии на базе много профильной клиники ТМА в период с сентября 2019 года по декабрь 2020 года в течении 10 дней и последующим амбулаторным наблюдением в течении 1 месяца. Для оценки эффективности проводимой антиоксидантной терапии использовались: динамика субъективных и объективных симптомов болезни, общепринятые клинико-биохимические параметры (мочевина, креатинин, калий, остаточный азот, липидный спектр, СКФ). Комплексное лечение включало: в ходе исследования получали сходные дозы «этилметилгидроксипиридинсукцината», один раз в день в течении 10 дней и последующим амбулаторным таблеттированным наблюдением. Побочных эффектов от проводимой терапии не наблюдалось.

Результаты: Как показали результаты исследования, у всех больных диа-

бетической нефропатией имелось выраженное нарушение в сосудистой стенке, что определялось снижением СКФ ниже 55 ммоль/л и проявлялось в повышении мочевины и креатинина, с одновременным повышением протеинурии выше нормы. После десятидневного курса стандартной терапии у больных, получавших «этилметилгидроксипиридин сукцинат», обнаружена положительная динамика этих параметров: улучшилась эндотелиальная функция сосудов, снизилось сосудистая проницаемость, снизилось параметры мочевины от $13,6 \pm 2,2$ ммоль/л до $9,6 \pm 1,2$ ммоль/л ($p < 0,05$), при этом креатинин тоже снизился от $197,4 \pm 5,2$ мкмоль/л до $157 \pm 1,2$ % ($p < 0,05$), значение СКФ поднялся от $30,41 \pm 2,4$ мл/мин/ $1,73\text{м}^3$ до $40,1 \pm 3,1$ мл/мин/ $1,73\text{м}^3$ уровень протеинурии от $4,28 \pm 2,2$ г/л до $1,16 \pm 0,8$ г/л ($p < 0,05$), снизился уровень общего холестерина от 6.8 ± 1.2 ммоль/л до 4.4 ± 0.6 ммоль/л

($p < 0,05$), сравнении со значениями до начала лечения.

Выводы: На основании полученных результатов сделаны следующие выводы:

1. У всех больных с ДН имеется высокая проницаемость сосудистой стенки, что выражается в повышении протеинурии и количества остаточного азота и креатинина.

2. При использовании в комплексной терапии этилметилгидроксипиридин сукцината в течении 1 месяца у больных с ДН отмечается улучшение проницаемости сосудов что проявляется снижением протеинурии, мочевины, креатинина, СКФ до субнормального уровня, что может свидетельствовать об улучшении эндотелиальной функции почек.

3. Кроме этого при использовании препарата этилметилгидроксипиридин сукцината отмечается снижения уровень общего холестерина.

ГИПОВИТОМИНОЗ Д У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Ибрагимова Н. С.¹, Даминова К.М.², Хасанов А.А.², Хусанходжаева Ф.Т.²

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

Ташкентский государственный стоматологический институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сахарный диабет (СД) является одним из наиболее опасных и социально значимых неинфекционных заболеваний во всем мире. По данным международных исследований, наиболее часто диабетическая нефропатия (ДН) с развитием хронической почечной недостаточности формируется спустя 20-30 лет от момента установки диагноза СД. У больных с СД 2 типа она наблюдается в 45-50% случаев. В современной литературе встречаются данные о том, что витамина D способен предотвращать развитие

многих аутоиммунных и атопических заболеваний, таких как рассеянный склероз, ревматоидный артрит, инсулин-зависимый СД, болезнь Крона и неспецифический язвенный колит. Таким образом, вышеизложенное является убедительным доказательством актуальности проведения клинического исследования по изучению роли уровня витамина D у больных ДН.

Цель работы: Изучить статус витамина D у больных с СД и ХБП.

Материалы и методы: С целью изучения уровня витамина D у больных с СД и ХБП нами было обследовано 87 па-

циентов в возрасте от 18 до 69 лет (средний возраст $50,1 \pm 0,7$ года), страдающих СД и имеющих признаки ХБП, а также 20 практически здоровых добровольцев в возрасте от 23 до 59 лет (средний возраст $41 \pm 2,1$ года). Из них: женщин ($n=64$) и мужчин ($n=23$). Всем больным кроме общеклинических, лабораторных и инструментальных исследований было исследовано состояния витамина Д в крови.

Результаты: Определение тяжести течения ХБП у пациентов с СД после расчета СКФ с помощью калькулятора СКД-ЕРІ показало, что у $60,3 \pm 3,1\%$ больных СД была обнаружена вторая стадия ХБП (средняя СКФ $74,5 \pm 8,29$ мкмоль/л). Первую стадию ХБП имели $13,6 \pm 2,2\%$ обследованных (средняя СКФ $97,9 \pm 7,69$ мкмоль/л). Таким образом, удельный вес больных СД, имеющих ХБП 1-2 стадий, составил $73,9\%$. Умеренно сниженная функция почек (3а стадия) выявлена у $21,5 \pm 2,6\%$, а существенно сниженная (3б стадия) – у $4,6 \pm 1,2\%$ пациентов. Недостаточность витамина Д у пациентов с впервые выявленным СД диагностиро-

вана в $28,9\%$, дефицит – в $67,9\%$, нормальный уровень – в $3,2\%$ случаев. У длительно болеющих СД нормальный уровень витамина Д не был выявлен, недостаточность обнаружена у $26,1\%$, дефицит – у $73,9\%$ пациентов. Аналогичные показатели регистрировались в группе сравнения: недостаточность 25(ОН)D имели $28,3\%$ испытуемых, дефицит – у $71,7\%$, нормальный уровень не отмечался. Тенденция к формированию витамин Д-дефицита у больных с СД начинала проследиваться уже на 1-й стадии ХБП и становилась явной на 2-3а стадиях.

Выводы: Витамин Д-недостаточность/дефицит имели 97% исследованных пациентов с СД. У лиц с СД и витамин Д-недостаточностью/дефицитом показатели почечной функции значимо ниже, чем у лиц с нормальным уровнем витамина Д в крови, что диктует необходимость контроля показателя 25(ОН)D в сыворотке крови у таких больных.

Ключевые слова: Диабетическая нефропатия, сахарный диабет, ХБП, витамин Д.

РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОЧЕЧНОГО РЕЗЕРВА В ПРОГНОЗЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ХБП

Иванов Д.Д., Гоженко А.И.

*Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца (Киев Украина)
Государственное предприятие Украинский научно-исследовательский институт медицины транспорта МОЗ Украины (Одесса, Украина)*

Актуальность проблемы. Рекомендации KDIGO определяют два критерия для оценки стадии и прогноза ХБП: рСКФ и соотношение альбумин/креатинин (САК) мочи. Вместе с тем, существует немало факторов, которые существенно дополняют риски течения ХБП. К ним, прежде всего, следует отнести величину артериального давления и функциональный почечный резерв, который отражает имеющуюся компенсаторную возможность почек ис-

ходя из количества живых нефронов отвечать на внешние раздражители.

Цель работы: охарактеризовать значимость функционального почечного резерва (ФПР) в прогнозе эффективности лечения ХБП и возможном ее исходе.

Материалы и методы. Работа представляет собой ретроспективное продолжающееся открытое исследование, суммирующее ежегодный анализ клинических данных в их сопоставлении с 4 критериями, а именно: рШКФ (ЕРІ),

САК мочи, уровня артериального давления и величины ФПР. Последний определяется в нагрузочной пробе с 0.45-0.5% раствором натрия хлорида, разработанной авторами.

Результаты. 1. Адаптивные механизмы при повреждении нефронов.

Снижение фильтрации в поврежденных нефронах может быть адаптивной реакцией организма, направленной на уменьшение нагрузки на канальцы и предотвращение потерь электролитов. Однако при недостаточности компенсации активируется юкстагломерулярный аппарат, стимулируя выработку ренина и активацию РААС. Это приводит к сужению артериол, снижению почечного кровотока и риску ишемии.

2. Функциональный почечный резерв и его значение.

Методика оценки ФПР – доступный и точный инструмент диагностики, позволяющий выявлять ранние стадии хронической болезни почек до появления симптомов. Он помогает оценивать степень повреждения проксимальных канальцев и прогнозировать развитие почечной недостаточности, включая состояние после трансплантации.

3. Алгоритм терапии на основе расчёта рСКФ и ФПР.

- При гиперфильтрации и нормальном артериальном давлении – назначение блокаторов РААС в малых дозах на ночь.

- СКФ 90-60 мл/мин/м² и ФПР более 10% – возможно комбинированное применение ИАПФ и БРА при выраженной протеинурии, но с контролем калия и креатинина.

- СКФ <60 мл/мин/м² – комбинация ИАПФ и БРА противопоказана из-за риска осложнений, но сочетание с антагонистами минералокортикоидных рецепторов, иНЗКТГ2 и АР ГПП 1 остается целесообразным при ФПР более 10%.

- СКФ <60 мл/мин/м² и ФПР менее 10% - оцените необходимость использования глюкокортикоидом в стороны их

отмены при гломерулонефритах, сделайте упор на биологическую терапию.

- СКФ <30 мл/мин/м² и ФПР более 10% - осторожно применяйте комбинацию иРААС, иНЗКТГ2 и АР ГПП1.

- СКФ <30 мл/мин/м² и ФПР менее 10% рассмотрите возможность лишь одного из представителей блокаторов РААС.

Ключевые аспекты мониторинга

- Контроль уровня креатинина и мочевины каждые две недели при комбинированной терапии и ФПР менее 10%.

- Коррекция терапии в зависимости от динамики показателей ФПР.

Индивидуальный подход к лечению

- Учет изменений ионорегулирующей функции почек при проведении водно-солевого тестирования.

- Коррекция терапии с целью минимизации повреждений нефронов и замедления прогрессирования заболевания.

Выводы:

1. Определение ФПР важно для обоснования необходимости ренопротекторной терапии (иРААС, иНЗКТГ2/АР ГПП1). Если при их назначении СКФ снижается, почки работают в режиме гиперфильтрации; если изменений нет – терапия ориентирована на сердечно-сосудистые показания или диабет.

2. Водно-солевая проба является оптимальным методом определения почечного резерва, поскольку натрий является ключевым элементом первичной гомеостатической регуляции почек.

3. При отсутствии ФПР и невозможности назначения ренопротекторной терапии перспективны современные нестероидные антиминералокортикоидные рецепторные антагонисты (АМР) и агонисты GLP-1 для сохранения остаточной функции почек, а при показаниях (высокие значения САК) – биологическая терапия.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 4 СТАДИИ

Игамбердиева Р.Ш.¹, Абдуллаев Ш.С.^{1,2}

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

Актуальность. Комплексная оценка коморбидного статуса и подбор безопасных антикоагулянтов являются ключевыми аспектами в лечении фибрилляции предсердий (ФП) и профилактике осложнений. Особенно это важно для пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) 4 стадии, у которых повышен риск как тромбоемболических, так и геморрагических осложнений.

Цель исследования. Оптимизировать выбор антикоагулянтной терапии при коморбидном течении фибрилляции предсердий и хронической болезни почек (ХБП) 4 стадии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 327 пациентов с ФП и скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) 15-29 мл/мин/1,73 м². Пациенты были разделены на две группы: группа ривароксабана (n=219) – получали ривароксабан в дозе 15 мг; группа варфарина (n=108) – доза подбиралась индивидуально по показателям международного нормализованного отношения (МНО). Оценка рисков тромбоемболических осложнений (ТЭО) проводилась по шкале CHA₂DS₂-VASc в группе ривароксабана средний балл составил 4,7 балла, а в группе варфарина он был равен 4,8 баллам (p=0,58). Также проводилась оценка риска геморрагических осложнений по шкале HAS-BLED, где средний балл составил 3,1 балла и 3,2 балла, соответственно, (p=0,6).

Результаты. Во время исследования наблюдались смертельные исходы

среди пациентов с ФП и ХБП 4 стадии в обеих группах (p=0,78). Тромбоемболические осложнения в виде острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) чаще наблюдались в группе варфарина 5,5% по сравнению с группой ривароксабана 1,4% (p=0,25), тогда как инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия встречались чаще в группе ривароксабана 6,8% против 2,8% (p=0,66). Количество всех клинически значимых геморрагических осложнений почти в 3 раза больше превалировала у пациентов принимавших варфарин 27,8% по сравнению с группой ривароксабана 10,9% (p=0,03). Несмотря на то, что время в терапевтическом диапазоне >70% был достигнут у 94% пациентов, риск кровотечений в группе варфарина оставался выше. Большие кровотечения наблюдались в группе варфарина 8,3% случаев, а в группе ривароксабана в 2,7% случаях (p=0,32); клинически значимые малые кровотечения 19,4% против 8,2% случаев (p=0,06); малые кровотечения 61,1% и 36,9% (p=0,01), соответственно.

Заключение. Существенных различий по частоте встречаемости тромбоемболических осложнений и количеству смертельных исходов между обеими группами пациентов не выявлено. Однако пациенты, принимавшие ривароксабан, имели статистически значимые преимущества по безопасности, так как риск геморрагических осложнений был достоверно ниже по сравнению с варфарином.

МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

Игамбердиева Р.Ш.¹, Абдуллаев Ш.С.^{1,2}

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

Актуальность. Деформация левого предсердия (ЛП) является предиктором эффективности радиочастотной абляции (РЧА) при лечении фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) приводит к развитию постабляционной дисфункции ЛП с угнетением всех компонентов деформации, что может являться причиной развития пароксизмов предсердных тахикардий и тромбообразования в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования. Оценить динамические изменения предсердий у пациентов с ФП и ХБП III стадии после РЧА.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 114 пациентов с ФП и ХБП III стадии (скорость клубочковой фильтрации 59-30 мл/мин/1.73м²), которые были разделены по форме ФП на следующие группы: пароксизмальная ФП (n=80, ФП_{пар}) и персистирующая ФП (n=34, ФП_{пер}). Всем пациентам была проведена РЧА. Для мониторинга деформации обеих предсердий всем пациентам выполнялась трансторакальная эхокардиография (до РЧА, через 72 часа, через 3 месяца, через год) на фоне синусового ритма. Во время исследования оценивались резервуарная функция левого предсердия (РФЛП), проводниковая функция левого предсердия (ПФЛП), сократительная функция левого предсердия (СФЛП), пиковая продольная деформация правого предсердия (ПДПП).

Результаты. В начале исследования показатели пациентов обеих групп ФП_{пар} и ФП_{пер} были статистически сопоставимы: РФЛП 27,0±4,6% против 21,1±4,9% (p=0,047); ПФЛП 17,2±5,5% против 16,2±4,7% (p=0,58); СФЛП 9,9±4,1% против 7,6±2,7% (p=0,056); ПДПП 28,2±5,6% против 27,8±6,9% (p=0,82). В группе ФП_{пар} после проведе-

ния РЧА через 3 дня статистически значимо снижались функции ЛП: РФЛП 20,7±3,9% (p<0,001), ПФЛП 11,9±3,1% (p<0,001), СФЛП 7,83±3,4 (p<0,001) и увеличивалась ПДПП 31,1±6,5% (p=0,021). Через 3 месяца статистически значимо увеличилась РФЛП 26,6±4,3% (p<0,001), ПФЛП 16,7±4,3% (p<0,001), НФЛП 9,9±4,1% (p=0,004). Через год РФЛП составила 26,2±5,7% (p<0,001), ПФЛП 16,8±5,0% (p<0,001), СФЛП 9,5±3,6% (p=0,003), что было статистически значимо выше чем в раннем послеоперационном периоде. ПДПП через год была статистически значимо выше, чем до РЧА 33,6±6,27% (p<0,001). У пациентов с ФП_{пер} после проведения РЧА статистически значимо угнетались функции ЛП: РФЛП 19,0±4,3% (p<0,001), ПФЛП 14,0±3,9% (p<0,001), СФЛП 5,3±2,6% (p=0,001). Через 3 месяца статистически значимо усилилась РФЛП 23,8±4,1% (p<0,001), ПФЛП 16,5±3,2% (p<0,001), СФЛП 7,2±2,2% (p=0,003). Через год РФЛП 25,1±3,7% (p<0,001), ПФЛП 16,5±3,2% (p=0,001), СФЛП 8,6±2,7% (p=0,008), что было статистически значимо выше чем в раннем послеоперационном периоде. ПДПП через год составила 31,7±6,2% (p=0,03), что было статистически значимо выше, чем до РЧА.

Выводы. В раннем послеоперационном периоде после РЧА отмечается угнетение резервуарной, проводниковой и сократительной функции ЛП, при этом пиковая продольная деформация ПП усиливается. Восстановление деформации ЛП отмечается через 3 месяца после РЧА, а также сохраняется в течении года. Пиковая продольная деформация ПП через год статистически значимо выше по сравнению с дооперационным и 3-месячным этапом.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ПАТОЛОГИЯ ПОЧЕК

Исламова М.С., Сабиров М.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт (Ташкент, Узбекистан)

Эндотелиальная дисфункция (ЭД) характеризуется изменением в работе эндотелия в сторону уменьшения вазодилатации и преобладания вазоконстрикции. Нарушение функции эндотелия также является одним из универсальных механизмов патогенеза многих заболеваний, в том числе и таких, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, гломерулонефрит. Эндотелиальная дисфункция и её роль в повреждении сосудов и почек представляется важным звеном в сердечно-сосудистом континууме. Современные данные убедительно демонстрируют, что альбуминурия является не только маркером вовлечения в патологический процесс почек, но и точно отражает, как степень генерализованного поражения микрососудов, так и степень суммарного риска развития осложнений и неблагоприятных исходов. Увеличение гломерулярного давления может играть значимую роль в возникновении протеинурии, которая способствует повреждению на уровне канальцев и интерстиция. Понятие протеинурии включает много различных веществ способных активировать канальцевые клетки, включая цитокины, факторы роста, металлопротеины, которые могут приводить к образованию оксидантов, и компоненты компонента, которые могут быть активированы в моче. Цитокины, образовавшиеся в клубочке, могут покидать его также через окологломерулярные капилляры, где тоже оказывают свое действие.

Цель исследования: исследование ЭД с помощью клинико-лабораторных и инструментальных методов.

Материалы и методы: нами было проведено обследование 75 больных с ожирением, которое включало клинико-лабораторное (анализ липидограммы, инсулина крови, мочевой кислоты, уровень гомоцистеина, уровень альбуминурии и инструментальное (оценка сосудо-

двигательной функции эндотелия на ультразвуковом аппарате.

Результаты: У всех пациентов присутствовало абдоминальное ожирение. Отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ) составляло в среднем 0,95. Индекс массы тела в среднем составлял 35,8. Анализ липидного спектра показал умеренную и высокую степени атерогенности: уровень общего холестерина (ХС) составлял в среднем 6,76 ммоль/л, триглицериды 2,64 ммоль/л, ХС ЛПВП 1,15 ммоль/л, ХС ЛПНП 3,93 ммоль/л, индекс атерогенности - 4,62. Уровень инсулина крови - в среднем 19,5 мЕ/л, (у 53% превышал норму). Уровень мочевой кислоты у женщин составлял в среднем 396,0 мкмоль/л, то есть был повышен в 100% случаев. Уровень гомоцистеина плазмы в среднем составлял 15,28 мкмоль/л, (повышен у 36% пациентов). Повышение уровня альбуминурии было выявлено у 62%, что коррелировало с ЭД у данной группы 42 пациентов при проведении пробы с реактивной гиперемией и, косвенно, с уровнем гомоцистеина плазмы. У 51,2% пациентов показатель прироста составлял < 10 %, что несомненно свидетельствует о развитии эндотелиальной дисфункции.

Заключение: ЭД и ожирение являются тесно ассоциированными состояниями и формируют порочный круг, приводящий к метаболическим и кардиоваскулярным состояниям. Альбуминурия при большинстве патологических условий связана с нарушением капиллярной стенки клубочка, с транскпиллярной потерей альбумина. Соответственно можно утверждать, что эндотелиальная дисфункция сопутствует или способствует альбуминурии. Дальнейшее изучение этих проблем позволит уточнить клинические особенности и оценить распространенность эндотелиальной дисфункции и её роль в развитии патологии почек.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ ДИАЛИЗ ОЛДИ БОСҚИЧЛАРИДА ФЕТУИН-А ДАРАЖАСИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИ

Йулдошев Т.Р.¹, Тошпулатов Ш.П.²

*Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали мустақил изланувчиси
(Термиз, Ўзбекистон)*

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

Сурункали буйрак касаллиги (СБК) мустақил нозология сифатида шаклланган экан, унинг этиологик негизи турлича бўлганлиги туфайли, айниқса сўнги терминал босқичларига борган сайин кечиши ва оқибатлари хилма-хиллашиб боради. Масалан, кимдади СБК нинг консерватив ёки диализ олди босқичлари 5-10 йиллаб давом этса, яна кимдадир касаликнинг эрта босқичлари бир-икки қайта ўтказилган ёндош касалликлар негизида бир неча ойда касалликнинг терминал босқичига ўтиб кетади. Бир ҳолатда СБК 5-босқичида тўсатдан анурия ривожланиб бемор гиперкалиемиядан вафот этса, яна кимдир бу босқичда буйрак ўринбосар терапияларини бошламай бир неча ойлаб юраверади. Бу жиҳатларга ҳозирча клиник амалиётда кенг қўламда қўллаб келинаётган буйрак шикастланиши маркерлари, яллиғланиш медиаторлари ва ҳаттоки цитокин механизмлари ҳам етарлича изоҳ беролмаяпти. Шунинг учун, соҳада сурункали буйрак касаллигини замонавий биомаркерлар билан ташхислаш, касаллик кечиши ва оқибатларининг шаклланишида уларни ўрнини баҳолаш бўйича изланишларни олиб бориш зарурлигини тақозо этмоқда.

Тадқиқот мақсади.

Сурункали буйрак касаллигининг турли босқичларида беморларнинг қон зардобиди янги биомаркер фетуин-А даражасини аниқлаш ва таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун Миллий тиббиёт маркази нефроло-

гия бўлимида даволанаётган турли генезли нефропатиялар натижасида ривожланган 69 нафар СБК беморлари олинди. Тадқиқотга олинган барча беморлар буйрак дисфункцияси кўрсаткичларига асосланган ҳолда СБКнинг С2 (n-18), С3А (n-13), С3Б (n-17) ва С4 (n-21) босқичлари бўйича тадқиқот гуруҳларга ажратилди. Уларнинг қон зардобиди фетуин-А даражаси (N – фетуин-А 653-972 мкг/мл.) аниқланди. Олинган натижалар статистик таҳлил қилинди.

Натижалар ва уларни муҳокама маси.

Олинган натижаларга кўра, Фетуин-А ўртача қийматда қон зардобиди С2-гуруҳда $657,46 \pm 23,7$ мкг/мл; С3А-гуруҳда $623,4 \pm 27,9$ мкг/мл; С3Б-гуруҳда $589,63 \pm 29,5$ мкг/мл ва С4-гуруҳда $557,26 \pm 21,5$ мкг/мл даражага эга эканлиги аниқланди. Натижалар С2-гуруҳга нисбатан таққосланганида С3А ва С3Б-гуруҳларда қийматларни ишончсиз, шунингдек С4-гуруҳ беморларида эса кам ишончли ($p < 0,05$) даражада бўлсада пассив кузатилди.

Хулосалар:

Сурункали буйрак касаллиги эрта босқичларидан бошлаб қон зардобиди фетуин-А даражаси камайиб боради ва у касаллик авж олиб чуқурлашиб боргани сайин қон зардобиди фетуин-А даражаси ишончли пасаяди. Сурункали буйрак касаллигининг эрта босқичларида касалликни оқибатларини прогноз қилиш зардобиди учун янги биомаркер – фетуин-А даражасини аниқлаш лозим.

SURUNKALI PIYELONEFRIT BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI DAVOLASH XUSUSIYATLARI

Kadirova G.G.

Toshkent pediatriya tibbiyot institute (Toshkent, O'zbekiston)

Muammoning dolzarbligi.

Surunkali piyelonefrit eng ko'p uchraydigan kasalliklardan biri bo'lib, tez-tez qaytalanishlar va ayniqsa yashirin kechishi, ko'p sonli asoratlardan biri bilan mehnat qobiliyatini vaqtincha yo'qotishga, nogironlikka olib keladigan kasallikdir. Keng tarqalishi bilan bir qatorda, ayollar populatsiyasi orasida yuqori kasallanishni qayd etish kerak. Antibakterial dorilarning keng doirasini qo'llashga qaramasdan, mikroorganizmlarning antibakterial preparatlarga chidamliligi rivojlanishi bilan bog'liq savollar mavjud - bu davolashda asosiy muammo. Shu munosabat bilan surunkali piyelonefritli bemorlarni davolash muammosi ichki kasalliklar va nefrologiya sohasidagi asosiy masalalardan biri bo'lib qolmoqda.

Tadqiqot maqsadi. Surunkali piyelonefritli bemorlarni kompleks davolashda furamagdan foydalanish samaradorligini o'rganish.

Materiallar va usullar.

Tadqiqotda 18 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan, o'rtacha yoshi $29 \pm 0,4$ yoshda bo'lgan surunkali piyelonefritli 42 nafar ayol ishtirok etdi. Tadqiqot klinik tadqiqot usullarini (so'rov, anketa, ob'ektiv tekshirish usullari) o'z ichiga oladi. Laboratoriya usullariga umumiy qon va siydik sinovlari, Nechiporenko siydik testi, bakteriologik siydik analizlari, biokimyoviy qon testlari va instrumental (ultratovush) tadqiqot usullari qo'llanildi.

Tadqiqot natijalari.

Bemorlar ikki guruhga bo'lingan: asosiy guruh - 27 bemorga antibakterial terapiya bilan bir qatorda nitrofuran guruhidan dori - furamag kuniga 3 marta 50 mg dozada 10 kun davomida berilgan. Taqqoslash guruhiga tavsiya etilgan dozalarda boshqa an-

tibakterial preparatlar bilan davolangan 15 nafar bemor kiritilgan. Barcha bemorlarga siydik ishqorligini oshirish maqsadida fitoterapiya buyurildi.

Davolash natijasida klinik ko'rsatkichlar, shikoyatlar, ob'ektiv holat ma'lumotlari va laboratoriya ko'rsatkichlari terapiyadan oldin va keyin asosiy va taqqoslash guruhlarida tahlil qilindi. Kasallikning kuchayishi davrida barcha bemorlarda dizuriya, bel sohasida og'riq, tana haroratining ko'tarilishi, massiv leykotsituriya, bakteriuriya, shuningdek, buyraklardagi surunkali yallig'lanish jarayoniga xos bo'lgan ultratovush o'zgarishlari kuzatildi.

Klinik va laboratoriya samaradorligini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, tekshirilgan ikkita guruhda bemorlarning umumiy holatida klinik yaxshilanish kuzatilgan. Shunday qilib, pastki bel og'rig'i birinchi va ikkinchi guruhlarda mos ravishda 85,71% va 92,31% ga kamaydi. Dizuriya kabi ko'rsatkichlar 92,85% va 93,3% ga kamaydi (mos ravishda birinchi va ikkinchi guruhlarda). Leykotsituriya beshinchi kuni 71,43% va 84,62% ga sezilarli darajada kamaydi (mos ravishda birinchi va ikkinchi guruhlarda). Furamagdan foydalangan holda an'anaviy terapiya bilan birgalikda davolanishda eradikatsion terapiya ko'rsatkichlari natijalari an'anaviy davolash guruhiga qaraganda ancha yaxshi bo'ldi (mos ravishda 86,6% va 64,28%).

Xulosa.

Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, furamagni surunkali piyelonefrit bilan og'riq bemorlarga kompleks davolash fonida qo'llash davolashning to'g'ri va samarali usuli hisoblanadi va kasallikning namoyon bo'lishini qisqa vaqt ichida kamaytirish imkonini beradi.

МОНОЦИТАРНЫЙ ХЕМОТАКСИЧЕСКИЙ ПРОТЕИН-1 (MCP-1) КАК МОЛЕКУЛА ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Карабаева Г.Х., Шодикулова Г.З.

Самаркандский государственный медицинский университет (Самарканд, Узбекистан)

Актуальность. Процент распространённости хронической болезни почек (ХБП) обуславливает необходимость поиска различных биомаркеров для диагностики и установки прогноза прогрессирования заболевания. В свою очередь, внимание привлекает моноцитарный хемотаксический протеин-1 (MCP-1), также известный как MCP-1, что является одним из ключевых медиаторов процесса воспалительного характера. Основываясь на литературных и исследовательских данных MCP-1, участвует в привлечении моноцитов, Т-клеток памяти и дендритных клеток в очаги воспаления, что отражает патогенез ХБП и в последующем запускает ряд других цепочек, усложняющих состояние как почек, так остальных систем организма. Для дальнейшего понимания роли MCP-1 в патогенезе патологического процесса, который имеет тенденцию перейти в более грозную форму, необходимы более детальные исследования. Беспрекословно это позволит опередить неблагоприятные исходы и направить лечение в правильное русло.

Цель исследования. Установить роль моноцитарного хемотаксического протеина-1 как одной из ключевых молекул воспаления, участвующих в патогенезе хронической болезни почек.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Самаркандского государственного медицинского университета, кафедры "Внутренние болезни 3". В исследовании приняли участие 45 пациентов с диагностированной хронической болезнью почек (ХБП). Определение концентрации моноцитарного хемотаксического протеина-1 (MCP-1) проводилось путем анализа сыворотки крови и мочи пациентов. Дан-

ные сравнивались с контрольной группой, состоящей из здоровых лиц.

Результаты исследования. В результате проведённого исследования, в отличие от здоровых людей, установлена высокая концентрация моноцитарного хемотаксического протеина-1 (MCP-1) в сыворотке крови и в моче, у больных хронической болезнью почек (ХБП). Рост уровня MCP-1 изменялся пропорционально стадии заболевания, что говорит об его активном участии в прогрессировании ХБП. Развитие воспаления и тубулоинтерстициального фиброза объясняется возрастанием продукции MCP-1 в ответ на повреждение ткани почек. Имеется связь между MCP-1 с другими маркерами воспаления, такими как интерлейкин-6 и фактор некроза опухоли- α , также с маркерами фиброза (фактор роста $\beta 1$). Наглядным примером являются пациенты с хроническим гломерулонефритом, у которых выделение MCP-1 с мочой коррелировала с тяжестью тубулоинтерстициального фиброза. Данные результаты показывают, что MCP-1 отражает степень фиброзных изменений в почках. Стоит подчеркнуть особенности, выявляемые у пациентов с диабетической нефропатией при сахарном диабете второго типа. У представителей данной группы отмечается более высокий уровень MCP-1, что говорит о более худших прогнозах у данных пациентов. Он является важным биомаркером для оценки рисков и прогрессирования диабетической нефропатии. Не стоит упускать из виду показатель скорости клубочковой фильтрации (СКФ), а именно указание на ее снижение и соответствующем прогрессировании почечной недостаточности при повышенной экскреции MCP-1 с мочой. У пациентов с высокими показателями MCP-1 наблю-

дается более агрессивное течение заболевания и быстрое достижение терминальной стадии почечной недостаточности. Однако возможно снижение уровня МСР-1 при проведении противовоспалительной терапии, что сопровождалось замедлением прогрессирования ХБП и снижением выраженности фибротических изменений в почках. Это говорит о том, что МСР-1 может являться терапевтической мишенью.

Выводы. Таким образом, результаты исследования наглядно отображают значимую роль МСР-1 как ключевой молекулы воспаления и фиброза при хронической болезни почек, что делает его перспективным показателем в диагностике и дальнейшем прогнозе, а также потенциальной мишени для терапии.

РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Каримджанова Г.А., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Известно, что ХОБЛ определяется как заболевание с множественными экстрапульмональными системными проявлениями, что способствует развитию целого ряда метаболических сдвигов со стороны органов и систем, создающие условия для усугубления последствий фибрилляции предсердий.

Материалы и методы исследования. Обследовано 110 больных с верифицированным диагнозом ХОБЛ GOLD (2011), которые находились на обследовании и лечении в РСМНПЦТ и МР. В анализируемом контингенте изучены частота и структура факторов риска развития и прогрессирования ФП. Анализировали функцию внешнего дыхания. Больных разделили на две группы: первую группу пациентов составили больные с ХОБЛ с наличием фибрилляции предсердий. Контрольную группу составили пациенты с ХОБЛ без ФП, которые были выбраны из пациентов с ХОБЛ, у которых не было ФП в анамнезе, и были сопоставимы с пациентами с ХОБЛ с ФП по возрасту, полу. Проводили статистический анализ. Дискретные переменные представлены в виде подсчетов и процентов, и их сравнивали между группой основную и контрольную группу с помо-

щью критерия хи-квадрат. Значения $P < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты исследования. Нами проведен анализ частоты и структуры основных факторов риска развития и прогрессирования ХОБЛ у больных с наличием или отсутствием фибрилляции предсердий: Средний возраст пациентов с ХОБЛ и ФП составил 57,3 года. Примерно 50% пациентов с ХОБЛ и ФП были в возрасте > 60 лет. Среди пациентов преобладали мужчины - 69,3% человек. Согласно полученным данным, нами установлено, что у большого процента пациентов с ХОБЛ имеются ФР фибрилляции предсердий, в том числе, сочетание ≥ 3 ФР у 42,6%. Сочетание нескольких ФР ХБП достоверно чаще встречалось у мужчин (98,5% против 78,4%, $p < 0,05$). 80% выявленных ФР являются потенциально модифицируемыми. У пациентов с ХОБЛ с ФП чаще наблюдались сопутствующие заболевания, включая гипертоническую болезнь (68,3% против 46,3%), сахарный диабет 2-го типа (22,8% против 16,5%), дислипидемию (19,5% против 14,7%), нарушения мозгового кровообращения в анамнезе (25,3% против 16,9%), чем пациенты с ХОБЛ без ФП. Выявлены средней силы положи-

тельные корреляции уровня ОХС с возрастом пациентов ($r=+0,48$, $p<0,05$) и тяжестью ХОБЛ ($r=+0,398$, $p<0,05$). Обострение ХОБЛ в анамнезе возникали чаще у пациентов с ХОБЛ с ФП, чем у пациентов с ХОБЛ без ФП. Важное место по частоте заняло наличие системного воспаления, выявленное у 100% пациентов. Выявлена отрицательная корреляция средней силы между величиной ОФВ1 и уровнем СРБ ($r=-0,56$, $p<0,05$), слабая положительная корреляция с частотой обострений ($r=+0,27$, $p=0,045$). Достоверных различий в частоте курения в группах сравнения выявлено не было. Вместе с тем, средние значения ИКЧ были достоверно выше среди больных с частыми обострениями ХОБЛ ($p<0,05$).

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ХСН И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

Каримджанова Г.А., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Фибрилляция предсердий и гипоксия являются усугубляющими факторами прогрессирования ХСН. Кроме того, анализ липидного профиля служит для диагностики гиперхолестеринемии и/или гипертриглицеридемии и потенциально позволяет исключить модифицируемые (вторичные) причины прогрессирования атеросклероза у больных с ХСН.

Цель исследования. Провести анализ нарушений липидного обмена у больных ХСН и фибрилляцией предсердий в сочетании с ХОБЛ.

Пациенты и методы. В исследование включено 74 больных с ХСН и фибрилляцией предсердий в сочетании с ХОБЛ; из них 44 мужчины и 30 женщин в возрасте от 30 до 70 лет (средний возраст – $60,0\pm 7,0$ лет). В исследование не включали больных с обострением ХОБЛ, с острой декомпенсацией сердечной недостаточности и онкологическими заболеваниями. У всех больных

Выводы. У пациентов с ХОБЛ и фибрилляцией предсердий (ФП) отмечается большее количество сопутствующих заболеваний по сравнению с пациентами с ХОБЛ без ФП. После поступления в стационар уровень дыхательной недостаточности у больных ХОБЛ с ФП был выше, чем у пациентов с ХОБЛ без ФП. Взаимосвязь между ФП и коморбидной патологией требует дальнейшего изучения, поскольку пациенты с ХОБЛ и сопутствующей ФП более уязвимы к системному воспалению, а также липидным и углеводным нарушениям, которые не следует игнорировать при ведении данной категории больных.

определяли индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ.

При биохимическом исследовании крови определялись следующие параметры: мочевины, креатинина, остаточный азот, билирубин, трансаминазы, мочевая кислота. Проводилось исследование липидного спектра крови: ХС, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, КА, ТГ.

В зависимости от ИМТ выделяли 2 группы больных: 1-я группа – ХСН и ХОБЛ с синусовым ритмом, 2-я группа – с наличием ФП. Исследуемые группы с синусовым ритмом и с фибрилляцией предсердий были сопоставимы по возрасту, полу, длительности ХОБЛ. Группа контроля состояла из 10 добровольцев с синусовым ритмом и не страдающих ХОБЛ, из них 6 мужчин, 4 женщин в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст – $45,8\pm 13,8$ лет). Статистический анализ проводили с использованием пакета программ Windows.

Результаты. Повышенный уровень общего холестерина был выявлен при ХСН II и ХОБЛ II - у 80% больных, при ХСН II и ХОБЛ III - у 93%, при ХСН II и ХОБЛ IV - у 96%. Частота гиперхолестеринемии была ниже при ХСН II и ХОБЛ II по сравнению с ХСН II и ХОБЛ III и IV ($p < 0,05$). Концентрация триглицеридов была повышена при ХСН II и ХОБЛ II - у 35%, при ХСН II и ХОБЛ III - у 65%, при ХСН II и ХОБЛ III - у 71% пациентов. Частота гипертриглицеридемии также была ниже при ХСН II и ХОБЛ II по сравнению с ХСН II и ХОБЛ III-IV ($p < 0,05$). Содержание холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) было увеличено по сравнению с нормой при ХСН II и ХОБЛ II - у 42%, при ХСН II и ХОБЛ III - у 43% и при ХСН II и ХОБЛ IV - у 55% пациентов. Уровень холестерина липопротеинов высокой плотности был снижен при ХСН II и ХОБЛ II в 25% случаев, при ХСН II и ХОБЛ III в 40% случаев, при ХСН II и ХОБЛ IV в 41% случаев.

Оказалось, что у мужчин нарушения липидного спектра были выражены сильнее. Так, уровень ХС-ЛПВП у них был ниже (соответственно $1,11 \pm 0,03$ и $1,35 \pm 0,04$, $p = 0,002$), а уровень ТГ выше

(соответственно $2,66 \pm 0,26$ и $1,79 \pm 0,12$, $p = 0,002$) по сравнению с женщинами. Кроме того, у курящих концентрация ХС-ЛПВП была ниже по сравнению с некурящими (соответственно $1,18 \pm 0,04$ и $1,32 \pm 0,04$) ($p < 0,05$). Повышенный уровень общего холестерина выявляли при ХСН II и ХОБЛ II - у 80%, при ХСН II и ХОБЛ III - у 93%, при ХСН II и ХОБЛ IV - у 96% пациентов. Частота гиперхолестеринемии была ниже при ХСН II и ХОБЛ II по сравнению с ХСН II и ХОБЛ III-IV ($p < 0,05$).

При проведении корреляционного анализа были получены следующие взаимосвязи. Уровень общего ХС был взаимосвязан с концентрацией альбумина крови ($r = 0,47$ $p < 0,05$), суточной протеинурией ($r = 0,39$ $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, были выявлены достоверные взаимосвязи между показателями липидного обмена, суточной протеинурии и показателями, а также более неблагоприятный липидный профиль у больных ХСН с ХОБЛ и фибрилляцией предсердий по сравнению с больными с синусовым ритмом, причем показатели усугублялись по мере нарастания стадии ХОБЛ в обеих группах.

FEATURES OF THE COURSE OF CLINICAL FORMS OF CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS DEPENDING ON GENDER AND AGE

Kodirova Sh.A., Turdieva T.R.

Tashkent medical academy (Tashkent, Uzbekistan)

Relevance of the problem: Acute nephritis, relatively rare at present, ends in recovery, and chronic glomerulonephritis (CGN) mainly in young people is characterized by steady progression and, by common opinion, is the most common cause of chronic kidney disease (CKD), which determines its medical and social significance. The issues of clinical features in different age groups also remain poorly studied, which is especially important given the demographic aging of the population. According to a number of studies, chronic glomer-

ulonephritis occurs in both men and women, but more often in men (65%: 35%). The disease mainly affects young and middle-aged people (70-90% of cases); among people over 60 years of age, this disease occurs in only 1.1% of cases.

Objective of the study: to study and evaluate the characteristics of the clinical course of chronic glomerulonephritis depending on the gender and age of patients.

Research materials: The medical records of 84 patients with chronic glomerulonephritis who were hospitalized in the

nephrology department of the TMA clinic were studied. Of these, 7 were young (17-20 years old). The remaining patients were 30 women and 47 men, with an average age of 37.6 ± 1.7 years. There were no patients over 60 years old. Upon inclusion in the study, all patients were assessed for complaints, anamnesis data, objective examination, results of clinical laboratory, biochemical and instrumental research methods.

Results of the study: The main clinical form of CGN in men was hypertensive (20-42.5%) cases, nephrotic (18-38.2%) and mixed (6-12.7%). In women, mixed (14-46.6%) and hematuric (8-26.6%) forms were detected, significantly less often among this group of patients, hypertensive (5-16.6%) and nephrotic forms (3-10%) were observed. In young people, the nephrotic form with a relatively mild course (5-71.4%) and hematuric form (2-28.5%) were most often encountered.

Clinical features: the nephrotic form was characterized by: significantly pronounced edema, weakness, loss of appetite, usually normal blood pressure, massive proteinuria in the urine and hypoproteinemia: dysproteinemia, anemia, increased ESR. The main symptoms of the hypertensive form were: intense headaches, dizziness, decreased vision, stabbing pain in the heart, shortness of breath, palpitations, severe arterial hypertension, percussion showed enlargement of the heart borders to the left, ECG showed left ventricular hypertrophy, fundus examination showed hypertensive angiopathy, in the urine - slight proteinuria, microhematuria, decreased urine density.

The hematuric form of CGN was characterized by macrohematuria and persistent microhematuria, minor proteinuria, and normal blood pressure. The mixed form was combined with features of nephrotic and hypertensive forms. The milder course of chronic glomerulonephritis in women can be explained by the influence of estrogens. One of the most important effects of

estrogens is their protective effect on the kidneys, their effect on weakening glomerulosclerosis and tubulointerstitial fibrosis. Thus, estrogens have a nephroprotective effect.

In this regard, women are statistically less likely to have hypertensive and nephrotic forms of the disease. Morphologically, membranoproliferative glomerulonephritis is also more often observed, characterized mainly by nephritic syndrome (causing hematuria). In older people, CGN often remains unrecognized due to decreased reactivity of the body. The disease proceeds monotonously, without pronounced periods of exacerbations and remissions. Edema syndrome in the elderly is not so noticeable. It is often latent and is detected only upon weighing (latent edema). Hypertension syndrome is masked by age-related hypertension. In the younger age group, minimal change disease most often occurs, characterized by nephrotic syndrome with a favorable prognosis.

Conclusions: patients with CGN should be under constant observation by a therapist or nephrologist.

Taking into account the clinical forms, it is recommended:

1. In the hematuric (latent) variant: observation 2 times a year. They study body weight, blood pressure, fundus, general urine analysis, Nechiporenko analysis (for differential diagnostics), electrolytes, urea, blood creatinine, Reberg test, and annually ultrasound of the kidneys.

2. Hypertensive variant: observation once every 1-3 months. Also studied are body weight, blood pressure monitoring, fundus, urine tests, electrolytes, urea, blood creatinine, Reberg, Zimnitsky tests, annual ultrasound of the kidneys.

3. Nephrotic and mixed variants: observation once every 1-2 months. Particular attention should be paid to the severity of edema syndrome and blood electrolytes in connection with the use of diuretics.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОРРЕКЦИИ СИНДИАЛИЗНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МЕТОДОМ ПРОФИЛИРОВАНИЯ УФ И НАТРИЯ

Кокошко А.И.¹, Малтабарова Н.А.¹, Байкелова М.Р.²

НАО «Медицинский университет Астана» кафедра детской анестезиологии. интенсивной терапии и СНП (Астана, Казахстан)

ТОО «B.V.NURA» центр амбулаторного гемодиализа (Астана, Казахстан)

Актуальность: Учитывая высокую инвазивность процедур ЗПТ, сохраняется высокий риск синдиализных осложнений. Наибольший процент синдиализных осложнений составляют гемодинамические расстройства, а именно гипер и гипотония составляя до 5 - 6% от общего количества сеансов заместительной почечной терапии. Известный факт, что среди пациентов, получающих заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа, артериальная гипертензия диагностируется в 60–80 % случаев, иногда достигая 100 % в популяции. Данный показатель подтверждается многими клиническими исследованиями. Коррекция гемодинамических расстройств и в частности синдиализной артериальной гипертензии у пациентов с ТХПН во время процедур ЗПТ медикаментозными средствами зачастую не дает достаточного эффекта. При существующих на сегодняшний день возможностях аппаратов для проведения хронического гемодиализа вопрос влияния совместного профилирования натрия и ультрафильтрации на развитие гемодинамических осложнений во время процедур ЗПТ остается окончательно не решенным. В подборе индивидуальной программы хронидиализа профилирования натрия и ультрафильтрации остается актуальным вопросом и в большинстве случаев достигается эмпирическим путем.

