





БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ  
ИНСТИТУТИ



ISSN 0000-0000

DOI Journal 10.26739/0000-0000

# ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2024

# ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2024-2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

**Ш.Ж. ТЕШАЕВ**

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ  
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

М.Ж. Саноева  
У.К. Абдуллаева  
Д.А. Хасанова  
М.Н. Исматова  
С.С. Давлатов  
А.Р. Облоқулов  
Ш.Т. Ўроқов  
Н.У. Нарзуллаев  
Ш.Б. Ахророва  
В.Р. Акрамов  
У.С. Мамедов  
И.К. Садуллоева  
Г.Ж. Жарилкасинова  
А.А. Саидов  
Н.Н. Каримова  
Д.А. Набиева

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

Н.А. Нуралиев (Бухара)  
А.Г. Гадаев (Ташкент)  
Г.Н. Собирова (Ташкент)  
М.М. Каримов (Ташкент)  
У.К. Қаямов (Ташкент)  
Л.Б. Новикова (Россия Федерацияси)  
О.И. Летяева (Россия Федерацияси)  
И.В. Реверчук (Россия Федерацияси)  
Edip Gonullu (Турция)  
Eva Lietto (Италия)

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

## О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан  
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,  
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23  
Телефон: +998(65)2230050  
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>  
e-mail: [abumkur14@gmail.com](mailto:abumkur14@gmail.com)

<b>1. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.</b>	
Effectiveness of comprehensive treatment of peptic ulcer .....	6
<b>2. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.</b>	
Therapeutic diet for ulcer disease in the Khorezm region.....	10
<b>3. Akhrorova L.B.</b>	
Study of the main serum cytokines in patients with liver echinococcosis.....	15
<b>4. Boltayev E.B.</b>	
Травматологик оперatsiyalar vaqtida o`tkaziladigan regional anesteziyada deksmedetomidinning roli.....	19
<b>5. Ergashov B.B.</b>	
Onkologik bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari.....	24
<b>6. Ergashov B.B.</b>	
Chemotherapy and cardiac arrhythmias.....	29
<b>7. Eshniyazova G.Sh.</b>	
Yarali kolit bilan og`rigan bemorlarga mikronutrient yetishmovchiligi.....	37
<b>8. Gorbunov A.P., Pashov A.I., Reverchuk I.V., Gulyaeva A.A.</b>	
Psychopathological and stress conditions in women at threatened premature birth.....	41
<b>9. Hikmatov J.S.</b>	
Bronxoektazni davolashda differensiyalashgan immunokorreksiyalashning ahamiyati.....	47
<b>10. Mekhriddinov M.K.</b>	
Strangulation of the sigmoid colon was the cause of acute intestinal obstruction. Clinical case....	52
<b>11. Mirzoyeva M.R., Sadulloyeva R.S.</b>	
The spread of coronavirus infection around the world.....	56
<b>12. Mukhamedova M.S., Isaev I.S.</b>	
Improving the organization of prevention of non-communicable diseases.....	60
<b>13. Narzulloeva D.S.</b>	
Assessment of the sodium-uretic peptide system and the structural and functional status of the myocardium in patients with chronic heart failure.....	64
<b>14. Rajabov D.O'.</b>	
Diabetik tovon sindromini kompleks jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish.....	69
<b>15. Rakhimov A.Y.</b>	
Microflora analysis of osteomyelitis and osteoarthritis in patients with complicated form of diabetic foot syndrome.....	80
<b>16. Raupov F.S.</b>	
Bolalarda o`tkir bakterial destruktiv pnevmoniyaning kechish xususiyatlari.....	84
<b>17. Safarova G.A.</b>	
Clinical and laboratory aspects of patients with post-covid nephropathy.....	90
<b>18. Saidova L.B.</b>	
Analysis of childhood infections, particular hepatitis.....	95
<b>19. To'rayeva M.Sh., Gaziyeu K.U., Raximov A.Y.</b>	
Gigantomastiyani T-kesma mamoplastika texnikasi yordamida kichraytirish.....	101
<b>20. Umurova N.M.</b>	
Epidemiological aspects of the incidence of pollinosis in the Bukhara region.....	106
<b>21. Газиев К.У.</b>	
Операциядан кейинги қорин чурраларида герниопластиканинг турли усуллариининг самарадорлигини қиёсий тавсифлаш.....	113
<b>22. Жумаева М.Ф.</b>	
Связь между тяжестью цирроза печени и анемией.....	118
<b>23. Жумаева М.Ф.</b>	
Редкие причины анемии наблюдаемые при заболеваниях печени.....	125

