



ISSN: 2181-3426
Journal DOI: 10.26739/2181-3426



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 5

ISSUE 2

2025

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

5 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 5, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 5, ISSUE 2

Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2025



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
№2 (2025) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2025-2>

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.

Л. Аббосхужаева - старший научный
сотрудник, к.м.н. РСНПМЦЭ Председатель
Эндокринологической и Диабетической
Ассоциации Узбекистана

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

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 “ААА”, 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. Мирзаде - 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 Барт и Лондонской школы медицины, Консультант эндокринолог Лондонского клинического центра эндокринологии

А. Шек - Руководитель лаборатории ИБС и атеросклероза РСНПМИ 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.

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

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

1. Shagazatova Barno Xabibullaevna, Mirxaydarova Feruza Sayfullaevna, Adilova Nilufar Shuxratovna, Salieva Shaxnozaxon Baxtiyor qizi QANDLI DIABETLI BEMORLARDA GLIKEMIYA DARAJASIGA KO'RA YURAK QON TOMIR KASALLIKLARI XAVFINI BAHOLASH.....	7
2. Xaydarova Feruza Alimovna, Ro'ziqulova Gulhayo Sharofutdinovna ANTROPOMETRIK KO'RSATKICHLAR (CUN-BAE) VA 2-TOIFA DIABETNING RIVOJLANISHINING O'ZARO BOG'LIQLIGI.....	16
3. Ахмедова Камола Рахманбердиевна, Алимова Насиба Усмановна КЛИНИКО-ФЕНОТИПИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (FISH) ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА.....	21
4. Алимова Насиба Усмановна, Сиддиков Абдулбосит Адхамжон угли ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У МАЛЬЧИКОВ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ.....	34
5. Шагазатова Барно Хабибуллаевна, Артикова Дилфуза Махаматовна, Алимов Жамшид Махмуджонович ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	42
6. Тожиева Ирода Мирсоли кизи КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ДРУГИХ ФОРМ ОВУЛЯТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	48
7. Mirraximova Maktuba Xabibullaevna, Nishonboeva Nilufar Yunusdjonovna АТОПИК DERMATITLI BOLALARDA ENDOKRIN BUZILISHLARNI ANIQLASH VA TAXLILLASH.....	54
8. Рахимова Гульнара Нишановна, Алимова Насиба Усмановна, Халматова Камола Исмагулла кизи СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	58
9. Рахимова Гульнара Нишановна, Гилязетдинов Камиль Наильевич, Иброхимов Худойберди Хусанжон угли ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ НИЗКОРОСЛОСТЬЮ.....	68
10. Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна, Самижонова Санобар Улугбек кизи, Максудова Дилафрузхон Равшановна, РОЛЬ НЕОГОРМОНОВ В РАЗВИТИИ ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ.....	75
11. Ходжаева Нодира Вахидовна, Рузматова Азизахон Шукрулло кизи СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ..	84

12. Рахимова Гульнара Нишановна, Джураева Азиза Шахзадэевна, Ахроров Камил Убайдуллаевич РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕННОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ В УЗБЕКИСТАНЕ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НА ОСНОВЕ 13 РЕГИОНОВ (ГОРОДОВ).....	91
13. Файзуллаев Бахром Рустамович, Исломов Иномжон Исломович, Юлдашев Отабек Сабинович ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	99
14. Khalimova Zamira Yusufvna, Abdullayeva Aziza Uktam kizi, Mamatkulov Elbek Abdumomnanovich REPORT OF A CASE OF CENTRAL PRECOCIOUS PUBERTY IN A BOY ASSOCIATED WITH PILOCYTIC ASTROCYTOMA.....	104
15. Хамроев Шавкат Максудович, Сафоев Бакодир Барноевич, Болтаев Тимур Шавкатович СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	110
16. Xolmuradova Zilola Ergashevna SEMIZLIK BILAN OG'RIGAN BOLALARDA YURAK-QON TOMIR TIZIMIDAGI ENDOTELIYNING FUNKSIONAL HOLATI.....	116
17. Рузиев Ойбек Авлаевич БИОИМПЕДАНСНЫЙ АНАЛИЗ СОСТАВА ТЕЛА И ЕГО СВЯЗЬ С МОРФОМЕТРИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	122



Файзуллаев Бахром Рустамович,
к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней.

