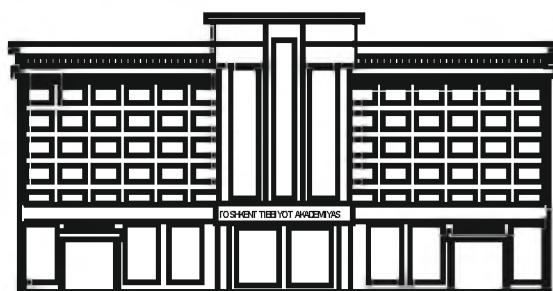


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI AXBOROTNOMASI



ВЕСТНИК ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

**ВЫПУСК ПОСВЯЩАЕТСЯ
100-ЛЕТИЮ ТАШКЕНТСКОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**



Выпуск набран и сверстан на компьютерном
издательском комплексе
редакционно-издательского отдела
Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском
управлении печати и информации
Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом №
201/3 от 30 декабря 2013года
реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии
с прилагаемыми правилами, просим направлять
по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе
редакционно-издательского отдела ТМА.
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА, 2022

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

Члены редакционного совета

д.п.н. Абдуллаева Р.М. (Ташкент)

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабилов У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

ФОРМИРОВАНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Муллаева С.И., Пирматова Н.В., Туракулов Р.И.

SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGIDA NEGIZIDA BUYRAK YETISHMOVCHILIGIDA SHAKLLANISHI

Mullayeva S.I., Pirmatova N.V., To'raqulov R.I.

FORMATION OF KIDNEY DYSFUNCTION IN CHRONIC HEART FAILURE

Mullaeva S.I., Pirmatova N.V., Turakulov R.I.

Ташкентская Медицинская Академия. Ташкент. Узбекистан

Surunkali yurak yetishmovchiligi (SYuE) yurak-qon tomir tizimining eng keng tarqalgan va prognostik jihatdan noqulay patologiyalaridan biri, shuningdek, kasalxonaga yotqizishning eng keng tarqalgan sabablaridan biridir. SYuE holatlarining katta foizi aholining nogironligiga olib kelganligi sababli, optimal davolanishni izlash va hayot sifatini yaxshilash muhimdir. SYuE va surunkali buyrak kasalligi (SBK) ning ko'plab patogenetik aloqalarining sinergizmi "kardiorenal sindrom" tushunchasini shakllantirishga imkon berdi [8,9]. Buyrak va yurak disfunktsiyasining o'zaro salbiy ta'siri isbotlangan, bu buyrak etishmovchiligining rivojlanishida SYuE ortishi va yurak faoliyatining yomonlashishi bilan buyrak funktsiyasining buzilishida namoyon bo'ladi.

Kalit so'zlar: Surunkali yurak yetishmovchiligi, kreatinin, surunkali buyrak yetishmovchiligi.

Chronic heart failure (CHF) is one of the most common and prognostically unfavorable pathologies of the cardiovascular system, as well as one of the most common causes of hospitalizations. Since a large percentage of cases of CHF leads to disability in the population, the search for optimal treatment and improvement of the quality of life is urgent. The synergism of numerous pathogenetic links of CHF and chronic kidney disease (CKD) made it possible to formulate the concept of "cardiorenal syndrome" [8,9]. The mutual negative effect of kidney and heart dysfunction has been proven, which is expressed in the progression of renal dysfunction with an increase in CHF and deterioration of heart function in the case of progression of renal failure.

Key words: Chronic heart failure, creatinine, chronic renal failure.

Взаимосвязь между дисфункцией почек и изменений сердечно-сосудистой системы многогранна и взаимосвязана между собой. Сбой одной стороны, почка может действовать как орган-мишень под влиянием большинства известных факторов, связанных с изменениями в сердечно-сосудистой системе; с другой стороны, препятствуя формированию системных метаболических и сосудистых патологических процессов, являясь активным генератором факторов риска, замыкая таким образом сложную патогенетическую цепь, определяющий дальнейшую судьбу таких пациентов. В связи с этим представляется актуальным изучение особенностей формирования кардиоренальной патологии у больных ХСН.