<b>24. Жумаева М.Ф.</b>	
Есть ли влияние анемии на развитие гепаторенального синдрома?.....	133
<b>25. Исмагова М.Н.</b>	
Корреляция между клинико-лабораторными показателями и структурными изменениями почек при различных типах хронического гломерулонефрита с нефротическим синдромом.....	137
<b>26. Мехридинов М.К., Носиров Ю.У.</b>	
Бактериальная деструкция легкого, как осложнение COVID-19-пневмонии.....	141
<b>27. Мирзоева М.Р., Ашурова Н.А.</b>	
COVID-19 касаллигининг ҳомиладорларда учраш даражаси ва кечиш хусусияти.....	145
<b>28. Мустафаева М.Р.</b>	
Контраст-индуцированная нефропатия у больных стабильной ишемической болезнью сердца и однолетний прогноз // Анналы клинических дисциплин.....	150
<b>29. Мухамеджанова М.Х.</b>	
Прогностическое значение феррокинетических показателей у больных гепатитом с ассоциации с хронической сердечной недостаточностью.....	158
<b>30. Наврузова Л.Х.</b>	
Комплексный подход при лечении некариозных поражений твердых тканей зубов.....	163
<b>31. Ниёзов Ф.Ё.</b>	
Лечение эхинококковых кист печени у детей - путьём лапароскопии и его возможности...	169
<b>32. Нуриддинов С.С.</b>	
Некоторые клинические характеристики больных детей с колостазом.....	175
<b>33. Орипова Ф.Ш.</b>	
Тухумдон эндометриомасини даволашнинг замонавий усулини ишлаб чиқиш.....	181
<b>34. Орипова Ф.Ш.</b>	
Исследование половых гормонов у женщин с эндометриомой яичника.....	185
<b>35. Остапенко Е.Н., Новикова Н.П., Хондожко В.Н.</b>	
К вопросу диагностики кардиоэмболических инфарктов мозга (случай из практики).....	191
<b>36. Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш.</b>	
Результаты хирургических методов лечения больных с острым калькулёзным холециститом осложненный холедохолитиазом.....	199
<b>37. Раджабова Г.Б.</b>	
Сирка кислотаси билан ўткир захарланган беморлар организмида тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми белгиларининг ташҳисий сезгирлиги ва маълумотлилик қиймати.....	209
<b>38. Саидова Н.Ф.</b>	
Глазная патология с преморбидном фоном у детей.....	219
<b>39. Тухтаев Д.А.</b>	
Предикторы развития кардиоренального синдрома у больных хронической болезнью почек.....	223
<b>40. Умурова Н.М.</b>	
Динамика суточного мониторирования артериального давления у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких и артериальной гипертонией среди мужского населения.....	229
<b>41. Хикматов Ж.С., Исмагов Ж.К., Солиева Ш.С.</b>	
Эффективность применения повидон-йода при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии легких.....	237

Тухтаев Д.А.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

**ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12788724>**АННОТАЦИЯ**

Кардиоренальный синдром (КРС) – это кардиоренальные взаимоотношения, при которых острая или хроническая дисфункция одного органа ведет к острой или хронической недостаточности другого. Первичность заболеваний почек и сердечно-сосудистой системы носит условный характер (кардиоренальный или ренокардиальный синдром). Численность пациентов с коморбидными кардиоваскулярными и ренальными поражениями имеет устойчивую тенденцию к росту в мире и ассоциируется с высокой общей и сердечно-сосудистой смертностью. В статье изложены актуальные вопросы кардиоренальных взаимоотношений с позиций современных представлений о кардиоренальном континууме, общности факторов риска и патогенетических механизмов, а также прогностической роли ренальной и кардиальной патологии, рассматриваются принципы диагностики и лечения клинических вариантов КРС.

**Ключевые слова:** кардиоренальный синдром, острая сердечная недостаточность, острое почечное повреждение, хроническая болезнь почек, хроническая сердечная недостаточность.

Tukhtaev D.A.

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

**PREDICTORS OF THE DEVELOPMENT OF CARDIORENAL SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE****ANNOTATION**

Cardiorenal syndrome (CRS) is a cardiorenal relationship in which acute or chronic dysfunction of one organ leads to acute or chronic insufficiency of another. The primary incidence of diseases of the kidneys and cardiovascular system is conditional (cardiorenal or renocardial syndrome). The number of patients with morbid cardiovascular and renal lesions has a steady upward trend in the world and is associated with high overall and cardiovascular mortality. The article presents topical issues of cardiorenal relationships from the perspective of modern ideas about the cardiorenal continuum, the commonality of risk factors and pathogenetic mechanisms, as well as the prognostic role of renal and cardiac pathology and discusses the principles of diagnosis and treatment of clinical types of diseases.