Цель работы: оценка влияния профилирования натрия и ультрафильтрации на развитие синдиализной артериальной гипертензии, обсуждение опыта подбора индивидуальной программы хронидиализа.

Материалы и методы: в качестве материала исследования взята пациентка М. 1990 года рождения. Из анамнеза жизни в 2012 г. на фоне 20 недель беременности впервые повышение АД до 160/100 мм рт ст, протеинурия с развитием преэклампсии, с преждевременными родами, гибелью плода. В дальнейшем периодически наблюдалась у участкового терапевта. В 2021 г азотемия в крови до 140 мкмоль/л. С декабря 2022 г отмечает повышение креатинина до 500 мкмоль/л. Ежедневный подъем АД более 200/100 мм рт ст. Принимала физиотенз 0.4 мг 2 раза в день. С 2021г находилась на диспансерном наблюдении по поводу хронической почечной недостаточности, С 2024г. на фоне СКФ-10мл/мин введена нефрокомиссией в заместительную почечную терапию. ввод в программу хронидиализа осуществлен в стационарных условиях ТОО «B.V.NURA», в дальнейшем пациентка получает программный гемодиализ в условиях амбулаторного центра в режиме 240 минут три раза в неделю. Общее состояние расценивается как средней степени тяжести, за счет симптомов ТХПН, компенсировано проведением ЗПТ ПГД, в динамике стабильное, без ухудшений. АВФ функционирует удовлетворительно. С целью коррекции анемии получает эритропоэтины. С целью коррекции фосфорно-кальциевого обмена получает препараты кальция, фосфатбиндеры. Ежедиализно проводятся беседы о необходимости соблюдения гипофосфатной диеты и водно-солевого режима. Переносимость процедуры гемодиализа – удовлетворительная, однако имеет место стойкая склонность к гипертензии. При исходных показателях АД на фоне

базисной гипертензивной терапии 150-160/90-100 мм рт ст., особенностью интрадиализной гипертензии у данной пациентки являлся стойкий подъем АД до 200-210/120-130 мм. рт.ст. на 140-180 минуте процедуры ГД. Попытки нормализации гемодинамики медикаментозными средствами оказывались малоэффективны. При этом натрий плазмы до процедуры диализа 138,40 - 138,70 ммоль/л., после процедуры 140,10 - 140,40 ммоль/л. ЗПТ проводится на АИП «Dialog+» программное обеспечение IX версии. Средний Qb – 340 мл/мин. Qd – 500 мл/мин. Средний объем УФ на процедурах составил 1240±230 мл., при сухом весе пациентке 72 кг. Контроль адекватности расчета УФ проводился методом биоимпедансометрии аппаратом InBody S10. Первоначальным профилем являлся Профиль № 5 постоянный уровень натрия в течение процедуры 138 ммоль/л, снижение темпа ультрафильтрации (темп УФ 10-15 мл/кг/ч в начале и менее 7 мл/кг/ч в конце процедуры). На фоне данного профиля сохранялась интрадиализная гипертензия после второго - третьего часа диализа. Решено провести эмпирический подбор профиля натрия и УФ в ручном режиме.

Результаты: Эффективным профилем явился следующий профиль УФ: первый час минимальная УФ, второй час менее 7 мл/кг/час, третий час 10 мл/кг/час, четвертый завершение объ-

ема УФ при скорости до 15 мл/кг/час. Профиль натрия первый час 140 ммоль/л, второй час 139 ммоль/л, третий и четвертый час 138 ммоль/л. Результатом применения данного профиля явилось стабилизации артериального давления на цифрах 150-160/90-100 мм рт ст. в ходе всей процедуры диализа. Со слов пациентки после процедуры в также не отмечается эпизодов подъема АД выше указанных цифр. При этом базисная антигипертензивная терапия назначенная кардиологом осталась неизменной.

Выводы: задачей любого медицинского центра амбулаторного либо стационарного является улучшение качества и продолжительности жизни на интермиттирующем хроническом диализе. Слагаемые качества жизни больных с терминальной стадией ХБП непосредственно определяются эффективностью заместительной почечной терапии, ее влиянием на соматическое благополучие пациента. Важнейшим фактором, оказывающим влияние на качество жизни больных, безусловно, является контроль артериального давления. При регуляции профилирования натрия и ультрафильтрации нами получена позитивная динамика клинко функциональных параметров, а именно, стабилизация артериального давления и соответственно заметным образом произошло улучшение качества жизни больной.

РЕЗУЛЬТАТЫ БИОПСИИ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПОЧКИ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

**Бахритдинов Ф.Ш., Азимова М.Т., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б., Маткаримов З.Т.,
Комилова Д.Н., Элмуродова Н.Б., Рустамов И.З.**

ГУ «Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Хирургии имени академика В.Вахидова» (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Трансплантация почки (ТП) является самой распространенной трансплантологической операцией, в проведении которой нуждается не менее 40 пациентов с ХПН на 1 млн. населения, однако дефицит донорских

органов не позволяет удовлетворить эту потребность. Ситуация усугубляется риском потери пересаженного органа из-за различия антигенных структур реципиента и донора.

Наибольшее количество реакций (кризов) отторжения донорской почки возникает в первые 3-4 месяца послеоперационного периода. При этом благодаря успешному применению иммуносупрессорной терапии выживаемость реципиентов в течение первого года удалось увеличить до 94-98%, а выживаемость почечного трансплантата — до 88-94%. С каждым последующим годом показатель выживаемости почки ухудшается на 3-8%.

Синдром отторжения почечного трансплантата - одно из наиболее частых осложнений после аллотрансплантации почки и является одной из основных проблем, возникающих у реципиентов, как правило, в различных периодах после операции. Являясь следствием иммунного ответа реципиента с целью разрушения трансплантата, реакция отторжения клеточное (лимфоциты) и (или) гуморальное (циркулирующие антитела) происхождения. Острое отторжение клинически подозревается у пациентов при повышении уровня креатинина в сыворотке крови после исключения других причин дисфункции трансплантата (как правило, подтверждается биопсией). С первых дней после трансплантации до начала эффективной иммуносупрессивной терапии отсутствие лечения криза отторжения неизбежно приводит к утрате трансплантата.

Пункционная биопсия трансплантатированной почки на современном этапе является золотым стандартом диагностики причин дисфункции почечного аллотрансплантата. Выполненная с этой целью, она изменяет представление о диагнозе в 30-42% случаев и влечет за собой необходимость коррекции иммуносупрессии у 38-83% реципиентов.

Цель работы. Оценка результатов биопсии трансплантатов почки у больных перенесших ТП от живого родственного донора, а также выбор метода лечения в зависимости от морфологической картины биоптата.

Материалы и методы. В период с 2023 по нынешний день, на основании рекомендации сотрудников отделения «Трансплантации почки и реабилитации» РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова были выполнены около 50 пункционных биопсий реципиентам почечного трансплантата, у которых наблюдались те или иные клинические признаки отторжения графта. Так, в изученном нами биопсийных материалах были выявлены следующие результаты: острое повреждение канальцев с фокальным или глобальным гломерулярным склерозом выявлено у 12 больных; острое Т-клеточное отторжение - у 5 больных; Антитело опосредованное отторжение со свечением C4d клеток - у 12 больных, CD3 клеток - у одного больного; возвратная нефропатия (IgA-нефропатия, мембранозная нефропатия и др.) - у 7 больных; гломерулосклероз различной степени тяжести без признаков отторжения - у 8 больных; кортикальный некроз (с вовлечением 80% коры), с тромботической микроангиопатией и свечением C4d клеток - у одного больного, и без свечения C4d клеток - у одного больного; у одного больного было выявлено гломерулы, в которых видны пенистые гистиоциты, с признаками гломерулопатии, связанную с дефицитом лецитина и холестерина, что в свою очередь привело к потере трансплантата в раннем послеоперационном периоде.

Результаты исследования. Диагностический поиск у пациентов с подозрением на отторжение почечного трансплантата направлен на верификацию иммуновоспалительного процесса. Любой вид отторжения приводит к снижению функции трансплантата, однако правильный выбор тактики лечения в совокупности с детально установленными морфологическими критериями, выявляемыми при биопсии, приводит к улучшению клинических показателей реципиентов. По результатам имеющихся результатов биоптатов пациентам с острым повреждением канальцев с

фокальным или глобальным гломерулярным склерозом проведена коррекция дозировки иммуносупрессивных препаратов и нормализация АД с помощью ингибиторов АПФ или блокаторами рецепторов ангиотензина в комбинации с пульс-терапией метилпреднизолоном с положительной динамикой (снижение уровня сывороточного креатинина крови до 0,15 ммоль/л, мочевины до 13,4 ммоль/л, улучшение кровотока почки по данным УЗИ, индексы сопротивления – в пределах нормальных значений). Пациенты были выписаны на амбулаторное наблюдение.

Больным с острым Т-клеточным отторжением в качестве эмпирического лечения, вначале проводилась пульс-терапия метилпреднизолоном с достижением максимальной дозы гормона до 1000мг/сут, далее проведена терапия антитимоцитарным глобулином в расчёте 4 мг/кг веса больного, по схеме от 3 до 7 дней. Больным с антитело опосредованным отторжением со свечением С4d клеток было рекомендовано проведение курсовую терапию Ритуксимабом и 10% Человеческим иммуноглобулином в комбинации с мембранным плазмаферезом; одному больному со свечением CD3 клеток была назначена терапия Экулизумабом 300мг; 4 больным с антитело опосредованным отторжением было проведено лечение Тоцилизумабом в расчёте 8мг/кг веса, с положительной динамикой; из 12 больных с гумораль-

ным отторжением, у двоих пациентов в связи с тяжелым общим состоянием, наблюдалось ухудшение всех клинических и лабораторных показателей после антикризисовой терапии, что в конечном итоге привело к летальному исходу. Больным с возвратной или de-novo IgA-нефропатией также проводилась пульс-терапия метилпреднизолоном с дальнейшим пероральным приемом Метилпреднизолона в высоких дозах (Преднизолон в до 30мг/сут, Метилпреднизолона до 32мг/сут в течение 6 месяцев).

Заключение. Морфологическая верификация диагноза является единственной возможностью провести дифференциальную диагностику целого ряда различных патологий, имеющих сходные клинические проявления, но принципиально отличных по своей природе и требующих различных, зачастую противоположных подходов к лечению.

Таким образом, патология трансплантата включает практически весь спектр заболеваний, встречающихся в клинической нефрологии, для диагностики которых необходимо широкое использование электронной микроскопии и иммунофлюоресценции. Лишь точная морфологическая верификация диагноза при дисфункции трансплантата позволяет подобрать адекватную иммуносупрессивную терапию и тем самым улучшить отдаленные результаты трансплантации почки.

ВЛИЯНИЕ СТАЖА ГЕМОДИАЛИЗА НА МИОКАРДИАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Косимова Г.Б., Муминов Ш.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность: Хроническая болезнь почек сопровождается высоким риском сердечно-сосудистых осложне-

ний, усугубляемых гемодинамическими изменениями во время гемодиализа. Длительность ГД может влиять на струк-

турно-функциональное состояние миокарда и уровни биохимических маркеров повреждения. Изучение этих взаимосвязей важно для раннего выявления и профилактики кардиоваскулярных осложнений у пациентов на программном ГД.

Цель: Изучить влияние длительности гемодиализа на биохимические маркеры миокардиального повреждения, а также структурно-функциональные изменения сердца у пациентов с хронической болезнью почек.

Материалы и методы: В исследование включены 103 пациента с ХБП5д в возрасте от 18 до 65 лет. Средний возраст основной группы – $41,68 \pm 1,05$ лет, контрольной группы – $42,05 \pm 2,79$ лет. Средний стаж гемодиализа (ГД) составил $8,45 \pm 0,57$ месяцев. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от длительности ГД: 6 месяцев и менее (средний стаж $4,18 \pm 0,18$ месяцев, $n=55$) и более 6 месяцев (средний стаж $13,53 \pm 0,71$ месяцев, $n=48$, $p<0,001$). Определяли уровни натрийуретического пептида (НУП), креатинфосфокиназы-МВ (КФК-МВ), а также анализировали эхокардиографические показатели сердца. Проводился корреляционный анализ между длительностью ГД и изучаемыми параметрами.

Результаты: В ходе исследования установлено, что продолжительность гемодиализа оказывает значительное влияние на биохимические и эхокардиографические показатели состояния сердца у пациентов с хронической болезнью почек. Было выявлено, что более длительный стаж ГД положительно коррелирует с возрастом пациентов ($r=+0,44$, $p<0,01$), а также приводит к достоверному увеличению концентрации натрийуретического пептида ($p<0,001$, $r=+0,49$), что, вероятно, связано с ремоделированием миокарда. В то же время у пациентов с меньшим стажем ГД наблюдалось более выраженное повреждение миокардиальной ткани, о чем свидетельствует повы-

шенная концентрация КФК-МВ ($p<0,001$, $r=-0,42$). Кроме того, в данной группе была выявлена большая дилатация левого желудочка ($p<0,001$) при отрицательной корреляции с конечным диастолическим объемом ($r=-0,35$, $p<0,01$), тогда как объем левого предсердия, напротив, уменьшался с увеличением стажа ГД ($p<0,01$, $r=+0,23$). Также пациенты с меньшим стажем ГД имели более высокий ударный объем, минутный объем кровообращения и фракцию выброса ($p<0,001$), что, наряду с более низким общим периферическим сосудистым сопротивлением ($p<0,001$), указывает на формирование хронической сердечной недостаточности с высоким выбросом вследствие артериовенозного шунтирования. Корреляционный анализ подтвердил эти закономерности, выявив среднюю отрицательную связь между стажем ГД и УО ($r=-0,40$, $p<0,01$), МОК ($r=-0,31$, $p<0,01$), а также среднюю положительную связь между стажем ГД и ОПСС ($r=+0,31$, $p<0,01$). Таким образом, длительность гемодиализа влияет на структурно-функциональное состояние сердца, что требует динамического контроля кардиоваскулярных показателей у пациентов на программном ГД.

Заключение: Более длительный стаж ГД ассоциируется с прогрессирующим ремоделированием миокарда, что отражается в повышенных уровнях НУП и уменьшении дилатации ЛЖ. На ранних стадиях ГД отмечается большее повреждение миокарда (повышение КФК-МВ), высокая сократительная способность сердца и развитие хронической сердечной недостаточности с высоким сердечным выбросом, обусловленной артериовенозным шунтированием. Динамический контроль биохимических и эхокардиографических показателей может способствовать более раннему выявлению кардиальных осложнений у пациентов на программном гемодиализе.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦЕВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА АРАЛЬСКОГО МОРЯ

Кошанова А.М., Елмуратова А.А, Абубакирова З.Б.

Медицинский институт Каракалпакстана (Нукус, Узбекистан)

Актуальность. Аральское море является природной территорией, серьёзно загрязнённой в результате деятельности человека. Орошение хлопковых и рисовых полей речной водой из Амударьи и Сырдарьи привело к сокращению площади дна Аральского моря с 64 500 до 30 000 км², а активное применение инсектицидов, пестицидов, гербицидов и дефолиантов с 1960-х годов создало опасную для здоровья ситуацию примерно для 3,5 миллионов человек, живущих в этом регионе. Было высказано предположение, что люди подвергаются воздействию различных токсичных химических веществ, таких как полихлорированные бифенилы (ПХБ), пестициды и тяжёлые металлы, такие как свинец (Pb) и кадмий (Cd). Влияние этих загрязнителей окружающей среды на здоровье человека только начинает проявляться; параллельно с ухудшением экологической ситуации растёт число заболеваний среди детей. Кроме того, сообщается о росте заболеваемости и распространённости туберкулёза, злокачественных опухолей, психических заболеваний и алкоголизма. Поскольку известно, что хроническое отравление тяжёлыми металлами вызывает повреждение почечных канальцев, мы предположили, что у детей, живущих в этом регионе, может ухудшаться функция почечных канальцев. Это исследование было проведено, чтобы выяснить распространённость дисфункции почечных канальцев у детей, живущих в регионе Аральского моря.

Цель. Изучить функцию почечных канальцев, которые наиболее подвержены риску повреждения в результате отравления тяжёлыми металлами, у детей из Приаральского региона.

Материалы и методы. Анализ среды обитания детей, родившихся и проживающих в регионе Южного Аральского моря, был проведён на основе сбора и обработки эколого-гигиенической информации о составе и степени воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды по данным экологической лаборатории Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Республики Каракалпакстан. Обследуемый контингент представлял собой группу детей в возрасте от 6 до 14 лет. По географическому признаку все испытуемые были разделены на 3 группы в соответствии с местом постоянного проживания. Всего было обследовано 340 детей, из них мальчиков — 170 (50%), девочек — 170 (50%). Для оценки состояния мочевыводящих путей были проведены физикальные обследования, ультразвуковая диагностика с использованием мобильного ультразвукового сканера и микроскопия мочи с помощью бинокулярного микроскопа. В лаборатории были определены следующие показатели мочи: удельный вес, pH, содержание белка, глюкозы, эритроцитов, лейкоцитов и осадка.

Все полученные данные были обработаны статистическими методами с использованием компьютерных технологий и статистического программного обеспечения.

Результаты. В ходе исследования было установлено, что дети, проживающие в регионе Южного Аральского моря, демонстрируют значительные отклонения от норм физического развития, что в значительной степени связано с неблагоприятными экологическими условиями. Средний рост и масса тела детей, проживающих в зоне исследования, ока-

зались ниже возрастных стандартов на 12,5% по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о возможных негативных последствиях воздействия окружающей среды на физическое развитие. Из 340 обследованных детей (170 мальчиков и 170 девочек) у мальчиков отклонения от норм роста и массы тела составили в среднем 13,2%, а у девочек — 11,8%.

Что касается состояния мочевыводящих путей, то среди 340 детей 38% показали патологические изменения, подтвержденные ультразвуковой диагностикой. При этом у мальчиков изменения в мочевыводящих путях были выявлены у 39,4% детей, а у девочек — у 36,5%. 22,5% всех детей имели сниженный удельный вес мочи, что является индикатором нарушений концентрационной функции почек. У мальчиков этот показатель составил 23,1%, у девочек — 21,8%. Белок в моче был обнаружен у 16,3% всех обследованных детей, из которых 17,6% составили мальчики, а 14,9% — девочки. Глюкоза в моче встречалась у 4,8% детей, при этом у мальчиков данный показатель составлял 5,2%, а у девочек — 4,3%, что указывает на начальные стадии метаболических расстройств или угрожающие признаки диабета. Лейкоциты в моче были выявлены у 27,1% детей, при этом у мальчиков — у 28,5%, а у девочек — у 25,6%, что подтверждает наличие воспаления в мочевыводящих путях.

Эти показатели стали ещё более значимыми на фоне экологической ситуации, поскольку в 100% обследованных проб воды и воздуха были обнаружены превышения предельно допустимых

концентраций тяжёлых металлов и химических соединений, что напрямую связано с высокими уровнями загрязнения в регионе (ПДК для свинца — 0,3 мг/л, фактическая концентрация — 0,9 мг/л; ПДК для кадмия — 0,01 мг/л, фактическая концентрация — 0,04 мг/л).

Выводы. В условиях загрязненной экологической обстановки региона Южного Аральского моря наблюдается значительное ухудшение состояния здоровья детей, особенно в отношении функций мочевыводящих путей. Показатели физического развития детей, как мальчиков, так и девочек, отклоняются от возрастных норм, что свидетельствует о негативном воздействии экологических факторов. Патологические изменения в мочевыводящей системе выявлены у 38% детей, что подтверждает высокие риски для здоровья в условиях длительного воздействия загрязняющих веществ. Особенно тревожным является наличие белка, лейкоцитов и глюкозы в моче, что может указывать на начальные стадии воспаления или метаболических расстройств. Анализ эколого-гигиенической ситуации показал превышение предельно допустимых концентраций тяжёлых металлов и химических соединений в воздухе и воде, что, безусловно, оказывает токсическое воздействие на здоровье детей. Эти данные подтверждают необходимость разработки и реализации комплексных мероприятий по улучшению экологической ситуации в регионе и проведению мониторинга здоровья детей для своевременного выявления и предотвращения заболеваний, связанных с ухудшением качества окружающей среды.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ХБП У ЖИТЕЛЕЙ г. АСТАНА В 2024 ГОДУ

Куаншалиева Ж.Е., Мейрманкулова А. Е., Толеуова Л.Б.

Корпоративный фонд «University Medical Center» (Астана, Казахстан)

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения,

около 840 миллионов человек во всем мире страдают от хронической болезни

почек (ХБП). Глобальная распространенность ХБП составляет 13,4% (11,7-15,1%). Пациенты с терминальной стадией ХБП 5D, нуждающиеся в заместительной почечной терапии (ЗПТ), составляют от 4,9 до 7 миллионов.

В Республике Казахстан в настоящее время пациентов с ХБП 5 стадией находящихся на ЗПТ составляет около 11.000 человек. Общее число пациентов, состоящих на учете после трансплантации почки более 2.700 пациентов, из них 182 от кадавра и 2.500 от живого донора. В листе ожидания на начало 2025г составляет 3.953 человек.

Хроническая болезнь почек часто протекает бессимптомно на ранних стадиях, что затрудняет своевременную диагностику. Раннее выявление ХБП позволяет существенно замедлить процесс прогрессирования ХБП и снизить риск развития серьезных осложнений, таких как сердечно-сосудистые заболевания и минерально-костные нарушения. Поэтому акцент на ранней диагностике и регулярных обследованиях особенно важны для сохранения здоровья почек.

Цель исследования – выявление ранних признаков ХБП у жителей г. Астана, не имеющих жалоб и признаков заболеваний почек.

Материал и методы. 14 марта 2024 года в рамках Всемирного Дня Почки УМС провел акцию по бесплатному скринингу здоровых жителей и гостей г. Астана на базе УМС: Диагностический центр, Центр Сердца, Центр Материнства и Детства и Назарбаев Университет (УНС). Всего обследовано - 646 лиц на базе клиник УМС. Диагностический центр – 245, Центр Сердца – 173, Центр материнства и Детства – 170, Назарбаев Университет (УНС) – 58. Скрининг включал в себя: осмотр посетителей центра, измерение артериального давления, определение креатинина в крови для определения функции почек, определение протеинурии в моче.

Результаты. В ходе проведения ис-

следования все пациенты были распределены по стадиям ХБП. Больше число исследуемых соответствовали 1 стадии ХБП. 30% исследуемых были отнесены ко второй стадии ХБП. На третьей стадии было разделение на А и Б подклассы, 96 и 61 исследуемый соответственно. С 4 стадией ХБП было выявлено 2 человека. С 5 стадией ХБП не было выявлено.

Определение белка в моче наблюдалось у 148 исследуемых, что соответствует 23 %, колебания протеинурии составили примерно 0,8 ($p < 0,04$). Всем этим лицам было рекомендовано явиться на консультацию к врачу нефрологу.

В ходе проведения скрининга у исследуемых измеряли артериальное давление (АД). У лиц у кого АД было выше 130/80 мм рт ст., были даны рекомендации явиться на обследование к терапевту или нефрологу для более глубокого исследования АД, решения вопроса об использовании суточного мониторинга АД и проведения эхокардиографии. Необходимо указать, что многие исследуемые не ощущали повышения АД, не измеряли дома и не принимали гипотензивные препараты.

Также следует отметить, что более половины исследуемых отмечали жалобы на болевые ощущения в поясничной области. При детальном обследовании было рекомендовано посетить врача невролога, так как болевые ощущения носили неврологический характер.

Выводы. Проведенный скрининг показал, что, среди здоровых лиц, у 354 исследуемых имеются признаки разных стадий ХБП, это составило 54 %.

Очень важно данной группе пациентов следить за своим АД, уровнем СКФ и протеинурией. Обязательно следует посещать врача нефролога, решить вопрос о назначении гипотензивной нефропротективной терапии для остановки прогрессирования ХБП.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК В ВЗАИМОСВЯЗИ С КОРОНАРНЫМ КАЛЬЦИНОЗОМ У БОЛЬНЫХ ХИБС И ОЖИРЕНИЕМ

Мамажонова З.Ш., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС) и ожирение являются важными факторами риска для развития кардиоваскулярных заболеваний, а их сочетание приводит к ухудшению прогноза. Поражение почек (изменения уровня креатинина, мочевины) и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) играют ключевую роль в патогенезе этих заболеваний и могут служить индикаторами нарушений в сердечно-сосудистой и почечной системах.

Цель исследования. Оценка взаимосвязи уровня коронарного кальциноза с функциональным состоянием почек и риском сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца и ожирением.

Материал и методы. В исследование включено 116 пациентов с ХИБС I–III функциональными классами в возрасте 45–65 лет с ожирением. Всем пациентам проведено биохимические анализы крови, МСКТ (для определения КК) и анкетирование. Пациенты разделены на три группы в зависимости от индекса коронарного кальциноза (КК): низкий (0–100 единиц), умеренный (101–400 еди-

ниц) и высокий (более 400 единиц). Оценивалась шкала Framingham, предназначенная для оценки общего сердечно-сосудистого риска, с учетом уровня холестерина, артериального давления, курения, диабета и семейной истории.

Результаты исследования. У пациентов ХИБС с ожирением отмечены более высокие уровни коронарного кальциноза и высокий балл по шкале Framingham (дислипидемия — 90%, гипертоническая болезнь — 80%, курение — 95%, сахарный диабет — 38,3%). В группе с умеренным и высоким КК при анализе биохимических показателей средний уровень креатинина в сыворотке составил $86,65 \pm 9,61$ мкмоль/л. Средний показатель СКФ составил 86 мл/мин/1,73 м².

Выводы. Уровни КК имеют значительное влияние на кардиоваскулярный риск и функционирование почек у больных ХИБС и ожирением. Ишемическая болезнь сердца с ожирением может ухудшать прогноз заболевания, что требует более тщательного мониторинга и терапии в этой группе пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У РЕЦИПИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА

Исмаилов С.И., Бахритдинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т., Азимова М.Т., Элмуродова Н.Б., Комилова Д.Н., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б., Рустамов И.З.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Трансплантация почки (ТП) является единственным радикальным способом помощи пациентам, страдающим хроническими прогрессирующими заболеваниями почек, увеличивая продолжительность и вос-

становливая качество жизни, обеспечивая их полную медицинскую и социальную реабилитацию (Готье С.В., 2018; Щастный А.Т., 2018; Белюк К.С., 2019; Parajuli S., 2019; García-García G, 2012; Faba OR, 2018; Chadban SJ, 2020; Breza J.Jr.

et al., 2022). Успешная трансплантация почки как правило приводит к быстрой адаптации реципиентов в обществе и повышению их качества жизни. В условиях системы здравоохранения Республики Узбекистан пересадка почки от живого родственного донора, как радикальный вид лечения терминальной стадии ХПН, находилась на этапе активного развития с 2010 до 2018 гг. И с 2019 г. наступил новый этап развития трансплантологии, характеризующийся внедрением программы трансплантации органов и оптимизированных протоколов периоперационного ведения больных. Уникальная история развития трансплантологии в Узбекистане сформировала мощный методологический фундамент и создала свой научно-практический потенциал. Создание правовой базы и открывшиеся перспективы Нового Узбекистана дали сильный толчок не только в дальнейшем развитии, но и вывели родственную трансплантацию почки на одно из приоритетных направлений в нашей стране.

Ключевые слова: живое родственное донорство, трансплантологическая служба, АВО несовместимые пары.

Целью исследования явилось изучение непосредственных результатов выживаемости реципиента и трансплантата после ТП от живого родственного донора.

Материалы и методы исследования послужили 789 больных с ХПН, перенесших родственную трансплантацию почки с 2010 по июнь 2023 гг. в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова». Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, инструментальные, иммунологические, иммунохимические (генотипическое HLA-типирование, Cross-Match тесты, фенотип ацетилирования), статистические методы исследования.

Результаты. По результатам обследования больных из 789 пар донор-реципиент в 522 (66,2%) случаях произведены операции одноклассным парам

и в 267 (33,8%) случаях – разногруппным совместимым парам по системе АВО.

Результаты типирования по системе HLA показали, что в подавляющем большинстве случаев операции произведены при 3/6 несовпадении HLA-A, HLA-B, HLA-DR типирований (583 из 789; 73,9%).

В большинстве случаев (88,3%; 697 из 789) произведены анастомозы с одной артерией, при этом наиболее часто (77,8%; 614 из 789) выполнен анастомоз «конец в бок» с общей подвздошной артерией (ОПА).

Два артериальных анастомоза имели место всего в 11,7% (92 из 789) случаев. При этом, наиболее часто (6,0%; 47 из 789) сформированы анастомозы «конец в бок» с ОПА + «конец в бок» с НПА. В 4,8% (38 из 789) выполнены два анастомоза «конец» в «бок» с бифуркацией ОПА. При наличии трех донорских артерий в 7 (0,9%) случаях выполнены анастомозы «конец в бок» с ОПА + НПА, «конец в конец» с нижней надчревной артерией и в других комбинациях.

Всего в раннем и ближайшем периоде после родственной ТП были диагностированы 234 (29,7%) осложнений, в том числе, с наибольшим количеством выявлены системные осложнения, такие как токсический гепатит лекарственного генеза (49 из 789; 6,2%) и бронхолегочные осложнения (39 из 789; 4,9%), посттрансплантационная стойкая гипергликемия (ПТСД) (11 из 789; 1,4%) и ОССН с функционирующим трансплантатом (10 из 789; 1,3%), в той или иной степени связанные с побочными эффектами иммуносупрессивной терапии.

Оценка функциональной активности трансплантата почки в раннем периоде после ТП показала, что в подавляющем большинстве случаев (78,5%; 619 из 789) наблюдался первично-функционирующий трансплантат, в 16,6% (131 из 789) случаев отмечалась отсроченная функция трансплантата и 4,9% (39 из 789) реципиентов имели острое отторжение трансплантата, которые были

своевременно и адекватно пролечены, функция трансплантатов была восстановлена.

Выводы. Значительный прогресс и улучшение результатов трансплантации за счет не только достижений в области иммуносупрессии, а также условий, связанных с последними успехами в применении миниинвазивного подхода в трансплантологии, минимизация рисков посттрансплантационных осложнений, расширении возможностей использования биомаркеров, генетического тестирования.

Ранняя ТП, более молодой возраст донора и оптимальная функция трансплантата в первый год имеют первостепенное значение для долгосрочной выживаемости трансплантата. Меры по решению этих проблем (тщательный отбор доноров, превентивная ТП и эффективные иммуносупрессивные протоколы) по-прежнему являются приоритетными и оптимальная функция трансплантата в течение первого года имеют первостепенное значение для долгосрочной выживаемости трансплантата.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ОТ ДОНОРОВ, НЕСОВМЕСТИМЫХ ПО СИСТЕМЕ АВО

Маткаримов З.Т., Бахритдинов Ф.Ш., Элмуродова Н.Б., Комилова Д.Н., Азимова М.Т., Абдурахманова Н.Н., Абдуллаева М.А., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б., Рустамов И.З.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени акад. В.Вахидова (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Трансплантация почки от АВО-несовместимых пар является единственным способом преодоления барьера дефицита донорских органов. Нехватка донорских органов для трансплантации в настоящее время остается нерешенной проблемой. Несовместимость донора и реципиента по системе АВО до недавних пор считалась абсолютным противопоказанием к трансплантации органов из-за неизбежного развития сверхострого отторжения. Выполнение АВО-несовместимых трансплантаций почки от живого родственного донора становится перспективным направлением в расширении донорского пула и преодолении дефицита органов. Несмотря на то, что по данным мировой литературы несовместимые по системе АВО (nABO) трансплантации почки встречаются крайне редко, внедрение в практику таких операций может сократить продолжительность периода ожидания реципиентов.

Ключевые слова: анти А/В анти-тела, иммуносорбция, плазмаобмен,

Материалы и методы. Первая АВО-несовместимая родственная трансплантация почки выполнена в нашем центре в мае 2023 года. В настоящее время таких операций уже выполнено 22. Все реципиенты были молодыми (от 28 до 50 лет), имели разные исходные титры анти АВО антител в среднем был 1:32, а результат перекрестной пробы в лимфоцитотоксическом тесте (CDC/Flow Crossmatch) во всех случаях был отрицательным. Все реципиенты до трансплантации получали одинаковую двухкомпонентную иммуносупрессивную терапию: ингибитор кальциневрина такролимус (Програф/Адпорт) + препараты микофеноловой кислоты (Селлсепт). Также в качестве индукции иммуносупрессии 4 пациентам в 0 и 4 сутки вводили базиликсимаб в дозе 20 мг и метилпреднизолон в дозе 1000 мг. Остальные реципиенты получали антитимоцитарный глобулин (Тимогам 250 мг) по схеме.

Анти А/В тест проводили перед введением ритуксимаба, перед операцией и в течение 7 дней после операции.

Иммуносупрессивная терапия начиналась за две недели до операции и включала: такролимус в стартовой дозе 4 мг/сут с последующей ее коррекцией до достижения после операции целевой концентрации препарата в крови 8–10 нг/мл, микофенолата мофетила с начальной дозой-1000 мг/сут, с последующим повышением концентрации до 2000мг в сутки. Сеансы плазмафереза/плазмаобмена в количестве 3–5 проводились через день до достижения целевого титра анти-А/В антител 1:4. Последний предоперационный сеанс подготовки завершился введением внутривенного иммуноглобулина по графику. Десенсибилизирующая терапия (ритуксимаб + плазмаферез / плазмаобмен + несколько доз иммуноглобулина), которая проводилась в предоперационном периоде, оказалась эффективной. Лишь в одном случае у пациента со стойким (после нескольких курсов десенсибилизации) титром анти-А/В антител 1:16, мы решили провести иммуносорбцию сорбционными колонками АДСОПАК. Исходная функция пере-

саженной почки в большинстве случаев была удовлетворительной и сопровождалась достаточно высоким диурезом (до 4 литров в сутки) и снижением креатинина крови до уровня менее 150 мкмоль/л за сутки. Двум реципиентам после трансплантации пришлось пройти несколько сеансов гемодиализа.

В течение первых трех недель после операции у всех реципиентов мы наблюдали тенденцию к снижению количества агглютининов до уровня 1:2 и abs.

Среди неиммунных осложнений у реципиентов в трех случаях наблюдались эпизоды лимфорей в виде серозной жидкости, которые были успешно купированы местной гормональной терапией.

Заключение. В результате проведенного нами исследования можно сделать вывод, что тщательная подготовка по снижению сенсibilизации реципиента и индивидуальный подход к каждому пациенту даёт хороший результат после операции у больных в АВО-несовместимостью.

ВРОЖДЕННЫЕ НЕФРОПАТИИ И ИХ ВСТРЕЧАЕМОСТЬ СРЕДИ ДЕТЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ

Мирзалиева А.А., Махмуджанова М.Э.

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Врожденные нефропатии (ВН) – это группа заболеваний, возникающих вследствие аномалий развития почек и мочевыводящих путей во внутриутробном периоде. Они являются ведущей причиной хронической болезни почек (ХБП) у детей и могут приводить к необходимости гемодиализа и трансплантации почки в раннем возрасте. По данным ВОЗ, частота врожденных аномалий мочевыделительной системы в мире составляет 3-6 на 1000 новорожденных. Наибольшая распространенность отмечается в странах с недостаточно развитой системой перина-

тальной диагностики. В Европе частота ХБП среди детей составляет 12,1 случаев на 1 миллион, в США – 15,5, а в странах Азии – 8-10 на 1 миллион. В Узбекистане отсутствуют точные эпидемиологические исследования, однако данные региональных нефрологических центров указывают на тенденцию к росту выявляемости ВН. Ранняя диагностика и своевременное лечение могут существенно снизить риск развития терминальной стадии ХБП и необходимости диализа.

Цель. Оценить частоту встречаемости врожденных нефропатий среди детского населения Узбекистана, выявить

основные типы патологий, а также определить региональное распределение данных заболеваний.

Материал и методы. Исследование представляет собой ретроспективный анализ данных медицинской документации за период 2018–2023 гг. Были изучены истории болезни 1500 детей с диагностированной ХБП в республиканских и областных медицинских учреждениях. Анализ включал информацию о видах врожденных нефропатий, их диагностике, течении заболевания и используемых методах лечения. Данные собирались из нефрологических отделений Ташкента, Ферганской, Самаркандской, Андижанской, Хорезмской, Бухарской и Кашкадарьинской областей.

Результаты. Среди пациентов с ХБП у 24% причиной заболевания стали врожденные пороки развития мочевыводящей системы. Наиболее часто встречались дисплазия почек (45%), обструктивная уропатия (30%), поликистоз почек (15%) и другие аномалии развития (10%). Региональный анализ показал, что наибольшая распространенность

врожденных нефропатий наблюдалась в Ташкенте (27% от всех случаев), Ферганской области (21%), Самаркандской области (18%), Андижанской области (15%), Хорезмской области (8%), Бухарской области (6%), Кашкадарьинской области (5%). При этом, 19% пациентов проживали в сельской местности, что указывает на возможные трудности с доступом к ранней диагностике и специализированной помощи.

Выводы. Полученные данные подтверждают значительную распространенность врожденных нефропатий среди детского населения Узбекистана. Необходимы дальнейшие исследования для выявления причин высокой частоты аномалий в отдельных регионах. Рекомендуется разработка и внедрение программ скрининга для раннего выявления врожденных пороков почек, а также усиление образовательных мероприятий среди врачей первичного звена. Дополнительное внимание следует уделить совершенствованию диагностических стандартов и развитию центров нефрологической помощи.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Муминов Д.К., Кадиров Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность: Хроническая болезнь почек (ХБП) сопровождается не только нарушением функций почек, но и системными изменениями, затрагивающими различные органы и системы, включая желудочно-кишечный тракт. Уремическая интоксикация, метаболические нарушения и побочные эффекты проводимой терапии способствуют развитию данных симптомов, однако их выраженность и частота варьируют в зависимости от стадии заболевания и метода лечения. В условиях современных подходов к терапии ХБП, включая консервативное лечение и программный гемодиализ, изучение гастроинтестинальных

проявлений приобретает особую значимость для оптимизации ведения пациентов и повышения эффективности их лечения.

Цель: Оценить частоту и особенности гастроинтестинальных симптомов у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) в зависимости от стадии заболевания и метода лечения (консервативная терапия или гемодиализ) с учетом новой классификации ХБП.

Материалы и методы: В исследование включены 80 пациентов с ХБП различных стадий. Пациенты были разделены на две группы: первая группа (n=45) – пациенты с терминальной ста-

дией ХБП 5Д на программном гемодиализе; вторая группа (n=35) – пациенты с ХБП 3а,б-4, получавшие консервативное лечение. Оценивалась частота гастроинтестинальных жалоб, включая тошноту, чувство тяжести в желудке, отрыжку, изжогу, расстройства стула, боли в животе, метеоризм, снижение аппетита, потерю массы тела и эпизоды мелены.

Результаты: Гастроинтестинальные симптомы встречались у большинства пациентов с ХБП, однако их частота и выраженность зависели от стадии заболевания и метода лечения. Наиболее частой жалобой в обеих группах была тошнота (86,67% в группе гемодиализа и 80% в группе консервативной терапии), причем у 2/3 пациентов она не была связана с приемом пищи, а у 20-25% пациентов ассоциировалась с изменением артериального давления. Второй по частоте жалобой было чувство тяжести в желудке после еды (82,22% в группе ГД и 71,43% в группе консервативного лечения), аналогичная частота отмечалась для отрыжки (71,43% во второй группе). Боли в эпигастральной области чаще наблюдались у пациентов на гемодиализе (42,22%), при этом у 26,67% они носили характер "голодных" болей. В группе консервативного лечения боли в

эпигастрии встречались реже (34,29%). Чувствительность при пальпации в эпигастральной области отмечалась у 60% пациентов в группе ГД и у 42,86% пациентов в группе консервативного лечения. Белый налет на языке был выявлен у большинства пациентов (95,56% в группе ГД и 91,43% в группе консервативного лечения). Эпизоды мелены отмечены у 45,71% пациентов второй группы, однако у всех пациентов они были связаны с приемом препаратов, окрашивающих кал.

Заключение: Гастроинтестинальные симптомы широко распространены среди пациентов с ХБП и могут быть связаны как с самим заболеванием, так и с уремической интоксикацией, нарушениями пищеварения и сопутствующей терапией. Пациенты на гемодиализе чаще страдают от тошноты, тяжести в желудке и болей в эпигастральной области, что может быть обусловлено как уремическими факторами, так и изменениями в перистальтике ЖКТ. Выявленные различия подчеркивают необходимость динамического мониторинга гастроинтестинальных жалоб у пациентов с ХБП, а также индивидуального подбора терапии для снижения их выраженности.

TRANSITIONING PATIENTS FROM HEMODIALYSIS TO PERITONEAL DIALYSIS: INSIGHTS AND OUTCOMES FROM A SPECIALIZED DIALYSIS CENTER: CASE SERIES

Muratbekova E.¹, Toleubayev M.¹, Starodubov A.¹, Bekishev B.², Amanzholova A.², Koichubaeva D.²

BBNURA Hospitals Group, (Astana, Kazakhstan)

Laboratory of Extracorporeal Hemocorrection, Corporate Fund University Medical Center "Heart Center" (Astana, Kazakhstan)

Abstract: Peritoneal dialysis (PD) and hemodialysis (HD) are complementary treatment methods for patients suffering from end-stage renal disease (ESRD). The transition from GD to PD is quite rare and usually occurs in situations where the patient loses vascular access. According to literature data, more than 50% of patients are diagnosed with diabetes mellitus, which is probably associated with the premature loss of

vascular access, which occurs on average 30 months after the start of haemodialysis.

The aim: In this study, we presented information on five patients who transitioned from haemodialysis to peritoneal dialysis. The main aim was to assess the clinical characteristics and contributing factors, adequacy and peritoneal properties of patients who were transferred from chronic haemodialysis to peritoneal dialysis after loss of vascular access.

Material and methods: To conduct a prospective cohort study of adult patients with end-stage chronic kidney disease (ESRD) who received treatment at the BBNura Dialysis Center in Astana, Kazakhstan, from 2021 to 2024, data were collected from medical records of 495 patients who underwent hemodialysis (HD) during the observation period. Among them, five patients transitioned from HD to peritoneal dialysis (PD) due to the loss of vascular access. For each patient, demographic data were collected, including age, sex, primary kidney disease, comorbidities (heart diseases and diabetes mellitus), duration of treatment, details of treatment changes, and treatment outcomes.

Results: A total of 5 adult patients were included in the study. The PD catheter

was implanted laparoscopically under general anesthesia. Studies indicate that diabetes mellitus is an important factor influencing the transition from HD to PD. The analysis results demonstrated that patients on PD achieved adequate dialysis.

CONCLUSIONS: Research shows that such a transition can improve patients' quality of life, provide greater flexibility in treatment regimens, and reduce the burden on healthcare facilities. It is important to consider the individual characteristics of each patient to ensure the most effective and safe process for transitioning to the new treatment method.

Key words: peritoneal dialysis, chronic kidney diseases, vascular approaches.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ: ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ, ПСИХИЧЕСКОЕ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ КАК КЛЮЧЕВАЯ ПРОБЛЕМА В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Мурзахметов С.Г., Туребеков Д.К., Шмидт А.А.
ТОО «BBNURA» (Астана, Казахстан)

Актуальность: Хроническая болезнь почек (ХБП) становится всё более социальной и медицинской проблемой, особенно с ростом заболеваемости и увеличением выживаемости пациентов на программном гемодиализе. Согласно последним данным в Республике Казахстан, общее количество пациентов на программном геодиализе составляет около 11 тысяч пациентов, при это количество диализных центров более 154 (1,100 на 1 млн). Общее число пациентов, состоящих на учете после трансплантации почки более 2700 пациентов из них 182 – кадаверные, 2500 от живого донора. В листе ожидания на трансплантацию –3953 человек. Несмотря на успехи в лечении и повышении эффективности диализа, качества жизни этих пациентов сопровождается множеством ограничений, касающихся питания, физической активности и социальной адаптации. Международные исследования показывают, что у большинства пациентов на

программном гемодиализе возникают значительные проблемы с качеством жизни, включая бессонницу, депрессию, слабость и социальную изоляцию. Эта проблема требует комплексного подхода и оценки для разработки более эффективных методов лечения и поддержки.

