



ISSN 2181-3426

Journal DOI: 10.26739/2181-3426



O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО- АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 2

ISSUE 2

2022

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

2 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 2, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 2, ISSUE 2

II МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ЭНДОКРИНОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

ЎЗБЕКИСТОН ЭНДОКРИНОЛОГЛАРИНИНГ II ХАЛҚАРО КОНГРЕССИ

II INTERNATIONAL CONGRESS OF ENDOCRINOLOGISTS OF UZBEKISTAN

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2022

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
№2 (2022) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2022-2>

Бош мухаррир:
Главный редактор:
Chief Editor:

Хайдарова Ф. А.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по лечебной работе, главный
эндокринолог РУз, д.м.н., профессор

Бош мухаррир ўринбосари:
Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Халимова З. Ю.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по науке, д.м.н.,
профессор

Маъсул котиб:
Ответственный секретарь:
Executive Secretary:

Каланходжаева Ш. Б.
Заведующая Учебного центра при
РСНПМЦ Эндокринологии, к.м.н.

Техник котиб:
Технический секретарь:
Technical Secretary:

Сиддиқов А.А.
РСНПМЦ Эндокринологии

ТАХРИРИЙ МАСЛАХАТ КЕНГАШИ | РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ | EDITORIAL BOARD

Т. Камалов
Заведующий Отделением гнойные осложнения
сахарного диабета, Республиканского
Специализированного Научно-Практического
Медицинского Центра Эндокринологии имени
академика Ё. Х. Туракулова
д.м.н.

М. Каримов
ГУ “РСНПМЦТ и МР”, руководитель
отдела гастроэнтерологии, д.м.н.,
Профессор

Д. Набиева
Ташкентская медицинская академия,
заведующая кафедрой факультетской и
госпитальной терапии №1 с курсом
профессиональных заболеваний, д.м.н.,
доцент

Н. Алиханова
Заведующая научного отдела Диабетологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Г. Наримова
Заведующая отделением Тиреоидной патологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Н. Юлдашева
Руководитель отдела патологии сетчатки и
зрительного нерва РСНПМЦ
Эндокринологии, д.м.н.

Ю. Урманова
Доцент кафедры эндокринологии с детской
эндокринологией ТашПМИ, д.м.н.

Н. Алимова
С.н.с. Отдела детской эндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии. Главный педиатр
эндокринолог МЗ РУз к.м.н

А. Садыкова
Учёный секретарь, к.м.н.

А. Холикова
Заведующая отделением нейроэндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

А. Алиева
Заместитель главного врача по стационару
Республиканского специализированного научно-
практического медицинского центра
эндокринологии МЗ РУз имени академика
Я.Х.Туракулова, к.м.н.

Н. Садикова
Ташкентская медицинская академия,
доцент кафедры Внутренние болезни
№2, к.м.н.

А. Каримов
Руководитель отделения нейрохирургии
РСНПМЦ Эндокринологии, директор РСНПМЦ
Неврологии и Инсульта, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А. Алимов - Заместитель министра здравоохранения начальник Главного управления здравоохранения, д.м.н., профессор

С. Исмаилов - Ташкентский Медицинский Педиатрический Институт, заведующий кафедрой эндокринологии с детской эндокринологией; д.м.н., профессор

Д. Нажмутдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Внутренние болезни №2, д.м.н., профессор

Ж. Аканов - ОФ “Казахстанское общество по изучению диабета”, Президент, к.м.н., главный внештатный эндокринолог г. Алматы, главный врач Центра Диабета МК “AAA”, член AASD, ISE

Ф. Бахритдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Офтальмологии, д.м.н., профессор

М. Каттаходжаева - Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, профессор кафедры акушерства-гинекологии, д.м.н., профессор

В. Мирзазаде - Председатель Азербайджанской Ассоциации Эндокринологии, Диабетологии и Терапевтического Обучения, Заведующий кафедрой терапии Азербайджанского государственного Института совершенствования врачей им. А. Алиева, Председатель Научного Общества Эндокринологов Азербайджана, Пожизненный член Международной Диабетической Федерации, д.м.н., профессор

З. Камалов - Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, заместитель директора по научной работе, заведующий лабораторией иммунорегуляции, д.м.н., профессор;

Э. Гроссман - Член академии медицинских наук Великобритании, Заслуженный профессор эндокринологии Оксфордского университета, Старший научный сотрудник Колледжа Грин Темплтон, профессор нейроэндокринологии Бартс и Лондонской школы медицины, Консультант эндокринолог Лондонского клинического центра эндокринологии

А. Шек - Руководитель лаборатории ИБС и атеросклероза РСНПМЦ Кардиологии МЗ РУз, д.м.н., профессор

Ф. Тураев - директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова, д.м.н.

М. Пауэлл - Старший консультант нейрохирург Национальной больницы неврологии и нейрохирургии, Директор по образованию нейрохирургии в Великобритании, член комитета и экзаменатор Межвузовского совета по нейрохирургии Королевского хирургического колледжа

В. Панькив - Заведующий отделом профилактики, лечения сахарного диабета и его осложнений Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, эксперт МЗ Украины по эндокринологии, Заслуженный врач Украины д.м.н., профессор

Б. Даминов - Ректор Ташкентского Педиатрического Медицинского Института, д.м.н., Профессор

Т. Хегай - Заведующая лабораторией геномно-клеточных технологий Института иммунологии и геномики человека АН РУз, д.м.н.

Е. Георгадзе - Профессор Национального института эндокринологии Тбилиси MD, PhD

Т. Саатов - Институт Биофизики и биохимии при НУ Уз, заведующий лабораторией Метаболизма, доктор биологических наук, профессор, академик АН РУз.

Р. Базарбекова - Председатель РОО «Ассоциация врачей-эндокринологов Казахстана», заведующий кафедрой эндокринологии КазМУНО, д.м.н., профессор

Л. Туйчиев - Ташкентская медицинская академия, заведующий кафедрой инфекционных и детских инфекционных болезней, д.м.н., профессор

А. Гадаев - Профессор кафедры внутренних болезней 3 Ташкентской медицинской академии, д.м.н.

Г. Рахимова - Заведующая кафедрой эндокринологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, д.м.н., профессор

Б. Шагазатова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры внутренних болезней №2, д.м.н.

Ш. Зуфарова - директор Республиканского центра репродуктивного здоровья населения, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии

ОСНОВАТЕЛИ ИНСТИТУТА КРАЕВОЙ МЕДИЦИНЫ



Абдуллаев Хабиб
Мухамедович



Умидова Зульфия
Ибрагимовна



Аскаров Акбар
Аскарлович



Исмаилов Насыр
Исмаилович



Масумов Садык
Алиевич

ДИРЕКТОРА НИИ ЭНДОКРИНОЛОГИИ



Туракулов Ёлкин
Холматович
1957-1958 и
1976-1997 гг.



