



O'ZBEKISTON HARBIY

2025-YIL, 2-SON

Т
И
Б
И
Й
И
Й
О
Т
И



«O‘zbekiston Harbiy Tibbiyoti» ilmiy-amaliy journali Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, Фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясининг 2023 йил 29 августдаги № 01-07/1410/33 сонли маълумотномасига асосан, тиббиёт фанлари бўйича диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган миллий илмий нашрлар рўйхатига киритилган.

Муассис:
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ҚУРОЛЛИ КУЧЛАРИ ҲАРБИЙ
ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

Бош муҳаррир:
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ МУДОФАА
ВАЗИРЛИГИ ТИББИЁТ БОШҚАРМАСИ БОШЛИГИ

Бош муҳаррир ўринбосари:
PhD, доц, т/х полковниги АБДУЛАХАТОВ
БАХОДИР ШАРИФЖОНОВИЧ.

Масъул котиб:
PhD, доц. ПЎЛАТОВА З.А.

**Ўзбекистон ҳарбий тиббиёти илмий-
амалий journalи Ўзбекистон
Республикаси Президенти
Администрацияси ҳузуридаги Ахборот
ва оммавий коммуникациялар
агентлигида 2022 йил 5 августдаги
1691-сонли гувоҳнома билан рўйхатга
олинган.**

Тахририят манзили:
Тошкент шаҳри,
Зиёлилар кўчаси, 4-уй
Телефонлар: (71) 262-42-41

Тахрир хайъати:
Т.ф.д, проф. Мухамедова М.Г.
Т.ф.д., проф. Миррахимова С.Ш.
Т.ф.д., проф. Эшбеков М.Э.
Т.ф.д., проф. Ибрагимов А.Ю.
Т.ф.д., проф. Каюмов У.К.
Т.ф.д., доц. Нуралиева Д.М.
Т.ф.д., доц Хидоятова М.Р.
Т.ф.д., доц. Расулова З.Д.
Т.ф.д., доц. Раимкулова Н.Р.
Т.ф.д., Бозорова С.А.
Т.ф.н., доц. Рахимов А.Ф.
Т.ф.н., доц. Атамурадов Ш.И.
Т.ф.н., доц Джаббаров А.М.
PhD., доц. Файзиева Д.Б.
PhD., доц. Махмудова Н.Р.
PhD., доц. Буранкулова Н.М.
PhD., доц. Рустамов А.А.
PhD., доц. Пўлатова З.А.
PhD., Расулов У.А.
Т.ф.н., Мирзаев Д.А.
Т.ф.н., Ибрагимова Н.Х.
Т.ф.н., Нагаева Г.А.
Т.ф.н., Ачилов Ш.Ж.
Т.ф.н., Муродов Б.Х.
Т.ф.н., Таджибаев Х.П.
Доц. Нуруллаев А.Ж.
Катта ўқитувчи Халимов Б.Х.
Катта ўқитувчи Мусаева Г.И.
Дизайнер:
Райхона ОЧИЛОВА.

**Тахририятга юборилган мақола ва
қўлёзмаларда берилган
маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва
ишончлилиги учун
тўлиқ жавобгарликни муаллифлар
ўз зиммасига олади.**

**Журнал 20.06.2025 йилда босмахонага
топширилди.**

Қоғоз бичими 60x84 1/8.
Офсет усулида босилди.
Шартли 6,75 босма табак.
**“Ўзбекистон Республикаси Ҳарбий тиббиёт
академияси”нинг босмахонасида чоп
этилди**

the oral mucosa, also have a bad effect on the body[4].

