

ISSN 2181-5887



# O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 2, 2023

O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi  
Ассоциация терапевтов Узбекистана

ISSN 2181–5887

# O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2023. № 2

# ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал

# **«ICHKI KASALLIKLARNI TASHXISLASH VA DAVOLASHDA INNOVASION TEXNOLOGIYALAR»**

(Akademik k.Yu.YULDASHEV 90 yilligiga bag'ishlangan)

XALQARO TERAPEVTLAR ANJUMANI

## **TEZISLARI**

19–20 MAY 2023 ЙИЛ, ТОШКЕНТ

---

## **ТЕЗИСЫ**

МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ТЕРАПЕВТОВ  
**«ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ  
ВНУТРЕННИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

(посвященная 90-летию академика ЮЛДАШЕВА К.Ю.)

19–20 МАЯ 2023 ГОДА, ТАШКЕНТ

## РЕВМАТОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

ASOSIY DORILARNING ANKILOZ SPONDILITINI TERAPIYASIDAGI SAMARALILIGINI BAHOLASH Aliaxonova M.Yu. Khan T.A., Nishonova N.I., Nazarova G.A. ....	92
ERTA AKSIAL SPONDILOARTRITDA SUYAK MINERAL ZICHLIGI O'ZGARISHINI BAHOLASH Kengesbaeva M.S., Muhammadiyeva S.M., Akramova N.T. ....	93
REVMATOID ARTRIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA VITAMIN D YETISHMOVCHILIGINI O'RGANISH Muhammadiyeva S.M., O'roqova Z.U., Mirxamidov M.V., Xidoyatova M.R., Mamasiddiqova S.B. ....	93
TIZIMLI QIZIL BO'RICHA BILAN OG'RIGAN BILAN BEMORLARDA YURAK-QON TOMIR ZARARLANISHI Sultanova M.X., Salimova N.D. ....	94
METABOLIK SINDROM VA UNING REVMATOID ARTRITNING KLINIK VA LABORATOR KO'RSATKICHLARI BILAN O'ZARO BOG'LIQLIGI Sultanova M.X., Salimova N.D. Sherbekova D.U. ....	94
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАЙЗИЛАТ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ Абдуазизова Н.Х., Шарапов З.А., Эргашев Ш.Б., Арипова Н.А., Ганиева Н.А. ....	95
ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕКУКИНУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКСИАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Абдуллаев Х.Д., Утаев А.Ж. ....	95
МРТ-ДИАГНОСТИКА РАННИХ СТАДИЙ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВОК БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ Алиахунова М.Ю., Икромов Ж.Р. ....	96
СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТОМ Алиахунова М.Ю. ....	97
ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ НА ПОСТДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Аляви Б. А., Фазылов А.В., Нажметдинов Г., Махмудова Д.Н., Исакова Ю.А., Хакимов Х.Т. ....	98
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ Арипова Н.А., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А. ....	98
РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА ШЕГРЕНА Бакырбаева Ж.Р., Сулейменов А.К. ....	99
НЕФРОПАТИЯ ПРИ СИНДРОМЕ АЛЬПОРТА У ДЕТЕЙ Болтабоева М.М., Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш. ....	100
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Ганиева Н.А., Ризамухаммедова М.З., Джураева Э.Р., Арипова Н.А. ....	100
ВОПРОСУ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ГИПОУРИКЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ Джураева Э.Р., Зияева Ф.К. ....	101
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ Жаббаров О.О., Турсунова Л.Д., Рахматов А.М. ....	102
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ Зияева Ф.К., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Бекенова Г.Т., Арипова Н.А. ....	102
ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С ПРИЗНАКАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Каримова Г.Н., Халилова Д.А. ....	103
КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Каримджанов И.А., Мадаминова М.Ш. ....	103
ХАРАКТЕРИСТИКА СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Киреев В.В., Суяров А.А., Хатамов Х.М., Абдурахимов И.И., Усманбекова Х.Т. ....	104
ОСОБЕННОСТИ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ Киреев В.В., Суяров А.А., Хатамов Х.М., Абдурахимов И.И., Усманбекова Х.Т. ....	105
ЗНАЧЕНИЕ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ Махмудов Н.И., Машрапов Ж.Р., Ваккасов Г.Г. ....	105
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА LCZ696 (сакубитрил/валсартан) нинг ЛИПИДЛАР ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИ Мирзаева Ш.Х., Жаббаров О.О., Максудова М.Х., Турсунова Л.Д., Ходжанова Ш.И. Мухаммадиева С.М., Уракова З.У., Матчонов С.Х., Ширанова Ш.А., Нурмухаммедова Н.С., Рахмонов Д.Н. ....	107
АНАЛИЗ СПЕЦИФИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ И БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ Набиева Д.А., Ташпулатова М.М. ....	108
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПОДАГРЕ Набиева Д.А., Эргашева Ш.Х., Илхамова К.А. ....	109
ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ И СИСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖУЛУДОЧКА В ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ Надирова Ю.И., Жаббаров О.О., Турсунова Л.Д., Мирзаева Г.П., Бобошарипов Ф.Г. ....	109
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛУТАТИОНРЕДУКТАЗЫ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Нажметдинов Г. Р., Махмудова М. А. ....	110

## ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПОДАГРЕ

НАБИЕВА Д.А., ЭРГАШЕВА Ш.Х., ИЛХАМОВА К.А.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить частоту встречаемости, клинико-инструментальные особенности структурных и функциональных показателей печени и билиарной системы при подагре в зависимости от вариантов течения заболевания.

**Материал и методы.** В исследование были включены 46 больных верифицированным диагнозом подагры по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR), группа сравнения была представлена 20 пациентами с острым подагрическим артритом. Критериями включения в исследование являлись: пациенты с тофусной и без тофусной формой подагры в возрасте с от 20 до 65 лет (средний возраст – 41,3±2,1 год);

Критерии исключения: сахарный диабет, вирусные, алкогольные поражения печени; наличие очаговых (паразитарных, метастатических) поражений печени; острые инфекции и инвазии ЖКТ.

**Результаты исследования.** В зависимости от клинической формы подагры пациенты разделены на две группы: 1 группа – с хроническим вариантом течения болезни с тофусами, 2-я группа – с хроническим вариантом течения болезни без тофусов. У 15% пациентов из группы с хроническим вариантом течения болезни с тофусами и у 60% пациентов из группы сравнения при использовании методов клинической и лабораторно-инструментальной диагностики каких-либо изменений гепатобилиарной системы не выявлено. Клинические признаки поражения печени и билиарного тракта определены у 85% обследованных из 1-й группы, у 40% – из 2-й группы. Симптомы абдоминальной боли и билиарной дисфункции отмечались у 30% обследованных. Для билиарной дисфункции при подагре были характерны горечь во рту, рецидивирующие боли в подреберьях, тошнота, метеоризм, диарея, связанные с употреблением жирной и жареной пищи. Гепатопатии клинически

протекали бессимптомно и выявлялись в ходе целенаправленного исследования. При биохимическом исследовании крови повышение показателей АСТ, АЛТ, ЛДГ, ЩФ, общего и прямого билирубина отмечалось в 1-й группе – в 42% случаев, во 2-й – в 16,7% случаев. Результаты УЗИ билиарного тракта и печени при подагре показали, что у 74% пациентов с тофусной формой подагры отмечены изменения со стороны билиарной системы, включая признаки дискинезии желчевыводящих путей преимущественно по гипокинетическому типу (при проведении функциональных нагрузочных проб). По данным ультразвуковой эластометрии отмечено наличие фиброза печени по шкале Metavir: слабовыраженный фиброз (F1) определен у 29% пациентов в основной группе, у 16,7% – в группе сравнения. Выраженный фиброз (F3) определен только у 12% пациентов в основной группе и не выявлен в группе сравнения.