Махкамов Гулям
Махкамович
1958-1966 гг.



Исламбеков Раджаб
Капланович
1967-1971 гг.



Зуфаров Камилджан
Ахмеджанович
1972-1973 гг.



Максумов Джалал
Насырович
1974 г.



Рахимов Нишан
Рахимович
1974-1975 гг.



Ильясов Шокасым
Шахизирович
1975-1976 гг.

ДИРЕКТОРА РСНПМЦЗ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Ё.Х. ТУРАКУЛОВА



Исмаилов Саид
Ибрагимович
1997-2015 гг.



Алимов Анвар
Валиевич
2016-2020 гг.



Тураев Феруз
Фатхуллаевич
с 2021 года

ИСТОРИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ЭНДОКРИНОЛОГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Ё.Х. ТУРАКУЛОВА

Исполнилось 65 лет со дня основания Республиканского Специализированного научно-практического Медицинского Центра Эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова. К этой славной дате Центр подошел с выдающимися достижениями.

История Центра начинается с создания Института Краевой Медицины в 1957 году. Необходимость научной разработки медицинских проблем края была крайне важна не только с точки зрения интересов развития медицинской науки на уровне требований того времени, но в большей степени для решения насущных вопросов практического здравоохранения. Для решения этих задач необходимо было иметь достаточное число квалифицированных кадров по всем специальностям медицинской науки и практического здравоохранения, а также технически оснащённые научные лаборатории. Необходимо было также определить основные научные направления будущих исследований. В связи с этим возникла идея о создании такого научного учреждения в системе АН РУз. Инициатором выступил выдающийся учёный, организатор науки Республики, академик Х.М. Абдуллаев, президент АН Узбекистана в те годы. Идея горячо была поддержана первыми узбекскими профессорами-медиками, заведующими кафедрами ТашГосМИ А.А. Аскарным, З.И. Умидовой, Н.И. Исмаиловым, С.А. Масумовым и др.

Главной проблемой, стоящей перед медицинской наукой и практикой здравоохранения в те годы, была задача по ликвидации эндемического зоба, лечение и профилактика желудочно-кишечных заболеваний, авитаминозов, исследование особенностей водно-солевого обмена в условиях жаркого климата Средней Азии. Именно эти проблемы выдвигались в качестве основных научных направлений для будущего института. Президиум АН РУз при поддержке учёных-медиков обратился в Правительство республики с предложением организовать научно-исследовательский институт медицинского профиля в системе АН РУз.

Институт Краевой Медицины был создан постановлением Совета Министров Республики от 1 августа 1957 года. Директором института был назначен молодой, энергичный и талантливый учёный Ёлкин Холматович Туракулов. Благодаря эрудиции и научной интуиции Я.Х. Туракулова, в короткое время была сформирована структура института, включающая лаборатории фармакологии (руководитель доцент И.К. Камилов), физиологии (руководитель академик А.Ю. Юнусов), клинической фармакотерапии (руководитель доцент Н.С. Кельгинбаев), восточной медицины (доцент А. Ибрагимов), биохимии (доцент Ё.Х. Туракулов), желудочно-кишечной патологии (руководитель член-корреспондент АН РУз А.А. Аскарн), микробиологии, патоморфологии и др. Кроме того в состав института был передан Республиканский противозобный диспансер Министерства Здравоохранения. За короткое время эти лаборатории превратились в крупные научно-исследовательские центры не только в системе АН, но стали основой для развития кафедр и экспериментальных направлений в медицинских и биологических учебных заведениях.

Основоположником разработки проблемы борьбы с эндемическим зобом в Республике был профессор ТашМИ, хирург С.А. Масумов, и на базе его прежних исследований по эндемическому зобу в Ферганской долине создавалось учение о профилактике и ликвидации зоба путём обеспечения населения йодированной солью. Именно по его инициативе был

организован Республиканский противозобный диспансер, который составил основу зобного отделения при организации института Краевой Медицины. Изучение эпидемиологии йодной недостаточности и ликвидация эндемического зоба стало основным направлением нового института. Название института - Институт Краевой Медицины было определено исходя из задач по изучению болезней края, распространённых в те годы (эндемического зоба, болезней ЖКТ, авитаминозов). Но ввиду чрезвычайной актуальности эндемического зоба акцент был сделан на ликвидацию йодной недостаточности.

К концу 1957 года, Институт Краевой Медицины располагал восемью лабораториями: физиологии, фармакологии, биохимии, желудочно-кишечной патологии со стационаром, эндемического зоба с хирургическим отделением, патогистологии, бактериологии. В 1958 году под руководством крупного учёного, специалиста по гигиене питания проф. Махкамова Г.М. была создана лаборатория питания и экспериментальной патологии, которая начала вплотную заниматься особенностями приготовления восточных блюд, гигиеническими требованиями к составу питательных продуктов и технологии приготовления, витаминного обеспечения.

Главные достижения лаборатории биохимии, тиреоидной патологии, лаборатории и клиники зобного отделения в первые годы были связаны с изучением йодного обмена и они были достигнуты в большей степени благодаря широкому применению радиоактивного изотопа йода I131 для диагностических (радиойоддиагностика), лечебных (радиойодтерапия) и исследовательских целей. Институт Краевой медицины оказал неоценимую помощь многим институтам биологического отделения АН РУз, клиникам и кафедрам в подготовке специалистов, организации лаборатории радиоактивных изотопов.

В последующие годы Институт Краевой медицины МЗ РУз несмотря на расширение тематики, неоднократные переходы из системы АН РУз в систему здравоохранения и обратно, сохранил своё ведущее положение в роли научного центра по изучению обмена йода в организме и йоддефицитных состояний, применению радиоактивного йода в медицине не только в республике, но и в соседних центрально-азиатских странах. В период деятельности Института Краевой медицины происходил постоянно поиск новых направлений, они получали развитие, модифицировались. В их создании и развитии принимали участие талантливые энергичные зрелые учёные и они оставили свой незабываемый след в истории лабораторий и клинических отделений. Признанный терапевт-эндокринолог Эркин Гафурович Каюмов, который руководил терапевтическим направлением в клинике, начал первые исследования по сахарному диабету, был одним из первых докторантов Института и защитил докторскую диссертацию при консультации известного учёного, академика АМН, создателя школы диабетологов проф. Баранова В.Г.