Исломов Иномжон Исломович,
ассистент кафедры внутренних болезней.

Юлдашев Отабек Сабирович,
к.м.н., доцент кафедры пропедевтики
внутренних болезней и эндокринологии.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.16934067>

АННОТАЦИЯ

Актуальность: Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета 2 типа (СД2) значительно увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений, особенно в экологически неблагоприятных регионах, таких как Хорезмская область Узбекистана. **Цель:** Изучить механизмы сердечно-сосудистого ремоделирования, определить клинико-функциональные маркеры и оценить эффективность патогенетически обоснованной терапии. **Материалы и методы:** В проспективное исследование включены 42 пациента в возрасте 41-70 лет. Применялись ЭКГ, мониторингирование по Холтеру, ЭхоКГ, СМАД и лабораторные методы. Терапия включала препараты эмпаглифлозин (Диампа), периндоприл (Престариум) и Аллапинин. **Результаты:** На фоне терапии достигнут контроль АД у 78,6% пациентов, уменьшилась гипертрофия ЛЖ, повысилась ФВ ЛЖ, снизились нарушения ритма и улучшилась почечная функция. **Заключение:** Комбинированная терапия эффективно уменьшает выраженность сердечно-сосудистых изменений и снижает риск осложнений при коморбидном течении АГ и СД2.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, сердечно-сосудистое ремоделирование, Диампа, Престариум, Хорезм.

Fayzullayev Baxrom Rustamovich,
Ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, t.f.n.

Islomov Inomjon Islomovich,
Ichki kasalliklar kafedrası assistenti

Yuldashev Otabek Sabirovich,
Ichki kasalliklar propedevtikasi va endokrinologiya kafedrası dotsenti, t.f.n.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali.

ARTERIAL GIPERTENZIYA VA 2-TIP QANDLI DIABET BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA YURAK-QON TOMIR TIZIMINING REMODELLANISH

XUSUSIYATLARI VA DAVONI OPTIMALLASHTIRISHNING ZAMONAVIY YONDASHUVLARI

ANNOTATSIYA

Dolzarblik: Arterial gipertenziya (AG) va 2-tip qandli diabet (QD2) birgalikda yurak-qon tomir tizimi kasalliklarini kuchaytiruvchi asosiy xavf omillari hisoblanadi. Ayniqsa, ekologik va ijtimoiy-iqtisodiy sharoitlari murakkab bo'lgan Xorazm viloyatida bu muammoning dolzarbligi yuqoridir.

Maqsad: AG va QD2 bilan kasallangan bemorlarda yurak-qon tomir tizimi qayta shakllanish mexanizmlarini, klinik-funksional ko'rsatkichlarini baholash hamda kompleks patogenetik davolashning samaradorligini o'rganish. **Materiallar va usullari:** 42 nafar 41-70 yoshdagi bemor ishtirok etgan prospektiv tadqiqotda EKG, Xolter monitoring, exokardiografiya, SMAD va laboratoriya usullari yordamida yurak-qon tomir tizimi baholandi. Davolash sifatida empagliflozin (Diampa), perindopril (Prestarium) va Allapinin preparatlari qo'llanildi. **Natijalar:** Davolash natijasida bemorlarning 78,6% da qon bosimi nazoratga olindi, chap qorincha gipertrofiyasi kamaydi, fraksiya chiqarilishi sezilarli oshdi. Shuningdek, ritm buzilishlari va buyrak funksiyasi buzilishlari kamaydi. **Xulosa:** AG va QD2 ning birgalikdagi kechishi yurak-qon tomir tizimida qayta shakllanish jarayonlarini kuchaytiradi. Kompleks patogenetik davolash esa yurak-qon tomir asoratlari xavfini kamaytirishda yuqori samaradorlik ko'rsatdi.

