



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**4 (78) 2025**

**Сопредседатели редакционной  
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВА  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**4 (78)**

**2025**

*апрель*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

УДК 61.616.61-008.4

## SURUNKALI BUYRAK KASALLIGINI ERTA TASHXISLASHNI OLIB BORISH

Bakaev Erkin Sultonovich Email: [BakaevE@mail.ru](mailto:BakaevE@mail.ru)  
Djumaev Baxodir Zayniddinovich Email: [djumayev.bahodir@bsmi.uz](mailto:djumayev.bahodir@bsmi.uz)

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Rezyume

*Surunkali buyrak kasalligi (SBK) - bu umumiy patogenez, simptomlar va natijalar bilan bog'liq kasalliklar majmuasini birlashtirgan supernozologik tushuncha. Patologiya aholining 13,4% ga ta'sir qiladi va 60 yoshdan oshgan odamlarda mehnatga layoqatli yoshdagi bemorlarga nisbatan 3 barobar ko'p uchraydi. Yurak kasalligi bilan og'rigan bemorlarda SBK bilan kasallanish taxminan 26% ni tashkil qiladi. Tez-tez paydo bo'lish, qaytarilmas tabiat, davolanishdagi qiyinchiliklar va insonning hayot sifatiga sezilarli ta'sir qilish, bularning barchasi zamonaviy nefrologiyada muammoning dolzarbligini aniqlaydi. Surunkali buyrak kasalligining rivojlanishi uchun xavf omillari, buyrak kasalligidan tashqari, arterial gipertenziya, qandli diabet, ateroskleroz, semirib ketish, metabolik kasalliklar, ayniqsa qonda yuqori xolesterin va siydik kislotasi. Buyrak kasalligini erta tashxislash uchun oddiy va qulay usullar mavjud, ammo bemorlarning katta qismida kasallik samarali davolash imkoniyati allaqachon o'tkazib yuborilgan terminal (yakuniy) bosqichda aniqlanadi*

*Kalit so'zlar. Surunkali buyrak kasalligi (SBK), arterial gipertenziya, qandli diabet, ateroskleroz, semirib ketish, metabolik kasalliklar, Glomerulyar filtratsiya tezligining (GFR)*

## ПРОВЕДЕНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

Бакаев Эркин Султанович, Джумаев Бахадыр Зайниддинович

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*Хроническая болезнь почек (ХБП) — наднозологическое понятие, объединяющее комплекс заболеваний, связанных общим патогенезом, симптомами и исходами. Патология поражает 13,4% населения и в 3 раза чаще встречается у людей старше 60 лет, чем у пациентов трудоспособного возраста. Частота СБК у пациентов с заболеваниями сердца составляет около 26%. Частая встречаемость, необратимый характер, трудности лечения и существенное влияние на качество жизни человека - все это определяет актуальность проблемы в современной нефрологии. Факторами риска развития хронической болезни почек, помимо заболеваний почек, являются артериальная гипертензия, сахарный диабет, аteroskleroz, ожирение, заболевания обмена веществ, особенно повышенный уровень холестерина и мочевой кислоты в крови. Существуют простые и удобные методы ранней диагностики заболеваний почек, однако у большинства больных заболевание выявляется на терминальной (завершающей) стадии, когда возможность эффективного лечения уже упущена*

*Ключевые слова. Хроническая болезнь почек (ХБП), артериальная гипертензия, сахарный диабет, аteroskleroz, ожирение, метаболические заболевания, скорость клубочковой фильтрации (СКФ)*

## CARRYING OUT AN EARLY DIAGNOSIS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE

*Bakaev Erkin Sultonovich, Djumaev Baxodir Zayniddinovich*

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.  
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ *Resume*