Д.м.н., проф. Кельгинбаев Нияз Сулейманович создал лабораторию клинической фармакотерапии, в дальнейшем на базе которой была создана лаборатория диабетологии. Проф. Рахимов Нишан Рахимович, известный терапевт-гастроэнтеролог, руководивший длительный период созданным акад. А.А. Аскарковым отделением желудочно-кишечной патологии, был директором Института в 1974-1975 годы и обеспечил развитие гастроэнтерологического направления.

Ильясов Ш.Ш. - ученик проф. Масумова С. А., хирург-эндокринолог, провёл большую научную, эпидемиологическую работу по тиреоидной патологии. В 1975 году был директором Института.

Достижения в этих областях были достаточно значимыми и в 1964 году они были удостоены высшей научной награды того времени - Ленинской премии в области науки -

благодаря результатам клинико- биохимических исследований эндемического зоба, выполненных Ё.Х. Туракуловым, Р.К. Исламбековым. Первая книга, посвященная йодному обмену и тиреоидным гормонам была опубликована в 1960 году Ё.Х. Туракуловым, книга была издана на английском языке. Фактически она составила основное достижение исследований института по краевой патологии.

Создание Института Краевой Медицины АН Республики открыло новые огромные возможности для подготовки национальных кадров в области различных разделов медицины и биологии. Подготовка кадров осуществлялась не только в стенах лаборатории института, но и путем прикомандирования очных аспирантов и докторантов в ведущие научные центры бывшего Советского Союза.

Из Института Краевой Медицины в 1967 году выделился самостоятельно Институт Биохимии, затем Институт физиологии, целый ряд кафедр в медицинском, фармацевтическом институтах, в Ташкентском Государственном Университете. Через институт Краевой Медицины в биохимические исследования проникли новые методы биохимических, биофизических, цитологических исследований, радиоизотопно-гистохимический анализ, разные варианты хроматографии, электрофореза, люминесцентная и фазово-контрастная микроскопия.

Ведущие учёные Института принимали активное участие в международных научных конференциях, симпозиумах и конгрессах. Если до приобретения независимости Республикой участие сотрудников в Международных конференциях было спорадическим и редким, то последние десять лет дали огромный толчок для общения с ведущими специалистами всего мира. Наличие Интернета позволяет быть в гуще новейших достижений медицины. Налажены тесные связи с ведущими учеными России, США, Англии, Германии, Франции, Японии, Австралии и других стран.

В дальнейшем НИИ Эндокринологии руководил д.м.н., профессор Исмаилов Саидганихужа Ибрагимович (1997-2016 гг.), который продолжил работу своего учителя, наставника академика Ё.Х. Туракулова.

Последовательное и продуманное развитие и расширение клинических отделений, поликлиники, радиологического корпуса превратили Клинику Института Эндокринологии в квалифицированный научно-практический эндокринологический центр, получивший признание в Республике.

Развитие Клиники Института сопровождалось созданием материальной базы и оснащением отделений современной аппаратурой, подготовкой квалифицированных научных кадров, врачей-эндокринологов. В соответствии с новым статусом после преобразования Института Краевой Медицины в Институт Эндокринологии и полным освоением клинического корпуса расширился круг его обязанностей, уровень, объём и глубина диагностической, лечебной, профилактической работы, созданы новые лаборатории, клинические отделения.

На основании Указа Президента Республики Узбекистан от 19 сентября 2007 года № УП-3923 и Постановления Президента Республики Узбекистан от 2 октября 2007 года № ПП-700 НИИ Эндокринологии МЗ РУз реорганизован в Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии МЗ РУз.

Основные направления деятельности Центра

- изучение распространенности, особенностей течения, лечения и профилактики основных эндокринных заболеваний в Узбекистане;

- разработка научно обоснованных методов организации эндокринологической службы республики;
- изучение механизмов действия гормонов, гормональной регуляции метаболизма.
- расширение и укрепление международного сотрудничества с ведущими зарубежными медицинскими учреждениями в области эндокринологии, обеспечение широкого обмена накопленным опытом, информацией, а также специалистами.

С 2016 года директором Центра был назначен профессор Алимов Анвар Валиевич. Им проделана огромная работа по развитию эндокринологической службы Республики.

На основании Постановления Президента Республики Узбекистан от 20 июня 2017 года № ПП-3071 и Постановления Кабинета Министров от 14 октября 2017 года № 826 РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз присвоено имя основателя эндокринологии в Республики, выдающегося ученого академика Ё.Х. Туракулова.

Было утверждено Постановление Президента Республики Узбекистан от 19 апреля 2019г ПП-4295, где наряду с улучшением материально-технической базы и расширением спектра услуг Центра, было уделено особое внимание региональным эндокринологическим диспансерам Республики.

Основными целями Программы явилось улучшение медицинской и социальной помощи больным с эндокринной патологией, путем совершенствования законодательства, регулирующего действия органов здравоохранения, местных властей, государственных и негосударственных организаций с целью достаточного финансирования в решении проблем эндокринных заболеваний, а также улучшение состояния здоровья эндокринных больных, качества жизни, снижения числа осложнений.

Вертикаль эндокринологической службы позволила обеспечить оказание высокотехнологичной эндокринной помощи не только жителям г.Ташкента, но и гражданам самых отдаленных регионов Республики, а также оказывать непрерывную организационно-методическую помощь врачам в регионах.

С 2021 года директором РСНПМЦЭ имени академика Ё.Х. Туракулова является д.м.н. Тураев Феруз Фатхуллаевич (кардиохирург).

За 65 лет существования НИИ, затем Центром подготовлены более 250 кандидатов и 60 докторов наук, опубликованы монографии, сборники, методические рекомендации, научно-популярные медицинские издания, научные статьи в отечественных и зарубежных журналах.

Сегодня сотрудники работают с полной отдачей сил и энергией по выполнению задач, поставленных перед Центром, стремятся повышению эффективности эндокринологической помощи больным в свете реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения.

Дело Туракулова Ёлкин Холматовича продолжают его ученики и последователи.