Цель исследования: Оценить качество жизни пациентов, находящихся на программном гемодиализе, с учетом их физического, психического и социального функционирования.

Материалы и методы: Исследование проводилось методом анкетирования с использованием опросника *Kidney Failure Quality of Life – Short Form* (KF-QoL-SF), который предназначен для оценки качества жизни пациентов с почечной недостаточностью. В исследовании приняли участие 30 пациентов, получающих заместительную почечную терапию в виде программного гемодиализа, в центре амбулаторного гемодиализа ТОО

"BBNURA" (г. Астана). В качестве контрольной группы были выбраны 26 здоровых респондентов в возрасте от 18 до 50 лет. Оценка качества жизни проводилась по трем основным группам показателей: физическое здоровье, психическое здоровье и социальное функционирование. Исследуемая группа включала 30 пациентов (50% мужчины и 50% женщины), которые находились на программном гемодиализе более одного года. В качестве контрольной группы были использованы 26 респондентов, не имеющих почечной недостаточности, в тех же возрастных рамках.

Результаты исследования: Оценка качества жизни проводилась по балльной системе: 70 баллов – хорошее качество жизни, 40-69 баллов – умеренное качество жизни, <40 баллов – значительное ухудшение качества жизни. Результаты показали, что качество жизни пациентов, получающих программный гемодиализ, в среднем составило 48 баллов (умеренное качество жизни), в то время как контрольная группа оценивала свое качество жизни в 78 баллов (хорошее качество жизни). По группам показателей:

• **Физическое здоровье:** пациенты на гемодиализе оценили его в 49 баллов, в контрольной группе – 79 баллов.

• **Психическое здоровье:** 48 баллов у пациентов на гемодиализе и 80 баллов в контрольной группе.

• **Социальное функционирование:** 47 баллов у пациентов на гемодиализе и 75 баллов у здоровых респондентов.

Выводы: Качество жизни пациентов, находящихся на программном гемодиализе, значительно снижено по сравнению с контрольной группой, что подтверждается средним результатом в 48 баллов (умеренное качество жизни). Наибольшее снижение наблюдается в области социального функционирования, что указывает на сложности в адаптации пациентов к социальной жизни и трудности в установлении межличностных контактов. Эти данные подчеркивают необходимость улучшения поддержки пациентов, особенно в психо-социальной и социальной сферах, для повышения их качества жизни и уменьшения негативных последствий длительного лечения гемодиализом.

Таким образом, результаты исследования подтверждают важность комплексной медицинской и социальной поддержки пациентов, проходящих программы заместительной почечной терапии, и необходимость разработки эффективных стратегий для улучшения их жизненных условий и интеграции в общество.

УЛИНАСТАТИН ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Муротов ТМ.Н., Ирнараров Ш.А.

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность исследования.

Острый панкреатит (ОП) остается одной из наиболее распространенных неотложных патологий желудочно-кишечного тракта, занимая третье место среди причин экстренной госпитализации после острого аппендицита и холецистита. Заболевание характеризуется высоким риском осложнений, включая панкреонекроз, системный воспалительный ответ (ССВО) и полиорганную

недостаточность, что обуславливает летальность в 5–20% случаев в зависимости от тяжести течения. Патогенез ОП связан с активацией протеолитических ферментов поджелудочной железы, приводящей к аутолизу тканей и системному воспалению. Традиционная терапия включает инфузионную поддержку, анальгетики и коррекцию электролитных нарушений, однако эффективность патогенетического воздействия оста-

ется ограниченной. В последние годы ингибиторы протеаз, такие как улинастатин, привлекают внимание как перспективное средство для подавления протеолитической активности и воспалительного каскада при ОП. Улинастатин, выделяемый из мочи человека и обладающий широким спектром антипротеазного действия, демонстрирует потенциал в снижении выраженности ССВО и предотвращении прогрессирования деструктивных процессов. Несмотря на это, данные об эффективности улинастатина в комплексной терапии ОП остаются противоречивыми, что подчеркивает необходимость дальнейших исследований для оценки его клинической значимости и оптимизации протоколов лечения.

Цель исследования.

Целью данного исследования является оценка эффективности и безопасности применения улинастатина в составе комплексной терапии у пациентов с острым панкреатитом средней и тяжелой степени тяжести в возрастной группе 30–50 лет. Задачи включают анализ влияния улинастатина на динамику воспалительных маркеров, длительность пребывания в отделении интенсивной терапии (ОИТ), частоту осложнений и общий исход заболевания.

Материалы и методы.

В исследование включено 40 пациентов в возрасте от 30 до 50 лет с подтвержденным диагнозом острого панкреатита (по критериям Атланта 2012), поступивших в стационар в период с января 2023 по февраль 2025 года. Пациенты были рандомизированы на две группы по 20 человек: основная группа получала комплексную терапию (инфузионная поддержка, анальгетики, ингибиторы протонной помпы) с добавлением улинастатина (200 000 ЕД внутривенно каждые 12 часов в течение 5 дней), контрольная группа — только стандартную терапию. Критерии включения: возраст 30–50 лет, острый панкреатит средней или тяжелой степени (оценка по шкале АРАСНЕ II \geq 8), отсутствие противопоказаний к применению

улинастатина. Исключались пациенты с хроническим панкреатитом, онкологическими заболеваниями или аллергией на препарат. Методы исследования включали клинический осмотр, лабораторный мониторинг (уровень С-реактивного белка (СРБ), прокальцитонина, амилазы, липазы), инструментальную диагностику (УЗИ, КТ брюшной полости) и статистический анализ (t-тест Стьюдента, критерий хи-квадрат). Данные собирались на 1-е, 3-е и 7-е сутки лечения. Исследование проводилось в соответствии с этическими нормами Хельсинкской декларации, все участники предоставили информированное согласие.

Результаты.

На 3-и сутки лечения в основной группе наблюдалось достоверное снижение уровня СРБ (с 145 ± 32 мг/л до 78 ± 19 мг/л, $p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой (с 141 ± 29 мг/л до 112 ± 25 мг/л, $p > 0,05$).

Уровень прокальцитонина в основной группе снизился с $2,1 \pm 0,8$ нг/мл до $0,9 \pm 0,4$ нг/мл ($p < 0,01$), тогда как в контрольной группе изменения были менее выраженными (с $2,0 \pm 0,7$ нг/мл до $1,5 \pm 0,6$ нг/мл, $p > 0,05$). Средняя длительность пребывания в ОИТ в основной группе составила $2,4 \pm 0,9$ суток против $3,5 \pm 1,1$ суток в контрольной ($p < 0,05$). Частота развития панкреонекроза была ниже в основной группе (10% против 25%, $p = 0,18$), хотя различия не достигли статистической значимости. Нормализация уровня амилазы и липазы происходила быстрее в основной группе ($5,2 \pm 1,3$ суток против $6,8 \pm 1,5$ суток, $p < 0,05$). Побочные эффекты улинастатина (аллергические реакции) зафиксированы у 1 пациента (5%), что не потребовало отмены препарата. Общая летальность составила 5% (1 случай в контрольной группе, связанный с полиорганной недостаточностью).

Выводы.

Применение улинастатина в комплексной терапии острого панкреатита у пациентов 30–50 лет демонстрирует

выраженный противовоспалительный эффект, проявляющийся в более быстром снижении маркеров ССВО (СРБ, прокальцитонин) и сокращении времени пребывания в ОИТ. Препарат способствует ускорению регресса ферментативной активности поджелудочной железы и снижению риска деструктивных осложнений, таких как панкреонекроз, хотя для подтверждения этого эффекта требуются исследования с большей выборкой. Безопасность улинастатина подтверждена низкой частотой побочных

реакций. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности включения улинастатина в протоколы лечения ОП средней и тяжелой степени тяжести, что может улучшить клинические исходы и снизить нагрузку на систему здравоохранения. Дальнейшие исследования должны быть направлены на определение оптимальных дозировок и длительности терапии, а также на изучение долгосрочных эффектов применения улинастатина.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА НА ГЕМОДИАЛИЗЕ С АУТОИММУННЫМ ТРИГГЕРНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОПОСРЕДОВАННЫМ СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТОМ

Мусабаева Д.Н. - резидент-нефролог 1-го года

Сепенова А.А. - резидент-нефролог 1-го года

Ертлесова Г.Д. - к.м.н., профессор

НАО «Медицинский университет Астана» (Астана, Казахстан)

Актуальность: Аутоиммунные заболевания, ассоциированные с трансплантацией органов, представляют собой важное направление в медицине. Одним из таких заболеваний является аутоиммунный триггерный трансплантатопосредованный системный некротизирующий васкулит, который может развиваться так же как отдаленное осложнение, включая микроскопический полиангиит-аутоиммунный процесс, в основе которого лежат иммунные реакции против сосудистых стенок, индуцированные трансплантатом. Микроскопический полиангиит характеризуется поражением мелких сосудов, что ведет к некрозу тканей и системным воспалительным реакциям. Основную роль в патогенезе играют антитела против гранулоцитарной пероксидазы (ANCA). Таким образом, аутоиммунный триггерный трансплантатопосредованный системный некротизирующий васкулит, микроскопический полиангиит — это серьезное осложнение, которое требует своевременной диагностики и индивидуализированного подхода в лечении.

Цель: Изучить клинические особенности течения аутоиммунного заболевания, выявить ключевые факторы, влияющие на прогноз заболевания и оптимизация лечебной тактики.

Материал и методы: Пациент мужчина 41 года с диагнозом: Аутоиммунный триггерный трансплантатопосредованный системный некротизирующий васкулит, микроскопический полиангиит. Гломеруллярная болезнь почек (не верифицирован морфологически). Состояние после трансплантации почки от живого донора от 2020 г. (аллотрансплантация донорской почки от родной сестры 40 лет по поводу ТХПН на фоне Хронического гломерулонефрита). Криз отторжения трансплантата от 2023 г. Возвратная нефропатия (возврат на программный гемодиализ от 2024 г.). Хроническая болезнь почек 5Dст. СКФ по СКД EPI 3 мл/мин/1,73м². Анемия средней степени тяжести смешанного генеза (ренальная, аутоиммунная, хронического воспаления).

Пациент обратился с жалобами на пузыри с геморрагическим содержимым

с образованием обширных эрозий с кровоизлияниями на слизистой оболочке полости рта, геморрагическое отслоение слизистой зева. Множественные волдыри, буллы с серозным и геморрагическим содержимым разной формы, синюшно-багрового цвета на коже волосистой части головы и лица, спины, рук и н/к, боль в горле при глотании, АД до 220/120 мм.рт.ст., жидкий стул с примесью крови до 15-20 раз в сутки.

Повышение артериального давления впервые зафиксировано в 2013-2014 г. до 220/100 мм.рт.ст., целенаправленно не обследовался, не лечился. При головных болях длительно принимал НПВС, парацетамол. С декабря 2018 г. резкое ухудшение состояния в виде интоксикационного синдрома на фоне выраженной уремии (креатинин 883 мкмоль/л, мочевины 27,6 ммоль/л), начат программный гемодиализ. В феврале 2020 г. проведена гетеротопическая аллотрансплантация почки. С 2020 по 2023 г. неоднократно получал стационарное лечение в плановом порядке для оценки функции трансплантата почки. В июне 2021 г. стационарное лечение по поводу КВИ, тяжелой степени тяжести, где при обследовании креатинин 226,9 мкмоль/л, мочевины 9,68 ммоль/л, протеинурия нефротического уровня. В ноябре находился на стационарном лечении с диагнозом Отторжение почечного трансплантата. Хроническая болезнь почек 5ст. СКФ по СКД EPI 10 мл/мин/1,73м². Хроническая нефропатия трансплантата. В мае 2024 г. вновь ухудшение состояния с гиперазотемией (креатинин 1061 мкмоль/л, мочевины 51 ммоль/л), повышение АД до 200/100 мм.рт.ст., начат экстренный программный гемодиализ.

При последней госпитализации выявлены анемия средней степени тяжести, умеренная гиперкалиемия, гипоальбуминемия, повышение острофазных белков-СРБ:66,7 мг/л, D-димер:0,653 мкг/мл, ПКТ: 0,659 нг/мл. В мазке из ротовой полости: Streptococcus pyogenes.

По инструментальным данным: ЭХОКГ: КДО 138 мл, КСО 73 мл, РСДЛА 44 мм рт ст, ФВ 47%. Гиперволемиа. Начальная дилатация всех полостей сердца. Гипертрофия ЛЖ.

КТ грудного сегмента: признаки остаточных изменений легких. Фиброателектаз верхней доли левого легкого.

ФГДС: На всем протяжении слизистой пищевода покрыта очаговым плотным отслаивающимся фибрином, имеются множественные кровотокающие эрозии, по боковой стенке внутрислизистая гематома на всем протяжении до кардии. Заключение: Эрозивно-фибринозный эзофагит. Эрозивно-геморрагический эзофагит. Хронический гастродуоденит. Травма гортаноглотки, пищевода?

УЗДГ трансплантата почки: Трансплантат размером 113*61 мм. Диффузные изменения паренхимы трансплантата. Интратранслюцентно кровотоков обеднен. Увеличение индекса резистентности в стволе почечной артерии. Гемодинамически значимых стенозов, тромбозов не выявлено.

Проведено обследование на аутоиммунные заболевания: 1)Антитела к цитоплазме нейтрофилов (сANCA) Результат (титр) <1:80 положительный. 2)Антитела к цитоплазме нейтрофилов (pANCA) Результат (титр) <1:40 положительный. 3)Антитела к протеиназе 3 (PR3) Результат <1:20 в пределах нормы. 4)Антитела к базальной мембране клубочков (GBM), IgG Результат <1:20 в пределах нормы. 5)Антинуклеарный фактор на клетках HEp2 (АНФ) Результат (титр) <1:160 Слабо положительный 6)Фекальный кальпротектин 499,10мкг/г (0-50) положительный.

Иммуноглобулин E-14,70 ед/мл в пределах нормы.

В условиях стационара проведен консилиум в составе профильных специалистов, диагноз верифицирован. Рекомендовано проведение патогенетической индукционной иммуносупрессивной терапии в течение трех дней под

прикрытием антибактериальной, гастропротективной, гипотензивной терапии, продленные сеансы ГД, плазмаферез.

Результаты: Диагноз установлен на основании анамнеза, клинико-лабораторных, инструментальных, иммунологических исследований. Терапия включает лечение основного заболевания, патогенетическую индукционную терапию. После проведения индукционной терапии у пациента отмечается временное улучшение состояния, но продолжают сохраняться эрозивные, буллезные высыпания на коже и слизистых. Пациенту рекомендовано:

Консультация трансплантолога для решения вопроса об удалении трансплантата, дальнейшая иммуносупрессивная терапия.

Выводы: Аутоиммунные заболевания, такие как системный некротизирующий васкулит и микроскопический полиангиит, представляют собой серьезные патологические состояния, которые характеризуются воспалением и повре-

ждением сосудистых стенок, что может привести к нарушению нормального кровоснабжения тканей и органов. Системный некротизирующий васкулит включает в себя повреждение мелких и средних сосудов, что может привести к тяжелым органным поражениям. Микроскопический полиангиит-форма васкулита характеризующаяся поражением мелких сосудов, особенно в почках и коже. В этих заболеваниях важную роль играет аутоиммунный процесс, запускающийся различными триггерами: инфекции, лекарственные средства или генетическая предрасположенность. Таким образом, аутоиммунный триггерный трансплантатопосредованный системный некротизирующий васкулит и микроскопический полиангиит являются тяжелыми заболеваниями, требующими раннюю диагностику и комплексный подход в лечении. Важно учитывать их потенциально опасные последствия для органов и систем организма, что делает своевременную медицинскую помощь жизненно необходимой.

МЕТАБОЛИК АССОЦИРЛАНГАН ЖИГАР ЁҒ КАСАЛЛИГИ НЕГИЗИДА КЕЧАЁТГАН СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШ МАРКЕРЛАРИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИ

Мухиддинова Н. З., Даминова Л. Т.

Тошкент давлат стоматология институти (Тошкент, Ўзбекистон)

Метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллиги (МАЖЁК) ва сурункали буйрак касаллиги (СБК) клиник тиббиётда етарлича учраб турадиган касалликлардан биридир. СБК беморларида МАЖЁК нинг мавжудлиги уларда буйрак етишмовчилигининг чуқурлашишини хавфини орттириши ҳақида кенг далиллар мавжуд. Ҳозирги вақтда анъанавий омилларга қўшимча СБК ва МАЖЁК билан боғлиқ метаболик синдромнинг таркибий қисмлари, янги патогенетик механизмлари бўлган эндотелиал дисфункция, фибробласт ўсиш омили-21 метабо-

лик бузилишлари, ренин-ангиотензин тизимининг патологик фаоллашуви ва адипонектин даражасидаги ўзгаришлари кабиларни аҳамиятини ўрганиб тадқиқ этилмоқда. Ушбу механизмларни патогенетик бўғинлари ойдинлашганидан кейин ушбу патологик занжирни даволаш масалалари майдонга келади. Бу эса метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллиги негизида кечаётган сурункали буйрак касаллигини даволашда янги терапевтик ёндашув имкониятларни очилишини тақозо этади.

Тадқиқотнинг мақсади. Метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллиги негизида кечаётган сурункали буйрак касаллиги беморларида буйрак шикастланиши маркерларини ўрганиш ва тахлил қилиш.

Материаллар ва услублар. Тадқиқот учун Миллий тиббиёт маркази нефрология ва терапия бўлимларида 2023-2024 йилларда стационар даволанаётган 45 нафар СБК беморлари саралаб олинди. Уларнинг таркибида анамнезида жигар касалликлари ўтказмаган ва жорий стационар даволанишда жигар ферментлари меёрида бўлган, ультратовуш текширувида жигар ҳамда унга боғлиқ метаболик касалликлари белгилари бўлмаган СБК беморларидан иборат 1-гурӯҳ (n-24) ва тегишли лаборатор ва асбобий текширувларда МАЖЁК мавжуд бўлган 2-гурӯҳ (n-21) шакллантирилди. Тадқиқотга олинган барча беморлар пешобида альбуминурия даражаси ва альбумин/креатинин нисбати текширилди. Олинган натижалар статистик тахлил қилинди.

Натижалар ва уларни муҳокама. Альбуминурия жигар ва унга боғлиқ метаболик касалликлари бўлма-

ган СБК беморларидан иборат 1-гурӯҳда $38,9 \pm 1,75$ мг/сутка ва МАЖЁК мавжуд бўлган 2-гурӯҳда $45,8 \pm 2,17$ мг/суткани ташкил этди. Натижалар статистик тахлил қилинганида альбуминурияни 1-гурӯҳга нисбатан 2-гурӯҳда кам ишончли ($p < 0,05$) даражада юқори эканлиги кузатилди.

Альбумин/креатинин нисбати 1-гурӯҳда $3,81 \pm 0,16$ ва 2-гурӯҳда $4,39 \pm 0,18$ қийматни кўрсатди. Натижалар статистик тахлил қилинганида альбумин/креатинин нисбатини 1-гурӯҳга нисбатан 2-гурӯҳда кам ишончли ($p < 0,05$) даражада ортиқроқ эканлиги намоён бўлди.

Хулоса. Метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллиги негизида кечаётган сурункали буйрак касаллиги беморларида буйрак шикастланиш маркерлари кўпроқ юқори натижаларни кўрсатди. У пешобда альбуминурия даражасини ва альбумин/креатинин нисбатини кам ишончли ($p < 0,05$) даражада бўлсада юқори эканлиги билан намоён бўлди. Демак, метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллиги негизида сурункали буйрак касаллиги сезиларли кўпроқ авж олади.

МЕТАБОЛИК АССОЦИРЛАНГАН ЖИГАР ЁҒ КАСАЛЛИГИ НЕГИЗИДА КЕЧАЁТГАН СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ МАНЗАРАСИ

Муҳиддинова Н. З., Бабажанова Н.Р., Хасанов А.А.

Тошкент давлат стоматология институти (Тошкент, Ўзбекистон)

Сурункали буйрак касаллиги (СБК) беморларида метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллиги (МАЖЁК) нинг мавжудлиги буйрак фаолияти кўрсаткичларида ҳам ўз аксини топади. Ушбу гурӯҳ беморларида МАЖЁК нинг мавжудлиги буйрак етишмовчилиги авж олишининг қўшимча хавф омили ҳам ҳисобланади. Аини дамда анъанавий омилларга қўшимча СБК ва МАЖЁК билан боғлиқ метаболик синдромнинг тар-

кибий қисмлари, янги патогенетик механизмлари бўлган эндотелиал дисфункция, фибробласт ўсиш омили-21 метаболик бузилишлари, ренин-ангиотензин тизимининг патологик фаоллашуви ва адипонектин даражасидаги ўзгаришлари кабиларни аҳамиятини ўрганиб тадқиқ этилмоқда. Мазкур изланишлар ушбу патологик занжирни даволаш масалаларида янги терапевтик ёндашу-

вларни тадқиқ этиш имкониятларини очилишига замин бўлади.

Тадқиқотнинг мақсади. Метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллиги негизида кечаётган сурункали буйрак касаллиги беморларида буйрак функционал ҳолати кўрсаткичларини текшириш ва таҳлил қилиш.

Материаллар ва услублар. Тадқиқот учун Миллий тиббиёт маркази нефрология ва терапия бўлимларида 2023-2024 йилларда стационар даволанаётган 45 нафар СБК беморлари саралаб олинди. Уларнинг таркибида анамнезида жигар касалликлари ўтказмаган ва жорий стационар даволанишда жигар ферментлари меёрида бўлган, ультратовуш текширувида жигар ҳамда унга боғлиқ метаболик касалликлари белгилари бўлмаган СБК беморларидан иборат 1-гурӯҳ (n-24) ва тегишли лаборатор ва асбобий текширувларда МАЖЁК мавжуд бўлган 2-гурӯҳ (n-21) шакллантирилди. Тадқиқот гуруҳларидаги беморлар қон зардобида мочевина ва креатинин текширилди ҳамда коптокчалар филтрацияси тезлиги аниқланди. Коптокчалар филтрацияси тезлиги зардобдаги креатинин миқдори бўйича 2011 йили модификация қилинган СКД-ЕРІ (2009) формуласи ([http://nefrosovot.ru/сайтидаги он-лайн ҳисоблагич](http://nefrosovot.ru/сайтидаги_он-лайн_ҳисоблагич)) кўмагида ҳисобланди. Олинган натижалар статистик таҳлил қилинди.

Натижалар ва уларни муҳокама. Креатинин жигар ва унга боғлиқ метаболик касалликлари бўлмаган СБК

беморларидан иборат 1-гурӯҳда $133,6 \pm 4,98$ мкмоль/л. ва МАЖЁК мавжуд бўлган 2-гурӯҳда $157,8 \pm 5,59$ мкмоль/л.ни ташкил этди. Натижалар статистик таҳлил қилинганида креатининни 1-гурӯҳга нисбатан 2-гурӯҳда ишончли ($p < 0,01$) даражада юқорилиги аниқланди.

Мочевина 1-гурӯҳда $9,38 \pm 0,58$ млмоль/л. ва 2-гурӯҳда $11,29 \pm 0,62$ млмоль/л. қийматни кўрсатди. Натижалар статистик таҳлил қилинганида мочевинани 1-гурӯҳга нисбатан 2-гурӯҳда кам ишончли ($p < 0,05$) даражада бўлсада баландлиги намоён бўлди.

Креатинин асосида ҳисобланган коптокчалар филтрацияси тезлиги 1-гурӯҳда $57,8 \pm 2,73$ мл/дақ. ва 2-гурӯҳда $46,3 \pm 2,16$ мл/дақ.ни ташкил этди. Натижалар статистик таҳлил уни 1-гурӯҳга нисбатан 2-гурӯҳда ишончли ($p < 0,01$) пастлиги кузатилди.

Хулоса. Метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллиги негизида кечаётган сурункали буйрак касаллиги беморларида буйрак фаолияти градиентлари кўпроқ салбий томонга силжийди. У ушбу гуруҳ беморлар қон зардобида креатининни ишончли ($p < 0,01$) ва мочевинани кам ишончли ($p < 0,05$) даражада юқорилиги, шунингдек коптокчалар филтрацияси тезлигини ишончли ($p < 0,01$) пасайиши билан намоён бўлди. Демак, метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллиги негизида сурункали буйрак касаллиги беморларида буйрак дисфункцияси чуқуроқ бўлиши кузатилади.

РИСК АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Назарова Н.О., Жаббаров О.О.

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) становится серьезной проблемой для здоровья; число людей с нарушением функции почек быстро рас-

тет, особенно в промышленных странах. Серьезным осложнением ХБП являются сердечно-сосудистые заболевания. Ускоренный атеросклероз наблюдается

на ранних стадиях почечной дисфункции.

Цель: Целью данного исследования было изучение взаимосвязи между степенью почечной недостаточности и как распространенностью, так и интенсивностью ишемической болезни сердца (оцениваемой на основе количества сосудов со стенозом).

Материал и методы.

В исследование были включены 46 человек с сывороточным креатинином 120 мкмоль/л (мужчины) или 96 мкмоль/л (женщины). Анализировались данные, касающиеся скорости клубочковой фильтрации (СКФ), количества сосудов со стенозом, гипертонии, нарушений липидного обмена, концентрации креатинина, С-реактивного белка, глюкозы и липидного профиля.

Результаты.

Это исследование подтвердило, что умеренная или тяжелая почечная недостаточность связана с ускоренным атеросклерозом. Более того, пациенты со значениями СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м² предрасположены к ускоренному многососудистому сердечно-сосудистому заболеванию.

Анализ связи между СКФ (стадия ХБП) и другими переменными показал,

что ГК в основном присутствовала у пациентов с ХБП IV стадии (100,0 % пациентов этой группы) и у пациентов с атеросклеротическими изменениями в 3 сосудах (69,6 %). Она встречалась реже у пациентов со ХБП II стадии (51,4 %) и у пациентов с атеросклеротическими изменениями в 1 сосуде (54,8 %). Нарушения липидного обмена чаще всего встречались у пациентов с ХБП IV стадии (88,9 %) и у пациентов с атеросклеротическими изменениями в 1 или 3 сосудах (76,7 и 76,5 % соответственно). Реже она встречалась у пациентов с ХБП V стадии (37,5 %) и у пациентов без изменений в сосудах (56,8 %). ИМТ ≥ 30 кг/м² чаще всего встречался у пациентов с ХБП IV и V стадии (33,3 и 33,3 % соответственно) и у лиц без бляшек в сосудах (32,4 %).

Выводы

СКФ, по-видимому, является независимым фактором риска многососудистых сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с тем, что пациенты с почечной дисфункцией подвержены высокому риску сердечно-сосудистых событий, они должны получать оптимальное лечение, приводящее не только к защите почек, но и к устранению факторов сердечно-сосудистого риска.

РОЛЬ ЛИПОПРОТЕИДОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Назарова Н.О., Жаббаров О.О.

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность.

Атеросклероз часто является осложнением хронической болезни почек (ХБП) из-за дислипидемии и ХБП-минеральных и костных нарушений (1). Липопротеины высокой плотности (ЛПВП) группируются в различные подклассы, состоящие из множества белков и липи-

дов, и их трансформация изменяется при ХБП (2).

Цель: Мы исследовали роль подклассов липопротеинов в прогрессировании ХБП и атеросклерозе, а также взаимосвязь с фактором роста фибробластов (FGF).

Материал и методы.

В этом проспективном когортном исследовании в Ташкенте приняли участие 42 пациент с ХБП. Пропорции уровня холестерина к общему уровню холестерина (доля холестерина) и количество частиц липопротеинов в 20 фракциях липопротеинов измерялись с помощью недавно разработанной высокоэффективной гель-проникающей хроматографии.

Результаты.

Атеросклеротическая нефропатия наблюдалась у 74,9% пациентов. Средний возраст составил 61,0 лет, а расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) составила 17,2 мл/мин./1,73м². Количество липопротеиновых частиц в мелких ЛПВП было выше в группе 4-й

стадии, чем в группе 5-й стадии ($p = 0,002$). Многофакторный регрессионный анализ с поправкой на исходные характеристики показал, что пропорции холестерина в очень мелких ЛПВП были связаны со скоростью изменения СКФ [F19 $\beta = -17,63$, $p = 0,036$] и ЛПИ [F19 $\beta = 0,047$, $p = 0,047$] в группе 4-й стадии, и что уровень растворимого α -Клото в сыворотке был связан с количеством липопротеиновых частиц в очень мелких ЛПВП [F19 $\beta = 0,00026$, $p = 0,012$; F20 $\beta = 0,00041$, $p = 0,036$] в группе 5-й стадии.

Выводы

Это исследование показало, что подклассы ЛПВП связаны с прогрессированием ХБП, ЛПИ в зависимости от стадии ХБП.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Олимхонова К.Н., Эгамбердиева Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Бронхиальная астма и ожирение представляют собой сочетанную патологию, сопровождающуюся хроническим воспалением, нарушением аминокислотного и липидного обмена, что может оказывать влияние не только на дыхательную, но и на почечную функцию. Одним из ключевых биомаркеров системного воспаления является С-реактивный белок (СРБ), который отражает степень воспалительной активности и может быть связан с метаболическими изменениями, ухудшающими почечную фильтрацию. Однако степень этой взаимосвязи остается недостаточно изученной.

Целью исследования явилось определение особенностей метаболического профиля у пациентов с бронхиальной астмой и ожирением и выявление его связи с уровнем С-реактивного белка и функциональным состоянием почек.

Материалы и методы. В исследовании включены 64 пациента (35 женщин, 29 мужчин) с бронхиальной астмой и ожирением (ИМТ >30 кг/м²). Контрольную группу составили 25 пациентов с бронхиальной астмой без ожирения. Всем пациентам проведена оценка метаболического профиля методом хромато-масс-спектрометрии, включающая определение уровней аргинина, цитруллина, глутамина, валина, лейцина, свободных жирных кислот и карнитина. Функциональное состояние почек оценивали по уровню креатинина, расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКД-ЕРІ) и уровню микроальбуминурии. Дополнительно определяли уровень С-реактивного белка. Статистическая обработка данных проводилась с использованием коэффициента корреляции Спирмена и множественной регрессии.

Результаты исследования показали, что у пациентов с бронхиальной астмой и ожирением наблюдается снижение уровня аргинина на 22 % ($p=0,003$) и цитруллина на 18 % ($p=0,005$) по сравнению с контрольной группой. Эти изменения коррелировали с повышением уровня С-реактивного белка ($r=-0,40$, $p=0,009$) и снижением расчетной скорости клубочковой фильтрации ($r=0,36$, $p=0,02$). Концентрация разветвленных аминокислот (ВСАА: валин, лейцин) была на 32 % выше ($p=0,001$) и ассоциировалась с повышением уровня С-реактивного белка ($r=0,42$, $p=0,008$).

В группе пациентов с ожирением у 34 % отмечено снижение расчетной скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м², а также выявлена обратная корреляция между уровнем С-реактивного белка и расчетной скоростью клубочковой фильтрации ($r=-0,38$, $p=0,01$).

Таким образом, у пациентов с бронхиальной астмой и ожирением выявлены выраженные изменения аминокис-

лотного и липидного обмена, которые оказывают влияние на воспалительные процессы и функциональное состояние почек. Снижение уровней аргинина и цитруллина коррелирует с повышением С-реактивного белка и снижением скорости клубочковой фильтрации, а избыток разветвленных аминокислот связан с усилением воспаления и прогрессированием почечной дисфункции.

Вывод. Полученные результаты подчеркивают необходимость мониторинга метаболических показателей у пациентов с бронхиальной астмой и ожирением. Оценка уровня аминокислот, липидного обмена и С-реактивного белка может использоваться в качестве раннего диагностического инструмента для прогнозирования почечных осложнений. Персонализированная коррекция питания, направленная на баланс цитруллина и карнитина, может способствовать улучшению контроля воспалительного процесса и функционального состояния почек у данной категории пациентов.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АКТИВНОСТИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Ортикбоев Ж.О.

Ташкентский педиатрический институт (Ташкент, Узбекистан)

В последнее время огромный научный интерес уделяется изучению молекулярно-генетических детерминант играющих ключевых роль в развитии и неблагоприятному клиническому течению нефрологических заболеваний. В настоящее время в мировой литературе доказано, что ренин-ангиотензивная система (РАС) непосредственно связана с дисгенезом почек. В связи с чем изучение полиморфных генетических маркеров, а в частности рецепторов ангиотензина I (AGTR1) и ангиотензина II второго типа

(AGTR2) с установлением мутации является актуальной проблемой, в нефрологии. Проведенные исследования в данном направлении не дают однозначного ответа на вопрос о патогенетической роли отдельных единичных полинуклеотидных замен генов системы ренин-ангиотензин в течении ХБП, что диктует необходимость проведения дальнейших исследований в данной области.

Цель исследования: изучить особенности полиморфизма генов AGTR1 и AGTR2 у больных с ХБП.

Материалы и методы исследования: молекулярно-генетическое исследование было проведено среди 153 больных с ХБП, из них ХБП 1 стадии встречалась в 11,1% случаев (17 из 153), 2 стадии – в 15,0% (23 из 153), 3 стадии – в 11,1% (17 из 153), 3А стадии – в 4,6% (7 из 153), в 8,5% регистрировалась 3Б стадия (13 из 153). Наибольший процент пациентов имели 4 и 5 стадии ХБП (22,9% и 26,8% соответственно). Возрастная градация больных составила от 21 года до 95 лет, средний возраст – $57,9 \pm 2,3$ лет. Среди всех пациентов, принявших участие в исследовании отмечается преобладание мужского пола над женских, их соотношение составило 1:1,4 (89 мужчин и 64 женщины).

Всем больным проведена идентификация однонуклеотидных полиморфизмов генов с помощью аллель-специфичной полимеразной цепной реакции амплификации с использованием тест-систем. Изучались полиморфизм A1166C гена AGTR1 и полиморфизм G1675A гена AGTR2.

Результаты исследования: в результате проведенных медико-генетических исследований нами установлено, что полиморфизм A1166C гена AGTR1 представлен в виде аллелей A1 (“А”) или 6С (“С”). При этом, развитие ХБП ассоциируется с минорным аллелем “А” (A1). Данный аллель характеризуется меньшей интенсивностью экспрессии, по сравнению с аллелем “С” или 6С. В группе пациентов с ХБП выявлено, что фактическая частота гомозиготного генотипа С/С статистически значимо повышена, по сравнению с теоретическим ($H_{obs} = 0.19\%$ и $H_{exp} = 0.18\%$, соответственно, $\chi^2 = 0.22$; $p > 0,05$). Наблюдаемое количество гетерозигот А/А наоборот, достоверно ниже, чем ожидаемое ($H_{obs} = 0.45\%$ и $H_{exp} = 0.46\%$ соответственно, $\chi^2 = 0,045$; $p > 0,05$). Показатель относительного отклонения ожидаемой гетерозиготности от наблюдаемой оказался отрицательным (дефицит гетерозигот), т.е., $D = -0.02$. Однако, подобный умеренный недостаток А/С гетерозигот компенсируется из-

бытком А/А гомозигот. Наблюдаемое распределение частот неблагоприятного генотипа С/С также соответствовало равновесию Харди-Вайнберга (P_{XB}) ($H_{obs} = 0.41\%$ и $H_{exp} = 0.41\%$), о чем свидетельствовало значение $\chi^2 = 0,01$ и $p > 0,05$.

При оценке полиморфизм G1675A гена AGTR2 представлен в виде аллелей “А” или “G”. При этом, развитие ХБП ассоциируется с минорным аллелем “А”. Данный аллель характеризуется меньшей интенсивностью экспрессии, по сравнению с аллелем “G”.

D популяционной выборке дикий генотип G/G характеризовался низкой частотой и его частота согласуется с ожидаемыми (0.11 против 0.12, соответственно; $\chi^2 = 0.03$; $P > 0.05$). Фактическое распределение гетерозиготного генотипа незначительно повышено, по сравнению с теоретическим (0.46 против 0.45 соответственно; $\chi^2 = 0.03$; $P > 0.05$). Относительное отклонение наблюдаемой гетерозиготности от ожидаемой оказалось положительным, т.е., уровень наблюдаемой гетерозиготности был больше ожидаемого ($D = +0.02$; умеренный избыток гетерозигот). Наблюдаемое распределение неблагоприятного генотипа G/G также недостоверно снижено по сравнению с теоретическим (0.43 против 0.42; $\chi^2 = 0.01$; $P > 0.05$).

Вместе с тем было отмечено, что пациентк с терминальной стадией ХБП достоверно чаще являются носителями мутантных форм генов рецептора ангиотензина первого (A1166C) и второго типов (G1675A), ответственных за злокачественное течение артериальной гипертензии.

Заключение: при патологии почек у пациентов выявлена тенденция к увеличению частоты встречаемости однонуклеотидных полиморфизмов генов, влияющих на активность РАС. Прогрессирование ХБП взаимосвязано с носительством аллеля С гена AGTR1 (рецептора ангиотензина первого типа) и аллеля G гена AGTR2 (рецептора ангиотензина второго типа).

РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗДАГИ БЕМОРЛАРДА ОШҚОЗОН-ИЧАК ЙЎЛЛАРИДАГИ ШИКАСТЛАНИШЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАХЛИЛИ

Очилов Ш.З.¹, Сабиров М.А.²

Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази Қашқадарё филиали. (Қарши, Ўзбекистон)

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

Режали гемодиализ беморларидаги интеркуррент касалликлар орасида ошқозон-ичак йўлларидаги (ОИЙ) патологиялар биринчи ўринда туриши ҳамда ушбу гуруҳ беморларнинг 60 % идан ортиғида морфологик тасдиқланган сурункали гастритнинг топилиши, 90 % ида ҳазм тизимининг турли сохаларида ҳар хил ўзгаришларнинг аниқланиши муаммо кўламининг юқорилиги ва етарлича долзарблигини белгилайди. Шунингдек, режали гемодиализдаги беморларда диспептик ўзгаришларни 48-70 % ҳолларда учраши ва мазкур ўзгаришларни уларнинг ҳаёт сифатига негатив таъсири соғлом популяцияга нисбатан анча юқори кўрсаткичларни акс эттириши масаланинг кўламини янада жиддийлаштиради.

Тадқиқот мақсади. Режали гемодиализдаги беморларда ошқозон-ичак йўлларидаги шикастланишларни эпидемиологик ҳолатини ўрганиш ва тахлил қилиш.

Материал ва услублар. Қашқадарё вилояти бўйича 2024 йил мобайнида сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал босқичидаги 426 нафар бемор режали гемодиализ сеансларини бошидан кечирмоқда. Тадқиқот учун ушбу Қашқадарё вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази нефрология бўлимида режали гемодиализ олиб юрган ва мазкур муассасада назоратда бўлган 426 нафар беморлар олинди. Ушбу тадқиқот гуруҳларидаги ўлим ҳолати, сабаблари, ОИЙ шикастланишлари ва уни эпидемиологик маълумотлари олиниб тахлил қилинди. Бунда беморларда ўтказилган

эзофагастроуденофиброскопия натижалари асос қилиб олинди.

Натижалар ва уларни муҳокама.

Тадқиқот гуруҳида 2024 йилда режали гемодиализдаги беморларнинг 117 нафари (27,4 %) вафот этди. Леталликнинг бу қадар юқори рақамларда бўлишининг кўп жиҳатдан ушбу беморлардаги нутритив статуснинг пасайиб кетгани билан боғлаш эҳтимолдан ҳоли эмас. Сабаби, тадқиқот гуруҳидаги деярли барчада ОИЙ шиллиқ қаватида шикастланишлар кузатилди. Жумладан, 287 нафарида (67,3 %) атрофик гастрит, 79 нафарида (18,6 %) ошқозон ёки ўн икки бармоқ ичак яраси ва қолган 60 нафарида (14,1 %) эса бошқа турдаги юза гастритлар аниқланди. Ўтган жорий йил мобайнида 34 нафар режали гемодиализдаги беморларда диализ даврида ва диализлар орасидаги даврда ошқозон-ичак тизимидан қон кетиши кузатилиб, ушбу ҳолатлардан 10 нафари леталлик билан якунланган.

Хулоса.

Режали гемодиализдаги беморларда ошқозон-ичак шиллиқ қаватида албатта шикастланиш бўлади. У оддий юза гастрит шаклидан атрофик гастрит негизида яра касаллиги даражасида ривожланиши мумкин. Режали гемодиализдаги беморларда ошқозон-ичак шиллиқ қаватидаги шикастланишлар уларнинг яшовчанлигига салбий таъсир кўрсатади. Бу ўлкада экстрокорпорал детоксикация тадбирлари негизида ушбу популяция беморлари орасида леталлик даражасини юқорилиги билан изоҳланади.

РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗДАГИ БЕМОРЛАРДА ОШҚОЗОН-ИЧАК ЙЎЛЛАРИДАГИ ШИКАСТЛАНИШЛАР НЕГИЗИДА НУТРИТИВ СТАТУСНИНГ БУЗИЛИШИ

Очилов Ш.З.¹, Мунавваров Б.А.²

*Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази Қашқадарё филиали (Қарши, Ўзбекистон)
Тошкент давлат стоматология институти доценти (Тошкент, Ўзбекистон)*

Экстрокорпорал детоксикация негизидаги меда-ичак йўлларидаги патологиялар беморларнинг нутритив статусига салбий таъсир кўрсатиб, у организмда оқсил энергетик танқислигида ўз аксини топади. Шунингдек, нутритив статуснинг бузилишлари режали гемодиализдаги беморларини ҳаёт сифатига неготив таъсири билан бир қаторда, уларнинг яшовчанлигини пасайиб кетишига сабаб бўлади.

Тадқиқот мақсади.

Режали гемодиализдаги беморларда ошқозон-ичак йўлларидаги шикастланишлар негизида юзага келадиган нутритив статусни баҳолаш.

Материал ва услублар. Қашқадарё вилояти бўйича 2024 йил мобайнида сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал босқичидаги 426 нафар бемор режали гемодиализ сеансларини бошидан кечирмоқда. Тадқиқот учун Қашқадарё вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази нефрология бўлимида режали гемодиализ олиб юрган ва мазкур муассасада назоратда бўлган, ошқозонида атрофик гастрит ташхиси тасдиқланган 100 нафар беморлар олинди.

Тадқиқот гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $38,14 \pm 5,8$ йил, гемодиализ давомийлиги $5,71 \pm 2,12$ йил. Уларнинг барчасида нутритив статусга боғлиқ бўлган: умумий оқсил ва альбумин текширилди, тана вазни индекси ҳисобланди. Олинган натижалар статистик таҳлил қилинди.

Натижалар ва уларни муҳокама.

Тадқиқот гуруҳида умумий оқсил $48,14 \pm 1,02$ г/л. ва альбумин $24,4 \pm 1,58$ г/л. эканлиги аниқланди. Тана вазни индекси $18,3 \pm 1,05$ га пасайиб кетгани кузатилди. Натижалар соғлом шахсларга нисбатан статистик таҳлил қилинганида қийматларни ишончли ($p < 0,01$) пасайиб кетгани кузатилди.

Хулоса.

Режали гемодиализдаги беморларда ошқозон-ичак шиллиқ қаватлари шикастланиши, яъни атрофик гастрит негизида нутритив статус сезиларли бузилади. бўлади. У беморлар қон зардобидида умумий оқсил ва альбуминни ишончли ($p < 0,01$) камайиши, шунингдек тана вазни индекси қийматини ишончли ($p < 0,01$) пасайиши билан намоён бўлади.

ИММУНОСУПРЕССИВ ТЕРАПИЯ НЕГИЗИДА БЕМОРЛАРДАГИ ЖИГАР СТРУКТУР-ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАРНИ ДАВОЛАШ

Рашидова А.С.¹, Барноев Х.Б.²

*Тошкент давлат стоматология институти (Тошкент, Ўзбекистон)
Миллий тиббиёт маркази нефрология бўлими шифокори (Тошкент, Ўзбекистон)*

Иммуносупрессив терапия (ИСТ)нинг жигарга бўлган салбий таъсирларини даволаш ҳозирги кундаги клиник тиббиётнинг устивор вазифаларидандир. Сабаби, аутоиммун яллиғланиш касалликларини даволашда ишлатиладиган иммуносупрессив воситалар жигар-

нинг структур-функционал ҳолатига сезиларли даражада таъсир кўрсатмоқда.

Тадқиқот мақсади.

Аутоиммун буйрак касалликларидаги иммуносупрессив терапия негизида беморларда юзага келадиган жигардаги функционал ўзгаришларни даволаш.