**Keywords:** cardiorenal syndrome, acute cardiac insufficiency, acute renal injury, chronic kidney disease, chronic heart failure.

To`xtayev D.A.

Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti, Buxoro, O'zbekiston

## SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA KARDIORENAL SINDROM RIVOJLANISHINING PREDIKTORLARI

### ANNOTATSIYA

Kardioresenal sindrom (KRS) - bu bir organning o'tkir yoki surunkali disfunktsiyasi boshqasining o'tkir yoki surunkali yetishmovchiligiga olib keladigan kardioresenal munosabatlar. Buyraklar va yurak-qon tomir tizimi kasalliklarining birlamchi kasalligi shartlidir (kardioresenal yoki renokardial sindrom). Yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari bilan og'riqan bemorlar soni dunyoda barqaror o'sish tendentsiyasiga ega va yuqori umumiy hamda yurak-qon tomir o'limi bilan bog'liq. Maqolada kardioresenal kontinuum, xavf omillari va patogenetik mexanizmlarning umumiyliqi, shuningdek buyrak va yurak patologiyasining prognostik roli haqidagi zamonaviy g'oyalar nuqtai nazaridan kardioresenal munosabatlarning dolzarb masalalari keltirilgan va kasalliklarning klinik turlarini tashxislash va davolash tamoyillari muhokama qilinadi.

**Kalit so'zlar:** kardioresenal sindrom, o'tkir yurak yetishmovchiligi, o'tkir buyrak shikastlanishi, surunkali buyrak kasalligi, surunkali yurak yetishmovchiligi.

**Введение.** Численность пациентов с коморбидными кардиоваскулярными и ренальными поражениями имеет устойчивую тенденцию к росту. Современная кардиология и нефрология между собой тесно интегрированы по вопросам, связанным с общими факторами риска заболеваний почек и сердечно-сосудистой системы, универсальными патогенетическими механизмами, взаимоотягощающим прогнозом и взаимосвязанной терапевтической стратегией нефро- и кардиопротекции.

**Определение и классификация.** Характерным для КРС является общность факторов риска и патогенеза процессов дезадаптивного ремоделирования почечной ткани, сосудистой стенки и миокарда, выстраиваются по механизму обратной связи и носит непрерывный характер.

Согласно предложенному определению, КРС – это патологические взаимоотношения с вовлечением сердца и почек, развивающиеся вследствие острой или хронической дисфункции одного из органов с последующей острой или хронической дисфункцией другого.

Таким образом, КРС включают в себя острые и хронические расстройства, при которых первично пораженным органом может быть как сердце, так и почка [1].

В 2008 г. на согласительной конференции ADQI в Венеции С. Ronco и соавт. предложили определение и классификацию КРС, в которой выделили пять типов [2].

**Тип 1 – острый КРС.** Острое нарушение функции сердца (кардиогенный шок, острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности – ХСН) значительно снижает сердечный выброс и повышает венозное давление. Снижается перфузия почек и их фильтрационная способность, что приводит к острому повреждению почек (ОПП), а в дальнейшем к развитию хронической болезни почек (ХБП). ОПП при остром коронарном синдроме встречается в 9-19% случаев, а при кардиогенном шоке – в 70% случаев.

Острая сердечная недостаточность (ОСН) и острая декомпенсация ХСН осложняются развитием ОПП у 24-45% пациентов с высокой общей и сердечной смертностью. При ОСН и острой декомпенсации ХСН летальность обратно пропорциональна скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и фракции выброса левого желудочка (ФВ).

Риск неблагоприятных исходов значительно возрастает при снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и даже при незначительном повышении концентрации креатинина сыворотки (на 0,3 мг/дл или 26,6 мкмоль/л). Часто развивается резистентность к диуретической терапии: при этом применение высоких доз или комбинаций диуретиков может быть дополнительным ятрогенным механизмом прогрессирования ОПП. В этой

клинической ситуации необходимо оптимизировать сердечный выброс и использовать экстра-корпоральную ультрафильтрацию. Наличие ОПП с гиперкалиемией или без нее ограничивает применение ингибиторов ангиотензинпревращающих ферментов (АПФ), антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА) и антагонистов альдостерона среди пациентов с ХСН и инфарктом миокарда, что может отрицательно влиять на исходы заболевания.