**Директор РСНПМЦЭ д.м.н.
Ф.Ф. Тураев**

**Заведующая организационно-методическим отделом к.м.н.
Д.М. Бердикулова**

1. Джураева А.Ш., Бадридинова Б. К. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПРИНИМАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ.....	13
2. Badritdinova M.N., Rizayeva M.A. 2-TUR QANDLI DIABET VA YURAK- QON TOMIR PATOLOGIYALARINING OLDINI OLIH UCHUN UGLEVOD ALMASHINUVI BUZILISHINING DASTLABKI SHAKLLARIDA GLYUKEMIK PROFILINING ANAMIYATI.....	19
3. Журакулова З.А. ПЕРВИЧНОЕ И ВТОРИЧНОЕ БЕСПЛОДИЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ.....	26
4. Холиков А.Ю., Урманова Ю.М. СВЯЗЬ ОПРОСНИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ WHOQOL-BREF С РАЗЛИЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ГЕМОДИАЛИЗЕ.....	33
5. Хайдарова Ф. А., Каюмова Д.Т., Латипова М. А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	39
6. Тураев Ф.Ф., Алиханова Н.М., Мусаханова Ч.Б., Назарова Н.С., Тахирова Ф.А., Аббосходжаева Л.С., Акрамова Г.Г., Шакирова М.М., Каюмова Д.Т., Айходжаева М.А., МаксUTOва Н.Н., Тригулова Р.Х., Давронов Р.Р. ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ.....	48
7. Дон А.Н. К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА.....	56
8. Камалов Т.Т., Тожибоев С.С. КЛИНИЧЕСКАЯ, БИОХИМИЧЕСКАЯ И ГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СО СТОПОЙ ШАРКО.....	61
9. Хайдарова Ф.А., Алимова К.Б. ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С КАРДИО-РЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ.....	68
10. Урманова Ю.М., Миртухтаева М.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАЛОГОВ СОМАТОСТАТИНА (САНДОСТАТИН-ЛАР) В ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТСКИХ НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА.....	75
11. Alimova N.U., Akhmedova K.R., Sadikova A.S., Yusupova N.T., Isamuhamedov M.T., Yuldasheva F.Z., Suleymanova F.N. A CLINICAL CASE OF SHERESHEVSKY-TURNER SYNDROME.....	85

12. Камалов Т.Т., Мирзаев К.К., Хайдаров М.О. ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ АССОЦИИРОВАННО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	90
13. Акбутаев А.М., Халимова З.Ю. АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА: ОБЗОР.....	99
14. Махкамова Н.Б., Халимова З.Ю. ОРГАНИЗМДА ЙОД ТАНҚИСЛИГИ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ.....	110
15. Халимова З.Ю., Абидова Д.Х., Холикова А.О. ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПУСТОГО ТУРЕЦКОГО СЕДЛА.....	114
16. Тураев Ф. Ф., Хайдарова Ф. А., Каюмова Д. Т., Айхожаева М. А., Латипова М. А. ДИЕТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ.....	122
17. Хайдарова Ф.А., Тешабекова М.К. ОСОБЕННОСТИ ДОПплЕРОГРАФИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХБП 1-4 СТАДИИ.....	129
18. Хайдарова Ф.А., Каланходжаева Ш.Б., Сиддиков А.А. КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА.....	137
19. Камалов Т.Т., Шокиров Х.Ш. ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (ЯЗВА, ГАНГРЕНА, АМПУТАЦИЯ) АССОЦИИРОВАННО С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК. КЛИНИКО- БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА.....	144
20. Халимова З.Ю., Негматова Г.Ш. ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНЫХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫМ СИНДРОМОМ.....	151
21. Исмаилов С.И., Даминова Л.Т., Муминова С.У., Собирова Н.М. ВЛИЯНИЕ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	158
22. Исмаилов С.И., Алимджанов Н.А., Узбеков К.К., Рашитов М.М., Узбеков Р.К., Омилжонов М.Н., Нурмухамедов Д.Б. ЭКТОПИЯ АДЕНОМЫ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	165
23. Хайдарова Ф.А., Иногамова Д.Т. ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С И БЕЗ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДО РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ СОСУДОВ СЕРДЦА.....	174
24. Тожиева И.М. ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....	181

25. Рахимова Г.Н., Наримова Г.Д., Тилляшайхова И.М. НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19.....	190
26. Хайитбоева К.Х. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ТИРЕОТОКСИКОЗА СРЕДИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	201
27. Ходжаева А.С., Тиллабаева Д.М. ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	211
28. Яхёева Ҳ.Ш., Тешаев Ш.Ж. КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗДА ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР.....	216
29. Тураев Ф.Ф., Алимова Н.У., Юлдашева Ф.З., Садикова А.С., Бердикулова Д.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕДНИХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ДИНАМИКЕ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	222
30. Камалов Т.Т., Алимханов О.О. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ НА СТАДИИ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	230
31. Расулова Ш.Х., Тригулова Р.Х., Исмаилов С.И. ДИСФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ПРИНИМАВШЕХ АМИОДАРОН.....	239
32. Хайдарова Ф.А., Латипова М.А. МЕДИАТОРЫ ГИПОТАЛАМУСА В ЭТИОЛОГИИ ОЖИРЕНИЯ.....	241
33. Худойбердиева Ф.Ф., Хайдарова Ф.А., Амонов Ш.Э. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСТОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	243
34. Inomova G.K., Quldasheva Y.M., Khalimova Z.Yu. FEATURES OF THE INCIDENCE OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH TRANSSPHEOIDAL PITUITARYADENOECTOMY.....	244



Хайдарова Ф.А.,
Тешабекова М.К.

Республиканский Специализированный
Научно-Практический Медицинский Центр
Эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова.

ОСОБЕННОСТИ ДОПЛЕРОГРАФИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХБП 1-4 СТАДИИ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7463792>

АННОТАЦИЯ

Цель исследования – изучить особенности доплерографии почек у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и ХБП 1-4 стадии

Материал и методы исследования. Всего были отобраны 80 больных с СД 2 и ХБП 1-4 ст., из них 47 мужчин и 33 женщины. Для изучения влияния различных схем нефропротективной терапии на функциональное состояние почек при сахарном диабете 2 типа больные были разделены на 4 терапевтические группы:

1 группу составили 20 больных с СД 2 и ХБП 1-4 ст., получающих SGLT-2 (эмаглиф) + метформин

2 группу – составили 20 больных с СД 2 и ХБП 1-4 ст., получающих SGLT-2 (эмаглиф) + ДПП 4 (янувия)

3 группу – составили 20 больных с СД 2 и ХБП 1-4 ст., получающих SGLT-2 (эмаглиф) + ГПП 1 (виктоза)

4 группу – составили 20 больных с СД 2 и ХБП 1-4 ст., получающих SGLT-2 (эмаглиф) + инсулин.

В работе были применены общеклинические, клинико-биохимические (АЛ, АСТ, билирубин, ПТИ, мочевины, креатинин, СКФ, С-реактивный белок, и др), гормональные (инсулин, С-пептид), иммунологические (уромодулин) методы исследования крови, а также инструментальные методы обследования-УЗИ внутренних органов, доплерография сосудов почек, а также статистические методики. Группу контроля составили 20 здоровых лиц.

Результаты исследования. По мере увеличения возраста у пациентов повышается и уровень коморбидности. Исходные данные углеводного обмена указывали на их достоверное отличие от показателей нормы ($p < 0,05$). Показатели индекса сопротивления почечной и сегментарных артерий увеличиваются по мере прогрессирования функционального нарушения почек и достоверно коррелируют с основными показателями функциональной активности почек.

