



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

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

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ННО «ДИАЛИЗНОЕ ОБЩЕСТВО УЗБЕКИСТАНА»

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

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

ТАШКЕНТ–2022

Результаты. В исследование было включено 83 пациента находившихся на гемодиализе, из которых 58(70%) составили мужчины и 25 (30%) женщины, средний возраст 58 лет. Анальгетическое вмешательство при катетеризации понадобилось 65 пациентам, из которых 62 пациента посчитали обезболивание эффективным. Мы оценили интенсивность боли с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Из 65 пациентов с обезболиванием, 30 пациентов сообщили о боли при катетеризации >1 балл по шкале ВАШ, 21 пациент сообщил о боли при вытаскивании иглы >1 балл по шкале ВАШ, 40 пациентов испытывают стресс перед каждой канюляцией. Из 18 пациентов без обезболивания, 10 пациентов сообщили о боли при катетеризации >1 балл по шкале ВАШ, 6 пациент сообщил о боли при вытаскивании иглы >1 балл по шкале ВАШ, 11 пациентов испытывают стресс перед каждой канюляцией. Стресс боли, связанной с артериовенозной фистулой, в значительной степени связан с ощущением боли при катетеризации ($P = 0,047$) и вытаскивания иглы ($P = 0,002$).

Закключение. Несмотря на профилактические мероприятия по поводу болевого синдрома при канюляции артериовенозных фистул, пациенты часто испытывают стресс и неприятные ощущения, связанные с процедурой.

Ключевые слова: артериовенозная фистула; канюляция; боль.

ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Ходжанова Ш.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: Известно, что при хронической сердечной недостаточности (ХСН) поражаются различные органы и ткани, что становится непосредственной причиной смерти больных. Одними из таких органов-мишеней являются почки. Результаты исследований свидетельствуют о том, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек являются независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти, а также повторных событий у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Данные взаимосвязи отражают концепцию кардиоренальных взаимоотношений. Распространенность хронической сердечной недостаточности значительно увеличивается в пожилом и старческом возрасте. Нарушение функции почек у больных пожилого возраста отмечается в 1,7 раза чаще, чем у лиц моложе 60 лет. Хроническая сердечная недостаточность в пожилом возрасте при снижении скорости клубочковой фильтрации чаще сопровождается фибрилляцией предсердий. Структурные изменения сердца, ассоциированные с возрастом, также рассматриваются среди причин фибрилляции предсердий (ФП).

Недавно было показано, что факторы риска и патогенетические механизмы развития фибрилляции предсердий и дисфункции почек во многом совпадают и проведено большое количество исследований, направленных на изучение

взаимосвязи фибрилляции предсердий и функционального состояния почек. Основными факторами риска развития фибрилляции предсердий и хронической болезни почек являются: ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа, сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром. Общими патогенетическими механизмами при ФП и дисфункции почек являются: воспаление, оксидативный стресс, активация РААС. Исследование Niigata preventive medicine study показало, что наличие дисфункции почек в общей популяции связано с большей вероятностью развития ФП, а наличие ФП, наоборот, с большей вероятностью снижения СКФ <60 мл/мин/1,73 м² и развития протеинурии.

Цель исследования: изучить особенности течения хронической сердечной недостаточности и взаимосвязь функционального состояния почек у больных с ХСН различного класса с фибрилляцией предсердий.

Материалы исследования: Обследовано 75 больных с ХСН (43-мужчин, 32-женщины, средний возраст - 59 ± 12 лет). Причиной ХСН у 18 (24%) была артериальная гипертензия, у 24 (32 %) - ИБС, у 33 (44 %) – их сочетание и 37 (49 %) больных перенесли инфаркт миокарда. Объективно выраженность симптоматики ХСН оценивали с помощью классификации NYHA. Для оценки клинического состояния больных пользовались шкалой оценки клинического состояния больных (ШОКС).

Всем больным проведена эхокардиография в М-режиме импульсным датчиком 365 МГц в положении больного на левом боку. Всем пациентам определяли уровень креатинина (Кр) и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD. В зависимости от СКФ больных разделили на 2 группы: первую составили 25 больных, у которых СКФ была <60 мл/мин/1,73 м², вторую- 50 больных, у которых СКФ была ≥ 60 мл/мин/1,73 м². Данные исследования обработаны с применением компьютерного пакета «STATISTICA 6.0» (Statsoft, USA).

Результаты. СКФ составляла $67,6 \pm 18,7$ мл/мин/1,73 м², и у 25 (33 %) больных СКФ была <60 мл/мин/1,73 м². У большинства больных - 51 (68 %) фракция выброса левого желудочка была сохранена (ФВ $>50\%$). Больные со сниженной функцией почек имели больше диаметр левого предсердия.

Среди обследованных больных постоянная (>1 года) форма ФП встречалась у 37 % пациентов. У 63 % больных был синусовый ритм. Средний СКФ составила $67,6 \pm 18,7$ мл/мин/1,73 м². При этом, к больных с ХСН ФК I СКФ составила $84,3 \pm 7,44$ мл/мин/1,73 м², с ХСН ФК II $76,2 \pm 16,34$ мл/мин/1,73 м², с ХСН ФК III $62,8 \pm 7,3$ мл/мин/1,73 м², с ХСН ФК IV $57,6 \pm 5,1$ мл/мин/1,73 м². СКФ была меньше у больных с ФП, чем без ФП ($57,6 \pm 15,3$ против $68,2 \pm 17,6$ мл/мин/1,73 м², соответственно, $p < 0,001$).