Kalit so'zlar: arterial gipertenziya, 2-tip qandli diabet, yurak-qon tomir tizimi, qayta shakllanish, Diampa, Prestarium, Xorazm.

Fayzullaev Bahrom Rustamovich,

PhD, Associate Professor of the Department of Internal Medicine.

Islomov Inomjon Islomovich,

Assistant of the Department of Internal Medicine.

Yuldashev Otabek Sabirovich,

PhD, Associate Professor of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases and Endocrinology.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

FEATURES OF CARDIOVASCULAR REMODELING AND MODERN APPROACHES TO THERAPY OPTIMIZATION IN PATIENTS WITH HYPERTENSION ASSOCIATED WITH TYPE 2 DIABETES

ANNOTATION

Relevance: The combination of arterial hypertension (AH) and type 2 diabetes (T2D) significantly increases the risk of cardiovascular complications, especially in ecologically challenging regions like Khorezm, Uzbekistan. **Purpose:** To study the mechanisms of cardiovascular remodeling, identify clinical-functional markers, and assess the efficacy of pathogenetically justified therapy. **Materials and Methods:** A prospective study included 42 patients aged 41-70. ECG, Holter monitoring, echocardiography, ABPM, and laboratory methods were applied. Treatment included empagliflozin (Diampa), perindopril (Prestarium), and Allapinin. **Results:** Therapy achieved BP control in 78.6% of patients, reduced left ventricular hypertrophy, improved LV ejection fraction, decreased rhythm disturbances, and improved renal function. **Conclusion:** Combined therapy effectively reduces cardiovascular remodeling severity and complication risks in patients with comorbid AH and T2D.

Keywords: arterial hypertension, type 2 diabetes, cardiovascular remodeling, Diampa, Prestarium, Khorezm.

Актуальность. Коморбидность артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета 2 типа (СД2) представляет собой одно из наиболее сложных и актуальных направлений современной медицины. Обе патологии не только широко распространены, но и выступают в качестве взаимоусиливающих факторов риска сердечно-сосудистой смертности [4,6,9]. Их сочетание существенно утяжеляет клиническое течение, способствуя раннему развитию структурно-функциональных изменений сердечно-сосудистой системы (ССС), включая

гипертрофию миокарда, диастолическую и систолическую дисфункцию, а также нарушение ритма сердца [9,10]. Актуальность данной проблемы возрастает в условиях регионов с особыми экологическими и социально-экономическими условиями, таких как низкогорные и засоленные зоны, в частности — Хорезмская область Узбекистана.

Рекомендации ESC/ESH 2023, ADA 2024, АНА/АСС подчеркивают необходимость агрессивного контроля АД (<130/80 мм рт. ст.) и гликемии (HbA1c <7%) у пациентов с СД2 и ГБ [1, 2, 4, 7]. Использование блокаторов РААС, ингибиторов SGLT-2 и статинов включено в базовую стратегию [1,2,4]. Обосновано применение комбинированной терапии с учётом органопротекции [1, 2].

При СД2 развивается гипергликемия, усиливающая оксидативный стресс и эндотелиальную дисфункцию [4, 9]. Артериальная гипертензия усиливает механическую нагрузку на ЛЖ, вызывая гипертрофию. В условиях инсулинорезистентности активируются воспалительные каскады, способствующие фиброзу и диастолической дисфункции. Итог — развитие СНПФ и нарушений ритма [9,10].

Метаанализ UKPDS, ADVANCE, ACCORD и EMPA-REG OUTCOME подтвердил: комбинация контроля АД + гликемии снижает СС-смертность [3,6,8]; ингибиторы SGLT-2 (эмпаглифлозин, дапаглифлозин) демонстрируют снижение риска СН на 35% [8]; агонисты GLP-1 (семаглутид) снижают риск инсульта [5].