*Chronic kidney disease (CKD) is a super-nosological concept that combines a complex of diseases with common pathogenesis, symptoms and outcomes. Pathology affects 13.4% of the population and is 3 times more common in people over 60 years of age than in patients of working age. The incidence of CKD in patients with heart disease is about 26%. Frequent occurrence, irreversible nature, difficulties in treatment and a significant impact on the quality of life of a person - all this determines the relevance of the problem in modern nephrology. Risk factors for the development of chronic kidney disease, in addition to kidney disease, are arterial hypertension, diabetes mellitus, atherosclerosis, obesity, metabolic disorders, especially high cholesterol and uric acid in the blood. There are simple and accessible methods for early diagnosis of kidney disease, but in the vast majority of patients the disease is detected at a terminal (final) stage, when the opportunity for effective treatment has already been missed*

*Keywords. Chronic kidney disease (CKD), arterial hypertension, diabetes, atherosclerosis, obesity, metabolic disorders, Glomerular filtration rate (GFR)*

### **Dolzarbligi**

**S**urunkali buyrak kasalligi (SBK), shu jumladan. Glomerulyar filtratsiya tezligining (GFR) doimiy pasayishi bilan tavsiflangan va shuning uchun uzoq muddatli prognozning eng yomonlashuvi bilan bog'liq bo'lgan bosqichlar qariyalar orasida keng tarqalgan populyatsiyada tobora ko'proq uchraydi. Keng miqyosli epidemiologik tadqiqotlar natijalari shuni ko'rsatadiki, SBK ayniqsa keksa yoshdagi insonlarda keng tarqalgan [1, 2]. Shuning uchun SBK va qarigan insonlar o'rtasidagi munosabat 2020 yilgi Butunjahon buyrak kunining asosiy mavzusiga aylandi [3].

SBK bilan kasallanishning keskin o'sishi, birinchi navbatda, aholining umumiy xavf omillarining (arterial gipertenziya, qandli diabet, semizlik) tarqalishi bilan bog'liq [4]. Jami 32555 sub'ektni o'z ichiga olgan yirik aholiga asoslangan NHANES va KEEP dasturlarini birlashtirilgan tahlil natijalari, shuningdek Medicaid sug'urta ma'lumotlar bazasining 5% namunasi (1 236 946 ta holat) [5] GFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> ning doimiy pasayishi va/yoki albuminuriya ayniqsa 80 yosh va undan katta yoshdagi insonlarda sezilarli darajada oshadi va qo'shma kasalliklar soni ortib boradi. O'z navbatida, taxmin qilingan GFRning pasayishi bilan birga keladigan kasalliklar soni ortadi va bu munosabatlar ayniqsa keksalarda sezilarli edi. SBK ning prognostik xavfi asosan uning tashxisi to'liq aniq bo'lmashligi bilan to'ldiriladi, ayniqsa buyraklar holatini tavsiflovchi faqat bitta laboratoriya ko'rsatkichi qo'llanma sifatida tanlangan bo'lsa. [6]

5 yoshda keksa va qari yoshdagi (o'rtacha yoshi 83 yosh) kuzatuv shuni ko'rsatdiki, boshlang'ich kreatininemiya > 1,1 mg/dL bo'lganida, o'lim darajasi zardobdagi kreatinin darajasi <1,1 mg/dL bo'lgan shaxslarga qaraganda ancha yuqori (66,7 ga nisbatan 34,2%, p = 0,004). Endogen kreatinin klirensi qiymatiga qarab baholanadigan o'lim darajasi, aksincha, kreatininemiyaning boshlang'ich darajasi bo'yicha farqlangan guruhlarda sezilarli darajada farq qilmadi, shuningdek, qiymatlar bo'yicha baholangan SBK rivojlanish tezligida ham farq yo'q. kreatininemiya, karbamid kontsentratsiyasi va shuningdek, MDRD formulasi yordamida hisoblangan GFR. Shu sababli, ushbu tadqiqot natijalari, SBK mavjudligi bemorlarning prognozini sezilarli darajada yomonlashishiga shubha qilishimizga imkon bermaydi, lekin faqat kreatininemiya e'tibor qaratib, tashxis qo'yish va uning kechishini bashorat qilish mutlaqo to'g'ri bo'lmashligi mumkinligini ko'rsatadi. Albatta, qariyalarda GFRni baholashning optimal usullari yanada takomillashtirish va standartlashtirishni talab qiladi; Eng istiqbollilaridan biri bu ko'rsatkichni kreatinin va sistatin C ning sarum darajasini aniqlash natijalari asosida SBK-EPI formulasidan foydalangan holda hisoblashdir [7].