References

1. Gorodko M., Byurlin T., Raecke P., Ratka Kruger P. Clinical studies of the effectiveness of a new ultrasound device for periodontal therapy // *Parodontologie*, 2003, 14/2; 143-159.
2. Zhinovskiy F. Painless periodontal therapy // *Clinical dentistry*, 2003. – No. 1. – pp. 48-50.
3. Melekhov S.V. The role of yeast-like fungi of the genus *Candida* in the development of periodontal pathology / S.V.Melekhov // *Maestro*. 2007. – No. 2. – pp. 72-75.
4. Sergeev A.Yu. *Candidoz* / A.Yu.Sergeev, Yu.V.Sergeev. M.: Triad-X, 2001. – 472 p.
5. Shumskiy A.V. Candidiasis of the oral cavity / A.V.Shumskiy, V.A.Zheleznyak. – Samara, 2008. – 199 p.
6. Shumskiy A.V. Antifungal and immunomodulatory lymphotropic therapy of candidiasis of the oral mucosa / A.V.Shumskiy, M.M.Pozharitskaya, E.V.Yurchenko // *Dentistry*. 1996. Vol. 75, No. 4. pp. 17-20.
7. Jarvensivu A. *Candida* yeasts in chronic periodontitis tissues and subgingival microbial biofilms in vivo / A. Jarvensivu et al. // *Oral. Dis*. 2004. – Vol. 10, №2. – P. 106-12.

УДК:616.61-002.2/6:612.39:615.356

АССОЦИАЦИЯ УРОВНЕЙ ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В И D СО СТАДИЙНОСТЬЮ И ПРОГРЕССИВОВАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

РАИМКУЛОВА Н.Р., ОРТИКБОЕВ Ж.О.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан.

Аннотация

С целью изучения корреляционной взаимосвязи уровня витамина В₆, фолиевой кислоты (витамин В₉) и витамина Д с клиническим течением ХБП было обследовано 153 пациента в возрасте от 20 до 94 лет, средний возраст – 57,9±2,3 лет. Анализ полученных данных показал, что средняя концентрация витамина В₆ и фолиевой кислоты во всех случаях были в пределах нижней границы нормативных значений. Во всех случаях было установлено снижение витамина Д, соответствующее как недостаточности, так и его дефициту. При корреляционном анализе была доказана средняя зависимость витамина Д с СКФ.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, витаминный статус, гиповитаминоз, патогенетическая роль

ASSOCIATION OF VITAMIN B AND D LEVELS WITH THE STAGE AND PROGRESSION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE

Raimkulova N.R., Ortiqboyev J.O

Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan.

Annotation

In order to study the correlation between the levels of vitamin B₆, folic acid (vitamin B₉) and vitamin D with the clinical course of CKD, 153 patients aged 20 to 94 years were examined, with an average age of 57.9±2.3 years. The analysis of the obtained data showed that the average concentration of vitamin B₆ and folic acid in all cases was within the lower limit of the standard values. In all cases, a decrease in vitamin D was found, corresponding to both deficiency and deficiency. Correlation analysis proved the average dependence of vitamin D on GFR.

Key words: chronic kidney disease, vitamin status, hypovitaminosis, pathogenetic role

Б ВА Д ВИТАМИНЛАРИ ДАРАЖАСИНИНГ СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ БОСҚИЧИ ВА РИВОЖЛАНИШИ БИЛАН БОГЛИҚЛИГИ

Раимкулова.Н.Р., Ортиқбоев Ж.О

Аннотация

Б6 витамини, фолий кислотаси (Б9 витамини) ва Д витамини даражаларининг СКД клиник курси билан ўзаро боғлиқлигини ўрганиш учун 153 бемор текширилди, ёшдан 20 ёшдан бўлган 94 ёшгача ўртача ёш ташкил этди 57,9 ва 2,3 . Олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, Б6 витамини ва фолий кислотасининг ўртача концентрацияси барча ҳолатларда стандарт қийматларнинг пастки чегарасида бўлган. Барча ҳолатларда Д витамини етишмовчилиги ва етишмовчилигига мос келадиган пасайиш аниқланди. Корреляцион таҳлил Д витаминининг ГФТ боғлиқлигини исботлади.