Материал ва услублар. Тадқиқот учун сурункали гломерулонефрит билан оғриб Миллий тиббиёт маркази нефрология бўлимида даволанаётган ҳамда даволаниш мобайнида ИСТ қабул қилаётган 119 нафар бемордан аланинамино-трансфераза (АлТ), аспартатамино-трансфераза (АсТ) ва билирубин текширилди. Уларнинг 37 нафарида (31,1 %) ИСТ дан кейин жигар функционал ферментлари ошиб кетгани кузатилди. Мазкур беморлардан 1- (n-18) ва 2-гурух (n-19) шакллантирилди. 1-гурухга ИСТ дан кейин фақат умумий дезинтоксикацион даво тавсия этилди, 2-гурухга эса дезинтоксикацион давога қўшимча глутатион 1200 мг миқдорда 10 кунга инфузион терапия орқали буюрилди. 10 кундан кейин жигар ферментлари қайта олиниб натижалари статистик таҳлил қилинди.

Натижалар ва уларни муҳокама-маси.

Ўн кундан сўнги натижаларга кўра, ИСТ дан кейин 1-гурухда қон зардобиди АлТ 87,2±8,96 ммоль/л.га юқори бўлган бўлса, даволанишнинг 10-кунига келиб 73,6±7,52 ммоль/л.га ишончсиз камайди. АсТ ИСТ дан кейин 58,1±6,18

ммоль/л.ни кўрсатган бўлса, даволанишнинг 10-куни 52,7±4,16 ммоль/л.га ишончсиз пасайди. Умумий билирубин ИСТ дан кейин 32,5±4,23 ммоль/л. бўлиб, даволанишнинг 10-кунига келиб 28,1±2,76 ммоль/л.га ишончсиз пасайди. 2-гурухда қон зардобиди АлТ ИСТ дан кейин 87,2±8,96 ммоль/л.га юқори бўлиб, даволанишнинг 10-кунига келиб 43,6±6,75 ммоль/л.га ишончли (p<0,01) камайди. АсТ ИСТ дан кейин 58,1±6,18 ммоль/л.ни кўрсатган бўлса, даволанишнинг 10-куни 42,6±3,14 ммоль/л.га ишончли (p<0,01) пасайди. Умумий билирубин ИСТ дан кейин 32,5±4,23 ммоль/л. бўлиб, даволанишнинг 10-кунига келиб 21,8±1,98 ммоль/л.га ишончли (p<0,01) даражада пасайгани кузатилди.

Хулоса.

Сурункали гломерулонефрит билан оғриган беморларда ИСТ негизда жигар функционал ҳолатида ўзгаришларини глутатион препаратини инъекцион қўллаш билан даволаш мумкин бўлади. У цитолитик ферментларни ишончли пасайтиради.

ВНУТРИСЕРДЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ С ХБП 2 И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

Сабиржанова З.Т., Раимкулова Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Безболевая ишемия миокарда (БИМ) — клиническая форма ишемической болезни сердца, при которой преходящее нарушение кровоснабжения миокарда не сопровождается приступом стенокардии или ее эквивалентами и выявляется только с помощью инструментальных методов исследования. Наличие «немой» ишемии миокарда является прогностически неблагоприятным фактором и повышает риск коронарогенных осложнений в 2—19 раз, риск внезапной смерти — в 3—9 раз. ХБП в значительной степени может повышать риск неблагоприятных исходов. Поэтому необходимо проводить обследование пациентов с целью выявления безболевой

ишемии миокарда и поиска критериев для отбора больных с высоким риском неблагоприятных исходов.

Цель исследования — выявление особенностей течения безболевой ишемии миокарда при различных типах ремоделирования левого желудочка у больных, имеющих умеренно выраженную нефропатию различного генеза.

Материал и методы. В исследование включены 30 больных с безболевой ишемией миокарда, верифицированной методом холтеровского мониторирования с помощью системы Microvit MT – 101 (фирма SCHILLER MT-200) в условиях обычной двигательной активности. В качестве ишемии определена горизон-

тальная или косонисходящая депрессия сегмента ST глубиной 1 мм и более, длительностью не менее 0,08 с от точки j, продолжительностью 1 мин и более. Эпизоды ишемии расценивались как безболевые при отсутствии субъективных ощущений, согласно дневнику пациента.

Всем пациентам выполнена эхокардиография в М- и В-доплеровском режиме по стандартному протоколу. Всем пациентам была рассчитана СКФ, позволявшая их отнести ко 2 стадии ХБП. Согласно типу ремоделирования левого желудочка, установленного по

сочетанию показателей ИММЛЖ и ОТС, пациенты с безболевой ишемией миокарда были разделены на три группы. В 1-ю группу ($n=11$) включены пациенты с нормальной геометрией левого желудочка (нормальные значения индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и относительная толщина стенки (ОТС). Во 2-ю группу ($n=11$) — с эксцентрической гипертрофией левого желудочка (увеличение ИММЛЖ, нормальное значение ОТС), 3-ю ($n=8$) — с концентрической гипертрофией левого желудочка (увеличенные значения ИММЛЖ и ОТС). При рандомном распре-

делении больных с ХБП по типу ремоделирования, 83% попали во 2-ю группу.

Результаты исследования. По данным холтеровского мониторирования, выявлены определенные особенности изменения сегмента ST. Средняя амплитуда депрессии сегмента ST была минимальной у пациентов 1-й группы и составила $1,2 \pm 0,01$ мм. Во 2-й группе этот показатель составил $1,4 \pm 0,02$ мм ($p < 0,01$ в сравнении с 1-й группой), достигая максимального значения у пациентов 3-й группы, где смещение сегмента ST достигло $1,7 \pm 0,02$ мм ($p < 0,01$ в сравнении с 1-й группой).

Вывод. Безболевая ишемия миокарда у пациентов с гипертрофией миокарда носит более выраженный характер по сравнению с пациентами с нормальной геометрией левого желудочка, достигая максимального проявления при концентрической гипертрофии левого желудочка. Тип геометрии левого желудочка, а не только факт его гипертрофии, определяет выраженность безболевой ишемии миокарда и, следовательно, позволяет более точно оценить риск сердечно-сосудистых событий, принимая во внимание наличие нефропатии различного генеза.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА ПЕРОРАЛ БИКОРБАНАТЛАРНИ ФЙДАЛАНИШДАГИ ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШ

Сабиров М.А.¹, Султонов Н.Н.¹, Шарапов О.Н.¹, Нурматова Д.Б.², Исиргапова С.Н.³

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

*Президент администрацияси хузуридаги 1-марказий клиник шифохона
(Тошкент, Ўзбекистон)*

Тошкент давлат стоматология институти (Тошкент, Ўзбекистон)

Муаммонинг долзарблиги: Дунё аҳолисининг 850 миллионга яқини буйракнинг турли касалликлари билан ҳасталанган. Хар йили дунё аҳолисининг 9-10 миллиони буйрак касалликларидан вафот этиб, тахминан 1,7 миллионида ўтқир буйрак шикастланиши сабабли ўлим ҳолати кузатилади. Инсон организмда рН муҳит кислотали (ацидоз) томонга ўзгариши, юрак қисқариш кучи, катехоламин унимларига томирларнинг

жавоби ҳамда дори воситаларининг таъсир самарадорлиги пасайишига олиб келади. Шу билан бирга ацидоз ҳолатида туқималарни кислородга тўйиниши, нерв ва мушак функцияси бузилиши кузатилади. Шу сабабли СБК билан оғриган беморларда қондаги рН муҳитини назорат қилиш зарур ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: СБК 3-4 босқичида кислота-ишқор мувозанатини яхшилаш билан буйрак функ-

ционал ҳолатини ўзгариш орқали давони муқобиллаштириш.

Материал ва усуллар: Тадқиқотга Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт марказида даволанаётган СБК III-IV босқичидаги 80 нафар беморлар жалб этилди. Беморлар 2-группага бўлиб олинди. 1-группага анъанавий даво билан бирга бикорбанорм 1000 мг 1 таб х 2 маҳал, 2-группага эса фақатгина анъанавий даво тавсия этилди. Назорат гуруҳи сифатида 20 нафар соғлом инсонлар жалб этилди. Тадқиқотга жалб этилган беморларнинг СБК этиологик фактори сифатида Сурункали гломерулонефрит (51%), БТК, иккиламчи пиелонефрит (16%), буйрак поликистоз (8%), КД 2 тип (25%) ташкил этди.

Олинган натижалар: Тадқиқотимизда 1-группадаги беморларда давондан олдин қондаги креатинин миқдори назорат гуруҳига нисбатан ишончли даражада фарқ қилиб $376,6 \pm 30,2$ мкмоль/л ташкил этган эди, даволаш давомида давонинг 10 куни $344,2 \pm 28,3$ мкмоль/л гача, давони 30 куни $290,9 \pm 25,2$ мкмоль/л гача пасайди ва давондан олдинги кўрсаткичга нисбатан ишончли даражада ($p < 0,05$) ижобий томонга ўзгарди. Ушб кўрсаткич иккинчи фақатгини анъанавий даво олган гуруҳимизда, давонинг 10 куни $339,2 \pm 26,01$ мкмоль/л гача, 30 кунига келиб $310,59 \pm 25,8$ мкмоль/л пасайган бўлсада,

давондан олдинги кўрсаткичга нисбатан ишончсиз даражада фарқ кузатилди. Қондаги мочевина миқдори ҳам даволаш давомида $20,23 \pm 1,35$ ммоль/л дан давони 30 куни $15,95 \pm 0,98$ ммоль/л гача пасайди ва давондан олдинги кўрсаткичга нисбатан ишончли даражада ($p < 0,05$) фарқ кузатилди. Аммо 2 гуруҳимизда қондаги мочевина миқдори даволаш давомида $21,1 \pm 1,22$ ммоль/л дан $17,08 \pm 1,95$ ммоль/л гача пасайиб ишончсиз даражада ($p > 0,05$) фарқ қилганини гувоҳи бўлдик. Коптокчалар филтрация тезлиги ҳисобланганда 1-гуруҳимиздаги беморларда 16,6 мл/мин дан 23,0 мл/мин гача ишончли даражада ($p < 0,05$) ортганини кузатдик, 2-гуруҳимиздаги беморларда 16,9 мл/миндан 21,0 мл/мин гача пасайиб ишончсиз даражада ($p > 0,05$) фарқ қилди.

Хулоса:

1. СБК III-IV босқичи билан оғриган беморларда буйраклар функционал ҳолатини бузилиши оқибатида кислота-ишқор мувозанати бузилиши ҳисобига организмда моддалар алмашинуви, қон томир асоратларини ортиши ва БФХ пасайиб бориши кузатилди.

2. Беморларга перорал натрий бикорбанат “Бикарбанорм” препаратини узок вақт (кислота-ишқор мувозанати назоратида) тавсия этиш билан организмдаги кислота-ишқор мувозанати бузилиши яни метоболитик ацидозни яхшилаш ҳисобига, буйраклар функционал ҳолатини яхшиланишига эришилди.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА КИСЛАТА-ИШҚОР БАЛАНСНИ МУВОЗАНАТЛАШДА ТАБЛЕТКАЛИ БИКОРБАНАТЛАРНИНГ РОЛИ

Сабиров М.А.¹, Султонов Н.Н.¹, Исиргапова С.Н.², Нурматова Д.Б.³

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

Тошкент давлат стоматология институти (Тошкент, Ўзбекистон)

Президент админстрацияси ҳузуридаги 1-марказий клиник шифохона (Тошкент, Ўзбекистон)

Муаммонинг долзарблиги: Сурункали буйрак касаллиги (СБК) – носпецифик синдром бўлиб, турли касалликлар натижасида буйракни асосий филтрация хусусиятини йўқотилиши, ҳамда

буйрак тўқимасини склерози билан кечадиган асорати бўлиб ҳисобланади. Инсон организмда рН муҳит кислотали (ацидоз) томонга ўзгариши, юрак қисқариш кучи, катехоламин унимла-

рига томирларнинг жавоби ҳамда дори воситаларининг таъсир самарадорлиги пасайишига олиб келади. Шу билан бирга ацидоз ҳолатида туқималарни кислородга тўйиниши, нерв ва мушак функцияси бузилиши кузатилади. Шу сабабли СБК билан оғриган беморларда қондаги pH мухитини назорат қилиш зарур ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: СБК 3-4 босқичида кислота-ишқор балансидаги ўзгаришларни инобатга олган ҳолда бикарбонорм дори воситасидан фойдаланган ҳолда давони муқобиллаштириш.

Материал ва усуллар: Тадқиқотга Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт марказида даволанаётган СБК III-IV босқичидаги 80 нафар беморлар жалб этилди. Беморлар 2-гурухга бўлиб олинди. 1-гурухга анъанавий даво билан бирга бикарбанорм 1000 мг 1 таб х 2 маҳал, 2-гурухга эса фақатгина анъанавий даво тавсия этилди. Назорат гуруҳи сифатида 20 нафар соғлом инсонлар жалб этилди. Тадқиқотга жалб этилган беморларнинг СБК этиологик фактори сифатида Сурункали гломерулонефрит (51%), БТК, иккиламчи пиелонефрит (16%), буйрак поликистози (8%), КД 2 тип (25%) ташкил этди.

Олинган натижалар: 1-гурухдаги беморларда даводан олдин қондаги pH назорат гуруҳига нисбатан ишончсиз даражада фарқ қилган бўлсада, аммо бу беморларда ацидозга кучли даражада мойиллик борлигини аниқланди. Даволаш давомида қондаги pH $7,34 \pm 0,035$ дан 30 кунлик даво натижасида $7,43 \pm 0,041$ гача ($p < 0,05$) ижобий томонга ўзгарганини кузатдик. Организмдаги кислота

ва ишқор мувозанитининг асосий кўрсаткичларидан pO_2 , SaO_2 даволашни 10 кунда ($p < 0,05$) ижобий томонга ўзгаришлар кузатилиб, даволашни 30 кунда олинган таҳлил натижалар барча кўрсаткичларида (pH , HCO_3^- , pCO_2 - $p < 0,05$; pO_2 , SaO_2 - $p < 0,01$) ишончли даражада ўзгаришларга эришилди. 2-гурухимиздаги беморларда стандарт даво ва инъекция кўринишида натрий бикарбонат қабул қилган даволашнинг биринчи 10 кунда (HCO_3^- - $p < 0,01$, pCO_2 , SaO_2 - $p < 0,05$, pO_2 -- $p < 0,001$) кўрсаткичлари ишончли даражада ижобий томонга ўзгаргани кузатдик аммо инъекция кўринишида натрий бикарбонат қабул қилиш тугатилгандан кейин давони 30 кун қондаги кислота-ишқор мувозанати кўрсаткичлари ўрганилганда фақатгина pO_2 ($p < 0,05$) ишончли даражада ўзгарганини, қолган кўрсаткичлар эса даводан олдинги кўрсаткичлардан ишончсиз даражада фарқ қилганини кўзатдик.

Хулоса: СБК III-IV босқичи билан оғриган беморларда буйрақлар функционал ҳолатини бузилиши ҳисобига кислоталар ажратилиши унга тескари пропорционал равишда эса бикарбонатларни реабсорбцияси пасайиши ҳисобига метоболитик ацидоз кузатилиши эҳтимоли ортиб бориши кузатилди.

1. Беморларга таблетка кўринишидаги натрий бикарбонат "Бикарбанорм" препаратини узок вақт (кислота-ишқор мувозанати назоратида) тавсия этиш билан организмдаги кислота-ишқор мувозанати бузилиши яни метоболитик ацидозни ва беморларда кузатилиши мумкин бўлган турли хил асоратларни олдини олишга эришдик.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ЭЗОМЕПРАЗОЛА, ЦИНКА И МАГНИТОТЕРАПИИ 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) применяются для лечения различных заболеваний, но негативно влияют на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), вызывая от диспепсии до серьезных осложнений, включая кровотечения (Иконникова А.Ю. и соавт. 2019). Избыточная масса тела связана с заболеваниями ЖКТ, а метаболические нарушения могут ухудшать его функциональное состояние (Осипенко М.Ф. и соавт. 2014). Даже кратковременный прием НПВП может привести к эрозиям и язвам (Циммерман Я.С. 2018). Для профилактики НПВП-индуцированных гастропатий используются ингибиторы протонной помпы и антациды (Каримов М.М. и соавт. 2020). Цинк способствует регенерации тканей и обладает антиульцерогенным действием (Подобед В.М. 2015).

Цель. Изучить специфику клинико-эндоскопических проявлений НПВП-гастропатии у пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и нормальной функцией почек в первые дни применения комбинации эзомепразола и цинка при использовании магнитотерапии.

Материалы и методы. Мы обследовали 20 пациентов (средний возраст $58,6 \pm 4,9$ лет) с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и нормальной функцией почек, имеющими в анамнезе прием НПВП. Пациенты получали эзомепразол в дозировке 40 мг один раз в день утром, за 30 минут до еды. Также они принимали препарат цинка (Иммуноцинк) в дозировке 50 мг в сутки на протяжении 10 дней. В дополнение про-

ходили курс магнитотерапии на эпигастральную область по 10 минут ежедневно с частотой 35 Гц в течение 10 дней. Функцию почек оценивали путём подсчёта скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI 2021.

У всех пациентов 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).

Результаты. При анализе клинической картины у обследованных пациентов были получены следующие данные: частота встречаемости умеренно выраженных болей в эпигастральной области составила 45% ($n = 9$) пациентов. Снижение аппетита наблюдалось у 10% ($n = 2$) и характеризовалось умеренной выраженностью. Встречаемость изжоги составила 75% ($n = 15$), из которых 20% ($n = 4$) имели выраженные симптомы, а 55% ($n = 11$) – умеренно выраженные. Встречаемость тошноты составила 60% ($n = 12$), среди которых 35% ($n = 7$) имели выраженные симптомы, а 25% ($n = 5$) – умеренно выраженные. В динамике исчезновение болей в эпигастральной области в среднем наблюдалось на $3,89 \pm 0,33$ дня. Снижение аппетита отмечалось на $4,50 \pm 0,71$ дня. Изжога исчезала на $2,93 \pm 0,46$ дня. Тошнота уменьшалась на $4,25 \pm 0,45$ дня. У обследуемых пациентов показатель СКФ по формуле СКД-EPI 2021 в среднем составил $106,0 \pm 3,5$ мл/мин/1,73 м² в динамике без изменений.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования с применением комбинированного подхода лечения дополнительно к базисной терапии при лечении НПВП-индуцированной гастропатии у пациентов с заболеваниями

опорно-двигательного аппарата и нормальной функцией почек показали положительные изменения клинической картины пациентов. В дальнейшем требуется оценить полученные результаты в динамике терапии.

ВЛИЯНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ДОДИАЛИЗНЫХ СТАДИЙ

Саипова Д.С., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А.

Ташкент педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Хроническая болезнь почек является глобальной проблемой общественного здравоохранения. Плохое физическое состояние и истощение скелетных мышц связаны с комбинированными эффектами уремического ацидоза, белково-энергетической недостаточности и воспалительного истощения, что приводит к дальнейшему усугублению малоподвижного образа жизни.

Цель: определение физической работоспособности и эффективности физических тренировок в ходе 12 недельной программы у больных с ХБП до диализных стадий.

Материалы и методы: Обследованы 130 больных с ХБП 2-4 стадий. У всех пациентов оценивали клинические показатели (АД, ИМТ, окружность середины бедра, окружность середины плеча, окружность середины голени), лабораторные данные (креатинин сыворотки, холестерин сыворотки, сывороточный альбумин, фосфор сыворотки, сывороточный кальций) СКФ определяли по формуле СКD-EPI 2011. Физическую работоспособность определяли по результатам кардиопульмонального нагрузочного теста. В соответствии с исходными данными пациентов была индивидуально подобрана разработана программы 12-недельной физической реабилитации, включавшая утреннюю гимнастику, лечебная физкультура и дозированная ходьба). Полученные данные подвергались статистической обработке.

Результаты: Средний возраст больных составил 54,8 лет. Из них 52 женщин (40%) и 78 (60%) мужчин. Расчетная скорость клубочковой фильтрации варьировала от 30 до 60 мл/мин/1,73м², что соответствовало показателям додиализных стадий ХБП. По истечении 12-недельной программы реабилитации показатель максимального потребления кислорода возрос у 70% регулярно занимающихся пациентов в 1,2 раза (22,31 мл\мин\кг и 27,05 мл\мин\кг соответственно), а у 30% не прошедших курса ЛФК, показатель максимального потребления кислорода через 12 недель составил 21,5 мл\мин\кг. (при исходном 24,7 мл\мин\кг) Среднее АД снизилось незначительно (с 111±5 исходно до 106±5 мм.рт.ст. через 12 недель, p<0,05) При измерении антропометрических показателей было выявлено что окружность середины бедра увеличилась с 46.5± 6.0 см на 0,6 см, окружность середины плеча увеличилась с 31,1 ± 4,0 см на 0,4см. Окружность средней части голени исходно составляло 356,7± 3,8 см, а через 12 недель тренировок возросла 0,3 см. У 9 пациентов после 12-недельной программы эти показатели не изменились.

Вывод: Регулярные физические тренировки привели к увеличению показателя максимального потребления кислорода в 1,2 раза. Было отмечено, что регулярные тренировки способствуют некоторому увеличению мышечной массы у больных с ХБП. Также была выявлено важность регулярности занятий лечебной физкультурой.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, СОБЛЮДАЮЩИХ МАЛОБЕЛКОВУЮ ДИЕТУ

Саипова Д.С.

Ташкентской педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Хроническая болезнь почек (ХБП) ведет к потере трудоспособности, частой госпитализации и отличается высокой смертностью.

Цель исследования: явилась оценка качества жизни у пациентов с ХБП, получающих стандартную терапию и находящихся на малобелковой диете.

Материалы и методы: В исследование были включены 64 пациента с ХБП III и IV стадий. Клинические данные включали рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), артериальное давление; лабораторные данные, включая мочевину, креатинин, электролиты, альбумин, общий белок, гемоглобин. Скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) была оценена с использованием формулы СКD-EPI. Больным, включённым в исследование, были предложены два варианта питания - с низким (0,6 г / кг / сутки) и ограниченным содержанием (0,6–0,8 г / кг / сутки) белка. Оценка качества жизни проводилась по опроснику ВОЗ с определением 26 пунктов, с исследованием четырех параметров: физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающая обстановка. Анализ соответствовал стандартным показателям вопросника; оценки 1 и 2 (низкие оценки) и оценки 4 и 5 (самые высокие оценки) были проанализированы вместе.

Результаты: Более 60 % пациентов соблюдали диету с ограниченным коли-

чеством белка. Соотношение мужчин и женщин, пациентов средняя скорость клубочковой фильтрации, суточная протеинурия и ИМТ существенно не различались между группами.

Согласно вопроснику ВОЗ, на качество жизни влияют возраст, сопутствующая патология и гендерная принадлежность. При изучении параметров физического и психологического здоровья, в группе с низким содержанием белка больные отвечали на вопросы о состоянии своего физического самочувствия и психологического здоровья следующим образом: «плохое и очень плохое физическое состояние» - у 40% больных и «плохое психологическое здоровье» - у 36% больных. При опросе выявлено, что подавляющее большинство пациентов расценивали качество жизни как «среднее».

При опросе выявлено, что подавляющее большинство пациентов расценивали качество жизни как «среднее».

Вывод: у подавляющего большинства пациентов, соблюдение малобелковой диеты ассоциировалось со сниженным качеством жизни. Соблюдение диеты с ограниченным содержанием белка позволило бы при сохранении умеренного качества жизни увеличить приверженность больных к терапии с одной стороны, с другой – замедлить прогрессирование болезни.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ И ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Саипова Д.С., Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А.

Ташкент педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Новейшие исследования подчеркивают критическую роль оси «кишечник-легкие-почки» в патофизиологии, где кишечная микробиота вы-

ступает в качестве центрального модулятора.

Целью данного исследования является изучение состава кишечного микро-

биома у пациентов с нарушением функции почек и ХОБЛ.

Материалы и методы: В исследование включены 100 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Пациенты были разделены на две группы: контрольная группа – 68 пациентов с нарушением функции почек и основная группа – 32 пациента без нарушений функции почек. Состав кишечной микробиоты оценивали методом масс-спектрометрии (MALDI-TOFF). Из лабораторных показателей анализировали уровень С-реактивного белка (СРБ), фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α) и сывороточного креатинина. Функцию легких оценивали с помощью спирографии, измеряя форсированный объем выдоха за одну секунду (FEV1), форсированную жизненную емкость легких (FVC) и их соотношение (FEV1/FVC).

Результаты. Средний возраст пациентов составил $58,3 \pm 7,35$ лет (38–73 года). Средний показатель FEV1 – $54,7 \pm 6,65\%$. У 32 пациентов без почечной дисфункции анализ кишечной микробиоты показал относительно низкую

численность Bacteroidetes и повышенное содержание Firmicutes. На уровне семейств выявлены значительные различия в относительной численности Fusobacteriaceae, Prevotellaceae и Bacteroidaceae. У 68 пациентов с почечной дисфункцией (СКФ $41,5 \pm 18,3$ мл/мин/1,73 м²) состав кишечной микробиоты характеризовался большей частотой встречаемости Tannerella, Fusobacterium, Carnocytophaga и Solobacterium.

Вывод. Данное исследование выявило что у пациентов ХОБЛ наблюдается снижение численности Bacteroidetes и увеличение доли Firmicutes. А у пациентов с ХОБЛ и почечной дисфункции отмечается повышенная частота Tannerella, Fusobacterium, Carnocytophaga и Solobacterium. Эти результаты подчеркивают взаимосвязь между кишечной микробиотой, функцией почек при ХОБЛ, что открывает перспективы для разработки целевых терапевтических стратегий, направленных на снижение системных осложнений у данной категории пациентов.

ВЫБОР ВИДА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сайитов О.Ш., Газиев З.Т.

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность темы. Проблема анестезиологического обеспечения операций у лиц пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) остается одной из ключевых в современной медицине ввиду высокой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилого населения и роста числа хирургических вмешательств на нижних конечностях. Герiatricкие пациенты с ХСН II-III функционального класса (ФК) по классификации NYHA характеризуются ограниченными адаптационными резервами сер-

дечно-сосудистой системы, что повышает риск интра- и послеоперационных осложнений, включая острую декомпенсацию сердечной деятельности. Актуальность исследования обусловлена потребностью в повышении безопасности и эффективности оперативных вмешательств у пожилых пациентов с ХСН, а также в снижении частоты осложнений.

Цель исследования. Обеспечение эффективности и безопасности выполнения анестезиологического пособия операций на нижних конечностях у пациентов пожилого возраста с хрониче-

ской сердечной недостаточностью II-III ФК по NYHA.

Материал и методы. Исследование основано на проспективном анализе клинических данных 52 гериатрических пациентов (возраст 70 лет и старше) с ХСН II-III ФК по NYHA с физическим статусом по ASA 3 и выше, которым проводились плановые операции на нижних конечностях в период с 2022 по 2024 годы. Больные находились на стационарном лечении в отделении травматологии и ортопедии. клиники ТМА.

Критерии включения: наличие подтвержденного кардиологом диагноза ХСН, операции на нижних конечностях (артропластика, ампутации, остеосинтез и др.).

Критерии исключения: острый инфаркт миокарда в анамнезе менее 6 месяцев назад, декомпенсация ХСН IV ФК.

Оценку функционального состояния сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем с использованием эхокардиографии, электрокардиографии (ЭКГ), спирометрии и мониторинга гемодинамики (инвазивного и неинвазивного).

Коронарные резервы определялись с помощью стресс-тестов и анализа уровня тропонина I и NT-proBNP.

В зависимости от характера сопутствующих заболеваний сердечнососудистой системы больные были распределены на 2 группы.

Сравнительный анализ групп: пациенты с общей анестезией (контрольная группа), пациенты с спинально-эпидуральной анестезией. Статистическую обработку данных с использованием критериев Стьюдента, Манна-Уитни и корреляционного анализа (SPSS v.26).

Результаты. В работе установлено, что у больных пожилого и старческого возраста с ХСН II-III ФК по NYHA наблюдается снижение фракции выброса левого желудочка (в среднем $42 \pm 5\%$) и повышение давления в легочной артерии

(в среднем 35 ± 8 мм рт. ст.), что свидетельствует об ограниченных адаптационных резервах. Также выявлены критерии сохранности коронарных резервов: уровень NT-proBNP > 1500 пг/мл и снижение индекса работы миокарда на стресс-тесте ($< 1,8$) коррелируют с высоким риском интраоперационных осложнений ($r = 0,67$, $p < 0,05$).

Исходя из полученных результатов предложены варианты анестезиологического обеспечения: для пациентов с сохранными резервами (NT-proBNP < 1000 пг/мл) предпочтительна спинально-эпидуральная анестезия, для пациентов со сниженными резервами (NT-proBNP 1000-1500 пг/мл) предложена общая анестезия. Спинально-эпидуральная анестезия снижала потребность в инотропной поддержке (на 30%) по сравнению с общей анестезией.

Сравнительная оценка показала, что регионарная анестезия является более безопасным и эффективным методом обезболивания. Общее число осложнений в группе с спинально-эпидуральной анестезией составила 8%, тогда как в группе больных с общей анестезией было выявлено 22% ($p < 0,01$).

Выводы.

1. Пациенты пожилого и старческого возраста с ХСН II-III ФК имеют специфические изменения функционального состояния, требующие индивидуального подхода к анестезиологическому обеспечению.

2. Критерии сохранности коронарных резервов (уровень NT-proBNP и стресс-тесты) позволяют прогнозировать риски осложнений и оптимизировать выбор анестезии у больных пожилого и старческого возраста с ХСН II-III ФК.

3. Спинально-эпидуральная анестезия демонстрирует высокую эффективность и безопасность, снижая частоту интра- и послеоперационных осложнений.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯНИ АТОРВАСТАТИН БИЛАН ДАВОЛАШ ОРҚАЛИ ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯНИ МЕЪЁРЛАШТИРИШ

Сайитхонов С.М.¹, Даминова К.М.²

Тошкент Кимё халқаро университети (Тошкент, Ўзбекистон)

Тошкент давлат стоматология институти (Тошкент, Ўзбекистон)

Сув-электролитлар мувозанатининг номуносивблиги билан кечувчи сурункали буйрак касаллигида гипергомоцистеинемия каби эндоген омиллар патогенетик занжирида кенг қамровни ташкил этади. Олиб борилган тадқиқотлар ва қўлга киритилган натижалар ташхис ва даволашда беморлар учун етарлича тўлақонли йўналиш олиш учун камлик қилмоқда. Шундай экан, СБК билан оғриган беморларда гипергомоцистеинемияни даволаш билан организмдаги сув-электролит мувозанатини оптималлаш каби илмий изланишларни олиб борилиги мақсадга мувофиқдир.

Тадқиқот мақсади.

Сурункали буйрак касаллигининг консерватив босқичидаги беморларда гипергомоцистеинемияни аторвостатин билан даволаш орқали электролитлар номуносивблигини меъёрлаштириш.

Материал ва услублар. Тошкент тиббиёт академияси қўп тармоқли клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган СБК нинг 3 ва 4-босқичи билан оғриган 61 нафар беморлар танлаб олиниб улардан иккита 1-(n-31) ва 2-(n-30) тадқиқот гуруҳлари ташкил этилди. 1-гуруҳ СБК беморларини даволаш стандартига мувофиқ анъанавий даво билан кифояланди, 2-гуруҳга эса анъанавий давога қўшимча аторвостатин препарати (аторвостатин 40 мг/сутка) олти ой муддатга берилди. Барча беморларнинг қон зардобидида электролитлар ва гомоцистеин текширилди.

Натижалар муҳокамаси. 1-гуруҳда калий тадқиқот бошида $5,29 \pm 0,122$ мкмоль/л.ни ташкил этиб, у даволашдан кейин $5,33 \pm 0,17$ мкмоль/л.га ишончсиз ошди. 2-гуруҳ беморлари қон зардобидида эса калий дара-

жаси тадқиқот бошида $5,25 \pm 0,14$ мкмоль/л. бўлиб, даволашдан кейин $4,63 \pm 0,17$ мкмоль/л.га ишончли ($p < 0,01$) пасайди. Натрий 1-гуруҳда тадқиқот бошида $155,4 \pm 1,97$ мкмоль/л.ни ташкил этиб, у даволашдан кейин $157,1 \pm 2,01$ мкмоль/л. қийматга ишончсиз ўзгарди. 2-гуруҳ беморларида эса натрий даражаси тадқиқот бошида $153,1 \pm 1,84$ мкмоль/л. экани аниқланиб, тадқиқот сўнгида $143,2 \pm 1,86$ мкмоль/л.гача кам ишончли ($p < 0,05$) пасайиши кузатилди. Кальций 1-гуруҳда даволанишдан олдин $1,93 \pm 0,03$ мкмоль/л. қийматни кўрсатган бўлса, у тадқиқот охирида $1,89 \pm 0,05$ мкмоль/л.га ишончсиз пасайди. 2-гуруҳда эса зардобдаги кальций даражаси тадқиқот бошида $1,98 \pm 0,04$ мкмоль/л.ни ташкил этган бўлса, тадқиқот сўнгида $2,05 \pm 0,03$ мкмоль/л.гача кам ишончли ($p < 0,05$) бўлсада кўтарилгани аниқланди. Даволаниш бошида 1-гуруҳда $1,84 \pm 0,1$ мкмоль/л.ни ташкил этиб турган фосфор, уч ойдан кейин тадқиқот сўнгида $1,93 \pm 0,12$ мкмоль/л.га ишончсиз ошди. 2-гуруҳда эса фосфор тадқиқот бошида $1,82 \pm 0,11$ мкмоль/л. бўлиб, у тадқиқот сўнгида $1,53 \pm 0,09$ мкмоль/л.гача кам ишончли ($p < 0,05$) бўлсада камайганлиги кузатилди.

Гомоцистеин 1-гуруҳ тадқиқот бошида $38,5 \pm 3,66$ мкмоль/л.ни ташкил этиб, у олти ойлик даволашдан кейин $44,59 \pm 3,71$ мкмоль/л.га ишончсиз ўзгарди. Анъанавий давога қўшимча аторвостатин қабул қилган 2-гуруҳ беморлари қон зардобидида эса гомоцистеин даражаси тадқиқот бошида $41,7 \pm 3,23$ мкмоль/л. бўлиб, олти ойлик даволашдан кейин $25,42 \pm 3,27$ мкмоль/л.гача ишончли ($p < 0,01$) камайганлиги кузатилди.

Шундай қилиб, фақат анъанавий даво билан кифояланган беморларга нисбатан, қўшимча аторвастатин қабул қилган беморлар қон зардобида гомоцистеин ва унга боғлиқ ҳолда электролитлар номутоносиблиги ишончли мувофиқлашди.

Хулосалар:

1. Сурункали буйрак касаллигининг турли босқичларида электролитлар номутоносиблиги гипергомоцистеинемияга боғлиқ ҳолда содир бўлади.

2. Сурункали буйрак касаллигини даволашда аторвастатин тавсия этилиши қон зардобида гомоцистеин ва унга боғлиқ ҳолда электролитларни ишончли мувофиқлашиши олиб келади.

БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИДА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯНИНГ МАНЗАРАСИ

Сайитхонов С.М.¹, Даминова К.М.², Насирдинов А.З.¹

Тошкент Кимё халқаро университети (Тошкент, Ўзбекистон)

Тошкент давлат стоматология институти (Тошкент, Ўзбекистон)

Сурункали буйрак етишмовчилиги касалликларида электролитлар мувозанатининг номутоносиблиги патогенетик занжирида кенг кўламни ташкил этади. Олиб борилган тадқиқотлар ва қўлга киритилган натижалар ташхис ва даволашда беморлар учун етарлича тўлақонли йўналиш олиш учун камлик қилмоқда. Шундай экан, сурункали буйрак касаллиги (СБК) беморларида сув-электролит ва гомоцистеин омилларни ўзгаришларини касалликнинг турли босқичларида ўрганиш, солиштириш, ташхислашга янги услубларни тадбиқ қилиш, кўрсаткичларини баҳолаш, шунингдек олинган натижаларни таҳлил қилиш асосида буйрак дисфункцияси ҳолатида организмдаги сув-электролит мувозанатини оптимал туриб туриш учун янги тавсия ҳамда кўрсатмаларни ишлаб чиқаришни тақозо этмоқда.

Тадқиқот мақсади.

Сурункали буйрак касаллиги нинг турли босқичларида электролитлар мувозанати бузилишларини гипергомоцистеинемияга боғлиқ ҳолда ўзгаришлари динамикасини таҳлил қилиш билан беморларда дисэлектролитемия ва гипергомоцистеинемиянинг буйрак

етишмовчи авж олишидаги хавф даражасини баҳолаш.

Материал ва услублар. ТТА кўп тармоқли клиникаси нефрология бўлимида даволанаётган СБК нинг 3 ва 4-босқичи билан оғриган 87 нафар беморлар ажратиб олиниб улардан иккита тадқиқот гуруҳи ташкил этилди. 1-гуруҳ 53 нафар СБК 3-босқич, 2-гуруҳ 34 нафар СБК 4-босқич беморларидан иборат. Шунингдек, РИНваБТИАТМ да режали гемодиализ сеансларини қабул қилиб юрган СБК 5-босқичдаги беморлардан 3-гуруҳ (n-25) ташкил этилди. Барча беморларнинг қон зардобида калий, натрий, кальций, фосфор ва махсус иммунофермент таҳлил усулида гомоцистеин текширилди.

Натижалар муҳокамаси. Калий 1-гуруҳда $4,47 \pm 0,24$ мкмоль/л; 2-гуруҳда $5,6 \pm 0,32$ ва 3-гуруҳда эса $5,9 \pm 0,26$ мкмоль/л миқдор аниқланди. Натрий 1-гуруҳда $139,2 \pm 1,71$ мкмоль/л.га камайиб кетгани, 2-гуруҳ $151,7 \pm 1,93$ ва 3-гуруҳда эса $158,9 \pm 1,87$ мкмоль/л қийматни ташкил этди. Кальций 1-гуруҳда $2,0 \pm 0,08$ мкмоль/л.га, 2-гуруҳ $1,9 \pm 0,09$ ва 3-гуруҳда $1,52 \pm 0,11$ мкмоль/л.га камайиб борди. Фосфор 1-гуруҳда $1,59 \pm 0,13$ мкмоль/л.га, 2-гуруҳда $2,08 \pm 0,1$ ва 3-гу-

руҳда $2,37 \pm 0,1$ мкмоль/л. гача кўтарилиб кетгани аниқланди.

СБК беморларида гипергомоцистеинемия ва сув-электролитлар мувозанатининг бузилишлари билан биргаликда кечиши ва улар беморлар кардиоваскуляр тизимида бир қатор патофизиолик механизмларга жиддий таъсир қилиб СЮЕ ни шакллантиради. СЮЕ эса ўз навбатида СБК янада авж олиши ва чуқурлашиши учун рад этиб бўлмас замин эканли муқаррардир. Шундай экан, СБК нинг эрта даврдан бошлаб қон зардобида гомоцистеин даражасини назоратга олиш ва уни коррекция қилиш масалалари ҳақида бош қотириш айна дамда нефрология клиник амалиётининг терапевтик соҳа мутахассислари олдида турган долзарб муаммолардандир.

Хулосалар:

1. Консерватив босқичдан терминал босқичига сурункали буйрак касаллиги ўтгани сайин калий ва натрий ортиб бориб гиперкалиемия даражасигача етади, шунингдек бу даврда жараёнга гипокальциемия ва гиперфосфатемия ҳам қўшилади.

2. Қондаги гомоцистеин ортиши сурункали буйрак касаллигининг консерватив босқичида енгил, диализ олди ва терминал босқичларида эса ўрта даражада намоён бўлади.

3. Сурункали буйрак касаллигидаги гипергомоцистеинемия юрак қонтомир касалликларини ривожлантиришининг ўта жиддий хавф омили бўлганлиги учун СБК нинг эрта даврларидан бошлаб қон зардобида гомоцистеин даражасини мониторинг қилиш талаб этилади.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ ДИАЛИЗ ОЛДИ БОСҚИЧЛАРИДА БУЙРАК ДИСФУНКЦИЯСИ МАНЗАРАСИ

Салимова Г.Ш. - катта ўқитувчи
Турон университети (Қарши, Ўзбекистон)

Сурункали буйрак касаллиги янги асрга келиб ўлимга олиб келувчи касалликлар орасида бешинчи ўринни эгалламоқдади. Шунинг учун биз сурункали буйрак касаллигининг диализ олди босқичларида беморларда буйрак дисфункцияси кўрсаткичларини босқичлари бўйича таҳлил қилишни лозим топдик.

Тадқиқот мақсади.

Сурункали буйрак касаллигининг диализ олди босқичларида беморларда буйрак дисфункцияси кўрсаткичларини текшириш ва босқичлари бўйича тарқалишини статистик таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Қашқадарё вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази, Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак торансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази Қашқадарё филиалида стационар даво-

ланган ва кейинчалик ушбу муассасада диспансер назоратида бўлган сурункали буйрак касаллиги билан оғриган 56 нафар беморлар тадқиқотга жалб этилди. Тадқиқот гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $37,81 \pm 7,61$ йил, касалликнинг ўртача давомийлиги $4,57 \pm 1,96$ йилни ташкил этади. Тадқиқотга олинган барча беморлардаги мочевина ва креатинин ҳамда креатинин қиймати бўйича коптокчалар фильтрацияси тезлиги ҳисобланиб АҚШ миллий буйрак фонди (NKF K/DOQI, 2002) тавсияси асосида сурункали буйрак касаллигининг босқичларига ажратилиб чиқилди.

Натижалар ва уларни муҳокамаси.

Барча 56 нафар СБК беморларида буйрак фаолияти кўрсаткичлари ўртача қийматда қон зардобидамочевина $13,2 \pm 1,52$ ммоль/л.; креатинин

205,7±9,13 мкмольга кўтарилгани, коптокчалар фильтрацияси тезлиги 39,4±3,79 мл/мин. қийматга пасайгани кузатилди. Сўнгра босқичларига ажратилганида 19 нафари (33,9 %) С3А-босқич, 13 нафари (23,2 %) С3Б-босқич ва 24 нафари (42,8 %) С4-босқичда эканлиги аниқланди. С3-гуруҳдаги беморлар қон зардобида мочевина 9,9±1,43 ммоль/л; креатинин 168,6±7,6 мкмоль/лга кўтарилгани, коптокчалар фильтрацияси тезлиги 45,7±2,47 мл/мин. қийматга пасайгани аниқланди. С4-гуруҳ беморларида эса қон зардобида мочевина 14,6±1,48 ммоль/л.; креатинин 259,6±8,17 мкмоль/л.га кўтарилгани, коптокчалар фильтрацияси тезлиги

27,5±3,8 мл/мин. қийматга пасайгани кузатилди.

Хулоса.

Сурункали буйрак касаллиги диализ олди босқичларида буйрак дисфункцияси градиентлари ўзгаради, у қон зардобида мочевина ва креатинин миқдорини ошиб кетиши ҳамда коптокчалар фильтрацияси тезлигини пасайиши билан намоён бўлади. Сурункали буйрак касаллиги эрта босқичларида қон зардобида мочевина ва креатинин миқдорини меёрда ёки меёр чегарасида бўлган ҳолатида коптокчалар фильтрацияси тезлигини пасайганлиги, яъни буйрак етишмовчилиги мавжудлиги мазкур градиентларнинг етарли эмас.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДАГИ РЕНАЛ КАМҚОНЛИКНИНГ ЛАБОРАТОР МАНЗАРАСИ

Салимова Г.Ш. - катта ўқитувчи

Турон университети (Қарши, Ўзбекистон)

Даминова К.М. - т.ф.д., доценти

Тошкент давлат стоматология институти (Тошкент, Ўзбекистон)

Сурункали буйрак касаллиги нафақат уремик интоксикация туфайли эмас, балки бошқа тизимларда ҳам ўзгаришлар келтириб чиқариши билан ҳам аҳамиятлидир. Янги асрга келиб ўлимга олиб келувчи касалликлар орасида бешинчи ўринни эгаллаши ҳам шу тизимли шикастланишлар ва кенг қамровли патогенетик механизмлари билан боғлиқ. Шунинг учун биз сурункали буйрак касаллигининг диализ олди босқичларида беморларда буйрак дисфункцияси кўрсаткичлари билан бир қатор ренал камқонлик масалалари бўйича изланишларни олиб борилишини жоиз деб билдик.

Тадқиқот мақсади.

Сурункали буйрак касаллигининг диализ олди босқичларида беморларда ренал камқонликни лаборатор кўрсаткичларини текшириш ва босқичлари бўйича тахлил қилиш.

Материал ва услублар.