Выводы: 1. По мере увеличения возраста у пациентов повышается и уровень коморбидности. Так, наиболее высокий уровень коморбидной патологии наблюдался у пациентов старшей возрастной группы (≥ 60 лет): у 37,2% пациентов данной группы значения уровня коморбидной патологии составили 14-23 балла.

2. У больных сахарным диабетом 2 типа с ХБП 1-4 ст наблюдаются изменения почечной гемодинамики, которые проявилось повышением внутривисцерального сосудистого сопротивления на уровне почечной, сегментарной и междолевых артерий.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, кардио-ренальный синдром, лечение

ANNOTATION

The purpose of the study is to perform the ultrasound Doppler of kidneys characteristics of patients with type 2 diabetes and stages of chronic kidney disease 1-4 "

Material and research methods. In total, 80 patients with diabetes 2 and CKD 1-4, from the bottom of 47 men and 33 women were selected to study the effects of various nephroprotective therapy schemes on the functional state of the kidneys in type 2 diabetes 2, patients were divided into 4 therapeutic groups:

1 group amounted to 20 patients with diabetes 2 and CKD 1-4 dg. receiving SGLT-2 (EMAGLIF) + metformin

2 groups-amounted to 20 patients with diabetes 2 and CKD 1-4 dg. receiving SGLT-2 (EMAGLIF) + DPP 4 (Januvia)

3 group-amounted to 20 patients with diabetes 2 and CKD1-4 dg, receiving SGLT-2 (EMAGLIF) + GPP 1 (Victosa)

4 groups-amounted to-20 patients with diabetes 2 and CKD 1-4 dg, receiving SGLT-2 + insulin.

In the work, general clinical, clinical and biochemical (Al, AST, bilirubin, bird, urea, creatinine, SKF, C-reactive protein, etc.), hormonal (insulin, s-peptide), immunological (uromodulin) methods of blood test, as well as instrumental methods of examination-uzi of internal organs, dopplerography of kidney vessels, as well as statistical methods. The control group amounted to 20 healthy persons.

Research results. As the age increases in patients, the level of comorbidity is also increased. The initial data of carbohydrate metabolism indicated their reliable difference from the indicators of the norm ($p < 0.05$). Indicators of the resistance index of the renal and segmental arteries increase as the functional impaired renal impairment progresses and reliably correlate with the main indicators of the functional activity of the kidneys.

Conclusions: 1. As the age increases, the level of comorbidity increases. Thus, the highest level of comorbid pathology was observed in patients of the older age group (≥ 60 years): in 37.2% of patients of this group, the values of the level of comorbid pathology were 14-23 points.

2. In patients with diabetes mellitus, 2 Tina with CKD 1-4 dg, there are changes in renal hemodynamics, which were manifested by an increase in intracranial vascular resistance at the level of renal, segmental and inter-lane arteries.

Keywords: diabetes mellitus 2 type 2, cardio-renal syndrome, treatment

ANNOTACIYA

Tadqiqotning maqsadi - Buyrak dopplerografiyasining xususiyatlarini 2chi tur qandli diabet (QD2) va 1-4-bosqich surunkali buyrak etishmovchiligi (SBE) urganildi

Material va tadqiqot usullari. Hammasi bo'lib, 80 ta nafar QD 2 bilan kasallangan bemorlarda SBE 1-4 daragali anikandi, ulardan 47 erkak va 33 ta ayol. Turli xil nefroprotektiv terapiya sxemalarining ta'sirini o'rganish uchun tanlangan 4 terapevtik guruhlariga:

1 guruh QD2 va 1-4 daragali SBE bilan 20 ta bemornitashkil etdi. sgt-2 (emalaf) + metforminni qabul qilish

2 guruh - QD2 va 1-4 daragali SBE bilan 20 ta bemorni tashkil etdi. SGLT-2 (EMALIF) + DPP 4 (Januvia) qabul qilindi

3 ta guruh QD2 va 1-4 daragali SBE bilan 20 bilan ta bemorni tashkil etdi. (EMALIF) + GPP 1 ("Protossa" ni qabul qildi

4 guruh - QD2 va 1-4 daragali SBE bilan 20 ta bemor tashkil etdi. (emal) + insulinni olgan.

Ishda umumiy klinik, klinik va biokimyoviy (AL, AST, qush, karbamid, Crearinin, SKF, C-peptid), immunologik (Ugromolin) qonning immunologik usullari Ichki organlarning Ichki organlarning ekspertizasi, buyrak kemalarining dopplerografiyasi, shuningdek statistik usullarni sinab ko'ring. Boshqarish guruhi 20 sog'lom shaxsni tashkil etdi.

Tadqiqotlar natijalari. Bemorlarning yoshining o'sishi bilan, ustuv darajasi ham oshdi. Uglevod metabolizmining boshlang'ich ma'lumotlari norma ko'rsatkichlaridan ishonchli farqlarini ($P < 0.05$) ko'rsatadi. Buyrak va segmental arteriyalarning qarshilik ko'rsatkichlarining ko'rsatkichlari buyrak etishmovchiligi rivojlanib borishi va buyraklarning funktsional faoliyatining asosiy ko'rsatkichlari bilan bog'liq.

Xulosa: 1. Yosh o'sishi bilan, kompannatsiya darajasi oshadi. Shunday qilib, Comorbid patologiyaning eng yuqori darajasi katta yoshdagi katta guruh (≥ 60 yil) bemorlarida kuzatildi: ushbu guruh bemorlarining 37,2 foizi, komorbid patologiya darajasining qiymatlari 14-23 ballni tashkil etdi.

2. Qandli diabet bilan og'rig'an bemorlarda, 2-4 osh qoshiq bilan kasallangan holda, buyrak gemodinamikadagi o'zgarishlar mavjud bo'lib, ular buyrak, segmental va interterlar darajasida ichak tomirlariga chidamliligining ko'payishi bilan namoyon bo'ladi.

Kalit so'zlar: Qandli diabet 2 turi 2, kardio-renal sindromi, davolash

Введение. Хроническая болезнь почек (ХБП) признана глобальной проблемой общественного здравоохранения, более распространенной среди пожилых людей и связанной с множественными сопутствующими заболеваниями. Сахарный диабет и артериальная гипертензия являются распространенными причинами ХБП, но частыми причинами ХБП также являются IgA-гломерулонефрита, мембранозный гломерулонефрит, волчаночный нефрит и аутосомно-доминантный поликистоз почек. [1-3]

Распространенность ХБП сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как сахарный диабет (СД), ожирение, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). По данным литературы признаки повреждения почек и/или снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) выявляют, как минимум, у каждого десятого представителя общей популяции [1] и гораздо чаще - до 40-50% - в группах риска, к которым относятся пациенты с СД [4-9].

