ISSN 2181-5887

THERAPEUTIC HERALD OF UZBEKISTAN

O‘ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 3, 2026

Association of Therapeutic of Uzbekistan
O‘zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi

ISSN 2181–5887

THERAPEUTIC HERALD OF UZBEKISTAN

Scientific-practical journal

2026. № 3

O‘ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

Учредитель – Ассоциация терапевтов Узбекистана
Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан
2026 № 3

Главный редактор **А.Л. Аляви, академик АН РУз, д.м.н., профессор**

Зам. глав. редактора Ж. А. Исмаилова, д.м.н.

Редакционная коллегия:
М.М. Каримов, д.м.н., профессор
М.Ю. Алиахунова, д.м.н., профессор
Б.А. Аляви, д.м.н., профессор
А.Г. Гадоев, д.м.н., профессор
Б.Т. Даминов, д.м.н., профессор
Л.Т. Даминова, д.м.н., профессор
А.Х. Абдуллаев, д.м.н.
У.К. Каюмов, д.м.н., профессор
М.Ш. Каримов, д.м.н., профессор
Р.Д. Курбанов, академик АН РУз, д.м.н., профессор
И.Р. Мавлянов, д.м.н., профессор
Д.А. Рахимова, д.м.н., профессор
А.В. Фозилов, д.м.н., профессор
Ф.И. Хамробаева, д.м.н., профессор

Ответственный секретарь Тагаева Д.Р.

Редакционный совет:
Абдуллаев Р.Б., д.м.н., профессор (Ургенч)
Арипов Б.С., к.м.н. (Ташкент)
Арутюнов Г.П., чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор (Москва)
Ахмедов Х.С., д.м.н., профессор (Ташкент)
Бабаев К.Т., д.м.н., профессор (Ташкент)
Джумагулова А.С., д.м.н., профессор (Бишкек)
Жаббаров О.О., д.м.н., профессор (Ташкент)
Закирходжаев Ш.Я., д.м.н., профессор (Ташкент)
Зуфаров М.М., д.м.н., профессор (Ташкент)
Ибрагимов А.Ю., д.м.н., профессор (Ташкент)
Кенжаев М.Л., д.м.н. (Ташкент)
Ливерко И.В., д.м.н., профессор (Ташкент)
Мамасолиев Н.С., д.м.н., профессор (Андижан)
Мирахмедова Х.Т., д.м.н. (Ташкент)
Муминов К.П., д.м.н. (Ташкент)
Мухамедова М.Г., д.м.н., профессор (Ташкент)
Набиева Д.А., д.м.н., профессор (Ташкент)
Рустамова М.Т., д.м.н., профессор (Ташкент)
Садыкова Г.А., д.м.н., профессор (Ташкент)
Собирова Г.Н., д.м.н. (Ташкент)
Собиров М.А., д.м.н., профессор (Ташкент)
Сооронбаев Т.М., д.м.н., профессор (Бишкек)
Ташкенбаева Э.Н., д.м.н., профессор (Самарканд)
Тулабаева Г.М., д.м.н., профессор (Ташкент)
Туляганова Д.К., д.м.н. (Ташкент)
Хамраев А.А., д.м.н., профессор (Ташкент)
Хужамбердиев М.А., д.м.н., профессор (Андижан)
Шек А.Б., д.м.н., профессор (Ташкент)
Шодикулова Г.З., д.м.н., профессор (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации. Рег. № 0572 от 28.12.2010 г.

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы обращаться по адресу:
00084, Узбекистан, Ташкент, ул. Осиё 4. Научно-организационный отдел.
Тел.: +99871 234–30–77, +99897 260–67–24.
Факс: (998–71) 235–30–63
E-mail: **centiruz@mail.ru** Сайт: **https://therapy.uz.**

Подписано в печать 29.09.2026. Формат 60×84 1/8. Печать офсетная.
Усл. п.л. 14,0. Тираж 100. Заказ № 765.

Дизайн и печать ООО «Niso nashriyot va matbaa uyi». Ташкентская область, Уртачирчикский район, махалля Машъал, д. 1.

