ENDORSED BY

ORGANIZERS · TASHKILOTCHILAR · ОРГАНИЗАТОРЫ

The National Specialized Research and Practical Medical Center for Nephrology and Kidney Transplantation of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки



ABSTRACT BOOK · TEZISLAR TO'PLAMI · СБОРНИК ТЕЗИСОВ

INTERNATIONAL SCIENTIFIC & PRACTICAL CONFERENCE

Kidney Health for All

Buyrak salomatligi — barcha uchun

Здоровье почек для всех

25–26.09.2026

Tashkent, Uzbekistan

nephro.uz/conference/proceedings

критерий Манна–Уитни. Для оценки взаимосвязи изучаемых характеристик с местом смерти проводился сравнительный анализ. Статистически значимыми считались различия при p<0,05. Анализ выполнен на основании данных регистра летальности и медицинской документации.

Результаты: В анализ включено 90 летальных случаев. Мужчины составили 56 (62,2 %), женщины — 34 (37,8 %). Средний возраст умерших составил 62,4±12,7 года, медиана — 63,7 года (IQR 54,4–70,3). Медианная длительность ПГД — 2,18 года (IQR 0,65–4,13). Артериовенозная фистула являлась наиболее распространенным сосудистым доступом — 76 (84,4 %), центральный венозный катетер использовался у 12 (13,3 %), другие варианты — у 2 (2,2 %). В структуре причин смерти преобладали сердечно-сосудистые заболевания — 53 (58,9 %), полиорганная недостаточность — 18 (20,0 %), онкологические заболевания — 8 (8,9 %) и цереброваскулярные осложнения — 7 (7,8 %). Тромбоэмболические и инфекционно-респираторные осложнения составили по 2 случая (2,2 %). Место смерти было указано в 85 случаях: 50 (58,8 %) пациентов умерли в стационаре, 35 (41,2 %) — на дому. Статистически значимых различий по месту смерти в зависимости от пола (p=0,883), возраста (p=0,374), возрастной группы (p=0,832), длительности ПГД (p=0,709) и сосудистого доступа (p=0,315) не выявлено.

Выводы: В когорте умерших пациентов на ПГД преобладали мужчины и лица пожилого возраста. Сердечно-сосудистые заболевания были ведущей причиной смерти (58,9 %). Более половины летальных исходов произошли в стационаре. Полученные данные обосновывают необходимость систематического мониторинга причин смерти и комплексной оценки факторов риска. Для определения независимых предикторов смертности требуется анализ всей популяции пациентов на ПГД, включая выживших.

Ключевые слова: Программный гемодиализ, летальность, ердечно-сосудистые заболевания, хроническая болезнь почек

29. Особенности систолической функции левого желудочка у пациентов с сахарным диабетом 2 типа на программном гемодиализе

Daminova Lola Turgunpulatovna, Muminova Sitorakhon *, Nasirova Khurshida, Boltaeva Mukhlisa

Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

Актуальность: Пациенты с сахарным диабетом 2 типа, находящиеся на программном гемодиализе, имеют высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. На состояние миокарда у данной категории больных могут влиять нарушения углеводного обмена, артериальная гипертензия, уремия и изменения гемодинамики, связанные с процедурой гемодиализа. В связи с этим представляет интерес оценка систолической функции левого желудочка при различном уровне гликемического контроля.

Цель: Оценить показатели систолической функции левого желудочка у пациентов с СД2 на программном гемодиализе в зависимости от уровня гликемии.

Материалы и методы: В исследование включены 60 пациентов с СД2 и хронической болезнью почек стадии 5Д, получающих программный гемодиализ не менее трёх месяцев. В зависимости от уровня HbA1c пациенты были разделены на две группы: HbA1c <7,0 % (n=26) и HbA1c ≥7,0 % (n=34). Оценивали конечный диастолический (КДО) и конечный систолический объём (КСО) левого желудочка, ударный объём (УО) и фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Данные представлены как медиана и межквартильный интервал. Для сравнения групп использовали U-критерий Манна–Уитни. Статистически значимыми считали различия при p<0,05.