Қашқадарё вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази, Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак торансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази Қашқадарё филиалида стационар даволанган ва кейинчалик ушбу муассасада диспансер назоратида бўлган сурункали буйрак касаллиги билан оғриган 56 нафар беморлар тадқиқотга жалб этилди. Тадқиқот гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши 37,81±7,61 йил, касалликнинг ўртача давомийлиги 4,57±1,96 йилни ташкил этади. Тадқиқотга олинган барча беморлардаги мочевина ва креатинин ҳамда креатинин қиймати бўйича коптокчалар фильтрацияси тезлиги ҳисобланиб АҚШ миллий буйрак фонди (NKF K/DOQI, 2002) тавсияси асосида сурункали буйрак касаллигининг босқичларига ажратилиб чиқилди. Унга кўра, С3А-гуруҳ (n-19), С3Б-гуруҳ (n-13) ва С4-гуруҳ (n-24) лар шаклланди. Барча

беморлардан гемоглобин, эритроцитлар сони ва ранг кўрсаткичи аниқланди.

Натижалар ва уларни муҳока-маси.

Натижаларга мувофиқ, С3А-гуруҳда гемоглобин $87,5 \pm 6,11$ г/л.; эритроцитлар сони $3,47 \pm 0,17 \times 10^{12}$ дона ва ранг кўрсаткичи $0,82 \pm 0,06$ қийматга пасайгани аниқланди. С3Б-гуруҳда гемоглобин $82,7 \pm 7,3$ г/л.; эритроцитлар сони $3,24 \pm 0,16 \times 10^{12}$ дона ва ранг кўрсаткичи $0,79 \pm 0,06$ қийматга пасайгани аниқланди. С4-гуруҳда гемоглобин $77,9 \pm 8,1$ г/л.; эритроцитлар сони

$2,73 \pm 0,22 \times 10^{12}$ дона ва ранг кўрсаткичи $0,76 \pm 0,05$ қийматга пасайиб кетгани кузатилди.

Хулоса.

Сурункали буйрак касаллиги диализ олди босқичларида буйрак дисфункцияси градиентлари ўзгариши билан бир қаторда гемоглобин, эритроцитлар сони ва ранг кўрсаткичи пасайиб боради ва у касаллик босқичлари ортгани сайин пасаяди. Сурункали буйрак касаллигидаги ренал камқонликда эритропоэтинга қўшимча темир препаратларини парентерал қўллаш лозим.

БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИ ЎТКАЗИЛГАН РЕЦИПИЕНТЛАРДА ИММУНОСУПРЕССИВ ТЕРАПИЯНИНГ ЖИГАР СТРУКТУР-ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИ

Сапаев Д.Ж.¹, Сабилов М.А.²

*Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази (Урганч, Ўзбекистон)
Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт маркази (Тошкент, Ўзбекистон)*

Трансплантология клиник амалиётида кенг қўламли иммуносупрессив терапия (ИСТ) чораларини самарали услублари қўлланилиб келинмоқда. ИСТнинг мақсади кўчириб ўтказилган аъзони иложи борича узоқ сақланиб туришини таъминлаш, уни ўткир ва сурункали рад этилишини олдини олиш каби трансплантациядан кейинги муаммоларни ҳал қилиш билан реципиентларни яшовчанлигини оширишдан иборатдир. Бу ўринда энг асосий масалалардан бири бу олиб борилиши шарт бўлган ИСТнинг ноўя ва токсик таъсирларидир.

Тадқиқот мақсади. Буйрак трансплантацияси ўтказилганларда иммуносупрессив терапия негизида реципиентларда юзага келадиган жигардаги функционал ўзгаришларнинг лаборатор манзарасини ўрганиш ва таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Хоразм вилояти бўйича 2024 йил охиригача жами 175 нафар беморда аъзолар трансплантация қилиниб, улардан 26 нафарида жигар ва 149 нафарида буйрак кўчириб

ўтказилган. Тадқиқот учун ушбу буйрак трансплантацияси ўтказилиб айни дамда Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази нефрология ва гемодиализ бўлимида назоратда бўлган ҳамда иммуносупрессив терапия қабул қилаётган 149 нафар реципиентлар олинди. Барча реципиентларда жигар функционал ҳолатини белгиловчи лаборатор таҳлиллар: аланинаминотрансфераза (АлТ), аспартатаминотрансфераза (АсТ) ва билирубин текширилди. Олинган лаборатор таҳлил натижалари статистик таҳлил қилинди.

Натижалар ва уларни муҳока-маси.

Тадқиқотга олинган беморларнинг 53 нафарида (35,6 %) ИСТ негизида жигар функционал ферментлари ошиб кетгани кузатилди. Тадқиқотга олинган реципиентларда қон зардобидида АлТ $57,2 \pm 7,32$ ммоль/л.га, АсТ $45,8 \pm 5,13$ ммоль/л.гача ошгани аниқланди. Умумий билирубин иммуносупрессив тера-

пия негизда $27,6 \pm 4,39$ ммоль/л. гача ошиб кетгани кузатилди.

Хулоса.

Буйрак трансплантацияси ўтказилган реципиентларда иммуносупрессив терапия негизда жигар функционал ҳолатида ўзгаришлар юзага келади. У

қон зардобиди АлТ, АсТ ва умумий билирубин даражаларини соғлом шахсларга нисбатан ишончли ($p < 0,01$) ошиб кетиши билан намоён бўлади. Бу жараён иммуносупрессив терапия таркибидаги иммунодепрессив препаратларни гепатотоксик таъсири билан изоҳланади.

БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИ ЎТКАЗИЛГАН РЕЦИПИЕНТЛАРДА ИММУНОСУПРЕССИВ ТЕРАПИЯНИ ТРАНСПЛАНТАТ БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИ

Сапаев Д. Ж.¹, Мунавваров Б. А.²

*Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази (Урганч, Ўзбекистон)
Тошкент давлат стоматология институти (Ташкент, Ўзбекистан)*

Буйрак трансплантациясидан кейин операциядан кейинги эрта ва кечки даврда реципиентни яшовчанлигини аниқ яхшилашга олиб келувчи асосий усул бу иммуносупрессив терапиядир. Шунинг учун, замонавий трансплантологиянинг асосий вазифаларидан бири ҳар қандай бошқа антигенга етарли даражада жавоб берган ҳолда, трансплантат буйракка реципиент имун тизимининг барқарор толерантлигини таъминлашга имкон берадиган идеал иммунодепрессив препаратлар ва ИСТ услубларини излашдир. Бу ўринда энг асосий масалалардан бири бу олиб борилиши шарт бўлган ИСТ нинг ноҳўя ва токсик таъсирларидир.

Тадқиқот мақсади. Буйрак трансплантацияси ўтказилганларда иммуносупрессив терапия негизда реципиентларда юзага келадиган буйрак функционал ўзгаришларнинг лаборатор манзарасини баҳолаш ва таҳлил қилиш.

Материал ва услублар. Хоразм вилояти бўйича 2024 йил охиригача жами 175 нафар беморда аъзолар трансплантация қилиниб, улардан 26 нафарида жигар ва 149 нафарида буйрак кўчириб ўтказилган. Тадқиқот учун ушбу буйрак трансплантацияси ўтказилиб айни дамда Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази нефрология ва гемодиализ бўлимида назоратда бўлган ҳамда имму-

носупрессив терапия қабул қилаётган 149 нафар реципиентлар олинди. Ўтган йиллар мобайнида улардан 13 нафарида трансплантат буйрак рад этилиши содир бўлган. Барча реципиентларда буйрак функционал ҳолатини белгиловчи лаборатор таҳлиллар: мочевина, креатинин ва креатинин асосида коптокчалар фильтрацияси баҳоланди. Коптокчалар фильтрацияси тезлиги зардобдаги креатинин миқдори бўйича 2011 йили модификация қилинган СКД-ЕРІ (2009) формуласи ([http://nefrosovet.ru/_сайтидаги on-line ҳисоблагич](http://nefrosovet.ru/_сайтидаги_on-line_ҳисоблагич)) кўмагида ҳисобланди. Олинган лаборатор таҳлил натижалари статистик таҳлил қилинди.

Натижалар ва уларни муҳокама маси.

Тадқиқотга олинган беморларнинг 46 нафарида (30,9%) ИСТ негизда буйрак функционал кўрсаткичларида ўзгаришлар аниқланди. Тадқиқотга олинган реципиентларда қон зардобиди мочевина $10,7 \pm 1,73$ ммоль/л. ва креатинин $156,8 \pm 5,86$ мкмоль/л. гача ошгани аниқланди. Коптокчалар фильтрацияси иммуносупрессив терапия негизда $49,4 \pm 6,18$ мл/мин.га пасайиб кетгани кузатилди.

Хулоса.

Буйрак трансплантацияси ўтказилган реципиентларда иммуносупрессив терапия негизда буйрак функцио-

нал ҳолатида ўзгаришлар юзага келади. У қон зардобида мочевино ва креатининни соғлом шахсларга нисбатан ишончли ($p < 0,01$) ошиб кетиши ҳамда коптокчалар филтрацияси тезлигини

пасайиб кетиши билан намоён бўлади. Бу жараён иммуносупрессив терапия таркибидаги иммунодепрессив препаратларни нефротоксик таъсири билан изоҳланади.

КОВИДДАН КЕЙИНГИ СИНДРОМДА НЕФРОПАТИЯЛАРНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

Сафарова Г.А.¹, Гадаев А.Г.², Ахмедова Н.Ш.¹

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти (Бухоро, Ўзбекистон)

Тошкент тиббиёт академияси (Тошкент, Ўзбекистон)

Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти 2023 – йил 3 – март ойида дунёда 758 миллион COVID-19 касаллиги тасдиқланган беморлар мавжудлигини кўрсатган. Аксарият беморлар соғайиб ўзларининг бирламчи холатларига қайтсалар ҳам уларнинг айримларининг саломатликларида муаммолар сақланади ва бу жараён ўткир ковиддан кейинги холат ёки чўзилиб кечаётган COVID деб аталади. Касаллик белгиларининг бирламчи зарарланишдан кейин уч ой ва ундан ортиқ давом этиши ҳамда бошқа сабаблар бўлмаган холда янги белгиларни кузатилишини жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти узоқ муддатли ковид деб тарифлайди. Юқорида қайд этилган нуфузли ташкилот экспертлари фикри қатор бошқа кузатувларда ҳам ўз исботини топган.

Базан доимий белгилар кам симптомли инфекциядан кейин ҳам кузатилиши мумкин. Чарчоқ, хаво етишмаслик, кўкракда сиқилиш хисси, йўтал, артралгия, бош оғриғи, когнитив дисфункциялар ушбу белгилар гуруҳига киради. Кузатувчиларга кўра узоқ муддатли COVID 10-30% беморларда кузатилади ва бир йилдан ортиқ муддат давом этади.

Маълумки, ангиотензин II айлантйрувчи фермент рецепторлари (ААФ II) вирусни хужайраларга кириши учун туйнук вазифасини ўтайди. Ушбу рецепторлар барча аъзоларда бўлганлиги сабабли вирус қон орқали тарқалиб унинг токсик

таъсири тўқималарни ва турли аъзоларни зарарлаши мумкин.

ААФ II рецепторлари кўп миқдорда юрак ва буйрак эпителияларида мавжуд. COVID-19 уларнинг фаолиятига салбий таъсир кўрсатади ва сезиларли ўзгаришларга олиб келади. Ундан ташқари вирус таъсирида РААТ да ўзгаришларнинг бошқарувида бўлган барча соҳалар, шу жумладан буйрак фаолияти бузилишига сабаб бўлиб қатор клиник белгилар билан намоён бўлади.

Тадқиқот мақсади. COVID-19 билан касалланган ёндош касалликлари бўлмаган беморларда буйраклар дисфункциясини комплекс баҳолаш ва даволашни такомиллаштириш.

Тадқиқот материали ва услублари. Тадқиқот манбаси сифатида Бухоро вилоят юқумли касалликлар ва Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида COVID-19 билан даволанган ва ундан сўнг кузатувга олинган, коморбид касалликлари бўлмаган бир кунлик сийдигида микро ва макроалбуминурия (30 мг/л дан юқори) аниқланган 121 нафар кузатувдагилар алоҳида ажратиб олинди. Уларнинг ўртача ёши $33.1 \pm 0,8$ ёш, 65 нафар эркак ва 56 нафар аёллардан иборат бўлди. Тадқиқотдагиларнинг 7 нафарини енгил, 27 нафарини ўрта оғир ва 87 нафарини оғир даражадаги COVID-19 ўтказган беморлар ташкил этдилар.

Кузатувга олинган беморлар олти ой давомида доимий назоратда бўлди-

лар. Лаборатор ва асбобий текширишлар тадқиқотнинг дастлабки биринчи хафтасида ва олти ой давомида антиоксидант кверсетин препарати 500 мг дан капсула шаклида 2 махал буюрилгандан сўнг ўтказилди.

Хулоса. Олти ойлик олиб борилган кузатув ва антиоксидант терапия муола-

жаларидан кейин COVID-19 нинг енгил, ўрта оғир ва оғир шакллари билан касалланган ҳамда буйрак дисфункцияси аниқланган беморларда интерлейкин-6, сийдикда IV тип коллаген ва нефринурия кўрсаткичларининг ишончли камайишига эришилди.

МИКРОЭЛЕМЕНТЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Скосырева О.В., Исиргапова С.Н., Даминова К.М., Бабажанова Н.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. На сегодняшний день немалую часть пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), получающие программный гемодиализ (ПГД), составляют женщины. При этом, согласно литературным данным, коррекция макроэлементного состава плазмы крови первую очередь, магния, кальция и калия, у таких больных является важным условием обеспечения продолжительности жизни.

Цель исследования. Изучить в динамике уровень макроэлементов (магния, кальция, калия) у женщин, находящихся на ПГД.

Материал и методы исследования. В данное исследование вошли 33 женщины,

получающие ПГД, средний возраст которых составил $37,9 \pm 3,3$ лет с клинически установленным диагнозом: ХБП V ст. с нарушенной водовыделительной функцией. Все пациентки получали ПГД продолжительностью в среднем 4 часа, три раза в неделю на протяжении в среднем $4,2 \pm 6$ лет. Причиной развития ХБП в случаях у $2/3$ женщин явился хронический гломерулонефрит и у $1/3$ хронический пиелонефрит. Изучение уровня макроэлементов (магния, кальция, калия) в сыворотке крови проводилось методом атомно-абсорбционной спектроскопии на аппарате «Analyst-400» (PerkinElmerInc). **Результаты исследо-**

ваний. Изучение состава некоторых макроэлементов у женщин,

находящихся на ПГД выявили значительное снижение уровня магния, кальция в плазме крови и составили соответственно в среднем $0,324 \pm 0,019$ ммоль/л ($p < 0,001$) и $1,48 \pm 0,12$ ммоль/л ($p < 0,003$) с одновременной резко повышенной концентрацией калия до $4,18 \pm 0,42$ ммоль/л ($p < 0,01$). С целью оценки влияния сеансов заместительной терапии на уровень этих макроэлементов в сыворотке крови дополнительно было однократно проведено исследование этих параметров после очередного сеанса ПГД. При этом установлено, что очередной сеанс гемодиализа привел к явному, но недостоверному, усугублению степени кальция крови, и особенно к гипوماгнемии с одновременным снижением степени калия в крови (что вполне закономерно). С учетом выявленных изменений логично предположить, что регулярные сеансы гемодиализа на протяжении длительного времени усугубляют имеющийся дисбаланс макроэлементов. При этом следует учитывать, что все пациенты, находящиеся на ПГД, начиная с первой процедуры, постоянно принимали препараты кальция в сочетании с активными формами витамина Д3 в суточной дозе 10 000МЕ, что однако, не приводило к восполнению дефицита этого макроэлемента. Одной из

причин такой ситуации можно считать дефицита магния, так как известно, что недостаток этого макроэлемента ухудшает усвоения витамина Д3, участвующего в метаболизме кальция. Кроме этого, была установлена четкая положительная корреляция между уровнем магния и кальция в крови у обследованных женщин, что подтверждается рядом литературных данных. Таким образом, у пациенток, находящихся на ПГД выявлены значительные сдвиги в составе макроэлементов, выражающиеся в дефицит магния, кальция, что может усугубляться на фоне стандартизированной базисной терапии данной категории больных.

Выводы. 1. У женщин, находящихся на ПГД, несмотря на регулярный прием препаратов кальция в сочетании с витаминов Д3, тем не менее не устраняется выраженный дефицит этого макроэлемента.

2. Наличие низкого уровня магния в данной категории пациенток с учетом его роли в метаболизме витамина Д3, можно рассматривать в качестве одной из значимых причин резистентности коррекции гипокальцемии.

3. Современная стандартизированная базисная терапия женщин, находящихся на ПГД, не приводит к адекватной коррекции макроэлементного состава крови без устранения дефицита магния.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА КОМПЛЕКС ДАВО НЕГИЗИДА БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШ МАРКЕРЛАРИНИНГ ЎЗГАРИШИ

Даминов Б.Т., Собиров У.Х.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти (Тошкент, Ўзбекистон)

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

Сурункали буйрак касаллиги (СБК) айна дамда замонавий тиббиётнинг глобал муаммосидир. Дунё аҳолисининг катта қисми, тахминан 13% мазкур касалликдан азият чекмоқда ва уларнинг сони ҳар йили 5-8% га ошиб бормоқда.

Тадқиқот мақсади.

Сурункали буйрак касаллигида қон томирларга таъсир кўрсатиш билан буйрак шикастланиш маркерлари ўзгаришларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материали ва услублари.

Тадқиқот учун Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт марказида стационар даволаниб кейинчалик мазкур муассасада диспансер назоратида бўлган, СБК нинг II ва III А-босқичида бўлган беморларнинг 101 нафари танлаб олинди. Тадқиқотга олинган барча беморлар мавжуд артериал гипертензия даражасидан келиб

чиқиб гипотензив мақсадда (40–80 мг/сутка) индивидуал тарзда керакли миқдорда азилсартан қабул қилиб юришади. Улар анъанавий давога қўшимча фақат азилсартан қабул қилиб юрган 1-гуруҳ (n-53) ҳамда анъанавий давога қўшимча азилсартан ва этилметалгидроксипиридин сукцинат тавсия этилган 2-гуруҳга (n-48) ажратилди. 2-гуруҳга этилметалгидроксипиридин сукцинат стационар даволаниш даврида инъекцион тарзда 250-500 мг/сутка ва амбулатор назорати даврида 125-250 мг/сутка дозада реғос тавсия этилди. Тадқиқот гуруҳлари 6 ой мобайнида кузатилди. Барча беморлардан даволаш бошида ва тадқиқот сўнгида буйрак шикастланиш маркерлари (протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия, альбуминурия) текширилди. Натижалар статистик таҳлил қилинди.

Натижалар ва уларни муҳокама.

Олти ой мобайнида олиб борилган истиқболли изланишларимиз асосида қуйидаги натижалар намоён бўлди. Унга мувофиқ, протеинурия 1-гуруҳда тадқиқот бошида $2,24 \pm 0,18$ г/л. бўлиб, тадқиқот сўнгида $1,72 \pm 0,19$ г/л. га кам ишончли ($p < 0,05$) пасайди. 2-гуруҳда эса протеинурия тадқиқот бошида $2,23 \pm 0,18$ г/л. аниқланиб, тадқиқот сўнгида $1,13 \pm 0,19$ г/л. гача ишончли ($p < 0,001$) камайди. Эритроцитурия 1-гуруҳда тадқиқот бошида бир кўрув зонасида $7,3 \pm 0,52$ донани ташкил этиб, тадқиқот сўнгида $5,9 \pm 0,45$ донага кам ишончли ($p < 0,05$) бўлсада пасайди. 2-гуруҳда эса эритроцитурия тадқиқот бошида $7,3 \pm 0,61$ дона аниқланиб, тадқиқот сўнгида $4,7 \pm 0,49$ донагача ишончли ($p < 0,01$) камайгани кузатилди. Цилиндрурия 1-гуруҳда тадқиқот бошида бир кўрув зонасида $5,8 \pm 0,14$ донани ташкил этиб, тадқиқот сўнгида $5,3 \pm 0,13$ донага кам ишончли ($p < 0,05$) бўлсада пасайди. 2-гу-

руҳда эса тадқиқот бошида $5,7 \pm 0,14$ дона аниқланиб, тадқиқот сўнгида $4,6 \pm 0,25$ донагача ишончли ($p < 0,001$) камайгани аниқланди. Альбуминурия 1-гуруҳда тадқиқот бошида $51,3 \pm 2,97$ мг/сутка бўлиб, тадқиқот сўнгида $42,9 \pm 2,19$ мг/суткага кам ишончли ($p < 0,05$) даражада пасайди. 2-гуруҳда эса альбуминурия тадқиқот бошида $50,9 \pm 2,96$ мг/сутка аниқланиб, тадқиқот сўнгида $35,8 \pm 2,17$ мг/суткагача ишончли ($p < 0,01$) камайди.

Хулоса.

1. Сурункали буйрак касаллиги беморларида анъанавий давога қўшимча азилсартан ва этилметалгидроксипиридин сукцинат препаратларини тавсия этиш буйрак шикастланиш маркерларини ижобий томонга силжишига олиб келади.

2. Сурункали буйрак касаллигида комплекс даво ўтказиш альбуминурияни камайтиради.

КОМПЛЕКС ДАВО НЕГИЗИДА БУЙРАКЛАРНИНГ КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ

Даминов Б.Т., Собиров У.Х.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти (Тошкент, Ўзбекистон)

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

Маълумки, ҳар қандай генезли нефропатиялар негизида гломеруляр аппаратда қон айланишининг бузилиши, микротромбозлар, буйрак паренхима ишемияси ва уларнинг оқибатида коптокчаларнинг нефроангиосклерози ётади. Шундай экан, сурункали буйрак касаллиги (СБК) ни даволашда қон томирларига таъсир этувчи препаратларнинг ўрни беқиёс.

Тадқиқот мақсади.

Сурункали буйрак касаллигида қон томирларга таъсир кўрсатиш билан буйраклар функционал ўзгаришларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материали ва услублари.

Тадқиқот учун Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт марказида стационар даволаниб кейинчалик мазкур муассасада диспансер назоратида бўлган, СБК нинг II ва III А-босқичида бўлган беморларнинг 101 нафари танлаб олинди. Тадқиқотга олинган барча беморлар мавжуд артериал гипертензия даражасидан келиб чиқиб гипотензив мақсадда (40–80 мг/сутка) индивидуал тарзда керакли миқдорда азилсартан қабул қилиб юришади. Улар анъанавий давога қўшимча фақат азилсартан қабул қилиб юрган 1-гуруҳ (n=53) ҳамда анъанавий давога қўшимча азилсартан ва этилметалгидроксипиридин сукцинат тавсия этилган

2-гуруҳга (n-48) ажратилди. 2-гуруҳга этилметалгидроксипиридин сукцинат (ЭМГС) стационар даволаниш даврида инъекцион тарзда 250-500 мг/сутка ва амбулатор назорати даврида 125-250 мг/сутка дозада ревос тавсия этилди. Тадқиқот гуруҳлари 6 ой мобайнида кузатилди. Барча беморлардан даволаш бошида ва тадқиқот сўнгида буйрак фаолияти кўрсаткичлари (мочевина ва креатинин) текширилди ва қондаги креатинин даражаси асосида КФТ ҳисобланди. Натижалар статистик таҳлил қилинди.

Натижалар ва уларни муҳокама-маси.

Олти ой мобайнида олиб борилган истиқболли изланишларимиз асосида қуйидаги натижалар намоён бўлди. Унга мувофиқ, мочевино 1-гуруҳда тадқиқот бошида $9,44 \pm 0,27$ ммоль/л. бўлиб, тадқиқот сўнгида $9,38 \pm 0,29$ ммоль/л.га ишончсиз даражада пасайди. 2-гуруҳда эса тадқиқот бошида $9,45 \pm 0,18$ ммоль/л. бўлган мочевино тадқиқот сўнгида $8,6 \pm 0,22$ ммоль/л.гача ишончли ($p < 0,001$) камайди. Креатинин 1-гуруҳда

тадқиқот бошида $131,2 \pm 3,2$ мкмоль/л.ни ташкил этиб, тадқиқот сўнгида $129,6 \pm 3,98$ мкмоль/л.га ишончсиз камайди. 2-гуруҳда эса тадқиқот бошида $132,1 \pm 3,98$ мкмоль/л. бўлган креатинин тадқиқот сўнгида $117,4 \pm 3,37$ ммоль/л.гача ишончли ($p < 0,01$) пасайди. КФТ 1-гуруҳда тадқиқот бошида $59,6 \pm 3,21$ мл/дақ. қийматда экани аниқланиб, тадқиқот сўнгида $61,4 \pm 2,73$ мл/дақ.га ишончсиз ошди. 2-гуруҳда эса тадқиқот бошида $60,3 \pm 2,73$ мл/дақ. бўлган КФТ тадқиқот сўнгида $69,7 \pm 1,91$ мл/дақ.га ишончли ($p < 0,01$) даражада кўтарилди.

Хулоса.

1. Сурункали буйрак касаллиги беморларида анъанавий давога қўшимча азилсартан ва этилметалгидроксипиридин сукцинат препаратларини тавсия этиш буйрак фаолияти кўрсаткичлари яхшиланиши кузатилади.

2. Сурункали буйрак касаллигида комплекс даво ўтказиш коптокчалар фильтрацияси тезлигини оширади.

КОМПЛЕКС ДАВО НЕГИЗИДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИ АВЖ ОЛИШНИ БАҲОЛАШ

Даминов Б.Т., Собиров У.Х.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти (Тошкент, Ўзбекистон)

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

Сурункали буйрак касаллиги (СБК) да қон томирларнинг структур-функционал ҳолатини мувофиқлаштириш ва уни дисфункцияни олдини олиш ва секинлаштириш замонавий клиник нефрологиянинг устивор вазифаларидандир. Шундай экан, СБКни даволашда қон томирларига таъсир этувчи препаратларнинг тавсия этиш касаллик авж олишига таъсир кўрсатади.

Тадқиқот мақсади.

Сурункали буйрак касаллигида қон томирларга таъсир кўрсатиш фониде бе-

морларда буйрак етишмовчилигини авж олишини баҳолаш.

Тадқиқот материали ва услублари.

Тадқиқот учун Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси илмий-амалий тиббиёт марказида стационар даволаниб кейинчалик мазкур муассасада диспансер назоратида бўлган, СБК нинг II ва III А-босқичида бўлган беморларнинг 101 нафари танлаб олинди. Тадқиқотга олинган барча беморлар мавжуд артериал гипертензия даражасидан келиб

чиқиб гипотензив мақсадда (40–80 мг/сутка) индивидуал тарзда керакли миқдорда азилсартан қабул қилиб юришади. Улар анъанавий давога қўшимча фақат азилсартан қабул қилиб юрган 1-гуруҳ (n-53) ҳамда анъанавий давога қўшимча азилсартан ва этилметалгидроксипиридин сукцинат тавсия этилган 2-гуруҳга (n-48) ажратилди. 2-гуруҳга этилметалгидроксипиридин сукцинат (ЭМГС) стационар даволаниш даврида инъекцион тарзда 250-500 мг/сутка ва амбулатор назорати даврида 125-250 мг/сутка дозада реғос тавсия этилди. Тадқиқот гуруҳлари 6 ой мобайнида кузатилди. Тадқиқот сўнгида беморларда буйрак етишмовчилигини авж олиш даражасини даволаш усуллариға боғлиқлик мезонлари <https://medstatistic.ru/calculators/calchi.html> онлайн компьютер дастурида ҳисоблаб натижалар статистик таҳлил қилинди.

Натижалар ва уларни муҳока-маси.

Олти ой мобайнида олиб борилган истиқболли изланишларимиз асосида қуйидаги натижалар намоён бўлди. Унга мувофиқ, 1-гуруҳдаги СБК беморларининг таркиби С2-босқичдагилар 32 нафар ва С3А босқичдагилар 21 нафарни ташкил этган эди. Олти ойлик кузатув ва даволашдан сўнг ушбу гуруҳ беморларидан С2-босқичдан С3А-босқичига ўтган-

лар 5 нафар ва С3А-босқичдан С3Б-босқичга ўтганлар 7 нафарни ташкил этиб, умуман олганда мазкур гуруҳда 12 нафар (22,6%) беморда буйрак етишмовчилигини авж олиши кузатилди. 2-гуруҳда эса СБК беморларининг таркиби С2-босқичдагилар 29 нафар ва С3А босқичдагилар 19 нафарни ташкил этган эди. Тадқиқот сўнгида ушбу гуруҳ беморларидан С2-босқичдан С3А-босқичига ўтганлар 1 нафар ва С3А-босқичдан С3Б-босқичга ўтганлар 2 нафарни ташкил этиб, умуман олганда ушбу гуруҳда 3 нафар беморда буйрак етишмовчилигини авж олиши кузатилди. Натижалар статистик таҳлил қилинганида χ^2 -индекси 5,4 қийматга ($p=0,02$) тенг бўлиб, Пирсоннинг рақамли коэффициенти бўйича турли даволаш усуллари ва содир бўлган авж олиш орасида ўрта даражада боғлиқлик мавжудлигини кўрсатди.

Хулоса.

1. Анъанавий давога қўшимча азилсартан ва этилметалгидроксипиридин сукцинатни қўллаш сурункали буйрак касаллигини авж олишини секинлаштиради.

2. Босқичдан-босқичга ўтиб чуқурлашиб боргани сайин сурункали буйрак касаллигини авж олишини тезлашиши ўтказилаётган даво чоралариға боғлиқ бўлмаган ҳолда юз беради.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХБП I-IV СТАДИИ

Султонов Н.Н.¹, Даминова К.М.², Сабиров М.А.¹, Даминова Х.М.³

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

Ташкентский государственный стоматологический институт (Ташкент, Узбекистан)

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Хроническая болезнь почек (ХБП) — глобальная проблема, вклад которой в структуру общей заболеваемости и смертности населения неуклонно увеличивается. Цереброваскулярные осложнения во многом определяют судьбу па-

циентов с ХБП, являясь причиной стойкой утраты трудоспособности и смерти. При заболеваниях почек когнитивные нарушения (КН) не только приводят к инвалидности больных, снижению качества жизни пациентов и их родственни-

ков, но и затрудняют, в частности, получение информированного согласия пациента при необходимости проведения гемодиализа или трансплантации почки. Кроме того, в отличие от ранних стадий КН возможности терапии тяжелых КН (деменции) ограничены и заведомо не позволяют достичь достаточной социальной реабилитации больных. В связи с этим особое значение приобретает выявление когнитивной дисфункции (КД) на ранних стадиях.

Цель исследования: оценить частоту, выраженность и характер КН у пациентов с ХБП I-IV стадии, а также изучение клинко-нейровизуализационных соотношений у больных ХБП с КН.

Материал и методы исследования. В исследование включили 63 пациента с ХБП (33 мужчины и 30 женщин) в возрасте от 30 до 74 лет, средний возраст $48 \pm 12,3$ лет. ХБП определяли как повреждение почек любой этиологии, сопровождающееся нарушением их структуры и/или функции в течение 3 мес и более. Стадии ХБП определяли в соответствии с классификацией Национального почечного фонда США (NKF K/DOQI, 2002). СКФ рассчитывали по сокращенной формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — 26 пациентов ХБП I—II стадий (СКФ ≥ 60 мл/мин/1,73 м², признаки поражения почек); 2-я группа — 37 пациент ХБП III и IV стадий (СКФ 60—15 мл/мин/1,73 м²).

Всем больным проводили анкетирование для выявления ограничений повседневной активности (шкала основной и инструментальной активности в повседневной жизни, ADL и IADL), а также для оценки эмоционального статуса (шкала депрессии Бека). Выполняли нейропсихологическое тестирование для выявления и оценки выраженности КН с использованием следующих тестов: 1) краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-mental state examination — MMSE), включающей исследование

функции гнозиса, праксиса, речи, слухоречевой памяти, внимания, счета, зрительно-пространственных функций; 2) батареи тестов на дисфункцию лобных долей мозга (Frontal assessment battery — FAB), с помощью которых исследуют мышление, речь, динамический праксис, семантическую память, регуляторные функции; 3) теста на заучивание 10 слов по методике А.Р. Лурии на кратковременную память (непосредственное воспроизведение 10 слов, сразу за их предъявлением); 4) отсроченную память (воспроизведение слов через 30 мин после их предъявления); 5) тест для оценки регуляторных функций (последовательное соединение букв и цифр, Trail-making test B), отражающих процессы планирования, формирования цели, поэтапной реализации действий, способность к переключению и контроль достижения запланированного результата.

Результаты исследования. Среди всех обследованных больных ХБП у 42 (66,7%) выявлены КН. Все пациенты с КН предъявляли жалобы преимущественно на трудности запоминания новой информации, забывчивость на имена, названия предметов, невозможность удержать в памяти план действий, вспомнить, куда положил тот или иной предмет, трудности сосредоточения, подбора слов при разговоре, нарушения сна. При этом ни у одного из пациентов не отмечено значимых ограничений повседневной активности по результатам заполнения ими и их родственниками опросника для оценки социальной, инструментальной активности, способности к самообслуживанию.

В группе больных 1 группы (n=26) КН отмечали у 9 (34,6%), а во 2й группе (n=37) — у 33 (89,2%). Частота выявления КН у пациентов 2й группы была статистически значимо выше, чем в 1 группе (p<0,001). Статистически значимым было увеличение частоты развития КН по результатам теста MMSE (p<0,001), тестов на функцию лобных долей мозга (p=0,001) и регуляторные

функции ($p < 0,001$). Нарушения кратковременной и отсроченной памяти отмечены у пациентов обеих групп, при этом частота развития этих нарушений в исследованных группах статистически значимо не различалась.

Вывод. У пациентов второй группы с ХБП III-IV выявлен статистически зна-

чимый рост частоты когнитивных нарушений развития по результатам краткой шкалы оценки психического статуса, исследования регуляторных функций и функции лобной коры по сравнению с пациентами с поражением почек первой группы с ХБП I-II.

БОЛЕЗНЬ ФАБРИ: СОЧЕТАНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО И ИММУНОПОСРЕДОВАННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Толежанова А.Н., Канафина Ш.М., Актаубаева А.Т.

НАО «Медицинский Университет Астана» (Астана, Казахстан)

Актуальность: Болезнь Фабри (БФ) — это наследственное лизосомное заболевание, сцепленное с X-хромосомой, обусловлено дефицитом фермента альфа-галактозидазы А (α -gla), возникает в результате мутаций в гене GLA. На сегодняшний день описано более 1000 мутаций, которые могут приводить к различным клиническим фенотипам и течению заболевания (включая классический фенотип, БФ с поздним началом и варианты неопределенной значимости). Поражение почек может проявляться неспецифическими признаками, такими как протеинурия и хроническая болезнь почек, которые также характерны для многих других нефропатий. Более того, дополнительным усложняющим фактором является возможность сосуществования БФ с другими заболеваниями почек. Таким образом, подозрение и диагностика нефропатии Фабри у пациентов с признаками заболеваний почек могут быть сложными для клинического нефролога.

Цель исследования: комплексный анализ редкого клинического случая сочетания наследственного заболевания (болезнь Фабри) и иммуноопосредованного гломерулонефрита.

Материалы и методы: в этом уникальном случае речь идет о 29-летнем мужчине (пациенте А), который по рекомендации двоюродного брата по материнской линии обратился к нефрологу. Брату, в рамках скрининга пациентов на

гемодиализе (прогрессивное почечное повреждение — самый частый клинический симптом классических мутаций), генетически была подтверждена патогенная мутация: вариант GLA с. 679C> T p. (Arg227*).

В марте 2023г. пациент А обратился к нефрологу с жалобами на массивные отеки нижних конечностей, и протеинурией до 6,0г/л для прохождения генетического анализа на Болезнь Фабри в рамках семейного обследования. Выявлена генетическая мутация: GLA - с. 679C> T p. (Arg227*), сниженная активность альфа-галактозидазы $< 0,8 \text{ micromole/L/h}$, патологическое повышение концентрации биомаркера Lyso- Gb3 (101,0 11g/1pl). При более подробном сборе анамнеза выявлены симптомы классической патогенной мутации (acroparестезия, гипогидроз, ангикератомы), которые появились в раннем возрасте.

С 2018г. появились первые симптомы нефротического синдрома (отеки, протеинурия до 1,0 г/л), с прогрессированием к июлю 2023г. - массивные отеки до верхней трети голени, суточная протеинурией до 6 г/л, гипоальбуминемия, гиперазотемия (СКФ по формуле EPI с 40 мл/мин/1,73 м²) и артериальная гипертензия. При дополнительном обследовании иммунологические тесты были в норме (комплемент, антинуклеарные антитела, АНЦА), Anti-PLA2R- отрицательно, гепатит В, С, ВИЧ и сифилис исключены. До начала ферментозамести-

тельной терапии, для снижения активности нефротического синдрома проведена пульс – терапия циклофосфаном. С сентября 2023г. начата ферментозаместительная терапия агалсидазой альфа, на фоне которой состояние стабилизировалось, отеки уменьшились, протеинурия до 1г/л.

В ноябре 2024г. пациент обратился с прогрессирование азотемии (СКФ до 24 мл/мин/1,73 м²), стойкой протеинурией в пределах 1-1,9 г/л и артериальной гипертензией. В связи с нарастающей почечной дисфункцией и необходимостью уточнения морфологического субстрата поражения была проведена биопсия почечной ткани от 20.01.2025 года. Заключение: 1) Скопления вакуолизированных клеток в интерстиции и стенках артерий; полный гломерулосклероз (96%); выраженный тубуло-интерстициальный фиброз (60-70%); выраженный артериоло-артериосклероз; диффузное острое повреждение эпителия канальцев, умеренное тубуло-интерстициальное воспаление. 2) Иммунокомплексный гломерулонефрит с иммуоэкспрессией "fullhouse", без дальнейшего уточнения. Основная гистологическая картина не противоречит верифицированному клиническому диагнозу и может соответствовать позднему поражению почек при болезни Фабри. Сочетанное отягощающее иммунокомплексноегломерулярное поражение уточнению не подлежит из-за крайне выраженнойхронизации.

Вывод: В данном случае наблюдается болезнь Фабри, отягощенная иммунокомплекснымгломерулярным поражением, которое не поддается морфологическому уточнению из-за крайне выраженной хронизации процесса. Остаются открытыми несколько важных вопросов:

1. **Взаимосвязь двух заболеваний:** Возможно, что иммунокомплексныйгломерулонефрит развился независимо от болезни Фабри, либо является ее осложнением на фоне хронического повреждения почечной ткани. Тщательный сбор анамнеза, использование генетического тестирования, а также гистологические исследования играют ключевую роль в постановке точного диагноза.

2. **Прогрессирующее снижение почечной функции** не является маркером неэффективности ферментозаместительной терапии (ФЗТ). Продолжение терапии является необходимым для стабилизации состояния пациента и предотвращения дальнейших осложнений со стороны важных органов-мишеней, таких как сердечно-сосудистая система, органы зрения, кожные покровы и центральная нервная система.

3. **Раннее выявление и начало ФЗТ** могут существенно замедлить прогрессирование заболевания и улучшить качество жизни пациентов, предотвращая развитие серьезных осложнений и снижая риск инвалидизации.

ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ УСТАНОВКИ КАТЕТЕРОВ

Толеубаев М.Т.^{1,2}, Муратбекова Э.Р.^{1,2}, Стародубов А.Ю.²

*Кафедра хирургических болезней с курсами ангиохирургии и пластической хирургии НАО «Медицинский университет Астана» (Астана, Казахстан)
ЦЭТ и ПГД «BB NURA» (Астана, Казахстан)*

Актуальность. Перитонеальный диализ (ПД) является важным методом заместительной почечной терапии для пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) в терминальной стадии. В отличие от гемодиализа, ПД обеспечивает большую автономность пациента, лучшую сохранность остаточной функции

почек и снижает нагрузку на сосудистый доступ. Однако успех и длительность терапии во многом зависят от правильной установки диализного катетера.

Цель исследования. Оценить выживаемость катетеров перитонеального диализа (ПД) и выявить причины удаления катетеров ПД у взрослых пациен-

тов с терминальной стадией почечной недостаточности (ТХПН).

Материал и методы. Данное исследование, проведенное в Центре эфферентной терапии и программного диализа ВВ Nura в Астане, Казахстан. Всего 30 взрослых пациентов получили установку катетера ПД лапароскопическим методом. Средний возраст пациентов составил 39,7 лет, с распределением 63,33% женщин (19 пациентов) и 36,67% мужчин (11 пациентов).

Был проведен ретроспективный обзор среди взрослых пациентов, которым был установлен катетер ПД лапароскопическим методом в Центре эфферентной терапии и программного диализа ВВ Nura в Астане с октября 2021 по декабрь 2023 года. Исследование оценивало срок службы катетера, ранние (в первые 30 дней) и поздние (>30 дней) осложнения, такие как протечка диализирующего раствора, неисправность и неправильное положение катетера, инфекции, требующие временного или постоянного удаления катетера.

Результаты исследования. Основными причинами ТХПН были гломерулонефрит (40%, 12 пациентов) и артериальная гипертензия (33,33%, 10 пациентов). Одновременные операции, такие как лапароскопическая холецистэктомия (2 случая), лапароскопический адгезиолизис (1 случай), герниопластика (1 случай), лапароскопическая аллогернио-

пластика (1 случай) и лапароскопическая герниопластика (1 случай), были успешно выполнены, что иллюстрирует комплексный подход центра к хирургическому лечению. Кровотечение из места выхода катетера, наблюдаемое в 4 случаях (13,33%), не потребовало удаления катетера. Общий показатель выживаемости катетера составил 82,12%. Основными причинами удаления катетера были поздние осложнения: неэффективность перитонеального диализа как метода ЗПТ (3 случая) и рефрактерный перитонит (2 случая).

Выводы. Лапароскопическая установка катетеров ПД у взрослых пациентов с ТХПН в Центре эфферентной терапии и программного диализа ВВ Nura в Астане демонстрирует высокий уровень безопасности и эффективности, с заметным показателем выживаемости катетера 82,12%. Интеграция одновременных хирургических процедур подчеркивает стремление центра оптимизировать результаты для пациентов. Результаты подчеркивают необходимость тщательного управления поздними осложнениями, особенно перитонитом, для улучшения долговечности катетера и качества ухода за пациентами. Это исследование значительно способствует знаниям о управлении катетерами ПД, предлагая ценные идеи для продвижения клинической практики в области нефрологии в Казахстане.

HELICOBACTER PYLORI БИЛАН АССОЦИРЛАНГАН СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИ БИЛАН КЕЧГАНДА ТАШХИСЛАШНИ МУВОФИҚЛАШТИРИШ

Эшонкулов С.С., Туракулов Р.И.

Тошкент тиббиёт академияси (Тошкент, Ўзбекистон)

Муаммонинг долзарблиги: Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) бугунги куннинг долзарб тиббий-ижтимоий муаммоларидан бири ҳисобланади. СЮЕ касаллигининг оғирлиги ва прогнозини белгилашда, унинг асоратлари, жумладан, темир танқислиги камқонлиги муҳим ўрин тутди. Сўнгги йилларда Helicobacter pylori инфекцияси-

нинг нафақат меъда-ичак трактида, балки юрак-қон томир тизимида ҳам патологик жараёнларга таъсир қилиши ҳақида маълумотлар кўпайиб бормоқда.

Шу сабабли H. pylori инфекциясининг СЮЕ билан боғлиқ бўлган темир танқислиги камқонлигига таъсирини ўрганиш долзарбдир.

Мақсад: *Helicobacter pylori* билан ассоцирланган сурункали юрак етишмовчилиги темир танқислиги камқонлиги билан кечганда ташхислаш ва комплекс даволашни мувофиқлаштириш.

Материал ва методлар: Тадқиқотга жами 171 нафар СЮЕ билан оғриган беморлар жалб қилинди. Улардан 131 нафар беморда *H. pylori* инфекцияси аниқланиб, асосий тадқиқот гуруҳини ташкил қилди. Ушбу гуруҳ ўз навбатида икки кичик гуруҳга бўлинди: биринчи кичик гуруҳдаги 65 нафар беморга СЮЕ стандарт давоси билан биргалликда *H. pylori* га қарши эрадикацион терапия ва антианемик терапия (темир III сахароза комплекси) индивидуал дозада тайинланди. Иккинчи кичик гуруҳдаги 66 нафар бемор эса фақат стандарт СЮЕ давоси ва антианемик терапияни қабул қилди. Назорат гуруҳида 40 нафар *H. pylori* инфекцияси аниқланмаган, аммо камқонлик билан оғриган СЮЕ беморлари иштирок этди. Барча гуруҳларда темир, ферритин, трансферрин, гепсидин каби темир метаболизми кўрсаткичлари, яллиғланиш цитокинлари (интерлейкин-6, α ўсма некрози омили) ва липидлар алмашинуви кўрсаткичлари таҳлил қилинди. Тадқиқот натижалари статистик усуллар билан таҳлил қилинди.

