

Vol. 2. Issue 3 September 2023

# MedUnion



ISSN-2181-3183



## ҚАДРЛИ ҲАМКАСБЛАР!

Маълумки, Ўзбекистонда ёшларга оид сиёсатга катта эътибор қаратилмоқда, айниқса, сўнгги йилларда Президентимиз ва ҳукуратимизнинг қатор меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлари қабул қилиниб, ёшларнинг илм-маърифат эгаллаши, меҳнат фаолияти ва бўш вақтини мазмунли ўтказиши учун кўпгина шарт-шароит яратишга хизмат қилмоқда.

Таклиф этилаётган «**MedUnion**» илмий-амалий журнали ёш олимлар, магистрлар, клиник ординаторлар, докторантлар, мустақил изланувчилар ва талабалар учун профессионал мулоқот майдони бўлиб хизмат қилади. Журнал электрон шаклда нашр этилади, чунки ушбу формат бир қатор афзалликларга эга: нашр этилган материаллар ҳажмига чекловлар олиб ташланади, муаллифдан ўқувчига бўлган йўл сезиларли даражада қисқаради, бу бизнинг динамик замонамизда жуда аҳамиятли, шунингдек ҳаражатлар ҳам анча камайтиради. Ҳар бир мақолага оригинал ДОИ рақами берилади.

Ушбу электрон илмий журналнинг мақсадлари:

- стоматология, умумий клиник, фундаментал фанлар, шунингдек, тиббиётда педагогика ва психология соҳасидаги замонавий тадқиқотларни ёритиш.
- ёш олимларнинг интеграциялашуви ва ушбу фанларнинг илмий ва амалиётчи мутахассислари ўртасидаги яқин ҳамкорлик.
- академик анъаналар давомийлигини сақлаш, илмий-педагогик кадрларни тарбиялаш.

Журналда ўзбек, рус ва инглиз тилларида ёш олимлар диссертацияларининг оригинал эмпирик тадқиқотлари ва умумий илмий-назарий мақолалар чоп этилади. Ишонаманки, ушбу журнал ҳақиқий мунозара майдонига айланади, илмий мулоқотни таъминлашга ёрдам беради, шунингдек, тиббиёт соҳасида янги илмий ва педагогик кадрларни тарбиялашга ўз хиссасини қўшади. Сизни ушбу лойиҳада турли материаллар муаллифи ва шарҳловчи сифатида иштирок этишга таклиф қиламиз.

**Бош муҳаррир**

**Н. Ҳайдаров**

**Главный редактор:**

**Хайдаров Н.К.** – д.м.н., ректор Ташкентского государственного стоматологического института (Узбекистан)

**Заместитель главного редактора: Шомуродов К.Э.** –

д.м.н., проректор по научной работе и инновациям ТГСИ (Узбекистан)

**Ответственный секретарь:**

**Мун Т. О.** – PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)

**Редакционная коллегия:**

**Баймаков С.Р.** – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Амануллаев Р.А.** – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)  
**Ходжиметов А.А.** – д.б.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)  
**Мухамедов И.М.** – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)  
**Рустамова Х.Е.** – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)  
**Полатова Д.Ш.** – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)  
**Шамсиев Д.Ф.** – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)  
**Муртазаев С.С.** – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Вахидов У.Н.** – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Янгиева Н.Р.** – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Раимова М.М.** – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Салимов О.Р.** – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Хамдамов Б.З.** – д.м.н., доцент БухГМИ (Узбекистан)  
**Собиров М.А.** – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Султонов Ш.Х.** – д.м.н., доцент (Узбекистан)  
**Алимова Д.М.** – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Мирсалихова Ф.Л.** – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Пахомова Н.В.** – к.м.н. доцент кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова (Россия)  
**Халматова М.А.** – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Махкамова Н.Э.** – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)  
**Нишанова А.А.** – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Туйчибаева Д.М.** – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Мухамедов Б.И.** – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Нугманова У.Т.** – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Дадабаева М.У.** – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Арипова Г.Э.** – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Шомухамедова Ф.А.** – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Махсумова С.С.** – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Содикова Х.К.** – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Алиева Н. М.** – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Скосырева О.В.** – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)

**Chief editor:**

**Khaydarov N.K.** – DSc, Rector of the Tashkent State Dental Institute (Uzbekistan)

**Deputy Editor:**

**Shomurodov K.E.** – DSc, Vice-Rector for Research and Innovation TSDI (Uzbekistan)

**Executive assistant:**

**Mun T. O.** – PhD, assoc.prof of TSDI (Uzbekistan)

**Editorial team:**

**Baymakov S.R.** – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Amanulaev R.A.** – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Khodjimetrov A.A.** – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Mukhamedov I.M.** – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Rustamova Kh.E.** – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Polatova D.Sh.** – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Shamsiev D.F.** – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Murtazaev S.S.** – DSc, assoc prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Vakhidov U.N.** – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Yangieva N.R.** – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Raimova M.M.** – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Salimov O.R.** – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Khamdamov B.Z.** – DSc, assoc.prof. of BSMI (Uzbekistan)  
**Sobirov M.A.** – DSc, assoc.prof. (Uzbekistan)  
**Sultanov Sh.Kh.** – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Alimova D.M.** – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Mirsalikhova F.L.** – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Pakhomova N. V.** – PhD, assoc.prof. The First Saint Petersburg State medical university named after Academician Pavlov I.P. (Russia)  
**Khalmatova. M. A.** – PhD, assoc.prof. of TSDI Uzbekistan)  
**Makhkamova N.E.** – DSc, prof. of TSDI Uzbekistan)  
**Nishanova A.A.** – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Tuychibaeva D.M.** – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Mukhamedov B.I.** – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Nugmanova U.T.** – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Dadabaeva M.U.** – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Aripova G.E.** – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Shomukhamedova F.A.** – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Makhsumov S.S.** – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Sodikova Kh.K.** – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Alieva N.M.** – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)