Shuni yodda tutish kerakki, boshqa barcha narsalar teng bo'lganda, deyarli har qanday kasallikning asoratlari SBK bilan og'rigan keksa bemorlarda eng aniq namoyon bo'ladi va ularning kursi noqulay bo'ladi. Shunday qilib, xususan, 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan keksa bemorlarda albuminuriya va

taxminiy GFRning pasayishi miyaning frontal lobi disfunktsiyasining mustaqil prognozi ekanligi aniqlandi [8]. SBK bilan og'rigan keksa bemorlar boshqacha eng yomon qon bosimi nazorati: ularning yoshi oshgani sayin, ular Arterial gipertenziyaning eng noqulay prognostik shakllaridan biri hisoblangan nazoratsiz izolyatsiyalangan sistolik arterial gipertenziyaning chastotasi ortadi. Bemorlarning ushbu toifasi uchun nazoratsiz arterial gipertenziyaning aniqlovchi omillari, shuningdek, 4-5 bosqichlari SBK, semizlik va 2-toifa diabetes mellitus [9].

### **Natija va tahlillar**

Shuni ta'kidlash kerakki, surunkali buyrak etishmovchiligining shakllanishida etakchi rol o'ynaydiganlardan biroz farq qiladi. Bundan tashqari, keksa insonlarda SBK ning kechishi va natijalari, shuningdek, ularni belgilovchi omillar ma'lum xususiyatlar bilan tavsiflanadi, qoida tariqasida, boshqa barcha narsalar teng bo'lsa, prognozning sezilarli yomonlashishiga olib keladi, shu jumladan. buyrak. Klinik jihatdan o'tkir yoki surunkali glomerulonefrit rivojlanishi bilan namoyon bo'ladigan buyrak glomeruliyalarining immunoinflamatuar shikastlanishi an'anaviy ravishda keksa insonlarda kazuistik jihatdan kam uchraydi. [9].

Umuman olganda, membranoz nefropatiya buyrakning paraneoplastik shikastlanishining eng keng tarqalgan turlaridan biridir, garchi bemorda xavfli o'sma borligi haqida ishonchli dalillarni olish aniq va shu bilan birga etarlicha batafsil tekshiruv dasturini ishlab chiqishning iloji yo'qligi sababli ko'pincha juda qiyin. Katta GN-PROGRESS tadqiqotining bosqichlaridan birining natijalari [15], unda membranoz nefropatiya bilan og'rigan 240 bemor (ulardan 24 tasida neoplastik lezyon mavjudligi buyrak biopsiyasi paytida yoki undan keyingi birinchi yil davomida aniqlangan) Bu), surunkali glomerulonefritning ushbu shakli xavfli o'smalar bilan kasallangan erkaklarda 9,8 marta va ayollarda 12,3 barobar ko'payishi bilan bog'liqligini ko'rsatadi. Birlamchi nefropatiya bilan solishtirganda paraneoplastik membranoz nefropatiyada ham yallig'lanish hujayralari tomonidan buyrak glomerulusining infiltratsiyasining sezilarli darajada yuqori intensivligi aniqlangan. Buyrak glomerulusida 8 yoki undan ortiq yallig'lanish hujayralarining mavjudligi ishonchli tarzda membranali nefropatiya va malign o'simta o'rtasidagi bog'liqlikni ko'rsatadi: bu testning sezgirligi 92%, o'ziga xosligi - 75%. Paraneoplastik membranoz nefropatiya bilan og'rigan bemorlar faqat neoplastik jarayonning remissiyasiga erishgandan keyingina siydikda oqsil ajralishining pasayishiga erisha oldilar. Buyrak glomerulida asosan IgG1 va IgG2 ning cho'kishi ham paraneoplastik membranoz nefropatiyaning mumkin bo'lgan belgilaridan biri sifatida qaraladi. Paraneoplastik glomerulonefritning shakllanishi o'simta to'qimalarining o'zi yoki uning o'sishiga javoban immunokompetent hujayralar tomonidan ishlab chiqariladigan mediatorlarning (antikorlar, yallig'lanishga qarshi va profibrogenik sitokinlar) buyrak glomerulusi tuzilmalariga ta'siri bilan bog'liq [16, 17].