SGLT-2 ингибиторы: не только снижают глюкозу, но и обладают нефро- и кардиопротекторным действием [8]. GLP-1 агонисты: регулируют аппетит, снижают массу тела, оказывают антиатерогенный эффект [5].

Фиксированные комбинации: комбинации блокаторов РААС и антагонистов кальция улучшают приверженность и эффективность [7, 9].

Низкогорный климат, высокое содержание соли в воде и пище, дефицит антиоксидантов и ограниченный доступ к высокотехнологичной помощи усугубляют течение ГБ и СД2 [9], [10]. Это требует адаптации рекомендаций: акцент на доступные, эффективные препараты с минимальными побочными эффектами, обучение пациентов, диетотерапия.

Регулярное СМАД и ЭХО-КГ для оценки ремоделирования [9, 10]; назначение антигипертензивной терапии с органопротекцией (иАПФ, БРА, антагонисты кальция) [7,9]; использование метформин + SGLT-2 как стартовой терапии при СД2 [1,8]; контроль массы тела, функции почек, липидного профиля [4, 9, 10].

Целью настоящего исследования стало изучение механизмов сердечно-сосудистого ремоделирования у пациентов с ГБ и СД2, определение клинико-функциональных маркеров прогрессирования патологии и оценка эффективности комплексного патогенетически обоснованного лечения с использованием современных антигипертензивных и метаболически активных препаратов.

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 42 пациента с верифицированными диагнозами артериальной гипертензии I–III стадии и сахарного диабета 2 типа. Пациенты находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении клиники “Elit” Ургенского государственного медицинского института.

Критериями включения служили возраст от 41 до 70 лет, наличие подтвержденных диагнозов ГБ и СД2, стабильное течение заболеваний, отсутствие тяжелой соматической патологии и когнитивных нарушений. Средний возраст пациентов составил 56 ± 10 лет; среди них — 19 женщин и 23 мужчины.

Пациенты были стратифицированы на группы в зависимости от степени компенсации углеводного обмена и выраженности АГ (мягкая и среднетяжелая формы), с последующим сравнительным анализом клинико-инструментальных и лабораторных показателей.

Все пациенты прошли комплексную диагностику, включающую: Электрокардиографию (12 стандартных отведений);

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру;

Эхокардиографию с оценкой параметров систолической (фракция выброса, ФВ) и диастолической функции;

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) для оценки суточной вариабельности и ночного снижения АД.

Лабораторная диагностика включала:

Общий анализ крови и мочи;

Гликемию натощак и после приёма пищи;

Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c);

Липидный профиль (общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды);

Пробу Зимницкого для анализа концентрационной функции почек.

Терапия проводилась в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Основу фармакотерапии составили: эмпаглифлозин (Диампа, Getz Pharma) — гипотензивный препарат с метаболической активностью, применявшийся в дозе 10 мг/сут; иАПФ периндоприл (Престариум) — для усиления антигипертензивного эффекта у пациентов со среднетяжелой АГ; Аллапинин — у пациентов с нарушениями ритма сердца, зарегистрированными по результатам Холтеровского мониторирования. Пациенты с выраженной декомпенсацией СД или III стадией ГБ в исследование не включались.

Результаты. Артериальное давление и контроль углеводного обмена. До начала терапии средний уровень САД составлял: $151 \pm 2,0$ мм рт.ст. — в группе с мягкой АГ и компенсированным СД; $169 \pm 3,2$ мм рт.ст. — в группе со среднетяжелой АГ и субкомпенсированным СД.

После 4-недельного курса терапии: Целевые значения АД (САД < 140 мм рт.ст., ДАД < 90 мм рт.ст.) достигнуты у 33 пациентов (78,6%);

Добавление ИАПФ (Престариум) в группу со среднетяжелой АГ обеспечило достижение контроля у оставшихся 9 пациентов.

Эхокардиография и функция ЛЖ. До лечения выявлена гипертрофия ЛЖ у более 60% пациентов. ФВ ЛЖ составила: $58,2\% \pm 1,1\%$ в группе 1; $51,2\% \pm 2,1\%$ в группе 2.