«ICHKI KASALLIKLARNI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING DOLZARB MASALALARI»

XALQARO TERAPEVTLAR FORUMI

TEZISLARI

2026-YIL 15–16-OKTABR, TOSHKENT

ТЕЗИСЫ

МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА ТЕРАПЕВТОВ

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ»

15–16 ОКТЯБРЯ 2026 ГОДА, ТАШКЕНТ

СОДЕРЖАНИЕ

КАРДИОЛОГИЯ

CHAP QORINCHA GIPERTROFIYASI SAQLANGAN QON OTISH FRAKSIYASIGA EGA YURAK YETISHMOVCHILIGI BILAN BIRGA KECHGANDA EMPAGLIFLOZIN SAMARADORLIGI
Azzamov J.A., Kenjayev S.R. 11

SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGINING TURLI FENOTIPLARIDA BUYRAKLARDA FIBROZ JARAYONINING RIVOJLANISHI
Gadayev A.G., Rahimova M.E., Abutalipova O.U. 11

JANUBIY OROLBO‘YI AHOLISIDA EKOLOGIK VA METABOLIK XAVF OMILLARI BILAN BOG‘LIQ YURAK ISHEMIK KASALLIGINING SHAKLLANISHI
Ismailov K.Y. 12

ARTERIAL GIPERTENZIYA BILAN OG‘RIGAN BEMORLARDA BUYRAK DISFUNKSIYASINI ERTA TASHXISLASHDA KLINIK-LABORATOR KO‘RSATKICHLARNING AHAMIYATI
Ismoilova S.I. 13

KOPTOKCHALAR FILTRATSIYASI TEZLIGIGA QARAB SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI BO‘LGAN BEMORLARDA BUYRAK STRUKTUR-FUNKSIONAL HOLATINING KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATLARI
Korakulova Z.T., Ataxodjayeva G.A., Karimdjanova G.A., Minovarova Ch.A., Igamberdiyeva R.SH. 13

SAQLANGAN OTISH FRAKSIYALI YURAK YETISHMOVCHILIGI DIAGNOSTIKASIDA DIASTOLIK STRESS-TEST VA QONDAGI NT-PRO BNP NING KOMPLEMENTAR ROLI
Latipov F.F., Alyavi B.A. 14

KOMORBIDLIGI MAVJUD O‘TKIR KORONAR SINDROMLI BEMORLARDA LIPOPROTEIN (A)NING KLINIK-PROGNOSTIK AHAMIYATI
Saidahmadov S.S., Nurillayeva N.M., Xidoyatova M.R. 15

SEMIZLIKDA YURAK-QON TOMIR TIZIMI BUZILISHLARINING GENETIK VA FUNKSIONAL PREDIKTORLARI
Tulyaganova D.K., Farmonova M.M. 15

ISHEMIK ETIOLOGIYALI SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGI BO‘LGAN BEMORLARDA ERUVCHAN ST2 NING CHAP VA O‘NG QORINCHALAR DEFORMATSIYA KO‘RSATKICHLARI BILAN O‘ZARO BOG‘LIQLIGI
Xujanov X.B., Tulyaganova D.K. 16

SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGIDA SAKUBITRIL/VALSARTAN BILAN DAVOLASH FONIDA sST2 VA BIVENTRIKULYAR DEFORMATSIYA KO‘RSATKICHLARINING DINAMIKASI
Xujanov X.B. 17

СЕМИОТИКА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Алиева С.З., Сроджидинова Н.З., Номозов Э. 18

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДА АНТИАГРЕГАНТ ДОРИЛАРГА РЕЗИСТЕНТЛИК ХОЛАТИНИ ЎРГАНИШ
Аляви А.Л., Сабиржанова З.Т., Ходжанова Ш.И., Узаков Ж.К., Иманкулова Ж.А., Тошев Б.Б., Асфандиёрова М.Д. 18

РОЛЬ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ В ФОРМИРОВАНИИ ТРОМБОГЕННОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Аляви А.Л., Узоков Ж.К., Иманкулова Д.А. 19

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА
Аляви А.Л., Иманкулова Д.А. 20

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БИОМАРКЕРЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ СНИЖЕННОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС
Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Абдуллаев А.Х., Мамажонов О.О., Рахмонов Ш.Н. 21

КОРРЕЛЯЦИЯ БИОМАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК С РИСКОМ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
Аляви Б.А., Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С. 21

РИСК ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОДДЕРЖИВАЮЩИЙ ГЕМОДИАЛИЗ НА ФОНЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ
Аляви Б.А., Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С. 22

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА
Атаходжаева Г.А., Рузиева Х.О. 23

СТЕПЕНЬ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФЕРМЕНТАМИ ПЕЧЕНИ И СЫВОРОТОЧНЫМИ МАРКЕРАМИ ФИБРОГЕНЕЗА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ТЕЧЕНИИ И ПРИ КОМОРБИДНОСТИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Бувамухамедова Н.Т., Парпибаева Д.А. 23

РАЗВИТИЕ ФИБРОЗА ПОЧЕК ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПАХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Гадаев А.Г., Рахимова М.Э., Абуталипова О.У. 24

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

АТАХОДЖАЕВА Г.А., РУЗИЕВА Х.О.

Ташкентский государственный медицинский университет;
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почек, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка состояния правого желудочка и легочной гипертензии у пациентов с ХСН ишемического генеза.