Odatda buyrak to'qimalarida o'smalar topilmaydi. Birlamchi glomerulonefritning aksariyat shakllari qariyalarda nisbatan kam uchraydi. Keksa bemorlarda immunosupressiv terapiyani buyurish, iloji bo'lsa, biopsiya natijasida olingan buyrak to'qimasini morfologik tekshirish natijalari bilan asoslanishi kerak. Keksa insonlarda buyrak biopsiyasining asoratlari darajasi umumiy populyatsiyadagidan yuqori emas, ammo 60 yoshdan oshgan bemorlarda ushbu protseduraga qarshi ko'rsatmalar hisobga olingan holda. Yillar ayniqsa qat'iy bo'lishi kerak [18].

Hozirgi vaqtda biz katta yoshdagi bemorlarda buyrak biopsiyalarining chastotasini oshirish tendentsiyasini aniq aytishimiz mumkin [19]. Keksa yoshdagi surunkali glomerulonefritda buyrak funktsiyasining yomonlashuv tezligi nafaqat uning morfologik variantiga, balki buyrak etishmovchiligining og'irligiga ham bog'liq bo'lib, ko'pincha birga keladigan kasalliklar bilan kuchayadi. M. Washioet va boshqalar. (1994) poststreptokokk glomerulonefrit bilan og'rigan 31 bemorning prognozini tahlil qildi, ulardan etti yoshi 55 yoshdan oshdi. Yosh bemorlardan farqli o'laroq, ularning ko'pchiligida arterial gipertenziya bor edi. 7 bemorlarning 4 tasida buyrak etishmovchiligi qayd etilgan, 55 yoshgacha bo'lgan barcha tekshirilgan shaxslarda esa buyrak funktsiyasi saqlanib qolgan.

Shunday qilib, keksa yoshdagi insonlarda surunkali glomerulonefrit rivojlanishi mumkin: uning morfologik variantlari orasida membranoz nefropatiya ustunlik qiladi. Bemorlarning ushbu toifasida faol immunosupressiv terapiyani qo'llash, ayniqsa, bunday davolash bilan bog'liq noxush hodisalarning maksimal ehtimoli bilan bog'liq holda ham, yomon xulqli o'smalarning yuqori xavfi tufayli ham aniq asoslanishi kerak, ularning rivojlanishi tez-tez tezlashadi. glyukokortikosteroidlar va sitostatiklarni qo'llash.

Keksa va qari yoshdagi surunkali progressiv nefropatiyaning eng keng tarqalgan shakllaridan biri surunkali pielonefritdir. Katta yoshdagi insonlarda ushbu kasallikning yiringli shakllari ko'pincha kuzatiladi: erkaklarda ularning chastotasi 23,3% ga, ayollarda - 15,9% ga etadi. Buyraklardagi yiringli jarayon sepsis va bakteriemik shokning keyingi qo'shilishi bilan keng tarqalib, o'limga olib kelishi mumkin. Surunkali pielonefrit rivojlanishining fonida ko'pincha siydik yo'llarining o'simta yoki nefrolit bilan to'sqinlik qilishi hisoblanadi [21].