Дисфункция почек при ХСН может быть связана с сопутствующей патологии почек и сосудов, более 50% больных ХСН без сопутствующей основной патологии почек обнаруживается хроническая болезнь почек (ХБП) [1], которая встречается среди больных с ХСН насчитывает 50-70% [1-4]. Рандомизированные исследования SOLVD и SAVE показали взаимосвязь между ДП и смертностью пациентов с систолической дисфункцией ЛЖ [5]. При снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73 м² риск летальности повышался в 2,1 раза, при сниженной систолической функции ЛЖ в 3,8 раза [6].

В настоящее время снижение СКФ является одним из предикторов сердечной-сосудистой смерти. В

исследовании N.S. Anavekar (Brigham and Women's Hospital) изучали СКФ у 14527 пациентов, перенесших инфаркт миокарда, осложнившийся ХСН. Снижение СКФ на каждые десять единиц ниже 81 мл/мин/1,73 м² сопровождалось с повышением риска смертности или сердечно-сосудистых событий на 10%, независимо от получаемой терапии. Этим было доказано, что у больных ХСН, перенесших инфаркт миокарда, любое нарушение функции почек следует рассматривать сильным независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений [7].

Несмотря на множество исследований, посвященных изучению влиянию препаратов базисной терапии ХСН на функциональное состояние почек, остается актуальным поиск ранних маркеров формирования клубочковой, канальцевой дисфункции, а также их влияния препаратов базисной терапии на другие органы-мишени у больных ХСН.

Цель исследования. Определение формирования дисфункции почек при хронической сердечной недостаточности.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 160 историй болезни больных с ХСН, госпитализированных в отделениях кардиологии и кардиореабилитации многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии в период с 2017 по 2019 года по поводу ХСН на фоне ИБС. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограм-

ма крови, ЭКГ, ЭХОкг, УЗИ почек). Диагноз ХСН был поставлен на основе анамнеза, жалоб, клинико-лабораторных данных и рекомендаций Европейской Ассоциации Кардиологов «Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016». В ретроспективное исследование были включены результаты обследований 460 больных.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета электронных таблиц Microsoft Excel 2019. Параметры описывали в виде: среднее арифметическое±стандартное отклонение ($M\pm SD$). Для изучения зависимости между количественными переменными применяли корреляционный анализ с вычислением коэффициента линейной корреляции Пирсона или коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Различия считали значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Средний возраст больных составил $63,6\pm 10,1$. Из них 96 составили

мужчины, 69 женщины. Результаты проведенных нами исследований показали, что среди больных с ХСН на фоне ИБС преобладали больные мужского пола, составили 56,9%, по сравнению с женщинами, которые составили 43,1%, что соответствует литературным данным.

Анализе показателей крови показал, что уровень креатинина было повышен у 58 пациентов, что составило 36,3% от общего числа больных. Что может говорить о наличии почечной дисфункции у больных с ХСН. Средний возраст пациентов составил $68,7\pm 10,4$ лет. Распределение больных по возрасту указывает на более высокий процент встречаемости ХСН с почечной дисфункцией в возрасте 61 года и старше (57,3%). При этом больные от 51 года до 60 лет составили 48,1%, а до 50 лет – 17,3%. Таким образом, можно сделать вывод, что частота встречаемости ХСН с ХБП и с увеличением возраста (рис. 1).

Больные ХСН с дисфункцией почек имели более низкие показатели фракции выброса ЛЖ (65,5% против 62,8%).