В 2017 г. ХБП была признана Организацией Объединённых Наций (ООН) патологией особого внимания в качестве одного из индикаторов достижения глобальных целей по сокращению преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний к 2030 году [10, 11].

По усредненным данным десятилетия выживаемость пациентов с ХБП при диализной терапии превышает 50%, без учета больных сахарным диабетом (Дж.Т. Даугирдас, П.Дж. Блейк., 2006). В США ежегодная смертность больных на гемодиализе составляет 23% (В. Wikstrom, 2008).

Важным фактором изменения «клинического портрета» поражения почек в современных условиях может быть широкое применение препаратов, блокирующих ренин-ангиотензиновую систему (РААС), что может маскировать повышение экскреции белка с мочой [12-14]. Кроме того, гетерогенность поражения почек, особенно при СД2 (обусловленное множественной сопутствующей патологией: артериальной гипертензией (АГ), СС патологией, ожирением, инфекцией мочевых путей, поражением ишемического генеза, нарушением пуринового обмена) [15], значительно снижает диагностическую ценность стандартного метода оценки альбуминурии (АУ). В связи с этим все более очевидной становится необходимость поиска более ранних информативных биомаркеров, отражающих доклинические изменения в почках, и разработка нефропротекции на начальных стадиях ХБП [16-22].

Все вышеуказанное послужило причиной для настоящего исследования.

Цель исследования – изучить особенности доплерографии почек у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и ХБП 1-4 стадии

Материал и методы исследования. В отделении диабетической нефропатии РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз им акад. Ё.Х. Туракулова в период с 2021 по 2022 гг было выполнено сравнительное проспективное одномоментное исследование.

Всего были отобраны 80 больных с СД 2 и ХБП 1-4 ст., из них 47 мужчин и 33 женщины. Для изучения влияния различных схем нефропротективной терапии на функциональное состояние почек при сахарном диабете 2 типа больные были разделены на 4 терапевтические группы:

1 группу составили 20 больных с СД 2 и ХБП 1-4 ст., получающих SGLT-2 (эмаглиф) + метформин

2 группу – составили 20 больных с СД 2 и ХБП 1-4 ст., получающих SGLT-2 (эмаглиф) + ДПП 4 (янувия)

3 группу - составили 20 больных с СД 2 и ХБП 1-4 ст, получающих SGLT-2(эмаглиф) + ГПП 1 (виктоза)

4 группу – составили– 20 больных с СД 2 и ХБП 1-4 ст, получающих SGLT-2(эмаглиф) + инсулин.

В таблице 1 дано распределение больных по полу и возрасту.

Таблица 1.

Распределение больных по возрасту и по группам (по ВОЗ)

Возраст, лет	1 гр	2 гр	3 гр	4 гр
18 – 29	-	-	-	-
30-44	-	-	-	-
45-59	12 (60%)	11 (55%)	12(60%)	10 (50%)
60-74	8 (40%)	9 (45%)	8(60%)	10 (50%)
75 и >	-	-	-	-
Всего- 80	20	20	20	20

Как видно из таблицы 1, чаще всего наблюдались в возрасте от 45 до 74 лет во всех группах.

На рис 1 дан дизайн исследования.

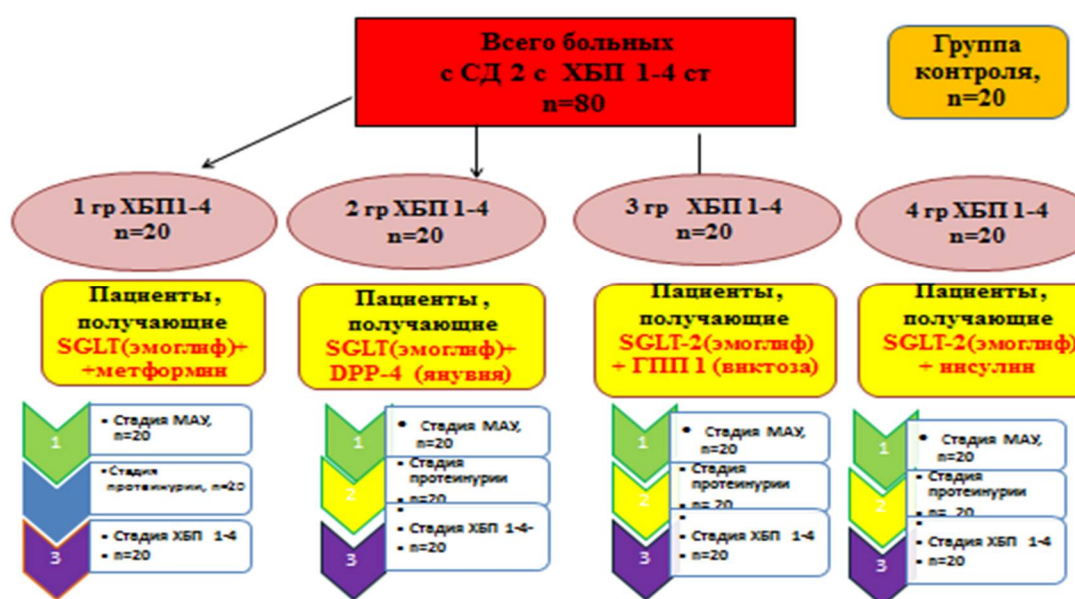


Рис. 1. Дизайн исследования

Критерии включения: пациенты мужского и женского пола, возраст до 75 лет, отсутствие воспалительных заболеваний внутренних и половых органов, наличие СД 2 типа ДН, ХБП 1-4 ст, СКФ выше 45 мл/мин^{1.73} м²

Критерии исключения: возраст старше 75 лет, ОПН, СД 1 типа, злокачественные новообразования любой локализации, острые критические состояния, связанные с осложнениями после перенесенных полостных операций, множественных травм, тяжелые хронические заболевания печени, почек, желудочно-кишечного тракта, ХБП 5 ст

В работе были использованы общеклинические, клинико-биохимические (АЛ, АСТ, билирубин, ПТИ, мочевины, креатинин, СКФ, С-реактивный белок, и др), гормональные (инсулин, С-пептид), иммунологические (уромодулин) методы исследования крови, а также инструментальные методы обследования-УЗИ внутренних органов, УЗИ и доплерография сосудов почек, а также статистические методики. Также оценивали результаты ЭКГ в 12 общепринятых отведениях и эхокардиографии (ЭхоКГ) (размеры камер сердца, толщины его стенок и сократительной способности миокарда). Группу контроля составили 20 здоровых лиц.