Результаты: Медиана HbA1c составила 6,4 % (6,1–6,7) в первой группе и 8,3 % (7,6–9,1) во второй (-p<0,001). Статистически значимых различий основных эхокардиографических показателей между группами не выявлено. КДО составил 178 (165,8–189) и 178 (167–186) мл (p=0,88), КСО — 75,2 (62,1–78,8) и 75,7 (66,9–78,5) мл (p=0,75), УО — 107,3 (93,6–119,3) и 102,3 (98,6–110,6) мл (p=0,65), ФВ ЛЖ — 57 % (55–57) и 54 % (48–57) соответственно (p=0,56). При этом систолическое и диастолическое артериальное давление были выше в

группе HbA1c <7,0 %: 160 (150–170) против 150 (140–160) мм рт. ст. (p=0,04) и 100 (90–110) против 90 (80–100) мм рт. ст. (p=0,01) соответственно.

Выводы: У пациентов с СД 2 типа на программном гемодиализе различия уровня HbA1c не сопровождались статистически значимыми изменениями стандартных показателей систолической функции левого желудочка. Выявленные различия артериального давления указывают на необходимость учёта гемодинамических факторов при оценке сердечно-сосудистого состояния данной категории пациентов.

Ключевые слова: Гликированный гемоглобин, хроническая болезнь почек, фракция выброса, эхокардиография

30. Оценить взаимосвязь между гликемическим статусом и вторичным гиперпаратиреозом у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, находящихся на гемодиализе

Жумабоева Баркамол *, Муминова Ситорахон Улугбековна
Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

Актуальность: Сахарный диабет 2 типа — одна из ведущих причин терминальной почечной недостаточности, требующей гемодиализа. При снижении функции почек развивается минерально-костное нарушение (CKD-MBD), ключевым компонентом которого является вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ). Гликемический контроль и паратиреоидная функция взаимосвязаны, однако данные о характере этой связи у пациентов с СД2 на гемодиализе, особенно в зависимости от стажа диализа, ограничены. Цель работы — изучить эту взаимосвязь.

Цель: Оценить взаимосвязь между гликемическим статусом и вторичным гиперпаратиреозом (ВГПТ) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2), находящихся на программном гемодиализе.

Материалы и методы: В это одномоментное (кросс-секционное) исследование были включены 45 взрослых пациентов с СД2, получающих программный гемодиализ (средний возраст 61,0 ± 8,7 года). Пациенты были стратифицированы по длительности диализного стажа с использованием медианы выборки (≤15 месяцев vs >15 месяцев) как порогового значения. Оценивались стандартные лабораторные показатели, включая преддиализный уровень креатинина сыворотки (601,5 ± 26,4 мкмоль/л), общий кальций (1,66 ± 0,06 ммоль/л) и гликированный гемоглобин (HbA1c, 8,4 ± 0,24 %). Тяжесть ВГПТ классифицировалась по уровню интактного паратгормона (иПТГ) на три категории: ≤300, 301–600 и >600 пг/мл. Эти пороговые значения широко используются в наблюдательных исследованиях у пациентов на гемодиализе и соответствуют диапазонам иПТГ, рекомендованным в руководстве KDIGO относительно верхней границы нормы используемого анализа.

Результаты: Была выявлена зависящая от диализного стажа (модифицирующая эффект) закономерность в связи между уровнем глюкозы плазмы натощак и тяжестью ВГПТ. У пациентов с меньшим диализным стажем (≤15 месяцев) уровень глюкозы натощак прогрессивно увеличивался с ростом тяжести ВГПТ (7,6 ± 1,21; 8,3 ± 2,01 и 8,7 ± 1,81 ммоль/л по трём категориям иПТГ соответственно). В отличие от этого, у пациентов с большим диализным стажем (>15 месяцев) уровень глюкозы натощак оставался относительно стабильным по категориям ВГПТ (7,2 ± 0,47; 7,8 ± 2,21 и 7,5 ± 1,21 ммоль/л), несмотря на сопоставимое распределение тяжести ВГПТ между двумя группами по стажу. Прямое сравнение показало, что гликемически-ассоциированный градиент по категориям и ПТГ был выражен только в ранний период диализа и не определялся при длительном диализном воздействии.

Выводы: Полученные данные позволяют предположить наличие время-зависимой взаимосвязи между гликемическим статусом и повышением уровня паратгормона, характеризующейся более выраженной гликемически-ассоциированной картиной ВГПТ в раннем периоде после начала диализа и преимущественно диализ-ассоциированным паттерном ВГПТ при длительном диализном стаже. Эти наблюдения могут помочь уточнить клиническую интерпретацию повышения уровня паратгормона в ранний период гемодиализа у пациентов с СД2.