Калит сўзлар: сурункали буйрак касаллиги, витаминларнинг ҳолати, гиповитаминоз, патогенетик роли

Increase in the prevalence of chronic kidney disease (CKD) in the population ranks among the priority challenges of global public health. [1, 2, 4] It is well established that patients with CKD develop concomitant catabolic alterations that increase the risk of malabsorption and reduced nutrient intake. Against this background, vitamin levels—particularly B-group vitamins, which are involved in maintaining normal cellular function and erythropoiesis—are often decreased. In addition, CKD impairs the conversion of vitamin D to its active form, leading to an imbalance of biochemical processes. [3, 5, 11]

According to Martín-del-Campo F. According to a group of authors (2022), the concentration of folic acid (vitamin B9) is reduced in patients with CKD. The decrease in folic acid in CKD patients is explained by the fact that the binding of B19 to plasma proteins is disrupted due to their loss in patients on dialysis. [14]

It is known that low vitamin B9 and B6 levels lead to the development of hyperhomocysteinemia, which in turn contributes to the development of cardiovascular diseases and anemia. According to scientific research, the

introduction of folic acid into complex treatment will reduce the risk of developing cardiovascular complications, but the results obtained in the course of research are contradictory. [9, 17]. A.D. Dangour and a group of colleagues (2015) found that "... the addition of FC to the diet of dialysis patients is possible, since this vitamin has no visible side effects [7]

CKD is a leading risk factor for vitamin D hypovitaminosis in patients, especially those with terminal stage [8] According to other researchers, vitamin D deficiency is noted at all stages of CKD [16], and its content decreases depending on kidney function [15]. According to A.C. Webster and a group of authors (2017), it was found that "... people with 25(OH)D3 levels below 37.5 nM (15 ng/ml) had a higher risk of all-cause mortality, despite adjustments for the stage of CKD and related factors." [18]. However, we have not found in the scientific literature a study of the effect of vitamin D concentration on outcomes and predicting the severity of the clinical course of this pathology.

Thus, the study of the pathogenetic mechanisms of exacerbation of the clinical course of CKD, and in particular vitamin status disorders, is an urgent problem

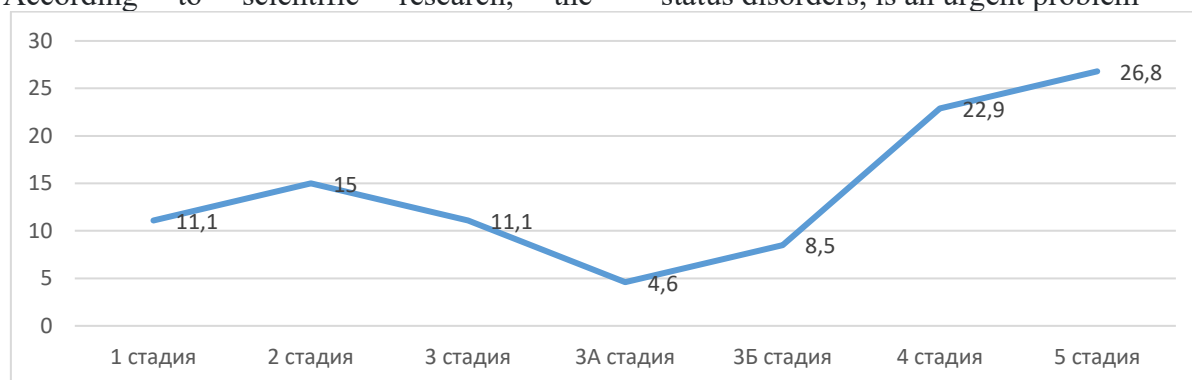


Fig. 1. Distribution of patients with CKD by disease stages

The age range of the patients ranged from 20 years to 94 years, with an average age of 57.9 ± 2.3 years. Among all the patients who participated in the study, the female sex prevailed over the male, their ratio was 4.3:1 (29 men and 124 women).

The analysis of concomitant pathology revealed the predominance of hypertension, which occurred in 75.2% of patients (115 out of 153). An increase in its frequency was found depending on the stage of CKD, that is, depending on its progression (in 31.3% at stage 1 (5 out of 16 patients and 87.8% at stage 5; $P < 0.01$).