Для проведения УЗИ почек использовали ультразвуковой аппарат Aloka с конвексным датчиком 4L (2–5 МГц). Среднее значение РИ рассчитывали по 2-3 измерениям в верхнем, среднем и нижнем отделах почечного синуса. Почечную перфузию оценивали с использованием метода DTRM.

Почечную артерию оценивали в семи точках: при выходе из аорты, в проксимальном, среднем и дистальном сегментах, а так же верхушечную, среднюю и нижнюю сегментарные артерии. Рассчитывали пиковую систолическую (PSV) и конечно-диастолическую (EDV) скорости кровотока, индекс резистивности (RI), время ускорения (AT), индекс ускорения (PSV/AT).

Статистическую обработку проводили на персональном компьютере пакетом программ Microsoft Excel – 2019 методами параметрической и непараметрической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. При поступлении в стационар 60 пациентов (75 %) не получали инсулин, а 20 (25 %) - находились на инсулине. Из 80 больных с СД 2 и ХБП 1-4 ст на момент поступления в стационар сахарный диабет был компенсирован у 15 больных (18,7%), субкомпенсирован - у 31 (38,7 %) и декомпенсирован - у 34 (42,5 %).

В таблице 2 дана общая характеристика включенных в исследование больных ($M \pm m$) исходно.

Таблица 2.

Общая характеристика включенных в исследование больных в группах ($M \pm m$)

Показатель	исходно			
	I группа (n=20), $M \pm SD$	II группа (n=20), $M \pm SD$	III группа (n=20), $M \pm SD$	IV группа (n=20), $M \pm SD$
Мужчины, абс. (%)	13	12	10	11
Женщины, абс. (%)	7	8	10	9
Возраст, лет $M \pm m$	64,5 $\pm$ 5,6	65,8 $\pm$ 5,7	62,3 $\pm$ 3,8	61,2 $\pm$ 4,3
Длительность СД2, лет	12,1 $\pm$ 1,3	14,7 $\pm$ 3,8	15,5 $\pm$ 3,5	16,05 $\pm$ 4,2
HbA1C, %	9,5 $\pm$ 1,6	10,05 $\pm$ 1,7	11,2 $\pm$ 1,4	9,9 $\pm$ 1,2
СКФ мл/мин 1.73 м ²	62,3* $\pm$ 4,3	64,4* $\pm$ 3,2	68,5* $\pm$ 5,3	67,8* $\pm$ 4,6
ИМТ, кг/м ²	33,7 $\pm$ 3,2	34,9 $\pm$ 3,6	35,2 $\pm$ 2,8	32,7 $\pm$ 4,9
САД, мм рт. ст.	156,8 $\pm$ 8,5	158,4 $\pm$ 6,7	167,2 $\pm$ 9,2	165,9 $\pm$ 9,2
ДАД, мм рт. ст.	100,3 $\pm$ 6,8	99,7 $\pm$ 5,4	102,3 $\pm$ 6,8	110,2 $\pm$ 8,3
ЧСС, мин-1	83,4 $\pm$ 3,5	79,8 $\pm$ 5,7	82,9 $\pm$ 3,9	88,3 $\pm$ 4,3

Примечание: *Различия достоверны, $p < 0,05$.

Как видно из таблицы 2, достоверности различий в тех или иных показателях между группами не наблюдалось.

Далее нами был выполнен анализ структуры коморбидной патологии у больных с СД 2 и ХБП 1-4 ст

Установлено, что структура коморбидной патологии представлена сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожирением, болезнями пищеварительной, дыхательной, мочеполовой, нервной систем, патологией почек, опорно-двигательного аппарата, щитовидной железы.

Первое место по распространенности у больных с СД 2 и ХБП 1-4 ст занимают заболевания сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия встречается в 86,3 % случаев, ишемическая болезнь сердца - в 53,8 % случаев, ожирение – в 47,5% случаев.

Заболевания дыхательной системы встречались у 22,5 % пациентов и представлены хроническим бронхитом, хронической обструктивной болезнью легких, эмфиземой легких, пневмосклерозом.

Заболевания нервной системы встречались у 23,8 % и выражались в дисциркуляторной энцефалопатии.

Заболевания пищеварительной системы, выявленные у 28,8 % больных, включают желчекаменную болезнь, хронический панкреатит, вирусный гепатит. Патология опорно-двигательного аппарата имеет место у 66 (48,2 %) пациентов и представлена остеохондрозом, диффузным остеопорозом, артритом.

В нашем материале довольно редко встречалась патология половой системы (5 %), щитовидной железы (5 %).

Исследование липидного спектра показало, что в изучаемых группах больных наблюдалась дислипидемия.

В рамках нашего исследования мы выполнили ультразвуковое исследование почек с доплерографией сосудов почек. Нами оценивался индекс объема почечной паренхимы (иОПП), а также скорость кровотока по почечным артериям и другие показатели.

Далее нами был выполнен анализ данных УЗИ почек (таблица 3).

Таблица 3

Показатели УЗИ и доплерографии почек у больных с ДН

Показатели	Контроль	I группа (n=20), M±SD	II группа (n=20), M±SD	III группа (n=20), M±SD	IV группа (n=20), M±SD
иОПП см ³ /м ²	94,76± 6,12	103,12± 6,23*	110,33± 7,18*	122,34± 6,34*	143,12± 5,22*

Примечание: * - достоверность различия между больными СД и контролем; один знак – $p < 0,05$, два знака - $p < 0,01$, три знака - $p < 0,001$.

Проведенное исследование показало, что в целом по всей когорте больных, включенных в исследование иОПП достоверно отличалось от показателя, характерного для здоровых лиц.

Следующим этапом было проведение доплерографии почечных артерий до лечения в исследуемых группах. Было установлено, между показателями доплерографии почечных артерий в исследуемых группах не было достоверных различий. Вместе с тем, показатели достоверно отличались от данных группы контроля.

Таким образом, увеличение показателя периферического сосудистого сопротивления в почках можно объяснить микроангиопатией, которая развивается при сахарном диабете. Повышение индексов почечного кровотока может свидетельствовать о необратимом повреждении клубочкового аппарата почек [244].

Проведенный корреляционный анализ показал достоверную взаимосвязь индекса сопротивления почечной и сегментарной артерии с показателями функционального состояния почек, характеризующих функциональное состояние гломерулярного и тубулярного отделов

(таблица 4). ИР почечной артерии и сегментарной артерии почек коррелировал отрицательно с рСКФкр ($r = -0,52$, $p < 0,001$ и $r = -0,46$, $p < 0,01$), положительно с уровнем альбумина мочи ($r = 0,48$, $p < 0,001$ и $r = 0,72$, $p < 0,01$) и показателем А/кр ($r = 0,67$, $p < 0,001$ и $r = 0,58$, $p < 0,01$, соответственно).