**Тип 2 – хронический КРС.** Характеризуется наличием хронической кардиальной патологии, в первую очередь ХСН, приводящей к развитию или прогрессированию ХБП. Почечная дисфункция у больных с ХСН выявляется в 45,0-63,6% случаев. Систолическая и диастолическая дисфункции левого желудочка (ЛЖ) приводят к длительной гипоперфузии почек на фоне микро- и макроангиопатий, выраженным нейрогормональным нарушениям: повышение продукции вазоконстрикторов (адреналина, ангиотензина II, эндотелина), изменение чувствительности и высвобождения эндогенных вазодилататоров (натрийуретических пептидов, оксида азота). Сочетание факторов сердечно-сосудистого риска (артериальная гипертензия, дислипидемия, гиперурикемия) повышает вероятность развития ХБП.

**Тип 3 КРС – острый ренокардиальный синдром.** Характеризуется первичным, внезапным ухудшением функции почек (например, при остром гломерулонефрите или пиелонефрите, остром канальцевом некрозе, острой обструкции мочевыводящих путей), которые приводят к острому нарушению функции сердца (ОСН, аритмиям, ишемии). ОПП часто наблюдается у госпитализированных больных и у больных, находящихся в палате интенсивной терапии, в 9 и 35% случаев соответственно. Распространенность ОПП при коронароангиографии (контраст-индуцированная нефропатия) и кардиохирургических вмешательствах составляет от 0,3 до 29,7% и ассоциируется с высокой смертностью.

Особой формой этого типа КРС является стеноз почечных артерий. Блокада ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) является необходимым компонентом терапии таких пациентов, однако при двустороннем стенозе почечных артерий или стенозе артерии единственной почки применение этих препаратов может привести к декомпенсации почечной недостаточности. При тяжелом ОПП, требующем заместительной почечной терапии (ЗПТ), может развиваться гипотензия, нарушения ритма и проводимости, ишемия миокарда, обусловленная быстрым перемещением жидкости и электролитов при диализе [3].

**Тип 4 КРС – хронический ренокардиальный синдром.** Это ситуация, когда первичное ХБП приводит к нарушению функции сердца (гипертрофия желудочков, диастолическая дисфункция или повышение риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий). Основной причиной поражения почек являются сахарный диабет (СД) 2 типа и АГ, заметную роль играют атеросклероз, ХСН и ожирение. У больных с додиализной ХБП распространенность кардиальной патологии, общая и сердечная смертность коррелируют с тяжестью почечной дисфункции. По мере нарастания выраженности ХБП происходит прогрессирование гипертрофии левого желудочка сердца, развитие систолической или диастолической дисфункции, «ускорение» атеросклероза, кальцификация сосудистого русла [4]. Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в популяции больных со сниженной функциональной способностью почек на 64% выше, чем у лиц с сохраненной функцией. Выявлена независимая обратная связь между СКФ  $<60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и увеличением риска смерти, сердечно-сосудистых осложнений и госпитализации [5]. Частота новых сердечно-сосудистых осложнений составляет 4,8% у больных со 2-ой стадией ХБП и возрастает почти вдвое при 3-4 стадии. Риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов у пациентов на диализе или у реципиентов почечного трансплантата в десятки раз выше, чем в общей популяции.

**Тип 5 КРС – вторичный КРС.** Характеризуется наличием сочетанной почечной и кардиальной патологии вследствие острых или хронических системных заболеваний, при этом нарушение функции одного органа влияет на функциональное состояние другого, и



наоборот. Такими заболеваниями являются сепсис, СД, амилоидоз, системная красная волчанка, саркоидоз. Данные о распространенности 5 типа КРС скудные вследствие большого количества острых и хронических предрасполагающих состояний [8].

Сепсис может приводить к ОПП, одновременно вызывая угнетение миокарда, механизмы развития этих состояний до конца не изучены. Распространенность ОПП при сепсисе составляет 11-64%, а частота повышения тропонинов – 30-80%, их сочетание ассоциируется с увеличением смертности по сравнению с наличием только одного из состояний. При этом развитие функциональной депрессии миокарда и неадекватный сердечный выброс ведут к дальнейшему ухудшению функции почек, как при 1 типе КРС, а ОПП влияет на функциональное состояние сердца, как при КРС 3 типа, в результате возникает порочный круг [7].