Diabetes mellitus was observed in 18.3% of patients (28 out of 153), and the presence of atherosclerosis in 10.5% (16 out of 153). At the same time, the presence of diabetes and atherosclerosis increased depending on the severity of the stage of CKD.

Among other concomitant diseases, 14.4% had liver diseases, 11.1% had gastrointestinal diseases, 10.5% had COPD, and 5.2% had coronary heart disease. At the same time, these diseases did not have significantly significant occurrence values depending on the progression of CKD.

The study examined the content of vitamin B6 (standard concentration – 4.1-43.7 ng/ml), B9 (standard concentration – 3.1-20.5 ng/ml) and D (standard concentration – over

30 ng/ml) in blood serum by high-performance liquid chromatography. They were evaluated in accordance with the attached instructions.

The statistical analysis was carried out using the built-in Excell-2019 program. Correlation analysis using the Pearson method, taking into account multiple linear regression for GFR indicators.

The results of the study: as a result of the analysis of the concentrations of vitamin B6, B9 and vitamin D depending on the stage of CKD, we found that the average values of vitamin B6 and B9 were within the reference values, however, a decrease in vitamin D was found, which progressed depending on the stage of CKD, so at stage 1, the average values of vitamin D were 25.1 ± 2.0 ng/ml, whereas at stage 5 it decreases to 13.2 ± 2.1 ng/ml ($P < 0.01$). The data obtained are presented in Table 1.

Also, despite the fact that the average folic acid levels in CKD were within the lower limit of normal, there was a progression of its decrease, so at stage 1, 6.19 ± 0.64 ng/ml, and at stage 5 – 4.8 ± 0.35 ng/ml ($P < 0.01$).

Vitamin B6 levels did not depend on the stage of CKD, This was also confirmed by a weak correlation with GFR indicators ($r = 0.123$; $p = 0.008$). The data obtained is presented in table 2.

Average levels of vitamin B6, folic acid and vitamin D, n=153

Stages of CKD	Vitamin B6 (4,1-43,7 ng/ml)	Folic Acid (3,1-20,5 ng/ml)	Vitamin D (<30 ng/ml)
1 stage, n=16	$14,5 \pm 1,3$	$6,2 \pm 0,64$	$25,1 \pm 2,0$
2 stage, n=23	$14,4 \pm 1,3$	$5,0 \pm 0,5^*$	$21,4 \pm 1,7^*$
3 stage, n=17	$13,8 \pm 0,9^*$	$6,6 \pm 0,58$	$21,8 \pm 1,4^*$
3A stage, n=9	$15,2 \pm 1,6^*$	$6,0 \pm 0,95$	$20,1 \pm 1,2^{**}$
3B stage, n=12	$13,8 \pm 1,2^*$	$5,7 \pm 0,8^*$	$18,6 \pm 1,5^{**}$
4 stage, n=35	$14,5 \pm 0,88$	$5,3 \pm 0,37^*$	$15,9 \pm 1,7^{**}$
5 stage, n=41	$14,2 \pm 0,67$	$4,8 \pm 0,35^{**}$	$13,2 \pm 2,1^{***}$

Note: * - reliability of data for patients with stage 1 CKD (* - $P < 0.05$; ** - $P < 0.01$; *** - $P < 0.001$)

Table 2

Correlation indicators of the dependence of the level of vitamin B6, folic acid and vitamin D on the stage of CKD

	Vitamin B6	Folic Acid	Vitamin D
CKD	0,123	0,523	0,634
p - values	0,008	0,003	0,002

An average correlation was observed with GFR and the level of folic acid in peripheral blood ($r=0.523$; $p=0.003$). An average direct relationship of vitamin D content with GFR was also established ($r=0.634$; $p=0.002$).