Натижалар: Тадқиқот натижаларига кўра, *H. pylori* билан ассоцирланган СЮЕ беморларида темир танқислиги камқонлиги кўпроқ учраб, бу гуруҳда темир, ферритин ва трансферрин кўрсаткичлари сезиларли даражада пасайгани аниқланди. Шу билан бирга гепсидин,

интерлейкин-6 ва α ўсма некрози омили даражалари юқори бўлганлиги кузатилди. Биринчи кичик гуруҳда эрадикацион терапия ўтказилган беморларда юқоридаги кўрсаткичларнинг нормаллашиши тезроқ ва яққол кузатилди ($p < 0.01$). Липидлар алмашинувининг яхшиланиши ҳам биринчи кичик гуруҳда яққолроқ бўлди. Иккинчи кичик гуруҳда кўрсаткичлар яхшиланиши нисбатан паст даражада ($p < 0.05$) кузатилди.

Ҳозирги тадқиқот натижалари *H. pylori* инфекциясининг СЮЕ билан боғлиқ бўлган темир танқислиги камқонлигида муҳим ўрин тутишини кўрсатмоқда. Эрадикацион терапия, темир метаболизми кўрсаткичлари ва яллиғланиш цитокинлари даражаларини яхшилаш орқали СЮЕ касаллиги билан боғлиқ бўлган камқонликнинг самарали бартараф қилинишига имкон беради. Стандарт терапия билан эрадикацион ва антианемик терапиянинг биргалликда олиб борилиши, СЮЕ касаллиги билан боғлиқ бўлган асоратларнинг олдини олишда янада самарали усул эканлигини тасдиқлайди.

Хулоса: Сурункали юрак етишмовчилиги ва *H. pylori* инфекцияси билан боғлиқ темир танқислиги камқонлигини ташхислаш учун қон зардобидаги темир, ферритин, трансферрин, гепсидин ва цитокинларни комплекс таҳлил қилиш мақсадга мувофиқдир. Эрадикацион терапияни антианемик даволаш билан мувофиқлаштириш темир танқислиги камқонлигини самарали бартараф этиш имконини беради ва ушбу ёндашувни кенг клиник амалиётга жорий қилиш зарур.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИНИ ТАШХИСЛАШДА КРЕАТИНИН ВА ЦИСТАТИН С МИҚДОРИНING АҲАМИЯТИ

Турақулов Р.И., Тулаев Ё.Б.

Тошкент тиббиёт академияси (Тошкент, Ўзбекистон)

Мавзунинг долзарблиги: Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) кенг тарқалган ва юқори ўлим кўрсаткичига эга касалликлардан бири бўлиб, унинг ривожланиши буйрақлар дисфункцияси

юзага келиши билан чамбарчас боғлиқ. «Кардиоренал синдром» деб номланган ушбу ҳолатда, буйрақлар фаолиятининг пасайиши юрак етишмовчилигининг кечиши ва даволаш самарадорлигига

салбий таъсир кўрсатади. Шу сабабли буйраклар дисфункциясини эрта аниқлаш муҳим аҳамиятга эга бўлиб бу борада қондаги креатинин ва цистатин С кўрсаткичлари буйраклар фаолиятини баҳолашда тезкор, ишончли ва нисбатан хамёнбоп усул сифатида кенг қўлланилади.

Тадқиқот мақсади: Сурункали юрак етишмовчилиги билан оғриган беморларда буйраклар дисфункциясини ташхислашда креатинин ва цистатин С миқдорининг аҳамиятини баҳолаш.

Материал ва усуллар: Тадқиқотга юрак ишемик касаллиги негизида ривожланган сурункали юрак етишмовчилигининг (СЮЕ) II ва III функционал синфига эга бўлган 60 нафар бемор жалб этилди. Беморлар икки гуруҳга ажратилди: асосий гуруҳ – СЮЕ ва буйрак дисфункцияси мавжуд бўлган 30 нафар бемор; назорат гуруҳи – СЮЕ билан оғриган, лекин буйрак дисфункцияси белгилари мавжуд бўлмаган 30 нафар бемор. Барча беморларда клиник шикоят ва кўрсаткичлар ўрганилиб, лаборатор таҳлиллар, шу жумладан, креатинин ва цистатин С миқдори аниқланди. Бундан ташқари, коптокчалар фильтрация тезлиги (КФТ) ҳисобланиб, беморлардаги буйрак дисфункциясининг оғирлик даражаси баҳоланди. Тадқиқот натижалари статистик таҳлил қилиниб, $P < 0.05$ бўлган фарқ ишончли деб олинди.

Натижалар: Тадқиқот давомида, асосий гуруҳ беморларида юрак етишмовчилиги белгилари (ҳаво етишмовчилиги, хансираш, периферик шишлар) назорат гуруҳига қараганда яққолроқ намоён бўлиб, жисмоний иш қобилиятининг кескин пасайганлиги аниқланди. Шунингдек, асосий гуруҳда цистатин С ва креатинин даражалари назорат гуруҳига нисбатан ишонарли даражада юқори эканлиги аниқланди.

Мос равишда, креатинин миқдори асосий гуруҳда 102.3 ± 9.8 мкмоль/л, назорат гуруҳида эса 72.5 ± 7.4 мкмоль/л ($P < 0.05$) ни ташкил этди. Цистатин С миқдори эса асосий гуруҳда 1.45 ± 0.2 мг/л, назорат гуруҳида 0.92 ± 0.1 мг/л ($P < 0.05$) эканлиги қайд этилди.

Шу билан бирга, асосий гуруҳда КФТ кўрсаткичи назорат гуруҳига нисбатан анча паст эканлиги кузатилди: асосий гуруҳда 43.7 ± 5.4 мл/мин/1.73 м², назорат гуруҳида 74.6 ± 6.2 мл/мин/1.73 м² ($P < 0.05$). Беморларда цистатин С даражасининг ошиши КФТ пасайиши билан кучли қарама-қарши корреляцияга эга эканлиги аниқланди ($r = -0.68$, $P < 0.01$). Лаборатор таҳлиллар асосида, креатинин ва цистатин С даражасининг ошиши КФТ пасайиши билан параллел равишда кечиши кузатилди.

Хулоса: Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, креатинин ва цистатин С даражалари буйрак дисфункциясини баҳолашда муҳим биомаркерлар ҳисобланади. Креатинин кўрсаткичи турли омиллар(ёш, жинс ва овқат таркиби)га боғлиқ холда ўзгариши сабабли буйраклар зарарланишини нисбатан кечки босқичларида аниқлашда хизмат қилиши мумкин. Аммо, цистатин С коптокчалар фильтрацияси тезлиги ўзгаришларига сезгирроқ маркер сифатида, СЮЕ билан оғриган беморларда буйрак дисфункциясини эрта даврида аниқлаш имконини беради. Цистатин С даражасининг ошиши КФТ пасайиши билан боғлиқ бўлиб, унинг кардиоренал синдромни аниқлашда истиқболли маркер эканлигини кўрсатади. Шу сабабли, СЮЕ билан оғриган беморларда цистатин С ва креатинин даражаларини мунтазам назорат қилиш, касалликни эрта аниқлаш ва даволаш самарадорлигини оширишда муҳим аҳамият касб этади.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДСЕСТЕР ГЕМОДИАЛИЗА

Тургунова Д.П., Арипходжаева Г.З.

Центр повышения квалификации медицинских работников (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Синдром выгорания — это сложное явление, связанное со стрессовой рабочей средой. Выгорание — это синдром, который может быть вызван эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением личных достижений. Эмоциональное истощение (ЭИ), определяемое как связанная с работой перегрузка человека и выгорание, которое может развиваться вследствие сильной физической или психологической усталости. Деперсонализация (ДП), которая является симптомом ЭИ, как говорят, присутствует, когда сотрудники относятся к людям, которых они нанимают, как к вещам, используют уничижительные слова и демонстрируют безразличное, циничное отношение. Отсутствие личных достижений (ЛД) присутствует, когда человек оценивает себя негативно, считает себя неадекватным в различных рабочих вопросах и чувствует себя неудачником в общении с другими на рабочем месте. Хотя выгорание было описано и изучено в ряде различных профессиональных групп, это явление имеет особое значение для работников здравоохранения.

Целью данного исследования являлось определение уровней выгорания медсестер, работающих в отделениях гемодиализа, и взаимосвязь с некоторыми социально-демографическими переменными.

Материалы и методы исследования: Нами было исследовано 52 медсестер, работающих в отделения гемодиализа, которые на момент исследования находились в курсах повышения квали-

фикации. Для сбора данных использовали опросник выгорания Маслаха. У всех медсестер было получено согласие для участия в исследовании. Была распространена анкета, состоящая из двух частей. Первая часть содержала вопросы для определения демографических характеристик (возраст, пол, семейное положение, количество детей, статус работы, тип работы) участников. Опросник выгорания Маслаха, анкета для самостоятельного заполнения, была использована для измерения выгорания во второй части.

Результаты исследования: Сравнивая личностные характеристики медсестер и их средние баллы, полученные с помощью опросника выгорания Маслаха, было установлено, что существует статистически значимая разница между ДП и ЛД в зависимости от пола; семейного положения и ЭИ; ЭИ и ЛД в зависимости от наличия ребенка; образовательного статуса и ЭИ; ДП и ЛД в зависимости от места работы ($p < 0,05$), но не обнаружили никакой связи между продолжительностью профессиональной жизни, еженедельными рабочими часами, уровнем дохода и участием в совещаниях, связанных с гемодиализом, с показателем МВИ ($p < 0,05$).

Выводы: Результаты исследования показали, что медсестры, работающие в отделениях гемодиализа, испытывают выгорание средней степени по подшкалам эмоционального истощения, деперсонализации и выгорание высокой степени по подшкале личных достижений.

ВОВЛЕЧЕНИЕ МОЛОДЫХ НЕФРОЛОГОВ В ОРГАНИЗАЦИЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ВСТРЕЧ С ПАЦИЕНТАМИ КАК КЛЮЧЕВОЙ ШАГ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Туребеков Д.К., Молдахметова С.С., Бухарбаева Б.Д., Антаева Д.А.

Группа резидентов: Бигазы А.Б., Таксимбаева А.М., Мурзахметов С.Г., Нурмаш Ж., Бейсенбай У., Рахымжан Г., Усен А.

Кафедра внутренних болезней с курсом нефрологии, гематологии, аллергологии и иммунологии НАО «Медицинский университет Астана» (Астана, Казахстан)

Актуальность проблемы: Хроническая болезнь почек (ХБП) является глобальной проблемой здравоохранения, затрагивающая 10-15% населения во всем мире. Согласно эпидемиологическим данным до 90% случаев ХБП на ранних стадиях, остаются не выявленными, что приводит к развитию сердечно-сосудистых осложнений и терминальной почечной недостаточности. Основными факторами риска развития ХБП являются артериальная гипертония (АГ) и сахарный диабет (СД), которые обуславливают до 70% случаев заболевания. Важной задачей является раннее выявление пациентов с ХБП и повышение их осведомленности, что требует активного взаимодействия медицинского сообщества и пациентов. ХБП — это не только проблема врачей, но и вызов для самих пациентов, требующий активного участия в своем здоровье. Встреча с пациентами фокусируется на просвещении, профилактике и вовлечении пациентов в контроль ХБП, в отличие от традиционных врачебных конференций, где обсуждаются научные аспекты и тактика лечения. Важно уметь простым языком объяснить риски осложнений, мотивировать к изменению образа жизни и приверженности терапии. Такой формат делает пациента активным участником лечения, а не пассивным наблюдателем. Особую ценность в организации и проведении мероприятия имело активное участие врачей резидентов, будущих нефрологов, которые внесут ключевую роль в борьбе с поздней диагностикой ХБП. Важно понимать, что образовательные семинары с пациен-

тами и их активное вовлечение в процесс лечения являются более эффективным инструментом, чем традиционные научно-практические конференции, поскольку они способствуют раннему выявлению заболеваний и повышению осведомленности пациентов.

В рамках Всемирного дня почки, 14 марта 2025 года в г. Астана на базе многопрофильной городской больницы №1 состоялся образовательный семинар для всех жителей города, заинтересованных в профилактике заболеваний почек.

Цель исследования: повысить осведомленность населения о ХБП, ее бессимптомном течении и осложнениях, а также мотивировать пациентов к регулярному мониторингу состояния почек.

Материалы и методы: Мероприятие проходило в офлайн-формате и включало участие в основном пациентов с АГ, СД и другими факторами риска, с участием практических врачей первичного звена, профессорско-преподавательского состава и студентов нашего учебного заведения. Распространение о событии осуществлялось через социальные сети, профессиональные врачебные группы и прямые приглашения.

Основные задачи: информирование пациентов о ранних признаках ХБП и группах риска, разбор осложнений и механизмов прогрессирования, демонстрация кейсов, отражающих бессимптомное течение и позднюю диагностику, обсуждение принципов подбора персонализированного питания для пациентов с различными стадиями ХБП, а также вовлечение молодых врачей нефрологов (резидентов) в образовательный процесс.

Использованы следующие методы: 1) лекционный метод: предоставление трех ключевых докладов по ранней диагностике, правильному питанию и клиническим случаям ХБП; 2) метод клинических разборов из практики для демонстрации бессимптомного течения ХБП; 3) интерактивное участие слушателей по воспринятой информации по ХБП до диализного периода; 3) метод обратной связи (дискуссия и ответы на вопросы); 4) метод междисциплинарного подхода с вовлечением врачей ПМСП, студентов и преподавателей кафедры внутренних болезней; 5) практический метод измерения артериального давления (АД), что позволило выявить пациентов с высокими цифрами АД даже во время самого семинара, что подчеркивает необходимость регулярного мониторинга и коррекции АД как важнейшего фактора профилактики ХБП.

Результаты: Семинар стал первым опытом организации образовательного мероприятия для пациентов с высоким риском развития ХБП и ее осложнений. Представленный доступный, наглядный блок информации и реальные клинические случаи убедительно продемонстрировали опасность бессимптомного тече-

ния ХБП и необходимость раннего выявления. Применение информационных ресурсов и активная работа с социальными сетями оказались эффективными для привлечения аудитории, а вовлечение молодых врачей нефрологов в образовательный процесс позволило создать мульти дисциплинарную модель взаимодействия между врачами и пациентами.

Вывод. Результаты семинара подтверждают необходимость активного информирования населения о ХБП, важность ранней диагностики, контроля артериального давления и персонализированной диетотерапии. Привлечение резидентов, молодых врачей нефрологов в подобные мероприятия способствуют развитию их профессиональных навыков и внедрению пациент-ориентированного подхода в нефрологии. Внедрение и регулярное проведение подобных образовательных инициатив может стать ключевым шагом в улучшении ситуации с ранним выявлением и снижением темпов прогрессирования ХБП, что, в свою очередь, позволит сократить число случаев поздней диагностики и осложнений, связанных с заболеванием.

ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК: ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И АДЕКВАТНАЯ ПОДГОТОВКА К ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ

Туребеков Д.К., Биғазы А.Б., Таскимбаева А.М.

НАО «Медицинский университет Астана» (Астана Казахстан)

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) является глобальной проблемой здравоохранения, способствующей росту заболеваемости терминальной почечной недостаточностью (ТПН) и увеличению экономической нагрузки на систему здравоохранения. По данным 2025 года более 9 миллионов казахстанцев, что составляет около 10–12% населения страны, страдают от ХБП.

В листе ожидания на пересадку почки находится около 3,9 тысячи человек, а на диализе находятся 11,5 тысячи казахстанцев. ХБП является значимой проблемой здравоохранения в Казахстане, требующей внимания и принятия мер для улучшения диагностики, лечения и профилактики этого заболевания. Эффективное амбулаторное ведение пациентов с ХБП на докритических стадиях спо-

способствует замедлению прогрессирования заболевания, снижению частоты экстренных госпитализаций и улучшению качества подготовки к заместительной почечной терапии (ЗПТ). Разработка и внедрение оптимизированных стратегий амбулаторного наблюдения пациентов с ХБП имеет критическое значение для улучшения их клинического прогноза.

Цель исследования. Оценить эффективность амбулаторного наблюдения пациентов с ХБП в предупреждении ТХПН, а также выявить ключевые аспекты подготовки пациентов к своевременному началу ЗПТ.

Материал и методы. В исследование включены **1001 пациент** с ХБП (стадии ЗБ–5), находившиеся под наблюдением **14 врачей** в **48 поликлиниках**. Проведено всего **7255 консультаций**, включающих динамическое наблюдение, коррекцию терапии и подготовку к ЗПТ. Распределение пациентов по стадиям ХБП:

ХБП ЗБ – **703 пациента** (70,2%)

ХБП 4 – **386 пациентов** (38,6%)

ХБП 5 – **146 пациентов** (14,6%)

Гендерное распределение: **мужчины – 443 (44,3%), женщины – 558 (55,7%)**.

Возрастная структура:

Молодой возраст – **72 пациента (7,2%)**

Средний возраст – **169 пациентов (16,9%)**

Пожилые – **512 пациентов (51,2%)**

Старческий возраст – **247 пациентов (24,7%)**

Результаты исследования. Анализ данных показывает, что большинство пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) проходят плановое наблюдение и госпитализацию, однако остается ряд серьезных проблем. Первое- высокий процент экстренных госпитализаций без подготовки. Многие пациенты

(особенно с ХБП 5) поступают в тяжелом состоянии, не имея артериовенозной фистулы (АВФ) для диализа. Это говорит о недостаточной подготовке к заместительной почечной терапии. Число экстренных госпитализаций без АВФ (43 случая) значительно превышает число экстренных госпитализаций с АВФ (6 случаев). Второе- пациенты впервые обращаются в тяжелом состоянии. 42 человека впервые попали на прием в тяжелом состоянии, что указывает на недостаточный контроль и позднюю диагностику. Третье- недостаточная подготовка пациентов с ХБП 4. Хотя пациенты с ХБП 4 чаще проходят плановую госпитализацию (160 случаев), лишь у 29 из них была сформирована АВФ до диализа. Это может привести к проблемам при переходе на диализ. Четвертое- преобладание плановой госпитализации – положительный фактор. В целом, плановые госпитализации значительно превышают экстренные, что говорит о контроле за пациентами. Однако есть необходимость усилить подготовку к диализу и выявлять пациентов на ранних стадиях.

Выводы. Оптимизация амбулаторного наблюдения пациентов с ХБП позволяет существенно замедлить прогрессирование заболевания и повысить долю пациентов, проходящих плановую подготовку к ЗПТ. Комплексный междисциплинарный подход, включающий регулярный мониторинг, коррекцию модифицируемых факторов риска и раннюю подготовку к ЗПТ, снижает риск экстренного начала диализной терапии и улучшает прогноз пациентов. Дальнейшая работа в этом направлении должна быть сосредоточена на стандартизации алгоритмов амбулаторного ведения пациентов с ХБП, повышении информированности пациентов и расширении программ нефропротекции.

**НАТРИЙ-ГЛЮКОЗА КОТРАНСПОРТЕР ИНГИБИТОРИНИ СУРУНКАЛИ БУЙРАК
КАСАЛЛИГИ БИЛАН БИРГА КЕЧУВЧИ МЕТАБОЛИК БОҒЛИҚ ЖИГАРНИ
ЁҒЛИ КАСАЛЛИГИДА ЛИПИД МЕТАБОЛИЗМИГА ВА
ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТЛИККА ТАЪСИРИ**

Турсунбаев Р.С., Абдуллаев Ш.С.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти (Тошкент, Ўзбекистон)

Муаммонинг долзарблиги. Сурункали буйрак касаллиги (СБК) липид алмашинувининг бузилишига олиб келиб, артерияларда атеросклероз жараёнларини кучайтиради ҳамда юрак хуружи ва инсулт хавфини оширади. Шунингдек, инсулинорезистентлик метаболик боғлиқ жигарнинг ёғли касаллиги (МБЖЁК) ва СБКнинг ривожланишини тезлаштиради.

Тадқиқотдан мақсад эмпаглифлозинни СБКлиги билан бирга кечувчи МБЖЁКнинг антро-САД-глюкоза ҳамда липид-жигар фенотипларида липид метаболизмига ва инсулинорезистентликка таъсирини ўрганишдир.

Материал ва методлар. Тадқиқотда 27 нафар бемор иштирок этди, шулардан 21 нафари аёл, 6 нафари эса эркак бўлди. Тадқиқотга ёши 50 дан 68 ёшгача бўлган беморлар жалб қилинди, ўртача ёш – 59,13. Тадқиқот рандомизация қилинган клиник усул асосида олиб борилди. Беморлар икки гуруҳга ажратилди: экспериментал гуруҳ (14 нафар бемор) ва контроль гуруҳ (13 нафар бемор). МБЖЁК бўйича беморлар қуйидаги фенотипик гуруҳларга ажратилди: антро-САД-глюкоза фенотипи – 16 нафар бемор, липид-жигар фенотипи – 11 нафар беморлар. Тадқиқотга киритилмаган ҳолатлар: 1-тип қандли диабет, коптокчалар фильтрацияси тезлиги (КФТ) <30 мл/мин/1,73 м², 85 ёшдан ошган беморлар, вирусли гепатитлар, генетик касалликлар (Вильсон-Коновалов синдроми, гемохроматоз), дорилар таъсиридаги, аутоиммун ва алкоғолли жигар патологиялари. МБЖЁК ташхиси 2020 йил халқаро консенсус мезонларига, СБК эса 2021 йилги клиник тавсияларга асосан қўйилди.

Тадқиқотда СБКнинг 3а ва 3б босқичлари қамраб олинди: 3а босқич – 16 нафар бемор (59,26%), 3б босқич – 11 нафар бемор (40,74%). Тадқиқот давомида беморларда қуйидаги биокимёвий ва клиник кўрсаткичлар баҳоланди: липид профили: умумий холестерин, триглицеридлар (ТГ), юқори зичликдаги липопротеинлар (ЮЗЛП), паст зичликдаги липопротеинлар (ПЗЛП), атерогенлик коэффициенти (АК); глюкоза метаболизми: глюкоза, инсулин, HОМЕ-IR индекси; жигар ҳолати: NAFLD LFS индекси, аспартатаминотрансфераза (АСТ), аланинотрансфераза (АЛТ); бошқа кўрсаткичлар: тана вазни индекси (ТВИ), систолик артериал босим (САБ), коптокчалар фильтрация тезлиги (КФТ). Беморлар стандарт гипотензив ва гипогликемик даволашни давом эттирди. Экспериментал гуруҳдаги беморларга стандарт терапияга қўшимча равишда эмпаглифлозин (10 мг/сутка) қўшиб берилди. Тадқиқот 18 ҳафта давом этди. Бир нафар беморда генитал кандидоз ривожлангани сабабли тадқиқотдан чиқарилди. Тадқиқотни охириги нуқтаси қилиб, липид метаболизми ва инсулинорезистентлик кўрсаткичлари яхшилашни олинди.

Натижалар. Экспериментал гуруҳда тадқиқотдан сўнг липид спектрида қуйидаги ижобий динамика кузатилди: умумий холестерин $7,28 \pm 1,14$ ммоль/л дан $6,91 \pm 1,11$ ммоль/л гача камайди (5,1%, $P=0,01$); ТГ $2,72 \pm 1,55$ ммоль/л дан $2,63 \pm 1,51$ ммоль/л гача пасайди (3,2%, $P=0,01$); ПЗЛП $3,34 \pm 0,66$ ммоль/л дан $3,23 \pm 0,63$ ммоль/л гача камайди (3,3%, $P=0,01$); АК $4,36 \pm 6,75$ дан $4,12 \pm 6,71$ гача пасайди (5,4%, $P=0,01$); ЮЗЛП $1,36 \pm 0,24$ ммоль/л дан $1,43 \pm 0,22$

ммоль/л гача ошди (5,4%, $P=0,01$). Тадқиқот давомида углевод метаболизмида ҳам ижобий ўзгаришлар қайд этилди: глюкоза даражаси $9,59 \pm 6,75$ ммоль/л дан $7,38 \pm 6,69$ ммоль/л гача пасайди (23%, $P=0,01$); инсулин миқдори $12,72 \pm 12,05$ мкМЕ/мл дан $10,77 \pm 11,89$ мкМЕ/мл гача камайди (15,3%, $P=0,01$); HОМЕ-IR индекси: $1,50 \pm 12,05$ дан $1,23 \pm 11,47$ гача тушди (17,8%, $P=0,01$). Жигар ҳолати NAFLD LFS индекси - $0,59 \pm 1,37$ дан $-0,54 \pm 1,32$ гача яхшиланди (8,3%, $P=0,01$). Антропометрик кўрсаткичи-ТВИ $32,64 \pm 12,36$ кг/м² дан $26,57 \pm 11,83$ кг/м² гача пасайди (18,6%, $P=0,01$). Қон биокимёвий таҳлили: АСТ $19,3 \pm 7,73$ Ед/л дан $18,06 \pm 7,38$ Ед/л гача тушди (6,4%, $P=0,01$); АЛТ $13,75 \pm 2,20$ Ед/л дан $13,1 \pm 1,94$ Ед/л гача камайди (4,7%, $P=0,01$). Гемодинамик кўрсаткич-САБ $156,67 \pm 8,59$ мм сим. уст. дан $120,01 \pm 8,35$ мм сим. уст. гача пасайди (23,4%, $P=0,01$). Буйрак функцияси-КФТ $45,75 \pm 12,01$ мл/мин дан $55,49 \pm 11,47$

мл/мин гача ошди (21,3%, $P=0,01$). Ушбу натижалар эмпаглифлозин қўллаш фонанда липид ва углевод алмашинуви, жигар ва буйрак функциялари, гемодинамика ҳамда антропометрик кўрсаткичларни яхшиланишини кўрсатади. Тадқиқот натижаларига кўра, контроль гуруҳида лаборатор ва антропометрик кўрсаткичларда сезиларли ўзгариш кузатилмади.

Хулосалар. Эмпаглифлозин қўлланган экспериментал гуруҳида СБК билан боғлиқ МБЖЁКнинг антро-САД-глюкоза ва липид-жигар фенотипларида липид алмашинуви ҳамда инсулинорезистентлик кўрсаткичлари яхшиланди. Бу эса ушбу препаратнинг метаболик ўзгаришларга ижобий таъсир кўрсатиш имконияти борлигини кўрсатади. Бироқ, эмпаглифлозиннинг СБК ва МБЖЁК каби биргаликда кечувчи касалликлардаги таъсирини тўлиқ баҳолаш учун катта миқёсдаги ва узоқ муддатли клиник тадқиқотлар ўтказиш зарур.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОСТЬЮ: ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ

Турсунбаев Р.С., Абдуллаев Ш.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность проблемы. Рост продолжительности жизни и повышение ее качества приводят к увеличению распространенности сопутствующих заболеваний и метаболических нарушений. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) диагностируется у 25–30% взрослого населения, тогда как хроническая болезнь почек (ХБП) встречается у 10–15% пациентов.

Цель данного исследования — оценить эффективность применения эмпаглифлозина у пациентов с коморбидностью: хронической болезнью почек и неалкогольной жировой болезнью печени.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 41 пациент, вклю-

чая 25 женщин и 16 мужчин. Возраст участников варьировался от 52 до 75 лет, при этом средний возраст составил 67,5 года. Исследование проводилось в формате рандомизированного клинического испытания. Пациенты были разделены на две группы: экспериментальную (23 человека) и контрольную (18 человек). В исследование не включались пациенты с сахарным диабетом 1 типа, сниженной скоростью клубочковой фильтрации ($СКФ < 30$ мл/мин/1,73 м²), возрастом старше 85 лет, вирусными гепатитами, болезнями накопления (болезнь Вильсона-Коновалова, гемохроматоз), а также с алкогольными и лекарственными поражениями печени. Диагноз НАЖБП установлен в соответствии

с рекомендациями EASL-EASD-EASO (2016), а ХБП – на основании клинических рекомендаций 2021 года. Исследование включало пациентов с ХБП 3а и 3б стадий: 25 пациентов (60,9%) имели ХБП 3а стадии, 16 (39,1%) — 3б стадии. До и после лечения у пациентов оценивали: уровень тромбоцитов, аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), альбумина, креатинина, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии, ультразвуковые характеристики печени и почек, Hepatic Steatosis Index (HSI), NAFLD fibrosis score, ALD/NAFLD index (ANI), СКФ. Все пациенты продолжали получать стандартную терапию гипотензивными и гипогликемическими препаратами. В экспериментальной группе дополнительно назначался эмпаглифлозин в дозе 10 мг/сут. Исследование длилось 16 недель. Одна пациентка была исключена из-за развития генитального кандидоза. По завершении исследования были зафиксированы улучшения лабораторных, инструментальных и антропометрических показателей.

Результаты. В экспериментальной группе наблюдались значительные улучшения показателей: гематологические и биохимические параметры: количество тромбоцитов увеличилось с $244,9 \times 10^9/\text{л}$ до $318,1 \times 10^9/\text{л}$ (+23,1%). Уровень альбумина повысился с 36 г/л до 45 г/л (+20%). АСТ снизился с 38 ммоль/л

до 30 ммоль/л (-21,1%). АЛТ уменьшился с 41 ммоль/л до 32 ммоль/л (-21,9%). Креатинин снизился со 114,2 мкмоль/л до 88,1 мкмоль/л (-22,9%). Антропометрические изменения: Индекс массы тела (ИМТ) улучшился с 34,23 кг/м² до 27,6 кг/м² (-19,4%). Окружность талии уменьшилась со 119 см до 97 см (-18,5%). Состояние печени: По данным УЗИ степень гепатоза снизилась с 1,64 до 1,33 (-18,9%). Биомаркеры печени улучшились: Индекс HSI снизился с 44 до 34,8 (-21%). Показатель фиброза НАЖБП улучшился с -0,58 до -0,55 (+5,2%). ANI изменился с -89,9 до -94,8 (+5,2%). Функция почек: СКФ увеличилась с 37 мл/мин/1,73 м² до 48 мл/мин/1,73 м² (+22,9%).

В контрольной группе значимых изменений лабораторно-инструментальных и антропометрических показателей не зафиксировано.

Выводы. Проведенное исследование показало, что применение эмпаглифлозина у пациентов с хронической болезнью почек и неалкогольной жировой болезнью печени способствует улучшению метаболического профиля и оказывает нефропротективный эффект. Для более точного подтверждения положительного воздействия эмпаглифлозина при данной сочетанной патологии необходимы дальнейшие долгосрочные исследования.

ЦИСТАТИН С В ДИАГНОСТИКЕ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Хроническое заболевание почек относится к хроническим структурным или функциональным нарушениям почек, вызванным различными причинами. Хроническое заболевание почек (ХБП) является важным состоянием, поскольку оно приводит к терминальной стадии хронической почечной недостаточности (тХПН) и свя-

зано с увеличением частоты сердечно-сосудистых заболеваний, инвалидности и смерти. Почки выполняют многочисленные функции, в том числе выделительную, эндокринную и метаболическую. СКФ является лишь одной из составляющих фильтрационной функции почек, но она широко признана как наиболее точный суммарный показа-

тель почечной функции, которая изменяется при целом ряде структурных повреждений и при ХБП снижается параллельно с СКФ.

Цель: определение клинико-диагностического значения цистатина С, оценка расчетной

скорости клубочковой фильтрации (СКФ) на основе концентрации креатинина и цистатина С, их сопоставление у больных с нефропатиями в зависимости от наличия артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. В исследование были включены 96 пациентов с гломерулонефритом и пиелонефритом. Критерием исключения из исследования явились наличие острое поражение почек, ишемической болезни сердца, морбидное ожирение (индекс массы тела более 40,0 кг/м²), дебют АГ до возникновения почечной патологии. Всем проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с помощью аппарата «BPLab» (Россия). Цистатин С определяли с помощью иммуноферментного анализа. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали по формулам СКD-EPI на основе концентрации креатинина, цистатина С и креатинина с цистатином.

Результаты. Основную группу исследования составили 68 мужчин (70,8%) с наличием систоло-диастолической (лабильной и стабильной) АГ с повышенными среднесуточными величинами систолического артериального давления (САД) 141,3±14,6 мм.рт.ст., диастолического АД (ДАД) 87,6±7,2 мм.рт.ст.

и уровнем пульсового АД (ПД) 56,0±6,4 мм.рт.ст. соответственно; группу сравнения – 28 (29,2%) больных с отсутствием повышения артериального давления (АД) 120,0±13,1 мм.рт.ст. Содержание цистатина С при сопутствующей АГ составило 1,89±0,43 мг/л., это в 1,4 раза превышало данный показатель у пациентов с нормальным уровнем АД (1,27±0,13 мг/л.) (p<0,05) и в 2,1 раза у здоровых мужчин (0,87±0,22 мг/л.) (p<0,001). У больных с сопутствующей АГ величина СКФ по формулам СКD-EPI_{сус} и СКD-EPI_{сr-сус} были снижены в одинаковой степени 51,8±11,2 мл/мин/1,73^{м2} и 58,1±12,5 мл/мин/1,73^{м2}. У нефрологических пациентов и нормальным уровнем АД выявлено значимое снижение СКФ по методу СКD-EPI_{сус} 65,4±14,1 мл/мин/1,73^{м2}. Обнаружена обратная зависимость СКФ, рассчитанной по формуле СКD-EPI_{сус} с уровнем креатинина сыворотки крови (r=-0,50, p<0,001), содержанием С-реактивного белка (r=-0,45, p<0,001), среднесуточными величинами диастолического АД (r= -0,43; p<0,001) и сывороточным уровнем цистатина С (r=-0,51, p<0,001).

Выводы. У пациентов с пиелонефритом и гломерулонефритом отмечается значимое увеличение цистатина С, более выраженное при наличии АГ. Расчет СКФ с учетом сывороточной концентрации цистатина С отражает более тяжелые стадии повреждения почек. Таким образом, цистатин С можно рассматривать как надежный маркер доклинического проявления хронической болезни почек.

КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ

Убайдуллаева Б.Н., Джаббарова А.М., Икрамова А.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Анемия является одним из осложнений нарушения почечной функции и патогенетически связана со снижением выработки эритропоэтина и/или хронической системной воспалительной реакцией.

Цель исследования. Оценить выраженность и патогенез анемии у больных хронической болезнью почек (ХБП) V степени, находящихся на программном гемодиализе и оценить эффективность терапии.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 43 больных ХБП V степени, находящихся на программном гемодиализе 2 раза в неделю, которым терапии анемии не проводилась в течение как минимум 3-х месяцев. У всех больных определялся уровень гемоглобина в периферической крови, концентрация гемоглобина в эритроцитах, концентрация ретикулоцитов в периферической крови, в том числе незрелых (с высоким уровнем флуоресценции, отражающим нуклеиновые компоненты клетки), концентрация железа и ферритина сыворотки. После первичного обследования всем больным назначалась терапия анемии, включающая инъекции рекомбинантного эритропоэтина (10000Ед 1 раза в неделю) и пероральный препарат железа II. Контрольное обследование проводилось через 3 месяца. Статистическая обработка включала расчет средней арифметической и ее стандартной ошибки. Межгрупповые сравнения проводились с использованием непарного критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Уровень гемоглобина периферической крови исходно составил $83,37 \pm 4,37$ г/л, концентрация гемоглобина в эритроцитах $72,85 \pm 9,42$ г/л, количество ретикулоцитов с высокой флуоресценцией –

$1,5 \pm 0,36\%$, концентрация железа сыворотки – $14,35 \pm 2,47$ мкмоль/л, ферритина – $963,46 \pm 16,43$ нг/мл. Через 3 месяца после начала терапии препаратом железа и рекомбинантным эритропоэтином уровень гемоглобина увеличился до $97,84 \pm 13,26$. На этом этапе все больные были распределены в зависимости от относительной динамики гемоглобина: выделены группы с увеличением концентрации гемоглобина на 10 и более % (28 больных) и менее 10% (15 больных). Ретроспективно установлено, что больные с недостаточным ответом исходно отличались по уровню ферритина крови ($1492,99 \pm 43,64$ нг/мл против $469,62 \pm 26,44$ нг/мл, $p < 0,001$) при сопоставимых остальных исследуемых показателях.

Заключение. Уровень ферритина у больных ХБП является прогностическим критерием ответа на терапию рекомбинантным эритропоэтином и препаратом железа. Этот белок является одним из остро фазовых белков воспаления и увеличение его концентрации у больных с гипохромной анемией может свидетельствовать о перераспределительном дефиците железа, лежащим в патогенезе анемии у больных ХБП. У больных с нормальным и низким уровнем ферритина крови терапия рекомбинантным эритропоэтином является более эффективной.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ГЕМОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ

Убайдуллаева Б.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

У больных хронической болезнью почек (ХБП) наблюдается прогрессивное снижение эритропоэтин-синтезирующей функции почек развитие гипо- и апластической анемии. Диагностика анемии у больных ХБП, как и в общей популяции основана на снижении уровня гемоглобина в периферической крови ниже 130г/л у мужчин и 120г/л у женщин. Однако, наблюдаемый при ХБП выход жидкой части крови в межклеточное пространство в связи со снижением он-

котического давления, приводит к гемоконцентрации и искусственному увеличению концентрации гемоглобина в периферической крови.

Целью настоящего исследования являлось оценить особенности периферической гемограммы у больных ХБП, находящихся на программном гемодиализе.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 21 больной (11 мужчин и 10 женщин), сред-

ний возраст $53,67 \pm 2,89$ лет, находящихся на программном гемодиализе каждые 3 дня в течение 4-х часов. Этиология ХБП у 10 больных была – хронический гломерулонефрит, у 6 больных – хронический пиелонефрит, у 3-х больных – диабетическая нефропатия, у 1 – миеломная болезнь, у 1 – поликистоз почек. Длительность диализа составила от 1 до 84 мес (в среднем $27,24 \pm 4,82$ мес). Всем больным определялся общий анализ крови и ретикулоцитарными и тромбоцитарными фракциями (SYSMEX), а также сывороточный уровень мочевины, креатинина, железа и ферритина. Забор крови осуществлялся до начала процедуры гемодиализа. Все полученные результаты заносились в сводную таблицу Excel и рассчитывались средние арифметические величины, стандартная ошибка средней. Результаты сравнивались с нормативными показателями для исследовавшей лаборатории

Результаты исследования. В среднем в группе обследованных больных концентрация креатинина крови составила $727,10 \pm 52,19$ мкмоль/л, мочевины – $30,75 \pm 4,55$ ммоль/л. Концентрация гемоглобина, абсолютное количество эритроцитов и концентрация гемоглобина в них оказалась в пределах нормальных значений ($122,9 \pm 7,61$ г/л, $4,16 \pm 0,26 \cdot 10^{12}$ /л и $33,85 \pm 0,22$ г/дл, соответственно). Только у 5 больных концентрация гемоглобина в периферической крови было ниже 100 г/л. Абсолютное и

относительное количество ретикулоцитов было увеличено у больных ХБП в большей степени за счет ретикулоцитов с высокой флуоресценцией ($93,70 \pm 15,37 \cdot 10^9$ /л, $2,21 \pm 0,28\%$ и $3,23\%$, соответственно). Количество лейкоцитов и их фракционный состав был нормальным. Тромбоцитарный росток был достоверно угнетен: абсолютное количество тромбоцитов оказалось значительно снижено ($163,10 \pm 16,09 \cdot 10^9$ /л), при этом не отмечалось увеличения абсолютного и относительного количества незрелых форм ($1,96 \pm 0,20\%$). Скорость оседания эритроцитов была значительно увеличена у всех больных, включенных в исследование ($39,86 \pm 6,84$ мм/ч). Определение концентрации сывороточного железа в обследованной когорте больных было нормальным ($14,35 \pm 1,78$ мкмоль/л), в то время как концентрация ферритина была достоверно увеличена ($963,70 \pm 133,27$ нг/мл).

Заключение. На фоне программного гемодиализа у больных ХБП угнетение гемопоэза выражалось в снижении абсолютного количества тромбоцитов в периферической крови без увеличения концентрации незрелых форм, при этом нормальная концентрация гемоглобина объясняется гемоконцентрацией в связи со сниженным онкотическим давлением крови. Программный гемодиализ у больных ХБП ассоциируется со стойкой воспалительной реакцией, что выражается в увеличении уровня ферритина крови.

О ВЗАИМОСВЯЗИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА И III-IV СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Фазилбекова З.Н., Даминов Б.Т., Закирова Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Основными этиологическими факторами развития хронической болезни почек (ХБП) являются сахарный диабет (СД), сердечно сосудистые заболевания и прежде всего, гипертоническая болезнь сердца, часто осложняющиеся хронической сердечной недостаточности (ХСН) различной степени выраженности.

Цель исследования: Целью исследования явилось изучение взаимосвязи между р-СКФ и сократительной функцией миокарда у больных ХБП III-IV стадии

Материал и методы исследования: В исследование включены 117 пациентов с Гипертонической болезнью сердца 1-2 степени (женщин -77), в воз-

расте 37–73 лет ($52,27 \pm 10,66$ лет), со стабильным клиническим течением, у которых в исходном клиническом диагнозе указывалась ХБП III–IV стадии с СД 2 типа и без него. На основании р-СКФ, вычисленной по цистатину Ц, сформированы 4 группы: 1 гр – 31 больной с ХБП III стадии без СД 2 типа; 2 гр – 33 пациента с ХБП III стадии с СД 2 типа; 3 группа – 28 пациентов с ХБП IV стадии без СД 2 типа; 4 группа – 25 пациентов с ХБП IV стадии с СД 2 типа с р-СКФ 49.4 ; 44.6; 27.4 и 25.2 мл/мин/1.73м² соответственно. ЭхоКГ выполнялось на эхокардиографе «ACUSON X 700» PV 2.0 производства SIEMENS (Германия) по стандартной методике, согласно рекомендациям ASE и EACVI (2017 г.)

Статистическая обработка полученных результатов проведена необходимыми методиками вариационной статистики STATISTICA 13 с расчетом среднего квадратического отклонения и ошибки среднего ($M \pm m$), . Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования: Анализ исходных ЭХО показателей сердца выявил закономерность, проявляющуюся в увеличении среднегрупповых значений массы миокарда по мере возрастания коморбидности с 1 по 4 группе : со $174,24 \pm 9,16$ г/м² до $190,80 \pm 8,67$ г/м² соответственно в 2 и 4 группах с СД ($p = 0,001$), и без нее с $158,13 \pm 8,62$ г/м² до $163,75 \pm 9,13$ г/м² в 1 и 3 группах ($p = 0,036$).

Параллельно, во всех группах отмечено увеличение исходных показателей КДО и КСО ЛЖ, отражающих процессы

патологического ремоделирования. При этом, установлена тенденция к увеличению как систолического (с 65.9 до 80 мл, $p = 0,028$), так и диастолического (со 161.7 до 186,1 мл, $p = 0,008$) объемов по мере прогрессирования ХБП соответственно с 1 до 4 группе, более выраженное при сопутствующем СД 2 типа.

Вследствие этого, ожидаемо снижалась и ФВЛЖ, отражающая сократительную функцию миокарда. В отличие от объемных показателей ЛЖ, увеличивающихся по мере прогрессирования ХБП, отмечается тенденция к снижению ФВЛЖ по мере прогрессирования ХБП с 44.4% в 1 группе до 35.4% в 4 группе ($p = 0,028$).

При этом, среднегрупповые значения ФВ ЛЖ при ХБП III стадии в обеих (1 и 2) группах оказались в пределах 40–49%, свидетельствуя об умеренном снижении систолической функции миокарда. В тоже время у большинства больных ХБП IV стадии средние показатели ФВЛЖ составили соответственно 39.1 и 35.4% в 3 и 4 группах, что квалифицирует их как пациентов с низкой ФВ.

Выводы: По мере прогрессирования ХБП наблюдается усугубляется патологическое ремоделирование миокарда, проявляющееся расширением как конечно диастолического, так и конечно систолического объемов левого желудочка. У больных ХБП III–IV стадии низкая р-СКФ ассоциируется с низкой ФВ ЛЖ. Сопутствующий СД 2 типа имеет самостоятельное негативное влияние на показатели р-СКФ и ФВ ЛЖ.

ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III–IV СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ С ОЦЕНКОЙ ВЛИЯНИЯ СОПУТСТВУЮЩЕГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Фазилбекова З.Н., Даминов Б.Т., Закирова З.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Основной временной показатель variability ритма сердца (BPC) SDNN является независимым фактором повышения смертности больных сахар-

ным диабетом (СД) и сердечно сосудистыми заболеваниями, являющиеся основными этиологическими факторами

развития хронической болезни почек (ХБП).

Цель исследования: Изучение особенностей временных показателей ВРС у больных с ХБП III-IV стадии гипертонической этиологии с оценкой влияния сопутствующего сахарного.

