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

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.

у женщин, получавших дополнительный витамин D, особенно среди пациенток с наличием (или более выраженной) ИМТ. Полученные результаты позволяют предположить, что адекватная коррекция уровня витамина D может иметь положительное значение не только для общего самочувствия беременной женщины, но и для снижения риска осложнений, ассоциированных с инфекцией мочевыводящего тракта.

Выводы: На фоне коррекции уровня витамина D отмечается более благоприятное течение беременности и снижение частоты осложнений, особенно у женщин с ИМТ. Таким образом, адекватный уровень витамина D может рассматриваться как один из важных факторов, способствующих улучшению качества жизни беременных и снижению риска осложнений беременности, связанных с ИМТ. Для подтверждения полученных результатов необходимы дальнейшие исследования с большим количеством наблюдений значимости выявленных различий.

Ключевые слова: Витамин Д, Инфекция мочевого тракта, качество жизни

79. Влияние прогрессирования хронической болезни почек на эхокардиографические показатели у больных артериальной гмпертензией

Адылова Дурдона Шухратовна[1] *, Даминова Лола Тургунпулатовна[2], Муминова Ситорахон Улугбековна[2]

[1] Ташкентский государственный медицинский университет; Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Узбекистан
[2] Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

Актуальность: Артериальная гипертензия (АГ) как и хроническая болезнь почек (ХБП) как известно представляют собой взаимоотягощающие патологические состояния организма. Почки представляют собой органом – мишенью при артериальной гипертензии, так же они являются активным участником регуляции системного артериального давления. Прогрессирование ХБП неизбежно влечёт за собой последовательность метаболических и гемодинамических нарушений, которые проявляются в виде воздействие на миокард.

Цель: Цель исследования: определение параметров ЭхоКГ у больных артериальной гипертензией с ХБП, в зависимости от тяжести поражения почек.

Материалы и методы: Материалы и методы исследования. Было обследовано 80 больных с артериальной гипертензией II-III степени, в возрасте 40–60 лет. Верификация диагноза осуществлялась на основании классификации ВОЗ/МОАГ/ВНОК (1999, 2004); ОНК-VI.Эхокардиография (ЭхоКГ) была выполнена на аппарате Mindray (Китай) трансторакальным методом в положении лежа и на левом боку в М- и В-режимах в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации эхокардиографии (ASE).

Результаты: Результаты анализа структурно-функционального состояния миокарда методом ЭхоКГ показало, что в группе больных 2-й подгруппы (АГ с наличием ХБП 2-й стадии) наблюдалось достоверная разница параметров ТМЖП, ТЗСЛЖ, КСР по сравнению с данными больных 1-й подгруппы (АГ с наличием ХБП 1-й стадии). Было установлено, что различия структурных показателей ЭхоКГ, т.к. ТМЖП, ТЗСЛЖ 1 и 2 подгруппы исследования составили 5,2 % и 5,9 % соответственно ($p<0,05$).

Соответственно различиям данных параметров отмечалось также достоверные различия ММЛЖ между данными группами 5,6 %, что также было статистически значимым ($p<0,05$). Анализ эхокардиографических параметров, характеризующих структурно-геометрические свойства ЛЖ показали, что, у больных с АГ и ХБП наблюдались статистически сопоставимые данные ЛП, ТМЖП, ТЗСЛЖ и КСР ($p>0,01$) и КСО ($p<0,05$) между 2 и 3 подгруппой исследования в отличие от данных 1-й подгруппы.

При оценке зависимости ГЛЖ от тяжести ХБП у пациентов 3-й подгруппы группы определялись существенные различия ММЛЖ (248,37±4,12 против 233,6±3,92 ($p<0,01$)), что подтверждалось достоверной разницей показателя ИММЛЖ (132,76±3,44 против 120,35±4,3) ($p<0,01$). Также наблюдалась достоверная разница относительной толщины стенок миокарда ЛЖ (ОТС) 0,43±0,007 против 0,39±0,008 ($p<0,05$). Однако, результаты