**Профилактика и лечение кардиоренального синдрома:** В соответствии с патогенетическими механизмами развития кардиоренального синдрома, современными рекомендациями по ведению больных с СН, ХБП, ОПП, для предотвращения развития и прогрессирования кардиоренального синдрома сформулированы основные принципы терапевтической стратегии [9]. Нефропротективные и кардиопротективные эффекты имеют ряд общих механизмов реализации и целевых показателей: снижение протеинурии, нормализация артериального давления (АД), дислипидемии, компенсация анемии, фосфорно-кальциевого обмена, инсулинорезистентности, гиперсимпатикотонии, гиперурикемии.

Основными требованиями, предъявляемыми к лекарственным препаратам для лечения больных с ХБП и заболеваниями сердца, должна быть метаболическая нейтральность, двойной путь выведения (печеночный и почечный), улучшение эндотелиальной функции, доказанное наличие свойств нефро- и кардиопротекции [10].

Для достижения нефро- и кардиопротекции рекомендованы следующие подходы:

Эпизоды острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ОДСН) предрасполагают к развитию ОПП, появлению и прогрессированию ХПН. С целью нефропротекции крайне важно назначать грамотную медикаментозную терапию СН согласно современным рекомендациям с целью предотвращения и уменьшения частоты декомпенсаций [10]. У большинства больных она должна включать ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина, бета-адреноблокаторы, диуретики, антагонисты минералокортикоидных рецепторов. При неэффективности указанной комбинации при систолическом АД > 100 мм рт.ст. возможна замена ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов ангиотензина на сакубитрил/валсартан, при синусовом ритме с ЧСС ≥ 70 – добавление ивабрадина, при QRS ≥ 130 мс – обсуждение сердечной ресинхронизирующей терапии.

При этом для предотвращения эпизодов гиповолемии и гипотензии, способствующих развитию ОПП, необходимо начинать лекарственную терапию с минимальных доз, медленно титровать дозы и корректировать в соответствии с СКФ [11].

**1. Диета.** Для предотвращения прогрессирования ХБП доказана эффективность диеты с низким содержанием соли (соли < 6 г/сутки, натрия

< 2,4 г/сут), белка (1 г/кг/сут при 1-2 стадиях ХБП и 0,6-0,8 г/кг/сут при ХБП 3а-4 стадии), замена животных белков на растительные, которые оказывают меньшую нагрузку на почки (протеины сои оказывают не меньшее негативное влияние на почечную гемодинамику и обладают нефро-, кардиопротективным и антисклеротическим действием), низким содержанием калия (> 4 г/сут при ХБП 1-2 стадии и 2-4 г/сут при ХБП 3а-4 стадии), низким содержанием фосфатов (1,7 г/сут при ХБП 1-2 стадии и 0,8-1,0 г/сут при ХБП 3а-4 стадии) [12].

**2. Отказ от курения** в связи с тем, что оно является дозозависимым фактором риска снижения СКФ и развития микроальбуминурии [13].

**3. Ограничение потребления алкоголя.**

**4. Устранение или минимизация действия модифицируемых факторов**

риска развития и прогрессирования ХБП.

5. Следует избегать назначения нефротоксичных лекарственных средств, в том числе нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), нефротоксичных антибиотиков, рентгенконтрастных веществ, пищевых добавок (в т.ч. тайских трав, «сжигателей жиров»), питательных смесей для наращивания мышечной массы), которые могут неблагоприятно влиять на функцию почек.

6. Поддержание индекса массы тела (ИМТ) в пределах 20-25 кг/м<sup>2</sup> за счет коррекции калорийности рациона и достаточной физической активности (30 мин аэробных нагрузок не менее 4-5 раз в неделю), т.к. повышение ИМТ >25 кг/м<sup>2</sup> даже у молодых здоровых людей ассоциируется с повышением риска развитием терминальной ХПН [15].

7. **Строгий контроль АД.** Целевой уровень АД <140/90 мм рт.ст. при оптимальной экскреции альбумина с мочой (ЭАМ) <10 мг/г (А0), при более высокой степени альбуминурии (А1-А4) <130/80 мм рт.ст. При этом очень важно для предотвращения снижения почечного кровотока избегать снижения систолического АД <120 мм рт.ст. [13].

8. **Строгий контроль гликемии.** Целевой уровень гликированного гемоглобина HbA1c зависит от возраста и имеющихся осложнений, у большинства пациентов он составляет <7%.