Таблица 4

Корреляционные взаимосвязи между индексом резистентности сосудов и показателями функции почек

Показатель	Креатин. крови	СКФ кр	Альбум в моче	А/Кр	мочевина крови
ИС ПА	$r = 0,37$ $p < 0,01$	$r = -0,52$ $p < 0,001$	$r = 0,48$ $p < 0,001$	$r = 0,67$ $p < 0,001$	$r = 0,63$ $p < 0,001$
ИС СА	$r = 0,28$ $p < 0,01$	$r = -0,4$ $p < 0,01$	$r = 0,72$ $p < 0,01$	$r = 0,58$ $p < 0,01$	$r = 0,56$ $p < 0,00$

Примечание: ИС ПА – индекс сопротивления почечной артерии, ИС СА - индекс сопротивления сегментарной артерии

Заключение. Итак, у больных сахарным диабетом 2 типа с ХБП 1-4 ст наблюдаются изменения почечной гемодинамики, которые проявилось повышением внутрипочечного сосудистого сопротивления на уровне почечной, сегментарной и междолевых артерий. Показатели индекса сопротивления почечной и сегментарных артерий увеличиваются по мере прогрессирования функционального нарушения почек и достоверно коррелируют с основными показателями функциональной активности почек.

Выводы: 1. По мере увеличения возраста у пациентов повышается и уровень коморбидности. Так, наиболее высокий уровень коморбидной патологии наблюдался у пациентов старшей возрастной группы (≥ 60 лет): у 37,2% пациентов данной группы значения уровня коморбидной патологии составили 14-23 балла.

2. У больных сахарным диабетом 2 типа с ХБП 1-4 ст наблюдаются изменения почечной гемодинамики, которые проявилось повышением внутрипочечного сосудистого сопротивления на уровне почечной, сегментарной и междолевых артерий.

Библиография

1. M. Cañadas-Garre, K. Anderson, J. McGoldrick, A. P. Maxwell, and A. J. McKnight Genomic approaches in the search for molecular biomarkers in chronic kidney diseaseJ Transl Med. 2018; 16: 292. Published online 2018 Oct 25. doi: 10.1186/s12967-018-1664-7
2. Клинические рекомендации «Сахарный диабет с поражением почек», Российская ассоциация эндокринологов 2016, доступны по ссылке https://rae-org.ru/system/files/documents/pdf/kr89_saharnyy_diabet_s_porazheniem_pochek.pdf
3. Климонтов В.В., Мякина Н.Е. Хроническая болезнь почек при сахарном диабете, // монография 2014. -44 с.
4. Шестакова М.В., Шамхалова М.Ш., Ярек-Мартынова И.Я. и др. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек: достижения, нерешенные проблемы и перспективы лечения // Сахарный диабет - 2011 - № 1. - Р. 81-88.
5. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., и др. Атлас регистра сахарного диабета Российской Федерации. Статус 2018 г. // Сахарный диабет. - 2019. - Т. 22. - №2S. - С. 4-61. doi: 10.14341/DM12208
6. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION) // Сахарный диабет. - 2016. - Т. 19. - No2. - С. 104-112. doi: 10.14341/DM2004116-17
7. Бикбов БТ, Томилина НА. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 19982007 гг. (Аналитический

- отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии) // Нефрология и диализ 2009; 11 (3): 144233
8. Шестакова МВ. Современное понятие «хроническая болезнь почек»: методы диагностики, клиническое значение // Сахарный диабет - 2008 - (2) - Р. 4-7.
 9. Бондарь И.А., Климонтов В.В. Ранние маркеры диабетической нефропатии // Клиническая нефрология, 2010. Т. 2. С. 60 - 65
 10. Степанов А. В. Гендерные особенности изменения показателей variability сердечного ритма под влиянием гипербарической оксигенации у пациентов с ишемической болезнью сердца // Украинский терапевтический журнал. - 2004. - № 2. - С. 31-36.
 11. Гудинова Ж. В., Г. Н. Жернакова, Е. И. Толькова Дружелюбная статистика [Электронный ресурс]: статистический анализ медицинских баз данных: пошаговые инструкции // Омская гос. мед. акад., каф. общ. гигиены с курсом гигиены детей и подростков. - Электрон. текстовые дан. - Омск : Изд-во ОмГМА, 2014. - 112 с.
 12. Зиновьев А.Ю. Визуализация многомерных данных // Красноярск : Изд-во КГТУ, 2000. - 168 с. - URL: <http://www.ict.edu.ru/ft/003892/index.html>.
 13. Васюк Ю.А. Клиническая интерпретация основных методов функциональной диагностики при ИБС и артериальной гипертензии // - Москва : Анахарсис, 2007.- 116 с.
 14. Лондон Ж. Ремоделирование артерий и артериальное давление у больных с уремией // Нефрология и диализ. - 2000. - Т. 2; № 3. - С. 4-12.
 15. Семенкин А. А. Метод определения структурных изменений крупных артерий по характеристикам периферической пульсовой волны: сравнение с ультразвуковым исследованием высокого разрешения // Терапевтический архив. - 2007. - № 9. - С. 54-59.
 16. Михайлов В. М. Variability ритма сердца: опыт практического применения метода // - Иваново : Ивановская гос. мед. акад., 2002. -200 с.
 17. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению // Рабочая группа членов Правления Научного общества нефрологов России ; рук. группы А. В. Смирнов. - Санкт-Петербург : Левша, 2012. - 51 с.
 18. Петри А., К. Сэбин Наглядная статистика в медицине : пер. с англ. // - Москва : ГЭОТАР МЕД, 2003. - 144 с.
 19. Шамхалова М.Ш., Курумова К.О., Шестакова М.В. Факторы тубулоинтерстициального поражения почек при сахарном диабете // Сахарный диабет. 2009. No. 4. С. 61-64
 20. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease // Kidney Int 2020 Oct;98(4S):S1-S115. doi: 10.1016/j.kint.2020.06.019.
 21. Thomas Karagiannis¹, Apostolos Tsapas¹, Eleni Bekiari¹ KDIGO made 12 recommendations for managing diabetes with CKD Ann Intern Med. 2021 Mar;174(3):JC26. doi: 10.7326/ACPJ202103160-026. Epub 2021 Mar 2.
 22. Capek M, Schnack C, Ludvik B, et al. Effects of captopril treatment versus placebo on renal function in type 2 diabetic patients with microalbuminuria: a long-term study. Clin Investig. 1994;72:961-966.

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

2 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ 2, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 2, ISSUE 2

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000