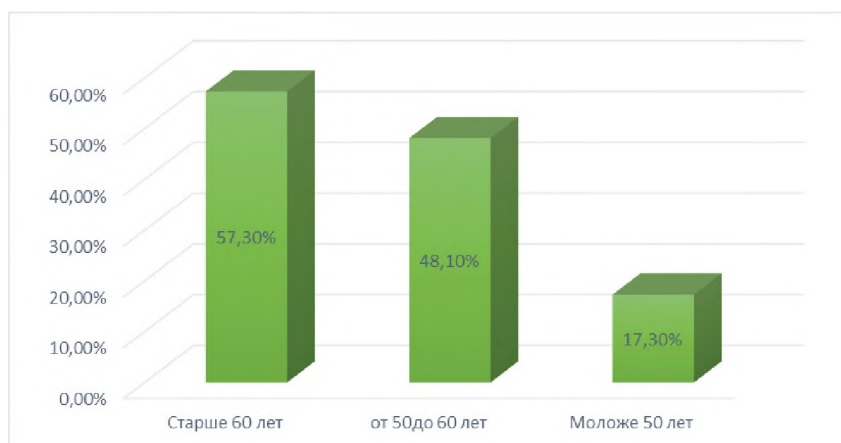


Рисунок 1. Распределение больных с ХСН с повышенным содержанием креатинина по возрасту.

Согласно полученным данным, у больных с ХБП у 48,3% встречаемость инфаркта миокарда, а группе без ХБП 23,6%, что может говорить о том, что у больных, перенесших инфаркт миокарда почечная дисфункция встречается чаще. Сахарный диабет чаще выявлялся у пациентов с дисфункцией почек (41,4%), чем у пациентов без него (24,5%) ($p < 0,05$). Обращает внимание больший процент дислипидемии у пациентов в группе с дисфункцией почек

(32,8% против 31,4% в группе с нормальным уровнем креатинина). Из 58 больных хронической сердечной недостаточностью с повышенной концентрации креатинина у 12,1% пациентов отмечено наличие ОНМК в анамнезе, что может говорить о тяжелом течении гипертонической болезни, которая осложняет течение ХСН (таб. 1).

Таблица 1

Частота встречаемости коморбидных состояний у больных с ХСН при ретроспективном анализе историй болезни

Данные анамнеза	Пациенты с ХБП (n=58)	%	Пациенты без ХБП (n=102)	%
ИБС (стабильная и нестабильную стенокардия)	58	100	102	100
Инфаркт миокарда	28	48,3	24	23,6
Гипертоническая болезнь	48	82,8	69	67,6
Сахарный диабет	24	41,4	25	24,5
Дислипидемия	19	32,8	32	31,4
ОНМК (острый нарушение мозгового кровообращение)	7	12,1	11	10,8
Ожирение	15	25,9	23	22,5

Больные без ХБП больше принимали препараты, обладающие нефропротективными свойствами – ИАПФ и БРА (62,1 против 71,6). Нефропротективное действие ИАПФ и БРА обусловлено как их антигипертензивным действием, а именно блокадой системной РААС, так и блокированием локальной почечной РААС. Блокада системной и локальной почечной РААС иАПФ на уровне синтеза ангиотензина II или

сартанами на уровне связывания АТ II с рецепторами прерывает этот патологический каскад, замедляя и предотвращая прогрессирование нефропатии.

Из больных с почечной дисфункцией у 26 (44,8%) был диагностирован IV ФК по NYHA, у 24 (41,4%) – III ФК, у 8 (13,8%) – II ФК. Среди пациентов с ХСН без наличия дисфункцией почек эти показатели составили 21 (20,6%), 33 (32,4%) и 48 (47%) соответственно.