**Реймназарова Г.Д.** – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Аляви С. Ф.** – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Каримова М.У.** - к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Акрамова Л.Ю.** – к.п.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Бабакулов Ш. Х.**- PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Хасанова Л.Э.**- д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)  
**Балтабаев У.А.**- д.х.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)  
**Буранова Д.Д.**-к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Исраилова М.Н.**- PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Хикметов Б.А.** - PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Абдукодиров Э.И.** - PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)

#### Редакционный совет:

**Jaе Hoon Lee** – д.м.н., профессор Университет Ёнсей (Южная Корея)  
**Kavinda Sudharaka Tissera** – PhD, Университет Рухуна (Шри Ланка)  
**Ермак О.А.** – к.м.н., доцент Белорусской медицинской академии последиplomного образования (Беларусь)  
**Бекжанова О.Е.** – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)  
**Даминова Л.Т.**– д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)  
**Дусмухамедов М.З.** – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)  
**Азизов Б.С.** – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)  
**Пулатова Б.Д.**– д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)

#### Дизайн и технические работы:

**Мирхайидов М.М.**  
**Жураев Б.Н.**  
**Мусаев Ш.Ш.**

**Skosireva O.V.** – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Reimnazarov G.D.** – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Alyavi S.F.** – PhD., assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Karimova M.U.** - PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Akramova L.Yu.** – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Babakulov Sh.Kh.** - PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Khasanova L.E.**- DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Baltabayev U.A.** - DSc, professor in TSDI (Uzbekistan)  
**Buranova D. D.**- PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Israilova M. N.**- PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Khikmetov B.A.**- PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Abdukodirov E.I.**- PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)

#### Editorial Council:

**Jaе Hoon Lee** – DSc, Prof. of Yonsei University (South Korea)  
**Kavinda Sudharaka Tissera** – PhD, Ruhuna University (Sri Lanka)  
**Ermak O.A.** – PhD, assoc.prof. of the Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education (Belarus)  
**Bekjanova O.E.** – DSc, prof. in TSDI (Uzbekistan)  
**Daminova L.T.** – DSc, prof.in TSDI (Uzbekistan)  
**Dusmukhamedov M. Z.** – DSc, prof. in TSDI (Uzbekistan)  
**Azizov B. S.** – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)  
**Pulatov B. D.**– DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)

#### Design and technical work:

**Mirkhayidov M.M.**  
**Juraev B.N.**  
**Musaev Sh.Sh.**

<b>Диагностика и лечение волчаночного нефрита</b> .....	242-248
35. Mekhmonov Sh.R., Babakulov Sh.Kh., Boltaev Sh,Sh.	
<b>O'sima etiologiyli obstruktiv yo'g'on ichak tutilishining diagnostikasi va davolashi</b> ....	249-253
36. Нагаева Г.А., Ли В.Н., Журалиев М.Ж.	
<b>Функциональное состояние почек во взаимосвязи с клинико-анамнестическими данными у больных ОКС/ОИМ</b> .....	254-260
37. Нуриллаева Н.М., Ибраимова Т.Х.	
<b>Динамика факторов риска ишемической болезни сердца и их изменчивость при информированности пациента</b> .....	261-266
38. Пулатова Н.И.	
<b>Clinical efficacy and tolerance of oregano extract as an expectorant in respiratory pathology treatment</b> .....	267-272
39. Рахимов Х.Х., Камилова У.К..	
<b>Қандли диабет 2 тур беморларида миокард инфарктидан кейинги юрак-қон томир ремоделлашуви хусусиятлари</b> .....	273-277
40. Рахимова М.Б., Ахмедов Х.С.	
<b>Современные аспекты терапевтического подхода анкилозирующего спондилоартрита</b> .....	278-286
41. Рахимова М.Э., Ахмедов Х.С.	
<b>Стабил зўриқиш стенокардияси билан оғриган беморларда буйраклар дисфункциясини эрта ташхислаш ва даволашни мувофиқлаштириш</b> .....	287-296
42. Рахимова М.Э., Гадаев А.Г.	
<b>Юрак ишемик касаллигида буйраклар дисфункциясини эрта аниқлашда подоцитлар холати ва подоцитуриянинг аҳамияти</b> .....	297-304
43. Розыходжаева Г.А., Юсупалиева Г.А., Назирхужаев Н.Ш.	
<b>Актуальность разработки референтных параметров количественной эхокардиографии у здоровых детей узбекской популяции (обзор)</b> .....	305-310
44. Сабиров М. А., Ташпулатова М. Х., Мунавваров Б. А.	
<b>Антиоксидантларнинг коронавирус ассоцирланган нефропатиялардаги самарадорлигини цитокинлар динамикасидаги манзараси</b> .....	311-318
45. Садикова С.И., Джалилова С.Х.	
<b>Современные принципы терапии лямблиоза кишечника в практике семейного врача</b> .....	319-324
46. Саидхонов С. М., Сабиров М. А., Даминова К.М., Мунавваров Б. А.	
<b>Сурункали буйрак касаллигининг турли босқичларида дисэлектролитемия ва гипергомоцистеинемиянинг лаборатор манзараси</b> .....	325-330
47. Сафарова Г.А.	
<b>The problem of nephropathy in patients after coronavirus infection (literature review)</b> .....	331-339
48. Тошева Х.Б.	
<b>Surunkali obstruktiv o'pka kasalligini tashxislash va davolashga yondashuv</b> .....	340-347
49. Тураев И.А.	
<b>Эффективность антигипертензивной терапии у больных ХБП III стадии</b> .....	348-253
50. Турсунов Д.И., Муминов Д.К., Даминова Л.Т.	
<b>Состояние почек при хронической обструктивной болезни легких</b> .....	354-358
51. Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.	
<b>An approach to the treatment of cardiorenal syndrome in patients with chronic kidney disease</b> .....	359-368
53. Турсунова Н.С., Нугманова М.А.	