Материал и методы. Были обследованы пациенты с ХСН ишемического генеза среднего и пожилого возраста. Средний возраст пациентов составил 51,5 ± 11,2 лет. В исследование были включены 82 пациента, с сохраненной (ХСНсФВ>50 %) и умеренно сниженной (ХСНунФВ = 40-49 %,) ФВЛЖ. Перенесенный в анамнезе инфаркт миокарда, а также гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий по данным коронароангиографии, подтверждали ишемический характер развития ХСН. В зависимости от наличия легочной гипертензии (ЛГ) все обследованные пациенты были подразделены на 2 группы исследования: 1 группу составили пациенты с ХСН сохраненной и умеренно сниженной ФВЛЖ без признаков ПЖН и ЛГ (n = 44) и 2ю группу пациенты с ХСНсФВ и ХСНунФВ с признаками ЛГ (n = 38). Помимо стандартного протокола ЭхоКГ исследования, дополнительно всем пациентам был проведен подсчёт индекса ПЖАС в виде соотношения TAPSE (Tricuspidal Anular Plane Systolic Excursion, амплитуда систолического движения кольца трикуспидального клапана) к СДЛА. ЛГ определялась как повышение систолического давления в легочной артерии (СДЛА) >30 мм рт.ст. по данным трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ).

Результаты исследования. Наибольшие значения TAPSE и ПЖАС отмечены в 1 группе (18,6 ± 3 мм и 0,64 ± 0,42 мм/мм рт.ст., соответственно). В группе 2 площадь ПП (24 ± 7,9 см^2) оказалась больше, а степень тяжести ЛГ выше (51 ± 11,8 мм рт.ст.), чем в 1й группе. Наиболее высокий уровень NT-proBNP (4365 пг/мл [500;9240]) зафиксирован во 2й группе. Наибольшее расстояние по данным ТШХ, было пройдено пациентами группы 1 и составило ~385 м. При сравнении параметров, отражающих работу и нагрузку на правые отделы сердца, у пациентов в группах с разной ФВ ЛЖ, согласно критерию Стьдента, существенные различия наблюдались лишь по показателям TAPSE ($p < 0,05$). В разных группах ФК ЛГ, статистически значимые различия наблюдались по показателям TAPSE, ПЖАС и NT-proBNP ($p < 0,05$). По мере увеличения стадии ХСН и ФК ЛГ, значимо отмечен прирост показателей СДЛА, диаметра НПВ и уровня NT-proBNP, а также уменьшение TAPSE и ПЖАС ($p < 0,05$).

Выводы. Уменьшение показателя ПЖАС, свидетельствующее о разобщении в кардиопульмональной системе, имеет большое значение в возникновении и прогрессировании различных сердечно-сосудистых заболеваний, в т.ч. его оценка используется для стратификации риска и прогнозирования исходов у пациентов с ХСН.

СТЕПЕНЬ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФЕРМЕНТАМИ ПЕЧЕНИ И СЫВОРОТОЧНЫМИ МАРКЕРАМИ ФИБРОГЕНЕЗА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ТЕЧЕНИИ И ПРИ КОМОРБИДНОСТИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

БУВАМУХАМЕДОВА Н.Т., ПАРПИБАЕВА Д.А.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнить взаимосвязь степени стеатоза печени при метаболически ассоциированной жировой болезни печени (МАЖБП) с активностью печёночных ферментов и сывороточными маркерами фиброгенеза – PRO-C3, фрагментом цитокератина-18 (СК18-М30) и N-концевым предшественником мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) – у пациентов с изолированным течением МАЖБП и при её коморбидном сочетании с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 59 пациентов с МАЖБП, разделённых на 2 группы: 1-я – изолированное течение МАЖБП без ХСН (n = 28: 1-я степень стеатоза – 10 больных, 2-я степень – 10, 3-я степень – 8); 2-я – коморбидное течение МАЖБП и ХСН (n = 31: 1-я степень – 11, 2-я степень – 10, 3-я степень – 10). Степень стеатоза установлена по данным ультразвукового исследования печени. Определены уровни аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), PRO-C3, СК18-М30 и NT-proBNP методом иммуноферментного анализа. Использованы критерий Краскела-Уоллиса, U-критерий Манна-Уитни и корреляционный анализ по Спирмену; различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В группе изолированной МАЖБП выявлена достоверная отрицательная корреляция степени стеатоза с уровнем PRO-C3 ($r = -0,47$; $p = 0,013$): медиана снижалась с 18,2 нг/мл при 1-й степени до 11,1 нг/мл при 3-й степени ($p = 0,048$). В группе МАЖБП+ХСН подобной зависимости не установлено ($r = -0,15$; $p = 0,43$) – уровень PRO-C3 оставался стабильным независимо от степени стеатоза (медианы 17,0-14,1 нг/мл). При сравнении групп на 3-й степени стеатоза PRO-C3 оказался достоверно выше при коморбидном течении, чем при изолированной МАЖБП (14,1 против 11,1 нг/мл; $p = 0,043$). Уровень NT-proBNP был достоверно выше в группе МАЖБП+ХСН на всех степенях стеатоза (1-я степень: 688 против 169 пг/мл, $p = 0,003$; 2-я степень: 264 против 129 пг/мл, $p = 0,017$; 3-я степень: 329 против 173 пг/мл, $p = 0,029$). АСТ в целом была выше при изолированной МАЖБП, чем при коморбидном течении (медиана 25,0 против 18,0 Ед/л; $p = 0,028$), для АЛТ отмечена сходная тенденция ($p = 0,105$). Достоверной связи степени стеатоза с СК18-М30 не установлено ни в одной из групп ($p > 0,05$).