9. Назначение **ингибиторов АПФ/АРА/АРНИ.** Нефропротективное действие ингибиторов АПФ и АРА связано с тем, что они увеличивают почечный кровоток за счет дилатации приносящих артериол и увеличения сердечного выброса и блокируют неблагоприятные воздействия на почки ангиотензина II, в т.ч. пролиферацию и гипертрофию мезангиальных клеток. При длительном применении ингибиторов АПФ/АРА дилатация выносящих артериол предотвращает гиперфильтрацию и снижает альбуминурию [6]. Всё это приводит к замедлению прогрессирования ХБП и снижению риска развития терминальной ХПН.

#### **Заключение**

Первичность заболеваний почек и сердечно-сосудистой системы носит условный характер (кардиоренальный или ренокардиальный синдром), так как поражение одного органа приводит к необходимости применения превентивных и терапевтических мер относительно другого органа. Наличие КРС в настоящее время является мультидисциплинарной проблемой, требующей усилий клиницистов разных специальностей (кардиолога, нефролога). Это свидетельствует о появлении новой междисциплинарной области науки – кардионефрологии.

Изучение причин и механизмов формирования типов КРС, раннее выявление биомаркеров повреждения и факторов риска поможет определить оптимальные методы коррекции КРС с целью улучшения выживаемости, повышения качества жизни пациентов и определения подходов к превентивной и лечебной тактике.

#### **Список использованной литературы**

1. Ахмедова Н.Ш. и др. Комплексное изучение обмена некоторых микроэлементов у женщин фертильного возраста при анемии //Педиатрический вестник Южного Урала. – 2015. – №. 2. – С. 14-16. \_\_.
2. Ашурович Т. Д. Современный взгляд на проблемы кардиоренального синдрома //Искусство медицины. Международный медицинский научный журнал. – 2022. – Т. 2. – № 3.
3. Болтаев К.Ж., Ахмедова Н.Ш. Характеристика феномена развития полидефицитных состояний при старении //Проблемы биологии и медицины. – 2020. – Т. 1. – С. 24-26.
4. Карпов Ю.А., Гендлин Г.Е., Эффективность блокаторов рецепторов ангиотензина на разных этапах сердечнососудистого континуума — фокус на валсартан. Атмосфера. //Новости кардиологии. 2012; 2: 27-31

5. Медведева Е.А., Шиляева Н.В. Кардиоренальный синдром при хронической сердечной недостаточности: патогенез, диагностика, прогноз и возможности терапии. //Российский кардиологический журнал. 2017; 141(1): 136-141
6. Тукешева Б.Ш. Анализ диагностической значимости критериев кардиоренального синдрома у больных ишемической болезнью сердца. //Вестник Казахского национального медицинского университета. 2013;1:67 69.
7. Тухтаев Достон Ашурович. Кардиоренальный синдром: этиология и патогенез //Азиатский журнал фармацевтических и биологических исследований. – 2023. – Т. 12. – № 35.
8. Akhmedova N.Sh, Giyasova N.O. Mechanism of development and diagnostic markers of nephropathy in arterial hypertension //British Medical Journal Volume-2, No 1, 2022/p 92-95
9. Boltayev K.J., Naimova S.A. Risk factors of kidney damage at patients with rheumatoid arthritis //WJPR (World Journal of Pharmaceutical Research). – 2019. – Т. 8. – №. 13.
10. Boltayev K., Shajanova N. Anemia associated with polydeficiency in elderly and senile people //Galaxy International Interdisciplinary Research Journal. – 2022. – Т. №. 2. – С. 688-694.
11. Jumayeva M.F Hepatocardiorenal syndrome . Asian journal of Pharmaceutical and biological research. Volume 11 Issue 1 JAN-APR 2022 p.
12. Sharipovna A.N. Current Approaches to early diagnostics of chronic kidney disease and evaluated risk factors //European science review. – 2019. – Т. 2. – №. 1-2. – С. 76-78.
13. Sharipovna A.N., To`lqinjanovna S.G. Analysis of dysfunctioning podocytes and structural and functional changes in the nephronS (literature review) //British Medical Journal. – 2022. – Т. 2. – №.1.

# ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

**АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН**

ТОМ 1, НОМЕР 2

**КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ**

VOLUME 1, ISSUE 2

Научно-практический журнал по всем  
направлениям медицины  
основан в 2024 году  
Бухарским государственным  
медицинским институтом  
Выходит один раз в 3 месяца  
Учредитель Бухарский государственный  
медицинский институт