**Выводы.** Таким образом, с учетом полученных результатов у пациентов с хронической тофусной формой подагры высока частота неалкогольной жировой болезни печени, начальных признаков фиброза печени в сочетании с патологией билиарной системы. Патология билиарной системы разнообразна и характеризуется признаками дисфункциональных расстройств, симптомами бескаменного и ЖКБ. Установлены значимые связи наличия и тяжести поражения печени и билиарного тракта с клиническими формами подагры: при тофусном поражении достоверно чаще встречаются признаки не только стеатоза, стеатогепатита, но и признаки продвинутого фиброза печени. Указанные обстоятельства необходимо учитывать при назначении терапии обострения хронической тофусной подагры, особенно при применении препаратов с потенциальным гепатотоксическим эффектом.

## ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ И СИСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЛУДОЧКА В ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

НАДИРОВА Ю.И., ЖАББАРОВ О.О., ТУРСУНОВА Л.Д., МИРЗАЕВА Г.П., БОБОШАРИПОВ Ф.Г.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучить структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных сахарным диабетом 2 типа с диабетической нефропатией. 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.

**Материал и методы.** 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±0,4 лет, продолжительность СД 2 типа – 16,6±0,3 года. В соответствии с классификацией диабетической нефропатии (Mogensen СЕ. 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.

**Результаты исследования.** 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 нормы.

**Выводы.** Таким образом, единые этические факторы и патогенетические механизмы повреждения сердца и почек при СД 2 типа, параллелизм в стадийности поражения указанных органов-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.

## ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛУТАТИОНРЕДУКТАЗЫ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

НАЖМЕТДИНОВ Г. Р., МАХМУДОВА М. А.

*Медицинский центр многопрофильной клиники Ферганской области,  
Республика Узбекистан, г. Фергана*

**Цель исследования.** Изучить особенности показателей глутатионредуктазы в эритроцитах у больных с ревматоидным артритом.

**Материал и методы.** Обследованы 110 больных с достоверным РА (в соответствии с критериями АРА). Среди них 87 женщин и 23 мужчины. I степень активности определена у 37, 2 – у 41, 3 – у 32 больных. Из обследованных 71 был серопозитивен по ревматоидному фактору, 34 – серонегативны. Полиартрит обнаружен у 102, внесуставные проявления выявлены у 16 больных. При рентгенологическом исследовании I стадия установлена у 16, 2 – у 36, 3 – у 48, 4 – у 10 обследованных. Преобладал медленно прогрессирующий характер течения заболевания (83 больных). Контрольную группу составили 63 здоровых донора, впервые сдающих кровь. Для изучения эритроцитов методом ЭПР, кровь с гепарином брали из локтевой вены в количестве 10 мл и глутатионредуктазы производили на ЭПР-спектрометре при температуре жидкого азота.

**Результаты исследования.** В эритроцитах здоровых доноров, впервые сдающих кровь, зарегистрирован сигнал ЭПР с g-фактором

2,0030–2,0040, H 1,2–1,5 мТ, обусловленный флавиносемихиноном, являющимся кофактором глутатионредуктазы. Форма сигнала в эритроцитах больных РА не отличалась от здоровых лиц. Концентрация СР ГР достоверно повышалась с увеличением активности патологического процесса. В процессе динамического исследования на фоне проводимой комплексной терапии выявлены существенные изменения концентрации СР ГР.

**Выводы.** Результаты исследования показали что активность глутатионредуктазы в эритроцитах больных с РА повышена по сравнению со здоровыми донорами. Концентрация свободных радикалов глутатионредуктазы зависит от клинических проявлений заболевания: возрастает с увеличением активности РА, при серопозитивном варианте, снижается при внесуставных проявлениях. Исследование концентрации СР ГР в эритроцитах больных РА может быть использовано при определении лабораторной активности заболевания, а также для объективной оценки динамики состояния больных и эффективности проводимой терапии.