Conclusion. Analysis of the obtained data showed that the average concentrations of vitamin B6 and folic acid in patients were at the lower limit of the reference values. In all cases, a decrease in vitamin D levels was detected — from deficiency to severe deficiency. Correlation analysis established an average strength relationship between vitamin D levels and GFR. Taking into account the confirmed contribution of reduced levels of vitamin D and folic acid to the pathogenesis of CKD progression, regular dynamic monitoring and correction of their levels within the framework of therapy of this pathology is advisable.

Reference:

1. Батюшин М. М. Хроническая болезнь почек: современное состояние проблемы // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2020. — № 8. — С. 938–947.
2. Зверев ЯФ, Брюханов ВМ. Современные представления о механизмах почечного действия альдостерона // Нефрология. - 2021; 4(5): 916
3. Смирнов А.В., Есян А.М., Каюков И.Г. и др. Современные подходы к замедлению прогрессирования болезни почек. // Нефрология. — 2023. — Т8. — №3. — С.89-99
4. Томилина Н.А., Бикбов Б.Т. Эпидемиология хронической почечной недостаточности и новые подходы к классификации и оценке тяжести хронических прогрессирующих заболеваний почек // Терапевтический архив. — 2015. — № 6.
5. Шайхова Г. И., Отажонов И. А., Рустамова М. Т. Малобелковая диета для больных с хронической почечной недостаточностью // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2019. — № 12. — С. 135–142.
6. Chien S.C., Li S.Y., Chen Y.T. et al. Folic acid supplementation in end-stage renal disease patients reduces total mortality rate. *J. Nephrol.* 2023; 26 (6): 1097–1104. DOI: 10.5301/jn.5000276.
7. Dangour A.D., Allen E., Clarke R. et al. Effects of vitamin B-12 supplementation on neurologic and cognitive function in older people: a randomized controlled trial. *Am. J. Clin. Nutr.* 2015; 102 (3): 639–647. DOI: 10.3945/ajcn.115.110775.
8. Filipov JJ, Zlatkov BK, Dimitrov EP, Svinarov D. Relationship between vitamin D status and immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients.// *Biotechnol Biotechnol Equip.* 2015;29(2):331–5.
9. Franques J., Chiche L., Mathis S. Sensory neuronopathy revealing severe vitamin B12 deficiency in a patient with anorexia nervosa: An often-forgotten reversible cause. *Nutrients.* 2017; 9 (3): 281. DOI: 10.3390/nu9030281.
10. Jankowska M., Rutkowski B., Debska-Slizien A. Vitamins and microelement bioavailability in different stages of chronic kidney disease. *Nutrients.* 2017; 9 (3): 282. DOI: 10.3390/nu9030282.
11. Levey AS, de Jong PE, Coresh J, El Nahas M, Astor BC, Matsushita K, et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. *Kidney Int.* 2011;80(1):17–28.
12. Levin A, Stevens PE. Summary of KDIGO 2012 CKD Guideline: behind the scenes, need for guidance, and a framework for moving forward. *Kidney Int.* 2014;85(1):49–61.
13. Maladkar M., Tekchandani C., Dave U. Post-marketing surveillance of fixed dose combination of methylcobalamine, alpha lipoic acid, folic acid, biotin, benfotiamine & vitamin B6 –nutripathy for the management of peripheral neuropathy. *J. Diabetes Mellitus.* 2018; 4: 124–132. DOI: 10.4236/jdm.2014.42019.
14. Martín-del-Campo F., Batis-Ruvalcaba C., GonzálezEspinoza L. et al. Dietary