Keksa va qari yoshdagi surunkali pielonefrit ko'pincha tashxis qo'yilmaydi yoki hech bo'lmaganda uning zo'ravonligi etarli darajada baholanmaydi, bu kasallikning minimal zo'ravonligi va ba'zida ushbu kasallikning tipik klinik ko'rinishlarining yo'qligi - isitma, bel sohasidagi og'riqlar bilan bog'liq. Bu bemorlar o'ziga xoslikni aniqladi. Keksa va qari yoshdagi surunkali pielonefritning "kaşektik" niqobi, tana vaznining barqaror pasayishi (kaxeksiyagacha) va anemiya [21]. Surunkali, asosan tubulointerstitsial nefropatiyaning yana bir varianti, 60 yoshdan oshgan va hatto buyrak funktsiyasining qaytarilmas yomonlashuvi bosqichida ham tan olinmagan, giyohvand bo'lmagan analjeziklar va / yoki NSAIDlarni suiiste'mol qilish natijasida kelib chiqqan buyrak shikastlanishi hisoblanadi. Analjezik nefropatiyaning rivojlanishi giyohvand bo'lmagan analjeziklar yoki steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni (NSAID) uzoq muddatli (kamida bir yil) qo'llash bilan bog'liq [22].

Analjezik nefropatiyaning rivojlanishi nuqtai nazaridan eng katta xavf bu deyiladi. surunkali og'riq sindromlari - bosh og'rig'i, shu jumladan. migren, qo'shma og'riqlar, xususan, osteoartrit bilan bog'liq bo'lganlar, bel og'rig'i sindromi, doimiy qorin og'rig'i, ayniqsa kekxa va qari insonlarda kuzatiladi. Ularni NSAID va giyohvand bo'lmagan analjeziklar bilan mustaqil davolash odati odatda kelajakda "profilaktik" davolash bilan to'ldiriladi. Ushbu dorilar odatda nazoratsiz. Natijada, uzoq vaqt davomida shifokor retseptisiz qo'llaniladigan NSAIDlar va giyohvand bo'lmagan analjeziklar soni sezilarli bo'lishi mumkin, ayniqsa ushbu dorilarning aksariyati retseptisiz sotish uchun tasdiqlangan [23].

Analjezik qaramlikning shakllanishi nuqtai nazaridan eng xavfli kofein va / yoki kodein (masalan, "besh", "uch") bo'lgan analjezik aralashmalar hisoblanadi [24, 25]. Uzoq vaqt davomida analjezik nefropatiyaning aksariyat holatlari faqat fenatsetinni qabul qilish bilan bog'liq edi; Ba'zi mamlakatlarda (Avstraliya, Yangi Zelandiya) ushbu dori taqiqlanganidan so'ng, ushbu SBK tarqalishining pasayishi qayd etildi [26]. Biroq, ba'zi mamlakatlarda, so'nggi yigirma yil ichida, fenatsetin olib tashlanganiga qaramay, buyrak etishmovchiligining so'nggi bosqichlari sabablari tuzilishiga analjezik buyrak shikastlanishining hissasi, aksincha, ortdi.

Buyrak funktsiyasining qaytarilmas yomonlashuvi ehtimoli buyrak to'qimalarining gipoperfuziyasining yomonlashishi bilan, masalan, buyrak arteriyasining aterosklerotik stenozi qo'shilishi bilan yanada ortadi. Surunkali buyrak etishmovchiligi va yurak-qon tomir kasalliklari uchun xavf omillarining yaqqol umumiyliigi, shuningdek, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari va metabolik buzilishlar natijasida kelib chiqqan buyrak shikastlanishining patogeneziida asosiy bo'g'inlarning umumiyliigi diqqatga sazovordir; Bu munosabatlar, ayniqsa, keksalar uchun katta ahamiyatga ega [23].