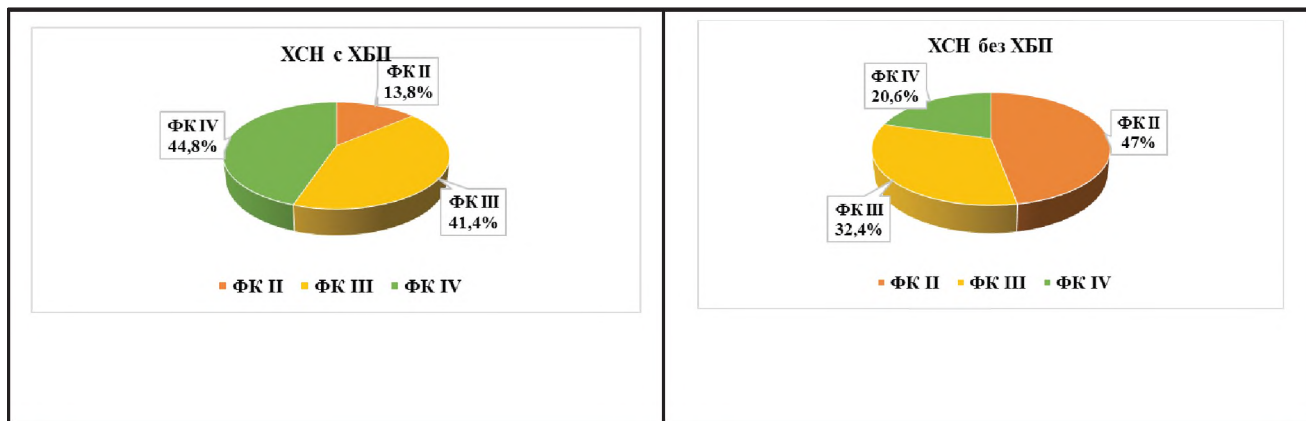


Рисунок 2. Распределение пациентов с хронической сердечной недостаточностью по данным ретроспективного анализа с ХСН по ФК NYHA.

При изучении распределения пациентов в зависимости от функционального класса ХСН установлено, что в группе пациентов с ХБП достоверно выше количество пациентов с III-IV ФК ($p < 0,05$) и меньше количество пациентов II ФК ($p < 0,05$). Таким образом, можно констатировать, что ХБП значительно усугубляет течение хронической сердечной недостаточности (рис. 2).

Течение хронической сердечной недостаточности, осложненная почечной дисфункцией, характеризуется более тяжелыми клиническими проявлениями и развитием заболевания.

Выводы.

1. Таким образом, ретроспективный анализ историй болезней показал, что у 36,3% больных с ХСН отмечалась дисфункция почек различной степени. Наши результаты говорят о малой изученности проблемы и о недостаточном внимании данному научному вопросу.

2. По полученным результатам исследований можно говорить, что даже небольшое снижение функции почек может значительно увеличить риск сердечных заболеваний, увеличить частоту осложнений и риск смерти.

3. Следовательно, ДП можно рассматривать как возможный маркер прогрессирования ХСН и тактику предотвращения прогрессирования ХСН следует направлять на поддержание оптимальной функции почек.

Литература

1. Резник Е.В., Гендлин Г.Е., Гущина В.М. и соавт. Хроническая болезнь почек у больных с хронической сердечной недостаточностью // Нефрология и диализ. – 2010. – Т.12, № 1. – С.13-24; <https://health-ua.com/article/33915-disfunkciya-pochek-pri-hronicheskoj-serdechnoj-nedostatocnosti>
2. Ezekowitz J., McAlister F.A., Humphries K.H., et al. The association among renal insufficiency, pharmacotherapy, and outcomes in 6,427 patients with heart failure and coronary artery disease // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – Vol. 44 (8). – P.1587-1592.
3. McAlister F.A., Ezekowitz J., Tonelli M., Armstrong P.W. Renal insufficiency and heart failure: prognostic and therapeutic implications from a prospective cohort study // Circulation. – 2004. – Vol. 109 (8). – P.1004M009.
4. Smilde T.D., Hillege H.L., Voors A.A., et al. Prognostic importance of renal function in patients with early heart failure and mild left ventricular dysfunction // Am. J. Cardiol. – 2004. – Vol. 94 (2). – P.240-243.
5. Anavekar, N.S. Relation between renal dysfunction and cardiovascular outcomes after myocardial infarction / N.S. Anavekar, J.J.McMurray, E.J. Velazquez [et al.] // N Engl J Med. - 2004. - N 351. - P. 1285-1295.
6. Anavekar, N.S. Cardiovascular risk in chronic kidney disease. / N.S. Anavekar, M.A. Pfeffer // Kidney Int. – 2004. – Vol. 66. – P. 11-15.
7. Berl T. Kidney-heart interactions: Epidemiology, pathogenesis, and treatment / T. Berl, W. Henrich // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. – 2006. – 1. – P. 8-18
8. Cardiorenal syndrome /C. Ronco, M. Haapio, A.A. House [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. - 2008.-№ 52.-P. 1527-1539.
9. Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) consensus group. Cardiorenal syndromes: Report from the consensus conference of the acute dialysis quality initiative /C. Ronco, P. McCullough, S.D. Anker [et al.] // Eur. Heart J.- 2010. - № 31.- P. 703-711.
10. Кобалава Ж.Д., Моисеев В.С., 2008, Смирнов А.В. с соавт., 2007