- micronutrient intake in peritoneal dialysis patients: relationship with nutrition and inflammation status. *Perit. Dial. Int.* 2022; 32 (2): 183–191. DOI: 10.3747/pdi.2010.00245.
15. Mehrotra R, Kermah DA, Salusky IB, Wolf MS, Thadhani RI, Chiu YW, et al. Chronic kidney disease, hypovitaminosis D, and mortality in the United States. *Kidney Int.* 2019;76(9):977–83.
 16. Pilz S, Iodice S, Zittermann A, Grant WB, Gandini S. Vitamin D status and mortality risk in CKD: a meta-analysis of prospective studies // *Am J Kidney Dis.* 2021;58(3):374–82.
 17. Soohoo M., Feng M., Obi Y. et al. Changes in markers of mineral and bone disorders and mortality in incident hemodialysis patients. *Am. J. Nephrol.* 2016; 43 (2): 85–96. DOI: 10.1159/000444890.
 18. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease // *Lancet.* 2017;389(10075):1238–52.
 19. Janssen I., Heymsfield S.B., Baumgartner R.N., Ross R. *J. Appl. Physiol.*, 2000, vol. 89, no. 2, pp. 465–471.
 20. Гилевич А.В. Кожная электроимпедансометрия в оценке адекватности общей анестезии: автореф. дис. канд. мед. наук. – Новосибирск, 1996. – 18 с.
 21. Федорова Ю.Ю. Факторы, влияющие на частоту интрадиализной гипотонии у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом / Ю. Ю. Федорова // *Материалы XVI Всероссийской медико-биологической конференции молодых исследователей «Фундаментальная наука и клиническая медицина - Человек и его здоровье».* - СПб, 2013. - С. 424-425.

РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 И АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

ХУДОЙБЕРДИЕВА Г.А., РАИМКУЛОВА Н.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

АННОТАЦИЯ.

В данной статье рассмотрена роль ингибиторов SGLT2 и антагонистов минералокортикоидных рецепторов в управлении сердечно-сосудистыми рисками и прогрессированием хронической болезни почек (ХБП) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Обсуждаются механизмы действия этих препаратов, клинические исследования, подтверждающие их эффективность, и перспективы дальнейшего использования в клинической практике.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, дапаглифлозин, эмпаглифлозин.

Актуальность.

Ингибиторы SGLT2, такие как дапаглифлозин и эмпаглифлозин, оказывают положительное влияние на сердечно-сосудистые и почечные исходы у пациентов с ХСН и ХБП. *Zannad et al. (2021)* и *Perkovic et al. (2021)* показали, что использование этих препаратов значительно снижает риск сердечно-сосудистых и почечных событий, независимо от наличия сахарного диабета.

В работе Перепеч Н.Б. и соавторов

описывается клиническая эффективность ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГКТ-2). Приведены сведения о механизмах действия препаратов этого класса и обосновано их применение в лечении больных сахарным диабетом (СД) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Обсуждены результаты крупных рандомизированных клинических исследований, в которых оценивалась эффективность иНГКТ-2. Представлены

	КОНЦЕПЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.	
172	Sharipova Gulnihol Idiyevna, Komilova Zamira Abdurashidovna THE PREVALENCE OF DENTAL DISEASES CAUSED BY THE ACTION OF E-CIGARETTES, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC MEASURES.	843
173	РАХМАТОВА ФОТИМА УТКИРОВНА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКОЙ И ПЛАВАНИЕМ	846
174	Абдуллаева Г.Ж., Машкурова З.Т., Закирова Д.В., Раджабова Г.М., Хамидуллаева Г.А., Абдуллаев А.А., Мансурова В.Х., Дониеров Ш.Н. ВЛИЯНИЕ RS6817105 ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PITX2 И RS13376333 ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА KCNN3 НА РИСК РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	854
175	Ф.А.ИКРАМОВА, Н.Р.РАИМКУЛОВА СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА: ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ	864
176	KAZAKOVA N.N., KOMILOV K.O IN PATIENTS DIAGNOSED WITH CANDIDA, THE DEVELOPMENT AND EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF A NEW METHOD FOR THE PREVENTION OF PERIODONTITIS.	873
177	РАИМКУЛОВА Н.Р., ОРТИКБОЕВ Ж.О. АССОЦИАЦИЯ УРОВНЕЙ ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В И D СО СТАДИЙНОСТЬЮ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	876
178	ХУДОЙБЕРДИЕВА Г.А., РАИМКУЛОВА Н.Р. РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ SGLT2 И АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	880