УДК:616.61-005:616.12-009.72

## СТАБИЛ ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ МУВОФИҚЛАШТИРИШ

Рахимова М.Э., Ахмедов Х.С.  
Тошкент тиббиёт академияси  
Тошкент, Ўзбекистон

### Хулоса

Атеросклероз хисобига юзага келган юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бутун дунёда, жумладан Ўзбекистонда ҳам ахоли орасида ногиронлик ва ўлимга олиб келадиган асосий сабаблардан бири хисобланади. Ушбу мақола стабил зўриқиш стенокардияси билан оғриган беморларда буйрак дисфункциясини эрта ташхислаш ва даволашни мувофиқлаштиришга бағишланган. Даволаш натижасида хар икки гуруҳда ижобий клиник ўзгариш кузатилди, лекин бу натижа иккинчи гуруҳда яққолроқ намоён бўлди. Стабил зўриқиш стенокардияси билан оғриган беморларда буйрак дисфункцияси маркёрларини эрта аниқлаш ва умум қабул қилинган даво билан бирга комбинацияланган гиполипидемик воситаларини қўллаш монотерапияга нисбатан ишончли даражада самарали эканлиги қайд этилди.

**Калит сўзлар:** атеросклероз, юрак ишемик касаллиги, хавф омил, дислипидемия, статинлар, буйрак дисфункцияси, коптокчалар фильтрацияси тезлиги, цистатин С, креатинин.

### Аннотация

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), обусловленная атеросклерозом, является одной из основных причин инвалидности и смертности населения во всем мире, в том числе и в Узбекистане. В данной статье приведены результаты проведенной оптимизированной медикаментозной терапии больных со стабильной стенокардией напряжения на основании ранней диагностики почечной дисфункции. В результате в обеих группах наблюдения отмечалась положительная клиническая динамика, тогда как во второй группе эффективность лечения была более выражена. Показано, что раннее выявление маркеров дисфункции почек и применение комбинированных гиполипидемических средств в сочетании с традиционной терапией у пациентов с ИБС более надежно эффективны, чем монотерапия.

**Ключевые слова:** атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, фактор риска, дислипидемия, статины, нарушение функции почек, скорость клубочковой фильтрации, цистатин С, креатинин.

### Annotation

Coronary heart disease (CHD), caused by atherosclerosis, is one of the main causes of disability and mortality throughout the world, including in Uzbekistan. This article represents the results of optomozes therapy of patients with stable angina based on the early diagnostics of renal dysfunction. As a result of treatment, positive clinical dynamics were observed in both groups, but in the second group this result was more pronounced. It has been shown that early detection of renal dysfunction markers and combined lipid-lowering agents in combination with traditional therapy in patients with stable angina is more reliably effective than monotherapy.

**Keywords:** atherosclerosis, coronary heart disease, risk factor, dyslipidemia, statins, impaired renal function, glomerular filtration rate, cystatin S, creatinine.

Мультифокал атеросклероз муаммоси долзарб ва кўп қиррали бўлиб, унинг ечими ҳали ўз якунини топгани йўқ. Турли томир ҳавзаларидаги артерияларнинг зарарланиши, ривожланишнинг умумий патогенетик механизмлари даволаш ва олдини олиш ёндашувларидаги фарқни белгилайдиган бир қатор хусусиятларга эга. Бу ҳолат мультифокал зўзгаришларнинг даволаш тамойилларини ишлаб чиқишни бир мунча қийинлаштиради [5, 28, 31].

ЮИК билан оғриган беморларда кузатиладиган коморбид касалликлар орасида сурункали буйрак касаллиги (СБК) алоҳида аҳамиятга эга бўлиб, юрак қон томир тизими касалликларига (ЮҚТТК) олиб келувчи ва уларни оғирлаштирувчи етакчи хавф омил (ХО) гуруҳига киради [5, 20, 22]. Турли популяцияларда ўтказилган тадқиқотларга кўра, сурункали буйрак касаллигининг (СБК) тарқалиши 10-13% ни ташкил этиб, ХОлари юқори бўлган гуруҳларда 20% га етади.USRDS (The United States Renal Data System) Америка регистрининг маълумотида БД аниқланган 65 ёшдан катта аҳоли орасида буйрак фаолияти бузилмаганларга нисбатан тож томирлар атеросклерози (16,5% га қарши 42,5%) ва МИ (2% га қарши 10%) кўпроқ учраши қайд этилган [14, 31].

Юрак ва буйрак касалликлари умумий артериал гипертензия, қандли диабет, семизлик, дислипидемия каби «анъанавий» хавф омилларга эга бўлиб, улар бирга келганда ЮҚТТК ривожланишига патогенетик таъсир кўрсатувчи гипергидратация, камқонлик, фосфор-кальций алмашинуви бузилиши, тизимли яллиғланиш ва гиперкоагуляция каби «анъанавий бўлмаган» буйрак омиллари қўшилади. Ўтказилган эпидемиологик ва популяцион тадқиқотлар шуни кўрсатадики, буйрак фаолиятининг хатто энг эрта субклиник бузилиши ҳам ЮҚТТКлари ва уларнинг асоратлари ривожланиши ҳамда ўлим кўрсаткичларига мустақил ХО сифатида таъсир кўрсатади. Буйрак дисфункцияси (БД) кардиоренал асоратлар сонини кўпайтиради, бинобарин эрта ўлимга сабаб бўлади [3, 10, 11, 16, 22, 25].