Маткаримова Д.С. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ГЕНОВ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ С ФОРМИРОВАНИЕМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ИММУННОГО МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТА	175
Миррахимова М.Х., Нишонбоева Н.Ю., Кобилжонова Ш.Р. АТОПИК ДЕРМАТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ПАНКРЕАТИК ЕТИШМОВЧИЛИКНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ	179
Муллаева С.И., Пирматова Н.В., Туракулов Р.И. ФОРМИРОВАНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	183
Nasretdinova D.O., Abdumalikova F.B., Usmonov X.I. KOVIDDAN KEYINGI DAVRDA YURAK ISHEMIK KASALLIGI MAVJUD BEMORLAR HAYOT SIFATIGA KLINIK VA ANAMNESTIK OMILLARNING TA'SIRI	186
Obidov N.M, Xudoyberdiyev S.E. SURXONDARYO VILOYATIDA TEMIR YETISHMOVCHILIGI TUFAYLI KELIB CHIQUADIGAN ANEMIYALARNING SABABI VA PROFILAKTIKASI	189
Онгарбайев Д.О., Парниева Н.Н., Ходжаева М.И., Мухамедов К.С., Массавиров Ш.Ш. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	192
Паттахова М.Х., Муталов С.Б. ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ	196
Паттахова М.Х. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ	199
Рахманова У.У. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С В- ТАЛАССЕМИЕЙ	201
Рахманова У.У. ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ В-ТАЛАССЕМИЕЙ ПОЛУЧАЮЩИХ ХЕЛАТОРНУЮ ТЕРАПИЮ	206
Рахманова Л.К., рахманова А.М. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ТЕЧЕНИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У ПОДРОСТКОВ	209
Рахметова М.Р. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ И КОМОРБИДНЫХ БОЛЕЗНЕЙ	213
Сайфутдинова З.А., Каримов Х.Я. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО АМИНОКИСЛОТНОГО КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ	217
Туракулова Х.Э., Азизова Н.Д., Шамсиев Ф.М., Абдуллаева М.К. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ	221
Tuychibaeva D.M., Dutmukhamedava A.M. RELATIONSHIP BETWEEN OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY ANGIOGRAPHY VESSEL DENSITY AND SEVERITY OF VISUAL FIELD LOSS IN GLAUCOMA	224
Ташматова Г.А., Халматова Б.Т. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И COVID-19: ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ	227
Усманходжаева А.А, Таралева Т.А. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ВЕЛОСПОРТОМ	230
Хайтбоев Ж.А. COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРИНИНГ БУЙРАКЛАРИ ШИКАСТЛАНИШИ	236
Xalmuxamedov B.T. TIBBIYOT OLIY O'QUV YURTLARI TALABALARINI O'QITISHDA TELETIBBIYOT TEXNOLOGIYALARI ASOSLARI	239
Халмухамедов Б.Т. ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ БУДУЩИХ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	242
Xodjanova Sh.I. YURAK ISHEMIK KASALLIGI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA TROMBOTSITLAR AGREGATSIYASI VA ASPIRINNING UNGA TA'SIRINI BAHOLASH	245
Шарапов О.Н.КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ГЕМОДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ ГОРОДА ТАШКЕНТА	249
Shoalimova Z.M., Nuritdinova N.B., Abdiakimova B.I. INDICATORS OF VASCULAR INFLAMMATION IN PATIENTS WITH EXERTIONAL ANGINA WHO UNDERWENT COVID-19.	252
Ярмухамедова Д.З., Нуритдинова Н.Б., Абдихамидова Х. ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИ ОҚИБАТИДАГИ ПСИХОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР	257