Материал и методы исследования: В исследование включены 117 пациентов с Гипертонической болезнью сердца 1-2 ст, в возрасте 37–73 лет ($52,27 \pm 10,66$ лет), осложненной ХБП III-IV стадии с сопутствующим СД 2 типа и без него. На основании р СКФ, вычисленного по цистатину Ц, сформированы 4 группы: 1 гр – 31 больной с ХБП III стадии без СД 2 типа; 2 гр – 33 пациента с ХБП III стадии с СД 2 типа; 3 гр – 28 пациентов с ХБП IV стадии без СД 2 типа; 4 гр. – 25 пациентов с ХБП IV стадии с СД 2 типа с р-СКФ 49.4 ; 44.6; 27.4 и 25.2 мл/мин/1.73м² соответственно. Исследование ВРС проводилось методом 24-часового ХМЭКГ в условиях свободного передвижения больных.

Статистическая обработка полученных результатов проведена необходимыми методиками вариационной статистики в программах STATISTICA 13 с расчетом среднего квадратического отклонения и ошибки среднего ($M \pm m$), Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования: Установлено, что основной показатель ВРС – SDNN если в наименее коморбидной 1 гр SDNN составил $86,23 \pm 7,23$ мс, то в наиболее коморбидной 4 группе всего $54,68 \pm 9,17$ мс. ($p < 0,05$), что свидетельствует о самостоятельной роли СД 2 типа на снижение ВРС

Отмечена явная тенденция к снижению показателей SDANN (симпатическая регуляция) по мере прогрессирования стадий ХБП, как у больных с сопутствующим СД, так и без него, с максимальной разницей между 1 и 4 группами ($p < 0,05$).

Наиболее выраженное угнетение RMSSD (парасимпатическая регуляция) отмечено в 4 группе ХБП IV с СД – 26.12 мс, что высоко достоверно ниже, чем у больных 1 группы ХБП III без СД – 41.71 ($p = 0.0033$). Исходные значения RMSSD во 2 и 3 группах составляли 30.93 и 32.58 мс соответственно. Однако, различия с 1 и с 4 группами не достигли статистической достоверности ($p \geq 0.05$).

Выводы: Прогрессивном снижении общей ВРС по мере увеличения стадии ХБП от III к IV, в большей степени при сопутствующем СД 2 типа, обусловлена подавлением как симпатического, так и парасимпатического звеньев регуляции автоматизма сердца.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА КАК МАРКЕР ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХБП III-IV СТАДИИ

Фазилбекова З.Н., Даминов Б.Т., Закирова З.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Основной временной показатель вариабельности ритма сердца (ВРС) SDNN является независимым фактором повышения смертности больных сахарным диабетом (СД) и сердечно сосудистыми заболеваниями, являющиеся основными этиологическими факторами развития хронической болезни почек (ХБП).

Цель исследования: Изучить взаимосвязь СКФ и показателями ВРС, оценить целесообразность изучения ВРС в качестве маркера эффективности базисной (различных схем) терапии у больных с ХБП III и IV стадии с и без сахарного диабета 2 типа.

Материал и методы исследования: В исследование включены 117 па-

циентов с Гипертонической болезнью сердца 1-2 ст, в возрасте 37–73 лет ($52,27 \pm 10,66$ лет), осложненной ХБП III-IV стадии с сопутствующим СД 2 типа и без него.

С целью определения влияния стандартной базисной терапии на временные показатели ВРС, в частности SDNN у больных с ХБП III-IV стадии с СД 2 типа и без него все обследованные пациенты распределены на 2 группы, в зависимости от уровня SDNN, как основного показателя ВРС и автономной регуляции. 1 группу составили больные с исходно сохранными показателями SDNN выше 70мс, отмечалось наибольшее количество больных с ХБП III стадии. Во 2ой группе больных со сниженным значением SDNN от 70мс отмечалось наибольшее количество больных с ХБП IV стадии. Исследование ВРС проводилось методом 24-часового ХМЭКГ в условиях свободного передвижения больных.

Статистическая обработка полученных результатов проведена необходимыми методиками вариационной статистики в программах STATISTICA 13 с расчетом среднего квадратического отклонения и ошибки среднего ($M \pm m$), Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования: Установлено, что основной показатель ВРС – SDNN был ниже нормативных значений во всех наблюдаемых группах. При этом отмечена определенная закономерность, проявляющаяся в прогрессивном его снижении по мере увеличения стадии ХБП, в большей степени при сопутствующем СД, что свидетельствует о его самостоятельной роли на снижение основного показателя ВРС. Разницы достоверны ($p < 0,05$).

Анализ параметров ХСН в зависимости от уровня SDNN, показал значимые отличия по мНУП увеличение было на 32,7%, а также снижение ФВ на 17,4%, характеризую ухудшение течения ХСН у пациентов с ХБП при низких значениях ВРС. Разницы достоверны ($p \leq 0,05$).

Показатели функционального состояния почек СКФ и ЦсС также имели статистические значимые различия ($p \leq 0,05$), 28,8% и 32,7% соответственно.

В соответствии с клиническим диагнозом подбиралась комплексная базисная терапия в соответствии с международными клиническими рекомендациями на 6 месяцев.

Изучение динамики параметров ХСН в зависимости от уровня SDNN показало также достоверные различия по мНУП и ФВЛЖ в динамике лечения в группе с высоким значением SDNN. Полученные результаты указывают высокую эффективность комплексной базисной с включением иSGLT-2 терапии в данной группе больных.

Так же в динамике отмечались незначительные снижения ЦсС в обеих группах, независимо от уровня SDNN. Однако отмечались достоверные различия уровня СКФ до и после лечения в группе больных с высокими значениями SDNN

Выводы: Наибольший прирост функциональности почечной паренхимы по динамике рСКФ, ФВЛЖ, НУП на фоне 6 месячной базисной терапии, следует ожидать у больных с значениями SDNN выше 70мс, у которых отмечается исходно больший резерв жизнеспособных нефронов. У больных 2 группы с SDNN ниже 70мс менее выраженная динамика обусловлена негативным влиянием СД. У больных ХБП III-IV.

ОСОБЕННОСТИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ

Хайитов Х.А., Жамолов А.Ш.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии (Термез, Узбекистан)

Актуальность. Анемия является одним из наиболее значимых осложнений у пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек (ХБП), находящихся на гемодиализе. Ее развитие обусловлено снижением продукции эритропоэтина, дефицитом железа, хроническим воспалением и регулярными потерями крови во время диализных процедур. По данным различных исследований, частота анемии среди пациентов, проходящих гемодиализ, достигает 85–95%.

Анемический синдром у данной категории пациентов ассоциирован с рядом неблагоприятных последствий, включая повышенную сердечно-сосудистую заболеваемость, прогрессирование хронической сердечной недостаточности, снижение толерантности к физической нагрузке и значительное ухудшение качества жизни. В связи с этим своевременная диагностика и адекватная терапия анемии являются неотъемлемыми аспектами ведения пациентов на заместительной почечной терапии.

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов коррекции анемии у пациентов, получающих гемодиализ, путем сравнительного анализа результатов терапии эритропоэтином альфа (10 000 единиц подкожно каждые 5 дней), внутривенным железом (введение 1 раз каждые 3 дня) и пероральными препаратами железа (100 мг ежедневно в течение 4 недель).

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты с диагностированной анемией, находящиеся на программном гемодиализе. Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от применяемой терапии: Группа 1 (n=20): терапия исключительно эритропоэтином α 10000 Ед под

кожно каждые 5 дней. Группа 2 (n=20): α эритропоэтин 10000 Ед в сочетании с внутривенным введением железа (III) гидроксид полимальтозат. Группа 3 (n=20): α эритропоэтин 10000Ед в сочетании с пероральным приёмом железа (III) гидроксид полимальтозат.

У всех пациентов перед началом терапии и через 4 недели лечения проводился анализ лабораторных показателей, включая уровень гемоглобина, концентрацию железа в сыворотке крови и количество эритроцитов. Оценивалась динамика изменений и эффективность каждого из терапевтических подходов.

Результаты исследования. Средние показатели до начала терапии: Гемоглобин: 65 ± 5 г/л; Уровень железа: $8,5 \pm 2,1$ мкмоль/л. Эритроциты: $2,5 \pm 0,3 \times 10^6$ /мкл. Изменение показателей после 4 недель лечения:

Группа1: Гемоглобин: 81 ± 5 г/л ($+15$ г/л). Уровень железа: $8,7 \pm 2,0$ мкмоль/л (без значимых изменений). Эритроциты: $2,9 \pm 0,3 \times 10^6$ /мкл ($+0,4 \times 10^6$ /мкл).

Группа2: Гемоглобин: 89 ± 6 г/л ($+30$ г/л). Уровень железа: $15,1 \pm 2,5$ мкмоль/л ($+6,6$ мкмоль/л). Эритроциты: $3,5 \pm 0,4 \times 10^6$ /мкл ($+1,0 \times 10^6$ /мкл).

Группа3: Гемоглобин: 85 ± 5 г/л ($+23$ г/л). Уровень железа: $11,8 \pm 2,3$ мкмоль/л ($+3,3$ мкмоль/л). Эритроциты: $3,2 \pm 0,3 \times 10^6$ /мкл ($+0,7 \times 10^6$ /мкл).

Сравнительный анализ продемонстрировал, что наиболее выраженное увеличение уровня гемоглобина и эритроцитов наблюдалось в группе 2, где использовалось эритропоэтин и внутривенное введение препаратов железа. Это связано с более высокой биодоступностью железа при парентеральном введении, что способствует быстрому насыщению депо и повышению гемоглобина.

Группа 3, получавшая эритропоетин и пероральное приём препарата железа, также показала значительное улучшение параметров, однако прирост был менее выражен по сравнению с внутривенной терапией. Это обусловлено ограниченной абсорбцией железа в желудочно-кишечном тракте, а также возможными желудочно-кишечными побочными эффектами, снижающими комплаентность пациентов.

Группа 1, получавшая только эритропоетин, показала наименьший прирост гемоглобина, что подтверждает недостаточную эффективность изолированной стимуляции эритропоэза без адекватного восполнения железа.

Выводы.

1. Изолированное применение эритропоэтина приводит к умеренному

повышению уровня гемоглобина, но без восполнения запасов железа этот процесс ограничен.

2. Внутривенное железо является наиболее эффективным методом коррекции анемии, обеспечивая выраженное увеличение гемоглобина и уровня железа в сыворотке крови.

3. Пероральные препараты железа также способствуют улучшению показателей, но их эффективность уступает внутривенной терапии, что объясняется ограниченным всасыванием и возможными побочными эффектами.

4. Оптимальная стратегия лечения анемии у пациентов на гемодиализе предполагает сочетание эритропоэтина с внутривенным введением железа.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ, С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ХАРАКТЕРИСТИКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

Халмухамедов Ж.А., Даминов Б.Т., Расулев Ё.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) остается одной из ключевых проблем мирового здравоохранения, а хроническая боль у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности (ТПН), находящихся на гемодиализе, широко распространена. Эта боль часто возникает из-за различных осложнений, характера процедуры диализа и сопутствующих заболеваний.

Цель исследования. Выявить основные причины хронической боли у пациентов на гемодиализе и оценить их влияние на качество жизни.

Материалы и методы. Это исследование проводилось в Республиканском центре нефрологии, гемодиализа и трансплантации почек в Ташкенте. Всего было включено 120 пациентов (59 мужчин и 61 женщина), которые получали диализную терапию в течение трех ме-

сяцев или дольше. Их средний возраст составил 55 ± 7 лет, а средняя продолжительность лечения гемодиализом — 9 ± 4 года. Хроническая боль, определяемая как боль, сохраняющаяся более трех месяцев, была выявлена с помощью опросника Douleur Neuropathique 4 (DN4).

Результаты исследования.

• Распространенность и характеристики боли.

Хроническая боль была обнаружена у 80% респондентов, причем у 55% из них наблюдался невропатический компонент.

• Психоэмоциональное состояние.

Пациенты, испытывающие хроническую боль, сообщили о выраженном снижении настроения, мотивации и планирования будущего. Однако не было выявлено существенных различий в их способности выполнять повседневные

действия по сравнению с теми, у кого не было боли.

- Фармакотерапия.

Для лечения боли использовались нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), ацетаминофен (парацетамол) и дулоксетин с тщательным мониторингом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) для учета потенциального накопления препарата у пациентов, находящихся на гемодиализе.

Выводы. Хроническая боль, особенно с невропатическим компонентом, является одной из наиболее существен-

ных проблем, влияющих на психоэмоциональное благополучие пациентов с ХПН, проходящих гемодиализ. Эффективное лечение боли требует тщательного выбора лекарств на основе значимой СКФ и междисциплинарного подхода к лечению пациентов. Дальнейшие исследования и повышение квалификации медицинских работников имеют решающее значение для оптимизации лечения и улучшения диагностических методов лечения хронической боли у этой группы пациентов.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ХБП У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ

Халмухамедов Ж.А., Шукуриллева Ф.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) является распространенным и тяжелым осложнением сахарного диабета (СД) 1 и 2 типа, особенно при наличии сопутствующей артериальной гипертензии (АГ). Сочетанное действие гипергликемии, высокого артериального давления (АД) и воспалительных процессов ускоряют снижение функции почек, повышая риск развития терминальной почечной недостаточности (ТПН) и сердечно-сосудистых осложнений. Различия механизмов прогрессирования ХБП у пациентов с СД1 и СД2 обуславливают необходимость индивидуального подхода к диагностике и терапии.

Цель исследования. Сравнить патогенетические особенности развития и течения ХБП у пациентов с артериальной гипертензией при сахарном диабете 1 и 2 типа.

Материалы и методы. Был проведен теоретический анализ научных литературных источников, рассматривающих особенности развития и течения ХБП у пациентов с сочетанием артери-

альной гипертензии и сахарного диабета 1 и 2 типа.

Результаты исследования. Патогенез ХБП у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа существенно различается, что влияет на характер течения заболевания. У пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД1) основным механизмом повреждения почек является метаболическое повреждение, обусловленное длительной гипергликемией и оксидативным стрессом. Это приводит к гиперфильтрации и повреждению клубочков. При этом протеинурия выражена и прогрессирует постепенно, начиная с микроальбуминурии и переходя в макроальбуминурию, что приводит к постепенному снижению скорости клубочковой фильтрации (СКФ). У пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) снижение СКФ может происходить даже при нормоальбуминурии, что указывает на нефропатию без выраженной протеинурии, но с преобладанием сосудистых и ишемических изменений.

У пациентов с СД2 артериальная гипертензия часто предшествует развитию диабета, играя ключевую роль в по-

ражении почек и ускоряя прогрессирование нефропатии. В отличие от этого, при СД1 гипертензия, как правило, развивается на фоне уже сформированной диабетической нефропатии, что способствует дальнейшему снижению почечной функции и усилению фибротических изменений в тканях почек.

У пациентов с СД2 отмечается усиленная активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), что проявляется повышенными уровнями ангиотензина II и альдостерона. Это приводит к усиленному спазму сосудов, задержке воды и натрия, прогрессированию нефроангиосклероза и повышению артериального давления, что в свою очередь ускоряет снижение скорости клубочковой фильтрации и ухудшает функцию почек.

У пациентов с СД2 наблюдается повышенный уровень воспалительных цитокинов (TNF- α , IL-6), что указывает на активное хроническое воспаление и спо-

собствует прогрессированию фибротических изменений в почечной ткани. В ответ на постоянное повреждение активируются фибробласты, которые приводят к избыточному синтезу коллагена и формированию интерстициального фиброза. В конечном итоге эти процессы вызывают атрофию почечных канальцев, снижение их реабсорбционной способности и потерю функциональных нефронов.

Выводы. Развитие ХБП при СД2 обусловлено сочетанием метаболических и сосудистых нарушений, что требует комплексного лечения с контролем гликемии, артериального давления и сосудистых рисков. Учитывая различия в механизмах повреждения почек при СД1 и СД2, важно применять персонализированный подход к диагностике и терапии, направленной на раннее выявление факторов риска и замедление прогрессирования ХБП.

ПРИМЕНЕНИЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ В ЛЕЧЕНИИ СТЕРОИД ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Хамзаев К.А.¹, Файзахматова Ф.О.²

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт (Ташкент, Узбекистан)
Национальный детский медицинский центр (Ташкент, Узбекистан)*

Актуальность. Нефротический синдром (НС) является частым заболеванием клубочков у детей, прием таблеток преднизолона является основой лечения первичного эпизода НС у детей. НС характеризуется эпизодами протеинурии, гипоальбуминемии и отеков. Хотя около 70% у детей наступает ремиссия после инициации преднизолона, но после отмены лечения у большинства детей отмечаются ремиссии. Однако, по данным литературы в течении 12 месяцев после лечения дебюта НС у 30% детей отмечаются рецидивы. В дальнейшем наблюдении у 50% детей НС приобретает часторецидивирующий / стероидзависимый характер. Частота рециди-

вов в первые 12 месяцев от начала заболевания ассоциируется с переходом рецидивов в взрослую жизнь, но профилактика перехода стероид чувствительного нефротического синдрома в часторецидивирующий / стероидзависимый вид остается все еще проблемой. При профилактике рецидивов помимо кортикостероидов играют важную роль иммуносупрессорные препараты такие как ингибиторы кальциневрина, микофенолата мофетил. Однако 20-30% дети с НС продолжают рецидивировать несмотря на применение лечение несколькими иммуносупрессивными препаратами, таковой НС определяется как часто рецидивирующий стероид зависимый нефроти-

ческий синдром. Такие дети часто зависимы не только от стероида, также зависимы от иммуносупрессорных препаратов. При зависимости НС от стероида и иммуносупрессорных препаратов часто отмечается стероидная и иммуносупрессорная токсичность такие как низкий рост, косметические изменения в коже, вторичный синдром Кушинга, инфекции и нефротоксичность. Ритуксимаб является химерным моноклональным антителом против CD20 лимфоцитов, которое ингибирует CD20-опосредованную пролиферацию и дифференцировку В-клеток, что приводит к истощению В-лимфоцитов периферической крови. В нескольких исследованиях были продемонстрированы многообещающие эффекты ритуксимаба в достижении полной или частичной ремиссии у пациентов с стероидзависимым нефротическим синдромом и стероидрезистентным нефротическим синдромом путем отмены или сокращения стероидной и/или иммуносупрессивной терапии. Остаются много нерешенные вопросы касательно выбора оптимальной схемы применения ритуксимаб при стероид чувствительном нефротическом синдроме.

Цель исследования. Изучение эффективности применения моноклональных антител в лечении стероид чувствительного нефротического синдрома у детей.

Материал и методы. 85 детей с диагнозом первичный нефротический синдром были включены в исследование. Исследование проводилось в Национальном детском медицинском центре с 2021 по 2025 гг. Все 85 детей получили инфузии ритуксимаб в дозе 750 мг/м². Из 85 детей мальчики составили 55 (64,7%), девочки 30 (35,3%). 62 (72,9%) детям биопсия почки не была выполнена, 23 детей имели биопсийный диагноз: - болезнь минимальных изменений у 16 (18,8%), фокально-сегментарный гломерулосклероз у 7 (8,2%). У 19 детей (22,4%) отмечали нечастые рецидивы

НС, у 66 (77,6%) имелись частые рецидивы НС.

Результаты исследования. Средний возраст детей при начале заболевания составил $4,8 \pm 0,7$ лет. Средний возраст детей при получении первой инфузии ритуксимаб составил $11 \pm 0,8$ лет. От начала НС до получения первой инфузии ритуксимаб прошло в среднем $6,1 \pm 0,7$ лет.

До назначения ритуксимаб у 31 (36,5%) детей из 85 отмечались частые рецидивы на фоне комбинированной терапии преднизолон +микофенолат мофетил+такролимус. 39 (45,9%) детям ритуксимаб был назначен после терапии с такролимусом, 11(12,9) детям после терапии с циклоспорином А, у 2 (2,4%) после терапии с микофенолатом мофетил, также 2(2,4%) детей получили последовательное лечение такролимусом и циклоспорином А. После инфузии 2х доз ритуксимаб в дозе 750 мг/м² с промежутком 14 дней у 7 детей (8,2%) отмечались рецидивы НС в течении 6 месяцев, у 6 детей (7,1%) отмечались рецидивы НС в 6 месяца, у 6 детей (7,1%) отмечались рецидивы НС в промежутке 7-11 месяцев. У 13 (15,3%) детей после инфузии 2х доз ритуксимаб в дозе 750 мг/м² с промежутком 14 дней рецидивы развились в 12 месяцев, у 1 го больного (1,2%) через 18 месяцев. У 52 детей (61,2%) после 2х кратной инфузии ритуксимаб рецидивы не отмечались. У 68 (80%) детей из 85 после 6 месяцев инфузии ритуксимаба рецидивы не отмечались, но для профилактики рецидивов они получили повторные инфузии ритуксимаба в каждые 6 месяцев 3 раза, в настоящем все эти дети находятся в состоянии клинко-лабораторной ремиссии. Острые аллергические побочные эффекты во время ритуксимаба отмечались у 6 детей (7,1%), эти реакции купировались замедлением скорости введения ритуксимаб и дополнительным введением антигистаминных средств. Всем 85 (100%) дети после введения инфузия ритуксимаб принимали сульфаметоксазол/триметоприм

для профилактики инфекций. Тяжелые инфекционные осложнения после введения ритуксимаб не отмечали. У 13 детей (15,3%) у которых рецидивы НС отмечались до 6 месяца или в 6 месяца после введения ритуксимаб не отмечали достоверную связь между уровнем CD19 субпопуляции В-лимфоцитов и рецидивами НС.

Для профилактики рецидивов НС и для поддержания деплеции CD19 субпопуляции В- лимфоцитов 17(20%) дети продолжают прием микофенолата мофетил в дозе 600 мг/м² за прием, остальные 68 (80%) дети находятся в ремиссии без приема стероида и иммунодепрессанта.

Выводы. Полученные нами результаты показали высокую эффективность применения моноклонального антитела ритуксимаб в лечении стероид чувствительного нефротического синдрома у де-

тей. Несмотря на то, что в течение периода наблюдения у 61,2% после 2-х кратной инфузии ритуксимаб рецидивы не отмечались, остаются нерешенными вопросы выбора оптимальной схемы применения ритуксимаб при стероид чувствительном нефротическом синдроме, в нашем исследовании у 68 (80%) детей удалось достичь длительной ремиссии нефротического синдрома благодаря повторным введениям ритуксимаб в каждые 6 месяца. Повторные профилактические инфузии ритуксимаб ограничили определить длительность ремиссии через 6, 12 или 18 месяцев. Несмотря на эти ограничения мы наблюдали положительные эффекты применения ритуксимаб у детей с НС, такие как длительная ремиссия, достижения роста и развития детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОДЕПРЕССАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ СТЕРОИД РЕЗИСТЕНТНОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Хамзаев К.А.¹, Халилов М.Х.²

*Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)
Национальный детский медицинский центр (Ташкент, Узбекистан)*

Актуальность. Лечение нефротического синдрома у детей, который является резистентным к стероидам и резистентным к ингибиторам кальциневрина является сложной задачей.

Доступны новые препараты, которые нацелены на иммунно-опосредованное воспаление и повреждение клубочков, большинство новейших стратегий лечения проспективно изучаются на 1-4 этапах исследований. Но ни один из этих препаратов в настоящее время не рекомендуется для лечения детей со стероидрезистентным нефротическим синдромом (СРНС). У детей с СРНС при частичной ремиссии или отсутствии ремиссии после применения ингибиторов кальциневрина протеинурия будет продолжаться. Однако, было проведено мало исследований, сравнивающих

краткосрочную и долгосрочную эффективности использования Такролимуса и Циклоспорина А в лечении больных детей с СРНС. Вместе с тем, в научной литературе имеются работы, результаты которых не показали преимущества Такролимуса перед Циклоспорином А. Дискутабельными также остаются вопросы дозирования длительности применения иммуносупрессивных препаратов при СРНС у детей. В связи с этим представляется необходимым продолжение изучения многогранных аспектов стероидной и иммуносупрессивной терапии при СРНС у детей.

Цель исследования. Изучение эффективности разных иммунодепрессантов в лечении стероид резистентного нефротического синдрома у детей

Материал и методы. Изучили эффективность применения иммуносупрессивных препаратов 37 детей с СРНС. Исследование проводилось в Национальном детском медицинском центре с 2021 по 2025 гг.

Результаты исследования.

Исследование биоптата почки 37 детей со СРНС показали следующие результаты: Минимальные изменения без иммунных депозитов в ИФ микроскопии у 21 (56,8%), фокально-сегментарный гломерулосклероз у 13 (35,1%), ассоциированный с PLA2R первичный мембранозный гломерулонефрит у 3 (8,1%) детей. Как видно из таблицы циклофос-

фан показал меньшую эффективность в достижении ремиссии при (28%±1,8). Циклоспорин А показал 55,6%±2,76 эффективность. Микофенолат мофетил показал незначительную эффективность в лечении СРНС, и его эффективность составил 24,1%±4,64. Такролимус был эффективен при лечении СРНС, чувствительность к такролимусу была 65,0%±2,22. У детей с рецидивами на фоне такролимуса была применена комбинация такролимуса в микофенолатом мофетил, при такой схеме лечения удалось достичь ремиссию в 85,7%±3,28 случаях СРНС (таблица 1).

Таблица 1. Эффективность иммуносупрессивных препаратов в лечении ЧРНС и СРНС у детей.

Препарат	СРНС, 37 дети		ДИ	p
	N	%		
Циклофосфан	12	100,0%±4.9	5,47	<0,08
Чувствительные	3	25,0%±2.74	2,95	<0,03
Рецидивы на циклофосфане	9	75,0%±4.07	4,61	<0,06
Циклоспорин А	18	100,0%±3.17	4,27	<0,06
Чувствительные	10	55,6%±2.76	3,57	<0,05
Рецидивы на циклоспорине А	8	44,4%±1.66	2,38	<0,03
Микофенолата мофетил	29	100,0%±3.68	5,10	<0,06
Чувствительные	7	24,1%±4.64	4,82	<0,06
Рецидивы на микофенолате мофетил	22	75,9%±1.60	2,56	<0,03
Такролимус	20	100,0%±2.69	3,82	<0,001
Чувствительные	13	65,0%±2.22	3,14	<0,03
Рецидивы на такролимусе	7	35,0%±1.51	2,18	<0,03
Такролимус + Микофенолата мофетил	14	100,0%±3.21	4,16	<0,003
Чувствительные	12	85,7%±3.28	4,13	<0,001
Рецидивы на Такролимус + Микофенолата мофетил	2	14,3%±0.47	0,76	<0,003

Мы сравнили ответ на лечение Циклоспорином и Такролимусом у детей с СРНС в первые 12 месяцев лечения этими препаратами. У детей с СРНС применение Такролимуса оказался более эффективным чем Циклоспорин А (P=0,001; χ^2 тест – 13,75). Анализ связи эффективности лечения СРНС у детей с ми-

нимальными морфологическими изменениями в биопсии, показал, что только в 20% случаях удалось достичь полную ремиссию, в 20% случаях развилась ХБП 2 степени, а при остальных 70% случаях дети в конце наблюдения находились в частичной ремиссии или в ремиссии при приеме преднизолона и иммуносупрес-

сорного препарата. Анализ эффективности лечения СРНС у детей с морфологическим вариантом ФСГС показал низкую эффективность проводимой стероидной и иммуносупрессивной терапии несмотря на отсутствие антител при ИФ микроскопии: полная ремиссия только у 1 (11,1%), ХБП-2 у 3 (33,3%) больных, ХБП-5 и смерть у 1 (11,1%), остальные дети с ФСГС в конце периода наблюдения находятся в стероидной и иммуносупрессивной терапии с сохранением протеинурии и ХБП-1 ст.

Выводы. Таким образом, в нашем исследовании лечение СРНС такролимусом было ассоциировано с более высокой краткосрочной эффективностью и

более низкой степенью нефротоксичности по сравнению с циклоспорином А, хотя при этом не было отмечена эффективность в снижении частоты рецидивов в течение длительного периода наблюдения. С другой стороны, такролимус не всегда является лучшим выбором для замены циклоспорина А при лечении СРНС, несмотря на его менее нефротоксичное воздействие. Противоречивые результаты сравнительной оценки эффективности использования Такролимуса и Циклоспорина А требуют дальнейшего изучения, поэтому предлагается проведение дальнейших долгосрочных рандомизированных исследований в данном направлении.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ IgA НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ

Хамзаев К.А.¹, Маматкулова Ф.Б.²

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Национальный детский медицинский центр (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. В нашей стране исследования, направленные на определение эффективности лечения IgA нефропатии малы, хотя учеными педиатрами и нефрологами установлено, что первичная IgA нефропатия является частой морфологической находкой при исследовании биоптата почки детей с макро или микрогематуриями. Установлено, что первичная IgA нефропатия часто встречается в странах Азии чем в странах Северной Америки и Европы. По данным авторов клиническая картина IgA нефропатии различна в разных частях мира, скорость клинического прогрессирования IgA-нефропатии неодинаково в разных национальностях, особенности биопсии почки при IgA нефропатии различаются в разных национальностях. Учитывая данные результаты требуются дальнейшие изучения частоты встречаемости IgA нефропатии среди де-

тей с гематуриями не только в нашей стране, также в странах Средней Азии. В международных руководствах предлагается режим лечения IgA нефропатии такие как применение иАПФ и БРА, снижение употребления белка в пищу как основные, однако указанные мероприятия эффективны только при начальных этапах IgA нефропатии и клиническая эффективность этих методов при лечении при развитых стадиях заболевания неизвестна. Хотя IgA нефропатия является частой морфологическим вариантом гломерулонефрита у детей все еще отсутствует единый метод для определения прогноза заболевания, а это усложняет выбора тактики лечения.

Цель исследования. Изучение эффективности патогенетической терапия IgA нефропатии у детей в зависимости от ее морфологических вариантов.

Материал и методы. Изучили эффективность применения преднизолона и иммуносупрессивных препаратов 27 детей с IgA нефропатии. Исследование проводилось в Национальном детском медицинском центре с 2021 по 2025 гг.

Результаты исследования. Основное патогенетическое лечение детей с нефритическим синдромом проводили в зависимости от результата биопсии почки. В случаях IgA нефропатии, HAAS класс 1, M0 E0 S0 T0 C0, клиническими симптомами изолированной микрогематурии, также в случаях минимальных изменений без иммунных депозитов в ИФ микроскопии применяли монотерапию с лизиноприлом. В случаях IgA нефропатии, но с эндокапиллярной пролиферацией, с полулуниями, с клинической картиной острого дефекта почек, с значительной протеинурией и массивными отеками терапию начали с пульс терапии с метилпреднизолоном и циклофосфаном, далее приемом внутрь преднизолона, азатиоприна, лизиноприла, омега-3. В 2х случаях IgA нефропатии с полулуниями и по шкале MEST - M0 E1 S0 T1 C1 с массивной протеинурией применяли с пульс терапии с метилпреднизолоном и циклофосфаном, далее приемом внутрь преднизолона, микофенолата мофетил, лизиноприла, омега-3 (таблица 1). При IgA нефропатии, HAAS класс 3-5, но с атрофией канальцев/интерстициальным фиброзом, сегментарным склерозом, клинически с умеренной протеинурией и снижением рСКФ применяли преднизолон, азатиоприн, лизиноприл, омега-3.

Учитывая разнообразное клиническое течение нефритического синдрома у детей, также разнообразие морфологической картины биоптата почки при нефритическом синдроме, в нашем исследовании мы изучали течение нефритического синдрома индивидуально у каждого больного. Полученные результаты исследования по IgA нефропатии отразили наиболее высокую эффективность лечения иммунодепрессивными

препаратами (пульс-терапия циклофосфаном и микофенолат мофетил на фоне стероидной терапии) в случаях IgA нефропатии с полулуниями с мезангиальной и эндокапиллярной пролиферацией. Регрессионный анализ предикторов по шкале MEST показал достоверной значимости мезангиальной пролиферации, сегментарного склероза, атрофии канальцев в прогрессировании ХБП к 2-м годам после постановки морфологического диагноза.

У 44% детей с IgA нефропатией к концу 2-го года наблюдения развилась ХБП 2 стадии, эти показатели выше, чем опубликованные в научной литературе, высокая частота развития необратимых стадий IgA нефропатии в нашем исследовании можно объяснить с поздней диагностикой морфологической диагностики и соответственно с поздним началом патогенетического лечения.

Выводы. Полученные нами данные о темпе развития необратимых стадий ХБП может указать на важность использования Оксфордской классификации для определения варианта лечения на ранних стадиях IgA-нефропатии. Определение факторов риска прогрессирования хронических болезней почек на основании длительного катамнестического наблюдения показал, что у детей с IgA нефропатией протеинурия и синдром артериальной гипертензии с выявлением в биоптате почки клубочков с полулуниями, сегментарного гломерулосклероза, мезангиальной гиперклеточности, атрофии канальцев с интерстициальным фиброзом являлись достоверными критериями прогноза развития ХБП 2 степени и более в конце 2-летней комбинированной терапии. Особенности ответа IgA нефропатии на проводимое лечение у узбекской популяции детей требует проведение отдельных исследований в условиях раннего диагностирования и лечения как при других исследованиях, которые подтверждают разное течение и прогноз IgA нефропатии у детей разных национальностей.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ГЕМОДИАЛИЗГАЧА БЎЛГАН ДАВРДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ГЕПАТОПРОТЕКТИВ-ДЕТОКСИКАНТ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ ҚУЛЛАНИЛИШИНING САМАРАДОРЛИГИ

Хасанов Б.И., Махмудов Ф.Ф.

Навоий вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази (Навои Ўзбекистон)

Долзарблиги. Хозирги кунда турли босқичлардаги сурункали буйрак касаллиги катта ёшдаги дунё аҳолисининг 10 фоизда учрайди. Республика-миз аҳолиси орасида сурункали буйрак касаллигига чалинган беморларда коптокчалар филтрацияси тезлиги (КФТ) <15мл/мин/1.73м² бўлган, яъни, буйрак ўринбосувчи терапияси -гемодиализга мухтож бўлганлар кўрсаткичи хар 1000000 аҳолидан 33тасига тўғри келади. Гемодиализ муолажаси бўйрак ўрнини босувчи терапияси сифатида дунё тан олган усул хисобланади. Статистик маълумотларга кўра Ўзбекистонда 5400дан ортик гемодиализ муолажасини оладиган бемор мавжуд. Аввалги йиллар билан солиштирганда сўнгги йилларда гемодиализ муолажасини бирламчи бошлаган беморлар сони ортиб келмоқда. Сурункали буйрак касаллиги билан оғриган беморларнинг терминал босқичгача бўлган даврларда даволаш буйракларнинг зарарланишини секинлаштириш, камайтириш ёки тўхтатиш, асоратлар пайдо бўлишини олдини олиш ва гемодиализга ўтиш муддатини узайтириш даволашнинг асосий мезонлари хисобланади. Ушбу мақсадларда сурункали буйрак касаллигини комплекс даволашда гепатопротектив-детоксикант препаратлар муҳим рол ўйнайди.

Тадқиқот мақсади. Сурункали буйрак касаллигининг терминал босқичгача бўлган даврдаги беморларни комплекс даволашда қўлланиладиган препаратларига қўшимча гепатопротектив-детоксикант Глутамин(Глутаредокс) препаратини 30 кун давомида қабул қилиш азот алмашинуви кўрсаткичларига таъсир қилишининг самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотда 2 гуруҳга бўлинган, ёш жиҳатидан бирибирига яқин (44,3±2,2), жинс жиҳатидан бир хил бўлган, маълум бир хавф гуруҳига кирадиган (оғир соматик касалликлари бўлмаган) 50 нафар бемор қатнашишди. 1-гуруҳ иштирокчилари аминокислоталарнинг кетоаналоглари, адсорбентлар, қон реологиясини яхшиловчи препаратлар, қон суюлтирувчи препаратлар, диуретиклар каби препаратларни қабул қилди. 2-гуруҳ иштирокчилари юқоридагиларга қўшимча Глутамин (Глутаредокс) препаратини қабул қилди. Препаратларни қабул қилиш 1-хафтада Глутамин вена ичига инфузия шаклида юборилган бўлса, 2-хафтадан бошлаб Глутаредокс таблетка шаклида ичиш учун буюрилди. 1 ойдан сўнг қоннинг биокимёвий тахлиллари (креатинин, мочевино) текшируви қайта ўтказилди.

Натижалар. Даволаш бошлангунча 1-гуруҳдаги беморлар қонида креатининнинг ўртача кўрсаткичлари 345±150 мкмоль/л, мочевино 18,2±4 ммоль/л. 2-гуруҳдаги беморлар қонида креатининнинг ўртача кўрсаткичлари 334±141 мкмоль/л, мочевино 17,2±3.3 ммоль/л га тенг эди. 1 ойдан сўнг 1-гуруҳдаги беморлар қонида ҳаттоки креатининнинг ўртача кўрсаткичларида 360±112 мкмоль/л, мочевинода 19,9±3,5 ммоль/л гача ўсиш кузатилган бўлса, 2- гуруҳдаги беморлар қонида креатининнинг ўртача кўрсаткичларида 215±23 мкмоль/л, мочевинода 13,1±1,9 ммоль/л гача пасайиш кузатилди. Даволаш курсини бошланишида азот алмашинуви қолдиқлари кўрсаткичлари деярли бир хил бўлган бўлса, 1 ойдан кейин 2-гуруҳ беморларининг қони таркибида азот алмашинуви қолдиқлари кўрсаткичлари яхшиланди.

Хулосалар. Гепатопротектив-детоксикант Глутадин(Глутаредокс) препараты терминал босқичгача бўлган, сурункали буйрак касаллиги билан оғри-

ган беморларни комплекс даволашда самарали ҳисобланади ва бундай беморларни олиб бориш ва даволаш стандартларига қўшишни талаб қилади.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ СНИЖЕНИИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Хасанова М.А., Эшмурзаев Д.М.

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность проблемы. Поскольку у мужчин хроническая болезнь почек (ХБП) прогрессирует быстрее, чем у женщин, точная оценка темпов прогрессирования ХБП должна основываться на гендерных различиях в возрастном снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у здоровых людей.

Цель. Определить как изменяется СКФ при Сахарном диабете у различных полов. Влияет ли гендер на развитие ХБП.

Методы. Пациенты которым было диагностировано сахарный диабет II тип (СД II тип), были тщательно обследованы, и разделены на 4 основных группы: женщины имеющие СД II тип и ХБП и без ХБП; Мужчины с СД II тип ХБП и без. Также была составлена контрольная группа, состоящая из здоровых людей. Гендерные различия в оценочном показателе СКФ и возрастном снижении СКФ, были рассчитаны для каждой группы после контроля артериального давления, уровня глюкозы натощак, уровня липидов в сыворотке крови, уровня образования и статуса курения. После сравнения с группой без ХБП были рассчитаны гендерные показатели сни-

жения СКФ с многофакторной поправкой и различия в показателях снижения для всех групп.

Результаты. Группы пациентов женщин с сахарным диабетом II типа без ХБП, женщины с сахарным диабетом II типа с ХБП, группы больных мужчин с сахарным диабетом II типа без ХБП, мужчины сахарным диабетом II типа с ХБП состояли из 52, 56, 49, 57 человек соответственно и контрольная группа 50 человек. Во всех группах скорректированный с учетом многофакторной оценки показатель СКФ у мужчин был ниже, чем у женщин. Кроме того, в группах СД без ХБП и СД с ХБП темпы снижения показателя СКФ у мужчин были ниже, чем у женщин. Однако после сравнения с группой здоровых скорость снижения СКФ у мужчин в группах СД и ХБП и СКФ была выше, чем у женщин (в группе СД и ХБП: 0,10 мл-мин-1-1,73 м-2-год-1 против и группа 0,44 мл-мин-1-1,73 м-2-год-1 против 0,15 мл-мин-1-1,73 м-2-год-1).

Выводы.

Для точной оценки гендерных различий в скорости прогрессирования ХБП необходимо учитывать гендерные различия в возрастном снижении СКФ.

РОЛЬ АНЕМИИ В РИСКЕ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗА СОСУДИСТОГО ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Хатамов Э.А., Султонов Н.Н.

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

Цель исследования: оценка роли анемии, а также применения на её фоне высоких доз эритропоэтина на развитие

тромбоза сосудистого доступа у больных, находящихся на программном гемодиализе

Материал и методы исследования. 187 больных с впервые начатым гемодиализом, которые были прооперированы с целью формирования СД и прошедшие период «созревания» АВФ. По результатам первичного исследования больные были распределены на больных с высоким и низким риском тромбоза сосудистого доступа.

Результаты исследования. В первичном исследовании длительность ГД более 1 года. При этом длительность проводимого гемодиализа составляла в среднем $2,2 \pm 1,6$ года у больных с тромбозами и $2,5 \pm 1,2$ года у больных без тромбоза, и не имело достоверной разницы. При изучении общего анализа крови в первичном исследовании показатель гемоглобина в группе с тромбозами был достоверно ниже и в среднем составил $86,83 \pm 9,33$ г/л ($p < 0,001$), в группе же без тромбозов этот показатель был $97,53 \pm 12,38$ г/л, показатель медианы соответствовал 90 г/л. То есть, в группе больных с тромбозом СД концентрация гемоглобина была достоверно ниже, чем у больных без тромбоза ($p < 0,001$). Ожидается, в группе больных с тромбозом достоверно чаще применялись высокие дозы ЭПС (у 23 больных – 51,11%), чем в группе без тромбоза (у 11 больных – 24,44%, хи квадрат=5,52, $p < 0,05$).

У больных, с впервые начатым диализом средний возраст больных составил $42,64 \pm 3,58$ лет. Больные с высокой оценкой риска тромбоза были в среднем старше, чем больные с низкой оценкой ($p < 0,01$). В группе больных с низким риском средний возраст составил $35,85 \pm 3,95$ лет, в группе же с высоким риском он составил $49,43 \pm 3,22$ года. Так возраст старше 41 явился прогно-

стическим фактором на ПГД ($\chi^2=29,95$, $p < 0,01$). Что касается пола больных, достоверной разницы в исследованных группах не обнаружено, установлено лишь превалирование количества мужчин, над женщинами. Так в группе с высоким риском мужчин было 25 человек (65,79%), а женщин 13 (34,21%), в группе же с низким риском было 94 мужчины (63,09%), и 55 женщин (36,91%). Данное обстоятельство может быть объяснено как то, что среди больных ХБП изначально превалирует количество мужчин, поэтому данный фактор не может использоваться как достоверный показатель риска тромбоза СД.

У больных включенных в исследование была диагностирована анемия (концентрация гемоглобина в среднем составила $96,14 \pm 12,60$ г/л), более выраженная в группе высокого риска ($87,76 \pm 10,11$ г/л vs $98,28 \pm 12,30$ г/л, $p < 0,001$), в которой балл по этому критерию был присвоен 27 больным (71,05%) против 61 (40,94%) в группе низкого риска (хи квадрат=11,01, $p < 0,001$). Низкий уровень гемоглобина ожидается ассоциировался с высокой дозой применяемого для коррекции анемии ЭПС (в группе высокого риска у 26 больных – 68,42%, в группе низкого риска – у 35 больных – 23,49%, хи квадрат=27,43, $p < 0,001$).

Заключение. Анемия, а также применяемые на её фоне высокие дозы эритропоэтинов являются важными факторами риска в развитии тромбоза сосудистого доступа у больных, нуждающихся в программном гемодиализе. Коррекция таких патогенетических факторов в группе риска позволяет эффективно снизить риск тромбоза.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Хатамов Э.А., Сабилов М.А.

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

Актуальность: В современном мире в связи с прогрессом в медицинской науке и технологиях, а также в

связи с изменением образа жизни и эпидемической ситуации, увеличивается количество больных, нуждающихся в гемо-

диализе по поводу развития хронической болезни почек (ХБП). В среднем в гемодиализе нуждаются до 0,15% населения. эпидемиологическое исследование недостаточности СД показывает, что частота этого осложнения ухудшает качество жизни пациентов в разы.

Цель исследования: изучить качество жизни больных, находящихся на программном гемодиализе.

Материал и методы исследования. Обследовано 187 больных с впервые начатым гемодиализом. Всем больным проводилась оценка риска тромбоза сосудистого доступа согласно разработанному алгоритму, в результате были сформированы 2 прогностические группы: с высоким риском тромбоза сосудистого доступа (38 больных – 20,32%) и низким риском тромбоза доступа (149 больных – 79,28%). У данных групп была проведена оценка качества жизни на основе русифицированного опросника Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SFTM), (версия 1.3).