"Buyrak ishemik kasalligi" atamasi bilan ifodalangan buyrak arteriyalarining gemodinamik jihatdan ahamiyatli stenozi, so'nggi yigirma yil ichida diagnostika va davolash imkoniyatlari sezilarli darajada kengayib borayotganiga qaramay, kekxa va qari insonlarda buyrak funktsiyasining qaytarilmas yomonlashuvining asosiy sabablaridan biridir. , bu bemorlarda tez-tez ishlatiladigan kekxa dori vositalari va diagnostik aralashuvlar (xususan, foydalanish) bilan tezlashishi mumkin bo'lgan buyrak etishmovchiligiga qadar ko'pincha tan olinmaydi, rentgen kontrastli moddalar) [20].

Buyrakning surunkali kasalligi asosan keng tarqalgan ateroskleroz bilan og'rigan bemorlarga xos bo'lganligi aniq. uning murakkab shakllari: buyrak arteriyalarining aterosklerotik lezyonlari aniqlanmaguncha, bemorlar ko'pincha o'tkir miokard infarkti, shu jumladan takroriy, vaqtinchalik ishemik xuruj yoki miya insultiga duchor bo'lishadi, shuningdek, turli xil angioxirurgik aralashuvlar, shu jumladan. koronar angioplastika. Ushbu kasallik ko'pincha angiografiya paytida aniqlanadi, bu radiopak nefropatiyaning yuqori xavfi bilan bog'liq [21].

An'anaviy xavf omillarining mavjudligi - nafaqat arterial gipertenziya, balki lipoprotein almashinuvining buzilishi, 2-toifa diabet, semizlik va nikotinga qaramlik, bu bemorlarda tez-tez kuzatiladi - buyrak ishemik kasalligida o'limga olib keladigan yurak-qon tomir asoratlarning yuqori ehtimolini ham aniqlaydi. . Buyrak ishemik kasalligida buyrak funktsiyasining buzilishini kuchaytiradigan yatrogen omillarni - steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni, nisbiy gipovolemiyani keltirib chiqaradigan katta dozalarda loop diuretiklarni, lekin birinchi navbatda ACE inhibitörlerini va angiotensin II retseptorlari blokerlarini o'z vaqtida bartaraf etish maqsadga muvofiqdir.

, tez-tez buyuriladi noto'g'ri deb hisoblangan arterial gipertenziyasi bo'lgan keksa bemorlarda tegishli nazoratsiz [22].

Shuni ta'kidlash kerakki, buyrak arteriyalarining aterosklerotik stenozini bilan invaziv davolash yordamida uzoq muddatli prognozda sezilarli yaxshilanishga erishish mumkin, deb aytishning hojati yo'q. stentlash bilan angioplastika, garchi yaqinda o'tkazilgan boshqariladigan klinik tadqiqotlar natijalari, xususan, CORAL tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, ushbu aralashuv yordamida qon bosimini pasaytirish va qon bosimini to'g'ridan-to'g'ri yoki bilvosita tavsiflovchi bir qator boshqa parametrlarni nazorat qilish mumkin. prognoz [23, 24].

SBK bilan davolash muhim qiyinchiliklar bilan bog'liq. Ular polifarmatsiyadan qochish kerak bo'lgan asosiy guruh bo'lib, hatto klinik va patogenetik jihatdan oqlangan dori-darmonlarni buyurish ham noxush hodisalarning eng aniq namoyon bo'lishiga olib kelishi mumkinligini doimo yodda tutish kerak. Yakuniy bosqichdagi buyrak etishmovchiligining rivojlanishi bilan bemorlarning ushbu toifasi uchun buyrakni almashtirish terapiyasining optimal usulini boshlash va tanlash to'g'risida qaror qabul qilish ko'pincha sezilarli qiyinchiliklar bilan bog'liq. Nafaqat CKD va uning ostida yotgan kasallikning og'irligi, balki qo'shma kasalliklar - "umumiy xarakterdagi" geriatric sindromlar (demans, kam vazn), shuningdek, bir qator ijtimoiy xususiyatlar (harakat va transportda qiyinchiliklar, tanqidiy idrok etishning pasayishi). haqiqat, tibbiy muassasalardan tashqarida doimiy parvarish zarurati) keksa bemorlarda gemodializ dasturini amalga oshirishni sezilarli darajada cheklaydi [25].