Выводы. 1. У пациентов с изолированной МАЖБП нарастание степени стеатоза печени сопровождается достоверным снижением уровня PRO-C3, тогда как при коморбидном течении с ХСН данная взаимосвязь нивелируется, что указывает на модифицирующее влияние сердечной недостаточности на фиброгенез печени. 2. Уровень NT-proBNP достоверно превышает показатели изолированной МАЖБП на всех степенях стеатоза, подтверждая его специфичность как маркера кардиальной, а не печёночной дисфункции, тогда как более высокая активность АСТ при изолированной МАЖБП может отражать преобладание цитолитического компонента поражения печени вне кардиогепатальных взаимодействий.

РАЗВИТИЕ ФИБРОЗА ПОЧЕК ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПАХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ГАДАЕВ А.Г., РАХИМОВА М.Э., АБУТАЛИПОВА О.У.

Ташкентский государственный медицинский университет;
Университет Альфраганус, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Проанализировать особенности развития фиброза почек при различных фенотипах хронической сердечной недостаточности.

Материал и методы. В исследование были включены 62 пациента с ХСН, проходившие стационарное лечение в отделении кардиологии Национального медицинского центра. На основании результатов эхокардиографии (ЭхоКГ) все пациенты были разделены на три фенотипа: ХСН с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ), ХСН с незначительно сниженной фракцией выброса (ХСНннФВ) и ХСН со сниженной фракцией выброса (ХСНнФВ). Всем пациентам были проведены общепринятые лабораторные и инструментальные исследования. Для оценки фиброза почек в крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) определяли уровень его биомаркера – галектина-3. Полученные показатели сравнивали между фенотипами ХСН, после чего оценивали степень выраженности фиброза почек.

Результаты исследования. По полученным результатам 62 пациента с ХСН были распределены на три группы. В 1-ю группу вошли пациенты с ХСНсФВ ($n = 22$), во 2-ю – с ХСНннФВ ($n = 19$), в 3-ю – с ХСНнФВ ($n = 21$). Достоверных различий между группами по среднему возрасту и половому составу выявлено не было ($p > 0,05$). По данным ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка составила ≥50 % в 1-й группе, 41–49 % во 2-й группе и ≤40 % в 3-й группе. Кроме того, у пациентов с ХСНнФВ были выявлены значительно более выраженные признаки дилатации и ремоделирования левого желудочка ($p < 0,05$). При анализе клинических проявлений одышка, общая слабость и периферические отеки чаще и более выраженно наблюдались у пациентов с ХСНнФВ. В группе ХСНсФВ симптомы были относительно менее выражены, тогда как группа ХСНннФВ занимала промежуточное положение. Уровень галектина-3 постепенно возрастал по мере изменения фенотипов ХСН. В 1-й группе он составил 11,8 ± 2,6 нг/мл, во 2-й группе – 16,4 ± 3,1 нг/мл, в 3-й группе – 22,9 ± 4,3 нг/мл. При анализе показателей скорости клубочковой фильтрации (СКФ), характеризующей функцию почек, наблюдалась обратная тенденция. В 1-й группе СКФ составила 89,6 ± 12,8 мл/мин/1,73 м², во 2-й группе – 76,3 ± 11,7 мл/мин/1,73 м², в 3-й группе – 61,8 ± 13,5 мл/мин/1,73 м². Различия между группами были статистически значимыми ($p < 0,001$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что снижение фракции выброса сопровождается ухудшением почечной перфузии и усилением развития кардиоренального синдрома.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что выраженность фиброза почек существенно различается при различных фенотипах хронической сердечной недостаточности. Повышение уровня галектина-3 было особенно выражено у пациентов с ХСНнФВ и непосредственно коррелировало с тяжестью заболевания и усилением кардиоренального взаимодействия.