ЮИК билан оғриган беморларда БД аниқланганда унда мавжуд коморбид ҳолатларнинг туридан қайтий назар биринчи навбатда асосий касалликни турғунлаштириш, буйрак фаолиятига салбий таъсир этадиган омилларни бартараф этиш лозим. Дори воситалари билан даволашда одатда нефропротектив ва кардиопротектив таъсирга эга бўлган воситалар танланади. Даволаш протеинурияни камайтиришга, қон босимини (ҚБ)

меъёрлаштиришга, мавжуд камқонликни ва гиперурикемияни бартараф этишга, дислипидемияни, фосфор-кальций алмашинувини, инсулинга резистентликни ва гиперсимпатикотонияни мувозанатлашга йўналтирилган бўлиши керак [4, 7, 11, 21, 22].

Маълумки ЮҚТТҚда буйрак зарарланиши гипер- ва дислипидимия, қон зардобидида яллиғланиш олди цитокинлар миқдорини ошиши, эндотелий дисфункцияси билан бирга кечади ва ўз навбатида асосий касалликнинг оқибатига салбий таъсир кўрсатади. [6, 13, 18, 31]. Статинларни қўллашнинг самарадорлиги уларнинг плейотроп, яъни эндотелий фаолиятини яхшилаши, томирларни кенгайтириши, антипролифератив, иммуносупрессив хусусияти, антиишемик ва антитромботик ҳамда яллиғланишга қарши таъсири билан намоён бўлади.

Айни вақтда дориларнинг ноҳўя таъсирини (хусусан оғир миопатиялар) камайтириш мақсадида статинларнинг кунлик миқдорини камайтириш ва уларни эзетимиб билан бирга қўллаш мақсадга мувофиқ хисобланади. Эзетимиб ўз навбатида ингичка ичакда экзоген ва эндоген холестеринни сўрилишини олдини олиш орқали паст зичликдаги липопротеидларни (ПЗЛП) 15-22% га камайтиради ва даволаш самарадорлигини оширади [1, 13, 24].

ЮИК билан оғриган беморларда БДсини эрта аниқлашга ва уни авжланишини ҳамда асоратланишини олдини олишга йўналтирилган илмий изланишлар бугунги кунда тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири хисобланади ва биз уни ўрганишни олдимизга мақсад қилиб қўйдик.

**Материал ва усуллар:** Ушбу илмий тадқиқот ишида 2020- 2022

йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг кардиология ва кардиореабилитация бўлимларида даволанган 167 нафар турғун сўриқиш стенокардияси II-III-IV ФС билан оғриган ўртача  $61,47 \pm 8,42$  ёшда бўлган беморлар қатнашдилар. Уларнинг 112(67,1%) тасини эркаклар (ўртача  $61,29 \pm 8,3$  ёш) ва 55(32,9%) та аёлларни (ўртача  $61,85 \pm 8,7$  ёш) ташкил этди. Ташхис Европа кардиологлар жамияти (ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes) қабул қилган тасниф меъзонларига асосланди. Барча беморлар шифохона шароитида даволангандан сўнг 6 ой давомида амбулатория шароитида кўзатувда бўлдилар. Уларда даволашдан олдин ва кейин қонни биокимёвий тахлили билан бир қаторда электрокардиография (ЭКГ), Холтер мониторинг, эхокардиография (ЭхоКГ), буйрак ва бўйин томирлари доплерографияси текширувлари ўтказилди. Буйрак фаолиятини баҳолаш мақсадида қон таркибида креатинин, цистатин С, сийдик таркибида эса оқсил миқдори аниқланди. Шу билан бир қаторда қон зардобидидаги креатинин ва цистатин С га асосланган холда КФТ хисобланди.

Беморларнинг шикоятлари, анамнези, клиник ва лаборатор текширишлар натижасига кўра БД хос белгилар кузатилмаган бўлсада, қон зардобидидаги креатинин ва цистатинга асосан КФТ хисобланганда уларнинг 33,5% да БД аниқланди. Беморга Европа кардиологлар жамияти тавсиясига асосан, мавжуд клиник белгилар, ХО ва коморбид холатларни инобатга олган холда ангиотензин айланттирувчи фермент ингибитори (ААФИ), β-адреноблокатор,



анетиагригант, статин, зарурият бўлганда нитрат, диуретик, антиаритмик препаратлар буюрилди. Гиперхолестеринемия ва дислипидемияни мувозанатлаш мақсадида розувостатин 20 мг билан бирга эзетимиб 10 мг (розулип плюс 20/10 мг) берилди.

**Тадқиқод натижалари муҳокамаси:** Назоратда бўлган беморларда КФТ ни қон таркибидаги креатинин ҳамда цистатин С га асосланган ҳолда СКД-

EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration, 2021) формуласи ёрдамида ҳисобланди ва олинган натижалардан келиб чикиб 2 та гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳ КФТ $\geq$  90 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> бўлган 111 та (66,5%), иккинчи эса КФТ $\leq$  89 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> бўлган 56 та (33,5%) беморлардан ташкил топди. КФТ ни бошқа кўрсаткичлар билан ўзаро боғлиқлиги 1-жадвалда келтирилган.