Dastur gemodializ bilan birga, u to'planadi, shu jumladan. va boshqariladigan klinik tadqiqotlar natijalariga ko'ra, keksa bemorlarda peritoneal dializni o'tkazish bo'yicha ijobiy tajriba: xususan, buyrakni almashtirish terapiyasining ushbu usuli ularda qon tomirlarini shakllantirish jarayonida yuzaga keladigan muammolarning hech bo'lmaganda bir qismini oldini olishga imkon beradi. faoliyatini saqlab turishi [19]. Bemorlarning alohida muammosi ovqatlanish holatining buzilishi bo'lib qolmoqda, ular ko'pincha ushbu yosh guruhida va buyrak funksiyasi saqlanib qolganda paydo bo'ladi, ammo SBK rivojlanishi bilan har doim sezilarli darajada oshadi. Noto'g'ri ovqatlanish sindromini belgilash uchun "protein-energetik to'yib ovqatlanmaslik" atamasi, shuningdek, ko'pincha SBK bo'lgan keksa bemorlarda qo'llaniladi, dastur gemodializ bilan og'irlashadi [20]. Gemodializ dasturidan o'tayotgan keksa bemorda oqsil-energiya etishmovchiligining asosiy tarkibiy qismlariga, birinchi navbatda, mushak massasining ortib borayotgan tanqisligi, o'tkir fazadagi yallig'lanish reaksiyasi sindromining faollashishi, anemiyaning kuchayishi, fosfor-kaltsiy metabolizmining buzilishi va kognitiv kasalliklar tufayli vazn yo'qotish kiradi. [11].

Turli sabablarga ko'ra gemodializ dasturini boshlamaydigan bemorlar uchun oqsil-energetik to'yib ovqatlanmaslikni tuzatish ham muhim ahamiyatga ega. Shu nuqtai nazardan qaraganda, mutaxassislarning umumiy qabul qilingan tavsiyasi oziq-ovqatning kaloriya miqdorini nazorat qilish (60 yoshdan oshganlar uchun 30 kkal/kg/kun) va kerak bo'lganda energiya va mikroelement qo'shimchalaridan foydalanishdir [21]. Hozirgi vaqtda SBK bilan og'rigan bemorlarda protein-energetika etishmovchiligining oldini olish va tuzatish uchun aminokislotalarning keto analoglari dori vositalaridan foydalanish bo'yicha muvaffaqiyatli tajriba to'plangan. Shu bilan birga, aminokislotalarning keto-analoglari kompleksini SBK bilan og'rigan bemorlar uchun past proteinli dieta bilan birgalikda qo'llash klinik ahamiyatga ega antiproteinurik ta'sirni ta'minlaydi, surunkali buyrak etishmovchiligi belgilarini engillashtiradi va metabolik jarayonlarni yaxshiroq nazorat qilish imkonini beradi. buzilishlar va arterial gipertenziya.