Результаты по шкале ШОКС показали, что пониженная СКФ ведёт к ухудшению клинического состояния больных с ХСН и баллы составили $8,3 \pm 0,57$ у больных со СКФ <60 мл/мин/1,73 м² и $5,5 \pm 0,53$ у больных со СКФ ≥ 60 мл/мин/1,73 м². Исследование симптоматики не выявило различий в выраженности одышки, слабости, ощущения перебоев в работе сердца у больных с синусовым ритмом и

ФП. Единственным симптомом, выраженность которого отличалась в этих группах, был анатомический уровень отеков. Выраженность отеков была больше при ФП, чем СР. Фракция выброса левого желудочка составила $55,7 \pm 10,4\%$. Большинство больных – 51 (68%) имели ХСН с сохраненной фракцией выброса. Фракция выброса была меньше у больных с дисфункцией почек и с ФП ($53,6 \pm 11,7\%$ и $55,8 \pm 9,4\%$, соотв., $p=0,03$). А также у этих больных был больший диаметр левого предсердия ($38,5 \pm 4,1$ мм и $37,9 \pm 3,2$ мм, соотв., $p=0,02$) и больше конечный диастолический размер правого желудочка ($3,31$ ($2,93-3,77$) см, соотв., $p=0,003$).

Количество исследований, в которых оценивается взаимосвязь ФП и дисфункции почек у больных с ХСН, в настоящее время крайне ограничено и требует пристального внимания к этой проблеме. В основе взаимосвязи дисфункции почек и ФП при ХСН могут лежать следующие механизмы. С одной стороны, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) может сопровождаться задержкой натрия и воды, дилатацией предсердий и, следовательно, развитием ФП. С другой стороны, независимо от влияния на гемодинамику, активация РААС приводит к патологическому структурному и электрофизиологическому ремоделированию предсердий, что может явиться субстратом для развития ФП. У обследованных нами больных с ХСН диаметр левого предсердия был больше при наличии дисфункции почек. Увеличение диаметра левого предсердия и изменения миокарда левого желудочка часто наблюдается у больных с диастолической дисфункцией левого желудочка, что способствует развитию фибрилляции предсердий.

Выводы. Дисфункции почек и функциональный класс ХСН были независимо ассоциированы с фибрилляцией предсердий. Наличие дисфункции почек предрасполагает к фибрилляции предсердий у больных с хронической сердечной недостаточностью. Особенностью клинической симптоматики у больных с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий в отличие от пациентов с синусовым ритмом оказался более выраженный отечный синдром, а эхокардиографической картины - увеличенные размеры левого предсердия и правого желудочка.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Холиков А.Ю., Урманова Ю.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова

Актуальность проблемы. По данным исследователей, распространенность когнитивных нарушений высока среди взрослых с хронической болезнью почек (ХБП), и эти два состояния имеют несколько общих факторов

109. СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БОР БЎЛГАН ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ТУРЛИ ХИЛ ТЕРАПИЯНИНГ АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИ ЦИРКАД РИТМИГА ТАЪСИРИ Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.	191
110. РОЛЬ ДИГИДРОПИРИДИНОВЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ВЛИЯНИЯ НА СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ (СКФ) У БОЛЬНЫХ ХБП 3 СТАДИИ. Узакова Н.И., Собиров У.Х.	193
111. КАРДИО И НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ Узакова Н.И., Собиров У.Х.	195
112. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИЙ ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ Фозилов Н.С., Изатшоев А., Пиров Б.С.	196
113. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ Хаджибаев Ф.А., Султанов П.К., Эргашев Д.Н., Садиков Р.К.	198
114. ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ Хаджибаев Ф.А., Султанов П.К., Эргашев Д.Н., Садиков Р.К.	199
115. БУЙРАК ЎРИНБОСАР ТЕРАПИЯСИГА МУХТОЖ БЕМОРЛАРНИ РУҲИЙ ХОЛАТИНИ СПИЛБЕРГЕР-ХАНИН ВА НАДС ГОСПИТАЛ ШКАЛА СЎРОВНОМАСИ БЎЙИЧА БАҲОЛАШ Хайитов Х.А., Рахимов И.Ш.	200
116. РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ БЕМОРЛАРИНИ ХАЁТ СИФАТИНИ SF-36 ПСИХОДИАГНОСТИК ТЕСТ ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ Хайитов Хайрулло Абдуганиевич	201
117. К ВОПРОСУ О СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ХРОНИОГЕМОДИАЛИЗЕ Халмухамедов Ж.А., Даминов Б.Т.	202
118. АНАЛИЗ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕМОДИАЛИЗ: МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Халмухамедов Ж.А., Даминов Б.Т.	203
119. К ВОПРОСУ О БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ПРИ КАНЮЛЯЦИИ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ Халмухамедов Ж.А., Даминов Б.Т.	204
120. ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ Ходжанова Ш.И.	205