### 1- жадвал

#### Юрак ишемик касаллигида хавф омилларини буйраклар дисфункцияси билан боғлиқлиги

Кўрсаткичлар	Барча беморлар n=167 та		p
	КФТ $\geq$ 90 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> (n=111та)	КФТ $\leq$ 89 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> (n=56 та)	
Эркаклар, n(%)	91 (81,9%)	21 (37,5%)	X <sup>2</sup> =33.34 P<0.001
Аёллар, n(%)	20 (18.1%)	35 (62,5%)	X <sup>2</sup> =33.34 P<0.001
Ўртача ёши	58,6 $\pm$ 0,71	67,16 $\pm$ 0,97	P<0.05
Қандли диабет, n (%)	17 (15.3%)	20 (35,7%)	X <sup>2</sup> =8.98 P<0.001
Сигарет чекувчилар, n (%)	22 (19.8%)	8 (14,3%)	X <sup>2</sup> =0.774 P>0.05
Анамнезида миокард инфаркти ўтказган, n (%)	13 (11,7%)	6 (10,%)	X <sup>2</sup> =0.037 P>0.05
Анамнезида артериал гипертензия мавжуд бўлган, n (%)	91 (82%)	50 (89,3%)	X <sup>2</sup> =33.34 P<0.001
Протеинурия, n (%)	54 (48,6%)	47 (83,9%)	P<0.05

Юқорида 1- жадвалда келтирилган маълумотларга кўра эркаклар биринчи гуруҳда 81,9% ни, иккинчида 37,5%ни ташкил этди (X<sup>2</sup>=33.34 P<0.001). Аёллар эса иккинчи гуруҳда биринчига нисбатан кўпроқ бўлиб, мос равишда 18,1% ва 62,5% бўлди (X<sup>2</sup>=33.34 P<0.001). Айни вақтда

иккинчи гуруҳ ишонarli даражада катта ёшдаги беморлардан иборат бўлди (p<0.005). Беморларда аниқланган каморбид ҳолатлар таҳлил қилинганда биринчи ва иккинчи гуруҳда мос равишда ҚД билан оғриганлар 15,3% /35,7% ни (X<sup>2</sup>=8.98 P<0.001), АГ мавжуд бўлганлар 73,4% /79,5% (p<0,01),

камқонлик – 23,4% /41,0% ( $p < 0,001$ ), анамнезида инсулт ўтказганлар 10,2 /12,8% ни, МИ ўтказганлар 24,2% /35,9% ( $p < 0,001$ ) ни, каморбидлик индекси (КИ) эса 7,3 /8,7 баллни ( $p < 0,001$ ) ташкил этди. Биринчи гуруҳдаги беморларнинг 48,6% да, иккинчи гуруҳдагиларнинг эса 83,9% да протеинурия аниқланди ( $\chi^2=33.34$   $P < 0.001$ ). Анамнезида АГ, ҚД

бўлган беморларда протеинурия даражаси юқори бўлди.

КФТ креатининга ҳамда цистатин С га асосланган ҳолда ҳисобланганда ҳар икки гуруҳ беморларда олинган натижалар ишонарли даражада фарқ қилди ва БД мавжуд беморлар улуши янада кўпроқ эканлиги аниқланди ( $p < 0,001$ ).

## 2-жадвал

### Буйрак фаолияти кўрсаткичларини ва биокимёвий таҳлил натижаларини гуруҳлар кесимида солиштирма таҳлили (n = 167).

Кўрсаткичлар	КФТ $\geq 90$ мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> (n=111 та)	КФТ $\leq 89$ мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> (n=56 та)	P
Креатинин,(ммоль/л)	65,8 $\pm$ 6,9	91,4 $\pm$ 7,7	P<0,05
Цистатин С (мг/л)	1,2 $\pm$ 0,01	1,3 $\pm$ 0,02	P<0,05
КФТ креатининга асосан, мл/мин/1,73м <sup>2</sup> асосан.	99,9 $\pm$ 1,6	79,9 $\pm$ 1,4	P<0.001
КФТ цистатин С га асосан, мл/мин/1,73м <sup>2</sup> асосан	91,8 $\pm$ 1,6	72,4 $\pm$ 1,3	P<0.001
Протеинурия (г/л)	0,005 $\pm$ 0,018	0,017 $\pm$ 0,048	P>0,05

Биринчи гуруҳ беморларда қон зардобиди креатинин 65,8 $\pm$ 6,9 ммоль/л, цистатин С 1,2 $\pm$ 0,01 мг/л, иккинчи гуруҳда эса ушбу кўрсаткичлар мос равишда 91,4 $\pm$ 7

,7 ммоль/л ва 1,3 $\pm$ 0,02 мг/л ни ташкил этди ( $p < 0,05$ ). КФТ қон зардобидидаги креатининга асосан ҳисобланганда биринчи гуруҳда 99,9 $\pm$ 1,6, иккинчи гуруҳда 79,9 $\pm$ 1,4 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> га тенг бўлди ( $P < 0.001$ ) Барча беморларда КФТ цистатин С асосида ҳисобланганда эса мос равишда 91,8 $\pm$ 1,6 ва 72,4 $\pm$ 1,3 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> бўлиб, креатинин асосида ҳисобланганга нисбатан пастлиги кузатилди ( $p < 0,05$ ).

Умумий папуляцияда КФТ  $\geq 90$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> бўлганлар 59,3% (99та)ни, КФТ  $\leq 89$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>

бўлгани эса 40,7% (68та) ни ташкил этди ( $p < 0,05$ ). Ушбу натижага кўра КФТ цистатин С асосида ҳисобланганда креатинин асосида аниқланганларга нисбатан БД бўлганлар 7,2% кўпроқ учради ( $p < 0,05$ ). Иккинчи гуруҳдаги, яъни БД мавжуд беморлар сони асосан анамнезида ҚД, ГК бўлган, МИ ўтказган, катта ёшдаги аёллар хисобига кўпайганлиги кузатилди. Гуруҳлар кесимида протеинурия текширилганда иккинчи гуруҳда биринчига нисбатан 29,4% га юқори бўлсада натижа ишонарли бўлмади.