Shuni ta'kidlash kerakki, past proteinli dietani aminokislotalarning keto analoglari bilan birgalikda qo'llash bemorlarning ovqatlanish holatini tavsiflovchi ko'rsatkichlarda salbiy dinamikaga olib kelmadi. Bemorlarga aminokislotalarning keto analoglari bilan birgalikda past proteinli dietaning salbiy ta'sirining yo'qligi boshqa klinik tadqiqotda ham tasdiqlangan [46]. Dializ terapiyasining narxi SBK bilan og'rigan bemorlarni davolash uchun barcha xarajatlarning qariyb 70 foizini tashkil etishini hisobga olsak, buyrak etishmovchiligining rivojlanishini sekinlashtirish uchun aminokislotalarning keto analoglari bilan past proteinli dietani buyurish va dializ boshlanishini kechiktirish farmakoiqtisodiyot nuqtai nazaridan qiziqish uyg'otadi. Italiya tadqiqotining iqtisodiy tahlilida (2020) [48] isbotladiki, aminokislotalarning keto analoglari bilan past proteinli dietadan foydalanish dializ boshlanishini o'rtacha 1 yilga xavfsiz kechiktirishga imkon beradi va har bir kishi uchun taxminan 30 ming evro tejashga olib keladi. 3 yildan ortiq SBK bilan og'rigan keksa bemor. Shu bilan birga, aminokislotalarning keto analoglari preparatlari bilan past proteinli dieta bilan birgalikda terapiya birinchi yil davomida har bir bemor uchun davolanish xarajatlarini 20 ming evrodan ko'proq kamaytirishi mumkin. Umuman

olganda, past proteinli dietani optimallashtirish va aminokislotalarning keto analoglarini qo'llashning oqilona rejimlarini ishlab chiqish surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarni davolashni optimallashtirishning eng maqbul usullaridan biri sifatida ko'rib chiqilishi mumkin. turli sabablarga ko'ra buyrakni almashtirish terapiyasini boshlamaganlar.

### **Xulosa**

Albatta, SBK bilan og'rigan keksa insonlar boshqarish uchun eng qiyin bemor guruhlaridan biri bo'lib qolmoqda. Shunga qaramay, mavjud xavf omillarini sinchkovlik bilan tuzatish, davolash va reabilitatsiya taktikasini belgilashda fanlararo yondashuv va samaradorligini nazorat ostida bo'lgan klinik sinovlar tajribasiga murojaat qilish orqali muhokama qilish mumkin bo'lgan terapevtik strategiyalardan eng samarali foydalanish bugungi kunda bizga imkon beradi. bu bemorlar uchun prognozning sezilarli yaxshilanishiga ishonish.

### **ADABIYOTLAR RO'YXATI:**

1. Kurella M., Covinsky K.E., Collins A.J. et al. Octogenarians and nonagenarians starting
2. 158 a cross-sectional analysis. *Am J Kidney Dis* 2013;62(6):1102-8. doi: 10.1053/j.ajkd.2013.07.013 Adabiyotlar.
3. Atkins RC, Briganti EM, Zimmet PZ, Chadban SJ. Association between albuminuria and proteinuria in the general population: the AusDiab Study. *Nephrol Dial Transplant* 2003;18(10):2170-4. doi: 10.1093/ndt/gfg314
4. B.Z Dzhumaev., Study Of The Distribution Of Genes And Genotypes Determining Excess Body Weight In The Elderly And The Elderly - Educational Research in Universal Sciences, 2023
5. Coresh J., Astor B.C., Greene T. et al. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey // *Am. J. Kidney Dis.* – 2003. – Vol. 41(1). – P. 1–12.
6. dialysis in the United States // *Ann Intern Med.* – 2007. – Vol. 146. – P. 177–183.. Hemmelgarn B.R., James M.T., Manns B.J. et al. Rates of treated and untreated kidney
7. Djumaev B. Z. Ways for Reducing Overweight and Obesity in Chronic Liver Diseases // *Galaxy International Interdisciplinary Research Journal.* – 2022. – T. 10. – №. 12. – C. 1615-1619.
8. Djumaev B.Z. Ways For Reducing Overweight And Obesity In Chronic Liver Diseases *Galaxy International Interdisciplinary Research Journal* 10 (12), 1615-1619.(2022)

**Qabul qilingan sana 20.03.2025**