Результаты исследования. Больные были обследованы согласно предложенного протокола с использованием шкалы, разработанной ранее в РСНПМЦНиТП. Средний балл, рассчитанный по предложенной шкале, у данных больных составил $6,11 \pm 2,44$ балла. Таким образом была выделена группа больных с высоким риском тромбоза СД, определяемом как балльная оценка 8 и более, что составило 38 больных – 20,32%. Данная категория больных была выделена и отмечена как первая группа исследования с высоким риском СД. Остальные больные, с баллом ниже 8ми – 149 больных (79,68%) составили вторую группу исследования и были отмечены как группа с низким риском тромбоза СД. Результаты опроса KDQOL SF V1.3 показывают, что последствия почечной недостаточности для повседневной жизни пожилых пациентов связаны с самыми низкими показателями качества жизни. При оценке качества жизни у исследованных больных по шкалам, предназначенным для диализных боль-

ных, были установлены следующие результаты. Средние показатели среди больных обеих групп были сопоставимы между собой, одними из низких показателей были: последствиями бремени болезни, связанной с гемодиализом в группе с низким риском тромбоза СД составил $-38,3 \pm 18,2$, а в группе с высоким риском тромбоза СД – $36,7 \pm 19,6$; трудовой статус в группе с низким риском тромбоза СД составил $-39,4 \pm 21,2$, а в группе с высоким риском тромбоза СД – $37,8 \pm 20,1$; а также нарушения сна в группе с низким риском тромбоза СД и в группе с высоким риском тромбоза СД $53,3 \pm 15,2$ и $51,4 \pm 14,5$ соответственно. При этом одними из показателей с высоким баллом в группе с низким риском тромбоза СД и в группе с высоким риском тромбоза СД были соответственно: поддержка диализного персонала $87,3 \pm 12,4$ и $88,4 \pm 11,6$ и удовлетворенность медицинской помощью – $78,2 \pm 14,9$ и $77,8 \pm 14,2$, что говорит о качестве социального взаимодействия. Существенных различий между двумя группами пациентов с точки зрения продолжительности гемодиализа не наблюдалось несмотря на то, что опросы пациентов свидетельствовали о желании иметь больше энергии для участия в деятельности и меньше времени на диализе.

Анализируя показатели общих шкал связанного со здоровьем КЖ, установлены достаточно высокие баллы по шкалам психосоциальной составляющей КЖ: психическое здоровье, влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность, социальное функционирование, но все результаты были не достоверны по сравнению с контрольной группой.

Следует отметить, что полученный в данном исследовании показатель психического здоровья среди больных (как группы с низким риском, так и группы с высоким риском) были сопоставимы с результатами в группе контроля у здоровых.

Заключение: данные оценки качества жизни больных, находящихся на гемодиализе среди групп с низким и высоким риском тромбоза сосудистого доступа, показывают сопоставимые результаты. Показатели существенно от-

личаются от данных среди контрольной группы и требуют коррекции. Но при этом, эти показатели не влияют на риск развития тромбоза сосудистого доступа у больных на ПГД.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЕГО СВЯЗЬ С НАРУШЕНИЕМ КАЛЬЦИЙ-ФОСФОРНОГО ОБМЕНА

Хаттабов М.Х.¹, Бадридинова Б.К.²

*Бухарский областной многопрофильный медицинский центр (Бухара, Узбекистан)
Бухарский государственный медицинский институт (Бухара, Узбекистан)*

Актуальность. Терминальная почечная недостаточность (ТПН) представляет собой сложное патологическое состояние, характеризующееся значительным снижением функции почек, что приводит к накоплению в организме токсических метаболитов и нарушению гомеостаза. Одним из ключевых аспектов клинического течения данного заболевания является нарушение кальций-фосфорного обмена, оказывающее существенное влияние на прогноз и качество жизни пациентов. Результаты исследования подтверждают необходимость ранней диагностики и комплексного подхода к лечению нарушений минерального обмена у пациентов с ТПН.

Цель исследования. Оценить особенности нарушений кальций-фосфорного обмена у пациентов с СД 2 типа на различных стадиях хронической болезнью почек.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе Бухарского областного многопрофильного центра в отделении нефрологии и гемодиализа. В исследовании приняли участие 175 больных с сахарным диабетом 2 типа, а также с хроническим заболеванием почек. В первую группу включили 60 больных с ХБП 3(а, б) стадии. Вторую группу составили 35 больных с ХБП 4 стадии. Третью группу составили больные с ХБП 5 стадии, принимающие

гемодиализ, с наличием в анамнезе сахарного диабета 2 типа и без диабета. Всем пациентам были проведены клинические анализы включающие такие показатели как мочевины, креатинин, показатели глюкозы натощак, HbA1c, витамин Д и паратгормон. Влияние нарушения кальций фосфорного обмена на качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника.

Результаты исследования. У пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), находящихся на гемодиализе, выявлен выраженный дефицит витамина D (11.86 ± 0.63 нг/мл), гиперфосфатемия (1.67 ± 0.08 ммоль/л) и критически высокие уровни ПТГ (276.14 ± 18.6 пг/мл), что указывает на развитие вторичного гиперпаратиреоза. У пациентов с ТПН, не получающих заместительную почечную терапию, наблюдаются менее выраженные нарушения, в частности, уровень кальция выше (2.13 ± 0.08 ммоль/л), а фосфор ниже (1.35 ± 0.14 ммоль/л) по сравнению с диализной группой. Это подчеркивает различия в патофизиологических механизмах в зависимости от типа лечения. Проведенный корреляционный анализ показал, что снижение уровня витамина D и повышение ПТГ ассоциированы с ухудшением самочувствия, снижением физической активности и общего уровня жизни

пациентов, особенно находящихся на длительном гемодиализе.

Вывод. Таким образом, результаты исследования демонстрируют прогрессирующее ухудшение кальций-фосфорного обмена при ХБП, согласуются с международными стандартами (KDIGO 2017, KDOQI 2020), подтверждая необходи-

мость активного вмешательства в минеральный обмен для снижения кардиоваскулярных рисков и улучшения выживаемости пациентов и требует своевременной диагностики и комплексного лечения для предотвращения тяжелых осложнений.

О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Холиков А.Ю.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии имени акад. Ё.Х. Туракулова Минздрава Республики Узбекистан

Актуальность. Сахарный диабет 2 типа (СД 2) представляет собой хроническое заболевание, которое нарушает обмен веществ, проявляясь повышенным содержанием глюкозы в крови и приводя к различным осложнениям, как острым метаболическим, так и долгосрочным сосудистым. Сахарный диабет 2 типа (СД2) является самым распространенным видом диабета по всему миру. Хроническая болезнь почек (ХБП) у людей с сахарным диабетом 2 типа является главным фактором риска развития терминальной стадии почечной недостаточности, которая проявляется протеинурией и последующим снижением способности почек фильтровать кровь. Рост числа людей с диабетом, высокая заболеваемость и смертность от почечных заболеваний у пациентов с диабетом, а также значительные затраты на здравоохранение обусловили актуальность проведения новых исследований в этой области.

Выявлены значимые корреляционные связи продолжительности заболевания и лабораторно-инструментальных показателей. Обнаружена корреляционная связь с уровнем гликемии натощак, гликированного гемоглобина,

наследственной отягощенностью, дислипидемией, степенью ИМТ, курением.

Таким образом, все приведенные выше данные свидетельствуют о необходимости учета внимания на длительность заболевания.

Цель исследования – изучить факторы риска хронической болезни почек среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа с большей продолжительностью заболевания.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Эндокринологии МЗ РУз, г. Ташкент, отделение нефропатии.

В исследование были включены 56 человек с СД 2 типа и ДН 1-3 ст (37 мужчин и 18 женщин), которые были разделены на 3 группы:

Первая группа – пациенты с ХБП 3 ст. с СКФ от 59 до 45 мл/мин/1,73 м², n= 27 больных (С3а)

Вторая группа – пациенты с ХБП 3 ст. с СКФ и от 44 до 30 мл/мин/1,73 м², n= 28 больных (С3б).

Третья группа - пациенты с СД 2 типа, без ХБП, n= 20 больных.

В исследовании пациентов применялись следующие методы: эпидемиоло-

гические, клинические, биохимические, инструментальные и статистические.

Всем 56 пациентам выполнялись все исследования, включавшие общеклинические (общий анализ крови, общий анализ мочи и по Нечипоренко), биохимические (сахар крови, гликемический профиль, HbA1C, мочевины, креатинин, электролиты крови, липидный спектр, коагулограмма и др.), гормональные исследования крови (С-пептид, инсулин) лаборатории исследований РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз ЭКГ, УЗИ внутренних органов, консультация кардиолога, невролога, нефролога, окулиста, хирурга, и др. исследования.

Для оценки связи ХБП с сердечно-сосудистыми заболеваниями нами применен индекс кардиологической коморбидности (ИКК), который определял число ССЗ, выявленное у данного пациента на момент обследования.

Результаты исследования. Было установлено, что во 2 группе пациентов имело место достоверность различий в сравнении с 1 группой по всем параметрам: средний возраст, САД, ДАД, частота АГ 1, 2 и 3 ст (артериальная гипертензия), наследственная отягощенность по СД 2, избыточный вес, ожирение, ИБС, депрессия, гиподинамия, курение, злоупотребление анальгетиками ($p < 0.005$).

При оценке индекса кардиологической коморбидности показано, что при наличии у пациентов ХБП индекс коморбидности выше, чем у пациентов без хронической болезни почек, что подтверждает связь ХБП с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Следующим этапом исследования нами были изучены факторы риска развития ХБП в изучаемой когорте больных. Показано, что во 2 группе пациентов имело место достоверность различий в сравнении с 1 группой по всем параметрам: средний возраст, частота АГ 1, 2 и 3 ст (артериальная гипертензия), НО по СД

2, по ССЗ, по ЗП, избыточный вес, ожирение, ИБС, депрессия, гиподинамия, курение, злоупотребление анальгетиками, дислипидемия ($p < 0.005$).

У людей, принимающих анальгетики, как минимум, раз в неделю, АУ ≥ 30 мг/л встречалась достоверно чаще, чем у тех, кто не принимает анальгетические препараты или принимает редко (46,5% и 33,8% соответственно, $p < 0,001$).

При наличии изменений почек по данным ультразвуковых исследований (УЗИ), проводившихся в прошлом, частота альбинурии (АУ) ≥ 30 мг/л составила 53,6%; у лиц без изменений в почках при УЗИ частота АУ ≥ 30 мг/л была 38,7%. Достоверно чаще высокая АУ встречалась у людей, прямые родственники которых по данным анкеты имели заболевания почек.

Далее для оценки влияния продолжительности СД 2 типа были выбраны наиболее значимые клинико-лабораторные и функциональные показатели: - длительность болезни, уровни гликемии натощак, уровень гликированного гемоглобина, скорость кровотока в сонной артерии, в позвоночной артерии. Обнаружена корреляционная связь с уровнем гликемии натощак, гликированного гемоглобина, наследственной отягощенностью, дислипидемией, степенью ИМТ, курением.

Выводы. 1. Наиболее часто встречающимися факторами риска развития ХБП в нашем исследовании были артериальная гипертензия, ожирение, гиподинамия, депрессия ($p < 0.0001$).

2. Выявлены значимые корреляционные связи продолжительности СД 2 типа и лабораторно-инструментальных показателей. Обнаружена корреляционная связь с длительностью болезни, уровнем гликемии натощак, и др.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 тип, факторы риска, ХБП

ИЗМЕНЕНИЕ ПЛОЩАДИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН И ХБП НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЭМПАГЛИФЛОЗИНОМ: ДАННЫЕ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ

Худойбердиева Г.А., Раимкулова Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и хроническая болезнь почек (ХБП) представляют собой серьезную медико-социальную проблему, поскольку их сочетание выявляется у более чем 50% пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и значительно ухудшает прогноз. Висцеральное ожирение и нарушение метаболизма жировой ткани являются важными факторами, усугубляющими течение этих заболеваний, способствуя прогрессированию кардиоренального синдрома и ухудшению сердечно-сосудистых и почечных исходов. В последние годы ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (SGLT-2) продемонстрировали способность не только улучшать метаболические параметры, но и оказывать положительное влияние на структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и почек. В связи с этим изучение их воздействия на жировой обмен у пациентов с ХСН и ХБП является актуальной задачей современной кардиологии и нефрологии.

Цель исследования: изучить динамику площади жировой ткани с использованием биоимпедансометрии на фоне терапии эмпаглифлозином у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы. В исследование включены 54 пациента с ХСН II-III функционального класса по NYHA и ХБП (средний возраст – $62,8 \pm 5,3$ лет, 32 мужчины и 22 женщины). Все пациенты получали терапию эмпаглифлозином в дозе 10 мг/сут в течение 6 месяцев. Оценка состава тела проводилась методом биоимпедансометрии до начала терапии и после 6 месяцев лечения. Анали-

зировались изменения общей жировой массы, висцерального и подкожного жира, массы скелетных мышц, а также кардиометаболических показателей, включая уровень NT-proBNP, гликированного гемоглобина (HbA1c) и скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Результаты исследования. Данные, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о значительном влиянии терапии эмпаглифлозином на состав тела пациентов. Основное внимание уделялось динамике жировой ткани, так как именно висцеральное ожирение является независимым предиктором неблагоприятных исходов у пациентов с кардиоренальным синдромом. Включение биоимпедансометрии позволило объективно оценить изменения в жировой массе и мышечной ткани, а также выявить корреляцию с кардиометаболическими параметрами. Изучение уровня NT-proBNP и гликированного гемоглобина позволило оценить не только влияние терапии на сердечно-сосудистую систему, но и на общий метаболический статус пациентов. Важным аспектом являлось наблюдение за динамикой СКФ для оценки безопасности длительного применения эмпаглифлозина у пациентов с ХБП.

Примечание: Достоверность различий оценивалась с использованием критерия Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

После 6 месяцев терапии отмечено достоверное снижение общей жировой массы с $33,2 \pm 6,4\%$ до $29,8 \pm 5,9\%$ ($p < 0,05$), висцерального жира – с $156,4 \pm 25,2 \text{ см}^2$ до $137,2 \pm 22,8 \text{ см}^2$ ($p < 0,05$), подкожного жира – с $243,1 \pm 37,5 \text{ см}^2$ до $221,4 \pm 34,9 \text{ см}^2$ ($p < 0,05$). Масса скелетных мышц увеличилась на 1,8%, однако разница не достигла статистической значи-

мости ($p=0,06$). Параллельно наблюдалось снижение NT-proBNP с $1387,5 \pm 312,6$ пг/мл до $1125,3 \pm 287,9$ пг/мл ($p<0,05$), а также уменьшение HbA1c с $6,8 \pm 0,9\%$ до $6,2 \pm 0,7\%$ ($p<0,05$). Значимых изменений СКФ не выявлено (с $52,7 \pm 7,1$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ до $53,2 \pm 6,8$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$, $p=0,08$).

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают положительное влияние эмпаглифлозина на жировой обмен у пациентов с ХСН и ХБП. Снижение висцерального и подкожного жира указывает на возможное улучшение метаболического профиля, что согласуется с данными ранее проведенных исследований. Уменьшение уровня NT-proBNP свидетельствует о снижении нагрузки на миокард, что может быть связано с улучшением гемодинамики и уменьшением объема циркулирующей жидкости.

При этом стабильность показателей СКФ подтверждает безопасность терапии в отношении почечной функции, что особенно важно для пациентов с ХБП. Однако остаются открытыми вопросы о долгосрочной эффективности и безопасности терапии, требующие дальнейших клинических наблюдений и расширенных исследований.

Заключение. Терапия эмпаглифлозином в течение 6 месяцев у пациентов с ХСН и ХБП приводит к достоверному снижению висцерального и подкожного жира, что сопровождается улучшением кардиометаболических показателей. Дальнейшие исследования необходимы для оценки долгосрочного влияния данной терапии на прогрессирование сердечной и почечной недостаточности.

LYUPUS NEFRITLI BEMORLARDA IL-6, O'NO-ALFA VA VITAMIN D MIQDORI O'TRASIDAGI BOG'LIQLIK

Xusanxodjaeva F. T.^{1,2}, Daminova K. M.¹, Nurmatova D.B.³

Toshkent davlat stomatologiya instituti (Toshkent, O'zbekiston)

Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (Toshkent, O'zbekiston)

Prezident adminstrasiyasi xuzuridagi 1-Markaziy klinik shifoxona (Toshkent, O'zbekiston)

Dolzarbli: Tizimli qizil toshma (TQT) biriktiruvchi to'qimaning autoimmun kasalligi bo'lib, bir qancha a'zolarning tizimli zararlanishi va sitoplazmatik antigenlarga nisbatan autoantitachalarning titri yuqori bo'lishi bilan kechadi. TQT bilan kasallangan bemorlarda ko'pgina sitokinlar o'rganilgan bo'lishiga qaramasdan, ularni vitamin D xolati va buyraklar zararlanishi bilan bog'likligi yetarlicha o'rganilgan emas.

Maqsad: TQT lyupus nefritli (LN) bemorlarda yallig'lanish interleykinlari xolati va vitamin D yetishmovchiligi o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlash.

Materiallar va uslublar: tekshiruv materiallari bo'lib, 108ta TQT/LN bo'lgan bemorlar va 20 ta amaliy sog'lom shaxslar tashkil qildi. Ularning har birida umumkli-

nik tekshiruvlardan tashqari, qonda vitamin D miqdori, IL-6, O'NO- α aniqlandi.

Tadqiqot natijalari: Qonda vitamin D yetishmovchiligi va tanqisligi bo'lgan bemorlar guruxida O'NO- α , IL-6 yuqoriligi kuzatildi. Keyingi taxlil natijalari bo'yicha esa ular vitamin D bilan teskari korrelyatsiyalanishi aniqlandi, IL-6 uchun ($P=0,017$, $r=-0,49$) va ($P=0,76$, $r=-0,243$) O'NO- α uchun kuzatildi. Ularning o'rtacha miqdori vitamin D yetishmovchiligi kuzatilgan bemorlar uchun O'NO- α va IL-6 uchun mos ravishda $3,4+/-6,86$ pg/ml va $5,04+/-7,26$ pg/mlni tashkil qilgan bo'lsa, vitamin D miqdori normal ko'rsatkichli bemorlar uchun mos ravishda $4,33+/-8,61$ pg/ml va $3,5+/-6,43$ pg/mlni namoyon qildi. Nazorat guruxidagi sog'lom shaxslarda esa O'NO- α -

1.45+/-5.28 pg/mlni ko'rsatgan bo'lsa, IL-6 1.02+/-5,1 pg/mlga teng bo'ldi. Ular o'rtasida ishonchli farq aniqlandi ($P=0,002$). Tadqiqotimiz davomida Vitamin D darajasi, yallig'lanish sitokinlari (O'NO- α va IL-6) o'rtasida bog'liqlikni kuzatgan bo'lsak, bu ko'rsatkichlar va kasallik faolligi ko'rsatkichi SLEDAI o'rtasida xam ishonchli korrelyatsiya kuzatildi ($r=+0,743$ i $+0,772$ mos ravishda)

yatsiya kuzatildi ($r=+0,743$ i $+0,772$ mos ravishda)

Xulosa: TQT lyupus nefritli bemorlarda O'NO- α , IL-6 kabi yallig'lanish sitokinlarining yuqori ko'rsatkichlari nefrit rivojlanishi va og'ir kechishiga ta'sir qilishi mumkin, bundan tashqari vitamin D yetishmovchiligi va sitokinlar miqdori teskari korrelyatsiyalanadi.

ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕСТЕСТВЕННЫХ РОДОВ У БОЛЬНОЙ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ В УЗБЕКИСТАНЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Шарапов О.Н.^{1,2}, Даминов Б.Т.^{1,2}, Сабилов М.А.¹, Хатамов Э.А.^{1,2},
Азизов С.К.¹, Султонов Н.Н.¹

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

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Больная Ф., 39 лет, с диагнозом хронический гломерулонефрит, смешанная форма, морфологически неуточненный, ХБП, 5д стадия. В течении 9 лет регулярно получает гемодиализ. Обратилась в 14.06.2022 в наш центр, с выявленной беременностью 18 недель.

В анамнезе: она болеет с 22 лет, когда при осмотре нефролога был обнаружен и выставлен диагноз ХГН, смешанная форма. Находилась под контролем нефролога до 2009 года, когда была развита ХБП, а в 2013 году тХПН, после чего больной была рекомендована заместительная почечная терапия. С 2013 года она получает регулярный гемодиализ, больная получала ГД нерегулярно: 2 раза в неделю и длительностью меньше 4 часов. Акушерский анамнез – 1 срочные роды (2004 г), без особенностей и 1 медицинский аборт в срок 11-12 недели (2008 г).

Во время осмотра участкового врача была заподозрена беременность и по результатам двух последовательных проведенных скрининга в 08.06.2022 и 13.06.2022 была выявлена беременность, 18 недель, без патологий и с прогрессированием, после чего больная об-

ратилась в наш центр. По данным лабораторно-инструментальных обследований: ОАК: гемоглабин-81, эритроциты-2,7, лейкоциты-8,5, нейтрофилы-8,81, лимфоциты-2,54, моноциты-0,94, тромбоциты-192, СОЭ-63. ОАМ: белок-0,3, лейкоциты-15-20, эпителий-4-5, эритроциты-1-2. Биохимия крови: АЛТ-21, АСТ-21, ЩФ-84, общий билирубин-5, мочевины-6,9, креатинин-284, общий белок-63, ферритин-2826,2, кальций-2,01, фосфор 0,75, холестерин-6,3, глюкоза-4,2. Коагулограмма – АЧТВ-29,3 сек, МНО-0,88%, фибриноген-5,02г/л. ПТГ-445,8 пг/мл. Гормоны: ХГ-263240 мЕД/мл, свободный эстриол-2,82. ВИЧ, гепатиты В, С, ТОРЧ инфекции отрицательны. На ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС-82 уд.в.мин. На УЗИ почек выявлено двухстороннее сморщивание обеих почек.

Больная была информирована в отношении риска, который имеет беременность для гемодиализных пациенток, но от прерывания беременности по медицинским показаниям она отказалась. Вследствие чего, ей было решено продолжать проведение сеансов гемодиализа, но с более интенсивным режимом и жестким соблюдением графика. В

связи с этим, ее перевели на четырехчасовой и трехразовый режим в неделю. В качестве антианемической терапии использовались препараты железа препараты, эритропоэтин, фолиевая кислота.

Во время сеансов ГД использовался гепарин, для предотвращения тромбоземболических осложнений. После этих коррекций, показатели больной стали улучшаться. Больная переносила сеансы ГД удовлетворительно, цифры АД оставались в пределах нормы, уровень гемоглобин повысилась до 95г/л. Для оценки развития плода проводились скрининг обследования в 01.08.2022 и 23.08.2022, по данным которых беременность прогрессировала, выявлено умеренное многоводие, при доплерографии – нарушение кровообращение 1 степени.

В сроке беременности 29-30 недель (06.09.2022г) Ф. поступила в плановом порядке в отделение патологии беременности. Учитывая состояния плода, резистентную анемию у матери, было

решено провести естественные роды. Утром 07.09.2022 в 09:00 больной проведен сеанс гемодиализа 240 минут в гемодиализном отделении, в 14:45 больная была переведена в родильное отделение. В тот же день, в 16:50 родился живой недоношенный мальчик, весом 1554 гр, длиной 42 см, с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов.

Недоношенный новорожденный соответствует сроку гестации 29 недель. Ребенок находился в отделении патологии новорожденных, больнице под контролем неонатологов. Были проведены Кувезное выхаживание, респираторная терапия НСРАР, лечение - Курасурф, антибактериальная терапия (амписул, меркацин). Мать продолжила получать консервативное лечение. В течении 5 дней стационарного лечения, в стабильном состоянии была выписана домой.

Через 1 месяц состояние матери стабилизировалось, ребенок растет удовлетворительно.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У РЕЦИПИЕНТОК ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

**Маткаримов З.Т., Элмуродова Н.Б., Комилова Д.Н., Азимова М.Т.,
Абдурахмонова Н.Н., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б., Рустамов И.З., Турдиев И.М.**

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность проблемы: В большинстве стран на сегодняшний день наблюдается стойкая тенденция к увеличению числа пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН), которым необходимо проведение диализной терапии или трансплантации почки. Количество трансплантации органов прогрессивно растет, и успехи их связаны с внедрением современных хирургических технологий и развитием медикаментозной терапии, что привело к улучшению показателей выживаемости и качества жизни. Значительную часть реципиентов трансплантатов солидных органов составляют женщины репро-

дуктивного возраста, восстановление фертильности у которых является важным этапом медицинской и социальной реабилитации. Современные достижения медицины показали возможность наступления беременности и рождения здорового ребенка у категории пациенток, в анамнезе перенесших трансплантацию почки. В литературе описано несколько тысяч беременностей у женщин с почечным трансплантатом, из которых около 90% завершились благополучно. Репродуктивная способность отчасти восстанавливается после трансплантации почки. Однако беременность создает особую нагрузку на организм жен-

щины и является ведущей причиной острого поражения почек у женщин детородного возраста. ПЭ и гипертензивные осложнения беременности составляют 3–10% от всех случаев беременности. Эта патология поражения почек приводит к массивному эндотелиальному повреждению и развитию гипертензии и протеинурии.

Однако даже в идеальной ситуации (нормальная функция трансплантата, отсутствие гипертензии и протеинурии и отсутствие эпизодов отторжения в течение как минимум 2 лет после трансплантации) риск осложнений у женщин с трансплантированной почкой выше, чем в общей популяции. В целом, если исключено применение тератогенных препаратов (микофеноловой кислоты), исходы беременности после трансплантации почки обусловлены теми же факторами риска, что и при ХБП в целом (функция почек, гипертензия и протеинурия). Не всегда результат получается идеальным и опыт ведения беременности у женщин со сниженной или почти полностью утраченной функцией трансплантата ограничен, и консультирование в таких случаях основывается преимущественно на индивидуальном подходе к пациенту.

Цель исследования. Проанализировать данные по ведению беременности у женщин, перенесших трансплантацию почки.

Материалы и методы. В целях исследования были изучены истории болезни 23 беременных женщин за период с 2021 по 2024гг., у которых в анамнезе была трансплантация почки.

Результаты. У беременных женщин с трансплантированной почкой наблюдались некоторые осложнения во время гестации. У 2 из них развился гестационный пиелонефрит. Следующим осложнением были преждевременные роды и рождение маловесных детей. Преждевременное родоразрешение в нашем исследовании наблюдалось у 1 реципиентки почечного трансплантата.

Основными показаниями для досрочного оперативного родоразрешения были гипертензивные осложнения, отёчный синдром и нарастающая преэклампсия. Синдрома задержки роста плода ни у кого не наблюдалось.

Также при анализе данных, полученных при УЗИ почечных трансплантатов, выявлены особенности почечной гемодинамики, свидетельствующие о нарастании почечного кровотока по мере увеличения срока беременности и выражающиеся в прогрессивном снижении резистентного индекса. В наибольшей степени изменения проявлялись после 10-12 недели гестации. У всех беременных реципиенток на поздних сроках беременности наблюдалась протеинурия, увеличивающаяся к концу срока гестации. Артериальная гипертензия наблюдалась у 5 женщин с трансплантированной почкой еще до наступления беременности. Среди других осложнений беременности у реципиенток наблюдалась анемия.

Для предотвращения тератогенного действия были откорректированы дозы используемых во время беременности иммуносупрессивных препаратов с учетом минимальных проявлений их неблагоприятных реакций при сохранении адекватного уровня иммуносупрессии и стабильности функции почечного трансплантата. Все реципиентки почечного трансплантата в период гестации продолжали получать поддерживающую иммуносупрессивную терапию с использованием различных доз иммуносупрессантов в возможной комбинации с глюкокортикоидами. Такролимус является распространенным иммуносупрессантом в клинической трансплантологии, не обладающим эмбриотоксическим и тератогенным действием.

Вывод: Исходя из нашего опыта, одним из важнейших критериев, способствующих благоприятному течению беременности у женщин с трансплантированной почкой, следует считать период после трансплантации больше одного

года. Как правило, к этому времени достигается стабильный уровень поддерживающей иммуносупрессии, обеспечивающий отсутствие или малую выраженность дисфункции трансплантата и минимальный риск инфекционных заболеваний. Показателями стабильной функции почечного трансплантата может считаться уровень креатинина до 150 мкмоль/л, мочевины – до 12 ммоль/л, протеинурии – до 0,5 г/сут,

скорость 40 мл/мин.≥ клубочковой фильтрации (СКФ) – ≥60 мл/мин.

Основной критерий стабильного функционирования любого трансплантата – отсутствие артериальной гипертензии либо контролируемый адекватный уровень артериального давления (АД) – до 140/90 мм рт.ст. Именно гипертензивные нарушения ассоциировались с высокой частотой неблагоприятных исходов беременности у реципиенток почек.

GIPERTPNIK NEFROANGIOSKLEROZDA BUYRAK FUNKSIONAL XOLATINI YAHSHILASHDA OZON TERAPIYANING AHAMIYATI

Eshonov SH.N.

Olmaliq shahar tibbiyot birlashmasi (Toshkent viloyati, O'zbekiston)

Muammoning dolzarbligi: Arteriyal gipertenziya, buyrak funksional holatini yomonlashishiga va uni tez rivojlanishiga sabab bo'ladi. Boshqa tomondan, buyraklar yurak-qon tomir tizimi patologiyasiga juda sezgir bo'lib buyraklar va gipertenziya nazorati o'rtasida yaqin aloqalar mavjud. Bemorlarda arterial gipertenziya va yurak qon tomir kaalliklari oldi olinmasa yoki davolanmasa buyrak funksional holatiga keskin ta'sir qiladi va kasallikni rivojlantirishga olib keladi.

Tadqiqot maqsadi: ozonaterapiyani arteriyal gipertenziyasi mavjud SBK 5 D bosqichidagi bemorlarda hayot sifati korsatkichlariga ta'sir samaradorligini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari. 2024-yilda regali gemodializ olayotgan arterial gipertenziya 1-2 bosqichlari bilan og'rigan 50 nafar bemor ko'rikdan o'tkazildi. O'tkazilgan tadqiqot gipertenziya bilan og'rigan bemorlarni hayot sifati korsatkichlari pasayishi kuzatildi. Bemorlar 2-guruhga bo'lib olindi. Birinchi guruhga 25 kishi olinib, programmali gemodializ va standart davoga ozonaterapiya tavsiya etildi. Ikkinchi guruhga ham 25 nafar bemor jalb etildi, ularda faqatgina regali gemodializ va standart davoga tavsiya etildi. Ushbu

tadqiqotga jalb etilgan bemorlarda davodan oldin va davodan keyin 30 kuni hayot sifati baholash uchun SF-36 so'rovnomasi o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari: Tadqiqotimiz davomida 1- guruhimizdagi bemorlarda hayot sifati korsatkichlari quyidagicha o'zgardi: jismoniy faollik 50,3±2,16 dan 57,4±2,11gacha, ogriq intensivligi 44,15±2,11 dan 37,6±2,01 gacha, ijtimoiy hususiyatlar 50,11±2,66 dan 59,3±2,01ga, jismoniy faravonlik 43,5±1,77 dan 52,4±1,98 ga, hamda ruhiy faravonlik 34,9±1,33 dan 42,6±1,76 gacha (P<0,01) ishonchli darajada ijobiy tomonga o'gargan bo'lsa, qolgan jismoniy xolat tufayli rolli faoliyati, salomatlikning umumiy holati, hayotiy faoliyat, emosional xoat tufayli rolning faoliyati, ruhiy salomatlik kabi ko'rsatkichlar (P<0,05) darajada ishonchli darajada o'gargani guvohi bo'ldik. 2-guruhimizdagi bemorlarda kuzatuv davomida jismoniy faollik 50,1±3,46 dan 64,2±2,7 gacha, ogriq intensivligi 45,3±2,04 dan 35,8±2,17 gacha, ijtimoiy hususiyatlar 52,3±2,92 dan 61,3±2,01 ga, jismoniy faravonlik 40,4±1,32 dan 45,3±1,65 ga, hamda ruhiy faravonlik 33,4±1,22 dan 38,1±1,34 gacha (P<0,05) ishonchli darajada ijobiy tomonga o'gargan bo'lsa, qolgan jismoniy xolat tufayli rolli fa-

oliyati, salomatlikning umumiy holati, hayotiy faoliyat, emosional xoat tufayli rolning faoliyati, ruhiy salomatlik kabi ko'rsatkichlar ($P>0,05$) darajada ishonchsiz darajada o'gargani guvohi bo'ldik.

Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu tadqiqotda bemorlar (ikkala guruhlarda) olingan natijalar sog'lom nazorat guruhi-dagi natijalar bilan taqqoslangan.

Xulosa:

1. Rejali gemodializ olayatdat bemorlarda hayot sifati ko'rsatkichlari nazirat gu-

ruhi ko'rsatkichlariga nisbatan ($P<0,01$) darajada salbiy tomonga o'zgarganini kuzatdik va bu holat kasallik kechishiga o'z ta'sirini ko'rsatishi kuzatildi.

2. Rejali gemodializ olayatdat bemorlarga ozon terapiyasi tavsiya etilishi hayot sifati ko'rsatkichlarin ijobiy tomonga ishonshli oshishiga olib keldi va kasallik kechishida qon tomir asoratlarini kamayishiga olib keldi.

РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ ОЛАЁТГАН БЕМОРЛАРДА ОЗОНОТЕРАПИЯ ФОНИДА ГЕМОДИАЛИЗ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Эшонов.Ш.Н.¹, Сабилов М.А.², Султонов Н.Н.²

Олмалик шаҳар тиббиёт бирлашмаси (Тошкент вилояти, Ўзбекистон)

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

Муаммони долзарблиги: Дунёда сурункали буйрак касаллиги (СБК) нафақат тиббий, балки ижтимоий ҳамда иқтисодий жиҳатлари билан аҳоли орасида ва тиббиётнинг долзарб муаммоси ҳисобланади. Терминал буйрак етишмовчилиги босқичда барча тизимларда патологич ўзгаришлар кузатилади. Бу эса организмда турли хил тизимли асоратлар ривожланишига ва ўлим кўрсаткичини орттиришига олиб келади.

Тадқиқот мақсади: Режали гемодиализ олаётган беморларда анъанавий давога озонотерапия даволаш усулини қўшиш билан гемодиализ самардорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материали ва методлари: 2024-йилда режали гемодиализ олаётган 50 нафар бемор кўрикдан ўтказилди. Ўтказилган тадқиқот давомида беморлар диализ олиш давомийлиги кўпайгани сари гемодиализ самардорлиги пасайганини гувоҳи бўлди. Беморлар 2-гuruhга бўлиб олинди. Биринчи гуруҳга 25 киши олиниб, программали гемодиализ ва стандарт давога озонотерапия тавсия этилди. Иккинчи гуруҳга ҳам 25 нафар бемор жалб этилди, уларда

фақатгина режали гемодиализ ва стандарт даво тавсия этилди. Ушбу тадқиқотга жалб этилган беморларда даводан олдин ва даводан кейин 30 кунги гемодиализ самардорлигини баҳолаш учун URR ва Kt/V кўрсаткичлари ўрнатилди.

URR – мочевинани камайганлик нисбатини фоиздаги ҳисоби бўлиб, уни топиш учун гемодиализдан аввалги ва кейинги олинган мочевина натижасининг фоиздаги фарқи солиштирилиб келтириб чиқарилади. Гемодиализдан кейин мазкур кўрсаткич 65 % атрофида бўлиши мақсадга мувофиқдир. Агарда олинган натижа 65% паст бўлса қилинган гемодиализ самардорлиги пастлигидан даолат беради.

Kt/V – адекват диализнинг энг аниқ кўрсаткичи бўлиб, мохиятан ҳар бир сеансда мочевинадан тозаланган суюқлик миқдорини танадаги суюқлик миқдори билан таққослайди. Сунъий буйрак аппаратларида махсус Kt/V дастури мавжуд бўлиб, аппаратни ўзи онлайн тарзда мазкур кўрсаткични ҳисоблаб беради. Меёрда Kt/V 4 соатлик сеанс мобайнида 1,2 – 1,4 нисбатда бўлиши лозим. Агар бе-

морда Kt/V 1,2 нисбатдан пасайиб кетса беморлар ҳолатига манфий таъсир кўрсата бошлайди.

Олинган натижалар: Тадқиқотимиз давомида гемодиализ олаётган беморларда гемодиализ олиш муддати ортгани сари гемодиализ самарадорлиги пасайишини гувоҳи бўлдик. Даволаш давомида гемодиализ самарадорлиги иккала гуруҳимизда гемодиализ самарадорлиги ўрганилди ва уларни ўртача қийматлари олиниб иккала гуруҳ ўртасида олинган натижалар асосида солиштириб ўрганилди ҳамда олинган натижалар баҳоланди.

Даволаш давомида URR 1-гуруҳдаги беморларда 53,7% дан 64,9% гача ишончли ($p < 0,01$) даражада ижобий томонга ўзгариши кузатилди. Аммо 2-гуруҳдаги беморларда даволаш давомида олинган натижалар салбий томонга ўзгармаган бўлсада, даволаш давомида 51,1% дан 59,5% гача ишончсиз дара-

жада ($p > 0,05$) ижобий томонга ўзгарганини кузатдик.

Даволаш давомида Kt/V кўрсаткичи 1-гуруҳда олинган натижалар 2-гуруҳдагига нисбатан ишончли даражада ўзгарганини кўришимиз мумкин. Унга кўра 1- гуруҳда Kt/V кўрсаткичи даводан олдин 1,06 ни ташкил этган бўлса, 90 кунлик даводан кейин 1,29 гача яхшила-ниб ишончли даражада ($p < 0,05$) ижобий томонга ўзгарди. 2- гуруҳимизда эса даволаш давомида 1,02 дан 1,18 гача ижобий томонга ишончсиз даражада ($p > 0,05$) ўзгариши кузатилди.

Хулоса:

Тадқиқотимиз давомида шуни хулоса қилишимиз мумкинки режали гемодиализ олаётган беморларга стардарт даво билан бирга озонотерапия тавсия этилиши билан биз гемодиализ самарадорлигини ишончли даражада ортишига эришимиз исботланди.

СРАВНЕНИЯ ДВУХ МЕТОДИК РАСЧЁТА СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Эшонов Ш.Н., Скосырева О.В., Абдукадырова З.А., Бобокулов М.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность: Хроническая болезнь почек (ХБП) актуальна из-за высокой распространенности, бессимптомного начала и риска развития почечной недостаточности и сердечно-сосудистых осложнений. Раннее выявление и лечение помогают замедлить прогрессирование заболевания.

Цель исследования: изучить характеристику двух методов расчёта скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у больных хронической болезнью почек (ХБП) в условии первичного звена здравоохранения в регионе Приаралья.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования явились 115 больных ХБП в различных стадиях развития в регионе Приаралья. А также 30 практически здоровых людей в виде

контрольной группы. В исследование были включены больные с органами мочевого выделения, со стабильными формами ИБС и гипертонической болезни, сахарным диабетом. Возраст больных варьировал от 18 до 62 лет. Среди которых мужчины было – 62 (54%), а женщин – 53 (46%). Для объективной оценки функционального состояния почек, а также определения стадии ХБП исследованным провели сравнительный анализ двух расчетных методик определения СКФ. Данные методики были выбраны на основании литературных данных и существующих рекомендаций: 1. по уравнению MDRD (2007) по креатинину сыворотки крови: СКФ ($\text{мл/мин}/1,73\text{м}^2$) = $175 \times (\text{креатинин сыворотки, мкмоль/л} / 88,4)^{-1,154} \times (\text{возраст, годы})^{-0,203}$, для

женщин результат умножался на 0,742; 2. Расчет СКФ по цистатину С по формуле Stevens L.A. et al. (2008): СКФ (мл/мин/1,73м²) = 76,7 x цистатин С^{-1,19}.

Результаты и их обсуждение. В результате сравнительного анализа двух методик выявлены следующие результаты. По стадии развития ХБП, на основе уровня скорости клубочковой фильтрации (СКФ), больные распределились следующим образом: с 1 стадия СКФ 60-89 мл/мин/ 1,73м² было 28 больных; 2 стадия СКФ 45-59 мл/мин/ 1,73м² составили 30 больных; 3 стадия СКФ 30-44 мл/мин/ 1,73м² определили у 36 больных и 4 стадия СКФ 15 -29 мл/мин/ 1,73м² у 21 больных. На основании уровня СКФ по цистатину С больные разделены следующим образом: 0 стадия (нормальные значения) 90 и выше мл/мин/ 1,73м² определялось у 2 больных, 1 стадия СКФ 60-89 мл/мин/ 1,73м² у 28 больных; 2 стадия СКФ 45-59 мл/мин/ 1,73м² у 34; 3 стадия СКФ 30-44 мл/мин/ 1,73м² у 24 и 4 стадия СКФ 15 - 29 мл/мин/ 1,73м² у 27 больного.

Следует отметить, что выявленная разница распределения больных по стадии развития ХБП хоть и различна, но не достоверна. Так как определение уровня СКФ по цистатину С является более сложной и дорогостоящей, а также вследствие малодоступности данной методики в условии первичного звена здравоохранения, рекомендуется применение определения уровня СКФ по креатинину для выявления стадии ХБП.

Вывод. Данное исследование помогло проанализировать расчёт скорости клубочковой фильтрации по двум основным методикам в регионе Приаралья. При этом выявлены преимущества определения уровня скорости клубочковой фильтрации по показателю цистатина С. Однако, при этом следует отметить, что, если для изучения данного параметра в условии первичного звена здравоохранения нет возможностей, необходимо помнить и учитывать долю ошибки, которая может возникнуть вследствие наличия факторов, которые могут повлиять на величину креатинина.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА ПРИ РЕЗИСТЕНТНОМ К ТЕРАПИИ ФОКАЛЬНО-СЕКМЕНТАРНОМ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗЕ У ВЗРОСЛЫХ

Юсупов М.М., Турсунбаев А.К.

Республиканский специализированный научно-практический центр нефрологии и трансплантации почки (Ташкент, Узбекистан)

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Стероид-резистентный фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС) с нефротическим синдромом (НС) является прогрессирующим заболеванием почек с быстрым развитием терминальной почечной недостаточности (тПН). В последние годы предпринимаются попытки лечения стероид-резистентного ФСГС анти CD20-моноклональными антителами, ритуксимабом. В настоящее время опубликованы лишь единичные клинические наблюдения и серии, результаты которых противоречивы.

Цель работы. Оценить эффективность применения ритуксимаба у больных с резистентным к терапии фокально-сегментарным гломерулосклерозом.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 8 пациентов с морфологически подтвержденным диагнозом ФСГС. Критериями включения были наличие НС, резистентного к терапии высокими дозами кортикостероидов и другим схемам лечения, включая циклоспорин А, такролимус, микофено-

лата мофетил, циклофосфамид, и исключение вторичной формы заболевания. Резистентность к стероидам констатировали при отсутствии эффекта при применении высоких доз ПЗ 1мг/кг/сут не менее 16 нед. У всех пациентов оценивали пол, возраст, наличие артериальной гипертензии, уровень суточной протеинурии, альбумина сыворотки крови, рСКФ СКD-EPI и проводимую иммуносупрессивную терапию до назначения ритуксимаба. В биоптатах почек определяли количество полностью склерозированных клубочков и выраженность тубуло-интерстициального фиброза: минимальный – до 10 %, умеренный – от 10 до 25 %, тяжелый – более 25 % площади интерстиция. Пациентам проведен один курс лечения ритуксимабом от 2 до 4 инфузий (суммарная доза составила 1,0–2,0 г). Лабораторные параметры (суточная протеинурия, альбумин и рСКФ СКD-EPI) анализировали до назначения ритуксимаба, а также через 6 и 12 мес после завершения лечения.

Результаты. В результате терапии у двух пациентов была достигнута ча-

стичная ремиссия ФСГС, стабильная функция почек сохранялась в течение 12 мес наблюдения. У 5 из 8 пациентов наблюдалось дальнейшее прогрессирование с развитием тПН в сроки от 1 до 3 лет, несмотря на уменьшение выраженности НС через 12 мес после введения ритуксимаба. У одного пациента сохранялся НС прежней выраженности в течение 6 мес после введения ритуксимаба, значимой положительной динамики со стороны протеинурии и белков сыворотки крови не отмечено. Серьезных побочных эффектов при лечении препаратом и в течение года наблюдения отмечено не было.

Вывод. Таким образом, мы не выявили значимого эффекта ритуксимаба у больных с резистентным к терапии ФСГС. Однако, учитывая эффективность применения препарата приблизительно у половины больных ФСГС по данным литературы, необходимы дальнейшие проспективные клинические исследования.

PLATINUM HAMKOR



BOSH HAMKORLAR



ASOSIY HAMKORLAR



HAMKORLAR