ЮИК билан оғриган КФТ $\leq$ 89 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> бўлган беморларда монанд танланган асосий стандарт даво билан бирга монотерапия (розувастатин 20 мг) ва ва комбинирланган (розувастатин + эзитимиб 20/10 мг) давонинг самарадорлигини ҳамда уни БД омилларига таъсири аниқлаш учун улар ихтиёрий танлаш усули ёрдамида икки гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳга – розувастатин 20 мг, иккинчисига - розувастатин + эзитимиб 20/10 мг тавсия этилди. Даволаш натижасида хар икки гуруҳда ижобий клиник силжиш

кузатилди. Беморларнинг 1- гуруҳини 42,9% да, 2- гуруҳни 60,7% да даволаш давомида стенокардия хуружлари кузатилмади (P<0.001). Шу вақт оралиғида хар икки гуруҳда ҚБ даражаси меъёрий кўрсаткичларда бўлди.

Олти ой давомида даволашдан кейин 1- гуруҳ беморларда УХ- 16,6%, ТГ - 27,7%, ПЗЛП 18,6% (P<0.001) камайди, 2- гуруҳда ушбу кўрсаткичлар мос равишда 23,8%, 50%, 18,4% га пасайган (P<0.05) (3- жадвал).

### 3- жадвал

**Юрак ишемик касаллиги буйрак дисфункцияси билан кечган беморларнинг липид спектрига ва буйрак фаолиятига розувастатин ва розувастатин + эзитимиб (розулип плюс) нинг таъсири**

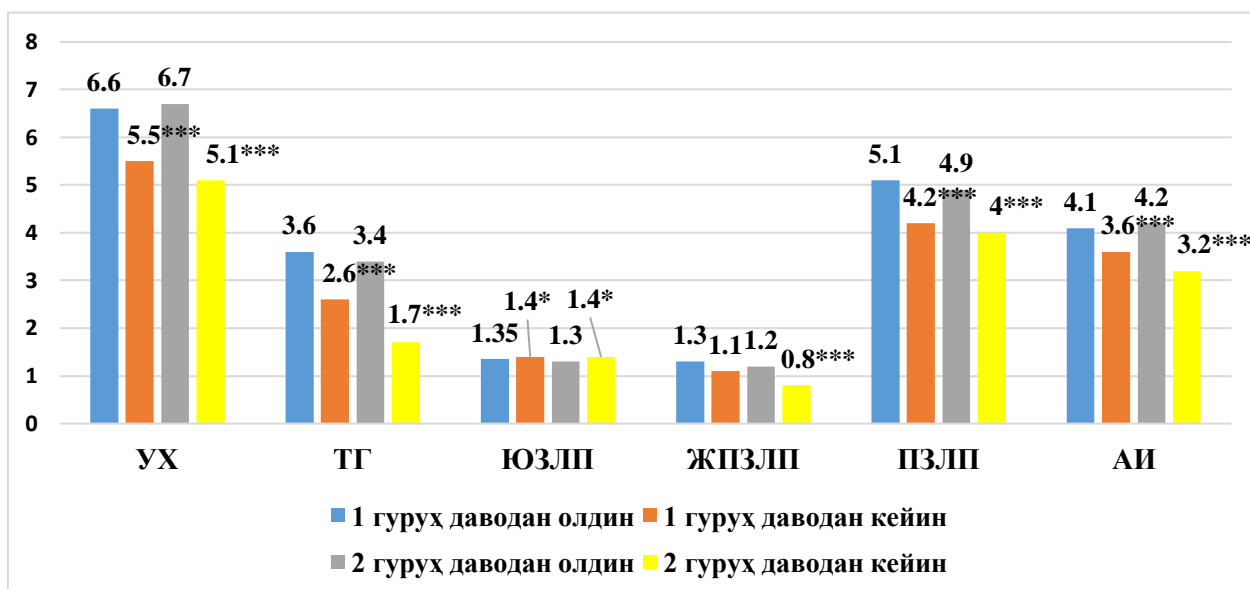
Кўрсаткичлар	КФТ $\leq$ 89 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> (n=56 та)			
	Розувастатин		Розувастатин + эзитимиб	
	1 – гуруҳ (n=28 та) даводан олдин	1 – гуруҳ (n=28 та) даводан кейин	2– гуруҳ (n=28 та) даводан олдин	2 – гуруҳ (n=28 та) даводан кейин
Протеинурия (г/л)	0,005 $\pm$ 0,001	0,002 $\pm$ 0,002 (60%)	0,004 $\pm$ 0,001	0,001 $\pm$ 0,004 (75%)
Креатинин, (ммоль/л)	74,5 $\pm$ 7,5	80,2 $\pm$ 5,7 (7,1%)	71,8 $\pm$ 7,7	82,8 $\pm$ 5,9 (13,2%)*
Цистатин С (мг/л)	1,2 $\pm$ 0,02	1,1 $\pm$ 0,03* (8,3%)	1,25 $\pm$ 0,02	1,1 $\pm$ 0,03*** (12%)
КФТ, мл/мин/1,73м <sup>2</sup>	73,4 $\pm$ 1,4	80,2 $\pm$ 1,6**	74,6 $\pm$ 1,6	79,4 $\pm$ 1,4*