После терапии: ФВ повысилась до $60,2\% \pm 1,1\%$ и $58\% \pm 1,3\%$ соответственно ($p < 0,05$), что указывает на значительное улучшение сократительной способности миокарда на фоне адекватной терапии.

Суточный профиль АД и ЭКГ-мониторинг. У пациентов с плохо контролируемым СД и тяжелой АГ зарегистрированы: Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия ($n=16$); Пароксизмы фибрилляции предсердий ($n=2$); Желудочковая экстрасистолия высоких градаций. Нарушения ритма сердца коррелировали с ухудшением ночного снижения АД и снижением вариабельности сердечного ритма, что указывает на вовлеченность вегетативной дисфункции в патогенез кардиальных осложнений при коморбидной патологии.

Почечная функция. По данным пробы Зимницкого у 35% пациентов выявлены начальные признаки нарушения концентрационной функции почек. Отмечена значимая связь между степенью вариабельности АД и снижением фильтрационной способности почек, особенно у пациентов с декомпенсацией углеводного обмена.

Обсуждение. Результаты данного исследования подтверждают, что сочетание АГ и СД2 оказывает синергетическое влияние на ремоделирование ССС, включая: утолщение стенок ЛЖ и его гипертрофию; уменьшение ФВ; увеличение риска развития аритмий и нарушений ритма; функциональные нарушения в почках, отражающие системное поражение сосудов [9, 10]. Применение современных препаратов с учётом патогенетических механизмов болезни позволяет добиться выраженного клинического и функционального улучшения [8, 9]. Диампа в сочетании с иАПФ проявила высокую эффективность в достижении целевых значений АД и улучшении показателей Эхо-КГ. Аллапинин продемонстрировал хороший контроль ритма без выраженных побочных эффектов [9, 10]. Следует отметить, что СМАД и Холтеровское мониторирование имеют высокую диагностическую значимость для выявления скрытых форм аритмий и нестабильности гемодинамики у таких пациентов [9,10]. Полученные данные позволяют рекомендовать рутинное использование этих методов в оценке эффективности терапии.

Выводы. Коморбидное течение артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа сопровождается выраженными изменениями сердечно-сосудистой системы, включая гипертрофию левого желудочка, снижение его сократительной функции и развитие нарушений ритма сердца. Эти патологические изменения достоверно коррелируют с декомпенсацией углеводного обмена и неадекватным контролем артериального давления.

Комплексная, патогенетически ориентированная терапия с включением антигипертензивных препаратов, корректора метаболизма и антиаритмиков обеспечивает существенное улучшение клинического состояния, нормализацию показателей гемодинамики и снижение риска кардиоваскулярных осложнений.

Учитывая особенности климатических и демографических условий регионов, таких как Хорезмская область, необходимо развитие регионально адаптированных протоколов ведения пациентов с коморбидной патологией, включающих современные диагностические подходы и алгоритмы фармакотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. ADA 2024 Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1–S315.
2. ACC/AHA Task Force on Clinical Practice Guidelines. 2017 Guideline for the Management of High Blood Pressure. Hypertension. 2018;71:e13–e115.
3. ADVANCE Collaborative Group. Intensive glucose control and vascular outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;358(24):2560–2572.
4. ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Eur Heart J. 2021;42(34):3227–3337.
5. Marso S.P., et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375:311–322.
6. UKPDS Group. Tight BP control and complications in type 2 diabetes. BMJ. 1998;317(7160):703–713.
7. Williams B. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021–3104.
8. Zinman B., et al. Empagliflozin and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373:2117–2128.
9. Герасименко Н.Ф., Горбунова Л.П. Коморбидность при ГБ и СД2. Вестник кардиологии. 2021;27(3):24–30.
10. Сидорова Ю.С., Иванова Т.А. Ремоделирование миокарда при метаболическом синдроме. Рос. кардиол. журн. 2022;31(1):56–62.

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

5 ЖИЛД, 2 СОН

**ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 5, НОМЕР 2**

**CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 5, 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