*Изох: КФТ – коптокчалар филтрация тезлиги. ЮУС– юрак уриш сони. САД – систолик артериал давления. ДАД – диастолик артериал давления. ТГ – триглитсеридлар. ЮЗЛП – юқори зичликдаги липопротеидлар. ЖПЗЛП – жуда паст зичликдаги липопротеидлар. ПЗЛП – паст зичликдаги липопротеидлар. \* - даводан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар фарқи ишончлилиги: \* - p<0,05., \*\* - p<0,01., \*\*\* - p<0,001.*

Айни вақтда юқори зичликдаги липопротеидлар (ЮЗЛП) 1- гуруҳда 27% га (P<0.05) 2- гуруҳдаги беморларда эса 33,1%га (P<0.001) ошган, атерогенлик индекси (АК) эса мос равишда 12,2% ва 23,8% га пасайган (P<0.05). БД мавжуд беморларни гиполипидемик восита билан даволаш монотерапия олганларга нисбатан комбинацияланган статин қабул қилгандарда ишонарли даражада самарали бўлди. ЮИК билан оғриган БД мавжуд бўлган беморларни монанд танланган асосий стандарт даво

билан бирга монотерапия (розувастатин 20 мг) ва комбинирланган (розувастатин + эзитимиб 20/10 мг) гиполипидемик даволаш натижасида биринчи гуруҳда 46,4%(13та), иккинчи гуруҳда эса 67,9% (19 та) беморларда ПЗЛПни мақсадли

кўрсаткичгача пасайиши кузатилди. Таҳлил натижалари комбинацияланган (розувастатин ва эзитимиб биргаликда) даво монотерапияга нисбатан ишончли даражада юқори самарадорликка эгаллигини кўрсатди ( $p < 0,001$ ) (чизма- 1).



**Чизма -1. монотерапия ва комбинацияланган гиполипидемик давонинг липид алмашинуви кўрсаткичларига таъсири.**

Изоҳ: \* - даводан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар фарқи ишончлилиги: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ .

Даволаш натижасида хар икки гуруҳ беморларнинг буйрак фаолиятини акс эттирувчи омилларда ижобий силжиш кузатилди. Тавсия этилган дори воситаларининг ноўя таъсири кузатилмади. Протеинурия 1- гуруҳда 60% га 2 -да 75% га камайган, лекин бу силжиш ишонарли даражада фарқ қилмади. Қон зардобидида креатинин мос равишда хар икки гуруҳда 12,6% ва 7,1% га, цистатин –С эса 8,3% ( $P < 0,01$ ) ва 12% га ( $P < 0,001$ ) камайди. Шу билан бир қаторда КФТ мос равишда  $80,2 \pm 1,6$  ( $P < 0,05$ ) ва  $79,4 \pm 1,4$  ( $P < 0,01$ ) мл/мин/1,73м<sup>2</sup> гача ошди.

Монотерапия ва комбинацияланган гиполипидемик даво ни юрак ичи гемодинамик кўрсаткичларига таъсири таҳлил қилинганда 1- гуруҳда қоринчалараро тусик калинлиги (ҚАТҚ) -9,5%га, чап қоринча орка еусик калинлиги (ЧҚОТҚ)- 7,5% га, сўнги диастолик ўлчам (СДЎ) 9,9%, сўнги систолик ўлчам (ССЎ)- 10,8%, сўнги диастолик ҳажм (СДХ) - 11,8%, сўнги систолик ҳажм (ССХ)-11,6 %га, 2 гуруҳда эса мос равишда 12,8%, 7,6%, 10,3%, 12,1%, 11,5%, 14,1% га камайган бўлиб, бу силжиш ишонарди бўлмади. Олинган натижа гуруҳлар кесимида фарқ қилмади (4 –жадвал).

4- жадвал

**Юрак ишемик касаллиги буйрак дисфункцияси билан кечган беморларнинг юрак ичи гемодинамик кўрсаткичларига розувастатин ва розувастатин + эзитимиб (розулип плюс) нинг таъсирини қиёсий баҳолаш**

Кўрсаткичлар	КФТ ≤ 89мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> (n=56 та)			
	Розувастатин		Розувастатин + эзитимиб	
	1- гурух (n=28 та) даводан олдин	1 – гурух (n= 28 та) даводан кейин	2 – гурух (n=28 та) даводан олдин	2 – гурух (n=28 та) даводан кейин
ҚАТҚ (ТМЖП),мм	11,5±1,2	10,4±1,1	11,7±1,3	10,2±1,1
ЧҚОТҚ (ТЗСЛЖ),мм	10,6±1,2	9,8±1,0	10,4±1,2	9,6±1,1
СДЎ,мм	52,4±3,3	47,2±3,1	51,6±2,9	46,3±2,6
ССЎ,мм	36,8±2,8	32,8±2,4	36,4±2,9	32,0±2,3
СДХ, мл	140,8±10,4	124,2±9,4	139,5±10,2	123,5±8,4
ССХ, мл	52,5±3,4	46,4±3,0	53,8±3,9	46,2±2,6
ЧҚ ҚОФ, %	56,6±3,2	58,4±2,8	57,2±3,4	58,6±3,0
ЧҚМОи, г/м <sup>2</sup>	88,4±13,4	85,4±12,2	87,4±14,8	84,1±11,4

*Изох: КФТ – коптокчалар филтрация тезлиги. ЮУС – юрак уриш сони. САД – систолик артериал давления. ДАД – диастолик артериал давления. ҚАТҚ – қоринчалараро тусик калинлиги. ЧҚОТҚ – чап қоринча орка еусик калинлиги.*

*СДЎ – сўнги диастолик ўлчам. ССЎ – сўнги систолик ўлчам. СДХ – сўнги диастолик ҳажм. ССХ – сўнги систолик ҳажм. ҚОФ – кон отиш фраксияси.*

*ЧҚМОИ – чап қоринча миокарди оғирлиги индекси. ЧБ – чап бўлмача.*

Даволаш натижалар ЮИК билан оғриган ва БД мавжуд беморларни даволашда қўлланилган комбинацияланган гиполлипидемик (розувастатин ва эзитимиб биргаликда) восита қабул қилишда қулай, липидлар алмашинувини мувозанатлашда ва буйрак фаолиятини барқарорлашда юқори самарадорликка эгалиги тасдиқланди.

Хулоса қилиб айтганда ЮИК билан оғриган беморларни даволашда

стандарт даво билан мунтазам равишда статинларни холестерин абсорбцияси ингибиторлари билан бирга қўллаш ПЗЛП, ЖПЗЛП, ТГ, АК ишончли даражада пасайиши, ЮЗЛП миқдорини ошиши билан намоён бўлди. Шу билан бир қаторда қон зардобиди креатинин ва цистатин С ни, сийдик таркибиди протеинурияни камайиши, КФТ ни ошиши даволаш буйрак фаолиятига ижобий таъсир этишини кўрсатади.



## Литература / References

1. Алексеева ИА, Ежов МВ. Особенности применения фиксированной комбинации розувастатина и эзетимиба для эффективной гиполипидемической терапии. Медицинский Совет. 2020; (14):26–32). doi: 10.21518/2079–701X-2020–14–26–32.
2. Ахмеджанов Н.М., Небиеридзе Д.В., Сафарян А.С. Коррекция гиперхолестеринемии в первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний: особенности и спорные вопросы. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2018;14(6): 917-921. DOI:10.20996/1819-6446-2018-14-6-917-921.
3. Барбараш О.Л., Кашталап В.В. Управление риском развития ишемических событий у пациентов с мультифокальным атеросклерозом и сахарным диабетом 2-го типа. Атеротромбоз. 2020;(1):34–44. doi: 10.21518/2307-1109-2020-1-34-44;
4. Белялов Ф.И. Ишемическая болезнь сердца и нарушение функции почек // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2017. - №13(3). – С. 409 - 415.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации, VII пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. 2020;1(38):7–42.): 10.34687/2219–8202.JAD.2020.01.0002.
6. Ежов М.В., Сергиенко И.В., Аронов Д.М., Арабидзе Г.Г., Ахмеджанов Н.М., Бажан С.С. и др. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. 2017;3:5-22;
7. Карпов Ю.А., Барбараш О.Л., Бощенко А.А., Кашталап В.В., Кухарчук В.В., Миронов В.М., Панченко Е.П., Руда М.М., Самко А.Н, Соболева Г.Н., Ширяев А.А. Евразийские клинические рекомендации по диагностике и лечению стабильной ишемической болезни сердца (2020-2021). Евразийский кардиологический журнал. 2021; (3):54-93, <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2021-3-54-93>.
8. Погосова Н. В., Юферева Ю. М., Качанова Н. П., Метельская В. А., Колтунов И. Е., Воронина В. П. и др. Поиск возможных подходов к диагностике до клинического атеросклероза у лиц с высоким сердечно-сосудистым риском. Кардиология. 2019;59(11S):53–62.
9. Сергиенко И.В. Ежов М.В. Гуревич В. С. И со авторы Сравнительная эффективность и безопасность монотерапии статинами и их комбинации с эзетимибом (Результаты российского ретроспективного наблюдательного исследования УНИСОН). Атеросклероз и дислипидемии. 2022;4(49):25–38. DOI: 10.34687/2219-8202. JAD.2022.04.0003.
10. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. European Heart Journal. 2020;41(1):111–88
11. Mach F., Baigent C., Catapano A., Koskinas K., Casula M., Badimon L. et al. 2019 ESC/EAS guidelines for the

- management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The task force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal*. 2020;41(1):111–188. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455.
12. Neeland I.J., Ross R., Després J.P., Matsuzawa Y., Yamashita S., Shai I., Seidell J., Magni P., Santos R.D., Arsenault B., et al. Visceral and ectopic fat, atherosclerosis, and cardiometabolic disease: A position statement. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019;7:715–725. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30084-1.
13. Rovin B. H. et al. Executive summary of the KDIGO 2021 guideline for the management of glomerular diseases //Kidney international. – 2021. – T. 100. – №. 4. – C. 753-779.
14. Schoppet, M., Rauner, M., Benner, J., Chapurlat, R., Hofbauer, L. C., & Szulc, P. (2015). Serum fetuin-A levels and abdominal aortic calcification in healthy men - The STRAMBO study. *Bone*, 79, 196-202. doi: 10.1016/j.bone.2015.06.004;
15. Van der Laan S., Fall T., Soumaré A., et al. Cystatin C and Cardiovascular Disease: A Mendelian Randomization Study // *J Am Coll Cardiol*, 2016. Vol. 68(9). P. 934–945. doi:10.1016/j.jacc.2016.05.092.
16. Li Q., Zeng Y., Jiang Q., Wu C., Zhou J. 2019. Role of mTOR signaling in the regulation of high glucose-induced podocyte injury. *Exp. Ther. Med.* 17 (4), 2495–2502. <https://doi.org/10.3892/etm.2019.7236>;
17. Kim S., Hwang S., Jang H. R. et al. Creatinine- and cystatin C-based estimated glomerular filtration rate slopes for the prediction of kidney outcome: a comparative retrospective study // *BMC Nephrol.*— 2019.—Vol. 20 (1)—P. 214.
18. Deng Y., Wang L., Hou Y. et al. The influence of glycemic status on the performance of cystatin C for acute kidney injury detection in the critically ill // *Ren. Fail.* — 2019. — Vol. 41 (1) — P. 139–149;